

ANNA ANTCHAK¹, BEATA HAOR², MARIOLA GŁOWACKA³ MONIKA BIERCEWICZ⁴

Jakość życia pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa po zastosowaniu leczenia sanatoryjnego – doniesienia wstępne

Quality of Life in Patients with Lumbar Spine Pain After Sanatorium's Treatment – Opening Reports

¹ Studenckie Koło Naukowe, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Wrocławku

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Wrocławku

³ Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku

⁴ Katedra i Klinika Geriatrii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego są powszechnym problemem, doprowadzającym do obniżenia jakości życia oraz powodującym znaczne ograniczenia w życiu społecznym, zawodowym i towarzyskim. Leczenie sanatoryjne jako terapia zachowawcza prowadzi do poprawy jakości życia chorego.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa po zastosowaniu leczenia sanatoryjnego w aspekcie odczuwanego bólu.

Materiał i metody. Badaniami objęto 300 losowo wybranych osób, w wieku 35–65 lat z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowego. Badania wykonano w 2013 r., w sanatorium we Wiercu Zdroju. Narzędziami badawczymi użytymi w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety oraz Skala Oswestry.

Wyniki. Badania wykazały znaczną poprawę jakości życia po zastosowanym leczeniu sanatoryjnym. Po przeprowadzonej u chorego terapii sanatoryjnej nasilenie bólu zmniejszyło się ($p = 0,000$). Zmniejszyły się także dolegliwości bólowe podczas wykonywania codziennych czynności higienicznych ($p = 0,000$) oraz podczas podnoszenia/dźwigania ciężarów ($p = 0,018$). W różnym stopniu zmniejszył się również ból podczas chodzenia.

Wnioski. Leczenie sanatoryjne znacząco wpłynęło na poprawę jakości życia pacjentów. Stopień natężenia dolegliwości bólowych przed leczeniem sanatoryjnym był znacznie większy w porównaniu z okresem po leczeniu. Dolegliwości bólowe występowały częściej w czasie wykonywania codziennych czynności higienicznych przed leczeniem sanatoryjnym. Ból zmniejszył swoje nasilenie podczas dźwigania po zastosowanym leczeniu sanatoryjnym. Według badanych nasilenie dolegliwości bólowych w czasie chodzenia przed leczeniem sanatoryjnym było częściej odczuwane (**Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 1, 19–25**).

Słowa kluczowe: jakość życia, zespoły bólowe kręgosłupa, leczenie sanatoryjne.

Abstract

Background. Low back pain is a common problem which leads to the reduction in the quality of life, and causes significant limitations in social and occupational life style. Spa treatment as a conservative therapy leads to the improvement of the quality of life of the patient.

Objectives. Quality of life in patients with spinal pain syndromes after sanatorium treatment in terms of pain.

Materials and Methods. The study included 300 randomly selected people aged 35–65 years of pain syndromes of the lumbar spine. The study was performed in 2013, in the sanatorium in Wierc Zdroj. Research tools used in the study were the author's questionnaire and the Oswestry scale.

Results. Studies have shown a significant improvement in quality of life after sanatorium treatment. Following

that sanatorium treatment, pain intensity was reduced ($p = 0.000$), as well as pain during activities of daily hygiene ($p = 0.000$) and during lifting/handling loads ($p = 0.018$). In varying degrees, pain also decreased while walking.

Conclusions. Spa treatment significantly improved the quality of life of patients. The degree of pain intensity before sanatorium treatment was significantly greater compared with the period after the treatment. The pain occurred more frequently in the performance of activities of daily hygiene before sanatorium treatment. Pain reduced its severity in the lifting after sanatorium treatment. According to the respondents, the severity of pain when walking before sanatorium treatment was often felt (*Piel. Zdr. Publ.* 2014, 4, 1, 19–25).

Key words: quality of life, back pain, sanatorium treatment.

Zespoły bólowe kręgosłupa wraz z rozwojem cywilizacji stały się powszechnym problemem, związanym ściśle ze stylem życia, wykonywaną pracą i brakiem znajomości ergonomii wysiłku [1].

