

Stan emocjonalny chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii kręgosłupa

Emotional State of Sick Persons Treated Surgically Because of the Slipped Disk of the Spine

Renata Jabłońska, Andrzej Swincow

Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszcy

Streszczenie

Wprowadzenie. W społeczeństwie współczesnej cywilizacji choroby kręgosłupa należą do najczęstszych przyczyn niesprawności fizycznej, pociągając za sobą olbrzymie konsekwencje zarówno ekonomiczne, jak i indywidualne.

Cel. Celem pracy była ocena stanu emocjonalnego chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej i szyjnej kręgosłupa.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszcy wśród 188 pacjentów – 98 kobiet i 90 mężczyzn. W badaniu wykorzystano Skalę Depresji Becka (BDI).

Wyniki. Określając stan emocjonalny większość badanych znalazła się w grupie I – 52,7% osób w ocenie 1., 75% osób w ocenie 2. i 51,1% respondentów w ocenie 3. Biorąc pod uwagę rozpoznanie kliniczne, w przypadku dyskopatii lędźwiowej (L-S) korelacja wyraźna lecz niska: $r = 0,2360$ ($p < 0,05$). Podobnie w dyskopatii szyjnej (C), korelacja zauważalna lecz niska: $r = 0,1793$ ($p < 0,05$).

Wnioski.

1. Wyniki wskazują na dużą skalę zjawiska występowania zaburzeń depresyjnych u chorych leczonych neurochirurgicznie z powodu dyskopatii kręgosłupa.
2. Większy stopień zaburzeń depresyjnych determinuje gorsze funkcjonowanie badanych po 6 miesiącach od przebytego zabiegu. (PNN 2012;1(3):103-108)

Słowa kluczowe: dyskopatia, zabieg operacyjny, depresja

Abstract

Background. In the society of the contemporary civilization spine disorders belong to the most frequent causes of the physical incapacity, resulting in gigantic economic as well as individual consequences.

Aim. An evaluation of an emotional state of suffering patients treated surgically because of the slipped disk at the lumbar - cross and cervical spine was a purpose of the work.

Material and methods. They conducted research in the Branch of Neurosurgery and Neurotraumatology of the University Hospital No. 2 in Bydgoszcz among 188 patients – 98 women and 90 men. In the examination a Scale of the Depression of Beck was exploited.

Results. Determining an emotional state, the majority of the examined was in a group I – 52.7% of persons in evaluation 1., 75% of persons in evaluation 2. and 51.1% of respondents in evaluation 3. Considering the clinical diagnosis, in case of the slipped disk L-S distinct but low correlation: $r = 0.2360$ ($p < 0.05$). Similarly in the C slipped disk, noticeable but low correlation: $r = 0.1793$ ($p < 0.05$).

Conclusions.

1. Results show the phenomenon of appearing of depressive disorders at suffering patients cured neurosurgically on a large scale because of the slipped disk of the spine.
2. The large degree of depressive disorders is determining worse functioning examined after 6 months from the undergone treatment. (PNN 2012;1(3):103-108)

Key words: discopathy, operation treatment, depression

Wprowadzenie

W społeczeństwie współczesnej cywilizacji choroby kręgosłupa należą do najczęstszych przyczyn niesprawności fizycznej, pociągając za sobą olbrzymie konsekwencje zarówno ekonomiczne, jak i indywidualne [1]. Głównym objawem tych schorzeń są bóle kręgosłupa, stanowiąc szczególnie trudny problem zdrowotny. Mimo wielowiekowych obserwacji klinicznych, olbrzymiego postępu w medycynie i doświadczeń, pojawiające się bóle występują nagminnie, są uporczywe, przewlekłe, mają tendencję do nawrotów bez konkretnej przyczyny. Powodują, że chory jest czasowo niezdolny do wykonywania pracy zawodowej, często są też przyczyną całkowitej utraty możliwości jej wykonywania. Skutkiem przewlekającego się procesu chorobowego są zmiany w funkcjonowaniu fizycznym tych chorych, z czasem ich wpływ rozszerza się na sferę psychiczną, zwłaszcza emocjonalną i ostatecznie może powodować zmiany w sferze społecznej [2,3,4].

