

Małgorzata Ryba¹, Wojciech Garczyński²

¹ Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej, Wydział Zamiejscowy w Szczecinie

² Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej, Wydział Studiów Edukacyjnych

Dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa u podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Szczecinie

The pain of the lumbar spine in the wards of Daily Social Aid Centre No. 3 in Szczecin

Słowa kluczowe: dom pomocy społecznej, Oswestry, niesprawność

Key words: daily social aid centre, Oswestry, disability

Streszczenie

Wstęp. W procesie starzenia w organizmie zachodzą procesy inwolucyjne, które prowadzą do obniżania sprawności fizycznej osoby starszej. Zespoły bólowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa często są początkiem dolegliwości, które ograniczają aktywność w życiu codziennym oraz wpływają na spadek jakości życia.

Cel pracy. Celem pracy była ocena dolegliwości bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa u podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej (DDPS) nr 3 w Szczecinie.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 18 podopiecznych (15 kobiet i 3 mężczyzn) DDPS nr 3 w Szczecinie. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety oraz kwestionariusza Oswestry (ODI).

Wyniki. W grupie badanej wszyscy ankietowani mieli do czynienia z epizodami bólowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa, które w różnym stopniu ograniczały im codzienne funkcjonowanie. Niesprawność najbardziej uwidaczniała się podczas takich czynności jak: podnoszenie ciężkich przedmiotów, chodzenie oraz długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej. Średni poziom niesprawności oceniony za pomocą kwestionariusza ODI wynosił 16,56.

Wnioski. Dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa są powodem umiarkowanej niesprawności u podopiecznych DDPS nr 3 w Szczecinie. Czynnikiem, które nasilają dolegliwości bólowe są: podnoszenie przedmiotów, chodzenie oraz przebywanie w pozycji stojącej.

Abstract

Introduction. During the process of aging of the body involution processes occur which lead to reduction of physical health of elderly person. Pain syndromes of the lumbar spine are often the beginning of ailments which limit activity in daily life and decrease the quality of life.

Objective. The aim of the study was to assess the pain of the lumbar spine in the wards of Daily Social Aid Centre No. 3 in Szczecin.

Materials and methods. The research was conducted among 18 patients (15 women and 3 men) of the wards of Daily Social Aid Centre No. 3 in Szczecin. The study was conducted using a diagnostic survey based on a self-designed questionnaire and the Oswestry questionnaire (ODI).

Results. All of the surveyed persons of the test-group had pain episodes of the lumbar spine which in varying degrees restrict their in daily functioning. Malfunction was evident mostly while lifting heavy objects, walking and long-term standing. The average level of disability assessed with the ODI questionnaire was 16,65.

Conclusions. Pain of the lumbar spine is the cause of middle disability in the wards of Daily Social Aid Centre No. 3 in Szczecin. The factors intensifying the pain are: lifting objects, walking and standing position.

Wstęp

Struktura społeczeństwa polskiego zmienia się. Demografowie zauważają, że coraz większą grupę społeczną tworzą osoby w wieku poprodukcyjnym, a tym samym, że społeczeństwo się starzeje. Starzenie się społeczeństwa oznacza znaczne zwiększenie udziału osób starszych w ogólnej strukturze wiekowej populacji [1]. W literaturze naukowej rozróżnia się starość jako stan o charakterze statycznym i starzenie się jako proces dynamiczny. Jednocześnie ze względu na mocno zindywidualizowany przebieg procesu starzenia i starości niezwykle trudnym jest uchwycenie tych zjawisk w ostre ramy naukowe. Dlatego też pojawiają się różne klasyfikacje i progi, które uśredniając można sprowadzić do następujących: wiek podeszły (tzw. wczesna starość): 60 (65) - 74 lat, wiek starczy (tzw. późna starość): 75 - 84 (90) lat oraz wiek sędziwy (tzw. długowieczność): 85(90) lat i więcej.