Zwiększenie występowania dolegliwości bólowych znacząco wpływa na jakość życia. Okazuje się, że odcinek lędźwiowy nie jest dostatecznie przygotowany, mimo trwającego procesu ewolucji, do wykonywania niektórych, często długotrwałych czynności. Mają na to wpływ przeniesienie środka ciężkości oraz obciążająca kręgosłup pozycja siedząca [2]. Sprzyja temu również nieprawidłowy styl życia, związany ze stresem, pośpiechem oraz ograniczeniem aktywności fizycznej. Zespoły bólowe kręgosłupa są czynnikami zaburzającymi prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu. Powodują także duże ograniczenia w życiu zawodowym, społecznym i towarzyskim [3, 4].

Leczenie sanatoryjne ma na celu poprawę stanu funkcjonowania organizmu, przywrócenie zdolności do samoopieki, biorąc pod uwagę podstawowe czynności dnia codziennego, a także usprawnienie poszczególnych narządów, które wpływają na zwiększenie jakości życia pacjentów. Jedną z form leczenia zachowawczego u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego jest zastosowanie zabiegów fizykoterapeutycznych [5, 6]. Leczenie w warunkach sanatoryjnych polega na usprawnianiu, które może być uzupełnieniem innych metod leczniczych lub leczeniem objawowym. Oprócz farmakoterapii obejmuje stosowanie fizjoterapii z zastosowaniem naturalnych i sztucznych czynników fizykalnych pod różnymi postaciami oraz kinezyterapii – leczenie ruchem. Leczenie sanatoryjne łączy ze sobą kompleksowe wykorzystanie leczenia fizykoterapeutycznego z czynnikiem klimatycznym i środowiskowym [7, 8].

Jakość życia stała się jedną z form oceny satysfakcji z życia. Biorąc pod uwagę wiele aspektów funkcjonowania człowieka w społeczeństwie, staje się to zachętą dla badaczy do prowadzenia pomiarów i analiz [9]. Tempo przemian w społeczeństwie powoduje dążenie do doskonałości, spełnienia i pełnej satysfakcji z życia w wielu wymiarach. W związku z intensyfikacją badań nad jakością życia pojawia się potrzeba oceny jakości życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego [10, 11]. Pojęcie jakości życia zosta-

ło zaczerpnięte z nauk społecznych i ma związek z poczuciem zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia określa się 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” [12, 13].

Jakość życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa odcinka lędźwiowego w ostatnich latach jest poddawana licznym analizom. Badania opierają się na ocenie występowania bólu u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa. Znaczący wpływ ma podejście holistyczne, nie tylko analiza problemów natury fizycznej, ale również psychicznej i społecznej. Daje to obraz całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta, przekładającej się bezpośrednio na jakość życia, którą dokonuje on sam [10, 13].

Celem pracy była próba oceny jakości życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa po zastosowaniu leczenia sanatoryjnego w aspekcie odczuwanego bólu. Dokonano oceny:

- wpływu leczenia sanatoryjnego na jakość życia pacjentów,
- stopnia nasilenia bólu przed i po zastosowanym leczeniu,
- stopnia nasilenia bólu podczas wykonywania codziennych czynności higienicznych,
- nasilenia dolegliwości bólowych podczas dzwigania,
- nasilenia dolegliwości bólowych podczas chodzenia.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Sanatorium „Uzdrowisko Wieniec” Sp. z o.o. w Wiencu Zdroju, w okresie od lipca do listopada 2013 r. Badaniami objęto 300 losowo wybranych osób (111 kobiet – 37% i 189 mężczyzn – 63%) z potwierdzonym rozpoznaniem zespołów bólowych kręgosłupa odcinka lędźwiowego różnego pochodzenia. W badanej grupie 89 osób było w wieku 35–45 lat, co stanowi 30% badanej zbiorowości, 88 w wieku 46–55 lat – 29% badanych, a 123 w wieku 56–65 lat – 41%. Szczegółową charakterystykę badanej populacji przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji**Table 1.** Characteristics of the study population

Zmienna	N(%)
Płeć kobieta mężczyzna	111 (37) 189 (63)
Wiek (lata) 35–45 46–55 56–65	89 (30) 88 (29) 123 (41)
Wykształcenie podstawowe średnie zawodowe wyższe	19 (7) 122 (40) 88 (29) 71 (24)
Miejsce zamieszkania wieś miasto	82 (27) 218 (73)
Rodzaj wykonywanej pracy fizyczna umysłowa nie pracuję	149 (49) 110 (37) 41 (14)
Czas występowania choroby do 6 miesięcy do 1 roku do 3 lat do 10 lat do 15 lat	20 (6) 83 (28) 66 (22) 78 (26) 53 (18)

Badani pacjenci zostali objęci programem rehabilitacji podczas 28-dniowego turnusu sanatoryjnego. W programie terapii zastosowano zabiegi (leczenie sanatoryjne) z zakresu: elektrolecznictwa, światłolecznictwa, ciepłolecznictwa, zimnolecznictwa i balneologii. Dodatkowo stosowano masaż ręczny grzbietu oraz kinezyterapię grupową i indywidualną. Zlecone zabiegi były wykonywane codziennie przez 28 dni.

