

BOLEČINE V KRIŽU PRI OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTRAH

LOW BACK PAIN IN PERIOPERATIVE NURSES

Tatjana Fortuna, Petra Kersnič

UDK/UDC 617-089-083:616.833-002-031.63

DESKRIPTORJI: operacijska nega; bolečina v križu

DESCRIPTORS: perioperative nursing; low back pain

Izvleček – Članek prikazuje pogostost pojavljanja bolečine v križu pri delu operacijskih medicinskih sester v operacijskem bloku Kliničnega centra Ljubljana.

Prvi del članka prikazuje vzroke za nastanek bolečine v križu in možnosti preprečevanja bolečine v križu.

Drugi, empirični del članka opisuje in razlaga raziskavo o pogostosti pojavljanja bolečine v križu pri operacijskih medicinskih sestrah. Rezultati raziskave kažejo, da je kar 77 % operacijskih medicinskih sester že enkrat ali večkrat občutilo bolečine v križu in da se bolečina v križu najpogosteje pojavlja v dolgotrajnem prisilnem položaju. Kar 75 % anketiranih operacijskih medicinskih sester meni, da pozna načine preprečevanja bolečine v križu, vendar jih le 42 % pri delu le te tudi upošteva.

Abstract – The article presents the frequency of low back pain in perioperative nurses working in the Operational Theatre of the Hospital Center in Ljubljana.

The first part describes causes of low back pain and the possibilities of its prevention.

The second, empirical part describes and presents the results of a research study on the frequency of the occurrence of low back pain in perioperative nurses. The results show that 77 % of the nurses have experienced low back pain once or several times, that 75 % are familiar with the methods of prevention while only 42 % also apply them at work.

Uvod

Kljub napredku na področju medicine in kljub dejstvu, da se danes lahko ozdravi več boleznih kot kdajkoli prej v naši zgodovini, je ravno v tem času verjetno največ tako ali drugače obolelih ljudi. Odgovor, zakaj je temu tako, lahko najdemo prav v razvoju družbe in spremenjenem načinu življenja, ki ga je ta razvoj prinesel s seboj (Norris, 1995).

Skoraj vse, kar počnemo, zahteva tudi sodelovanje hrbtenice in težave s hrbtenico so le redko rezultat posamezne dejavnosti ali nesreče. Odvisne so od tega, kako spite ali sedite, kaj jeste in od tega, kako se postavljate po robu emocionalnim stresom doma in na delovnem mestu (Štefančič, 1989).

Nov način življenja prinaša tudi nove oblike bolezni – bolezni sodobne dobe. Med omenjene bolezni gotovo sodi tudi bolečina v križu. Ta je postala zelo velik in splošen socialni, medicinski, psihološki, industrijski in finančni problem (Norris, 1995).

Štefančič (1989) navaja, da po splošni oceni do 75 % vseh ljudi trpi zaradi bolj ali manj izraženih težav s križem enkrat ali večkrat v življenju ali pa bodo zaradi njih trpeli. Po oceni (Norris, 1995) pa naj bi bolečino v križu vsaj enkrat v življenju občutilo 80 %

ljudi, v kateremkoli trenutku dneva pa naj bi te bolečine pestile vsaj 35 % populacije.

Več avtorjev (Bigos and Batti'e, 1987; Choler et al., 1985) je jasno očrtalo, da je bolečina v križu v srednji starosti danes najdražja bolečina za našo družbo.

Bolezen in nesposobnost zaradi bolečine v križu v ZDA narašča za 25 % v zadnjih dvajsetih letih (Frymoyer and Cats-Baril, 1987), na Švedskem pa narašča za 40 % v zadnjih tridesetih letih (Nettelbladt, 1985).

Po podatkih (Vousden, 1989) se pri vsaki šesti medicinski sestri pojavi bolečina v križu. Več kot 764.000 delovnih dni medicinskih sester gre v izgubo zaradi bolečine v križu; to je kar dvakrat več kot pri ostali populaciji (Vousden, 1989).

Obolenja nikoli ne smemo gledati izolirano, upoštevati moramo bolnika kot celoto ter njegovo okolje (Krčevski-Škvarč, 1999). Bolečina v križu je na vrhu lestvice pogostnosti bolečinskih izkušenj. Bolečina v križu je stara kot človeštvo. Zaradi njene posebnosti je bilo že leta 1950 sprejeto, da je bolečina v križu sindrom, ne pa enovita bolezen. Predstavlja zdravstveno enigma 20. stoletja. Bolečina v križu ni le zdravstveni problem, ampak problem celotne družbe.

