

## **Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Οσφυαλγία**

**Π. Σαράφης<sup>1</sup>, Μ. Αρβανίτη<sup>2</sup>, Ε. Ξένου<sup>1</sup>, Κ. Μήτσιου<sup>1</sup>, Β. Ρόκα<sup>1</sup>, Κ. Γαϊτάνου<sup>1</sup>, Δ. Δάλλας<sup>3</sup>, Μ. Μαλλιάρου<sup>4</sup>**

1. Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
2. "Θριάσειο" Γενικό Νοσοκομείο
3. 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
4. 492 ΓΣΝ Αλεξανδρούπολης

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται η σχέση μεταξύ αγχώδους συνδρομής, κατάθλιψης και έντασης του πόνου σε ασθενείς με οσφυαλγία.

**Σχεδιασμός/επιστημονικό υπόβαθρο:** Στην Ελλάδα, παρά τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού μείζονος κατάθλιψης και άγχους που παρατηρούνται σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, δεν υπάρχει καμία συστηματική προσπάθεια διερεύνησης του ζητήματος αυτού.

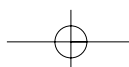
**Μέθοδοι:** Στην παρούσα περιγραφική μελέτη συσχέτισης παρουσιάζονται τα πρώτα αποτελέσματα σαράντα (40) ασθενών με χρόνια οσφυαλγία που νοσηλεύτηκαν σε Νευροχειρουργική κλινική Γενικού Νοσοκομείου του νομού Αττικής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ατομικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας μία συντόμευση του ερωτηματολογίου McGill για τα δημογραφικά στοιχεία και τα δεδομένα που σχετίζονται με τον πόνο, την τροποποιημένη αναλογική κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη και την αναλογική κλίμακα Hamilton για το άγχος.

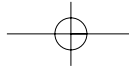
**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 40 ασθενείς, 16 άνδρες και 24 γυναίκες με οσφυαλγία. Το μέσο επίπεδο κατάθλιψης σε μία κλίμακα έντασης 3-40 ήταν 15,15 (SD=10,13), οπότε η κατάθλιψη θεωρείται ήπια. Το μέσο επίπεδο άγχους σε μία κλίμακα έντασης 2-26 αξιολογήθηκε στο 7,40 (SD=6,52), το οποίο είναι μικρότερο από εκείνο που αντιστοιχεί στο μέτριο άγχος. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης της κατάθλιψης, του άγχους και του πόνου.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η ένταση του πόνου σχετίζεται θετικά με τη νεαρή ηλικία και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, η διάρκεια του πόνου σχετίζεται θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ως εκ τούτου εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης. Επίσης, ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από κατάθλιψη. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του πόνου, τόσο η έντασή του αποδίδεται ως σοβαρότερη. Σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν πιο κοινά σε αγχώδεις ασθενείς.

**Ενδιαφέρον για την κλινική πράξη:** Αξιολογούνται οι ασθενείς με οσφυαλγία προκειμένου να τεθεί μία βάση αποκάλυψης των υφιστάμενων ψυχολογικών προβλημάτων και έτσι να επιλεγεί η κατάλληλη κάθε φορά παρέμβαση και να αξιολογηθεί η ανταπόκριση του ασθενούς στην θεραπευτική αντιμετώπιση.

**Λέξεις κλειδιά:** άγχος, επείγουσα φροντίδα, κατάθλιψη, νοσηλευτική φροντίδα, οσφυαλγία.





## επιστημονικά άρθρα

### I. Εισαγωγή

Η οσφυαλγία αποτελεί έναν από τους συχνότερους λόγους αναζήτησης ιατρικής βοήθειας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κατά τη διάρκεια ενός έτους περί το 7% του ενήλικου πληθυσμού στη Μεγάλη Βρετανία αναζητά ιατρική βοήθεια εξαιτίας του προβλήματος της οσφυαλγίας (Wynne, et. al., 2008, Royal College of General Practitioners and Office of Population Censuses and Surveys, 1995). Αντίστοιχα, στο Χονγκ-Κόνγκ αποτελεί ένα συνηθισμένο πρόβλημα υγείας (Mok, Lee, 2008).

Επιπρόσθετα, στις ΗΠΑ, έχει αναφερθεί απώλεια 149 εκατομμυρίων εργάσιμων ημερών ετησίως εξαιτίας της οσφυαλγίας (Wynne, et. al., 2008, Guo, et. al., 1999). Ομοίως, στην Ελλάδα σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Beltsios, et. al., 1990) το 10% του πληθυσμού, έχει επισκεφτεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή Ορθοπεδικές κλινικές και τμήματα Φυσιοθεραπείας των νοσοκομείων, τουλάχιστον μία φορά, με οσφυαλγία. Κατά το χρονικό διάστημα 1986-87, υπολογίστηκε ότι το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων και δοκιμασιών σε εξωτερικούς ασθενείς ήταν μεγαλύτερο από 5.000 δρχ ανά περίπτωση οσφυαλγίας χωρίς να ληφθούν υπόψη τα λειτουργικά έξοδα των κλινικών (Beltsios, et. al., 1990). Αυτό το ποσό έχει αυξηθεί χαρακτηριστικά με την πάροδο του χρόνου. Εντούτοις υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που καταδεικνύουν ότι περίπου 12% των Ελλήνων έχει διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια μορφή οσφυαλγίας (Beltsios, et. al., 1990).

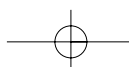
Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε ότι αφορά στις δημογραφικές παραμέτρους (ηλικία, απασχόληση, τόπος κατοικίας) σε σχέση με τη νόσο. Η ηλικία συσχετίζεται θετικά με τον χρόνιο πόνο (Anderson, 1999) και τη μακροχρόνια ανικανότητα σε ασθενείς με οσφυαλγία (Clauw, et. al., 1999). Και τα δύο φύλα είναι περισσότερο ευπρόσβλητα να εμφανίσουν οσφυαλγία κατά την 4η δεκαετία της ζωής τους (Beltsios, et. al., 1990). Παρόλο που ο επιπολασμός φαίνεται να είναι ελαφρώς μεγαλύτερος στους νέους άνδρες και τις γυναίκες με οικιακή απασχόληση, οι άνδρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής της νόσου (Anderson, 1999) γεγονός που πιθανώς οφείλεται στις περισσότερες, από φυσικής πλευράς, απαιτήσεις των ανδρικών επαγγελματιών (Mok, Lee, 2008). Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι σωματικές απαιτήσεις της εργασίας συνδέονται με την οσφυαλγία. Ως παράδειγμα μπορούν να αναφερθούν: κάμψη και περιστροφή του κορμού, άρση βαρών, υπερβολικά φορτία, απότομες μετακινήσεις, ο χειρισμός βαρέως κινούμενου εξοπλισμού, η έκθεση σε δονήσεις και περιστροφικές κινήσεις (Hoogendoorn, et. al., 2000, Jayson, 2001, Wing, 2001, Yip, 2004). Παράλληλα, η εκπαίδευση, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η ανεργία αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες σχετικά με την εμφάνιση οσφυαλγίας, τη διάρκεια και την υποτροπή, παρόλο που δεν περιγράφεται καθαρά στην υφιστάμενη βιβλιογραφία ο τρόπος και ο βαθμός επίδρασής τους (Dionne, et. al., 2001). Άλλα βιβλιογραφικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι τέτοια κοινωνικά χαρακτηριστικά είναι πολύ πιθανό να συνδέονται στενά με ψυχολογικές παραμέ-

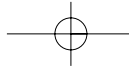
τρους, λειτουργώντας ταυτόχρονα και ως αιτίες αλλά και ως παράγοντες που συντηρούν τα υφιστάμενα ψυχολογικά προβλήματα (Keeley, et. al., 2008). Επομένως, ένα σύνολο παραγόντων επιδρούν στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών. Επιπρόσθετα, ο πόνος έχει σοβαρές κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις που δεν περιορίζονται στον ασθενή, αλλά επηρεάζουν όλα τα μέλη της οικογένειάς του και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να αγνοηθούν.