Analiza wyników badań epidemiologicznych wskazuje, że od 45 do 85% populacji w pewnym okresie swojego życia odczuwa dolegliwości bólowe kręgosłupa; w 35–40% pojawiają się one się raz w miesiącu, a w 15–30% każdego dnia [5,6]. Na przewlekłe bóle, w zależności od wieku, narodowości, charakteru pracy, wykształcenia itp. skarży się 38–74% mężczyzn i 14–23% kobiet [7]. Absencję w pracy z tego powodu ocenia się na 1400–2600 roboczogodzin na 1000 pracujących rocznie. Co najmniej co trzeci z tych chorych był u lekarza w ostatnim roku, 10% z nich otrzymało świadczenia rehabilitacyjne [7,8]. Według przeprowadzonych obserwacji, roczne całkowite koszty związane z opieką nad osobami z chorobą kręgosłupa mogą osiągać 1% produktu krajowego brutto [9]. Składają się na nie badania diagnostyczne, porady lekarskie, pobyt w szpitalu w celu leczenia operacyjnego lub usprawniającego, rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych lub sanatoryjnych, farmakoterapia. Stale wzrastająca liczba chorych dotkniętych dolegliwościami kręgosłupa nosi znamiona epidemii.

Celem pracy była ocena stanu emocjonalnego chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej i szyjnej kręgosłupa.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii z Pododdziałem Usprawniania Leczniczego Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy wśród 188 pacjentów – 98 kobiet i 90 mężczyzn. Licniejszą grupę wśród badanych stanowili mieszkańcy miast – 133 osoby (70,7%) oraz osoby z wykształceniem zawodowym – 75 (39,9%). Większość badanych to osoby czynne zawodowo, łącznie 135 (71,8%), przy czym 5 z tych osób ma już emeryturę.

W grupie osób pracujących fizycznie, najwięcej osób wykonywało pracę stojącą – dynamiczną (43 badanych – 45,7%) i w ruchu (27 – 28,7%). Szczegółowe dane socjodemograficzne przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy

Badana cecha		N	%
Płeć	Kobieta	98	52,1
	Mężczyzna	90	47,9
	10–19 lat	0	0
	20–29 lat	18	9,6
Wiek	30–39 lat	46	24,5
	40–49 lat	58	30,9
	50–59 lat	52	27,7
	60–69 lat	12	6,4
	70–79 lat	2	1,1
Miejsce zamieszkania	Wieś	55	29,3
	Miasto	133	70,7
	Podstawowe	17	9,0
Wykształcenie	Zawodowe	75	39,9
	Średnie	62	33,0
	Wyższe	34	18,1
	Student	0	0,0
Status zawodowy	Praca zawodowa	130	69,1
	Emerytura/renta	31	16,5
	Emerytura/renta + praca zawodowa	5	2,7
Rodzaj pracy	Bezrobotny	22	11,7
	Fizyczna	94	69,6
	Umysłowa	41	30,4

Licniejszą grupą okazali się badani z rozpoznaniem dyskopatii lędźwiowej – 140 osób (74,5%). Stanowili prawie 3/4 badanej grupy. W grupie tej większość – 69 respondentów (49,28%) miała operowany poziom L5-S1 kręgosłupa oraz poziom L4-L5 (62 chorych, 44,28%). W przypadku dyskopatii szyjnej u ponad połowy pacjentów (58,3%) zabieg operacyjny dotyczył poziomu C5-C6. *Protrusio* – to rozpoznanie śródoperacyjne 55,9% (105 osób) badanych. Ból kręgosłupa, który pojawił się przed operacją pierwszy raz, w 47,3% (89 osób) trwał od roku do 5 lat, a przed zabiegiem w 62,2% (117 osób) utrzymywał się od 1 do 3 miesięcy. U 44,1% badanych stwierdzono wagę w normie, a u 38,8% nadwagę. Charakterystykę kliniczną badanych zaprezentowano w tabeli 2.

