

# Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Οσφυαλγία

Ε. ΜΥΡΙΟΚΕΦΑΛΙΤΑΚΗΣ<sup>1</sup>, Κ. ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ<sup>1</sup>, Ι. ΣΑΡΑΤΣΙΩΤΗΣ<sup>2</sup>, Κ. ΚΑΤΕΡΟΣ<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», <sup>2</sup>BSc, DC, D. Acup

## Εισαγωγή

Η οσφυαλγία (low back pain) είναι μια σύνθετη λέξη με πρώτο συνθετικό τη λέξη «οσφύς», που σημαίνει «κατά τους νεφρούς» και υπονοεί τη μέση και με δεύτερο συνθετικό το «άλγος», που σημαίνει πόνος. Οξεία οσφυαλγία σημαίνει την αιφνίδια εγκατάσταση του πόνου στην περιοχή της μέσης, ενώ η οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ως χρόνια αν υπερβεί σε διάρκεια τους 3 μήνες.

Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ διαδεδομένο και με αυξημένο κόστος πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες<sup>18</sup>. Είναι μια κατάσταση, η οποία κάποια στιγμή θα επηρεάσει το 70% με 80% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια της ζωής τους<sup>13</sup>. Η οσφυαλγία είναι η πιο συχνή αιτία περιορισμού των δραστηριοτήτων μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας κάτω των 45 ετών και η δεύτερη πιο συχνή αιτία απουσίας από τη δουλειά, μετά από το κοινό κρυολόγημα (Borenstein DG. και συν., 1992, Mayer TG. και συν., 1988). Είναι το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα, μετά τα ενοχλήματα από λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, που αναγκάζει κάποιον να επισκεφτεί έναν οποιονδήποτε ιατρό<sup>4</sup>.

Ευτυχώς, οι περισσότερες περιπτώσεις οσφυαλγίας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών χωρίς εμφανές αίτιο, είναι γενικά αυτοπεριοριζόμενες και οδηγούν σε μη μόνιμες βλάβες στον ασθενή<sup>9</sup>. Μόνο 1% των ασθενών απαιτούν επείγουσα ιατρική παρέμβαση για θεραπεία (Waddell G., 1998) ενώ η πλειοψηφία των πασχόντων εμφανίζουν βελτίωση σε 4 εβδομάδες, ανεξαρτήτως φαρμακευτικής αγωγής ή οποιαδήποτε άλλης θεραπείας (Frymoyer JW. και συν., 1991, Cary B., 1998). Από την άλλη βέβαια, το ποσοστό υποτροπής είναι ιδιαίτερα υψηλό καθώς το πρώτο επεισόδιο τις περισσότερες φορές δεν είναι και το τελευταίο.

## Παθογένεια της Οσφυαλγίας

Η οσφυαλγία δεν είναι νόσος, είναι ένα σύμπτωμα. Υπάρχουν πολλές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, αλλά και των γειτονικών οργάνων που έχουν ως κύρια ενόχληση την οσφυαλγία. Είναι δύσκολο να απαριθμηθεί κανείς όλες αυτές τις παθήσεις, κάθε μια από τις οποίες ίσως χρειάζεται και διαφορετική θεραπεία.

Από αυτές η δισκοπάθεια είναι η πιο συχνή, που καλύπτει το 70% των περιπτώσεων, ενώ σ' ένα σημαντικό ποσοστό αρχώστων ψυχολογικά αίτια μπορεί να κρύβονται πίσω από μία οσφυαλγία ή να επιδεινώνουν μία ήδη υπάρχουσα<sup>3</sup>. Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου αποτελεί την πιο χαρακτηριστική δισκοπάθεια, με ξαφνική έναρξη άλγους στην οσφύ, με ή χωρίς ισχιαλγία, μετά από απότομη κίνηση, άρση βάρους ή ακόμα και φτάρνισμα ή βήχα.

Μια προσπάθεια ομαδοποίησης των παθήσεων που μπορεί να εκδηλώσουν οσφυαλγία έχει ως εξής:

### A) Παθήσεις της σπονδυλικής στήλης

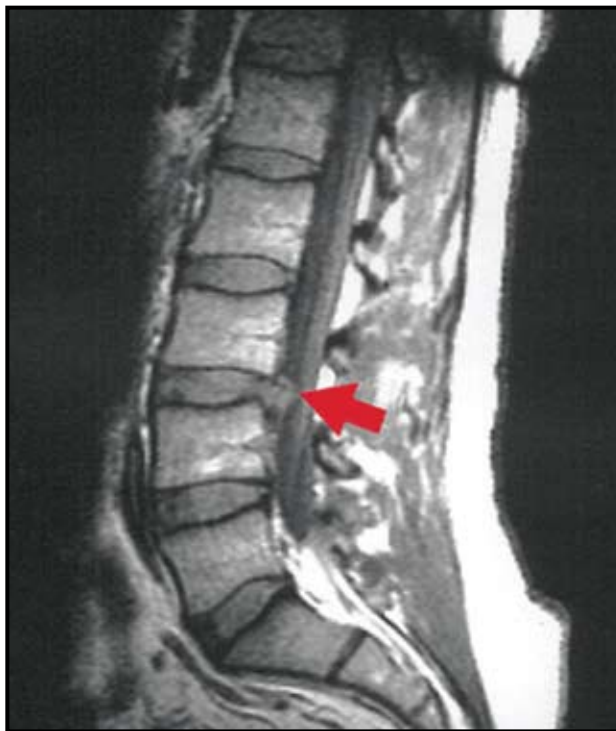
1. Εκφυλιστικές-μηχανικές: σπονδυλαρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, εκφυλιστική σπονδυλολίθση, στενός σπονδυλικός σωλήνας, σκολίωση ενηλίκων, μυϊκός σπασμός
2. Τραυματικές: διάταση ή ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων, υπερεξαρθρώματα των σπονδυλικών αρθρώσεων, παλαιά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, τραυματική σπονδυλολίθση-σπονδυλολίθση
3. Φλεγμονώδεις-μικροβιακές: σπονδυλοδισκίτιδα, οστεομυελίτιδα, φυματιώδης σπονδυλίτιδα, ιερολαγονίτιδα
4. Νεοπλασίες: οστεοειδές οστέωμα, οστεοβλάστωμα, οστεοχόνδρομα, γιγαντοκυτταρικός όγκος, πολυηληθού μυέλωμα, νευρίνωμα, διάφορες μεταστατικές εστίες από άλλα πρωτοπαθή νεοπλασμάτα (μαστός, προστάτης κ.α.)
5. Συγγενείς ανωμαλίες: ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου
6. Ρευματολογικές: αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, σύνδρομο Reiter, ψωριασική αρθρίτιδα, ρευματική πολυμυαλγία
7. Ενδοκρινολογικές: οστεοπόρωση, οστεομαλακία, παθήσεις παραθυρεοειδών αδένων

### B) Παθήσεις των γειτονικών οργάνων (αντανακλαστική οσφυαλγία)

1. Ιερολαγονίες αρθρώσεις-ηλεκάνη-ισχία: φλεγμονές, όγκοι,



Εικόνα 1. Κήλη ΜΣΔ



Εικόνα 2. Μαγνητική απεικόνιση κήλης ΜΣΔ

- εκφυλιστική αρθρίτιδα
  2. Νεφροί-ουρητήρες: λιθιάσεις, φλεγμονές, όγκοι
  3. Ωθήκες-μήτρα-προστάτης: φλεγμονές, όγκοι
  4. Έντερο: φλεγμονές, όγκοι
  5. Αορτή-ηλαγόνες αρτηρίες: ανεύρυσμα, απόφραξη
- Στους ασθενείς με «εκφυλιστική-μηχανική» οσφυαλγία, η νευρολογική εξέταση, τυπικά, δεν αποκαλύπτει κάποια παθολογία και τα αντανακλαστικά τεστ είναι φυσιολογικά. Σε μερικές περιπτώσεις τα αποτελέσματα της νευρολογικής εξέτασης μπορεί να είναι παθολογικά, εξαιτίας κάποιων συνυπάρχουσας ασθένειας (π.χ. διαβητική νευροπάθεια). Σοβαρότερες συστηματικές παθήσεις, όπως πρωτοπαθής ή μεταστατική κακοήθεια, λοιμώξη του νωτιαίου μυελού ή αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα αποτελούν περίπου το 10% των περιπτώσεων. Στο 85% περίπου των ασθενών με οσφυαλγία, δε μπορεί να τεθεί κατηγορηματική διάγνωση (Deyo RA και συν., 1992).

### Ποιότητα ζωής και Οσφυαλγία

Εξ ορισμού, ο πόνος είναι το πρωταρχικό σύμπτωμα σε ασθενείς με οσφυαλγία (Deyo RA., 1998). Ο πόνος είναι μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία η οποία μπορεί να έχει συντριπτικά αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, συμπε-

ριλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητας του να ανταποκριθεί στον καθημερινό, κοινωνικό του ρόλο. Έρευνες έχουν δείξει ότι άνθρωποι που ζουν με μόνιμο πόνο είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος και παραπάνω από δύο φορές πιο πιθανό να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στη δουλειά τους, σε σχέση με αυτούς χωρίς πόνο (Cureje O. και συν., 1998).