Κατά τη διάγνωση ασθενών με πόνο υπάρχουν δύο ξεχωριστοί αλλά αλληλένδετοι στόχοι. Αρχικός στόχος, είναι η διαχείριση του ίδιου του πόνου με την αξιολόγηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται σε αυτόν, προκειμένου να επιλεγεί το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα. Είναι γνωστό ότι οι νευρο-ενδοκρινολογικές αλλαγές που υφίστανται σε κάποιες ηλικιακές ομάδες ενισχύουν την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου στους ασθενείς, όπως επίσης και την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Συγκεκριμένα, έχει προσδιοριστεί ότι διαταραχές στην παραγωγή συγκεκριμένων αμινών του ΚΝΣ (Κεντρικού Νευρικού Συστήματος), συμπεριλαμβανομένων της σεροτονίνης και της νορ-επινεφρίνης, συνδέονται με διαταραχές του συναισθήματος, ενώ ταυτόχρονα είναι γνωστό ότι επιδρούν στην αντίληψη και αντιμετώπιση του άγχους (Atkinson, et. al., 1988). Παρόλα αυτά είναι ενδιαφέρον να σχολιαστεί το ότι μεταξύ των ατόμων που διαγνώστηκαν με οσφυαλγία, μόνο το 4% ανέφερε νευρολογικά συμπτώματα (Beltsios, et. al., 1990).

Ο δεύτερος στόχος είναι η ολιστική προσέγγιση της κατάστασης του ασθενούς, ως ένα άτομο πάσχων με μοναδικό ιστορικό. Ο πόνος είναι υποκειμενικός και η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι πάσχοντες από οσφυαλγία που αναζητούν ιατρική παρέμβαση αντιλαμβάνονται πιο έντονα τον πόνο από εκείνους που δεν αναζητούν την ιατρική παρέμβαση (Carey, et. al., 1996). Επιπλέον, η αντιμετώπιση του πόνου φαίνεται να αποτελεί την κύρια ανησυχία των ασθενών με οσφυαλγία και κυρίως των ασθενών που εισάγονται για πρώτη φορά σε νοσοκομείο (Katz, 1998). Επομένως, θα πρέπει να εξεταστεί η υποκειμενικότητα του ασθενούς στην αντίληψη του πόνου, σε σχέση με το πώς μπορεί να επηρεαστεί από την ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου, αλλά επίσης και τον τρόπο που μπορεί να επιδράσει στην ένταση του πόνου και την αντιμετώπισή του. Εντούτοις, πρέπει πάντα να γίνεται προσπάθεια κατανόησης του τρόπου με τον οποίο, η μια διάγνωση επηρεάζει την άλλη, χωρίς όμως να αγνοούνται οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που προκαλούν πόνο. Είναι γεγονός ότι μόνο λίγες προγενέστερες ερευνητικές εργασίες έχουν εστιάσει στη διερεύνηση του κομβικού αυτού σημείου του πόνου και των συνδεόμενων με αυτόν παραγόντων.

Στην παρούσα έρευνα, μελετάται η οσφυαλγία προκειμένου να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο ο πόνος επιδρά στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και ιδιαίτερα σε ότι αφορά στο άγχος και την κατάθλιψη. Μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος και η κατάθλιψη συν-





## επιστημονικά άρθρα

δέονται με την εμφάνιση οσφυαλγίας (Anderson, 1999, McCracken, Gross, 1998) και ότι άνθρωποι με οσφυαλγία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν άγχος και καταθλιπτικές διαταραχές (Polatin, et. al., 1993). Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη και οι φοβίες είναι προγνωστικοί παράγοντες για ανικανότητα, απουσιασμό από την εργασία και χρήση των υπηρεσιών υγείας (Sullivan, et. al., 2003, 2005, 2006, Smith, et. al., 2004, Boersman, Linton, 2005, Carragee, et. al., 2005) παρόλο που η ισχύς της προγνωστικής τους δυνατότητας εξαρτάται από τη χρονιότητα του πόνου (Boersma, Linton, 2005, 2006). Επίσης, η κατάθλιψη και το άγχος κάνουν τον ασθενή πιο ευαίσθητο ως προς την αντίληψη των οργανικών του προβλημάτων και ενίοτε ο πόνος είναι μόνο μία επικάλυψη κατάθλιψης ή αγχώδους συνδρομής (Keefe, et. al., 1988, Magni, et. al., 1988).

Παράλληλα, παρά το μεγάλο ποσοστό κατάθλιψης και άγχους που παρατηρήθηκε σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, πιστεύουμε ότι αυτή η συσχέτιση έχει σπανίως μελετηθεί στην Ελλάδα και ως εκ τούτου δεν έχει διερευ-

νηθεί επαρκώς. Αυτό το έλλειμμα γνώσης είναι αποτέλεσμα της τάσης που έχουν οι ερευνητές θεμάτων υγείας να εξετάζουν περισσότερο τα επιδημιολογικά και βιομετρικά χαρακτηριστικά του πόνου, παρά τις γνωστικές και ψυχολογικές διαστάσεις και συνέπειες. Έτσι, αυτή η μελέτη στοχεύει να καλύψει το έλλειμμα γνώσης με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεωρία για τον πόνο.

Επιπλέον, με την πραγματοποίηση μίας μελέτης μικρής κλίμακας στοχεύουμε στο να διερευνήσουμε τις σχέσεις της οσφυαλγίας, του άγχους και της κατάθλιψης. Μία, σε βάθος γνώση του θέματος θα μπορούσε να υποστηρίξει τις προσπάθειες ανάπτυξης προγραμμάτων που στοχεύουν στην προστασία, τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, είναι προφανές ότι θεωρητικές και ερευνητικές προσπάθειες που σκοπεύουν στην αύξηση της γνώσης σχετικά με τον πόνο και τις ψυχολογικές του διαστάσεις φαίνεται να εκτιμούνται και να ενθαρρύνονται. Αυτές οι πληροφορίες είναι ουσιαστικές για την ολιστική προσέγγιση που επιδιώκεται από τη σύγχρονη νοσηλευτική.