Należy podkreślić, że początek okresu starości jest umowny i związany przede wszystkim ze zmianami jakie zachodzą w organizmie człowieka - spadkiem wydolności, sprawności fizycznej, a także zdrowia oraz spadkiem znaczenia w społeczeństwie (utrata posiadanej pozycji i ról społecznych, zacieranie się więzi, itp.). [2, 3, 4]. W procesie fizjologicznego starzenia się organizmu obserwuje się zmiany jakościowe oraz ilościowe, które zachodzą we wszystkich narządach i układach. Zmiany te nazywane są procesami inwolucyjnymi, czyli procesami regresywnymi (wstecznymi) wywołanymi starzeniem się organizmu [5]. Wraz

z wiekiem maleje sprawność mechanizmów odpowiedzialnych za regulację oraz adaptację ludzkiego organizmu do warunków środowiskowych, spada również odporność ustroju na działanie szkodliwych czynników patogennych oraz stresów psychicznych. Pojawiają się zmiany w postawie ciała oraz poruszaniu się, a w konsekwencji postępujących zaników mięśniowych obniża się siła mięśniowa. W następstwie opisywanych zmian rozwijają się różne choroby. Wspomniane nieprawidłowości nasilają się w wyniku nieprawidłowego trybu życia i mają niewątpliwie związek z niewystarczającą aktywnością fizyczną [6].

Jednym z bardziej wyraźnych problemów, który negatywnie oddziałuje na jakość życia osób starszych, są obecnie dla społeczeństw rozwijających się, dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa [7]. Współcześnie jest on uznawany za główną przyczynę ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu i dotyczy aż 632 milionów ludzi na świecie [8]. Około 80% populacji będzie miała lub już miała w swoim życiu epizod związany z bólem kręgosłupa [8]. Ból ten przybiera postać przewlekłą u ok. 25-60% chorych. Szacuje się, iż w Europie ból w odcinku lędźwiowo-krzyżowym odczuwa ok. 25-43% osób. W Polsce natomiast stwierdzono, że ponad 70% populacji przynajmniej raz doświadczyła bólu w obrębie kręgosłupa. Aż u 44% Polaków występują bóle zlokalizowane w dolnym odcinku kręgosłupa [9]. Zespoły bólowe kręgosłupa w odcinku lędźwiowym stały się obecnie epidemią. Sytuacja ta jest wynikiem zmian w trybie życia współczesnego człowieka, ograniczeniem wysiłku fizycznego praktycznie do minimum, nieprawidłowej postawy ciała oraz niewłaściwego obciążania kręgosłupa [10]. Wyróżnia się wiele czynników ryzyka powodujących występowanie zespołu bólowego dolnego odcinka kręgosłupa. Do najistotniejszych należy zaliczyć: nadwagę, wiek powyżej 40 lat, niewydolność mięśni brzucha oraz tułowia, przebyte cięższe, brak ergonomii pracy. Istotne są również czynniki psychologiczne. Niekorzystną prognozę stanowi fakt zaburzeń osobowościowych ze skłonnościami do depresji, hipochondrii, bądź skłonności do reaktywnej ucieczki w chorobę nakładające się na objawy somatyczne zespołów bólowych w obrębie kręgosłupa w odcinku lędźwiowym [11]. Zespoły bólowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa często są początkiem przewlekłych, postępujących dolegliwości, które z reguły prowadzą nie tylko do niezdolności zawodowej, ale przede wszystkim ograniczają aktywność w życiu codziennym [10].

Zaburzenia, które towarzyszą zespołowi bólowemu lędźwiowego odcinka kręgosłupa są uwarunkowane licznymi czynnikami etiopatologicznymi. W patogenie bólów kręgosłupa istotną rolę odgrywają zmiany, które mają miejsce w obrębie stawów międzykręgowych, krążka międzykręgowego i więzadeł kręgosłupa. Niezależnie od pochodzenia dolegliwości bólowych zmiany patologiczne zachodzą w obrębie segmentu ruchowego kręgosłupa. Nasilająca się patologia może obejmować również narządy zarówno sąsiednie, jak i odległe [10,12].

Do najczęściej występujących źródeł bólu kręgosłupa należy zaliczyć:

a) zespoły przeciążeniowe – w miejscach, w których kumulują się przeciążenia, dochodzi do podrażnienia: tkanki łącznej, mięśniowej oraz okostnej. Dochodzi do wzmożonego napięcia mięśniowego oraz dolegliwości bólowych. Istotą choroby przeciążeniowej kręgosłupa jest stopniowe zużywanie się jego struktur, a w efekcie oddziaływanie przeciążeń przewyższających wytrzymałość kręgosłupa;

