



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΙΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Οσφραλγία και ποιότητα ζωής

Σπουδαστής:

Αμπουχεμόντ Χάλεντ, Ιατρός (Α.Μ. 31)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δημολιάτης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2007

**The Relationship of Disability and Health Related
Quality of Life in patients with Low Back Pain**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Ορισμός – Έννοια.....	5
Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητα ζωής.....	10
Εισαγωγή.....	10
Μεθοδολογία μέτρησης.....	11
Μέτρηση της ποιότητας ζωής μέσω ερωτηματολογίου.....	11
Όργανα μέτρησης.....	12
Επισκόπηση υγείας (Short Form) SF-36.....	14
Κύρια μεθοδολογικά προβλήματα.....	16

2. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Εισαγωγή.....	18
Ανατομικά στοιχεία.....	19
Αίτια της οσφυαλγίας.....	21
Παθήσεις των σπονδύλων.....	22
Παθήσεις των μεσοσπονδυλίων δίσκων.....	27
Παθήσεις των αρθρώσεων.....	31
Το μυοπερτοναϊκό σύνδρομο.....	32
Παθήσεις των σπλάχνων.....	33
Η ακαθόριστη αιτιολογίας οσφυαλγία.....	34
Διαγνωστική προσέγγιση	35

3. Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Το ερωτηματολόγιο Roland-Morris.....	37
Τι λέει η βιβλιογραφία.....	38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Περίληψη	40
Εισαγωγή-σκοπός της έρευνας.....	41
Υλικό και μέθοδος.....	41
Αποτελέσματα.....	45
Συζήτηση.....	49
Συμπεράσματα.....	50

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

52

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το ερωτηματολόγιο Roland-Morris.....	57
Το ερωτηματολόγιο SF-36.....	58
Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας.....	63

Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου». Βλέποντας την αρχική ιδέα να μετουσιώνεται σε γραπτό κείμενο, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν με κάθε τρόπο ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιστημονικά υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κ. Δ. Δαμίγο και τα μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής κα. Ε Ευτυχίδου και κ. Α. Πετρίδη. Κυρίως θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γιάννη Δημολιάτη για τη συνολική βοήθειά του, για τις εύστοχες παρατηρήσεις του και τις επιμελείς διορθώσεις του, για τα σχόλια που έγιναν αφορμή για βελτιώσεις ουσίας και ύφους και γενικά για όλα όσα διδάχτηκα απ' αυτόν. Ευχαριστώ τους φυσιοθεραπευτές που με βοήθησαν στη συλλογή του δείγματος, ειδικά τους εργαζόμενους στο γενικό νοσοκομείο Χατζηκώστα Ιωαννίνων κ. Σταυρόπουλο και κ. Σμίλη. Επίσης τον κ. Ε. Ντεκουμέ και ειδικά τον κ. Χ. Τζοβάρια για την σημαντική βοήθειά του στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Ευχαριστώ τη Δήμητρα για την αδιάλειπτη καθολική υποστήριξή της, αλλά και για την έμπρακτη παρουσία της σε όλους τους τομείς της εργασίας, ειδικά στην επιμέλεια και τη βελτίωση του κειμένου. Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά ευχαρίστησή μου σε όλους τους ασθενείς-συμμετέχοντες στην έρευνα, γιατί όλα ξεκινούν και καταλήγουν σε αυτούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ορισμός

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (the World Health Organization Quality of Life Assessment, 1995) ορίζει την ποιότητα ζωής ως: *«την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους»* (The WHOQOL, 1995).

Η έννοια της ποιότητας ζωής

Οι ιστορικές ρίζες του όρου «ποιότητα ζωής» πρωτοεμφανίζονται στα κλασσικά κείμενα του Αριστοτέλη που χρονολογούνται γύρω στα 330 π.Χ. Συγκεκριμένα, στα Ηθικά Νικομάχεια ο Αριστοτέλης αναγνωρίζει την συσχέτιση της ευτυχίας με την ποιότητα της ζωής και τις υποκειμενικές αξίες του ατόμου:

«οὐν σχεδόν ὑπό τῶν πλείστων ὁμολογείται τήν γάρ εὐδαιμονίαν καί οἱ πολλοί καί οἱ χαρίεντες λέγουσιν, τό δ' ἐν ζῆν καί τό ἐν πράτειν ταὐτόν ἀπολαμβάνουσι τῷ εὐδαιμονεῖν»

«Οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι οι ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα».

