



УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
Факултет спорта и физичког васпитања



Самоперцепција жена са цервикалним и лумбалним болним синдромом

Мастер рад

Ментор: проф. др Татјана Тубић

Студент: Ана Радовановић

Нови Сад, 2023

Садржај

1. Увод.....	3
2. Лумбални болни синдром (ЛБС).....	4
3. Цервикални болни синдром (ЦБС).....	6
Дијагностика и лечење	7
3. Самоперцепција - селф-концепт.....	8
Настанак селф-концепта.....	9
4. Досадашња истраживања	11
5. Предмет, задаци и циљ рада	13
6. Хипотезе истраживања.....	14
7. Метод рада.....	15
7.1 Узорак испитаника.....	15
7.2 Мерни инструмент.....	16
7.3 Метод обраде података.....	17
8. Резултати.....	17
9. Дискусија.....	20
9.1 Ограничење студије.....	21
10. Закључак	22
11. Литература.....	23

1. Увод

Бол у леђима (dorsalgia) представља врло често, болно стање које погађа преко 80% одрасле популације (O’Sullivan, 2005). Упркос многим истраживањима о процени и лечењу болних синдрома леђа, 85% случајева се не дијагностикује и остају окарактерисани као неспецифични (O’Sullivan & Beales, 2007). До 40% свих случајева прелази из акутног у хроничан облик (O’Sullivan, 2005). Постоји више подела болних синдрома леђа, а у овом истраживању бавимо се поделом на основу локализације симптома, односно на основу тога на ком делу кичме је дијагностикован проблем. С обзиром на то, можемо рећи да се дели на цервикални (вратни) и лумбални (слабински) болни синдром.

Самоперцепција жена са лумбалним или цервикалним болним синдромом (а неретко и са комбинацијом оба синдрома) је тема овог рада. Идеја за овим истраживањем појавила се као резултат рада да особама (претежно женама) које пате од овог проблема, у циљу бољег приступа самом третману. Питање које се поставља јесте да ли њихови дијагностиковани проблеми могу утицати на начин на који они виде и процењују себе, као и да ли се њихова општа слика о себи мења због проблема који имају.

Иако је третман за рехабилитацију кичме који је у домену професора спорта и кинезитерапеута ограничен на вежбе и не укључује друге видове подршке приликом проласка кроз процес лечења, врло често се може приметити и промењено понашање код жена. Разлози због којих долазе на третмане су различити: осећај бола приликом обављања неког посла или свакодневних активности, осећај ограничености у кретању или покретима у најразличитијим ситуацијама, страх од учествовања у спортским активностима, страх од евентуалног погоршања стања што их може довести до забране кретања одређени временски период (што би их удаљило од посла и онемогућило привређивање), страх од напредовања болести и погоршања симптома због које ће морати да промене и прилагоде свој начин живота – радно место, бављење спортом, кретање, обавезе на дневном нивоу, страх од операције ако буде индикована и последица које она носи, страх од тешких стадијума болести који би могли довести до тога не могу више

бринути о другима (породици, ближњима), а онда и о себи чиме ће постати „терет“ другима, као и многи други.

Процес вежбања и лечења је лакши, лепши и бољи када су људи мотивисанији и спремнији на промене и када верују у могућност опоравка. Искуство је до сада показало да је страх од коначног исхода код жена са тежим симптомима нешто већи у поређењу са онима који имају лакше симптоме, што представља додатни проблем приликом рехабилитације. У зависности од резултата овог истраживања, целокупно лечење би се могло боље прилагодити људима и проблемима, како другачијим приступом терапеута тако и укључивањем стручњака (психолога) у третман.

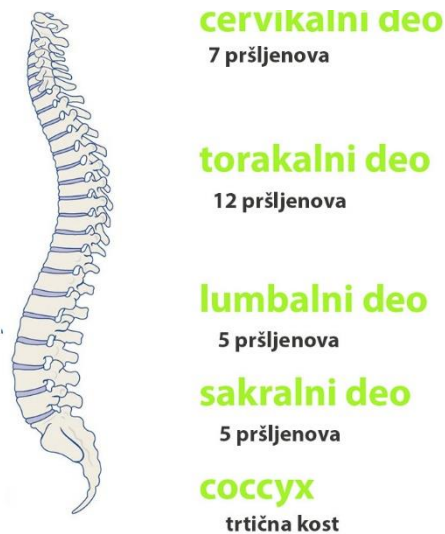
2. Лумбални болни синдром (ЛБС)

Слика 1. Подела и приказ пршљенова кичме

Лумбални болни синдром представља скуп симптома који су последица промена у слабинском делу кичме и могу бити дегенеративног, мишићног и неуролошког порекла (DePalma & Rothman, 1970).