b) choroby zwyrodnieniowe – powodują ograniczenie ruchomości oraz ból wywołany uszkodzeniem lub zniekształceniem kręgów i krążków międzykręgowych kręgosłupa. Inną strukturą, która jest częstym miejscem występowania procesów zwyrodnieniowych są trzony kręgów oraz stawy międzywrostkowe;

c) choroby neurogenne – wyróżnia się dwie grupy powikłań neurologicznych świadczących o podrażnieniu bądź uszkodzeniu tkanki nerwowej: zespoły korzeniowe i zespoły rdzeniowe. Zazwyczaj są one spowodowane uciskiem, który powstaje podczas uszkodzenia krążka międzykręgowego z przepukliną jądra miazdzystego lub wypukliną lub/i zwężeniem światła otworu kręgowego [13,14,15,16].

Niekiedy przyczyną zespołów bólowych kręgosłupa są urazy i następstwa złamań kręgosłupa, stany zapalne tkanek miękkich kręgosłupa lub ich zwapnienia, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zmiany posturalne (pogłębienie/zniesienie lordozy lędźwiowej, skoliozy, nierówności kończyn) bóle mięśniowe (mialgie), zapalenia swoiste i nieswoiste kręgosłupa, choroby nowotworowe [9,15]. Zespoły bólowe mogą być efektem bólu przeniesionego. Częstotliwość oraz natężenie zmian zwyrodnieniowych można u osób starszych powiązać również z kumulacją mikrourazów doznanych w ciągu całego życia [17].

W starzejącym się społeczeństwie należy zwrócić szczególną uwagę na jakość ludzkiej egzystencji. Okres późnej dorosłości z reguły nie sprzyja odczuwaniu satysfakcji z życia. Brak ukontentowania wynika z wielu różnych czynników, takich jak: zmiany biologiczne, psychiczne, zmiany zadań rozwojowych, ról społecznych, ale także z traumatycznych doświadczeń życiowych [18]. Starość wiąże się nie tylko z występowaniem chorób somatycznych, ale również z problemami natury społecznej, takimi jak: osamotnienie, izolacja, brak poczucia własnej wartości, zniedołężnienie oraz problemy finansowe. W wyniku licznych przeciwności, z którymi zmagają się osoby starsze, często występują u nich także zaburzenia psychiczne - szczególnie depresja. Dolegliwości te wpływają negatywnie nie tylko na przebieg i rezultaty terapii wielu schorzeń, ale również na jakość życia seniorów [19]. Związek pomiędzy starzeniem się, a postępującymi ograniczeniami lub zanikiem elementarnych funkcji organizmu jest oczywisty, a jakość życia niewątpliwie jest uwarunkowana stanem zdrowia i ogólną sprawnością fizyczną człowieka [20]. Pacjent

coraz częściej jest postrzegany w ujęciu holistycznym. Wynika to w dużej mierze z zainteresowania jakim cieszą się rozwijane od kilkadziesiąt lat badania dotyczące jakości życia i efekty jakie przynosi, w aspekcie poprawy jakości życia, terapia prowadzona w ujęciu całościowym. Badania nad jakością życia biorą pod uwagę nie tylko fizyczną sferę człowieka, ale także sferę psychiczną i duchową [21].

