

## Rola wsparcia, a przystosowanie się do życia z zespołami bólowymi kręgosłupa

### *The role of support and adaptation to life with spine pain syndromes*

Krystyna Kurowska, Paulina Andrzejewska

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

#### Streszczenie

**Wstęp.** Siedzący tryb życia, niska aktywność fizyczna spowodowana rozwojem motoryzacji sprawia, że spora część społeczeństwa uskarża się na bóle kręgosłupa. W rezultacie jest to powodem niesprawności ruchowej i ma wpływ na pogorszenie zdolności do wykonywanej pracy zawodowej i czynności dnia codziennego. **Cel pracy.** Ocena roli wsparcia społecznego u pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa w przystosowaniu się do życia z chorobą. **Material i metody.** Przebadano 70 kuracjuszy na turnusie rehabilitacyjnym w NZOZ Centrum Uzdrowiskowe Energetyk w Inowrocławiu. Poziom wsparcia oceniono Skalą Wsparcia Społecznego Kmieciak-Baran a przystosowanie do choroby Skalą Akceptacji Choroby (AIS) Juczyńskiego. **Wyniki.** Badani najwyżej ocenili wsparcie emocjonalne otrzymywane od rodziny. Poziom akceptacji choroby był wysoki. Wyższe wyniki przystosowania do choroby odnotowano u osób, które nie mogą liczyć na wsparcie z otoczenia. **Wnioski.** Otrzymane wyniki świadczą o tym, że wsparcie społeczne ma wielkie znaczenie w przystosowaniu się do życia z chorobą. (*Farm Współ 2016; 9: 55-60*)

*Słowa kluczowe: zespoły bólowe kręgosłupa, wsparcie społeczne, akceptacja choroby*

#### Summary

**Background.** A sedentary lifestyle and low physical activity resulting from the development of motorization are the reason why a considerable part of the society complains of spine pain. Consequently, such pain results in motor disability and impairs the ability to carry out both professional and everyday activities. **Aim.** Evaluation of the role of social support in adaptation of patients suffering from spine pain to life with an illness. **Material and methods.** 70 patients at the rehabilitation camp in the Health Care Centre 'Energetyk' in Inowrocław (non-public health care institution) were examined. The level of support was measured with the use of Kmieciak-Baran's Social Support Scale, adaptation to illness was measured with Juczyński's Acceptance of Illness Scale (AIS). **Results.** Emotional support from family was the highest graded aspect. Acceptance of illness was high. Better illness acceptance was observed in patients who could not count on support in their surroundings. **Conclusions.** Obtained results show that social support has great importance in adaptation to life with an illness. (*Farm Współ 2016; 9: 55-60*)

*Keywords: spinal pain syndromes, social support, acceptance of illness*

#### Wstęp

Siedzący tryb życia, niska aktywność fizyczna, spowodowana między innymi rozwojem motoryzacji sprawia, że spora część społeczeństwa w wieku produkcyjnym uskarża się na bóle kręgosłupa [1].

Choroba w życiu każdego człowieka jest wydarzeniem niemal krytycznym. Jej pojawienie się powoduje wiele zmian, które często modyfikują całe dotychczasowe życie. Sprawia także, że w człowieku zaczynają rodzić się negatywne emocje, które zaburzają równowagę

psychiczną [2]. Jedną z istotnych rzeczy, która pozwala przystosować się choremu do nowej sytuacji życiowej jest wsparcie społeczne. Jego podstawą jest istnienie sieci społecznej, dzięki której łatwiej zaakceptować życie z chorobą. Człowiek, który ma świadomość wsparcia lepiej radzi sobie z zaistniałym problemem, ponieważ wierzy, że w przypadku pojawienia się krytycznych wydarzeń życiowych może liczyć na opiekę ze strony otoczenia [3].

Celem pracy była ocena roli wsparcia w przystosowaniu się do życia osób z zespołami bólowymi kręgosłupa.

### Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób ze schorzeniami przewlekłymi. Badania przeprowadzono w okresie od kwietnia do lipca 2012 roku w grupie 70 kuracjuszy przebywających na turnusie rehabilitacyjnym w NZOZ Centrum Uzdrowiskowe „Energetyk” w Inowrocławiu, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/225/2012). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Skalę Wsparcia Społecznego Krystyna Kmieciak-Baran [4], Skalę Akceptacji Choroby (AIS) Zygfrieda Juczyńskiego [5] oraz ankietę własnego aurostwa, odnoszącą się do różnych aspektów życia. Zawiera ona osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Skala służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Suma punktów od 8-40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby. Skala wsparcia społecznego zawiera zestaw pytań dotyczący rodzaju i siły pomocy, jaką chory otrzymuje od wybranych grup wsparcia. Twierdzenia odnoszą się do czterech rodzajów wsparcia: informacyjnego – udzielanie rad lub informacji, które mogą pozytywnie wpłynąć na rozwiązywanie problemów; instrumentalnego - dostarczenie konkretnej pomocy lub świadczenie usług; wartościującego - to konkretny komunikat wysyłany do chorego, zapewniający, że jest on kimś ważnym, znaczącym; emocjonalnego - to zapewnienie o więzi emocjonalnej. W badaniu można było uzyskać od 24 do 120 punktów. Wynik 24 punkty świadczy o dużym wsparciu społecznym, wynik mak-

symalny oznacza całkowity brak wsparcia. Podobnie w podskalach wynik mieścił się od 6 do 30 punktów z analogiczną interpretacją [4].

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek -  $p < 0,05$ . Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.0.

### Wyniki badań

Analiza danych wykazała, że średnia wieku badanych wynosiła niewiele ponad 62 lata, a wśród ankietowanych przeważały kobiety (70,0%). Większość respondentów posiadała wykształcenie średnie (64,3%), pozostawała w związkach małżeńskich (67,1%), posiadała potomstwo (64,3%), mieszkała z rodziną (85,7%) oraz w mieście (48,6%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 11,4% badanych, z emerytury 60,0%, z renty 4,3% (grupa o przeciętnej sytuacji materialnej -57,8%). Wszyscy badani zadeklarowali, że odczuwają dolegliwości bólowe kręgosłupa. Najwięcej badanych wskazywało na odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa (49,5%) i piersiowy (12,6%). Odczuwany ból opisywali jako rwący (35,9%), kłujący i przewlekły (po 16,3%), pojawiający się kilka razy w tygodniu (47,1%) oraz trwający od kilku lat (91,4%). Ból ograniczał ich nieznacznie w czynnościach dnia codziennego (68,6%). Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że w związku z chorobą może liczyć na wsparcie osób z otoczenia (85,7%). Najwięcej z nich wskazywało na najbliższą rodzinę (50,5%) i pracowników ochrony zdrowia (20,2%). Wszyscy respondenci byli zdania, że wsparcie pomaga przystosować się do życia z chorobą.

Analizie poddano Skalę Akceptacji Choroby (AIS). Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby, najwyżej oceniono poczucia (tabela I) *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (4,13) oraz *Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby* (4,13), kolejno *Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym* (3,97). Najniżej ze wszystkich pozycji oceniono poczucie: *Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię* (3,50). Wynik średni akceptacji choroby (AIS) wyniósł 30,43 punktu, świadcząc o wysokim poziomie akceptacji. Odchylenie standardowe stanowiące

ponad 26% wartości średniej dowodzi bardzo dużego zróżnicowania wyników AIS. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiała ponad połowa badanych (67,1%), natomiast najmniej z nich przejawiała niski poziom akceptacji choroby (12,9%). Podjęto próbę ustalenia, czy stopień akceptacji choroby zróżnicowany jest poprzez zmienne takie jak płeć, wiek, wykształcenie, częstość odczuwania dolegliwości bólowych, możliwość wsparcia z otoczenia i stosunek do choroby. Wyższe wyniki akceptacji choroby odnotowano wśród mężczyzn, badanych w wieku do 55 lat, z wykształceniem średnim, odczuwających dolegliwości bólowe kilka razy w tygodniu, mogących liczyć na wsparcie z otoczenia, pogodzonych z własną chorobą.