Vzroki za bolečine v križu

Vzrokov za bolečine v križu je veliko, najpogostejši vzroki težav s hrbtenico so funkcionalne motnje, nadalje velike obremenitve hrbtenice, zlasti pri pripogibanju, nošenju in dvigovanju predmetov. Obremenitve lumbosakralnega segmenta pri človeku so velike in to je eden od vzrokov za nastanek težav in okvar v tem predelu. Te okvare predstavljajo za družbo veliko ekonomsko breme, saj so prizadeti dalj časa nesposobni za delo. Pogosto pa je delovna sposobnost tudi trajno omejena in zmanjšana. Sčasoma postanejo ti bolniki zaradi več ali manj stalnih bolečin ne samo fizično, ampak tudi psihično obremenjeni s svojim bolezenskim stanjem, zato so zbegani in v neprestanem strahu, kdaj bo prišlo do ponovnega poslabšanja. Veliko je recidivnih stanj, ki vodijo v kronična obolenja hrbtenice, čedalje več je akutnih stanj, kjer je nujno potrebna hospitalizacija ali takojšen operativni poseg. Po podatkih (Marinič, 1987) ima več žensk težave z bolečinami v križu kot moških.

Glede na patologijo prsne in ledvene hrbtenice, ki je potencialni izvor teh vzrokov, pa Srakar (1994) navaja naslednje vzroke:

a) Prirojene nepravilnosti

- V tej skupini patologij gre najpogosteje za polvretenco, združena vretenca ali zmanjšano število vretenc. Primeri prirojenih nepravilnosti so na primer:
- spina bifida (spinalni disrafizem) – odprtost neuralnega kanala,
 - lumbarizacija in sakralizacija,
 - spondilozna in spondilolisteza.

V istimičnem delu locna vretenca ni koščene zveze, temveč le vezivna. Sicer gre za asimptomatsko bolezen, ob hudih naporih pa se pojavi bolečina v križu; do razvoja bolečine lahko pride že v mladosti.

Razvije se kasneje (iz spondilozne). Ob hudih obremenitvah se pojavi degeneracija medvretenčne ploščice, posledično začne telo vretenca drseti naprej; ob večjem premiku nastopi bolečina v križu.

b) Skolioze

- Pri skoliozah gre za ukrivljenost hrbtenice vstran. V osnovi sta poznani dve vrsti skolioz:
- Funkcionalna skolioza – nastane zaradi začasne motnje v hrbtnih mišicah, ki vzdržujejo pravilno držo, zaradi zaščitnega mišičnega krča pri nekaterih boleznih, neenake dolžine okončin ali fiksiranih kontraktur v kolku. Praviloma se da stanje izboljšati že s hotenim krčenjem mišic.
 - Strukturna skolioza – je trajna in se ne da popraviti. Nastane zaradi napačnega razvoja vretenca ali zaradi trajne motnje v posturalni aktivnosti.

- c) Spremenjene anteroposteriorne krivine hrbtenice
 - kifoza in kifotične drže (povečana anteroposteriorna ukrivljenost hrbtenice),
 - juvenilna kifoza (pojavi se pri hitro rastočih mladostnikih s trajno kifotično držo – zaradi povečanega pritiska na rastne letvice ob sprednjih robovih vretenc je rast motena – posledično se razvijejo klinasta vretenca),
 - lordoze in lordotične drže (prevelika anterokonvexna krivina hrbtenice).

d) Vnetne bolezni prsne in ledvene hrbtenice

- gnojne okužbe vretenc in medvretenčnih ploščic (akutna bolečina v križu),
- tuberkuloza prsne in ledvene hrbtenice (bolečina v hrbtenici),
- revmatoidni artritis (bolečine v mirovanju, predvsem pa ob premikanju),
- ankilozirajoči spondilitis (hude bolečine).

e) Degenerativne bolezni hrbtenice

Praviloma se začnejo na medvretenčni ploščici. Pojavijo se spremembe v zgradbi osrednjega dela medvretenčne ploščice, kar se kaže v izgubi sposobnosti vezave vode – posledično pride do izgube dobrega biološkega blažilnika obremenitev. V osnovi poznamo tri skupine sprememb:

- degeneracija samo sprednjega dela diskusa s kifoza (kifoza),
- degeneracija celotnega diskusa z osteofitozo (spondilozna),
- spremembe teles vretenc z deformacijo (kombinirane deformacije).

f) Tumorji hrbtenice

Tumorji povzročajo bolečino prek pritiska, ki ga izvajajo v hrbteničnem kanalu na živce. Tumorje praviloma razdelimo na:

- benigne – so redki in jih praviloma odkrijemo naključno (najpogosteje gre za: hondrome, hemangiome ali osteoblastome),
- maligne – so pogostejši in praviloma sekundarne narave (zasevki se širijo iz bronhusa, ščitnice, želodca, dojke ali prostate).

Poglavitni vzrok bolečine v križu so degenerativne spremembe na medvretenčni ploščici, vendar se mora pri iskanju vzroka pri vsakem bolniku izključiti tudi vse ostale vzroke, če se želi potrditi omenjeni vzrok. Degenerativni procesi so zelo pogosti, vendar ne vedno spremljani s klinično sliko – bolečino (Renko, 1996). Intervertebralni diski so podvrženi dramatičnim spremembam staranja, kar se lahko rezultira v zmanjšani mobilnosti hrbtenice in vodi do herniacije diskov ter degeneracije malih sklepov. Ravno zaradi tega morajo znanstvena raziskovanja omenjenega področja iti v smer odkrivanja možnosti upočasnjevanja degeneracije diskov ali odkrivanja možnosti regeneracije centralnega tkiva diskov (Buck Walker, 1995).