## 2. Υλικό & Μέθοδοι

### 2.1 Η μελέτη:

Η ερευνητική αυτή μελέτη αντιπροσωπεύει ένα συνδυασμό ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. Μία περιγραφική συσχέτιση διευκολύνει την εξέταση της ερευνητικής πρότασης, την περιγραφή των μεταβλητών των παραγόντων που τροποποιούνται, δηλαδή οσφυαλγίας, κατάθλιψης και άγχους, καθώς και την περιγραφή της συσχέτισης μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Οι ασθενείς που αποτελούν τον πληθυσμό της έρευνας νοσηλεύτηκαν στο Νευροχειρουργικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας. Αυτό το τμήμα επιλέχθηκε γιατί εκεί παρέχεται θεραπευτική αγωγή και νοσηλεία σε μεγάλο αριθμό πασχόντων από οσφυαλγία. Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο του Νοσοκομείου. Τα δεδομένα που αφορούσαν κλινήρεις ασθενείς συλλέχτηκαν εντός του θαλάμου νοσηλείας.

### 2.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Η Χρόνια Οσφυαλγία είναι ο πόνος που ανεξαρτήτως αιτιολογίας εντοπίζεται στην οσφυϊκή ή ιερά μοίρα της σπονδυλικής στήλης και διαρκεί έξι μήνες ή περισσότερο.

Ως κατάθλιψη, ορίζεται το σύνθετο πρόβλημα υγείας (σύμπτωμα, σύνδρομο ή νόσος) που συνδέεται με τη χρόνια οσφυαλγία και με την παρουσία κυρίαρχης χαμηλής διάθεσης και επιπρόσθετων γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων.

Ως άγχος, ορίζεται η υπέρμετρη αγωνία και ανησυχία, η οποία προκαλείται από χρόνια οσφυαλγία και συνοδεύεται από γνωστική, συναισθηματική και σωματική διαταραχή. Η μελέτη αυτή ασχολείται περισσότερο με την ύπαρξη παρά με την διαχείριση του άγχους. Το άγχος προσδιορίζεται λειτουργικά με την Κλίμακα Εκτίμησης του Hamilton (HARS, Hamilton, 1959).

### 2.3 Επιλογή πληθυσμού μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από σαράντα ασθενείς πάσχοντες από οσφυαλγία που νοσηλεύτηκαν στο Νευροχειρουργικό τμήμα του προαναφερθέντος Γενικού Νοσοκομείου, από το Δεκέμβριο του 2006 έως το Δεκέμβριο του 2007. Ο πληθυσμός επιλέχθηκε με δεδομένη δειγματοληπτική μέθοδο. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη χρήση συγκεκριμένων κριτηρίων επιλογής και αποκλεισμού, τα οποία περιγράφονται στο θεωρητικό και ερευνητικό απολογισμό (Krishnan, et. al., 1985, Atkinson, et. al., 1988, Weickgenant, et. al., 1993).

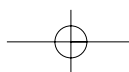
#### Κριτήρια Επιλογής

1. Ηλικία ασθενούς: 35 και 65 ετών,
2. Φύλο ασθενούς,
3. Εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα,
4. Νοσηλεία με διάγνωση εισόδου την χρόνια οσφυαλγία,
5. Δυνατότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα,
6. Ο ασθενής να αισθάνεται πόνο σε καθημερινή βάση κατά τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο.

#### Κριτήρια Αποκλεισμού

##### Ο ασθενής:

1. να έχει συνυπάρχουσα σημαντική νόσο (π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη),
2. να υποφέρει από συνυπάρχοντα ορθοπεδικά προβλήματα ή να εμφανίζει άλλου είδους πόνο,
3. να έχει εγκεφαλική ή ψυχιατρική διαταραχή σύμφωνα με τη Διεθνή Κατάταξη Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV),
4. να έχει υποβληθεί σε μεγάλη χειρουργική παρέμβαση κατά το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών,
5. να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση κατάθλιψης ή άλλων νοητικών διαταραχών,



## επιστημονικά άρθρα

6. να υποφέρει από κατάργηση των αντανακλαστικών και μυϊκή ατροφία.

### 2.4 Η συλλογή των δεδομένων

#### 2.4.1 Εργαλεία μελέτης

Δεδομένου ότι το άλγος είναι δύσκολο να αξιολογηθεί, υπάρχουν πολλές διαφορετικές απόψεις ως προς την πιο δόκιμη προσέγγιση. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι να αξιολογηθεί ο πόνος, αλλά δεν υπάρχει ακόμα καμία αμιγώς αντικειμενική παθοφυσιολογική μέθοδος, η οποία να μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Για τους λόγους αυτούς, οι επαγγελματίες υγείας συχνά συνδυάζουν διαφορετικές διαγνωστικές μεθόδους προκειμένου να δώσουν μία κατά προσέγγιση εκτίμηση του πόνου. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα εργαλεία:

i) Εργαλείο για κοινωνικο-δημογραφικά και σχετικά με τον πόνο δεδομένα: Περιλαμβάνει 12 στοιχεία και κατασκευάστηκε προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες για την κοινωνικο-δημογραφική κατάσταση των ασθενών, όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασία, κατοικία και οικογενειακή κατάσταση (ερωτήσεις 1-6) και στοιχεία σχετικά με τον πόνο (ερωτήσεις 7-12).

ii) Σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill (SF-MPQ): Τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της χρόνιας οσφυαλγίας εκτιμώνται με τις ερωτήσεις 1-12 του εργαλείου για κοινωνικο-δημογραφικά και σχετικά με τον πόνο δεδομένα, όπως επίσης και με την σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill. Αυτό παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις αισθητικές, συναισθηματικές και αξιολογικές διαστάσεις της εμπειρίας του πόνου και δίνει τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ διαφόρων τύπων προβλημάτων (Melzack, 1987).

iii) Τροποποιημένη Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton: η κατάθλιψη μετράται με την Τροποποιημένη Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton (MHRSRD, Miller, et al., 1984). Τα 17 στοιχεία της κλίμακας χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθεί η βαρύτητα των συμπτω-

μάτων κατάθλιψης και παρέχουν έναν πολύτιμο οδηγό της πρόοδου των ασθενών με την πάροδο του χρόνου (Hamilton, 1960). Τα στοιχεία βαθμολογούνται με 0 έως 4 και σε γενικές γραμμές, όσο μεγαλύτερο είναι το σύνολο της βαθμολογίας, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός της κατάθλιψης. Οι ερωτήσεις συνδέονται με συμπτώματα όπως τα συναισθήματα έντονης διάθεσης του ασθενούς, αυτοκτονικές σκέψεις, διαταραγμένος ύπνος, αυξημένη ανησυχία και απώλεια βάρους (J. Rymaszewska, et al., 2008, Kramlingler, et al., 1983, Kraus, et al., 1994) και

iv) Κλίμακα Αξιολόγησης Άγχους Hamilton (HRSA): Πρόκειται για μία πρωτοπόρο αξιολογική κλίμακα που εφαρμόστηκε για να μετρηθεί η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του άγχους (Hamilton, 1959). Η κλίμακα συμπεριλαμβάνει 13 συμπτώματα σχετικά με διαθέσεις ανησυχίας, ένταση και φόβο, αϋπνία, γνωστικές αλλαγές, κατάθλιψη και σωματικά γενικευμένα συμπτώματα από το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το γεννητικό, το ουροποιητικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Κάθε στοιχείο εκτιμάται σε μία κλίμακα 5 σημείων. Η μέτρηση του άγχους είναι το άθροισμα των σημείων σε κάθε στοιχείο. Οι πέντε συνολικές βαθμολογίες αντιστοιχούν σε καμία (0), ήπια (1), μέτρια (2), σοβαρή (3) και πολύ σοβαρή (4) διαταραχή. Πρόκειται για μία ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα και ένα αποδεκτό εργαλείο μέτρησης κατά τις κλινικές δοκιμές (J. Rymaszewska, et al., 2008, Kramlingler et al., 1983, Kraus et al., 1994).