Најчешћи симптоми који могу да се јаве су:

- бол у леђима и врату,
- осећај врелине, утрнутости, пецкања и жарења који се спушта низ једну или обе ноге
- смањена покретљивост стопала,
- у тежим стадијумима болести проблем с мокрењем или пражњењем дебелог црева и потенције код мушкараца (Walker & Williamson, 2009).



Истраживање Пећине (1992) је показало да 50-80% популације има барем једну епизоду ове врсте болног стања током свог живота. Такође резултати кажу да се јавља између 30. и 50. године живота и да поједнако погађа мушкарце и жене (Pećina, 1992). Мало је болних стања и болести који имају толико узрока као ЛБС, али је познато да у око 90% пацијената није могуће са сигурношћу утврдити тачан узрок (O'Sullivan & Beales, 2007). Као могући узроци наводе се разна упална стања, неуролошка обољења, васкуларни поремећаји, тумори па све до психогених стања. Сматра се да је преко 80% бола у леђима је механичког порекла (Grazio i Vuljan, 2009).

С обзиром на механичку природу настанка најчешћег броја случајева ЛБС, можда је најприхватљивија њихова подела на: постурални синдром, дисфункцијски синдром и синдром поремећаја вертебралног динамичког сегмента (Водановић, Гргурев, 2007).

Постурални синдром настаје због пренапрезања услед дуготрајног стајања. Тело је приликом дуготрајног стајања, уз смањен радијус кретања изложено великом статичком оптерећењу. Повремена бол која се може појавити у таквим ситуацијама, често нестаје након промене положаја, јер нема патолошких промена структура кичме.

Дисфункцијски синдром настаје због компензацијско-адаптивног скраћења мишића који су највише изложени пренапрезању и може се сматрати прогресивним стадијумом постуралног синдрома. Бол се јавља при истезању дуготрајно згрчених структура које још увек нису деформисане али због њихове ригидности и нееластичности, покретљивост је умањена.

Синдром поремећаја вертебралног динамичког сегмента: Вертебрално динамички сегмент је функционална јединица кичме коју чине два суседна пршљена заједно с међупршљенским (интервертебралним) диском, као и зглобови кичме и сва припадајућа околна мека ткива. Овај синдром представља унапредовалу верзију претходна два синдрома. Код постуралног и дисфункцијског синдрома нису постојале дегенеративне промене, док оне код овог синдрома постоје. Дегенеративне промене првенствено захватају интервертебрални диск, за којег се сматра да је извор бола у 90% болних леђа (Walker & Williamson, 2009).

Остали извори боли могу бити промене на малим зглобовима кичме или промене на околним меким ткивима. Промене које захватају интервертебрални диск могу варирати од дехидрације желатинозног језгра (nucleus pulposus) и фисура везивног диска (anulus fibrosus), до његовог даљњег „бубрења“, па све до пролапса и екструзије диска који може притиснути корен живца и довести до лумбоишијалгије (lumboischialgia).

У последњих 20 година истраживања су показала да се све млађа популација суочава са овим проблемом, што указује на то да је највероватније узрок настанка савремени начин живота. Сам бол се код преко 90% оболелих враћа кроз одређени период (Vukas i sar.,2012).

3. Цервикални болни синдром (ЦБС)

Цервикални синдром је скуп поремећаја (симптома) који су настали услед промена у пределу вратног дела кичме и меког ткива које га окружује. Вратни део кичме се састоји од седам вратних пршљенова који се по структури разликују од лумбалних.

Једна од подела цервикалног синдрома према сегментима пршљена (Sluijter & Koetsveld-Baart, 1980) где се јавља проблем је:

1. Цервицефални – од првог пршљена (Атласа) до четвртог вратног пршљена
2. Цервикобрахијални – од четвртог вратног до првог грудног пршљена

Већина симптома синдрома болног врата су последица повреде или почетка дегенеративних промена (Woods & Hilibrand, 2015). Симптоми који се могу јавити су:

- бол вратног дела кичме,
- пробадајућа бол између лопатица која се може ширити према раменима и/или надлактицама,
- утрнулост и укрућеност мишића врата и горњег дела леђа,
- ограничени покрети врата

- зујање у ушима, замагљен вид,
- главобоља и вртоглавице,
- трњење руку (једне или обе), нарочито ујутру.

За цервицефални синдром карактеристични су следећи симптоми: блаже или јаче главобоље, вртоглавице и поремећаји вида, зујање у ушима, док су за цервикобрахијални синдром карактеристични утрнулост или слабост у вратним мишићима, спуштање бола низ једну или обе руке, као и слабост руку кичме (Abbed & Coumans, 2007).

Цервикална бол која је ограничена само на врат и рамена и не наставља се према надлактицама је обично узрокована пренапрезањем мишића и лигамената. Физикална терапија и конзервативно лечење могу довести до потпуног нестанка симптома. Међутим, уколико се бол преноси и у надлактицу, прогноза је знатно неповољнија, јер тај симптом упућује на компресију живца која је изазвана хернијацијом (руптуром) цервикалног диска (Woods & Hilibrand, 2015).