Άλλοι ερευνητές έχουν δείξει επίσης ότι ο πόνος επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (health-related quality of life), συμπεριλαμβανομένης της φυσικής λειτουργίας, του κοινωνικού ρόλου, των καθημερινών δραστηριοτήτων, της ενέργειας και της κούρασης καθώς και των συναισθηματικών λειτουργιών (Becker N. και συν., 1997, Won A. και συν., 1999, Arnold LM. και συν., 2000, Rudy TE. και συν., 1988).

Γενικά, ο χρόνιος πόνος, όταν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση σε όλους τους τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αναφέρουν χαμηλότερες επιδόσεις σε όλες τις διαστάσεις της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, συγκρινόμενοι με υγιείς ή με άλλες ομάδες ασθενών ενώ το φύλο, η διάρκεια και η ένταση του πόνου είναι προγνωστικοί παράγοντες της φυσικής διάστασης της υγείας (Dysvik E. και συν., 2004).

Τέλος, υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν τη μεγάλη επίδραση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Nickel R. και συν., 2003), όπως επίσης και την αρνητική επίδραση ψυχολογικών παραγόντων και μιας συναισθηματικής αστάθειας στο μετεχειρητικό αποτέλεσμα ασθενών με δισκογενή, χρόνια οσφυαλγία, μέσω της επίδρασης στο SF-36 (Derby R. και συν., 2005).

### Επισκόπηση υγείας SF-36 ( SF-36 health survey)

Τα τελευταία χρόνια, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στον τομέα της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life-HRQoL). Η πρόοδος αυτή έχει εκφραστεί κυρίως με τη δημιουργία ψυχομετρικών οργάνων μέτρησης, τα οποία διακρίνονται σε γενικού χαρακτήρα και εξειδικευμένα, για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.

Από τα πιο γνωστά ψυχομετρικά όργανα είναι η Επισκόπηση Υγείας SF-36, που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης των Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study-MOS) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης, που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Ware JE. και συν., 1992).

Η χρησιμότητα του SF-36 στην εκτίμηση της επίδρασης των ασθενειών και στη σύγκριση των ειδικών επιπτώσεών τους σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, έχει πιστοποιηθεί σε άρθρα που περιγράφουν πάνω από 200 ασθένειες και καταστάσεις. Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2 έως 10 ερωτήσεις η κάθε μια και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης. Συγκεκριμένα, οι κλίμακες μέτρησης είναι:

- α) Σωματική Λειτουργικότητα-ΣΛ (Physical Functioning) με 10 ερωτήσεις
  - β) Ρόλος Σωματικός-ΡΣ (Role-Physical) με 4 ερωτήσεις
  - γ) Σωματικός Πόνος-ΣΠ (Bodily Pain) με 2 ερωτήσεις
  - δ) Γενική Υγεία-ΓΥ (General Health) με 5 ερωτήσεις
  - ε) Ζωτικότητα-ΖΤ (Vitality) με 4 ερωτήσεις
  - στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα-ΚΛ (Social Functioning) με 2 ερωτήσεις
  - ζ) Ρόλος Συναισθηματικός-ΡΣΘ (Role Emotional) με 3 ερωτήσεις και
  - η) Ψυχική Υγεία-ΨΥ (Mental Health) με 5 ερωτήσεις
- Οι οκτώ επί μέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δυο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής υγείας →

**Πίνακας 1. Κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος N= 116 (Σύνολο του δείγματος)**

Φύλο	N	%	Εκπαίδευση	N	%
Άνδρες	51	44	Δημοτικό	5	4.3
Γυναίκες	65	56	Γυμνάσιο	27	23.3
			Λύκειο	42	36.2
			Τριτοβάθμια	42	36.2
Ηλικία	N	%	Οικογενειακή Κατάσταση	N	%
21-30	13	11.2	Άγαμοι	23	19.8
31-40	19	16.4	Έγγαμοι	78	67.2
41-50	30	25.9	Διαζευγμένοι	7	6
51-60	21	18.1	Χήροι	8	6.9
≥ 61	33	28.4			