Dyskopatie lędźwiowego odcinka kręgosłupa sukcesywnie prowadzą do obniżenia poziomu jakości życia człowieka. Zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie odcinka lędźwiowego umożliwiłoby prowadzenie normalnego życia rodzinnego oraz towarzyskiego osobom odczuwającym ból [22]. Zmiany zachodzące z wiekiem wiążą się z ograniczeniem samodzielności, towarzyszy im również utrata poczucia bezpieczeństwa oraz brak możliwości podejmowania samodzielnych decyzji. Seniorzy częstokroć nie są w stanie zatroszczyć się o własne potrzeby, co skłania ich do podjęcia decyzji o wspólnym zamieszkaniu z rodziną lub w domu opieki. Aby zapewnić jak najwyższą jakość życia osobom w podeszłym wieku, należy zwiększać ich świadomość poprzez promowanie aktywności fizycznej oraz kultywowanie więzi społecznych, co istotnie wpływa na ich niezależność [23]. Tematyka związana z jakością życia cieszy się coraz większym zainteresowaniem opinii publicznej. Jednak wciąż niewiele jest opracowań dotyczących problematyki osób starszych [24]. Podejmowanie badań naukowych traktujących o jakości życia osób w podeszłym wieku jest szczególnie istotne przede wszystkim, z uwagi na aktualnie zachodzące w społeczeństwie zmiany demograficzne. Coraz częściej osoby starsze nie mogą niestety liczyć na pomoc najbliższych. Biorąc pod uwagę zmiany, które zachodzą w organizmie człowieka podczas procesu starzenia oraz współistniejące choroby przewlekłe, osoby starsze będące często osobami samotnymi, nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym. Faktem staje się rosnące zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną [24]. W związku z ogólnie nienajlepszym stanem zdrowia osób starszych, niezbędnym dla poprawy jakości życia osób w okresie późnej dorosłości zdaje się być wprowadzenie konkretnych rozwiązań systemowych. Należałoby zapewnić dostęp do świadczeń profilaktycznych takich jak zorganizowane formy aktywności ruchowej, które prowadzone byłyby przez wykwalifikowany personel fizjoterapeutyczny. Rozwiązania te powinny mieć charakter profilaktyczno-rekreacyjno-utilitytarny. Zaproponowane rozwiązania powinny zmniejszać i hamować rozwój ograniczeń funkcjonalnych, jak również ich występowanie, bądź też rozwój schorzeń powiązanych z procesem starzenia się [25]. Należy podjąć próby wypracowania takiego modelu życia, by wiek sędziwy nie wiązał się z niedołążnością, chorobami oraz brakiem możliwości samodzielnej egzystencji. Pomyślne starzenie się to wypadkowa nie tylko predyspozycji biologicznych, lecz także

stylu życia, dlatego też bardzo ważne jest poszukiwanie zmiennych, które modyfikują procesy starzenia [26].

Celem pracy była ocena dolegliwości bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa u podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Szczecinie.

Materiał i metodyka badań

Badania do niniejszej pracy zostały przeprowadzone w Dziennym Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Szczecinie, zgodę na ich wykonanie wyraził Dyrektor Domu Pomocy Społecznej, Domu Kombatanta i Pioniera Ziemi Szczecińskiej. Na co dzień w placówce przebywa 20 podopiecznych. W dniu przeprowadzania badań 2 osoby były nieobecne. Grupę badaną stanowiło 18 seniorów, wśród których było 15 kobiet i 3 mężczyzn w wieku od 62 do 89 lat. Szczegółową charakterystykę grupy przedstawia tabela nr 1. Ze względu na znaczną dysproporcję w liczbie mężczyzn i kobiet zaniechano analiz w oparciu o tę zmienną.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Metoda ta realizowana była za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędziem służącym do jej realizacji był kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz Oswestry (ODI), dzięki któremu zebrano dane od respondentów. Kwestionariusz ankiety zawierał dane personalne (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy), dane związane z częstotliwością występowania i charakterystyką epizodów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa oraz pytania dotyczące korzystania i skuteczności rehabilitacji. Oceny jakości życia w aspekcie odczuwalnego bólu dokonano za pomocą kwestionariusza ODI. Skala Oswestry jest skalą 10-stopniową, która pozwala ocenić niepełnosprawność, spowodowaną dolegliwościami bólowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Kwestionariusz Oswestry składał się z 10 części, które zawierały pytania dotyczące: nasilenia bólu, codziennych czynności, chodzenia, dźwigania, siedzenia, stania, spania, życia seksualnego, życia towarzyskiego oraz podróżowania. W części dotyczącej życia seksualnego nie otrzymano odpowiedzi, w związku z czym nie zostało uwzględnione w rozpatrywaniu wyników. W każdej z części zostało zawartych 6 stwierdzeń, które oceniały dolegliwości chorych. Badany odpowiadał na pytania, wskazując odpowiedzi zgodne z jego stanem zdrowia. Następnie przydzielono punkty w zakresie 0–5 w zależności od natężenia bólu, gdzie niższa punktacja wskazywała na mniejsze nasilenie niepełnosprawności. Wyniki zsumowano oraz przeliczono na procenty. Wynik w zakresie 4,5-13,5 pkt (10%-30%) świadczy o niewielkim poziomie niesprawności, 13,5-22,5 pkt (30%-50%) o umiarkowanym poziomie niesprawności, 22,5-31,5 pkt (50%-70%)

o poważnym poziomie niesprawności a wynik powyżej 31,5 pkt (powyżej 70%) oznacza całkowitą niesprawność.