Као и код лумбалног болног синдрома, симптоми цервикалног синдрома се могу прво појавити услед дуготрајног стајања и неправилног положаја цервикалне кичме (постурални синдром), затим приликом истезања дуготрајно згрчених структура (дисфункционални синдром) и као резултат тога може доћи до дегенеративних промена (синдром поремећаја вертебралног динамичког сегмента). На учесталост, интензитет и врсту ових симптома утичу анатомске и биомеханичке специфичности вратне кичме (Abbed & Coumans, 2007).

Дијагностика и лечење

Дијагноза се поставља на основу анамезе и клиничке слике (нагло настала бол након дизања тешког терета или трауме). Од тестова се најчешће ради Лазаревићев тест, као и мерење обима покрета. Такође ради се рендгенска дијагностика - радиолошки снимак регије (антериорно-постериорни и профилни). Данас се често користи магнетна резонанца која, осим доброг приказа хернијације интервертебралног диска, показује и

друга стања која могу давати сличне симптоме као што су дегенеративне промене, сужење кичменог канала, спондилолистеза, спондилоза и различите аномалије (Salzberg & Manusov, 2003).

Лечење у акутним фазама захтева мировање од неколико до највише недељу дана, аналгетике по потреби, а код особа са хроничним болом неопходан је специјализован тренажни програм, учење заштитних положаја и корекција кретања на свакодневном нивоу како се упале и иритације нерава не би догађале. Уколико дође до развоја тежих фаза болести, где су симптоми хронично изражени толико да утичу на живот болесника, да је његово функционисање на дневном нивоу угрожено или онемогућено, тада се као крајње решење предлаже хируршка операција (Smith & Osborn, 2007).

Конзервативан начин лечења увек има предност у односу на хируршки, из разлога што хируршка операција са собом носи многе ризике, а истовремено није сигуран и коначан начин решавања проблема (Salzberg & Manusov, 2003).

3. Самоперцепција - селф-концепт

Самоперцепција, која се назива и самовредновање, слика о себи, субјективни доживљај себе, представља начин на који перципирамо себе и своје понашање. Селф-концепт јесте генерализовано искуство о себи, а односи се на начин на који видимо себе, уверења која имамо о себи, укључујући своје личне атрибуте и знање о томе ко смо и шта представља наше *Ja* (Baumeister, 1999; Myers, 2009).

Карл Роџерс (Rogers, 1959) је сматрао да се селф-концепт састоји од три компоненте:

1. Како видимо себе (слика о себи)
2. Колику вредност придајемо себи (самопоштовање)
3. Какви желимо да будемо (идеално *Ja*).

Селф-концепт се разликује од самосвести која се односи на то у којој мери тренутно усредсређујемо пажњу на сопствени селф-концепт (Rochat, 2009). У интеракцији је са нашим знањем о себи, са местом у друштву и социјалном улогом, као и различитим вредносним ставовима које заузимамо у односу на себе (самопоштовањем, самопоуздањем, самоефикасношћу, и сл.).

Настанак селф-концепта

О настанку селф-концепта има неколико теорија, а међу собом се разликују према томе ко или шта представља стандард у односу на који особа себе пореди. То може бити нека група људи, други појединац или идеална верзија себе.

Контролна теорија саморегулације (Carver & Scheier, 2002) каже да себе поредимо у односу на неки приватни или јавни стандард, а кад постоји несклад између себе и селф-стандарда ми смо мотивисани да променимо своје понашање како бисмо уклонили ову неусклађеност.

Теорија селф-дискрепанције (Higgins et al., 1994) слично претходној теорији, говори о томе да се актуелни *селф* пореди са идеалним *селфом* и захтевајућим (неопходним) *селфом*. Неусклађеност између актуелног и идеалног *селфа* генерише емоционално стање утучености и малодушности, а неусаглашеност између актуелног и захтевајућег *селфа* генерише узнемиреност. У оба случаја, ова психолошка нелагодност мотивише индивидуу на промену не би ли се та несразмера умањила.

Теорија социјалног поређења говори у прилог томе да се наш селф-концепт генерише из поређења са другим особама. Према теорији социјалног поређења нема објективно исправног *селфа*, те се ми поредимо са особама сличним себи, како бисмо валидирали своје ставове и понашање (Turner & Crisp, 2010). Модел одржавања селф-евалуације (Tesser, 1988) говори о томе да ми одржавамо позитивни селф-имиџ кроз два процеса: социјалном рефлексијом (хранећи самопоштовање из комплимената од стране других особа) и социјалним поређењем (поређењем сопствених постигнућа са постигнућима других људи).