**Πίνακας 4. Βαθμολογίες κλιμάκων σε σχέση με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά**

Μεταβλητές	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
<b>Φύλο</b>								
Άνδρες	61.77	42.19	43.00	46.33	56.56	57.03	77.08	68.58
Γυναίκες	55.79	35.32	39.03	46.17	51.19	55.95	65.61	66.86
<b>Ηλικία</b>								
21-30	66.67	41.67	40.50	56.83	59.58	62.50	80.55	69.33
31-40	66.58	48.68	50.37	55.58	63.16	70.39	71.93	72.00
41-50	59.65	43.96	43.21	46.79	61.38	58.19	79.31	68.69
51-60	62.00	37.50	40.35	51.15	53.25	61.87	58.33	63.40
≥61	46.61	25.81	32.90	32.74	38.06	40.32	65.59	65.93
<b>Εκπαίδευση</b>								
Δημοτικό	50.00	35.00	35.60	43.80	40.00	40.00	66.67	74.40
Γυμνάσιο	47.88	30.77	37.85	38.61	45.77	50.48	66.67	67.69
Λύκειο	61.87	37.50	43.35	49.02	56.87	60.62	72.50	67.90
Τριτοβάθμια	62.75	44.37	40.67	48.72	56.87	58.12	71.67	66.40
<b>Οικ. Κατάσταση</b>								
Άγαμοι	66.82	44.32	45.73	53.64	58.18	61.93	72.73	64.54
Έγγαμοι	57.09	38.17	41.80	46.47	55.07	58.28	72.52	70.22
Διαζευγμένοι	61.43	46.43	28.71	36.14	42.86	46.43	57.14	52.00
Χήροι	44.37	15.62	27.87	32.62	35.62	32.81	58.33	65.50

Συντομογραφίες: ΣΛ= Σωματική Λειτουργικότητα, ΡΣ= Ρόλος Σωματικός, ΣΠ= Σωματικός Πόνος, ΓΥ= Γενική Υγεία, ΖΤ= Ζωτικότητα, ΚΛ= Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΡΣΘ= Ρόλος Συναισθηματικός, ΨΥ= Ψυχική Υγεία

(Physical Component Summary-PCS) που περιλαμβάνει τη ΣΛ, το ΡΣ και τον ΣΠ και της Ψυχικής Υγείας (Mental Component Summary-MCS) που περιλαμβάνει τη ΨΥ, το ΡΣΘ και την ΚΛ. Τρεις παράγοντες, η ΖΤ, η ΓΥ και η ΚΛ έχουν ισχυρή συσχέτιση και με τις δύο γενικές κλίμακες.

Εμείς για τη μελέτη μας χρησιμοποιήσαμε την ελληνική μετάφραση της Επισκόπησης Υγείας SF-36 μετά την εγκυροποίηση και προτυποποίησή της<sup>22</sup>. Υποστηρίζεται ότι το SF-36 είναι ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο για τη μέτρηση της αντίληψης της υγείας στο γενικό πληθυσμό, καθώς είναι εύκολο στη χρήση, αποδεκτό από τους ασθενείς και πληρεί αυστηρά κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας<sup>8</sup>.

**Υλικό και μέθοδοι**

Τον πληθυσμό της μελέτης μας αποτέλεσαν 116 ασθενείς, 65 γυναίκες και 51 άνδρες, ηλικίας από 24 έως 82 ετών, οι οποίοι προσήλθαν στα τακτικά ιατρεία της κλινικής μας την περίοδο μεταξύ Σεπτεμβρίου 2007 και Ιουνίου 2009.

Στην έρευνα συμμετείχαν όσοι ανέφεραν μόνιμη οσφυαλγία, τουλάχιστον τους τελευταίους 3 μήνες (χρόνια οσφυαλγία).

Η οσφυαλγία μπορεί να ήταν το μοναδικό σύμπτωμα ή μπορεί να υπήρχε και ισχιαλγία ή οποιοσδήποτε άλλος αντανάκλαστικός πόνος στα κάτω άκρα. Ασθενείς που ανέφεραν μόνο ισχιαλγία ή μόνο αιμωδίες κάτω άκρων ή διάρκεια οσφυαλγίας μικρότερη από 6μήνου αποκλείονταν από τη μελέτη.

Στη συνέχεια, οι ασθενείς που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια, συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο με την ελληνική μετάφραση της επισκόπησης υγείας SF-36. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του δελτίου ήταν περίπου 10 λεπτά και το σύνολο των ασθενών έδειξε προθυμία και καλή συνεργασία. Στους ασθενείς γινόταν επίσης κλινική εξέταση με πλήρη νευρολογικό έλεγχο.

**Αποτελέσματα**

Οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε 5 ηλικιακές ομάδες των 10 ετών, ξεκινώντας από τη δεκαετία 21-30 και φτάνοντας σε αυτήν με πληθυσμό μεγαλύτερο από 61 έτη. Ο διαχωρισμός αυτός έγινε για την αρτιότερη μελέτη της επίδρασης της ηλικίας στη σχετική με την οσφυαλγία ποιότητα ζωής. Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης 5 (4.3%) ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας

εκπαίδευσης, 27 (23.3%) απόφοιτοι γυμνασίου, 42 (36.2%) απόφοιτοι λυκείου και 42 (36.2%) απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση 23 (19.8%) ήταν άγαμοι, 78 (67.2%) παντρεμένοι, 7 (6%) διαζευγμένοι και 8 (6.9%) χήροι. Σχηματικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Επίσης, 68 (58.6%) ασθενείς ανέφεραν τη λήψη κάποιου φαρμακευτικού σκευάσματος για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας τον τελευταίο μήνα (αντιφλεγμονώδες ή μυοχαλαρωτικό, σε ενέσιμη ή από του στόματος μορφή), ενώ 45 (38.8%) δεν έπαιρναν φάρμακα.

