

**UTJECAJ SOCIJALNO-EKONOMSKIH UVJETA ŽIVOTA NA
REHABILITACIJU PACIJENATA NAKON OPERACIJE LUMBALNE
HERNIJE DISKA¹**

*Daša Poredoš, Marina Kovač
Neuropsihijatrijska bolnica «Dr. Ivan Barbot» Popovača*

*Senka Rendulić Slivar
Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik*

Adresa autora:

mr. sc. Daša Poredoš, dipl. socijalni radnik
NPB „Dr. Ivan Barbot“ Popovača
Jelengradska 1, 44 317 Popovača
e-mail: dasa.poredos@sk.t-com.hr

¹ Sažetak rada je prezentiran na Trećem kongresu fizikalne medicine i rehabilitacije u Opatiji u lipnju 2004. godine

Sažetak

UTJECAJ SOCIJALNO-EKONOMSKIH UVJETA ŽIVOTA NA REHABILITACIJU PACIJENATA NAKON OPERACIJE LUMBALNE HERNIJE DISKA

Na uzorku od 200 ispitanika koji su rehabilitirani u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Lipik provedeno je tijekom 2002. i 2003. godine istraživanje sa ciljem da se ispita utjecaj socijalno-ekonomskih uvjeta života na rehabilitaciju pacijenata nakon operacije lumbalne hernije diska.

Ispitanici su bili podjeljeni u dvije skupine. Prvu skupinu (skupina I.) činili su pacijenti koji su procijenili da su uglavnom zadovoljni svojim oporavkom nakon rehabilitacije, a drugu skupini (skupina II.) oni koji su procijenili da uglavnom nisu zadovoljni istim. Ispitanici obje skupine anketirani su prilikom kontrolnog pregleda putem anonimne ankete sačinjene za ovo istraživanje. Rezultate smo pokazali s pomoću apsolutnih i relativnih vrijednosti, te obradili metodom χ^2 -testa. Iz dobivenih rezultata smo izdvojili slijedeće: nešto je više ispitanika mlađe životne dobi i neoženjenih/neudatih koji su uglavnom nezadovoljni svojim oporavkom; zaposleni i umirovljenici zadovoljniji su oporavkom; s obzirom na stupanj funkcionalnosti nema statistički značajne razlike između zadovoljnih i nezadovoljnih ispitanika; nezadovoljni više koriste analgetike i NSAR; uz osnovnu bolest najprisutnije su degenerativne promjene zglobova, psihičke poteškoće i upalne reumatske bolesti; nezadovoljni oporavkom nezadovoljni su i svojom materijalnom situacijom, dok oni zadovoljni - nisu ni zadovoljni, ni nezadovoljni istim; zadovoljni svojom kvalitetom življenja su oni koji su i zadovoljniji svojim oporavkom nakon provedene rehabilitacije. Iz navedenog smo zaključili da socijalno-ekonomski uvjeti života utječu na rehabilitaciju pacijenata nakon operacije lumbalne hernije diska.

Ključne riječi: operacija lumbalne hernije diska, socijalno-ekonomski uvjeti života, rehabilitacija, kvaliteta života, liaison psihijatrija.

UVOD

Degenerativne promjene zglobova nađene su na kosturima iz pretpovijesnog doba, kao i na egipadskim mumijama (1). U današnje doba degenerativne promjene u području lumbalnog diska i malih zglobova kralješnice najčešći su uzrok nastanka lumbalnog bolnog sindroma (2). Uzroci nastanka lumbalnog bolnog sindroma vezani su za degenerativne promjene kralješnice (dob, spol, genetsko nasljeđe, prehrambene navike, hormonalni status, uvijete radnog mjesta - napose vibracijska trauma, izloženost fizičkim naporima i stresu, nepovoljnim klimatskim utjecajima), upalne i metaboličke bolesti, traume, kongenitalne i razvojne anomalije, tumorske procese, a također se može raditi o prenesenim bolovima iz visceralnih organa, cirkulatornim poremećajima, kao i psihogeno uzrokovanom lumbalnom bolnom sindromu.

Preopterećenosti lumbosakralne kralješnice doprinosi sedatoran način života, manjak tjelesne aktivnosti, kao i petilost (3, 4, 5).

Epidemiološka istraživanja potvrđuju diskartrozu lumbalnog dijela kralješnice u 60% muškaraca i 44% žena starijih od 35 godina (3). Navodi se da 90% muškaraca starijih od 50 godina i 90% žena starijih od 60 godina imaju radiološki dokazane degenerativne promjene kralješnice (4). Smatra se da 50-80% stanovništva razvijenih zapadnih zemalja boluje ili je bolovalo od križobolje (5). Ona se javlja u svakoj životnoj dobi, najučestalije u srednjoj i starijoj, a kako je to jedan od najčešćih uzroka dolasku liječniku opće medicine poprima obilježje socijalne bolesti i iziskuje značajna financijska sredstva vezana uz liječenje, rehabilitaciju, te troškove bolovanja (6, 7).

Degenerativne promjene kralješnice zahvaćaju intervertebralne diskuse, intervertebralne zglobove, kao i ligamente između kralješaka (6, 8). Promjene su najčešće u onim dinamičkim vertebralnim segmentima koji su najviše opterećeni, a to je područje lumbosakralnog prijelaza gdje dobro gibljiv lumbalni dio kralješnice prelazi u drugi, znatno manje gibljiv segment.

Bol u leđima danas je jedna od najčešćih bolesničkih tegoba, većina bolesnika sa hernijom slabinskog diska nalazi se u najaktivnijoj životnoj i radnoj dobi, a obzirom na kronicitet tegoba i mogućnosti daljeg pogoršanja posljedice se očituju u znatnoj mjeri na psihosocijalnom stanju oboljelog, kao i na gospodarskom planu. Bolovi u početku bolesti, koji su često praćeni značajnim poremećajima kretanja i ovisnošću o asistenciji druge osobe snažan su emocionalni udar na osobnost svakog pojedinca. Tijekom liječenja u većine se javlja osjećaj ugroženosti osobne, odnosno, obiteljske egzistencije (6).

U najvećem broju oboljelih nastoji se postići poboljšanje konzervativnim metodama, što je prema nekim autorima moguće u 90% slučajeva u roku od 6- 12 tjedana (6, 8).