Preprečevanje bolečine v križu

Preventivna dejavnost je pri tako širokem problemu, kot so bolečine v križu, izjemnega pomena. O pomembnosti preventive so si avtorji edini. Razlike se pojavijo šele ob konkretizaciji preventivnega programa in ob razpravah o rehabilitaciji na drugi in tretji ravni (sekundarna in terciarna prevencija). Ključna razlika je v tem, ali naj bolnik ostane aktiven ali naj počiva.

Primarna prevencija

Je prva raven, ki vključuje ukrepe za preprečevanje nastanka bolečine. Ravno ta raven je z vidika socialnega in zdravstvenega varstva ključnega pomena – tudi ekonomski razlogi pričajo temu v prid. Kljub temu, da je potrebno veliko truda in časa, da se izobrazijo celoten narod ali celo globalneje gledano celoten svet, je to še vedno najbolj rentabilna naložba. Izobraženi ljudje, ki bodo sledili navodilom o zmanjševanju tveganja za nastanek bolečine v križu, bodo sami občutno redkeje obolevali za bolečinami v križu, kar pa je še pomembnejše – oni bodo nosilci nadaljnega procesa izobraževanja na svojih potomcih.

Na tej ravni bi preventiva lahko izobraževala ljudi o najpogostejših vzrokih bolečine v križu in seveda o tem, kako se jih obvarovati – kakšno naj bo ležišče, kako vzdrževati ustrezno telesno držo, kako dvigovati bremena...

Seveda pa je primarna prevencija predvsem pomembna pri t.i. rizičnih skupinah – gre za populacije, ki zaradi različnih vzrokov pogosteje obolevajo za bolečinami v križu. Najpogosteje gre za škodljive vplive delovnega mesta, ki se jih da z ustreznim izobraževanjem zaposlenih in z upoštevanjem ergonomike dokaj omejiti. Vendar se ti vidiki prevencije že močno prekrivajo z drugo ravno.

Epidemiološke raziskave kažejo (Nachemson, 1987) določeno šibko korelacijo med znižano telesno aktivnostjo, kondicijo ter odsotnostjo z dela zaradi bolečine v križu. Če vadbo jemljemo samo kot dejavnik prevencije bolečine v križu, se ta zveza zamegli. Ni namreč absolutnih dokazov, da bi telesna aktivnost preprečevala bolečine v križu. Vendar pa so mnoge študije pokazale na posredno vplivanje: Deyo (1989) je navedel visoko pomembnost treh povezanih dejavnikov za pojavljanje bolečine v križu: teža, kajenje in znižana telesna aktivnost. Seveda je jasna tudi posredna zveza prek kardiovaskularnega sistema, ki je posledično (ob vadbi) bolj plastičen.

Sekundarna prevencija

Druga raven prevencije vsebuje zgodnjo razpoznavo in zgodnje zdravljenje bolezni. Na tej ravni se pojavljajo prej omenjene razprave o začetnem zdravljenju.

Konzervativne oblike zdravljenja so temeljile na podaljšanem počitku. Vendar je ta počitek, ki traja dlje

kot kakšen dan ali dva, najslabša oblika zdravljenja. Kot argument za to trditev navajajo naslednje razloge (Waddell, 1998):

- kosti oslabijo,
- mišice oslabijo,
- bolnik postane zakrnel, otrpel,
- izguba fizične kondicije,
- nastopi lahko depresija,
- bolečino vse težje prenašamo,
- vse težje je začeti z aktivnostjo.

Vadba zagotovo ugodno vpliva na počutje in ohranjanje zdravja, saj (Waddell, 1998):

- krepi kosti,
- krepi mišice,
- vzdržuje prožnost,
- ohranja kondicijo,
- vpliva na dobro splošno počutje,
- sprošča naravne substance, ki zmanjšajo bolečino.

Ob akutnem napadu bolečine v križu je potrebno največkrat na začetku počivati, vendar naj počitek ne bo predolg (zaradi prej navedenih vzrokov). Z aktivnostjo je potrebno nadaljevati čim prej – celo, ko je bolečina še prisotna, se lahko izvajajo določene aktivnosti, brez pretirane obremenitve križa – na primer: hoja, vadba na kolesu, plavanje (Waddell, 1998).

Na tem mestu navajam nekatere vsakdanje dejavnosti, pri katerih se lahko z ustrezno izobrazbo ljudi občutno zmanjša incidenco bolečin v križu (tabela 2) (Waddell, 1998) (tab. 1).

Terciarna prevencija

Terciarna prevencija ali tretja raven temelji na poskusih zmanjšanja končnih posledic nekega obolenja ali poškodbe s pomočjo zdravstvenega posredovanja in spremljanja, kar v bistvu predstavlja rehabilitacijo. Ravno zaradi tega se terciarni prevenciji na tem mestu ne bomo podrobneje posvetili, saj nas zanima predvsem preventivna dejavnost na prvih dveh ravneh.

Metode preventivne rehabilitacije

Metode se lahko načeloma uporabijo na katerikoli ravni prevencije, vendar je dejstvo, da se najpogosteje uvajajo na ravni sekundarne prevencije na populaciji rizičnih skupin.