Ακόμα, 76 (65.5%) ασθενείς παρουσίαζαν ταυτόχρονα με την οσφυαλγία και ισχιαλγία, δηλαδή άλγος κατά τη διαδρομή του ισχιακού νεύρου στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού και της γαστροκνημίας, ενώ στους υπόλοιπους 40 (34.5%) το σύμπτωμα αυτό ήταν απών.

Τέλος, 50 (43.1%) ήταν καπνιστές και 64 (55.2%) μή καπνιστές.

Σε προηγούμενη παράγραφο παρουσιάσαμε τα γενικά χαρακτηριστικά του ψυχομετρικού οργάνου Επισκόπηση Υγείας SF-36. Είδαμε ότι αποτελείται από 8 επιμέρους κλίμακες που περιλαμβάνουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική παράμετρο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Σε κάθε μια από τις 8 αυτές κατηγορίες το άτομο, ανάλογα με τις απαντήσεις που δίνει, βαθμολογείται από 0 (το χειρότερο σκορ) μέχρι 100 (το καλύτερο σκορ). Άρα ένας ασθενής, όσο πιο υψηλό αποτέλεσμα επιτυγχάνει τόσο καλύτερη ποιότητα ζωής μπορούμε να πούμε ότι διαθέτει.

Στην έρευνα που κάναμε εμείς στο δείγμα των 116 ασθενών με χρόνια οσφυαλγία υπήρξε μεγάλο εύρος απαντήσεων για κάθε μία από τις 8 κλίμακες. Υπήρχαν άτομα με το ελάχιστο και άλλα με το μέγιστο δυνατό σκορ. Αναλυτικά τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα 3, όπου φαίνεται ακόμα ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση των τιμών αυτών. Στην τελευταία στήλη του πίνακα παραθέτουμε το μέσο όρο των αντιστοίχων κατηγοριών σε υγιή ελληνικό πληθυσμό (δείγμα 1426 κατοίκων της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών)<sup>22</sup>.

Από τη σύγκριση των μέσων όρων των δύο δειγμάτων προκύπτει ότι οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία εμφανίζουν χειρότερη, σχετική με την υγεία, ποιότητα ζωής και στις 8 κλίμακες της επι-

σκόπησης υγείας SF-36. Μάλιστα η διαφορά είναι μεγαλύτερη στις σωματικές παραμέτρους σε σχέση με τις ψυχικές, γεγονός απόλυτα δικαιολογημένο αφού αντιμετωπίζουν ένα έντονο σωματικό πρόβλημα υγείας.

Στη συνέχεια επιχειρούμε μια πιο αναλυτική παρουσίαση της έρευνάς μας παραθέτοντας τα αποτελέσματα μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης και την οικογενειακή κατάσταση (πίνακας 4).

Τα συμπεράσματα που μπορούμε να εξαχθούν από τη μελέτη του πίνακα είναι ποικίλα. Καταρχάς βλέπουμε ότι οι άνδρες εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες και στις οκτώ κλίμακες του SF-36. Αυτό έχει να κάνει κυρίως με τη μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο που εμφανίζουν συνήθως οι άνδρες, αλλά και με τη γενικότερη ψυχοσύνθεσή τους να αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα υγείας πιο στωικά και λιγότερο συναισθηματικά από τις γυναίκες. Να μην επηρεάζει δηλαδή σε μεγάλο βαθμό τις διάφορες παραμέτρους της προσωπικότητάς τους.

Επιπλέον, η ηλικία είναι μια σημαντική παράμετρος που καθορίζει τις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος. Οι ηλικιακές ομάδες 21-30 και 31-40 έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε όλες τις κλίμακες της επισκόπησης υγείας σε σχέση με τις ομάδες 41-50, 51-60 και ≥61 ετών. Η διαφορά αυτή είναι και στατιστικώς σημαντική στο επίπεδο του P<0.05<sup>3</sup>.

Η ερμηνεία εδώ περιλαμβάνει δύο επίπεδα :

α) το σωματικό. Με το πέρασμα των χρόνων αυξάνονται οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης δημιουργώντας έντονα ενοχλήματα και δυσκολία στην καθημερινότητα του ατόμου.