Dalszej analizie poddano Skalę Wsparcia Społecznego. Rozkład tabeli II informuje, że ankietowani najwyżej ocenili wsparcie emocjonalne (11,29). W dalszej kolejności respondenci wskazywali na wsparcie informacyjne (12,43). Najniżej natomiast ocenili wsparcie instrumentalne (14,4), pomimo że nie jest to najniższa średnia z analizowanych rodzajów wsparć. Wskazuje jednak na taki fakt najmniej wyników wysokich (51,4%) i wyższy wskaźnik wyników

przeciętnych (32,9%). Wszystkie rodzaje wsparcia, poza emocjonalnym to poziom przeciętny, podobnie jak poziom globalnego wsparcia społecznego. Wyższe wsparcie we wszystkich rodzajach, jak i wsparciu globalnym uzyskiwały badane kobiety, badani w wieku 56-65 lat, z wykształceniem zawodowym, odczuwający dolegliwości bólowe rzadziej niż raz w tygodniu, deklarujący możliwość uzyskania wsparcia ze strony otoczenia oraz ci, którzy pogodzili się z własną chorobą. Najwyżej oceniono wsparcie społeczne i jego rodzaje otrzymywane od rodziny, dalej otrzymywane od personelu i przyjaciół, a najniżej otrzymywane od innych chorych.

W dalszym kroku ocenie poddano związek akceptacji choroby (AIS) i wsparcia społecznego (tabela III). Akceptacja choroby nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji z wynikami wsparcia społecznego i jego pozycjami. Najwyższe wsparcie zarówno społeczne, jak i informacyjne, instrumentalne, wartościujące i emocjonalne odnotowano wśród osób o niskim poziomie akceptacji choroby, najniższe wsparcie w grupie akceptacji przeciętnej.

Tabela I. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS  
Table I. Acceptance of Illness Scale - average results

Nr	pozycja	liczba	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Min	Mediana	Maks
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	70	3,49	1,236	3,19	3,78	1,0	3,0	5,0
2	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	70	3,50	1,305	3,19	3,81	1,0	4,0	5,0
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	70	3,86	1,243	3,56	4,15	1,0	4,0	5,0
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	70	3,79	1,261	3,48	4,09	1,0	4,0	5,0
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	70	4,13	1,250	3,83	4,43	1,0	5,0	5,0
6	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	70	3,97	1,191	3,69	4,26	1,0	4,0	5,0
7	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	70	3,57	1,314	3,26	3,88	1,0	4,0	5,0
8	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	70	4,13	1,115	3,86	4,39	1,0	4,5	5,0

Tabela II. Statystyki wsparcia – wsparcie globalne  
Table II. Statistics of support – global support

wsparcie	społeczne	informacyjne	instrumentalne	wartościujące	emocjonalne
N	70	70	70	70	70
Średnia	52,15	12,43	14,40	14,02	11,29
SD	22,65	5,22	5,97	5,55	6,62
Ufność - 95%	46,74	11,19	12,97	12,70	9,72
Ufność +95%	57,55	13,68	15,82	15,34	12,87
Mediana	45,0	11,1	12,4	12,4	8,6
Minimum	31,0	6,8	6,0	7,6	6,0
Maksimum	112,0	25,8	29,6	29,0	29,0

Tabela III. Korelacje akceptacji choroby (AIS) i wsparcia społecznego  
Table III. The level of social support – global results

wsparcie	N	R	t(N-2)	poziom p
społeczne	70	-0,045	-0,373	0,711
informacyjne	70	-0,045	-0,372	0,711
instrumentalne	70	0,001	0,009	0,993
wartościujące	70	0,034	0,283	0,778
emocjonalne	70	0,029	0,235	0,815