Analizę zgromadzonych danych przeprowadzono z użyciem programu Microsoft Excel 2010.

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	n	%
Płeć:		
kobieta	15	83%
mężczyzna	3	17%
Wiek:		
60-69	2	11%
70-79	5	28%
80-89	11	61%
Wykształcenie:		
podstawowe	5	28%
zawodowe	5	28%
średnie	8	44%
wyższe	0	0%
Charakter wykonywanej pracy:		
fizyczna	8	44%
umysłowa	4	22%
mieszana	6	33%

Wyniki

Wszyscy podopieczni Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Szczecinie mieli do czynienia z epizodami bólowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Odczuwany ból w różnym stopniu ograniczał im codzienne funkcjonowanie. Epizody bólowe w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa wpływały m.in. na takie czynności jak: przebywanie w pozycji stojącej, chodzenie, podnoszenie ciężkich przedmiotów.

Procentowy rozkład wyników poziomu niepełnosprawności uzyskanych z kwestionariusza ODI zawiera tabela nr 2. Połowa podopiecznych jest na poziomie umiarkowanego stopnia niesprawności. Nikt z badanych nie wykazał cech całkowitego stopnia niepełnosprawności. Średni poziom niesprawności osób będących pod opieką Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Szczecinie wynosi 16,56 pkt (37%) w skali Oswestry.

Tab. 2. Procentowy rozkład wyników kwestionariusza ODI

Stopień niesprawności	n	%
Niewielki	5	28
Umiarkowany	9	50
Znaczny	4	22
Całkowity	-	-

W tabeli nr 3 przedstawiono średnią ilość punktów uzyskaną w kwestionariuszu ODI oraz stopień niepełnosprawności w zależności od wieku. Podopieczni pomiędzy 60-69 r.ż. oraz 80-89 r.ż. średnio reprezentują umiarkowany stopień niesprawności.

Tab. 3. Średnia ilość punktów uzyskana w kwestionariuszu ODI oraz stopień niesprawności w zależności od wieku

Wiek (lata)	Średnia liczba punktów	Stopień niesprawności
60-69	17,0	umiarkowany
70-79	10,0	niewielki
80-89	17,2	umiarkowany

Ponad połowa ankietowanych w czasie trwania badań zadeklarowała brak odczuć bólowych. 22% podopiecznych określiło ból jako dość silny. 1/3 podopiecznych jest samodzielną podczas codziennych czynności takich jak mycie czy ubieranie, a aktywności te nie powodują u nich dodatkowego bólu. Tylko jedna osoba wymagała codziennej pomocy przy podstawowych czynnościach higienicznych i samoobsłudze. 1/3 badanych porusza się o lasce bądź kulach, w celu zmniejszenie odczuwalnego bólu. 50% badanych jako czynność nasilającą dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa wskazuje podnoszenie ciężkich przedmiotów. Większość z nich jest w stanie podnieść tylko bardzo lekkie przedmioty, a co niektórzy w ogóle nie podnoszą żadnych przedmiotów. Prawie 40% podopiecznych nie odczuwa bólu podczas siedzenia, bez względu na czas przebywania w tej pozycji. U 1/3 respondentów ból nasila się w pozycji siedzącej jeżeli trwają w niej ponad 30 minut. Większość badanych odczuwa dyskomfort wywołany pozostawianiem w pozycji stojącej. Pozycja ta nasila ból w 33% przypadków (u osób stojących ponad godzinę) oraz w 22% przypadków (u osób stojących dłużej niż pół godziny). Prawie 1/4 respondentów deklaruje możliwość stania przez dowolną ilość czasu, mimo że powoduje ono dodatkowy ból. Ponad 60% seniorów przyznało, że dolegliwości spowodowane bólem tylko czasami zaburzają im sen. Jednak prawie 15%

badanych jest zmuszonych z tego powodu ograniczyć przebywanie w pozycji leżącej. Bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowym jedynie w niewielkim stopniu wpływają na ograniczanie kontaktów towarzyskich u podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej. Ponad połowa badanych uważa, że ich życie towarzyskie jest normalne (u 28% badanych nie powoduje dodatkowego bólu, natomiast u 22% powoduje dodatkowy ból). 33% podopiecznych deklaruje, że ból nie ma znaczącego wpływu na ich życie towarzyskie, jednak są oni zmuszeni unikać czynności, które są powiązane ze wzmożoną aktywnością fizyczną, na przykład ze sportem. 1/3 badanych może podróżować wszędzie, jednak powoduje to u nich odczucia bólowe w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa.