Pomemben dejavnik pri preventivi je dejavnik tveganja; preventiva je v bistvu neposreden odgovor na povečano tveganje obolenja ali poškodbe. Dejavniki tveganja se sestoji iz (Šavrin, 1988):

- osebe,
- okolja,
- agensa ali povzročitelja bolezni oziroma poškodbe,
- kombinacija vseh naštetih.

Tab. 1. Dejavniki preprečitve in spodbujanja bolečin pri nekaterih vsakdanjih dejavnostih (Waddell, 1998).

	Prevenција	Dejavniki
Dvigovanje	– poznati moramo lastne omejitve – vedno dvigujemo in nosimo breme blizu telesa – ob dvigovanju uporabljamo moč nog – ko nosimo, se ne obračamo v križu	Dvigovanje brez razmišljanja.
Stanje	– pri delu poskusimo dvigniti eno nogo na nizek stol ali škatlo – delovna površina naj bo v ustrezni višini – pomembna je pravilna obutev	Dolga stoja v enem položaju. Zmanjšana telesna aktivnost.
Sedenje	– uporabljamo pokončen stol – stol naj dobro podpira hrbtenico – vsakih 20–30 minut se pretegnemo	Nizek, mehek stol. Brez podpore hrbtenice. Dolgo statično sedenje.
Vožnja	– prilagoditi sedež – podpora hrbtenici	Dolge vožnje brez odmora.
Aktivnosti	– 20–30 minut hoje, kolesarjenja ali plavanja vsak dan – postopno povečevanje fizične aktivnosti	Celodnevna posedanja. Pomanjkljiva aktivnost.
Spanje	– trša podlaga pod blazino	Predolgo poležavanje.
Sprostitev	– naučiti se sprostiti stres – uporaba relaksacijskih tehnik	Preobremenjenost s skrbmi. Splošna napetost.

Bistvo preventive je torej v zmanjševanju vpliva delovanja tveganja – v optimalnem primeru bi bilo to delovanje usmerjeno na vse izvire vpliva, vendar pa je najlažje vplivati prek osebe in to je žal tudi edini vpliv, ki ga v praksi izvajamo.

Metode, s katerimi poskušamo zmanjšati tveganje za obolenje bolečine v križu, so (Šavrin, 1988):

- Šola za hrbtenico; na didaktičnih in ergonomskih načelih zasnovana metoda, ki je namenjena kot pomoč vsem, ki se pri svojem delu ali življenju srečajo z bolečino v križu.
- Industrijska kinezioterapija – gre za eno redkih metod, ki se vključuje neposredno v delovni proces. Z ustreznim izborom vadbenega programa, ki se izvaja med delovnim procesom, se da doseči občutno preprečitvo obolenj in poškodbe hrbtenice.
- Splošni preventivni ukrepi – v to skupino spadajo dejavniki, ki so bili v tem delu že nekajkrat omenjeni – gre predvsem za: ustrezno telesno držo, preventivne in terapevtske vaje ter primerno športno oziroma fizično aktivnost.
- Medicinsko programirani aktivni oddih – aktivni počitek je potrebno uvajati na delovno mesto, kadar je

delavec kljub upoštevanju ostalih preventivnih merilje časa izpostavljen večjim obremenitvam.

Namen raziskave

Namen naloge je raziskati osveščenost operacijskih medicinskih sester v operacijskem bloku Kliničnega centra Ljubljana o problematiki pojavljanja bolečine v križu in preprečevanja le teh.

Metoda in vzorec

Uporabljena je bila opisna metoda dela – anonimni vprašalnik, ki je bil razdeljen 65 operacijskim medicinskim sestram, ki so zaposlene v operacijskem bloku Kliničnega centra Ljubljana.

Vprašalnik je bil sestavljen iz 21 vprašanj. Prvih 7 je zajemalo splošne podatke, kot so spol, starost, telesna teža, telesna višina, stopnja izobrazbe in trajanje zaposlitve. Ostalih 14 vprašanj pa je zajemalo podatke, ki so pomembni za boljši pregled nad problematiko bolečine v križu.

Vprašalnik je bil anonimen. Operacijske medicinske sestre so nanj odgovarjale z obkrožitvijo črk pred odgovorom oziroma z dopisovanjem, kjer je to bilo zahtevano.

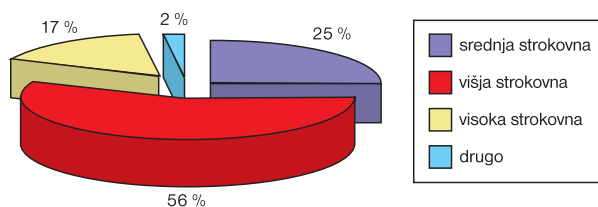
Vprašalnik je bil razdeljen teden dni pred božičnimi in novoletnimi prazniki leta 2002. Operacijske medicinske sestre so ga morale vrniti v roku petih dni. Vrnjenih je bilo 52 izpolnjenih vprašalnikov, kar znaša 80 % vseh razdeljenih vprašalnikov.