Dla realizacji celu pracy zastosowano plan badań prospektywnych, z trzykrotną oceną w czasie:

1. ocena – dzień przed planowanym zabiegiem operacyjnym (ocena bezpośrednia),
2. ocena – dzień wypisu pacjenta z oddziału (ocena wczesna),

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy

Badana cecha		N	%
Rozpoznanie kliniczne	Dyskopatia lędźwiowa	140	74,5
	Dyskopatia szyjna	48	25,5
	C3 - C4	3	1,6
	C4 - C5	9	4,8
	C5 - C6	28	14,9
	C6 - C7	8	4,3
Poziom operacji	L1 - L2	1	0,5
	L2 - L3	4	2,1
	L3 - L4	4	2,1
	L4 - L5	62	33,0
	L5 - S1	69	36,6
Rozpoznanie śródoperacyjne	<i>Prolapsus</i>	65	34,6
	<i>Protrusio</i>	105	55,9
	<i>Ekstrusio</i>	18	9,6
Czas od pierwszego bólu do operacji	Do roku	44	23,4
	Od roku do 5 lat	89	47,3
	Powyżej 5 lat	55	29,3
Czas od ostatniego bólu do operacji	Do miesiąca	48	25,5
	Od 1 do 3 miesięcy	117	62,2
	Powyżej 3 miesięcy	23	12,2
	Niedowaga	1	0,5
BMI	Waga w normie	83	44,1
	Nadwaga	73	38,8
	Otyłość	31	16,5

3. ocena – po 6 miesiącach od wykonanego zabiegu operacyjnego (wypełnienie listownej ankiety przez respondenta w środowisku domowym, ocena późna).

W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze Skalę Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) [10]. Jest to jedna z najczęściej stosowanych skal samooceny w psychiatrii ogólnej. Pełna wersja testu zawiera 21 stwierdzeń, z których badany powinien za każdym razem wybrać jedno, które jego zdaniem, w najlepszy sposób opisuje stan ducha we wskazanym okresie (przed wypełnieniem skali precyzujemy, jakiego okresu mają dotyczyć odpowiedzi; w niniejszej pracy – ostatniego tygodnia). Stwierdzenia

te dotyczą najczęściej obserwowanych objawów depresji, szacowanych w czterostopniowej skali samooceny natężenia depresji (0–3 punkty).

Suma punktów pozwala na dokonanie następującej oceny i kwalifikacje do grup [10]:

- I grupa: 0–11 pkt. – bez depresji
- II grupa: 12–26 pkt. – łagodna depresja
- III grupa: 27–49 pkt. – umiarkowanie ciężka depresja
- IV grupa: 50–63 pkt. – bardzo ciężka depresja

Dolegliwości bólowe oceniano skalą VAS (*The Visual Analog Scale* – VAS) [11], a wydolność funkcjonalną Kwestionariuszem Niepełnosprawności Oswestry (*Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire* – ODI/NDI) [12]. Kwestionariusz ten wyodrębnia pięć grup niepełnosprawności [12,13]:

- I grupa: 0–20% – minimalna niepełnosprawność
- II grupa: 20–40% – umiarkowana niepełnosprawność
- III grupa: 40–60% – poważna niepełnosprawność
- IV grupa: 60–80% – pełna niepełnosprawność
- V grupa: 80–100% – inwalidztwo

Dane socjodemograficzne oraz kliniczne uzyskano z analizy dokumentacji medycznej (historia choroby, historia pielęgnowania).

Obliczeń dokonano za pomocą programu komputerowego Microsoft Excel, należącego do pakietu Microsoft Office oraz programu Statistica 6.0. Za statystycznie znamienne w pracy przyjęto poziom istotności o wartości $p < 0,05$. W opracowaniu statystycznym materiału wykorzystano: test niezależności χ^2 w celu weryfikacji hipotez dotyczących istnienia zależności pomiędzy badanymi zmiennymi nominalnymi, test nieparametryczny Spearmana dla zmiennych nie mających rozkładu normalnego oraz analizę regresji logistycznej w celu stwierdzenia wpływu badanych cech (zmiennych) na zachowanie się badanej zmiennej oraz siły tych związków.