Jak wynika z analizy przedstawionej w tabeli nr 4 największe nasilenie dolegliwości stanowiących przedmiot niniejszej pracy występuje przy: podnoszeniu przedmiotów, chodzeniu i pozostawaniu w pozycji stojącej.

Tab. 4. Średnie wyniki poszczególnych części kwestionariusza ODI

Składowa kwestionariusza	Wynik
Nasilenie bólu	1,06
Codzienne czynności	1,39
Chodzenie	2,44
Podnoszenie:	2,94
Siedzenie	1,72
Stanie	2,00
Spanie	1,22
Życie towarzyskie	1,39
Podróżowanie	1,72

W grupie badanej 13 osób korzystało z rehabilitacji z powodu dolegliwości bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Spośród nich aż 77% (10 na 13 osób) zaobserwowało poprawę po zabiegach oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych. Placówką rehabilitacyjną wybieraną przez 67% respondentów była poradnia ambulatoryjna fizjoterapii. Tylko jeden z podopiecznych przyznał, że korzystał z usług prywatnego gabinetu fizjoterapii.

Dyskusja

Proces starzenia się wywołuje szereg zmian w wydolności organizmu człowieka. Zespoły bólowe kręgosłupa są przyczyną wielu ograniczeń zarówno w życiu

rodzinnym, jak i społecznym. Osoby cierpiące na bóle w odcinku lędźwiowym kręgosłupa odczuwają trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. W dostępnej literaturze istnieje wiele publikacji naukowych, które dotyczą dolegliwości w obrębie omawianego odcinka kręgosłupa. Nieliczne z tych badań dotyczą konkretnie podopiecznych dziennych domów pomocy społecznej i ich trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

Garczyński z zespołem badawczym [27] oceniał stopień niepełnosprawności oraz czynniki nasilające dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa u podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 1 w Szczecinie. Do oceny jakości życia posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz kwestionariuszem Oswestry. Grupa badana liczyła 49 osób, a średnia wieku badanej grupy to 79 lat. Mimo, że w badaniach Garczyńskiego ponad połowa podopiecznych charakteryzowała się całkowitym stopniem niesprawności, to w badaniach własnych uzyskano porównywalne wyniki dotyczące przyczyn i wpływu dolegliwości bólowych na jakość życia osób badanych. Głównymi czynnikami nasilającymi dolegliwości bólowe są: podnoszenie ciężarów, przebywanie w pozycji stojącej. Natomiast w obu przypadkach rezydenci dziennego domu pomocy społecznej w Szczecinie najmniej dolegliwości bólowych odczuwali podczas podstawowej pielęgnacji, przebywania w pozycji siedzącej oraz podczas spania.

Badania przeprowadzone przez Kopacz i wsp. miały za zadanie określić poziom zmian niesprawności u pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa po zastosowaniu terapii przeciwbólowej [28]. Oceny dokonano w oparciu o zmodyfikowany kwestionariusz ODI. Grupa badana, u której stwierdzono dysfunkcję w części lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa, liczyła 150 osób. Średnia wieku pacjentów (łącznie z trzech opisywanych grup badawczych) wynosiła 55 lat. Analiza stopnia dysfunkcji podczas wykonywania czynności samoobsługowych pokazuje, że większość respondentów wykonywanie podstawowych czynności pielęgnacyjnych uznaje za bolesne, dlatego też wykonuje je powoli i ostrożnie. W badanej grupie większość ankietowanych przyznała, iż jest w stanie podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty. Pacjenci zadeklarowali również, że dolegliwości bólowe w okolicach dolnego odcinka kręgosłupa uniemożliwiają im przebywanie w pozycji siedzącej oraz stojącej dłużej niż pół godziny. Pomimo, że grupa badana przez Kopacz jest młodsza niż grupa z badań własnych, można stwierdzić, iż uzyskane wyniki są porównywalne. Wykazują nasilanie dolegliwości bólowych podczas wykonywania wspomnianych wyżej czynności u respondentów w obu badaniach - stopień dolegliwości bólowych podczas wyżej wymienionych czynności został oceniony na tym samym poziomie w kwestionariuszu Oswestry.