N - liczebność; R - współczynnik korelacji; t - test studenta dla istotności korelacji; poziom p - istotność statystyczna

## Dyskusja

Zespoły bólowe kręgosłupa stały się problemem społecznym XXI wieku. Ból towarzyszący człowiekowi dotkniętemu tym schorzeniem ogranicza jego sprawność fizyczną oraz często zdolności lokomocyjne. W rezultacie jest powodem niesprawności ruchowej i ma istotny wpływ nie tylko na pogorszenie zdolności do dotychczas wykonywanej pracy zawodowej, ale również na stałe pogłębianie się trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego [6,7]. Dane wynikające z analizy badań własnych wskazują, że badani najczęściej otrzymują wsparcie ze strony rodziny, w tym najwyższej ocenione zostało wsparcie emocjonalne, następnie kolejno informacyjne, instrumentalne i wartościujące. Prawdopodobnie wynika to z przekonania, iż dla wielu osób rodzina jest największą ostoją, kimś, na kogo można liczyć w każdej sytuacji problemowej. Podobne wyniki uzyskała Ponczek podając, że wsparcie otrzymywane przez współmałżonka ma pozytywny wpływ na emocjonalne funkcjonowanie chorego leczonego chirurgicznie z powodu raka odbytnicy [8]. Badania Leyk u osób z wyłonioną kolostomią rów-

niez potwierdzają wyniki badań własnych. Z analizy poszczególnych rodzajów otrzymywanego wsparcia zaobserwować można, że respondenci otrzymują wsparcie emocjonalne, które klasuje się na poziomie wysokim [9]. Najwyżej ocenione wsparcie ze strony personelu to wsparcie informacyjne. Na drugiej pozycji znalazło się wsparcie emocjonalne, natomiast najniżej ocenione zostało wartościujące. Ogólnie wsparcie otrzymywane od personelu zajmuje poziom przeciętny. Otrzymane wyniki świadczą prawdopodobnie o tym, iż pacjenci oczekują od personelu przekazywania informacji o ich stanie zdrowia, przedstawienia zaleceń zdrowotnych oraz przekazania informacji na temat radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą. Z analizy wsparcia społecznego i grup wiekowych wynika, iż najwyższe wsparcie we wszystkich kategoriach oraz wsparciu społecznym otrzymywali badani w wieku 56-65 lat, najniższe w wieku 66-75. Świadczyć to może o tym, że osoby z przedziału pierwszego często są nadal czynne zawodowo, pełnią ważne funkcje rodzinne i wsparcie w tym wypadku jest im niezmiernie potrzebne, aby zaakceptować swoją cho-

robę i pomimo niej w normalny sposób funkcjonować w życiu codziennym i nadal pełnić dotychczasowe role. Analiza wyników Kwestionariusza Akceptacji Choroby (AIS) wykazała zdecydowaną akceptację choroby u ponad połowy badanych. Kułak w swoich badaniach oceniających natężenie bólu, depresję i akceptację choroby w dyskopatii kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego również uzyskał wysoki poziom wyników przystosowania się do choroby. Blisko połowa przebadanych pacjentów deklaruje akceptację bólów kręgosłupa [10]. Wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani w wieku do 55 lat, a najniższe 56-65 lat. Do podobnych wyników doszedł Szafranec w badaniach w grupie pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, wskazując, iż osoby młodsze uzyskały wyższą wartość punktową oceniającą przystosowanie się do choroby, w przeciwieństwie do osób powyżej 60 roku życia [11]. Najwyższe wyniki akceptacji choroby odnotowano w grupie odczuwającej dolegliwości bólowe kilka razy w tygodniu, najniższe u badanych odczuwających ból codziennie. Ma to prawdopodobnie związek z progresją choroby i nasileniem objawów. Chorzy odczuwający ból codziennie są bardziej ograniczeni przez swoją chorobę w porównaniu do osób cierpiących na te dolegliwości rzadziej. Wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani, którzy zadeklarowali, że nie mogą liczyć na wsparcie z otoczenia. Przypuszczać można, że bierze się to z sytuacji życiowej. Osoby niemające możliwości pozyskania wsparcia z zewnątrz są zmuszone same poradzić sobie z dopadającymi im problemami związanymi z chorobą, więc akceptują sytuację, w której przyszło im się znaleźć. Podsumowując, wsparcie zamiennie także nazywane jako opieka, pomaganie czy wspieranie, traktowane jako podstawowa wartość w relacjach międzyludzkich jest niezbędne do tworzenia prawidłowych układów społecznych. Wiele badań dowiodło, że chorzy otoczeni życzliwymi osobami łatwiej radzą sobie w trudnych sytuacjach. Obecność takich osób ewidentnie ma dobroczynny wpływ na