Warunkiem realizacji badań było uzyskanie pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy, dotyczącej koncepcji przedstawionej pracy.

Tabela 3. Stan emocjonalny – grupy wg BDI w ocenie 1., 2. i 3.

SKALA BDI grupy	OCENA 1.		OCENA 2.		OCENA 3.	
	N	%	N	%	N	%
I	99	52,7	141	75,0	96	51,1
II	80	42,6	45	23,9	38	20,2
III	9	4,8	2	1,1	6	3,2
IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	188	100,0	188	100,0	140	100,0

$$\chi^2 = 23,601; d_f = 4 \varphi = 0,2138; p < 0,05$$

Wyniki

Określając stan emocjonalny zaobserwowano, iż zarówno przed zabiegiem, jak i po operacji, w okresie bezpośrednim i późnym, większość badanych znalazła się w grupie I – 52,7% osób w ocenie 1., 75% osób w ocenie 2. i 51,1% respondentów w ocenie 3. Pozostali badani, przed operacją, należeli do grupy II (42,6%) i III (4,8%). Po operacji znacznie zmniejszyła się grupa II; w ocenie 2. było tu 23,9% respondentów, a w ocenie 3. – 20,2%

Tabela 4. Stan emocjonalny wg skali BDI a rozpoznanie kliniczne w ocenie 1., 2. i 3.

SKALA BDI grupy	OCENA 1.				OCENA 2.				OCENA 3.			
	L - S		C		L - S		C		L - S		C	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I	73	38,8	26	13,8	106	56,4	35	18,6	73	52,1	23	16,4
II	63	33,5	17	9,0	34	18,1	11	5,9	29	20,7	9	6,4
III	4	2,1	5	2,7	0	0,0	2	1,1	4	2,9	2	1,4
IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	140	74,5	48	25,5	140	74,5	48	26	106	75,7	34	24,3

L-S: r = 0,2360; p < 0,05 C: r = 0,1793; p < 0,05

badanych. Istnieje zależność pomiędzy uzyskanymi wynikami a czasem, kiedy były dokonywane; korelacja wyraźna, lecz niska: $\varphi = 0,2138$; ($p < 0,05$). Oznacza to, że stan emocjonalny po zabiegu operacyjnym ulega poprawie (tabela 3).

Biorąc pod uwagę rozpoznanie kliniczne, zaobserwowano również różnice znamienne statystycznie w trzech pomiarach. W przypadku dyskopatii L-S korelacja wyraźna lecz niska: $r = 0,2360$ ($p < 0,05$). Podobnie w dyskopatii C, korelacja zauważalna lecz niska: $r = 0,1793$ ($p < 0,05$). Oznacza to, że w każdym omawianym przypadku klinicznym nastąpiła poprawa

pracy, charakter pracy, ból (skala VAS) oraz stan emocjonalny (skala BDI) na wydolność funkcjonalną (kwestionariusz Oswestry – ODI/NDI). Zastosowano regresję logistyczną w celu określenia poziomu ważności tych czynników dla oceny funkcjonalnej. Za zmienną zależną uznano stan wydolności funkcjonalnej według ODI/NDI, z kolei zmienne niezależne to wymienione powyżej czynniki. Wartości współczynnika regresji dla każdej zmiennej niezależnej znajdują się w wierszu Ocena – tabela 5.

Analizując wpływ wybranych czynników na zmianę wydolności funkcjonalnej w okresie późnym po za-

stanu emocjonalnego po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym (tabela 4).