Oceny jakości życia pacjentów w aspekcie odczuwanego bólu dokonano za pomocą kwestionariusza ankiety (w dniu przyjęcia do sanatorium) oraz skali Oswestry (ODI) [14] (w dniu przyjęcia i wypisu z sanatorium). Kwestionariusz ankiety zawierał dane personalne (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania rodzaj wykonywanej pracy, sytuacja materialna) oraz dane związane z przebiegiem choroby (czas występowania choroby, rozpoznanie, dotychczasowe leczenie, przebyte leczenie operacyjne). Skala Oswestry (ODI) to skala 10-stopniowa, pozwalająca na ocenę niepełnosprawności, która jest spowodowana dolegliwościami bólowymi kręgosłupa odcinka lędźwiowego. Kwestionariusz Oswestry zawierał pytania dotyczące: nasilenia bólu, codziennych czynności higienicznych, dźwigania, chodzenia, siedzenia, stania, spania, życia towarzyskiego, podróży oraz przebiegu dolegliwości bólowych. Badany odpowiadał na pyta-

nia, zakreślając odpowiednio odpowiedzi wskazujące na jego stan, przydzielając 0–5 punktów. Wyniki zsumowano i przeliczono na procenty. W analizie statystycznej dokonano interpretacji wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza Oswestry wg Fairbanka, przyjmując: I grupa (0–20%) – minimalna niesprawność, II grupa (20–40%) – umiarkowana niesprawność, III grupa (40–60%) – poważna niesprawność, IV grupa (60–80%) – kalectwo i V grupa (80–100%) – osoba leżąca.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.

Wyniki opracowano za pomocą programu Microsoft Excel 2000 oraz Statistica wersja 5.1. W analizie statystycznej posłużono się testem Wilcoxona (Z). Wszystkie hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowego

Na podstawie uzyskanych wyników (tab. 2) można stwierdzić, że u wszystkich badanych osób nastąpiła poprawa w funkcjonowaniu, a tym samym ograniczenie niesprawności po leczeniu sanatoryjnym. Wskazuje to na poprawę jakości życia pacjentów. Najliczniejszą grupą badanych – 155 osób (52%) są osoby z niesprawnością minimalną (I grupa), nieznacznie mniejszą grupą – 121 osób (40%) są osoby z umiarkowaną niesprawnością (II grupa). Żadna z badanych osób nie została zakwalifikowana do IV i V grupy, zarówno przed, jak i po leczeniu sanatoryjnym.

Tabela 2. Uzyskane wyniki w grupach wg skali Oswestry – przed i po leczeniu**Table 2.** The resulting group by the ODS – before and after treatment

Grupa Oswestry	Przed leczeniem		Po leczeniu
	N	%	N
I (0–20%)	48	16	155
II (20–40%)	239	80	121
III (40–60%)	17	4	23
IV (60–80%)	0	0	0
V (80–100%)	0	0	0

Dolegliwości bólowe przed i po zastosowanym leczeniu sanatoryjnym

Analizie poddano nasilenie bólu przed i po leczeniu sanatoryjnym. Zaobserwowano zmniejszenie występowania dolegliwości bólowych po przeprowadzonej terapii ($p = 0,000$) (tab. 3). Przed leczeniem 51 osób (17%) stwierdziło, że ból jest niewielki i nie muszą przyjmować leków przeciwbólowych. Po leczeniu takich osób było już 89 (30%). Największą jednak różnicę uzyskano przy odpowiedzi, że leki nieznacznie zmniejszają ból (IV grupa) – przed leczeniem 110 osób (37%), a po leczeniu tylko 31 (10%).