Према теорији социјалног идентитета (Abrams & Hogg, 1988) ми генеришемо важне аспекте *селфа* од социјалних група којима припадамо и понашамо се у складу са нормама те одређене групе.

Постоје многи упитници за процену самоопажања, а у овом истраживању примењен је упитник *Профил самоперцепције за одрасле (Self-Perception Profile for Adults)* креиран од стране др Сузан Хартер (Susan Harter) и др Бони Месер (Bonnie Messer). Упитник садржи 50 питања која су груписана у дванаест субскала (једанаест које се односе на специфичне домене и дванаеста која се односи на опште самовредновање). Првих једанаест скала се састоји од четири, док се дванаеста скала састоји од шест тврдњи. Тврдње су формулисане као биполарне реченице: један део реченице описује компетентно понашање особе, док други део описује мање компетентно. Испитаник треба да се определи за леви или десни део реченице, у зависности који га боље описује, а након тога треба да процени да ли се тај опис у потпуности или само делимично односи на њега. Сваки одговор се бодује четворостепеном скалом, при чему 1 значи најмању процену компетентности, а 4 највећу.

Врсте субскала:

1. Друштвеност - односи се на властиту процену понашања у присуству других, пријатност приликом упознавања нових људи и отвореност у комуникацији са другима;
2. Пословна компетенција – односи се на самоперцепцију компетентности за обављање одређеног посла, продуктивности и начина на који ради посао;
3. Брижност – односи се на самоперцепцији бриге о другима, жељи да се допринесе напредовању других и помагању деци;
4. Спортска компетенција – односи се на процену властитих моторичких способности и компетентности када је у питању спорт, осећај за такмичење и учествовање у спорту као и учење нових активности;

5. Физички изглед – односи се на перцепцију свог физичког изгледа; да ли себе сматрају физички привлачним и да ли су задовољни изгледом свог лица и тела;
6. Привређивање – односи се на то да ли сматрају да довољно привређују за своје и потребе својих најближих;
7. Моралност – односи се на то да ли особа сматра да живи у складу са својим моралним стандардима;
8. Домаћинство – односи се на самопроцену успешности у одржавању домаћинства и обављању кућних послова;
9. Партнерски односи – односи се на процену властите способности у остваривању блиских односа са партнерима, као и да ли су довољно слободни да отворено комуницирају у односима;
10. Интелигенција – односи се на способност да усвајају знање; да ли се осећају паметним и интелектуално способним;
11. Смисао за хумор – односи се на процену способности сагледавања ствари на занимљив начин и прихватања шале о себи и другима;
12. Опште самовредновање – односи се на глобалну перцепцију самовредности, степен задовољства собом и сопственим животом у целини.

4. Досадашња истраживања

У једној трансверзалној студији основни предмет истраживања је био утицај самоефикасности на перцепцију бола, постуралну стабилност и опсег покрета код особа са хроничним болом у доњем делу леђа (La Touche et al., 2019). У истраживању је учествовало 60 испитаника који су класификовани у две групе. На основу Скале за процењивање самоефикасности код хроничног бола (*Chronic Pain Self-Efficacy Scale, CPSS*) подељени су на оне који су проценили високу и ниску самоефикасност. Коришћене

су: Тампа скала за самопроцену кинезифобије (*The Tampa Scale*), скала за процену бола, беспомоћности, Роланд-Морисов упитник о инвалидности (*Roland-Morris questionnaire*), подскала за процену физичке активности, подскала за процену радне способности. Од практичних тестова рађена су три: тест за процену подизања укупног терета (*Temporal Summation Lifting Task*), тест за процену лумбалног опсега покрета и тест за процену флексибилности (*Multi-Directional Functional Reach Test MDFRT*).

Резултати су показали да је група са ниском самоефикасношћу имала краћи лумбални опсег кретања и мању постуралну стабилност, док истовремено је имала већи интензитета бола у тесту за процену подизања укупног терета, у поређењу са групом високе самоефикасности. Када је у питању група са ниском самоефикасношћу, анализом је утврђена корелација између страха од бола и теста за процену подизања укупног терета. Најјача корелација код групе са ниском самоефикасношћу јесте негативна веза између страха од бола и теста за процену флексибилности.

Арментраут Дејвид (Armentrout, 1979) је истраживао утицај хроничног бола на селф-концепт. У истраживању су учествовале три групе пацијената: хоспитализовани пацијенти, људи са хроничним болом у леђима и особе са мигреном. Циљ студије је био да се утврди: 1. Да ли се самоперцепција особа са хроничним болом разликује у зависности од обољења; 2. Да ли су ови утицаји, уколико постоје, ограничени само на перцепцију физичких атрибута и капацитета; 3. Да ли особе које пате од различитих врста хроничних болова имају различите обрасце самоперцепције. Било је 60 испитаника, из сваке групе по 20. Групу људи са лумбалним болним синдромом чине 19 мушкараца и 1 жена са просеком година 43.3. Коришћена је Тенеси скала за самопроцену (*Tennessee self-concept scale*) која садржи 10 подскала: самокритичност, оптимизам, самоидентитет, самозадовољство, опхођење према другима, физичка способност, моралност, породичност, друштвеност.