#### 2.4.2 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η ομάδα των ερευνητών υπέβαλλε το ερευνητικό πρωτόκολλο στην επιτροπή έρευνας, ηθικής και δεοντολογίας του νοσοκομείου προς έγκριση. Αφού εξασφαλίστηκε η άδεια διεξαγωγής της ερευνητικής δραστηριότητας προσεγγίστηκε το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό του Νευροχειρουργικού τμήματος. Επίσης, εξασφαλίστηκε γραπτή και προφορική συναίνεση από τους ασθενείς.

## 3. Αποτελέσματα

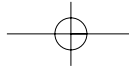
### Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης:

Από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη 60% ήταν γυναίκες και 40% ήταν άνδρες. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 35 και 65 ετών. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 50,40 έτη (SD=11,65). Η πλειονότητα των συμμετεχόν-

των ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 60-65. Η συχνότητα κατανομής και τα ποσοστά των ασθενών περιγράφονται αναλόγως της οικογενειακής τους κατάστασης και του τύπου κατοικίας, στον πίνακα Ι.

**Πίνακας 1: Συχνότητα κατανομής και ποσοστά των συμμετεχόντων αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης και του τύπου διαμονής**

	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
	v	%	v	%	
Παντρεμένος/η	34	85	προάστιο	18	45
Ανύπανδρος/η	4	10	Αστική περιοχή	22	55
Χήρος/α	2	5			
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100</b>



## επιστημονικά άρθρα

Σε ό,τι αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, οι περισσότεροι από αυτούς είχαν λάβει τη βασική εκπαίδευση ενώ ένα μικρό ποσοστό ήταν ανώτερου ή ανώτατου μορφωτικού επιπέδου. Σε σχέση με την εργασία, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν τεχνικοί και εργάτες εργοστασίων (35%) ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν διάφορα επαγγέλματα όπως αγρότες (10%), έμποροι και πωλητές (10%), υπάλληλοι (10%) και επιστήμονες (5%). Έξι γυναίκες (15%) δήλωσαν τα οικιακά ως τη βασική τους απασχόληση.

ματολογίου βρέθηκε να είναι 6,85 (SD=1,81) και κυμάνθηκε από το 5 στο 11. Οι περισσότεροι ασθενείς περιέγραψαν τον πόνο τους σαν πυροβολισμό, κούραση- εξάντληση, οξύ, περιοριστικό και σοβαρό. Αντιθέτως, μόνο λίγοι ασθενείς απέδωσαν στον πόνο τους ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως οδύνη, αηδία, τιμωρία, σκληρότητα. Οι δύο δείκτες (οπτική αναλογική κλίμακα-VAS και υφιστάμενος δείκτης πόνου-PPI) για την εκτίμηση της έντασης του πόνου έδειξαν ότι ο πόνος των συμμετεχόντων ήταν μέτριος έως μέτρια σοβαρός. Με πιθανές τιμές από 0 έως 5, η VAS

**Πίνακας 2: Συχνότητα κατανομής και ποσοστά σχετικά με τον τρόπο θεραπείας και τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων.**

ΤΡΟΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	v	%	ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	v	%
Νευροχειρουργική επέμβαση	6	15	Συνεχώς	6	15
Φαρμακευτική	34	85	Μόνο επί πόνου	26	80
Φυσιοθεραπεία	22	55	Συνεχώς και επί πόνου	6	15
Ψυχοκοινωνική	2	5	Χωρίς προσδιορισμό	2	5

### Χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης που σχετίζονται με τον πόνο:

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (65%) ανέφεραν ότι τα επεισόδια του πόνου εμφανίστηκαν για πρώτη φορά πριν από έξι έως οκτώ μήνες. Δύο ασθενείς ανέφεραν ότι ο πόνος ξεκίνησε περίπου πριν από 36 μήνες. Οι επιλογές των θεραπευτικών προσεγγίσεων των ασθενών προκειμένου να ανακουφίσουν τον πόνο τους καθώς και η συχνότητα της χρήσης των αναλγητικών φαρμάκων φαίνονται στον πίνακα 2.

Σε ό,τι αφορά στις εναλλαγές στα επίπεδα του πόνου με την πάροδο του χρόνου, 65% ανέφεραν ότι ο πόνος εμφανίζει περιοδικές αλλαγές. Επιπλέον, 12 ασθενείς ανέφεραν ότι ο πόνος τους μεταβάλλεται και οι υπόλοιποι 2 ασθενείς είπαν ότι ο πόνος τους μεταβάλλεται με τρόπο ακαθόριστο. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων παραδέχτηκαν ότι υπάρχουν δραστηριότητες που ανακουφίζουν ή αυξάνουν τον πόνο τους κατά 85% και 100% αντίστοιχα. Η πλειονότητα (60%) των ασθενών αναφέρει ότι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να ανακουφίσουν τον πόνο τους είναι η λήψη φαρμάκων. Αντιθέτως, σωματικές δραστηριότητες φάνηκαν να αυξάνουν τα επίπεδα του πόνου σε πολλούς ασθενείς μαζί με άλλους παράγοντες όπως ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς.

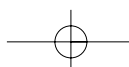
### Αποτελέσματα από τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill (SF-MPQ):

Η μέση βαθμολογία του SF-MPQ ήταν στο 20,15 (SD=3,30). Η χαμηλότερη βαθμολογία ήταν 15 και η υψηλότερη 29. Επιπλέον, η μέση βαθμολογία των 11 στοιχείων αισθητηρίων ήταν 13,30 (SD=2,26) ενώ η μικρότερη βρέθηκε 10 και η υψηλότερη 20. Τέλος, η μέση βαθμολογία των 4 στοιχείων στην υποκλίμακα συναισθημάτων του ερωτη-

βρέθηκε να κυμαίνεται από 1,24 έως 5 και η μέση βαθμολογία της υπολογίστηκε στο 3,94 (SD=1,34). Σε ό,τι αφορά στον PPI τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν ότι κανένας ασθενής δεν ήταν ελεύθερος πόνου κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Το 20% των ασθενών ανέφεραν ότι ο πόνος ήταν ήπιος, 10% ότι ο πόνος τους προκαλούσε δυσφορία, 35% ότι ο πόνος τους προκαλούσε στεναχώρια ενώ το υπόλοιπο 35% των ασθενών περιέγραψαν πόνο φρικτό ή βασανιστικό. Από το σχέδιο που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη πληροφοριών σχετικά με εντόπιση του πόνου, τα ευρήματα έδειξαν ότι για την πλειονότητα (60%) των ασθενών ο πόνος εντοπιζόταν στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ιδιαίτερα 14-15) ενώ το 40% υπέδειξε την ιερά μοίρα της σπονδυλικής στήλης ως επώδυνη περιοχή.