Ból a wykonywanie codziennych czynności higienicznych

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że po leczeniu sanatoryjnym nastąpiła poprawa – zmniejszenie dolegliwości bólowych

podczas wykonywania codziennych czynności higienicznych ($p = 0,000$) (tab. 4). Wszyscy badani zauważyli zmniejszenie dolegliwości bólowych po przeprowadzonej terapii. Największa różnica była widoczna w grupie 0 – przed leczeniem 99 osób (34%), a po nim 154 osoby (51%) zaobserwowały, że codzienne czynności higieniczne nie powodują bólu. Po zastosowanym leczeniu sanatoryjnym, w przypadku IV i V grupy, żadna z badanych osób nie zakresliła stwierdzenia: potrzebuję pomocy codziennie w niemal wszystkich czynnościach higienicznych oraz nie ubieram się samodzielnie, z trudem się myję, większość czasu spędzam w łóżku.

Dolegliwości bólowe a dźwiganie/podnoszenie ciężarów

Wykazano istotną statystycznie różnicę ($p = 0,018$) między okresem przed i po leczeniu w występowaniu dolegliwości bólowych a dźwiganie/podnoszeniem ciężarów (tab. 5). Zdecy-

Tabela 3. Nasilenie bólu przed i po leczeniu

Table 3. The severity of pain before and after treatment

ODI – nasilenie bólu		Przed leczeniem		Po leczeniu
		N	%	N
0	ból jest niewielki nie muszę brać leków przeciwbólowych	51	17	89
1	ból jest uciążliwy, ale nie biorę leków przeciwbólowych	95	32	69
2	leki przeciwbólowe całkowicie usuwają ból	22	7	60
3	leki przeciwbólowe częściowo znoszą ból	22	7	51
4	leki przeciwbólowe nieznacznie zmniejszają ból	110	37	31
5	nie stosuję leków przeciwbólowych, gdyż i tak nie zmniejszają bólu	0	0	0

Test Wilcoxona $Z(n = 300) = 3,72$, $p = 0,000213$.

Tabela 4. Dolegliwości bólowe a codzienne czynności higieniczne

Table 4. Pain and daily activities hygienic

ODI – codzienne czynności higieniczne		Przed leczeniem		Po leczeniu
		N	%	N
0	codzienne czynności higieniczne nie powodują dodatkowego bólu	99	34	154
1	codzienne czynności higieniczne powodują ból	84	28	72
2	samodzielnie wykonuję czynności higieniczne, chociaż ból powoduje, że sprawiają mi trudność	92	30	68
3	z powodu bólu potrzebna jest mi pomoc w niektórych czynnościach higienicznych	15	5	6
4	potrzebuję pomocy codziennie w niemal wszystkich czynnościach higienicznych	7	2	0
5	nie ubieram się samodzielnie, z trudem się myję, większość czasu spędzam w łóżku	3	1	0

Test Wilcoxona $Z(n = 300) = 4,81$, $p = 0,0001$.

Tabela 5. Dolegliwości bólowe a dźwiganie/podnoszenie ciężarów**Table 5.** Pain and lifting/weightlifting

ODI – dźwiganie		Przed leczeniem		Po leczeniu
		N	%	N
0	mogę dźwigać ciężkie przedmioty bez bólu	33	11	56
1	dźwiganie ciężkich przedmiotów sprawia mi ból	96	33	70
2	ból utrudnia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi, ale nie sprawia mi trudności podnoszenie przedmiotów wygodnie położonych	56	18	88
3	nie jestem w stanie podnieść ciężkiego przedmiotu, ale radzę sobie z podnoszeniem lżejszych przedmiotów wygodnie położonych	58	19	58
4	mogę podnieść bardzo lekkie przedmioty	48	16	28
5	nie mogę podnosić żadnych przedmiotów	9	3	0

Test Wilcoxona $Z(n = 300) = 2,39; p = 0,018185$.

dowanie lepsze wyniki (zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz możliwość podnoszenia ciężarów) uzyskiwały osoby po leczeniu sanatoryjnym. Przed leczeniem aż 96 osobom (33%) dźwiganie ciężkich przedmiotów sprawiało ból, a po leczeniu tylko 70 (23%). Można również zauważyć, że żadna osoba po leczeniu sanatoryjnym nie miała dolegliwości bólowych występujących w czasie podnoszenia różnych przedmiotów (V grupa). W przypadku okresu przed leczeniem takich osób było 9 (3%).

Dolegliwości bólowe a chodzenie

Ból związany z chodzeniem zmniejszył się po zastosowanym leczeniu w różnym stopniu. Tabela 6 przedstawia wyniki udzielonych odpowiedzi dotyczących nasilenia dolegliwości bólowych w zależności od chodzenia. Mimo występujących różnic w klasyfikowaniu osób do poszczególnych grup (przed i po leczeniu), były one nieistotne statystycznie ($p = 0,176$).