β) το ψυχολογικό. Στα ηλικιωμένα άτομα συνήθως συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας που επιδρούν στην ποιότητα ζωής τους δημιουργώντας ένα αίσθημα απογοήτευσης και παραίτησης από τις δραστηριότητες και τις «χαρές» της ζωής.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι απόφοιτοι Λυκείου και Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης εμφανίζουν ανώτερη ποιότητα ζωής σε όλες τις παραμέτρους σε σχέση με τους αποφοίτους Δημοτικού ή Γυμνασίου, πλην της ψυχικής υγείας. Ως ερμηνεία, μπορούμε να επικαλεστούμε τη μεγαλύτερη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της πρώτης κατηγορίας, γεγονός που τους επιτρέπει την πιο άμεση και αρτιότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Επίσης οι δουλειές τους είναι λιγότερο επίπονες σε σχέση με τη βαρεία, χειρονακτική εργασία ενός ανειδίκευτου εργάτη που συνήθως είναι απόφοιτος Δημοτικού ή Γυμνασίου.

Τέλος, μελετώντας την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι άγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερο σκορ από τους έγγαμους σε όλες τις κατηγορίες, εκτός της ψυχικής υγείας.

**Συζήτηση- Συμπεράσματα**

Όπως αναφέρθηκε, σκοπός της έρευνάς μας ήταν η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία με τη βοήθεια της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν την αναμφισβήτητη επίδραση της χρόνιας οσφυαλγίας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική διάσταση των ασθενών, αφού το σύνολό τους είχε μικρότερο σκορ και στις οκτώ κατηγορίες του SF-36 σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Με άλλα λόγια, η χρόνια οσφυαλγία βιώνεται ως μια οντότητα με αρνητική επίδραση στις δημιουργικές δραστηριότητες, τις κοινωνικές συναναστροφές, την καθημερινότητα και την ψυχική- συναισθηματική υπόσταση του ατόμου.

Ακόμα, δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Οι πιο νέοι σε ηλικία, οι απόφοιτοι Λυκείου ή Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και οι άγαμοι εμφάνισαν καλύτερα αποτελέσματα στο σύνολο σχεδόν των κλιμάκων της Επισκόπησης Υγείας και ιδιαίτερα στις σωματικές παραμέτρους, σε σχέση με τους μεγαλύτερους, τους αποφοίτους Στοιχειώδους Εκπαίδευσης και τους έγγαμους. Διαφοροποίηση υπάρχει και στο φύλο, με τους άνδρες να εμφανίζουν ανώτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες σε όλες τις κατηγορίες (στο ίδιο συμπέρασμα έχουν καταλήξει και μελέτες σε υγιή πληθυσμό).

Βέβαια, όπως είναι γνωστό, η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί μια πολυπαραγοντική πάθηση με μεγάλο εύρος αιτιοπαθογένειας, η οποία δυσκολεύει πολλούς φορές τον κλινικό ιατρό τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπισή της. Μια σειρά ερευνών έχουν δείξει ότι φυσικοί και ψυχοκοινωνικοί παράμετροι ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην επιτυχία της θεραπείας από ότι τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα ή ακόμα και η έκταση της δισκογενούς βλάβης<sup>20</sup>. Από τη στιγμή που έγινε αντιληπτή η πολυπαραγοντική φύση της χρόνιας οσφυαλγίας, η μεγάλη συχνότητά της στον πληθυσμό και οι πολυηλικιές της προεκτάσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, το επιστημονικό ενδιαφέρον εστιάστηκε στην αμεσότερη και αρτιότερη αντιμετώπισή της.

Αρχικά, η θεραπευτική προσπάθεια ήταν καθαρά σωματική και αποσκοπούσε στην προσωρινή εξάλειψη του πόνου είτε μέσω μιας φαρμακευτικής αγωγής είτε με χειρουργική επέμβαση. Τα



**Πίνακας 2. Λοιπά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος**

	Φάρμακα	Ισχιαλγία	Κάπνισμα
<b>ΝΑΙ</b>	68 (58.6%)	76 (65.5%)	50(43.1%)
<b>ΟΧΙ</b>	45 (38.8%)	40 (34.5%)	64 (55.2%)
<b>Ελλείπουσες τιμές</b>	3	0	2
<b>N</b>	116	116	116