Анализом варијансе утврђене су статистички значајне разлике између средњих вредности ове три групе за 8 од 10 субскала. Када је у питању група са болним синдромом леђа, резултати су показали да у 8 од 10 субскала има ниже вредности у односу на друге две групе. Најниже оцене уочене су у подскалама – самоидентитет (ко сам ја?) и физичка способност (перцепција физичког изгледа, здравља и способности). Потврђена је

постављена хипотеза која се односи се на то да присуство хроничног бола смањује могућност нормалног функционисања због ограничења у кретању, па самим тим и доводи до негативног селф-концепта. Хипотеза која је постављена за субскалу о идентификацији себе је супротна од добијених резултата.

Рађено је истраживање на тему нарушене самоперцепције код људи са хроничним болом у леђима (Wand et al., 2016). Коришћен је упитник FreBAQ (*The Fremantle Back Awareness Questionnaire*) који је осмишљен конкретно за испитанике са хроничним болом у леђима. Тест се састоји од 9 питања и Ликертове скале од 5 ступњева. Поред тога коришћена је и батерија тестова (*Rasch model*), а за процену нивоа инвалидности Роланд-Морисов упитник (*Roland-Morris questionnaire*). У истраживању је учествовао 251 испитаник, старости од 18 до 70 година, који су имали хроничан бол у леђима дуже од 3 месеца.

Резултати су показали да виши ниво нарушене самоперцепције имају испитаници који су у батерији тестова имали лошије резултате, као и они који су имали виши степен инвалидности.

5. Предмет, задаци и циљ рада

Предмет овог рада је, пре свега, представљање лумбалног и цервикалног синдрома као болести савременог доба.

Циљ рада је да утврди разлике у специфичним доменима самоперцепције као и у општем самовредновању између жена са цервикалним и лумбалним болним синдромом.

Задаци рада:

- Одредити узорак испитаника и тестирати их
- Израчунати просечне вредности свих дванаест субскала за сваку испитаницу појединачно
- Израчунати просечне вредности целог узорка по субскалама

- Израчунати просечну вредност свих субскала за особе са цервикалним и лумбалним проблемом
- Израчунати да ли постоје статистички значајне разлике у самоперцепцији између жена са цервикалним и лумбалним синдромом у свим субскалама

6. Хипотезе истраживања

На основу предмета, задатка и циља истраживања, као и на основу увида у досадашња истраживања која су се бавила сличном проблематиком из ове области, дефинисане су следеће хипотезе:

1. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром у процени властите друштвености,
2. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када говоримо о њиховој процени сопствене пословне компетенције,
3. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када је у питању самопроцена брижности и неге других,
4. Не постоје статистички значајне разлике између жена са цервикалним и лумбалним синдромом у процени своје спортске компетенције,
5. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када је у питању самопроцена физичког изгледа,
6. Не постоје статистички значајне разлике између жена са цервикалним и лумбалним болним синдромом када говоримо о самопроцени привређивања за себе и друге,
7. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдромом када је у питању процена властите моралности,
8. Не постоје статистички значајне разлике између жена са цервикалним и лумбалним болним синдромом у самопроцени успешности у одржавању домаћинства,

9. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када говоримо о процени свог понашања у партнерским односима,
10. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални болни синдром када говоримо о процени властите интелигенције,
11. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални болни синдром када је у питању самопроцена смисла за хумор,
12. Не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални болни синдром када је говоримо о општем самовредновању.

7. Метод рада

Метод рада је истраживачки и дескриптиван (описан). За истраживање примењен је упитник *Профил самоперцепције за одрасле* чији су аутори Сузан Хартер и Бони Месер. Подаци су обрађени у статистичком програму СПСС. Обједињени су примарни и секундарни извори, домаћа и страна, стручна и научна литература, претрага интернет домена, консултације са професорима, лично искуство у раду са женама које имају конкретан проблем, као и знање стечено за време основних студија на Факултету спорта и физичког васпитања.

7.1 Узорак испитаника

У истраживању је учествовало 66 испитаника женског пола из Сремске Митровице. Најмлађа испитаница имала је 21 годину, док је најстарија имала 58 (просек година 38,09).

Табела 1. Узорак испитаника

	N	Минимум	Максимум	Просек
Године живота	66	21	58	38.09

Од укупног броја, 30 испитаница је имало цервикални болни синдром, док је 36 имало лумбални болни синдром. Све жене су физички активне, тренутно или су биле у некој ближој прошлости. Њихов тренажни програм је углавном био за рехабилитацију кичме и за подизање општег нивоа кондиције.