Tabela 6. Dolegliwości bólowe a chodzenie**Table 6.** Pain and walking

ODI – chodzenie		Przed leczeniem		Po leczeniu
		N	%	N
0	ból wcale nie utrudnia mi chodzenia	53	18	92
1	ból utrudnia mi chodzenie dalej niż 1 km	134	44	105
2	ból utrudnia mi chodzenie dalej niż 500 m	72	24	56
3	ból utrudnia chodzenie dalej niż 200 m	33	11	39
4	mogę chodzić wyłącznie o kulach lub o lasce	5	2	6
5	większość czasu spędzam w łóżku, z trudem dostaję się do toalety	3	1	2

Test Wilcoxona $Z(n = 300) = 1,38; p = 0,176825$ (n.s.).

Omówienie

Jakość życia nie ma ściśle określonej definicji. Jest subiektywną oceną funkcjonowania, uwarunkowaną zmiennymi cechami, ale także dążeniem do doskonałości i wewnętrznymi przekonaniem.

W przeprowadzonej analizie wykazano, że dolegliwości bólowe znacznie częściej były odczuwalne przed leczeniem sanatoryjnym. Potwierdzają to liczne dane z literatury oraz uzyskane wyniki. Przed leczeniem 20% badanych, a po leczeniu 32% nie odczuwało bólu lub odczuwało niewielki ból w czasie wykonywania czynności [13].

Nie ma wątpliwości co do stwierdzenia w przypadku osób dotkniętych zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowego, że jakość ich dotychczasowego życia znacząco się poprawiła. Zostało to potwierdzone w badaniach własnych i podanych w literaturze. Klimaszewska [12] badała w swojej pracy wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia. Podała, że leczenie rehabilitacyjne jest potrzebne i zmierza do poprawy jakości życia w badanej grupie. Ma to odzwierciedlenie w życiu zawodowym, społecznym i towarzyskim. Osoby takie są podatne na choroby o podłożu psychicz-

nym, co jest związane z ograniczeniami w funkcjonowaniu organizmu, a przez to wykluczeniem z pełnienia wielu określonych ról społecznych [4]. Dostosowanie do panującej sytuacji wymaga niezwyklej determinacji i pomocy z zewnątrz. Wsparcie potrzebne do uzyskania zadowalającego stanu jest uzyskiwane od rodziny, najbliższych oraz zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, masażysta i psycholog. Pomoc jest uzyskiwana kompleksowo i spełnia większość oczekiwań pacjenta [7].

Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego są nierozdzielnie związane z występowaniem dolegliwości bólowych. Uzyskane wyniki ukazują związek między przyjmowaniem leków przeciwbólowych a występowaniem bólu. Przekłada się to niejednokrotnie na funkcjonowanie całego organizmu, ale także na stan psychoemocjonalny pacjenta. Ból oprócz stwarzania dyskomfortu powoduje bezpośrednie zmniejszenie aktywności fizycznej i znacząco wpływa na podstawowe czynności dnia codziennego. Czynniki warunkujące prawidłowe funkcjonowanie są m.in. samodzielne wykonywanie czynności higienicznych, poruszanie się oraz dźwiganie. Uzależnienie własnej osoby od pomocy innych ludzi dodatkowo warunkuje zły stan psychiczny pacjentów [6, 12].

Wymienione czynności, które zostały poddane ocenie na podstawie skali Oswestry potwierdziły dane z literatury, że leczenie sanatoryjne wpływa na poprawę jakości życia pacjentów. Wyniki badań różnią się jednak między sobą, gdyż badaniu są poddawane zróżnicowane pod względem socjalno-demograficznym i fizycznym grupy pacjentów [5].

Pomoc w poprawie jakości życia jest zadaniem bardzo złożonym. Istotą problemu jest zmniejszenie lub ograniczanie dolegliwości bólowych, nigdy całkowite jego wyeliminowanie. Pacjenci powinni zdawać sobie sprawę z trudności związanych z tego typu jednostką chorobową. Podstawowym wa-

runkiem, który powinien spełnić personel medyczny jest zdobycie zaufania pacjenta przez okazanie wsparcia i zapewnienie bezpieczeństwa. Nie należy pacjentów okłamywać, a zarazem przekonywać o niezawodności leczenia. Powinni oni zdawać sobie sprawę z dalszego postępowania leczniczego i nie oczekiwać nagłej poprawy stanu zdrowia. Zadaniem priorytetowym personelu medycznego jest łagodzenie dolegliwości bólowych różnymi znanymi metodami. Terapia także i w tym przypadku powinna być złożona i kompleksowa [10, 15–17].