Liječenje uključuje kontroliranu tjelesnu aktivnost, primjenu analgetika i nesteroidnih antireumatika u odgovarajućim dozama, prema procjeni i slabih opioida, uz adjuvantnu terapiju, fizikalne procedure i balneorehabilitaciju, manuelnu medicinu, akupunkturu, no jedinstvenog terapijskog pristupa za sve oblike križobolje nema (7).

Promjene intervertebralnog diskusa prisutne su kod mnogih ljudi već prije tridesete godine života, no postojeći nalaz na kralješnici ne mora biti praćen kliničkim simptomima. Izostanak sa radnog mjesta predviđen važećim Pravilnikom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje je 42 dana kod protruzija diska, te samo 14 dana kod nespecificirane dorzalgije, dok je stvarno period nesposobnosti za rad znatno dulji, nerijetko do godinu dana.

Prema nekim autorima 80% bolova povlači se unutar dva mjeseca bez obzira na metodu liječenja (9, 10). Unatoč tome, broj operiranih bolesnika sa lumbalnom hernijom diska u Hrvatskoj je u porastu i kreće se oko 1000 operiranih bolesnika godišnje (6).

Operacijsko liječenje nije indicirano kao terapijski postupak unutar prvih četiri tjedna pojave simptoma osim ako nije prisutan sindrom kaude ekvine, te progresivni ili teški neurološki deficit (pareza peronealnog živca). Operacijsko liječenje indicirano je kada perzistira neuromotorni deficit više od 4 do 6 tjedana poslije neuspjelog konzervativnog liječenja, kod kroničnog išijasa sa pozitivnim Laseguovim znakom nakon više od 4 do 6 tjedana (6).

Tradicija liječenja termomineralnom vodom u Lipiku prati se u razdoblju duljem od 200 godina zahvaljujući pozitivnim učincima prirodnih ljekovitih činitelja koji povoljno djeluju na očuvanje i poboljšanje zdravlja, liječenje i rehabilitaciju različitih bolesnih stanja (11). Među indikacijama za balneorehabilitacijski tretman su i stanja nakon operacija sustava za kretanje, uz neurološke, degenerativne i reumatološke bolesti. Prema balneološkoj ocijeni ispitana voda Lipika okarakterizirana je kao mineralna, florna, natrijeva-hidrogenkarbonatna- kloridna hipertermna. (12). Uz druge procedure i metode suvremene fizikalne medicine i rehabilitacije u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Lipik koristi se liječenje termomineralnom vodom pijenjem i kupanjem primjenjenim na različite načine (HG u bazenu i Hubbard kadama, podvodnim masažama, bisernim kupkama, staničnim galvanskim kupkama, izmjeničnim i Hauffeovim kupkama, tuširanjem, te tradicionalnim kadama).

«Kvaliteta življenja» suvremena je sintagma, kojom se danas služe ne samo različite struke (od ekonomije do medicine), već i političari i građani, a da pri tome svatko od njih koristi pojam kvalitete življenja u nešto drugačijem značenju (13). Građani u «kvalitetu življenja» najčešće uključuju ono što je njima kao pojedincima važno u životu, pa tako gotovo svako zahvaća samo jedan od aspekata tog kompleksnog psihološkog fenomena. Sustavna uporaba sintagme «kvaliteta življenja» stoga ponajprije zahtijeva konceptualno razdvajanje različitih značenja i sadržaja življenja od čimbenika, koji su s njom povezani ili na nju u manjoj ili većoj mjeri djeluju. Takva nam je konceptualizacija nužna i zato da bismo mogli ispitivati čimbenike koji utječu na kvalitetu življenja, pa i na njih djelovati, te dati odgovor na pitanje koliko životni standard ili slabo zdravlje određuju kvalitetu življenja pojedinca.

Srž pojma «kvaliteta življenja» čini kod svakog pojedinca njegov doživljaj zadovoljstva načinom života i njegovim tijekom, te uvjetima, perspektivama, mogućnostima i ograničenjima koje svaki pojedinac ima u svom životu. Taj složeni doživljaj osnovan je kako na osobnom iskustvu, tako i na aspiracijama, željama i vrijednostima pojedinca; određen je psihofiziološkim sklopom njegovih karakteristika i objektivnim uvjetima u kojima živi. Kvaliteta življenja pojedinca ne ovisi primarno o prednostima koje mu se u životu pružaju, niti o nedostacima koji ga opterećuju, već o njegovoj vlastitoj mogućnosti kompenzacije nedostataka i korištenja postojećih prednosti (14). To znači da je nemoguće procijeniti kvalitetu življenja nekog pojedinca samo na osnovi poznavanja objektivnih uvjeta u kojima živi ili eventualnih objektivnih poteškoća koje ga opterećuju (npr. invaliditet, starost, bolest).

Konzultativno suradna psihijatrija (liaison psihijatrija) je specijalni oblik rada u psihijatriji koji obuhvaća kliničke, edukativne i istraživačke aktivnosti psihijatra i drugih stručnjaka na nepsihijatrijskim odjelima općih bolnica, sveučilišnih klinika i drugdje (15, 16). Djeluje na području sprečavanja nastanka, otkrivanja i otklanjanja psihičkih poremećaja bolesnika s tjelesnim bolestima. Konzultativno-suradna psihijatrija je skrb za bolesnika učinila sveobuhvatnijom, uključivanjem u njegovo liječenje savjetovanja (konzultacije) glede psiholoških i socijalnih poteškoća bolesnika i njegove obitelji, evaluacijom liječenja i supervizijom tima koji se bavi liječenjem bolesnika (17). Izobrazba osoblja koje liječe bolesnika, suradnja i aktivnosti toga osoblja planiranim timskim radom, istraživanje i i

prepoznavanje prilagodbe bolesnika i njegove obitelji na bolest i nove situacije, postali su praksa mnogima na somatskim odjelima (18). Kvaliteta života bolesnika i njihove obitelji, praćenje i vođenje rehabilitacije, istraživanje odnosa bolesti i psihosocijalnih čimbenika, stavova osoblja koje liječi bolesnika, sposobnosti i osposobljenosti osoblja u znanju i vještinama za skrb i davanje njege bolesniku, kao istraživanje psihodinamike i sociodinamike boli i drugih simptoma, stvorili su nova područja rada i obveze osoblja u liječenju tjelesnih bolesnika (19). Postignuća iz područja raznih medicinskih grana nametnula su potrebu za konzultativnom psihijatrijom. Liječnici na somatskim odjelima i osoblje koje prati i liječi bolesnika prepoznali su da sve tjelesne bolesti, a posebno one teže, stvaraju psihičke reakcije koje mogu imati utjecaja na tijek i prognozu bolesti (20). Liječnici su došli do zaključka da se pojedinac, pa i njegova bolest ne mora pratiti samo s organskog, odnosno samo s psihosocijalnog stajališta, već da je potreban tzv. biopsihosocijalni model gledišta na zdravlje i bolest (21). Taj model prihvaća i prati osobu kao jedinstvenu cijelinu u dijagnostičkim, terapijskim, edukativnim i istraživačkim aktivnostima.