αποτελέσματα όμως δεν ήταν τα αναμενόμενα. Συνεχώς καινούρια φάρμακα βγαίνουν στην αγορά, ο ασθενής καταλήγει να παίρνει και διαφορετικό σκεύασμα από κάθε ιατρό που επισκέπτεται, χωρίς να έχει την επιθυμητή βελτίωση. Όμως και το χειρουργείο έχει αποδειχτεί κατώτερο των αρχικών προσδοκιών. Τα τελευταία χρόνια, πάρα πολλές έρευνες έχουν καταδείξει την ανάγκη για ένα πρόγραμμα αποκατάστασης που υπολογίζει και εκτιμά όχι μόνο τον πόνο αλλά κυρίως την ανάγκη του ατόμου για βελτίωση της ποιότητας ζωής του<sup>23</sup>. Πρωταρχικός στόχος πάντως είναι η αποφυγή μετάπτωσης του προβλήματος σε χρόνιο και σε αυτό φαίνεται ότι μπορούν να βοηθήσουν θεραπείες συμπεριφοράς (Koleck M, και συν., 2006).

Η τάση λοιπόν στις μέρες μας είναι η εφαρμογή ενός πολυ-παραγοντικού προγράμματος που θα αντιμετωπίζει τον ασθενή με οσφυαλγία ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα αφού τέτοια είναι τις περισσότερες φορές και η αιτιολογία του προβλήματος. Ο Lang και συνεργάτες σε μια μελέτη τους έδειξαν ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα φαίνεται να βελτιώνει τον πόνο και την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια οσφυαλγία (Lang E. και συν., 2003). Μια άλλη έρευνα, αρχικά διαπιστώνει ότι η χρόνια οσφυαλγία ανθίσταται στη θεραπεία και η μη χειρουργική αντιμετώπιση της καθιστά ικανούς τους ασθενείς να επιστρέψουν στη δουλειά τους. Στη συνέχεια συμπεραίνει ότι ένα πολυεπίπεδο, βιοψυχοκοινωνικό πρόγραμμα αποκατάστασης επιδρά θετικά στον ασθενή και τον επαναφέρει γρηγορότερα στις κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες. Το πρόγραμμα αυτό αποσκοπεί στην ελάττωση του πόνου και στην άμεση λειτουργική του αποκατάσταση (Guzman J. και συν., 2001).

Αυτή είναι και η τάση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια, η γρήγορη δηλαδή επανένταξη του ατόμου με χρόνια οσφυαλγία και η μικρότερη παραμονή του στο κρεβάτι. Ο Deyo και συνεργάτες σε μια έρευνα απέδειξαν ότι δύο μέρες ανάπαυσης στο κρεβάτι ασθενών με οσφυαλγία έφερε τα ίδια αποτελέσματα με ανάπαυση στο κρεβάτι για επτά ημέρες. Η παραπάνω διαπίστωση επανεξετάστηκε από τους Atlas και Volin, οι οποίοι με δική τους έρευνα αποφάνθηκαν ότι λιγότερη ανάπαυση στο κρεβάτι και περισσότερη σωματική δραστηριότητα είναι ο καλύτερος συνδυασμός για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (Atlas S. και συν., 1997). Μια νέα μελέτη με σύγκριση μεταξύ της κατάκλισης

**Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των οκτώ κλιμάκων**

	N	ΕΥΡΟΣ	ΕΛΑΧ.	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ. ΟΡΟΣ	Τ.Α.	ΓΕΝ. ΠΛΗΘ
<b>ΣΛ</b>	116	90	10.00	100.00	58.23	17.47	80.76
<b>ΡΣ</b>	115	100	.00	100.00	37.39	27.38	79.74
<b>ΣΠ</b>	114	100	.00	100.00	41.18	17.71	72.98
<b>ΓΥ</b>	116	87	.00	87.00	46.37	19.07	67.46
<b>ΖΤ</b>	115	80	5.00	85.00	53.52	16.54	66.53
<b>ΚΛ</b>	114	100	.00	100.00	56.47	21.57	82.05
<b>ΡΣΘ</b>	115	100	.00	100.00	70.43	29.54	81.53
<b>ΨΥ</b>	116	80	20.00	100.00	67.41	13.35	68.23

Συντομογραφίες: ΣΛ= Σωματική Λειτουργικότητα. ΡΣ= Ρόλος Σωματικός. ΣΠ= Σωματικός Πόνος. ΓΥ= Γενική Υγεία. ΖΤ= Ζωτικότητα. ΚΛ= Κοινωνική Λειτουργικότητα. ΡΣΘ= Ρόλος Συναισθηματικός. ΨΥ= Ψυχική Υγεία. N= Πλήθος. Τ.Α.= Τυπική Απόκλιση. Γεν. Πλήθ. = Γενικός Πλήθος

στο κρεβάτι και της άσκησης των μυών της πλάτης έδειξε ότι οι ασθενείς που παρέμειναν κατακεκλιμένοι χρειάστηκαν 42% περισσότερο χρόνο να αναρρώσουν από εκείνους που έκαναν ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της πλάτης (P=0.0004). Επιπλέον η ομάδα των ασθενών που έκανε ασκήσεις σταμάτησαν τη λήψη φαρμάκων σε 46% λιγότερο χρόνο, σε σχέση με αυτούς που ήταν στο κρεβάτι (P=0.048) (Evans C. και συν., 1987).