Wyniki badań własnych oraz literatura jednoznacznie ukazują istotę leczenia sanatoryjnego w przypadku pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Depta et al. [6] w swojej pracy dokonali oceny skuteczności rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku lędźwiowym. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono poprawę ruchomości w odcinku lędźwiowym u 57% respondentów oraz zmniejszenie subiektywnego natężenia dolegliwości bólowych po zastosowanej rehabilitacji w 59% przypadków.

Wnioski

Leczenie sanatoryjne znacząco wpływa na poprawę jakości życia pacjentów.

Stopień natężenia dolegliwości bólowych przed leczeniem sanatoryjnym był znacznie większy w porównaniu z okresem po leczeniu.

Dolegliwości bólowe występowały częściej podczas wykonywania codziennych czynności higienicznych przed leczeniem sanatoryjnym.

Ból zmniejszył swoje nasilenie w czasie dźwigania po zastosowanym leczeniu sanatoryjnym.

Według badanych nasilenie dolegliwości bólowych podczas chodzenia przed leczeniem sanatoryjnym było częściej odczuwane.

Piśmiennictwo

- [1] Radziszewski K.R.: Analiza porównawcza aktywności zawodowej pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. *Wiad. Lek.* 2007, 1–2, 15–20.
- [2] Radziszewski K.R.: Stan funkcjonalny pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. *Wiad. Lek.* 2008, 1–3, 23–29.
- [3] Radziszewski K.R.: Porównawcza retrospektywna analiza dolegliwości bólowych u chorych na dyskopatię lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operacyjnie. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2006, 124, 335–340.
- [4] Wójcik A., Martowicz B.: Zespoły bólowe lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *THINK – studenckie naukowe czasopismo internetowe* 2012, 10, 50–63.
- [5] Demczyszak I., Wrzosek Z., Dubis., Milko D.: Ocena przydatności leczenia sanatoryjnego u osób z chorobą dyskową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. *Kwart. Ortop.* 2009, 3, 375–380.
- [6] Depa A., Wolan A., Przysada G.: Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku lędźwiowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2007, 2, 116–124.
- [7] Łój G.: Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku. *Gerontol. Pol.* 2007, 4, 153–157.

- [8] **Topolska M., Sapuła R., Topolski A., Marczewski K.:** Efekty rehabilitacji osób z przewlekłym zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa i nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn. Tętn.* 2011, 3, 163–168.
- [9] **Chrobak M.:** Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl. Pielęg.* 2009, 2, 123–127.
- [10] **Jabłońska R., Beuth W.:** Subiektywne wyznaczniki jakości życia chorych z dyskopatią. *Pielęg. Pol.* 2008, 27, 29–34.
- [11] **Łukasik A., Barylski M., Irzmański R.:** Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa. *Geriatrics* 2011, 5, 315–323.
- [12] **Klimaszewska K.:** Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Probl. Pielęg.* 2011, 1, 47–54.
- [13] **Podkówa D., Maziuk L., Grabarek E., Madej E., Gwizdała W.:** Rehabilitacja medyczna a jakość życia w przewlekłych schorzeniach. *Kwart. Ortop.* 2007, 4, 372–376.
- [14] **Fairbank J.C., Couper J., Davies J.B., O'Brien J.P.:** The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980, 66(8), 271–273.
- [15] **Topolska M., Sapuła R., Topolski A., Maciejewski M., Marczewski K.:** Wpływ aktywności fizycznej na przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet w wieku od 30 do 65 lat. *Zamojskie Studia i Materiały* 2011, 34, 45–54.
- [16] **Radziszewski K.R.:** Analiza wyników leczenia dyskopatii lędźwiowej u chorych w starszym wieku. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej I* 2008, 13, 5–12.
- [17] **Radziszewski K.R.:** Analiza sprawności ruchowej pacjentów leczonych z powodu dyskopatii kręgosłupa lędźwiowego. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej* 2008, 13, 13–19.

Adres do korespondencji:

Anna Antczak
Wydział Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
ul. Okrzei 94
87-800 Włocławek
e-mail: antczak231@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

Received: 21.02.2014

Revised: 4.04.2014

Accepted: 4.04.2014