Ignoriranje psihijatrije i predrasude prema psihijatriji, uvjerenje somatskih liječnika da psihijatrijski konzilijarni pregled ne koristi bolesniku, prostorna izdvojenost psihijatrije i psihijatara iz svakodnevne komunikacije sa somatskim liječnicima, te predrasude bolesnika prema psihijatriji potisnuli su psihijatriju iz nepsihijatrijskih odjela unatoč očiglednim činjenicama postojanja psihijatrijske problematike na tim odjelima. Radni sastanci s drugim liječnicima i češća savjetovanja glede liječenja i razumijevanja tjelesnih bolesnika, mogu izmjeniti te stavove i približiti psihijatriju drugim specijalnostima u općem zdravstvenom sustavu, a psihijatrijsku konzultaciju učiniti korisnom, kako za bolesnika i njegovu obitelj, tako i za osoblje koje radi s bolesnikom. Široki je spektar psihijatrijskih i psihosocijalnih poteškoća u bolesnika na somatskim odjelima (22).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je ispitati utjecaj socijalno-ekonomskih uvjeta života na rehabilitaciju pacijenata nakon operacije lumbalne hernije diska. Praktična namjera je bila što bolje provesti rehabilitacija oboljelih, te iste uključiti u druge terapijske oblike pomoći kako bi uspješnije funkcionirali u svakodnevnom životu i bili zadovoljniji svojom kvalitetom življenja.

ISPITANICI I METODE RADA

U ovom istraživanju sudjelovalo je 200 ispitanika koji su liječeni i rehabilitirani u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Lipik tijekom 2002. i 2003. godine bilo da su liječeni ambulantno ili stacionarno, neovisno o tome koliko je vremena proteklo od operacije i na kojem nivou lumbalnog segmenta je učinjena, neovisno o operativnom postupku koji je primjenjen, niti o tome da li se radilo o prvoj operaciji ili reoperaciji, uzevši u obzir spoznaju da je značajan čimbenik u oporavku tih bolesnika vezan za psihosocijalni status i kvalitetu življenja. Ispitanici su bili podjeljeni u dvije skupine. Prvu skupinu (skupina I.) činili su pacijenti koji su procijenili da su uglavnom zadovoljni svojim oporavkom nakon rehabilitacije, a drugu skupinu (skupina II.) oni koji su procijenili da uglavnom nisu zadovoljni istim. Ispitanici obje skupine anketirani su prilikom kontrolnog pregleda 14 dana nakon provedene rehabilitacije putem anonimne ankete sačinjene za ovo istraživanje. Ispitivanjem su bile obuhvaćene slijedeće varijable: spol, dob, bračni/obiteljski status, radni status, samoprocjena funkcionalne sposobnosti, samoprocjena potrebe za uzmanjem analgetika i NSAR, komorbiditet, materijalna situacija, te kvaliteta življenja. Rezultati su prikazani s pomoću apsolutnih i relativnih vrijednosti, te obrađeni metodom χ^2 - testa.

PRIKAZ NAJZNAČAJNIJIH REZULTATA

Razlika u broju ispitanika različite životne dobi između ispitanika skupine I. i ispitanika skupine II. statistički je značajna ($\chi^2=18,6$; stupnjevi slobode 2; $p<0,01$), a očituje se većim brojem «mlađih» u skupini ispitanika koji su procijenili da su uglavnom nezadovoljni svojim oporavkom nakon rehabilitacije, te većim brojem «starijih» u skupini zadovoljnijih istim. (Tablica 1.)

Razlika u broju ispitanika skupine I. i skupine II. statistički je značajna ($\chi^2=6,02$; stupnjevi slobode 2; $p<0,05$), a očituje se u većem broju ispitanika koji su neoženjeni/neudati (dakle, samci) u skupini nezadovoljnih svojim oporavkom nakon rehabilitacije, te u većem broju razvedenih osoba koje su zadovoljnije oporavkom. (Tablica 2.)

Razlika u broju ispitanika skupine I. i skupine II. statistički je značajna ($\chi^2=19,53$; stupnjevi slobode 4; $p<0,01$), a očituje se u većem broju nezaposlenih u skupini ispitanika nezadovoljnih svojim oporavkom nakon rehabilitacije, te u većem broju ispitanika koji se nalaze na dužem bolovanju i zadovoljni su oporavkom. (Tablica 3.)

Nema statistički značajne razlike u broju ispitanika glede utjecaja bolesti na svakodnevno funkcioniranje ($\chi^2=1,54$; stupnjevi slobode 2; $p>0,05$). Obje skupine porjećuju da ima je osrednje otežano svakodnevno funkcioniranje. (Tablica 4.)

Razlika u broju ispitanika skupine I. i skupine II. statistički je značajna ($\chi^2=31,98$; stupnjevi slobode 2; $p<0,01$), a očituje se u većem broju svakodnevno prisutne potrebe za uzimanjem analgetika i NSAR kod ispitanika nezadovoljnih svojim oporavkom, te u većem broju povremenih konzumacija medikamenata kod ispitanika zadovoljnih istim. (Tablica 5.)

Ukupan broj prisutnih drugih oboljenja ne odgovara ukupnom broju ispitanika, jer su mnogi ispitanici naveli prisustvo po još nekoliko bolesti. (Tablica 6.)

Razlika u broju ispitanika skupine I. i skupine II. statistički je značajna ($\chi^2=33,65$; stupnjevi slobode 4; $p<0,01$), a očituje se u većem broju «ni zadovoljnih, ni nezadovoljnih» ispitanika svojom materijalnom situacijom u skupini onih koji su zadovoljniji svojim oporavkom, te u većem broju ispitanika koji su uglavnom i vrlo nezadovoljni materijalnom situacijom i svojim oporavkom. (Tablica 7.)