Слика 2. Приказ односа цервикалног и лумбалног болног синдрома



7.2 Мерни инструмент

Као што је већ наведено, у истраживању коришћен је упитник за испитивање самоопажања (самоперцепције) одраслих особа из 2012. године (*The Self-Perception Profile for Adults*), чије су ауторке Бони Месер (Bonnie Messer) и Сузан Хартер (Susan Harter). Ова скала састоји се од 50 питања која су груписана у специфичне домене који су раније наведени и објашњени.

7.3 Метод обраде података

За обраду података коришћен је статистички програм СПСС. Прво су одређени дескриптивни параметри, односно одређена је аритметичка средина свих дванаест субскала за сваког испитаника појединачно, затим је израчуната просечна оцена (Mean) свих испитаника за сваку субскалу, као и стандардна девијација. Након тога рађен је Т-тест за независне узорке.

8. Резултати

На узорку од 66 испитаница, у Табели 2 приказани су основни дескриптивни параметри аритметичка средина (АС) и стандардна девијација (СД).

Табела 2. Резултати дескриптивних параметара

Врсте субскала	АС	СД
Друштвеност	3.0568	0.60732
Пословна компетенција	3.1553	0.66761
Брижност	2.9697	0.59890
Спортска компетенција	2.3864	0.73535
Физички изглед	2.7500	0.74292
Привређивање	2.9848	0.69736
Моралност	3.2197	0.60050
Домаћинство	2.7348	0.84907
Партнерски односи	3.0038	0.53975
Интелигенција	3.2083	0.53991
Смисао за хумор	3.2348	0.62922
Опште самовредновање	3.1667	0.56538

Одступања у аритметичкој средини између субскала је у границама нормале, тј нема већих одступања. Резултати показују да су испитанице највишим оценама себе

оцениле кад су у питању субскеале смисао за хумор (3.23), моралност (3.21) и интелигенција (3.20), а најнижим оценама су оцениле спортску компетенцију (2.38), домаћинство (2.73) и физички изглед (2.75).

Затим је урађен Т-тест за независне узорке где је утврђено да ли постоје статистички значајне разлике између испитаница са цервикалним и лумбалним болним синдромом у процени ових дванаест домена. Резултати Т-теста су приказани у табели 3.

Табела 3. Резултати Т-теста за независне узорке

Врсте субскеала	<i>t</i>	<i>p</i>
Друштвеност	0.831	0.409
Пословна компетенција	-0.058	0.954
Брижност	0.579	0.565
Спортска компетенција	0.303	0.763
Физички изглед	0.165	0.869
Привређивање	0.424	0.673
Моралност	0.372	0.711
Домаћинство	0.204	0.839
Партнерски односи	1.689	0.096
Интелигенција	-0.341	0.734
Смисао за хумор	0.470	0.640
Опште самовредновање	0.435	0.665

Тест је показао да не постоје статистички значајне разлике ни за једну скалу, у самопроцени жена које имају цервикални или лумбални синдром. Међутим, у наредној табели можемо видети да постоји разлика у којој мери се проблем испитаница одражава на виђење њих самих у различитим доменима.

Табела 4. Разлике у самоперцепији између испитаница са цервикалним и лумбалним болним синдромом

Врсте субскала	Дијагноза	АС	С
Друштвеност	Цервикални синдром	3.125	0.715
	Лумбални синдром	3.000	0.503
Пословна компетенција	Цервикални синдром	3.150	0.671
	Лумбални синдром	3.159	0.673
Брижност	Цервикални синдром	3.016	0.545
	Лумбални синдром	2.930	0.645
Спортска компетенција	Цервикални синдром	2.416	0.749
	Лумбални синдром	2.361	0.733
Физички изглед	Цервикални синдром	2.766	0.798
	Лумбални синдром	2.736	0.704
Привређивање	Цервикални синдром	3.025	0.689
	Лумбални синдром	2.951	0.711
Моралност	Цервикални синдром	3.250	0.636
	Лумбални синдром	3.194	0.576
Домаћинство	Цервикални синдром	2.758	0.831
	Лумбални синдром	2.715	0.874
Партнерски односи	Цервикални синдром	3.125	0.552
	Лумбални синдром	2.902	0.515
Интелигенција	Цервикални синдром	3.183	0.632
	Лумбални синдром	3.229	0.456
Смисао за хумор	Цервикални синдром	3.275	0.634
	Лумбални синдром	3.201	0.631
Опште самовредновање	Цервикални синдром	3.200	0.643
	Лумбални синдром	3.138	0.498

Иако не постоје статистички значајне разлике, можемо закључити да испитанице које имају цервикални болни синдром вишим скоровим процењују своју друштвеност у

односу на испитанице са лумбалним болним синдромом. Када је у питању пословна компетенција, боље се самопроцењују жене са лумбалним болним синдромом, али је та разлика још мања него код претходног домена. У доменима: брижност, спортска компетенција, физички изглед, привређивање, моралност, домаћинство, партнерски односи, смисао за хумор и опште самовредновање испитанице са цервикалним болним синдромом себе су боље оцениле него група са лумбалним болним синдромом, а само код интелигенције је обрнут случај.