### Περιγραφή της Κατάθλιψης:

Αποτελέσματα δεικτών κατάθλιψης υπολογίστηκαν για κάθε ασθενή από ψυχίατρο. Μεμονωμένα αποτελέσματα κυμάνθηκαν από 3 έως 40. Βασιζόμενοι στις βαθμολογήσεις που παρέχονται, κατηγοριοποιήσαμε κάθε συμμετέχοντα σε ένα από τα ακόλουθα επίπεδα κατάθλιψης: απουσία κατάθλιψης, ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη. Η συχνότητα των κατανομών και τα ποσοστά των συμμετεχόντων, μετά την ένταξή τους σε κάθε ένα από τα επίπεδα κατάθλιψης, αναφέρονται στον πίνακα 3 ως ακολούθως:



## επιστημονικά άρθρα

**Πίνακας 3: Συχνότητα κατανομών και ποσοστά ασθενών αναλόγως του φύλου και του επιπέδου κατάθλιψης**

ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	v	%	v	%	v	%
Απουσία Κατάθλιψης	8	20	4	10	12	30
Ήπια Κατάθλιψη	6	15	8	20	14	35
Μέτρια Κατάθλιψη	2	5	8	20	10	25
Σοβαρή Κατάθλιψη	-	-	4	10	4	10
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Βρέθηκε ότι η πλειονότητα ασθενών ανέφερε ήπια επίπεδα κατάθλιψης. Εντούτοις, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών βρέθηκε ότι υπέφερε από μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικότερο πρόβλημα για τις γυναίκες απ' ό,τι για τους άνδρες.

Υπολογίστηκε μία μέση τιμή για κάθε κλίμακα στοιχείων. Η μέση τιμή αυτών υπολογίστηκε στο 15,15 (SD=10,13). Η αρχική αύπνία και το ενδιαφέρον για εργασία ήταν στις υψηλότερες κατανομές (1,55 και 1,40 αντίστοιχα). Τα στοιχεία σχετικά με άλλους τύπους αύπνίας (δηλαδή καθυστερημένη και μέση αύπνία) καθώς και το άγχος επίσης πήρε υψηλές βαθμολογίες. Αντιθέτως, το δείγμα δεν βρέθηκε να εμφανίζει καθυστέρηση, παρανοϊκά ή ιδεοληπτικά συμπτώματα.

**Περιγραφή του άγχους:**

Τα αποτελέσματα των δεικτών του άγχους υπολογίστηκαν για κάθε θέμα από ψυχίατρο. Η μεμονωμένη ανησυχία χαρακτηρίστηκε από 2 έως 26. Σύμφωνα με τις βαθμολογίες που παρατηρήθηκαν, οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ως οι μη έχοντες άγχος, οι ήπια αγχωμένοι και οι πολύ αγχωμένοι. Τα τρία επίπεδα άγχους, όπως και ο αριθμός και τα ποσοστά των ασθενών φαίνονται στον πίνακα 4.

Τα ευρήματα σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες ενέταξαν τον εαυτό τους σε αγχωτικούς και μη αγχωτικούς, κατέδειξαν ότι η πλειονότητα των ασθενών δεν εμφάνισε κανένα σημάδι ανησυχίας. Μόνον λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν μέτριο ή μεγάλο άγχος. Ομοίως με την κατάθλιψη, το άγχος φάνηκε να είναι σημαντι-

κότερο πρόβλημα για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες.

Μία μέση τιμή υπολογίστηκε για κάθε μία από τις HRSA κλίμακες. Η μέση τιμή των αυτών υπολογίστηκε στο 7,40 (SD=6,52). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα επιμέρους στοιχεία της κλίμακας του άγχους έδειξαν ότι ένταση, ανήσυχη διάθεση και αύπνία ήταν τα σοβαρότερα προβλήματα για τους ασθενείς. Συμπτώματα από το γεννητικό, το ουροποιητικό σύστημα και το δέρμα καθώς και φοβίες ή ανησυχία αντιπροσωπεύουν τα λιγότερο σημαντικά προβλήματα των ασθενών.

**Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών:**

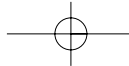
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων δεν έδειξε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ: (α) των κοινωνικοδημογραφικών και σχετικών με τον πόνο χαρακτηριστικών του δείγματος (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση, τόπος κατοικίας, αλλαγή του πόνου σε συνάρτηση με το χρόνο ή τις δραστηριότητες που αυξάνουν ή ελαττώνουν τον πόνο και (β) χρόνιας οσφυαλγίας, κατάθλιψης και άγχους. Ομοίως, δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ποιοτικών χαρακτηριστικών και έντασης χρόνιας οσφυαλγίας, κατάθλιψης και άγχους (Pilowsky, et. al., 1997).

Ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων πιθανώς να είναι υπεύθυνος για την έλλειψη συσχετίσεων μεταξύ των προαναφερθέντων μεταβλητών.

Αντιθέτως, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ έντασης και διάρκειας του πόνου και κοινωνικοδημογραφικών και σχετικών με τον πόνο παραμέτρων, όπως φαίνεται στον πίνακα 5.

**Πίνακας 4: Συχνότητα κατανομών και ποσοστά ασθενών σε σχέση με το φύλο και τα επίπεδα άγχους**

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	v	%	v	%	v	%
Απουσία άγχους	14	35	10	25	24	60
Μέτριο άγχος	2	5	10	25	12	30
Μεγάλο άγχος	-	-	4	10	4	10
<b>Σύνολο</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>100</b>



## επιστημονικά άρθρα

**Πίνακας 5: Σχέσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, έντασης και διάρκειας του πόνου.**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	p*	p
Ηλικία	Ένταση του πόνου	-0,462	0,04
Έτη σπουδών	Ένταση του πόνου	0,559	0,01
Έτη σπουδών	Διάρκεια του πόνου	0,515	0,02
Διάρκεια του πόνου	Ένταση του πόνου	0,499	0,025

Οι συσχετίσεις καταδεικνύουν ότι οι νεώτεροι σε ηλικία ασθενείς και με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εκείνοι με μεγαλύτερη διάρκεια πόνου τείνουν να αναφέρουν ότι το πρόβλημα της οσφυαλγίας είναι περισσότερο σοβαρό. Επιπρόσθετα, όσο πιο μακροχρόνιος είναι ο πόνος, τόσο ως πιο σοβαρός χαρακτηρίζεται.