Analizie statystycznej poddano wpływ wybranych czynników, takich jak: rozpoznanie kliniczne, płeć, wiek, BMI, rodzaj

Tabela 5. Analiza logistyczna ze zmiennymi niezależnymi dla wydolności funkcjonalnej ODI/NDI – ocena 3

Końcowa strata 36,985808406 Chi2(8) = 39,411; p = 0,00000									
N = 140	STAŁA B0	ROZPO- ZNANIE	PŁEĆ	WIEK	BMI	RODZAJ PRACY	CHARAK- TER PRACY	BÓL	STAN EMOCJO- NALNY
Ocena	-0,956	0,014	-1,213	0,220	0,082	-0,546	-0,461	0,764	0,893
Błąd standardowy	2,447	0,90805	0,651	0,325	0,410	0,675	0,251	0,204	0,369
t(110)	-0,390	0,016	-1,863	0,677	0,202	-0,808	-1,837	3,739	2,414
poziom p	0,697	0,987	0,066	0,500	0,840	0,421	0,070	0,000	0,018
-95%CL	-5,830	-1,794	-2,510	-0,427	-0,734	-1,891	-0,961	0,357	0,156
+95%CL	3,918	1,823	0,083	0,868	0,900	0,799	0,038	1,172	1,630
Chi-kwadrat Walda	0,152	0,000	3,473	0,458	0,040	0,653	3,376	13,985	5,832
poziom p	0,696	0,987	0,062	0,498	0,839	0,418	0,066	0,000	0,015
Iloraz szans z jednością	0,384	1,014	0,297	1,246	1,086	0,579	0,630	2,148	2,443
-95%CL	0,002	0,166	0,081	0,651	0,479	0,150	0,382	1,429	1,169
+95%CL	50,334	6,194	1,087	2,383	2,460	2,224	1,039	3,229	5,105
Iloraz szans zakresu		1,014	0,297	2,414	1,282	0,579	0,157	454,67	5,969
-95%CL		0,166	0,081	0,180	0,110	0,150	0,021	17,457	1,367
+95%CL		6,194	1,087	32,299	14,893	2,224	1,167	11841,4	26,061

biegu operacyjnym, okazało się, że model dla ośmiu stopni swobody był istotny statystycznie ($p = 0,0000$) dla bólu i właśnie stanu emocjonalnego (tabela 5). Oznacza to, że czynniki te mają wpływ na wydolność funkcjonalną po 6 miesiącach od wykonanego zabiegu.

W tabeli 6 przedstawiono dane dotyczące związku między wydolnością funkcjonalną badanych a ich stanem emocjonalnym. Wynika z nich, że większość osób, która wykazała się brakiem obniżonego nastroju, została zakwalifikowana do grupy I w skali ODI/NDI – 63,5% chorych. Badani z łagodnymi zaburzeniami emocjonalnymi to osoby, które w tej skali zostały w większości zakwalifikowani do II (42,1%) oraz do III grupy (28,9%). Badani z zaburzeniami emocjonalnymi umiarkowanymi to w większości osoby z grupy III w skali ODI/NDI – 50,0%. Oznacza to, że czym większe zaburzenia stanu emocjonalnego, tym większe problemy w codziennym funkcjonowaniu.

Tabela 6. Wydolność funkcjonalna a stan emocjonalny – ocena 3

ODI/NDI Grupy	BDI – Grupy							
	I		II		III		IV	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I	61	63,5	10	26,3	1	16,7	0	0,0
II	29	30,2	16	42,1	1	16,7	0	0,0
III	6	6,3	11	28,9	3	50,0	0	0,0
IV	0	0,0	1	2,6	1	16,7	0	0,0
V	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	96	100,0	38	100,0	6	100,0	0	0,0

Dyskusja

Skuteczność leczenia pacjentów z przepukliną jądra miazdzystego w istotnym stopniu zależy od właściwej oceny ich stanu psychicznego. Doznania bólowe wynikające ze schorzeń organicznych potęgowane są przez stres i zaburzenia psychiczne [14,15]. Na percepcję bólu i zachowanie pacjenta, oprócz reakcji nocycceptywnej z uszkodzonej tkanki, mają wpływ czynniki poznawcze, środowiskowe oraz psychofizjologiczne [16]. Pacjenci z przepukliną jądra miazdzystego niewątpliwie narażeni są na rozwinięcie się zespołu bólu przewlekłego, leżącego u podstaw stanów depresyjnych [14,17-21]. Currie i Wang podają, że stopień depresji wzrasta w sposób liniowy wraz z większym nasileniem bólu [17].