Rezultati in razprava

V operacijskem bloku Kliničnega centra Ljubljana je enajst operacijskih sob za sedem različnih kirurških področij, in sicer nevrokirurgija, travmatologija, torakalna kirurgija, abdominalna kirurgija, urologija, plastična kirurgija in kardiokirurgija. Kot del operacijskega bloka je tudi 7 dislociranih enot: otroški operacijski blok (2 operacijski sobi) in urgentni operacijski blok (4 operacijske sobe) v pritličju centralne zgradbe, opeklinska operacijska soba v 1. nadstropju na oddelku za opekline, plastična operacijska soba v 2. nadstropju na oddelku za plastično kirurgijo, aseptična in septična operacijska soba na Polikliniki (2 operacijski sobi), 2 operacijski sobi na oddelku za travmatologijo med starimi bolnicami in 3 operacijske sobe v bolnici dr. Petra Držaja.

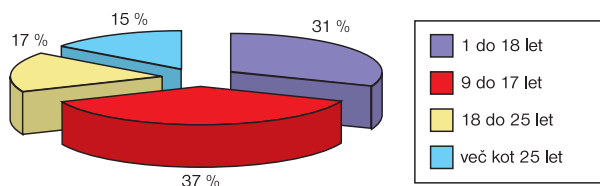
V operacijskem bloku opravlja delo veliko različnega osebja, od čistilk, bolničarjev, medicinskih sester, higienikov do zdravnikov. Raziskava je bila narajena med operacijskimi medicinskimi sestrami.

Največ anketiranih operacijskih medicinskih sester je žensk (kar 96 %). Povprečna starost je 37,51 let (v razponu od 25 do 54 let), povprečna teža 61,26 kg (v razponu od 48 do 75 kg), povprečna višina 164,85 cm (v razponu od 152 do 176 cm).



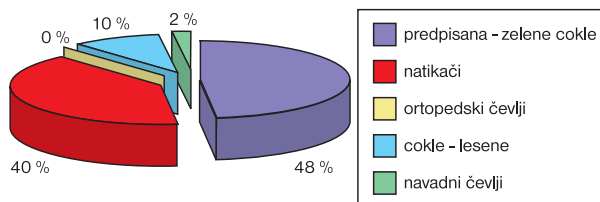
Sl. 1. Prikaz stopnje izobrazbe anketiranih.

Na vprašanje o stopnji dosežene izobrazbe je odgovorilo 52 anketiranih. 13 anketiranih ima zaključeno srednjo strokovno šolo, 29 višjo strokovno, 9 visoko strokovno in ena izmed anketiranih ima zaključeno fakulteto (vendar ni navedla, katero). Zahtevana izobrazba za operacijsko medicinsko sestro je visoka strokovna izobrazba – diplomirana medicinska sestra. Zaradi pomanjkanja osebja so zaposleni tudi izvajalci zdravstvene nege s srednjo strokovno izobrazbo.



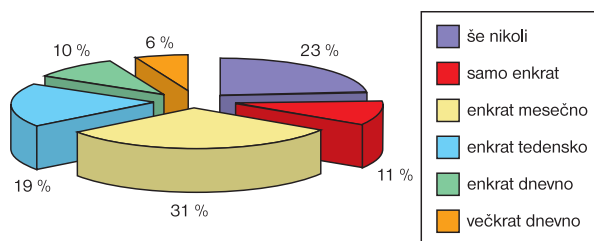
Sl. 2. Prikaz zaposlenosti kot operacijska medicinska sestra po letih.

Kot operacijske medicinske sestre svoje delo povprečno opravljajo od 9–17 let (37%), sledijo jim anketirani, ki so zaposleni od 1–8 let (31%). Največ anketiranih – 68% ima do 17 let delovne dobe. To pomeni, da je kolektiv še razmeroma mlad in se stanje na področju bolečine v križu lahko poslabša v prihodnjih letih, ker se bolezen pojavlja v aktivnem delovnem obdobju življenja med 30. in 50. letom starosti (Renko, 1996).



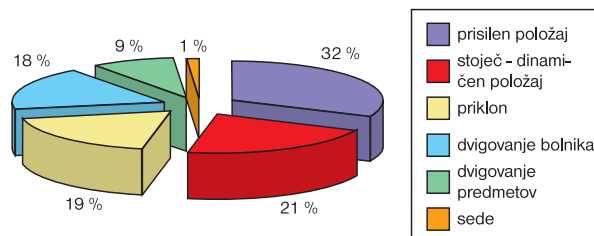
Sl. 3. Prikaz vrste obutve na delovnem mestu.

Največ anketiranih na delovnem mestu nosi predpisane – zelene cokle (48%), sledijo jim anketirani, ki nosijo natikače (40%), 5 anketiranih (10%) nosi cokle – lesene in eden (2%) izmed anketiranih nosi navadne čevlje. Razporeditev teže telesa se spremeni z ozirom na obutev, najenakomernejša je pri peti v višini 2 cm.



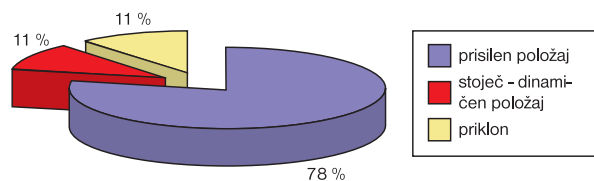
Sl. 4. Prikaz pogostosti pojavljanja bolečin v križu.