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman καταδεικνύει επιπλέον συσχετίσεις μεταξύ κατάθλιψης και μερικών από

τις μεταβλητές που μελετήθηκαν. Απαριθμούνται ακολούθως και δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μεγαλύτερη διάρκεια πόνου εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Kupfer, et. al.,1991). Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς με οσφυαλγία βρέθηκαν και περισσότερο αγχώδεις, όπως φαίνεται στον πίνακα 6 .

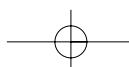
**Πίνακας 6: Σχέσεις μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών και σχετικών με τον πόνο χαρακτηριστικών, κατάθλιψης και άγχους.**

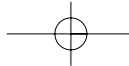
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	p*	p
Έτη εκπαίδευσης	Κατάθλιψη	0,446	0,049
Διάρκεια του πόνου	Κατάθλιψη	0,609	0,004
Άγχος	Κατάθλιψη	0,827	0,000

## 4. Συζήτηση

Σύμφωνα με το θεωρητικό υπόβαθρο και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας εργασία (Klarow, et. al., 1993) καταδεικνύεται ότι οι συμμετέχοντες που πάσχουν από οσφυαλγία εμφανίζουν μέτριες έως σοβαρές ενοχλήσεις, γεγονός που σημαίνει ότι οι επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής τους είναι σημαντικές και για το λόγο αυτό θα πρέπει να αντιμετωπισθούν ολιστικά από τους νοσηλευτές και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που σε αυτή την εργασία δεν παρατηρήθηκε κανένας συσχετισμός μεταξύ του πόνου από τη χρόνια οσφυαλγία και της κατάθλιψης (Pilowsky et. al., 1997), η αναφερθείσα υψηλή ένταση του πόνου μπορεί να εξηγηθεί σε σχέση με τα αναφερόμενα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Αποτελέσματα προγενέστερων μελετών (Hall, Stride, 1954) έδειξαν ότι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά δείχνουν μικρή ανοχή στον πόνο. Από αυτή τη μελέτη, γίνεται εμφανές ότι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία δείχνουν μία καθαρή προτίμηση σε παραδοσιακές μεθόδους θεραπείας και αντιμετώπισης του πόνου τους. Αυτό φαίνεται από το ότι μεγάλος αριθμός από τους συμμετέχοντες ανέφεραν τη φαρμακευτική αγωγή και τη χειρουργική θεραπεία ως κυρίαρχους

τύπους ιατρικής παρέμβασης. Η προτίμηση αυτής της αντιμετώπισης της χρόνιας οσφυαλγίας πιθανότατα επηρεάστηκε από την ιατροκεντρική φιλοσοφία του εθνικού μας συστήματος υγείας. Είναι εμφανές από την στατιστική ανάλυση ότι οι νεώτεροι ηλικιακά ασθενείς χαρακτηρίζουν τον πόνο τους περισσότερο σοβαρό από τους συμμετέχοντες που ανήκουν στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Διαφορές στη φιλοσοφία της ζωής που πιθανώς ωθούν τους μεγαλύτερους ηλικιακά ανθρώπους να αναπτύξουν μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο, ίσως να μπορούν να ερμηνεύσουν αυτή τη σχέση. Επιπρόσθετα, οι νεώτεροι άνθρωποι είναι περισσότερο δραστήριοι σωματικά από τους πιο ηλικιωμένους και έτσι οποιοσδήποτε σωματικός πόνος ή φυσική εξασθένηση που εμποδίζει τις δραστηριότητές τους, φαίνεται να μην είναι ανεκτή από αυτούς. Τέλος, άλλα επιπρόσθετα σοβαρά προβλήματα υγείας δεν συναντώνται συχνά στους νεώτερους ανθρώπους που επικεντρώνουν την προσοχή τους στο συγκεκριμένο τμήμα του σώματός τους που αποτελεί περιοχική δευτερεύουσας οργανικής δυσλειτουργίας. Αντιθέτως, οι μεγαλύτεροι ηλικιακά άνθρωποι διασπούν την προσοχή τους σε άλλες περισσό-





## επιστημονικά άρθρα

τερο σοβαρές φυσικές διαταραχές που συχνά αντιμετωπίζουν και πρέπει να ασχοληθούν με αυτές.

Άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε ότι εκλαμβάνουν ως μεγαλύτερη τη διάρκεια και ως σοβαρότερη την ένταση του πόνου σε σχέση με τους ασθενείς χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης. Αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να εξηγηθούν υπό το πλαίσιο των θετικών στάσεων που τα περισσότερα μορφωμένα άτομα τηρούν απέναντι στα θέματα υγείας και της επαρκέστερης αγωγής υγείας που συνήθως λαμβάνουν. Ως αποτέλεσμα, ακόμα και ένας μικρής έντασης πόνος τους ανησυχεί εύκολα και θεωρείται από αυτούς σοβαρότερος από όσο αξιολογείται σύμφωνα με ιατρικά και νοσηλευτικά επιστημονικά κριτήρια. Επιπλέον, άνθρωποι με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ίσως να δείχνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση παραμένοντας μακριά από τις εργασίες τους (και ως πρόληψη και ως μέτρο θεραπείας) για μεγαλύτερη χρονική περίοδο και έτσι να θεωρούν ότι ο πόνος τους έχει μεγαλύτερη διάρκεια. Αντιθέτως, εξαιτίας του χαμηλότερου οικονομικού τους προφίλ, λιγότερο μορφωμένοι άνθρωποι αγνοούν την οσφυαλγία τους και επιστρέφουν στην εργασία τους το συντομότερο δυνατό, έχοντας την λανθασμένη εντύπωση, ότι ο πόνος τους διαρκεί λιγότερο.

Οι διαφορές ως προς τη διάρκεια και την ένταση του πόνου σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται ότι αναφέρεται σε μία διαδικασία υποχόνδριας σωματοποίησης των συμπτωμάτων που απορρέει από την έλλειψη του ενδιαφέροντος για πιο πνευματικά θέματα αλλά και οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες, όπως προσφάτως παρατηρείται στην υψηλότερη μεσαία τάξη. Η διαδικασία αυτή συχνά υποστηρίζεται και προστατεύεται από τη σύγχρονη κοινωνία. Ενώ, ο συσχετισμός που παρατηρείται μεταξύ της έντασης και της διάρκειας του πόνου, πιθανώς να συνδέεται με γνωστικές διαδικασίες που κάνουν τους ασθενείς να πιστεύουν ότι όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι ο πόνος, τόσο περισσότερο ανησυχητικός είναι.

Συνολικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων έδειξαν ότι η κατάθλιψη ως ψυχοπαθολογική διαταραχή συμβαίνει σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία. Αυτό είναι εμφανές στο 33% του πληθυσμού της μελέτης που βρέθηκε να έχει από μέτρια ως σοβαρή κατάθλιψη. Αυτή η αναλογία της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία είναι υψηλότερη στη μελέτη του Love (26%: Love, 1987), αλλά μικρότερη σε άλλες μελέτες (44%: Atkinson, et al., 1988), (78%: Sullivan, D'Eon, 1990).