Klimaszewska i wsp. [22] prowadziła badania oceniające jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa, posługując się

dwoma skalami: Oswestry oraz Back Pain Function Scale. Grupa badana składała się ze 156 osób i była prawie dwa razy młodsza od grupy z badań własnych. Pomimo to wyniki, które uzyskano są zbieżne. Nasilający się ból w obu przypadkach pojawiał się przede wszystkim podczas takich czynności życia codziennego jak podnoszenie ciężkich przedmiotów i długotrwałe pozostawanie w pozycji siedzącej.

Chochowska z zespołem badawczym [29] badała skuteczność zastosowania masażu klasycznego i wibracyjnego masażu punktów spustowych w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa u osób starszych. Badana grupa składała się ze 152 osób w wieku powyżej 65 lat. W badaniu oceniano za pomocą kwestionariusza ODI m.in. jakość życia. Wyniki Chochowskiej są zbliżone do wyników osiągniętych w badaniach własnych. Czynnościami, które nasilają dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa są przede wszystkim podnoszenie ciężarów i przebywanie w pozycji stojącej.

Czaja z zespołem badawczym [30] swoimi badaniami dotyczącymi jakości życia osób z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa objęła 40 osób. Średnia wieku wynosiła 40,8 lat. Podczas badań do oceny bólu posługiwano się skalą wizualno-analogową (VAS), kwestionariuszami: ODI oraz Ronald Morris Disability Questionary (RMDQ) oraz autorskim kwestionariuszem ankiety. Najwięcej badanych miało umiarkowany stopień niesprawności (52,5%), natomiast 27% osób charakteryzowało się stopniem poważnym. Z badań własnych wynika, że również aż połowa pensjonariuszy ma umiarkowany stopień niesprawności, chociaż nikt z podopiecznych Domu Pomocy Społecznej nr 3 nie wykazywał cech poważnej bądź całkowitej niesprawności.

Płaszewska - Żywko z zespołem badawczym [31] badała sprawność funkcjonalną u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. Badania zostały przeprowadzone wśród 102 podopiecznych ze średnią wieku 76,2 roku. W badaniach posłużono się kwestionariuszem zawierającym pytania o problemy zdrowotne oraz postrzeganie własnego zdrowia, Geriatryczną Skalą Oceny Depresji (GSD), Skróconym Testem Sprawności Umysłowej (AMTS) jak i skalą funkcjonalną Katza. Prawie 90% grupy badanej była sprawna w zakresie czynności życia codziennego, natomiast tylko 10% podopiecznych cechowała nieznaczna niesprawność. Powyższe wyniki są rozbieżne z badaniami własnymi.

Wnioski

1. Dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa u podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 3 w Szczecinie mają umiarkowany wpływ na jakość ich życia.

2. Czynnościami życia codziennego, na które największy wpływ mają dolegliwości bólowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa są: podnoszenie ciężkich przedmiotów, chodzenie oraz długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej.

Bibliografia:

1. Wójcik S., Brzezińska A.I., Sienkiewicz-Wilowska J. A.: Wizerunek osób starszych w oczach ich opiekunów. *Studia Edukacyjne* 2012, nr 19, 56.
2. Gutowska A.: (Nie)pełnosprawna starość - przyczyny, uwarunkowania, wsparcie, *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2015; 8: 1-25.
3. Sokołowska D., Starość jako faza w życiu człowieka, <http://www publikacje.edu.pl/pdf/9301.pdf>, [on-line dn. 16.12.2015].
4. Szweda-Lewandowska Z.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012: 13-30. http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf [on-line dn. 16.12.2015].
5. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych,
6. <http://www.slownik-online.pl/kopaliniski/022450F5E0AEE1E7C12565E7006245DB.php>, [on-line: dn. 20.12.2015].
7. Mziray M., Żuralska R., Gaworska-Krzemińska A., Domagała P., Kosińska T., Postrożny D.: Analiza wybranych problemów zdrowotnych pacjentów w podeszłym wieku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (1): 62-63.
8. Śliwiński Z., Śliwa M., Starczyńska M., Kiebzak W.: Jakość życia pacjentów z bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Fizjoterapia Polska* 2014; 2 (14): 26-39.
9. Czenczek-Lewandowska E., Przysada G., Brotoń K., Leszczak J., Rykała J., Podgórska-Bednarz J.: Wpływ rehabilitacji na stan funkcjonalny oraz dolegliwości bólowe pacjentów z zespołem przeciążeniowym kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów* 2014; 3: 243-244.
10. Krawczyk-Wasielewska A.: Skuteczność wybranych algorytmów postępowania fizjoterapeutycznego w leczeniu objawowym przewlekłych zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa z promieniowaniem do kończyny dolnej. *Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Rozprawa doktorska* 2013; 9-12.
11. Depa A., Drużbicki M.: Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2008; 1: 34-41.
12. Sapuła R., Głowacka I., Lesiak A., Siwek W., Mataczyński K.: Ocena efektywności rehabilitacji pacjentów w zespołach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. *Zamojskie Studia i Materiały* 2012; 1 (35): 33-41.
13. Minta P., Tomaszewski W., Sobolak M.: Zagadnienie wartości korzeniowych testów rozciągających dla diagnozy i prognozy zespołów bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa leczonych w warunkach sanatoryjnych, *Fizjoterapia Polska* 2012; 1 (4), vol 12.: 21-22.
14. Ćwirlej A., Ćwirlej A., Gregorowicz-Cieślak H.: Masaż klasyczny i aromaterapeutyczny w bólach kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Medycznego* 2005; 4: 366-371.
15. Styczyński T.: Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa a leczenie i problem społeczny. *Postępy Nauk Medycznych* 2010; 6: 474-482.
16. Świątowska B., Dolegliwości bólowe kręgosłupa - przyczyny i zapobieganie. *Prewencja i Rehabilitacja* 2006; 4 (14): 7-10.
17. Zawadzka M., Fijewski A., Gawda P.: Ocena skuteczności wybranych metod fizjoterapii

- w zmianach zwyrodnieniowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa, *Formely Journal of Health Sciences* 2015; 5 (11): 373-375.
18. Garczyński W., Lubkowska A.: Postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Journal of Health Sciences* 2013; 3 (4), 118-130.
 19. Zielińska-Więczkowska H., Ciemnoczołowski W., Kornatowski T., Kędziora-Kornatowska K. : Poczucie koherencji a satysfakcja życiowa słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontologia Polska* 2011; 19 (2): 119-125.
 20. Pacian A., Kulik T.B., Chruściel P., Mazurek-Sitarz M., Sitarz K., Derewiecki T.: Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych. *Hygeia Public Health* 2014; 49 (4): 820-824.
 21. Bryła M., Maniecka-Bryła I.: Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej. *Gerontologia Polska* 2011; 19 (1): 40-41.
 22. Borys T.: Typologia jakości życia i pomiar statystyczny. *Wiadomości Statystyczne* 2015; 7(650): 1-18.
 23. 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.
 24. Grzegorzczak J., Kwolek A., Bazarnik K., Szeliga E., Wolan A.: Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2007; 3: 225-233.
 25. Kurowska K., Kajut A.: Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska* 2011; 8 (2):55-62.
 26. Ćwirlej-Sozańska A.: Aktywność fizyczna a stan zdrowia osób starszych, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. Rzeszów 2014; 2: 174.
 27. Knapik A., Rottermund J., Myśliwiec A., Plinta R., Gruca M.: Aktywność fizyczna a samoocena zdrowia osób w starszym wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów 2011; 2: 195-204.
 28. Garczyński W., Radecka A., Karakiewicz A., Lubkowska A.: Ocena stopnia niepełnosprawności podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 1 w Szczecinie – badania wstępne. *Medical&Health Sciences Review*, 2015; 1 (2): 20-26.
 29. Kopacz K. i in.: Ocena zachowania się dysfunkcji narządu ruchu za pomocą zmodyfikowanego kwestionariusza Oswestry, u pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym części lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa, po zastosowaniu wybranych metod fizjoterapii. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2012; 4: 586.
 30. Chochowska M., Marcinkowski J.T., Rąglewska P., Babiak J.: Masaż klasyczny i masaż wibracyjny punktów spustowych bólu w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa z towarzyszącym mu obniżeniem nastroju – u osób starszych. *Probl Hig Epidemiol* 2011; 92 (3): 428-435.
 31. Czaja E. i in.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012; 1 (3): 92-96.
 32. Płaszewska-Żywko L., Brzuzan P., Malinowska-Lipień I., Gabrys T. : Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89 (1): 62-66.