Razlika u broju ispitanika skupine I. i skupine II. statistički je značajna ($\chi^2=12,15$; stupnjevi slobode 2; $p<0,01$), a očituje se u većem broju uglavnom zadovoljnih ispitanika svojom kvalitetom života kod onih koji su zadovoljni svojim oporavkom, te u većem broju ispitanika koji su nezadovoljni svojom kvalitetom življenja, kao i svojim oporavkom. (Tablica 8.)

RASPRAVA

Skupina I. obuhvaćala je pacijente koji su procijenili da su uglavnom zadovoljni svojim opravkom nakon rehabilitacije, a sadržavala je 63 ispitanika muškog i 37 ispitanika ženskog spola. Skupina II. obuhvaćala je pacijente koji su procijenili da su uglavnom nezadovoljni istim, a sadržavala je 68 ispitanika muškog i 32 ispitanika ženskog spola. Najmlađi muški ispitanik bio je rođen 1976. godine, a najstariji 1926. godine. Najmlađa ženska ispitanica bila je rođena 1982. godine, a najstarija 1932. godine.

Nešto je više mlađih ispitanika u onoj skupini koji su procijenili da su uglavnom nezadovoljni svojim oporavkom. Mlađe osobe češće su nestrpljive i fizičko ograničenje kretanja predstavlja im značajan problem. Razni čimbenici ličnosti (dob, crte ličnosti, ranija iskustva i psihička stabilnost) i raspoloživa socijalna podrška značajno utječu na odnos pojedinca prema nastalom oštećenju i provremenoj onesposobljenosti za potpuno samostalno funkcioniranje (23). Gotovo 80% ispitanika obje skupine su oženjeni odnosno udati. Mogućnost podjele teških iskustava značajno poboljšava naše prihvaćanje objektivnog zdravstvenog (i općeg) stanja, dopušta nam umjerenu regresivnost i daje osjećaj da se ima tko brinuti o nama. U znatno težoj poziciji su samci, odnosno osobe bez partnera jer su najčešće prepušteni sami sebi i osobnoj vještini snalaženja u novim životnim okolnostima. U situacijama ovisnosti o tuđoj pomoći potreban nam je oslonac, pa su time oženjeni/udati tj. osobe u zajedničkom životu s nekim u prednosti za brže ozdravljenje i zadržavanje pozitivne slike o sebi. U skupini nezadovoljnih svojim oporavkom ima 19 nezaposlenih ispitanika, a u skupini zadovoljnih nalazimo čak 55 ispitanika koji se zbog operacije lumbalne hernije diska nalaze na dužem bolovanju (dužem od 6 mjeseci) i zadovoljni su svojim oporavkom. Poznato je da je nakon naznačenog operativnog zahvata potrebno kraće vrijeme za oporavak, ako se isti odvija bez dodatnih komplikacija, te u određenom broju slučajeva možemo govoriti o pojavi fenomena „sekundarne dobiti“. Naime, s obzirom da su ispitanici zadovoljni oporavkom, a ipak se nalaze na produženom bolovanju opravdano je pretpostaviti da se radi o zadržavanju prava na ostvarenje neke dobiti. Najčešće se radi o zadržavanju radnog statusa zaposlenika, produženom liječenju kako se nebi postalo viškom zaposlenika, „odrađivanjem“ radnog staža dok se ne ostvare uvjeti za prijevremeno ili redovno umirovljenje i sl. U svakom slučaju,

bivanjem na bolovanju ostvaruje se zadržavanje nekog socijalnog statusa i sigurnosti. Uz poteškoće adaptacije, sklonost agravaciji i simulaciji često su prisutni fenomenima u procesu oporavka ovih pacijenata. Prema anglosaksonskim autorima bolest (disease) podrazumijeva patoanatomske, psihološke i bihevioralne čimbenike stanja narušenog zdravlja, a bolovanje (illness) bolesnikov doživljaj bolesti. Ponašanje bolesnika (illness behavior) predstavlja kompleks reakcija na razvirač «bolovanja» i ne mora biti u praksi često vidljive veze između simptoma bolesti i bolesnikova ponašanja. Ponašanje bolesnika (24) ima dva oblika: psihičku reakciju na oboljevanje i niz socijalnih promjena izazvanih i/ili povezanih psihičkom reakcijom. To ponašanje određuje kada će se bolesnik obratiti za pomoć, kako će emocionalno reagirati na bolest i kako će prihvatiti bolest. Bolesnik u susretu s bolešću prolazi faze, od poricanja do traženja profesionalne pomoći.

S bolesti koja traje nastaje niz socijalnih problema, jer bolesnik ne može raditi i zarađivati, ne može dovršiti započeto, financijski problemi se gomilaju, nastaju bračni problemi (24). Ako bolest duže traje ostavljaju ga pomalo prijatelji i znanci. To sve utječe na bolesnikovo podnošenje boli. Bol se pogoršava ili nastaje zbog društvene izolacije. Mnoge su tegobe, a posebno bol, veće i jače kad je čovjek sam, jer se ne može potužiti, jer ga nema tko saslušati, jer mu nedostaje razgovor. Osamljeni bolesnik gubi samopouzdanje i osjećaj vrijednosti i značenja (25, 26).

S obzirom na to da je ovo ispitivanje provedeno u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Lipiku, treba istaknuti da su 27 ispitanika poljoprivrednici i korisnici sustava socijalne skrbi, dakle osobe s nižim primanjima. Radi se o ratom ugroženom prostoru, području od posebnog državnog interesa gdje je gospodarstvo nedovoljno razvijeno, te gdje ima dosta osoba koji su bili sudionici rata, a sada su nerješene društvenog statusa, pa ih nalazimo u skupinama nezaposlenih, zaposlenih (ali na dužem bolovanju) i među korisnicima sustava socijalne skrbi.

Svjetska zdravstvena organizacija je 1946. godine definirala zdravlje kao «*stanje potpune tjelesne, duševne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti ili nesposobnosti*». Ova definicija zdravlja priznaje složen međuodnos između tjelesnih, psiholoških i socijalnih iskustava.

Danas postoji opća suglasnost da pojam pozitivnog zdravlja podrazumijeva nešto više od same odsutnosti bolesti ili nesposobnosti, odnosno da obuhvaća potpunu funkciju ili učinkovitost tijela i uma i socijalnu prilagodbu. Pozitivno zdravlje može se opisati kao sposobnost suočavanja sa stresnim situacijama, sposobnost održavanja čvrstog sustava socijalne potpore, uključenost u zajednicu, visoki moral i zadovoljstvo životom, psihička dobrobit, te tjelesno zdravlje i kondicija (27).