Η θετική συσχέτιση μεταξύ ετών εκπαίδευσης και κατάθλιψης καταδεικνύει ότι τα περισσότερα μορφωμένα άτομα εμφανίζουν περισσότερο συμπτώματα κατάθλιψης πιθανώς αναλόγως με την άποψη Maruta (Maruta, et al., 1976), σύμφωνα με την οποία παράπονα ψυχολογικού περιεχομένου και η θεραπεία είναι περισσότερο αποδεκτά

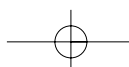
σε αυτή την κοινωνικο-οικονομική τάξη. Άτομα που ανήκουν σε αυτή την τάξη μπορούν επίσης να θεωρούν τις απώλειες που συνδέονται με τη χρόνια οσφυαλγία τους, ως μεγαλύτερες ως προς τον αριθμό και πιο σοβαρές ως προς τη φύση τους και έτσι να βιώνουν μεγαλύτερη κατάθλιψη. Κατά συνέπεια, ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία και εμφανίζουν αγχώδεις εκδηλώσεις, εκφράζουν κατάθλιψη συχνότερα (Von Knorring, et al., 1983, Krishnan, et al., 1985).

Συμπτώματα από μέτριο και μεγάλο άγχος παρατηρήθηκαν επίσης σε κάποιους από τους ασθενείς (40%) που συμμετείχαν στη μελέτη. Η χρήση της HRSA επέτρεψε την κατηγοριοποίηση των ασθενών με διαφορετικά επίπεδα άγχους. Η ένταση, ανήσυχη διάθεση και αϋπνία ήταν οι αγχώδεις εκδηλώσεις που αναφέρθηκαν συχνότερα στον πληθυσμό της μελέτης.

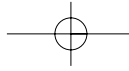
Αντιθέτως με προγενέστερων ερευνητών ευρήματα (Atkinson, et al., 1988, Love, 1987, Merskey, Boyd, 1978) αυτή η μελέτη έδειξε ότι η χρόνια οσφυαλγία δεν συνδέεται ούτε με την κατάθλιψη, ούτε με το άγχος. Επομένως, η χρόνια οσφυαλγία δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας για διαταραχές σχετικές με το άγχος και την κατάθλιψη (Krishnan, et al., 1985, Pilowsky, et al., 1997). Αυτή η έλλειψη σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποδοθεί στο μικρό μέγεθος του δείγματος ή στο ότι η χρόνια οσφυαλγία, το άγχος και η κατάθλιψη δεν έχουν κάποια σχέση. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι η χρόνια οσφυαλγία ίσως δεν πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται ως επιπλοκή της κατάθλιψης και του άγχους ή ως πρωταρχικός αιτιολογικός τους παράγοντας. Υπό αυτή την έννοια, η παρούσα μελέτη δεν παρέχει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη και τη φύση της σχέσης μεταξύ της χρόνιας οσφυαλγίας, της κατάθλιψης και του άγχους, η οποία παραμένει αδιευκρίνιστη.

Στην παρούσα μελέτη, η στατιστική ανάλυση μας έδωσε τη δυνατότητα να αποφανθούμε ότι υπάρχει ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των μεταβλητών της κατάθλιψης και του άγχους (Kupfer, et al., 1991, Maruta, et al. 1976). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman κατέδειξε ότι τα συμπτώματα από το άγχος ήταν περισσότερο συχνά σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, στους οποίους επίσης διαγνώστηκε συμπτωματολογία κατάθλιψης.

Είναι ενδιαφέρον το ότι αυτή η ομοιότητα παρατηρήθηκε ακόμα και όταν αυτές οι μελέτες διεξήχθησαν με διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους και διαδικασίες από τις αντίστοιχες της παρούσας μελέτης. Η παρατηρηθείσα σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών εγείρει ερωτήσεις σχετικά με το ρόλο του άγχους στην αλλαγή των επιπέδων της κατάθλιψης των ασθενών που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία και στην τροποποίηση της αντίληψής τους για την εμπειρία του πόνου.







## 5. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κυρίως όταν εξετασθούν σε σύγκριση με το θεωρητικό υπόβαθρο και τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνητικών εργασιών που συναντώνται στη διεθνή βιβλιογραφία, δείχνουν ότι η θεώρηση της χρόνιας οσφυαλγίας ως αιτιολογικός παράγοντας της κατάθλιψης και του άγχους, ίσως, αποτελεί μία υπεραπλούστευση του θέματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η χρόνια οσφυαλγία πιθανώς να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές. Δηλαδή, σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους θα μπορούσαν να είναι απόρροια της χρόνιας οσφυαλγίας. Τέτοιες εναλλακτικές εξηγήσεις των σχέσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών παρέχουν μία λογική βάση προκειμένου να υποστηριχθεί ότι σε ορισμένους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, οι αγχώδεις εκδηλώσεις μπορούν να συσχετισθούν με την διαχείριση του άγχους και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης πιθανώς επί εδάφους γενετικής ροπής στην κατάθλιψη. Επομένως, προσεκτική αξιολόγηση και θεώρηση όλων των σημαντικών παραγόντων είναι ιδιαίτερος σημαντικός για το ρόλο των νοσηλευτών κατά την νοσηλεία ασθενών με χρόνια οσφυαλγία.

Επιπλέον, θα ήταν καλό να διενεργηθούν περαιτέρω μελέτες σχετικές με το θέμα έτσι ώστε να διερευνηθούν οι πιθανές αλλαγές της χρόνιας οσφυαλγίας σε συνάρτηση με αλλαγές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επιπρόσθετα απαιτείται μελέτη των εννοιών που συνδέονται με τους τρόπους που βιώνεται ο πόνος, όπως καθο-

ρίζονται από τις πολιτιστικές ιδέες και αξίες του ασθενούς και τις ψυχοπαθολογικές διαταραχές -εκτός της κατάθλιψης και του άγχους- που μπορούν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, διάρκεια, ένταση και επιπτώσεις της χρόνιας οσφυαλγίας.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, σε ότι αφορά τους νοσηλευτές, θα διευρύνει την κατανόηση των θεωρητικών σχέσεων μεταξύ χρόνιας οσφυαλγίας και άγχους και κατάθλιψης. Για να υπάρξει πληρέστερη κατανόηση, απαιτούνται ερευνητικές παρεμβάσεις προκειμένου να υπάρξει επαρκής διαχείριση των ψυχολογικών, κοινωνικών και φυσικών προβλημάτων των πασχόντων από χρόνια οσφυαλγία, στο σύνολό τους. Επιπλέον, η αξιολόγηση των συνδυασμένων παρεμβάσεων, όπως ψυχολογικές θεραπείες σε συνδυασμό με τις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις των φυσικών-σωματικών προβλημάτων, είναι απαραίτητη. Τέλος, περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να καθοριστεί εάν εκβάσεις όπως, ποιότητα ζωής που βασίζεται στη σωματική υγεία και χρήση των υπηρεσιών υγείας, βελτιώνονται όταν θεραπευτικές προσεγγίσεις των κοινωνικών πιέσεων, της κατάθλιψης και των πεποιθήσεων που αντίκεινται στην συμμόρφωση, προσφέρονται συμπληρωματικά με τις παραδοσιακές τεχνικές αποκατάστασης (Sullivan, et. al., 2006, Keeley, et.al., 2008). Η κατανόηση σε αυτό το επίπεδο μπορεί να αποβεί εξαιρετικά χρήσιμη για τους νοσηλευτές όταν φροντίζουν άτομα που πονούν και σχεδιάζουν την επαγγελματική τους παρέμβαση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson GBJ., 1999. Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet* 254, 581-585.