Badania wyraźnie pokazują, że takie zmienne, jak: depresja, lęk, wzorce myślenia, osobowość, mogą wpływać na wynik operacji kręgosłupa [14,19]. Powrót do zdrowia mogą utrudniać następujące czynniki: ni-

ska motywacja, kłopoty ze snem, drażliwość, łatwość ulegania nastrojom, obniżony apetyt, libido, bierność, pesymizm, osłabienie potrzeby kontaktów interpersonalnych. Block i wsp. [19] rozważając problem stanu emocjonalnego w chirurgii kręgosłupa, zwracają uwagę na depresję reaktywną, powstałą w odpowiedzi na przewlekły ból i związane z nim ograniczenia (utrata pracy, przyjaciół itp.) oraz na występowanie depresji, jeszcze zanim pojawiły się dolegliwości kręgosłupa. Autorzy podają, że ta ostatnia grupa jest bardziej narażona na gorsze wyniki operacji kręgosłupa [18,19].

W badaniach własnych, w celu wyłonienia osób z podejrzeniem depresji, wykorzystano Inwentarz Depresji Becka. Literatura podkreśla, że ocena objawów depresji przy pomocy tej skali (wysoka czułość – 92% i swoistość – 76%) ma istotne znaczenie jako predyktor poprawy pooperacyjnej [20]. Przed zabiegiem operacyjnym, objawy depresji odnotowano u 47,4% badanych (47,8% z dyskopatią L-S i 45,8% z dyskopatią C). Po operacji, w okresie wczesnym, dotyczyły one 25% tych pacjentów (24,2% z dyskopatią L-S i 27% z dyskopatią C). Po 6. miesiącach odsetek badanych z objawami depresji był zbliżony i wyniósł 23,4% (23,5% z dyskopatią L-S i 22,9% z dyskopatią C). Zauważono ponadto, że u większości badanych, u których stwierdzono proces depresyjny, miał on łagodny lub umiarkowany stopień nasilenia. Przedstawione badanie wskazuje zatem na dużą skalę zjawiska występowania zaburzeń depresyjnych. Uzyskane wyniki korespondują z danymi z piśmiennictwa [14,20,21].

Nierzadko przyczyną bólu kręgosłupa jest ból pochodzenia psychicznego i najczęściej w praktyce jest to objaw depresji. U ponad 80% cierpiących na depresję ból jest głównym objawem somatycznym. Należy także brać pod uwagę nawarstwienia psychogenne spowodowane nastawieniem roszczeniowym chorego oraz fakt, że każdemu przewlekłemu bólowi towarzyszą mniej lub bardziej wyraźne objawy depresyjne [18,19]. W badaniach własnych, w okresie późnym po przebytym zabiegu, objawy te warunkowały również sprawność funkcjonalną; im większy był stopień zaburzeń depresyjnych, tym gorsze funkcjonowanie badanych. Spostrzeżenie to jest zbieżne z danymi podawanymi w piśmiennictwie. Większość autorów w swoich badaniach, w grupie pacjentów z bólami kręgosłupa, podkreśla podwyższone wyniki w skali depresja–histeria–hipochondria, co wiąże się z gorszym funkcjonowaniem tych chorych, silniejszym odczuwaniem dolegliwości bólowych czy też rzadszym podejmowaniem przez nich pracy [14,20,21].

Wnioski

1. Przedstawione badania wskazują na dużą skalę zjawiska występowania zaburzeń depresyjnych u chorych leczonych neurochirurgicznie z powodu dyskopatii kręgosłupa.

2. Większy stopień zaburzeń depresyjnych determinuje gorsze funkcjonowanie badanych po 6 miesiącach od przebytego zabiegu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa

W praktyce pielęgniarstwa neurochirurgicznej diagnoza pielęgniarstwa koniecznie musi uwzględniać stan emocjonalny chorych z dyskopatią kręgosłupa. W podejmowaniu działań związanych z walką z bólem u tych chorych należy pamiętać o wsparciu psychicznym i terapii psychosomatycznej.