Osobe s premorbidno skladnom ličnošću, prosječne inteligencije i adaptacijskih kapaciteta, uz dobru obiteljsku pomoć i podršku, imaju najčešće samo manje psihičke poteškoće koje brzo i spontano nestaju (promjene raspoloženja, anksioznost, poteškoće spavanja i sl.). U osoba slabih psiholoških kapaciteta, bez obiteljske podrške, često razvijaju složenije psihičke poteškoće koje se odražavaju na gotovo sva područja života, a bolesnici dugo ostaju u raznim terapijskim postupcima bez osobitog učinka (28).

Uz nedostatak kvalitetnijeg transdisciplinarnog djelovanja koje je kod ovih bolesnika vrlo bitno i veliku ulogu psihijatra i drugih suradnika u objektivnoj procjeni radne sposobnosti, važno je imati na umu da su u situaciji kada je mirovina sigurniji izvor prihoda, postoji jasna motivacija koja vodi bolesnika u podržavanje i produbljivanje bolesti (sekundarna i tercijarna dobit).

Glede utjecaja bolesti na svakodnevno funkcioniranje obje skupine ispitanika u 71% slučajeva procijenjuju da im je isto osrednje otežano. U skupini nezadovoljnih 22 je ispitanika procijenilo da im je svakodnevno funkcioniranje pod utjecajem bolesti znatno otežano.

Psihosocijalni čimbenici koji se pokazuju značajnima u percepciji vlastitog zdravlja su socijalna potpora, osobine ličnosti i emocije pojedinca. Slaba socijalna potpora i mreža socijalnih kontakata mogu dovesti osobu u socijalnu izolaciju. Posljedica je prekomjerna usmjerenost na vlastito tijelo, razna tjelesna stanja i simptome, što dovodi do negativnije procjene vlastitog zdravlja. Neke osobine pojedinca, primjerice optimizam, opće dobro stanje ili religioznost, mogu zaštititi osobu, kognitivno ili emotivno, od negativne percepcije vlastitog zdravlja. Obrnuto, loše emotivno stanje, stres, potištenost, pojačavaju negativnu percepciju vlastitog zdravlja (29).

Naučili smo govoriti o organskom porijeklu boli. Međutim, u suvremenim i u stranim definicijama boli sadržane su i druge sastavnice koje mijenjaju prag osjetljivosti i toleranciju za bol.

Pojam «totalna bol» obuhvaća organsku, emocionalnu, duhovnu i društvenu odrednicu doživljaja boli. Bolesnikove emocionalne reakcije posebno strah, tjeskoba, očaj stvarajući napetost pojačavaju bol. Duševna bol može biti težak simptom i može znatno pojačati fizičku bol. Svaki čovjek ima duhovne potrebe bez obzira na religijsku opredjeljenost. Doživljaj pomanjkanja smisla, vlastite bezvrijednosti i beznadnosti značajno snizuju toleranciju na bol. Vjera i povjerenje u sebe, u druge, u snagu izvan nas djeluju suportno (podupirući, podržavajući). Bol je ono što bolesnik kaže da jest. Tu se ne radi nužno o događaju, već doživljaju koji je različit od pojedinca do pojedinca (26, 30, 31). Vrlo je staro opažanje da tjeskoba, depresija i značenje boli mogu promijeniti doživljaj boli. Doživljaj boli je drugačiji ako ga bolesnik smatra znakom kobnog ponašanja, a drugačiji ako ga smatra usputnom pojavom bez značenja. Doživljeni intenzitet boli rezultanta je složene interakcije neurofizioloških, psiholoških i socijalnokulturalnih faktora. Osjetljivost na bol ponajprije je psihosocijalno određena. To zorno potvrđuje Beecherova studija traumatiziranih (28). Taj je autor na traumatiziranim bolesnicima u Bostonu istraživao jačinu i doživljaj boli, uspoređivajući ih s vojnicima iz Anzio Beacha. Prvi nisu bili pripremani na bol i smrt, pa su tražili velike količine analgetika, a drugi koji su bili pripremani na bol i smrt, tražili su minimalne količine analgetika. Objašnjenje prirode boli, realno očekivanje glede stupnja i uzroka boli, te realna očekivanja od analgezije i ukazivanje na realne nepoželjne pojave uzimanja analgetika, smanjuju potrebu za analgeticima. Terapijsko ponašanje osoblja i primjereno doziranje analgetika smanjuju komplikacije koje prate njihovo uzimanje. Usmjeravanje terapijskih intervencija prema zdravim potencijalima bolesnika, ostvarivanjem odnosa povjerenja, ukljanjanjem sumnje u uspjeh terapije smanjuje bol kroničnih bolesnika.

85 ispitanika nezadovoljnih svojim oporavkom očituje svakodnevno prisutnu potrebu za uzimanjem analgetika i NSAR (nesteroidni antireumatici). Ispitanici zadovoljniji oporavkom povremeno konzumiraju medikamente. Neuspjeh analgezije može biti posljedica lošeg izbora analgetika i njegove dozaže, ali može biti i posljedica neprepoznavanja i zapuštanja psihološko/emocionalnog poremećaja. Uspjeh terapije bit će bolji što razumijevanje bolesnikovih osjećaja bude bolje. Izvor neuspjeha u savladavanju boli može biti i neuočavanje društvene sastavnice boli.

Uz osnovnu bolest - degenerativne promjene zglobova najprisutnije su psihičke poteškoće.

Ispitanici navode anksioznost, promjene raspoloženja, poremećaje spavanja i prehrane i sl. Dio ispitanika posjeduje verificirane psihijatrijske dijagnoze poput anksiozno-depresivnog poremećaja, PTSP-a i neuroza. Potom slijede upalne reumatske, kardiovaskularne i endokrinološke bolesti. Holms i Rache (23) u studiji o životnim događajima i njihovim posljedicama govore da je veća mogućnost nastanka duševnog poremećaja što je veća potreba za prilagođavanjem u novonastaloj situaciji iz skorije prošlosti, kao i u onih osoba koje su češće bile pod stresovima. On uvode pojam «sustav jedinica životnih promjena».