Επιχειρώντας να συνοψίσουμε τα συμπεράσματα της μελέτης μας μπορούμε να πούμε ότι οι παράγοντες χρόνια οσφυαλγία και ποιότητα ζωής είναι στενά συνυφασμένοι και ο κλινικός ιατρός οφείλει να το λαμβάνει υπόψη του. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια οσφυαλγία με τη χρήση του ερωτηματολογίου της Επισκόπησης Υγείας SF-36 μπορεί στο μέλλον να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης ελέγχου της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας, όποια μορφή και αν έχει αυτή (συντηρητική ή χειρουργική). Περιμένουμε παρόμοιες εργασίες που θα ισχυροποιούν την παραπάνω πρόταση και θα τη θέσουν σε εφαρμογή σε κλινικό επίπεδο. Γιατί η ποιότητα ζωής κάθε ανθρώπου είναι πολύ ανώτερη από οποιονδήποτε σωματικό του πόνο. Πάνω απ' όλα κάθε ασθενής είναι μια ιδιαίτερη και ολοκληρωμένη προσωπικότητα και έτσι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγραφιώτης Δ., Λοπατατζίδης Α. Κοινωνική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 2000; τόμος Γ.
2. Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ. Βασική Ιατρική Στατιστική. Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, 1993.
3. Συμμεωνίδης ΠΠ. Ορθοπαιδική-κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996.
4. Andersson GP. Epidemiological features of chronic low back pain. Lancet 1999; 354:581-5.
5. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. J Affect Disord 2000; 57:235-9.
6. Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. Curr Opin Rheumatol 1995; 7:141-6.

7. Borenstein DG, Weisel SW, Boden SD. Low back pain: medical diagnosis and Comprehensive management. Philadelphia (PA): WB Saunders Company; 1994.
8. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O' Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305:160-4.
9. Carragee EJ. Psychological and functional profiles in select subjects with low back pain. Spine J. 2001 May-Jun; 1(3):198-204.
10. Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. Arthritis Rheum 2004 Apr 15; 51(2):168-76.
11. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. New England Medical Journal, 2001; 344:363-70.
12. Dysvik E, Lindstrom TC, Eikeland OJ, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. Pain Manag Nurs. 2004; 5(2):66-74.
13. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. New England Medical Journal, 1998.
14. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? BMJ 1993; 306:1440-4.
15. Hollingworth W, Deyo RA, Sullivan SD, Emerson SS, Gray DT, Jarvik JG. The practicality and validity of directly elicited and SF-36 derived health state preferences in patients with low back pain. Health Economics. 2001; 11:71-85.
16. Horng, Yi-Shiung MD, Hwang, Yaw-Huei, Hsin-Chi MD, Liang, Huey-Wen, Yuh Jang, Fuh-Chour, Wang, Jung-Der. Predicting Health-Related Quality of Life in Patients With Low Back Pain. Spine. March 1, 2005; 30(5):551-555.
17. Kovacs FM, Abreira V, Zamora J, Fernandez C, Bauza JR et al. Correlation between pain, disability and quality of life in patients with common low back pain. Spine. 2004 Jan 15; 29(2):206-10.
18. Mainiadas N., Gray A (2000). The economic burden of back pain in the U.K. Pain, 84:95-108.
19. Maurits W. van Tulder, Bart W. Koes, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. Pain 1995; 62: 233-240.
20. Nickel R, Egle UT, Eysel P, Rompe JD, Zollner J, Hoffmann SO. Health-related quality of life and somatization in patients with long-term low back pain: a prospective study with 109 patients. Spine 2001 Oct 15; 26(20):2271-7.
21. Nickel R, Egle UT. Predictors of quality of life after orthopedic treatment of lower back pain due to lumbar intervertebral disc disorders. Z Psychosom Med Psychother 2003; 49(1):49-62.
22. Pappa E., Kontodimopoulos N., Niakas D. Psychometric evaluation and normative data for the Greek SF-36 health survey using a large urban population sample. Hellenic Open University, Faculty of Social Sciences. 2003.
23. Raak R, Wikblad K, Raak A Sr, Carlsson M, Wahren LK. Catastrophizing and health-related quality of life: a 6-year follow up of patients with chronic low back pain. Rehabil Nurs 2002 May-June; 27(3):110-116;discussion 117.