Atkinson, J.H, Slater, M.A, Grant, I., Patterson, T.L., Grafm, S.R., 1988. Depressed mood in chronic low back pain: relationship with successful life event. *Pain* 35, 47-55.

Beltsios M., Petropoulou K., Tega D., Rapidi G., Paspatis A., Magualaras N., Lampiris H., 1990. Epidimiological study of low back pain patients during the years 1986-87, in the area of Athens. Socioeconomic influences. *Transcripts of the 16th Medical Congress in Greece*, 76-82.

Boersma K, Linton SJ., 2005. Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clin J Pain* 21, 38-43.

Boersma K, Linton SJ., 2006. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clin J Pain* 22, 160-166.

Carey T, Evans A, Hadler N, Lieberman G, Kaalsbeek W, Jackman A, Fryer J & McNett R., 1996. Acute severe low back pain: a population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine* 21, 339-344.

Carragee EJ, Alamin TF, Miller JL, Carragee JM., 2005. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine* J. 5, 24-35.

Clauw DJ, Williams D, Lauerman W, Dahlman M, Aslami A,

Nachemson AL, Kobrine AI & Wiesel SW., 1999. Pain sensitivity as a correlate of clinical status in individuals with chronic low back pain. *Spine* 24, 2035-2041.

Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H., 2001. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 55, 455-468.

Guo HR, Tanaka S, Halperin WE, Cameron LL., 1999. Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays. *Am J Public Health* 89, 1029-1035.

Hall KRL., Stride E., 1954. The varying response to pain in psychiatric disorders: a study in abnormal psychology. *Brit J Med Psychol* 27, 48-60.

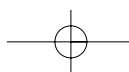
Hamilton M., 1959. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.*, 32, 50-55.

Hamilton M., 1960. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62.

Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HCW, Douwes M, Koes BW, Miedema MC, Ariens GAM & Bouter LM., 2000. Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain. Results of a prospective cohort study. *Spine* 25, 3087-3092.

Jayson MIV., 2001. Acute back pain. *Clinical Medicine* 1, 188-189.

Klapow JC., Slater MA., Patterson TL., Doctor JN., Atkinson JH, Garfin SR., 1993. An empirical evaluation of multidimensional clinical outcome in chronic low back pain patients. *Pain* 55, 107-118.



## επιστημονικά άρθρα

Kramlinger, K.G., Swanson, D.W., Maruta, T., 1983. Are patients with chronic back pain depressed?. *Am J Psychat* 140, 747-749.

Katz W.A., 1998. The need of a patient in pain. *The American Journal of Medicine* 105, 25-75.

Keefe, F., Wilkins, R., Cook, W., Crisson, S., Mullbaier, I., 1988. Depression, pain and pain behaviour. *J Consult Psychol* 54, 665-669.

Keeley P., Creed F., Tomenson B., Todd C., Borlin G., Dickens C., 2008. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain* 135, 142-150.

Kraus, S.J., Wiener, R.L., Tait, R.C., 1994. Depression and Pain Behaviour in Patients with Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 10, 122-123.

Krishnan, K.R.R., France, R.D., Houpt, J.L., 1985. Chronic low back pain and depression. *Psychosomatics* 26, 299-302.

Kupfer, D.J., 1991. Biological markers of depression. In: Fieghner, J.P., Boyer, W.F., (Eds). *The Diagnosis of Depression*. Chichester; Wiley, pp.79-98.

Love, A.W., 1987. Attributional, style of depressed chronic low back patients. *Journal of Clinical Psychology* 44, 317-321.

Magni, G., Schfano, F., Deleo, D., 1988. Pain as a symptom in elderly depressed patients- Relationship to diagnostic subgroups. *Eur Arch Psychiatric Neurol Sci* 235, 143-145.

Maruta, T., Swanson, D.W., Swanson, W.M., 1976. Pain as a Psychiatric Symptom: Comparison between low back pain and Depression. *Psychosomatics* 17, 123-127.

McCracken LM & Gross RT., 1998. The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation* 8, 179-189.

Merkey H., Boyd P., 1978. Emotional adjustment and chronic pain. *Pain* 5, 187-193.

Melzack R., Abbot F., Zackon W., Mulder D.S., Davis W., 1987. Pain on a surgical ward: a survey of duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. *Pain* 29, 67-72.

Miller IW., Bishop S., Norman WH., Maddever P., 1984. The modified Hamilton Rating Scale for depression: Reliability and Validity. *Psychiatry Research* 14, 131-142.

Mok C.L., Lee I.F.-K., 2008. Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1471-1480.

Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E & Mayer TG., 1993. Psychiatric illness and chronic back pain. The mind and the spine – which goes first? *Spine* 18, 66-71.

Pilowsky, I., Chapman, C.R., Bonica, J.J., 1997. Pain, depressing and illness behaviour in a pain clinic population. *Pain* 4, 183-192.

Royal College of General Practitioners and Office of Population Censuses and Surveys. *Morbidity Statistics from General Practice, 4th national Survey 1991-1992*. UK: HMSO, 1995.

Rymaszewska J., Ramsey D., Chladzinska-Kiejna S., 2008. Whole body cryotherapy as adjunct treatment of depressive and anxiety disorders. *Arch. Immunol. Ther. Exp.* 56, 63-68.

Sullivan MJ, Adams H, Thibault P, Corbiere M, Stanish WD., 2006. Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioural intervention for work disability. *J Occup Rehabil* 16, 63-74.

Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G., 2005. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J Occup Rehabil* 15, 475-89.

Sullivan MJ, Stanish WD, Sullivan MJL, Stanish WD., 2003. Psychologically based occupational rehabilitation: the pain-disability prevention program. *Clin J Pain* 19, 97-104.

Sullivan, M.J., D' Eon, J., 1990. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal Abnorm Psychol* 99, 260-263.

Smith BH, Elliott AM, Hannaford PC, Chambers WA, Smith WC., 2004. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: results from a general population follow-up study. *Spine* 29, 1032-1040.

Von Knorring, L., Perris, C., Eisemann, M., Erickson, V., Perris, H., 1983. Pain as a symptom in depressive disorders. Relationship to personality twist as assessed by mans of KPS. *Pain* 17, 377-384.

Wynne-Jones G., Dunn K.M., Main C., 2008. The impact of low back pain on work : a study in primary care consultants. *European Journal of Pain* 12, 180-188.

Weickgenant, A.L., Slatr, M.A., Patteron, T.L., Atkinson, I.G., Garfin, S.R., 1993. Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression. *Pain* 53, 95-103.

Wing PC., 2001. Rheumatology: minimizing disability in patients with low-back pain. *Canadian Medical Association* 164, 1459-1468.

Yip VYB., 2004. New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle. *Journal of Advanced Nursing* 46, 430-440.