Piśmiennictwo

- [1] Ahmed M., Modic M.T. Neck and low back pain: neuroimaging. *Neurologic Clinics*. 2007;25:439-471.
- [2] Banbury P., Feenan K., Allcock N. Experiences of analgesic use in patients with low back pain. *British Journal of Nursing*. 2008;17,19:1215-1218.
- [3] Hamberg-van Reenen H.H., Ariëns G.A., Blatter B.M., Mechelen W., Bongers P.M. A systematic review of the relation between physical capacity and future low back and neck/shoulder pain. *Pain*. 2007;130,1-2:93-107.
- [4] Radziszewski K.R. Stan funkcjonalny pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. *Wiadomości Lekarskie*. 2008; 61,1-3:23-29.
- [5] Sipko T., Janicki K., Barczyk K., Demczuk-Włodarczyk E. Objawy rzekomokorzeniowe u pacjentów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2006;8,6:663-671.
- [6] Manchikanti L., Manchikanti K.N., Cash K. A., Singh V., Giordano J. Age – related prevalence of facet-joint involvement in chronic neck and low back pain. *Pain Physician*. 2008;11,1:67-75.
- [7] Vingard E., Alfredsson L., Hagberg M., Kilbom A., Theorell T., Waldenström M., Hjelm E.W., Wiktorin Ch., Hogstedt Ch. MUSIC-Norrtälje Study Group: To what do current and past physical and psychosocial occupational factors explain care-seeking for low back pain in a working population?: Results from the musculoskeletal intervention center – norrtälje study. *Spine*. 2000;25,4:493-500.
- [8] Sipko T., Chantsoulis-Supińska M., Żmuda M., Zwoliński J. Zrównoważenie postawy ciała u pacjentów z chorobą dyskową we wczesnym okresie pooperacyjnym. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2008;3,6:226-237.
- [9] Hansson E.K., Hansson T.H. The costs for persons sick – listed more than one month because of low back or neck problems. A two – year prospective study of Swedish patients. *European Spine Journal*. 2005;14,4:337-345.

- [10] Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:53-63.
- [11] Manniche C., Asmussen K., Lauritens B., Vinterberg H., Kreiner S., Jordan A. Low back pain rating scale: validation of a tool for assessment of low back pain. *Pain*. 1994;57,317-326.
- [12] 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.
- [13] Fairbank J.C., Pynsent P.B. The Oswestry Disability Index. *Spine*. 2000;25:2940-2953.
- [14] Radziszewski K.R. Analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operowanych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2006;15,2:77-81.
- [15] Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60,1:39-47.
- [16] Friedrich M., Gittler G., Arendasy M., Friedrich K.M. Long – term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine*. 2005;30,9:995-1000.
- [17] Currie S.R., Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 2004;107,1-2:54-60.
- [18] Wörz R. Psychosocial factors in chronic back pain. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2002;144,48:45-47.
- [19] Block A.R., Gatchel R.J., Deardorff W., Guyer R.D. *The psychology of spine surgery*. Washington, DC: American Psychological Association, 2003.
- [20] Badura-Brzoza K., Matysiakiewicz J., Piezga M., Rycerski W., Niedziela U., Hese R.T. Ocena typów osobowości pacjentów poddanych operacji kręgosłupa. *Psychiatria Polska*. 2006;40,2:347-354.
- [21] Błozik E., Laptinskaya D., Herrmann-Lingen C., Schaefer H., Kochen M.M., Himmel W., Scherer M. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2009;26,10:13.

Adres do korespondencji:

Renata Jabłońska
 Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala
 Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy
 ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
 e-mail: renata.jablonska@cm.umk.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Renata Jabłońska^{A,B,C,D,E}, Andrzej Swincow^{C,E,G,H}

(A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Analiza statystyczna, E – Napisanie artykułu, F – Poszukiwanie piśmiennictwa, G – krytyczne zrecenzowanie artykułu, H – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu)

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.04.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 07.06.2012 r.