V raziskavi je 12 anketiranih (23%) navedlo, da še nikoli niso občutili bolečin v križu. Preostalih 40 anketiranih (77%) pa je enkrat ali večkrat občutilo bolečine v križu. Od tega je 6 anketiranih (11%) bolečine v križu občutilo samo enkrat, 16 anketiranih (31%) jih občuti enkrat mesečno, 10 anketiranih (19%) enkrat tedensko, 5 anketiranih (10%) enkrat dnevno in 3 anketirani (6%) jih občutijo večkrat dnevno.



Sl. 5. Prikaz pojavljanja bolečin v križu pri različnih držah.

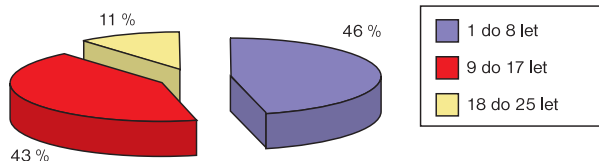
Pri 25 anketiranih (32%) se je bolečina v križu pojavila v dolgotrajnem prisiljenem položaju, sledijo stoječ položaj (21%), priklon (19%), dviganje bolnika (18%) in dviganje predmetov (9%).



Sl. 6. Prikaz povezanosti bolečin v križu z delom operacijske medicinske sestre.

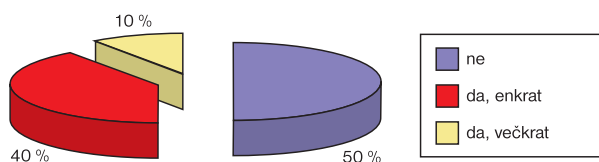
Na vprašanje, ali menijo, da so bolečine v križu povezane z delom operacijske medicinske sestre, je odgovorilo 52 anketiranih. Od tega jih 40 meni, da so bolečine v križu povezane z delom operacijske medicinske sestre, 6 jih meni, da niso, in 6 jih ne ve, ali so bolečine povezane z delom.

Najpogosteje so se začele bolečine v križu pojavljati po 1–8-ih letih opravljanja del operacijske medicinske sestre (46%), sledijo jim anketirani, ki svoje delo opravljajo od 9–17 let (43%).



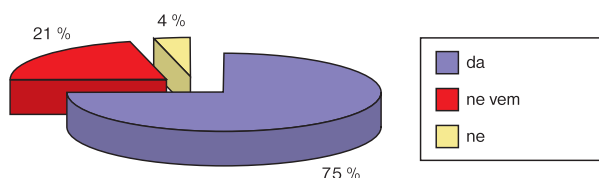
Sl. 7. Prikaz začetka pojavljanja bolečin v križu po letih.

Polovici anketiranih še ni bilo potrebno poiskati zdravniške pomoči zaradi bolečine v križu in druga polovica anketiranih je morala enkrat ali večkrat poiskati zdravniško pomoč zaradi bolečine v križu. Leti so imeli v približno enakem odstotku predpisan počitek, medikamentozno terapijo oziroma fizioterapijo.



Sl. 8. Prikaz pogostosti iskanja zdravniške pomoči zaradi bolečin v križu.

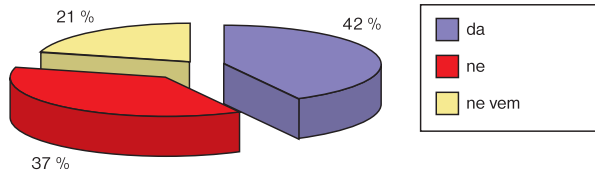
39 anketiranih (75 %) meni, da pozna načine preprečevanja bolečine v križu, 2 anketirana (4 %) menita, da jih ne poznata in kar 11 (21 %) jih ne ve, ali pozna načine preprečevanja bolečine v križu. Samo 42 % anketiranih jih pri svojem delu tudi upošteva, kar 37 % jih ne upošteva in 21 % jih ne ve, ali pri svojem delu upoštevajo načine preprečevanja bolečine v križu.



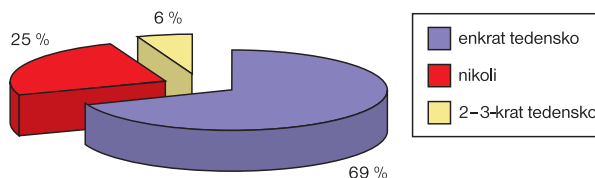
Sl. 9. Prikaz poznavanja načinov za preprečevanje bolečin v križu.

Na vprašanje, ali pri svojem delu upoštevajo načine preprečevanja bolečine v križu je 52 anketiranih dalo 57 odgovorov. Od tega je bilo 22 odgovorov, da pri svojem delu upoštevajo načine preprečevanja, 19 odgovorov, da ne, in 11 odgovorov, da ne vedo ali pri svojem delu upoštevajo načine preprečevanja bolečine v križu.