zdrowie i samopoczucie potrzebujących wsparcia. Dodatkowo, odpowiednio dobrany poziom i rodzaj wsparcia może stać się czynnikiem ochronnym w stosunku do powszechnie występujących chorób, między innymi zespołów bólowych kręgosłupa, a także mieć pozytywny i korzystny wpływ na jakość życia, co ściśle wiąże się również z akceptacją choroby [12].

## Wnioski

1. Osoby cierpiące na zespoły bólowe kręgosłupa różnią się od siebie otrzymywanym wsparciem. Wyżej oceniono wsparcie emocjonalne, a niżej wartościujące otrzymywane od rodziny, dalej od personelu i przyjaciół a najniżej od innych chorych. Najczęściej badani otrzymują wsparcie emocjonalne ze strony rodziny.
2. Badani różnią się od siebie stopniem akceptacji choroby. Ponad połowa uzyskała wysoki stopień. Chorzy otoczeni życzliwymi osobami łatwiej radzą sobie w trudnych sytuacjach.
3. Najwyższe wsparcie odnotowano wśród osób o niskim poziomie akceptacji choroby, najniższe w grupie akceptacji przeciętnej.
4. Odpowiednio dobrany poziom i rodzaj wsparcia może stać się czynnikiem ochronnym w stosunku do zespołów bólowych kręgosłupa, a także mieć pozytywny i korzystny wpływ na jakość życia, co ściśle wiąże się również z akceptacją choroby.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy

ul. Techników 3; 85-801 Bydgoszcz

☎ (+48 52) 585 21 94

✉ krystyna\_kurowska@op.pl

**Piśmiennictwo**

1. Kurowska K, Rudewicz E, Głowacka M i wsp. Poczucie koherencji, a wsparcie społeczne u osób ze schorzeniami wieku starczego. *Psychogeriatr Pol.* 2008;5(4):165-72.
2. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005. s.31-38.
3. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red.). Wrocław: WUW; 2001. s.103.
4. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przeł Psychol.* 1995;37(1/2):2001-214.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001. s.180-181.
6. Łuczyszyn P, Puszczalowska-Lizis E. Wpływ kompleksowego programu rehabilitacji uzdrowskiej na parametry czynnościowe kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego u chorych z dyskopatią lędźwiową. *Fizjoterapia.* 2007;15(4):47-53.
7. Styczyński T, Gasik R, Pyskło B. Niektóre aspekty farmakoterapii bólów w okolicy lędźwiowo-krzyżowej związanych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa. *Reumatologia.* 2006;44(6):335-8.
8. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. *Współ Onkol* 2006;10:164-70.
9. Leyk M, Książek J, Stangiewicz K. Rodzina jako źródło wsparcia społecznego dla osób z wyłonioną kolostomią. *Probl Pielęg.* 2010;18(1):41-6.
10. Kułak W, Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(1):153-7.
11. Szafraniec R, Szczuka E, Pawłowska A. Akceptacja choroby przez pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Fizjoter Pol.* 2012;1(4):39-48.
12. Książek J, Wonaszek A. Stowarzyszenie walki z rakiem płuca jako czynnika wsparcia społecznego pacjentów. *Przeł Med Uniw Rzesz.* 2011;3:374-9.