Kimball i suradnici (20) istraživali su pripremljenost bolesnika za operativni zahvat, pa su ustanovili da su osobe koje su poricale objektivno prisutnu depresivnost i anksioznost imale veći rizik od operativnog zahvata, nego osobe koje su tu svoju anksioznost i depresivnost slobodno izražavale. Psihopatološka su očitovanja također bila česta i jača u onih koji nisu spominjali anksioznost i depresivnost u preoperativnom razdoblju, a imali su je. Pozitivan odnos prema operativnom zahvatu prognostički je bio povoljniji. Pomogli su im informacije o operativnom zahvatu i podrška obitelji. Psihičke reakcije osoba koje su suočene s bolešću povezane su s gubitkom idealiziranog self imaga, osjećaja straha, bespomoćnosti i beznadnosti. Ako bolesnik osjeti da njegovo ponašanje ili njegova priroda pogoršavaju ili produbljuju bolest, može se pojaviti osjećaj stida i krivnje. Negativna slika o sebi razvija osjećaj gubitka, tugu i anksioznost. Smanjena briga o sebi može se očitovati bespomoćnošću, beznadnošću i okrivljavanjem, a svijest o gubitku kontrole ponašanja stidom, regresijom, izolacijom, razvojem ovisnosti ili ljutnjom. Ti fenomeni predstavljaju izraz intrapsihičke i interpersonalne dinamike bolesnikova stanja. Ličnost bolesnika, njegovo prijašnje iskustvo u susretu s bolestima, težina i faza bolesti, dob, kulturološko određenje, iskustvo prijašnjeg poboljšavanja članova obitelji, odnosno bolesti i obiteljske situacije, te sustav socijalne skrbi određuju dinamiku psihopatologije, koja se pojavljuje u bolesnika s tjelesnim bolestima (29). Tome se dodaju i čimbenici koji proizlaze iz hospitalizacije, a to su: gubitak privatnosti, stranost okoline, odvajanje od ranijih uloga, poseban status u odnosu na nemogućnost kontakata s obitelji i prijateljima, utjecaj bolnih i neugodnih medicinskih, dijagnostičkih i terapijskih zahvata, stupanj ozljedljivosti i međuljudskih odnosa koje bolesnik nalazi u bolničkoj sredini i sl. Maladaptacijski odgovor na biološke, psihološke i socijalne stresove mogu uvjetovati potrebu za raznim liječidbenim pristupima. Pomoć se stoga pruža različitim tehnikama i liječidbenim programima (32). Programi se često izvode u suradnji s drugim zdravstvenim radnicima, odnosno radnicima u zdravstvu kao što su medicinske sestre, socijalni radnici i psiholozi (28).

Oboljeli trebaju osjetiti brigu, pomoć i obiteljsku sigurnost kako bi vratili nadzor nad sobom i svojim tijelom. Većina osoba same ili uz pomoć svojih najbližih uspješno savladavaju bolest, a nekima od njih je neophodna i sustavna psihosocijalna ili psihijatrijska pomoć.

Promatrač sa strane ne može zaključiti da li materijalno bogatstvo znači i zadovoljstvo pojedinca ako ne poznaje njegov vrijednosni sustav, niti da li teška kronična bolest obezvređuje nečiji život samim tim što je netko obolio. Utvrđivanjem objektivnih faktora, čijem je djelovanju pojedinac izložen, nije moguće odrediti kvalitetu nečijeg života, jer se utjecaj okolinskih faktora uvijek prelama kroz specifičnu psihofizički konstelaciju svakog pojedinca. Budući da je kvaliteta življenja poglavito psihološki fenomen čini se da je pri njegovu određivanju najopravdaniji izravan pristup u kojem se od svakog pojedinca traži njegova subjektivna procjena tog doživljaja ili stanja. Kvalitetu življenja pojedinca moguće je operacionalno zahvatiti jedino na osnovi njegove subjektivne procjene tog kompleksnog doživljaja (19, 33). Materijalna situacija značajan je čimbenik socijalne sigurnosti i svojim posredujućim djelovanjem djeluje i na tijek rehabilitacije i oporavka. Značajan broj ispitanika živi u okolnim mjestima i selima koja teritorijalno spadaju pod nadležnost Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Lipik glede potrebnih rehabilitacijskih postupaka, te je njihov dolazak na fizikalnu rehabilitaciju povezan s materijalnim mogućnostima (kupnja karte za javni prijevoz ili dolazak osobnim vozilom uz pratnju druge osobe). Kako god bilo dolazak na vježbe i ostale terapijske postupke zahtjeva i određena materijalna sredstva. Također, za vrijeme bivanja oboljelog člana na bolovanju isti najčešće dobivaju znatno manja financijska sredstva naknade nego u vrijeme potpune radne sposobnosti i zaposlenosti, što utječe na opće uvjete života pojedinca i članova njegove obitelji. Ispitanici zadovoljniji svojim oporavkom, njih 59, uglavnom su „ni zadovoljni, ne nezadovoljni“ svojom materijalnom situacijom, a ispitanici nezadovoljni oporavkom u 27% slučajeva navode da su uglavnom i vrlo nezadovoljni istim.

Zadovoljstvo životom je pojam koji je povezan sa psihičkim zdravljem osobe. Obično se odnosi na sveukupnu procjenu života osobe ili na usporedbu koja odražava percipirani nesklad između težnji i postignuća osobe. Od osobe se obično traži procjena života općenito

i/ili procjena pojedinih aspekata života. Mjere zadovoljstva životom su korisne u procjeni psihičkog zdravlja ili dobrobiti ljudi. Postoji više dimenzija psihičke dobrobiti, međutim glavna poteškoća istraživačima u ovom području je konceptualizacija predmeta mjerenja; nije jasno da li različite dimenzije dobrobiti odražavaju stavove, ličnost ili raspoloženja, kognitivne ili afektivne komponente, te da li neke kombinacije navedenog stvarno predstavljaju psihičku dobrobit. Mnoge skale zadovoljstva životom, morala ili općeg osjećaja sreće su međusobno značajno korelirane, što sugerira da sve one mjere, u izvjesnom stupnju, zajednički pojavu koja je u osnovi psihičke dobrobiti (30). Kao što smo vidjeli sintagma *kvaliteta života* vrlo je složen pojam i temelji se na subjektivnoj procjeni pojedinca. Neki ljude žive kvalitetno unatoč postojanju bolesti/oštećenja I obrnuto. U skupini ispitanika zadovoljnih svojim oporavkom najviše je onih koji su osrednje zadovoljni svojom kvalitetom života. Nazadovoljniji oporavkom – nezadovoljniji su i svojom kvalitetom življenja. Iako u skupini zadovoljnih oporavkom 10 ispitanika je zadovoljno svojim životom, treba istaknuti da u ukupnom broju ispitanika svega 5,5% osoba procjenjuju da su uglavnom zadovoljni svojom kvalitetom života. Vidimo da se tu radi više o preživljavanju, nego zadovoljstvu, a zadovoljstvo sobom i svojim životom značajno utječe na naše stavove, odluke i konkretne životne akcije.