Največ anketiranih (69 %) se z organizirano vadbo – športom ukvarja enkrat tedensko. Kar je premalo za vzdrževanje dobrega mišičnega steznika, ki ima važno vlogo pri preprečevanju bolečine v križu. Pojem redna vadba pomeni vadbo vsaj 3-krat na teden. Dobra telesna pripravljenost, ki jo pridobivamo z redno telesno vadbo, je edini uspešen boj proti bolečini v



Sl. 10. Prikaz upoštevanja načinov za preprečevanje bolečin v križu.



Sl. 11. Prikaz telesne aktivnosti in neaktivnosti anketiranih.

križu. Ko začnemo z vadbo moramo upoštevati, da ne izgubimo svoje fizične pripravljenosti v enem tednu in da je v tako kratkem času ne moremo ponovno pridobiti. Začeti je treba previdno in počasi in biti pazljiv. Vzdržljivost si pridobimo s tekom, hitro hojo, kolesarjenjem, plavanjem, aerobno vadbo vsaj 3 krat na teden, vendar le z redno vadbo, kar 25 % anketiranih pa se ne ukvarja z nobeno aktivnostjo. Največ anketiranih v prostem času kolesari, sledijo hoja, plavanje, ples, tek, aerobna vadba, sprehodi, smučanje, joga in jadrnanje.

Sklepi

Bolečine lahko sproži tudi preprost običajen gib, vendar se motnje v delovanju hrbtenice kot celote kopičijo in so posledica mesece in leta trajajoče slabe drže, nepravilne mehanike telesa, stresnega življenja, neprimerne delovnega okolja, zmanjšane telesne pripravljenosti (Popovič, 1984).

Vzravnana drža je položaj, v katerem je telo popolnoma uravnoteženo. Mišično delo, ki je potrebno za vzdrževanje drže, se pri dobri postavitvi in popolni uravnoteženosti zmanjša. Za preprečevanje bolečine v križu je zelo pomembna tudi vsakodnevna drža. Zanemarjanje drže povečuje fiziološke krivine hrbtenice in s tem tudi možnost nastanka bolečine v križu. Za vzdrževanje dobre drže se je med drugim potrebno izogibati debelosti, zboljšati aktivnost trebušnih mišic in ohranjati glavo vzravnano (Rugelj, 1995).

Dobra telesna kondicija ne opredeljuje le moči za enkratno izvedbo napornega dviga, temveč tudi vzdržljivost. Zato morajo biti dobro pripravljene ne le mišice rok, temveč predvsem mišice nog in vse druge mišice, potrebne za vzdrževanje optimalne pokončne drže, kot na primer mišice trebušne stene. Z aktivacijo trebušnih mišic se pritisk v trebušni votlini poveča, sile, ki delujejo na medvretenčne ploščice, se zmanjšajo za 30–50 % in je zato potrebna manjša moč v pa-

ravertebralnih mišicah (Rugelj, 1995). Pri dvigovanju ima pomembno vlogo tudi usklajeno delovanje mišic medeničnega dna, ki pri aktivaciji trebušnih mišic ne smejo popustiti zaradi povečanega pritiska v trebušni votlini.

Bolečina v križu je že dolgo poznan problem medicine. V zadnjem obdobju pa se vidiki bolečine v križu vse bolj razširjajo, med drugim tudi zaradi širine problema, ki ga predstavlja bolečina v križu.

Ključnega pomena pri tem pa bo na vsak način preventiva v smislu izobraževanja populacije. Čeprav se tega potihem že dolgo zavedamo, pa vendar ta korak na širši (nacionalni) ravni še vedno odlagamo v nedorečeno prihodnost.

Pomen zdravstvene vzgoje pri bolečini v križu je naučiti varovanca, da bo aktivno skrbel za svoje zdravje in se s preventivnimi ukrepi izognil poslabšanju stanja.

Preventivni ukrepi in korekcije nastalega stanja se delijo v tri skupine:

- vzdrževanje pravilne telesne drže,
- zavzemanje zaščitnih položajev,
- vloga telesne in lokalne kondicije.

Vzdrževanje pravilne telesne drže

Asimetrična obremenitev, ki traja dalj časa, privede do porušeni posturalnih odnosov. V začetni fazi nepravilnosti kompenzirajo mišice in ligamenti. Ko to ni več dovolj, nastopijo bolečine in omejena gibljivost hrbtenice.

Za vzdrževanje pravilne drže sta pomembni:

- samokontrola drže,
- redno izvajanje vaj.

Zavzemanje zaščitnih položajev pri delu

Stoječi delovni položaj

Najpogostejši je še vedno stoječi delovni položaj, navadno združen s prestopanjem na delovnem mestu. Višine delovne površine pri stoji se ravna po antropoloških in biomehanskih načelih ter so odvisne tudi od vrste dela. Kot izhodiščna točka velja komolčna višina osebe. Nujna je uskladitev delovne površine z delavcem in njegovim delom. Manjšim delavcem pomagamo s podstavki, na katerih stojijo. Pri višjih osebah pa se poslužujemo individualnega prilagajanja delovnih površin.

Priklonjena delovna drža

Pravilno dviganje bremen: trebušna miškulatura je napeta, hrbet vzravnani, ramena ravna in v isti višini, kolena in kolki flektirani, stopala v širokem razkoraku. Lahko tudi poklekne na eno nogo.