9. Дискусија

Према резултатима истраживања, можемо закључити да је потврђена прва хипотеза, а то је да - не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром у друштвености.

Друга хипотеза - не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када говоримо о пословној компетенцији, такође је потврђена.

Потврђена је и хипотеза која каже да не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када је у питању брижност.

Статистички значајне разлике између жена са цервикалним и лумбалним синдромом у спортској компетенцији такође нема..

Доказана је и хипотеза која каже да не постоје статистички значајне разлике између жена које имају цервикални и лумбални синдром када је у питању физички изглед.

Потврђене су и хипотезе које кажу да не постоје статистички значајне разлике између жена са цервикалним и лумбалним болним синдромом када говоримо о привређивању, моралности, домаћинству.

Када говоримо о хипотези везаној за партнерске односе, такође је потврђена, али је уочљиво то да је у овом домену у односу на остале домене, највећа разлика између испитаница са лумбалним и цервикалним болним синдромом у самопроцени.

Интелигенција, смисао за хумор и опште самовредновање су домени у којима су испитанице оба синдрома имале највише скорове. Хипотезе за ове домене су такође потврђене.

Оно што је уочљиво је да је просечна оцена свих испитаница најнижа када је у питању самопроцена физичке компетентности. Истраживање утицаја хроничног бола на селф-концепт које је радио Арментраут Дејвид (1979) такође је дало сличне резултате, односно његови испитаници су најлошије самовредновали физичку способност.

Уколико се осврнемо на рад Ла Туше-а (La Tousche et al. 2019) видећемо да су резултати његових истраживања истакли негативну везу између страха од бола и теста за процену флексибилности

9.1 Ограничење студије

Ограничење овог истраживања је свакако број испитаника који износи 66, што је релативно мали узорак. Такође, истраживање није укључивало поделу испитаница у групе по степену обољења и ограничености кретања. С обзиром да су тестиране жене везане за студио за рехабилитацију у којем радим, могла бих рећи да су у питању лакши степени обољења, односно степени који успешно могу да се лече и одржавају конзервативним методама лечења.

10. Закључак

Могло би се рећи да је данашњи начин живота организован тако да је најнеповољнији за кичму, која је стуб нашег организма, а без доброг стуба и потпоре – нема ни доброг функционисања нас самих. Радно време које је осам, неретко десет, дванаест или више сати, често у седећем или стојећем положају, са истим покретима који се понављају више десетина пута, је нешто за шта наш организам није „направљен“.

Из наведених чињеница можемо рећи да проблем са кичмом, односно цервикалним и лумбалним болним синдромом достиже епидемиолошке размере, баш из разлога што се већина људи због начина живота, бар једном сусретне са болом у леђима. Неопходна је њена свакодневна хигијена у виду вежбања, заштитиних положаја, коригованих покрета.

Оно што је најтеже, када говоримо о овим синдромима, јесте да се у највећем броју случајева не могу излечити. То значи да би требало да се много више пажње посвети превенцији. Нажалост, свест људи о значају очувања кичме није довољно развијена. Када се проблем већ развије, преостаје нам да се трудимо, најчешће до краја живота, да држимо обољење „под контролом“, што значи двадесетчетворочасовну бригу.