ZAKLJUČAK I PRIJEDLOZI

Na temelju dobivenih rezultata vidimo da je nešto više mladih, neoženjenih/neudatih i nezaposlenih ispitanika nezadovoljnije svojim oporavkom nakon rehabilitacije. Dio zaposlenih ispitanika, iako zadovoljni svojim oporavkom, ipak ostaju na duže bolovanju kako bi ostvarili neku sekundarnu dobit. Glede utjecaja bolesti na svakodnevno funkcioniranje obje skupine ispitanika procjenjuju da im je isto osrednje otežano. Većina ispitanika nezadovoljnih oporavkom svakodnevno konzumira analgetike i NSAR, za razliku od ispitanika zadovoljnjih svojim oporavkom koji isto čine uglavnom povremeno. Uz osnovnu bolest najprisutnije su degenerativne promjene zglobova, psihičke poteškoće: anksioznost, promjene raspoloženja, poremećaj spavanja i prehrane, te upalne reumatske, kardiovaskularne i endokrinološke bolesti. Materijalna situacija značajan je čimbenik socijalne sigurnosti i svojim posredujućim djelovanjem djeluje i na tijek rehabilitacije i oporavka. Ispitanici zadovoljniji svojim oporavkom uglavnom su „ni zadovoljni, ni nezadovoljni“ svojom materijalnom situacijom, a ispitanici nezadovoljni oporavkom navode da su uglavnom i vrlo nezadovoljni istim. S obzirom na to da se procjena kvalitete života temelji na subjektivnoj procjeni pojedinca, treba istaknuti da obje skupine navode da žive osrednje, pri čemu su oni zadovoljniji svojim životom zadovoljniji i svojim oporavkom.

Iz navedenog smo zaključili da socijalno-ekonomski uvjeti života utječu na rehabilitaciju pacijenata nakon operacije lumbalne hernije diska.

Također želimo naglasiti da je u pristupu liječenja i rehabilitacije pacijenta potreban cjelovit pristup pacijentu, uključujući sve segmente života (fizičke, psihičke, socijalne i duhovne) stoga smo u ovo istraživanje i bili uključeni interdisciplinarno, iz raznih profesija, što se je pokazalo izuzetno značajnim za razumijevanje problematike. Neizbježna je međusobna profesionalna suradnja, pa tako i ulazak liaison psihijatrije u područje fizikalne medicine i rehabilitacije.

Prijedlozi:

Postojanje fizičke bolesti/oštećenja i danas se često povezuje s nužnošću mirovanja i radne deaktivacije. Kako bi promjenili ukorijenjene negativne navike našeg pučanstva potrebno je poticati i unapređivati:

- temeljne postavke rehabilitacije u zajednici
- poticati samostalnost i neovisnost rehabilitiranih, nudeći im i druge oblike podrške u vidu iskustvenih grupa, grupa za samopomoć i sl.
- uspostaviti interdisciplinarnu suradnju na svim razinama preventivnog i kurativnog djelovanja kako bi se zbog somatskog oštećenja prevenirali i izbjegli psihički poremećaji i socijalna afunkcionalnost
- širiti kulturu primjerene fizičke aktivnosti
- izaći iz postojećih institucijskih okvira u zajednicu i edukativno djelovati na općem poboljšanju kvalitete života

Literatura:

1. Thorwald J. Moć i znanje drevnih liječnika. August Cesarec, Zagreb, 2001;25
2. Pećina M. Kralješnica. U: Sindromi prenaprezanja, Globus, Zagreb, 1992; 78-126.
3. Negovetić L. i sur. Bolesti lumbosakralne kralješnice. Medicinska naklada, Zagreb 1993.
4. Schmorl G., Junghanns H. Die Gesunde und die kranke Wirbelsaule in Rongebild und Klinik, Stuttgart: G Thieme, 1968.
5. Nikolić T. Konzervativno liječenje lumbalnih bolnih sindroma. U: Buljat G., Perović, D.,ur. Degenerativne bolesti kralješnice, Zagreb: Klinika za traumatologiju Zagreb, 2004; 41-43.
6. Kovač D., Negovetić L., Kudelić N., Kovač L. Hernija lumbalnog diska - kada operirati i koji je najbolji postupak. U: Buljat G., Perović D.,ur. Degenativne bolesti kralješnice, Zagreb: Klinika za traumatologiju Zagreb, 2004; 44-49.
7. Jajić I., Degenerativne promjene kralješnice i zglobova. U: Reumatologija. Medicinska knjiga, Zagreb, 1995; 459-96.
8. Dubravica M. Postupnik konzervativnog liječenja bolesnika s hernijom lumbalnog diska-rehabilitacija. U: hernija lumbalnog diska – postupnik liječenja II, Zagreb, 2003; 26-31.
9. Rozenberg S. Bed Rest or Normal Activity for Patients With Acute Low Back Pain. A Randomized Controlled Trial. Spine 27(14): 1487-93.
10. Gureje O., Von Korff M., Simeon GE. Persistent pain and well being:a World Health Organisation study in primar care. JAMA 1998;280; 147-151.
11. Kraml O., Gajšak-Špančić, A. Ljekoviti činitelji Lipika. U: Ivanišević G., ur. Toplički ljekoviti činitelji u Hrvatskoj. Akademija medicinskih znanosti hrvatske, Zagreb, 2001; 277-280.
12. Kraml O., Čepelak R. Balneološki prikaz termomineralne vode u Lipiku. U: Hrvatske vode, 11 (2003) 44; 270-278.
13. Krizmanić M., Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma «kvaliteta života». Primjenjena psihologija 1989; 10:5-11.
14. Avelini Holjevac I. Zdravstveni turizam – kvaliteta života. U: Klarić M, ur. Turizam – međunarodni znanstveno-stručni časopis 49(2001);1:57-62.