Sedeči delovni položaj

Pravilno sedenje: glava in ramena v pokončnem položaju, s telesom smo blizu dela, podpora naravnih križev, stopala morajo biti na tleh, odnos medenica – trup večji od 90°, odnos podlaket – nadlaket in odnos stegnenica – golen 90°.

Vloga telesne in lokalne kondicije

Doseči želimo pravilnejšo obremenitev hrbtenice. Za uspešno preventivo je potrebno redno izvajanje vaj, kajti dobro gibljiva hrbtenica z močnim mišičnim steznikom povzroča manj težav. Z vajami uravnavamo nepravilnosti, ohranjamo gibljivost in elastičnost sklepov, povečamo prekrvavitev in izboljšamo splošno počutje.

Večkrat dnevno priporočamo tudi počitek v sprostilnih položajih. Varovancem svetujemo, da si izberejo športno aktivnost, saj le zdrava in močna miškulatura omogoča, da se telo upira dnevnim naporom. Potrebno se je izogibati tekmovalnemu načinu in izrazito enostranskemu ukvarjanju s športom. Pri izbiri športa dajemo prednost enakomernemu ritmičnemu gibanju (hrbteno plavanje, hoja, rahel tek, kolesarjenje...).

Z upoštevanjem vsem dobro znanega reka »Lažje preprečevati, kot zdraviti« in s pozitivno naravnostjo do zdravega načina življenja, bi morda uspelo obvladati neukrotljivo bolečino v križu. Večji poudarek se mora nameniti metodam, ki se uporabljajo za preprečevanje bolečine v križu. Mednje sodi v svetu dobro poznana metoda »šola za hrbtenico«.

Pomembni ukrepi pri preventivi obolenj in poškodb hrbtenice so prav gotovo vzdrževanje pravilne drže, primerne telesne teže, redna športna aktivnost, ki krepi mišice, da telo ne klone pred dnevnimi napori, ter urejeno delovno in življenjsko okolje. Torej: »Aktivirajmo celotno družbo, ne samo bolnika!« in uspeh ne bo izostal (Gaber, 1991).

Literatura

1. Bigos SJ, Batti'e MC. Acute care to prevent back disability: ten years of progress. Clin Orthop 221, 1987: 121–30.
2. Buck Walker JA. Spine Update – Aging and Degeneration of the Human Intervertebral Disc. Spine, 1995; 20 (11): 1307–14.
3. Choler U et al. Ont i ryggen. Spri-rapport 188. Stockholm 1985.
4. Deyo RA, Bass JE. Lifestyle and Low-Back Pain. Spine, 1989; 14 (5): 501–6.
5. Frymoyer JW, Cats-Baril W. Predictor of low back pain disability. Clin Orthop 221, 1987: 89–98.
6. Gaber G. Aktivni pristop k bolečini v križu. VII. Strokovno posvetovanje slovenskih fizioterapevtov. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije, 1991: 14–28.
7. Krčevski-Škvarč N. Interdisciplinarno posvetovanje o bolečini v križu. Maribor: Splošna bolnišnica, 1999: 9–9.
8. Marinič T. Bolečina v križu, ambulantno fizioterapevtska obravnava. XI. Spominski sestanek Metode Kramarjeve. Ljubljana, 1987: 54–71.
9. Nachemson A, Spitzer WD et al. Scientific approaches to the assessment and management of activity – related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12 (75): Suppl 1: 1–59.

10. Nettelblad E. Antalet reumatikerinvalider I Sverige under en 30-årsperiod. *Opmeaer* 30. 1985: 54–6.
11. Norris CM. Spinal Stabilisation. *Physiotherapy*, 81 (2). 1995: 61–79.
12. Norris CM. Spinal Stabilisation. *Physiotherapy*, 20 (3). 1995: 127–47.
13. Popovič J. Bolečina v križu in išias. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga, 1989: 142–51.
14. Renko M. Primerjava mnenj zdravnikov iz ZDA in Slovenije o zdravljenju bolečine v križu. Diplomski naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za fizioterapijo, 1996.
15. Rugelj D. Pogostnost pojavljanja bolečine v križu pri medicinskih sestrah. *Obzor Zdr N* 1995; 29: 139–42.
16. Srakar F. Ortopedija. Ljubljana: Sledi, 1994: 169–92.
17. Šavrin R. Metode preventivne rehabilitacije. Ljubljana: Zavod za rehabilitacijo invalidov, 1988.
18. Štefančič M. Bolečina v križu; smernice za rehabilitacijsko obravnavo. Ljubljana: UZRI, 1989: 7, 40–56.
19. Vousden M. A Pain in the Back. *Nursing Times*, January 18, V85, N3. 1989: 19.
20. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Edinburgh etc., Churchill-Livingstone, 1998: 85–101, 241–61.
21. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/> (23. 12. 2002).
22. [http://www.VSZ.Uni-Lj.si/zn/program/Lik Medicinske Sestre](http://www.VSZ.Uni-Lj.si/zn/program/Lik_Medicinske_Sestre) (16. 01. 2003).