„Водити рачуна о кичми, значи водити рачуна о целом телу.“

11. Литература

1. Abbed, K., & Coumans, J., (2007). *Cervical radiculopathy: Pathophysiology, presentation, and clinical evaluation*. Neurosurgery (pp. 28–34).
2. Abrams, D., Hogg, M., (1988). *Comments on the motivational status of self-esteem in social identity and intergroup discrimination*. European journal of Social Psychology vol. 18 (pp. 317-334).
3. Armano, Lj., i Kurtović, B., (2012). *Psihološki aspekti lumbalnog bolnog sindroma*, Sestrinski glasnik/Nursing Journal vol. 17, (str 178–187).
4. Armentrout, D., (1979). *The impact of chronic pain on the self-concept*. Journal of Clinical Psychology.
5. Baumeister, R., (1999). *The Self in Social Psychology*. Key readings in social psychology.
6. Björck-van Dijken, C., Fjellman-Wiklund, A., & Hildingsson, C., (2018), *Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population based study*. J Rehabil Med 40: (pp. 864–869).
7. Carver, C., & Scheier, M., (2002). *The Hopeful Optimist*. Psychological Inquiry vol. 13, No. 4 (pp. 288-290).
8. DePalma, A., & Rothman, R., (1970). *The Intervertebral Disc*. Philadelphia: WB Saunders
9. Grazio, S., Buljan, D., (2009). *Križobolja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
10. Grazio, S., Ćurković, T., Vlak, T., Bašić-Kes, V., Jelić, M., Buljan, D., Gnjidić, Z., Nemčić, T., Grubišić, F., Borić, I., Kauzalarčić, N., Mustapić, M., Demarin, V. (2012). *Dijagnostika i konzervativno liječenje križobolje: pregled i smjernice Hrvatskog vertebrološkog društva*. Acta Medica Croatica, 66 (4), (str. 259-294).
11. Higgins, G., (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past*. Jossey-Bass.
12. Hodžić, R., Pirić, N., (2019), *Akutni lumbalni bolni sindrom*. Priručnik kontinuirane medicinske edukacije (str. 61-70).
13. La Touche, R., Grande-Alonso, M., Arnés-Prieto, & P., Paris-Aleman, A., (2019), *How Does Self-Efficacy Influence Pain Perception, Postural Stability and Range of Motion in Individuals with Chronic Low Back Pain?* Pain Physician 22:E1-E13.

14. Myers, T., (2009). *Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review*. Journal of Abnormal Psychology, 118(4), (pp. 683–698).
15. O’Sullivan, P. B. (2005). *Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism*. Manual Therapy, 10(4), (pp. 242–255).
16. O’Sullivan, P. B. and Beales, D. J. (2007). *Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders-Part 1: A mechanism based approach within a biopsychosocial framework*. Manual Therapy, 12(2), (pp. 86–97).
17. Pećina, M.,(1992). *Sindromi prenaprezanja sustava za kretanje*. Zagreb: Globus, nakladni Zavod.
18. Puschmann, A., Drießlein, D., Beck, H., Arampatzis, A., Catalá, M., Schiltewolf, M., Mayer, F., & Wippert, P., (2020), *Stress and Self-Efficacy as Long-Term Predictors for Chronic Low Back Pain: A Prospective Longitudinal Study*. Journal of Pain Research 2020:13.
19. Rochat, P., (2009). *Others in mind: Social origins of self-consciousness*. Cambridge University Press.
20. Rogers, C., (1959). *The essence of psychotherapy:A client-centered view*. Annals of Psychotherapy, 1, (pp. 51–57).
21. Salzberg, L., Manusov, G., (2003). *Management Options for patients with chronic Back pain Without an etiology*. Health Services Insights (pp. 6–33).
22. Sluijter, M., & Koetsveld-Baart, C., (1980). *Interruption of pain pathways in the treatment of the cervical syndrome*. Anaesthesia.Vol 35 (pp. 302-307).
23. Smith, J., & Osborn, M., (2007), *Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain*. Psychology and Health Jul; 22(5): 517–53.
24. Tesser, A., (1988). *Toward a Self-Evaluation Maintenance Model of Social Behavior*. Advances in Experimental Social Psychology. vol 21, (pp. 181-227).
25. Tešanović, J., (2012). *Lokus kontrole i koping strategije kod žena sa cervikalnim sindromom*. Godišnjak za psihologiju Vol. 9, No 11, 2012 (str. 43–56).

26. Turner, R., & Crisp, R., (2010). *Imagining intergroup contact reduces implicit prejudice*. British Journal of Social Psychology.
27. Vodanović, M., i Grgurev, I.(2007). *Profesionalne bolesti stomatologa: sindrom bolnog vrata i sindrom bolnih križa*. Hrvatski stomatološki vjesnik. 14(4) (str.57-60).
28. Vukas, D., Bajek, G., Ledić, D., Houra, D., Eškinja, N., Stanković, B., Giroto, D., Šimić, H., Gavranić, A., Kolbah, B., Kolić, Z., (2012). *Bolni sindrom leđa*. Medicina fluminensis, Vol. 48, No. 3, (str. 285-289).
29. Walker, B., & Williamson, O., (2009). *Mechanical or inflammatory low back pain. What are the potential signs and symptoms?* Manual Therapy 14 (str. 314-320).
30. Wand, B., Catley, M., Rabey, M., O'Sullivan, P., O'Connell, N., & Smithz, A., (2016). *Disrupted Self-Perception in People With Chronic Low Back Pain. Further Evaluation of the Fremantle Back Awareness Questionnaire*. The Journal of Pain, Vol 17, No 9, (pp. 1001-1012).
31. Waters, S., Keefe, F., & Strauman, T., (2004), *Self-Discrepancy in Chronic Low Back Pain: Relation to Pain, Depression, and Psychological Distress*. Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 27 No. 3.
32. Woods, B., & Hilibrand, A., (2015). *Cervical radiculopathy*. J Spinal Disord Tech.