15. Mandić N. Konzultativno-suradna (liaison) psihijatrija. U: Muačević V ur. i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada – Zagreb, 1995; 237-245.
16. Gregurek R., Liaison psihijatrija – osnovni pojmovi. U: Kulenović M, ur. Psihoterapija 28 (1998);1/2:33-63.
17. Friedman, RS., Molay, F. A history of psychiatric consultation in America. Psychiatr Clin North Am 1994;17:667-681.
18. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. U: Klaine E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Goleđen marketing; 1999, 371-403.
19. Vuletić G. Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života (magistarski rad). Medicinski fakultet Zagreb, 1999; 60-4.
20. Rosenbaum M., McCarty T. The relationship of psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry. Psychosomatics 1994;35:569-573.
21. Frank R. Consultation and liaison. Mon Schr Kinderheilkd 2002, 150:186.
22. Huyse FJ., Herzog T., Lobo A. i sur. European Consultation-Liaison Psychiatric services: the ECLW Collaborative Study. Acta Psychiatr Scand 2000; 101:360-66.
23. Lazarus R.S., De Longis A. Psychological stress and coping in aging. American Psychologist, March 1983;34-54.
24. Vaugh CE., Leff JP. The influence of family and social factors on the course or psychiatric illness. Br J Psychiatry, 1976;129;125-137.
25. Cohen F. Measurement of coping. In: Kasl,S.V., Cooper, C.L. Research Methods in stress and health psychology. Chichester: John Wiley & Sons, 1995;283-305.
26. Krizmanić M. Pravo na istinu o vlastitom stanju i prognozi. U: Jušić A ur. i sur. Hospicij i palijativna skrb. Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka – Zagreb, 1995; 58-60.
27. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Naklada Slap – Jastrebarsko, 2002; 7.
28. Kessler RC., Price RH., Wortman CB. Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. Ann Rev Psychol 1985;531-536.
29. Cohen S., Syme L. Social support and health. New York: Academic Press, 1985.
30. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Open University Press, Milton Keynes, 1991; 53-55.

31. Health Care Guideline. Adult Low Back Pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical system Improvement (ICSI); 2001.
32. Bobinac-Georgijevski A., Gabrić S., Matijašević, D. Ivanović J., Turk M. Interdisciplinarni timski rad u rehabilitaciji. U: Kučišec-Tepeš N, ur. Klinička medicina 1992;1:23-5.
33. Karajić, N. Važnost pojedinih komponenata kvalitete života. U: Cifrić I, ur. Socijalna ekologija – časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline; 1(1992),4;485-499.

Summary

Daša Poredoš, Marina Kovač

Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital, Popovača

Senka Rendulić Slivar

Special hospital for medical rehabilitation, Lipik

The effect of social-demographic life conditions on the rehabilitation of the patients after the lumbar hernia discus surgery

On the sample of 200 subjects who were recuperating in Special hospital for medical rehabilitation in Lipik, during 2002 and 2003 a research was conducted with the aim to examine the effect of socio-demographic life conditions on the rehabilitation of the patients after the lumbar hernia discus surgery.

The subjects were divided into two categories. The first category (group I) were the subjects who said they were generally satisfied with the recuperation after the rehabilitation. The second group (group II) were people stating that they were generally dissatisfied with the rehabilitation. The subjects of both groups were questioned anonymously during their medical check-up. The results were shown with the help of absolute and relative values and processed with χ^2 - method. Here are some of the results: there is a larger number of younger single subjects who are mostly dissatisfied with their rehabilitation; the employed and retired people are happier with the rehabilitation; with regard to degree of functionality there are no statistically significant differences between satisfied and dissatisfied subjects; the dissatisfied use analgesics a NSAR more; together with the primary illness, there are traces of psychical disturbances; those who are dissatisfied with the rehabilitation are also dissatisfied with their material status whereas those who are satisfied with the rehabilitation are neither dissatisfied nor satisfied with the material status; those satisfied with the rehabilitation are also satisfied with their quality of life after the rehabilitation. We can conclude from the above that socioeconomic life conditions effect the rehabilitation of the patients after the lumbar hernia discus surgery.

Keywords: *lumbar hernia discus surgery, socioeconomic life condition, rehabilitation, the quality of life, liaison psychiatry*

PRIVITAK: Tablice

Tablica 1. Dob ispitanika

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
Do 40 godina	24	52	76	38,0
41do 60 godina	51	38	89	44,5
61 godina i više	25	10	35	17,5
UKUPNO	100	100	200	100,0

Tablica 2. Bračni/obiteljski status ispitanika

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
neoženjen/neudata	8	19	27	13,6
oženjen/udata	83	75	158	79,4
razvedeni	9	5	14	7,0
UKUPNO	100	99	199	100,0

Tablica 3. Radni status ispitanika

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
zaposlen(a)- na dužem bolovanju	55	37	92	46,2
zaposlen(a)- na kraćem bolovanju	1	5	50	25,1
nezaposlen(a)	5	19	24	12,1
umirovljenik(ca)	28	22	6	3,0
ostali (poljoprivrednici,soc.skrb)	11	16	27	13,6
UKUPNO	100	99	199	100,0

Tablica 4. Svakodnevno funkcioniranje pod utjecajem bolesti

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
znatno otežano	27	22	49	24,5
osrednje	70	72	142	71,0
nezatno otež.	3	6	9	4,5
UKUPNO	100	100	200	100,0

Tablica 5. Potreba za uzimanjem analgetika i NSAR

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
svakodnevno	48	85	133	66,5
povremeno	43	10	53	26,5
vrlo rijetko	9	5	14	7,0
UKUPNO	100	100	200	100,0

Tablica 6. Prisutan komorbiditet ispitanika

OBILJEŽJE	f
degenerativne promjene zglobova	78
pihčke poteškoće	61
upalne reumatske bolesti	59
krđiovaskularne bolesti	30
endokrinološke bolesti	17

Tablica 7. Zadovoljstvo materijalnom situacijom

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
vrlo zadovoljan(na)	2	6	8	4,0
uglavnom zadovoljan(na)	33	28	61	30,5
ni zadovoljan,ni nezadovoljan	59	31	90	45,0
uglavnom nezadovoljan(na)	6	20	26	13,0
vrlo nezadovoljan(na)	0	15	15	7,5
UKUPNO	100	100	200	100,0

Tablica 8. Općenito zadovoljstvo svojom kvalitetom života

OBILJEŽJE	SKUPINA I.	SKUPINA II.	UKUPNO	%
uglavnom zadovoljan(na)	10	1	11	5,5
osrednje	59	50	109	54,5
uglavnom nezadovoljan(na)	31	49	80	40,0
UKUPNO	100	100	200	100,0