Ο Σταγειρίτης φιλόσοφος σημειώνει ότι οι άνθρωποι συχνά δε συμφωνούν μεταξύ τους για το τι ακριβώς είναι η ποιότητα της ζωής:

«περί δέ τῆς εὐδαιμονίας, τί ἐστίν, ἀμφισβητοῦσι καί οὐχ ὁμοίως οἱ πολλοί τοῖς σοφοῖς ἀποδίδουσιν. Οἱ μὲν γάρ τῶν ἐναργῶν καί τί καί φανερῶν, οἷον ἡδονήν ἢ πλοῦτον ἢ τιμὴν ἄλλοι δ' ἄλλο».

« Διαφωνοῦν, ὅμως μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ἴδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Διότι εκείνοι την κατατάσσουν στα απλά και φανερά πράγματα, ὅπως είναι η ἡδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί τη θεωροῦν κάτι ἄλλο».

Αλλά ακόμη τα ἴδια τα άτομα αλλάζουν τον τρόπο σκέψης τους σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους, ανάλογα με την κατάσταση στην οποία κάθε βρίσκονται:

«πολλάκις δέ καί ὁ αὐτός ἕτερον· νοσήσας μὲν γάρ ὑγίειαν, πενόμενος δέ πλοῦτον».

« Σε πολλές περιπτώσεις, ο ἴδιος ο ἄνθρωπος ἔχει διαφορετική γνώμη, διότι ὅταν αρρωστήσει, θεωρεῖ την υγεία ευδαιμονία κι ὅταν είναι φτωχός, τα πλούτη».

Η ἔννοια αὐτή ὅμως κατά την διάρκεια των αἰώνων υπέστη πολλές τροποποιήσεις, καθώς ἐπηρεάστηκε ἀπὸ προσωπικές ἐπιθυμίες, ἐμπειρίες, συμπεριφορές και πεποιθήσεις που ἐμπεριείχαν φιλοσοφικές, πολιτισμικές, πνευματικές, ψυχολογικές ἀλλά και οικονομικές διαστάσεις. Ἐτσι, γενικά στην βιβλιογραφία θα μπορούσε κανείς να βρει μια πολυδιάστατη προσέγγιση βασισμένη σε αντικειμενική, ἀλλά και σε υποκειμενική μεθοδολογία ἐπιστημόνων κάθε κλάδου.

Στη σύγχρονη ἐποχή η σημασία της ποιότητας ζωής για τον ἄνθρωπο ἀναγνωρίζεται και προωθείται ἀπὸ τον Ὀργανισμό των Ἠνωμένων Ἐθνῶν μέσα ἀπὸ διακηρύξεις και συμβάσεις. Ἀρχικά η διακήρυξη των ἀνθρωπίνων δικαιωμάτων το 1948, κυρίως στο ἀρθρο 3 και 25, που ἀφοροῦν ἀντίστοιχα «... τη ζωή, ἐλευθερία, ἀσφάλεια...» και «... το ἐπίπεδο ζωής που ἐξασφαλίζει υγεία και ευεξία...» ἐμπεριείχε την ἔννοια, παρόλο που δε γίνεται ἀναφορά στον ἀκριβή ὄρο. Μεταγενέστερα, η ποιότητα ζωής ἀρχίζει να ἀποκτά πιο συγκεκριμένη μορφή. Ἐτσι, η διακήρυξη του Ρίου για το περιβάλλον και την ἀνάπτυξη δηλώνει στην ἀρχή 1: «οι ἄνθρωποι βρίσκονται στο κέντρο των προβληματισμών για μια αειφόρο ἀνάπτυξη. Δικαιοῦνται μια ζωή υγιεινή και

παραγωγική σε αρμονία με την φύση». Επίσης, η αρχή 8 αναφέρεται στο σκοπό επίτευξης «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους»(UN earth summit, 1993).

Σημαντικό διαχωριστικό σημείο, απαραίτητο για την κατανόηση της επιστημονικής προσέγγισης, αφορά τη διαίρεση της έννοιας σε δυο διαστάσεις, όπου η ευεξία και η προσωπική εμπειρία του ατόμου για τη ζωή του συνιστούν την υποκειμενική διάσταση της ποιότητας της ζωής, ενώ η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που έχουν επίδραση στην ποιότητα ζωής χαρακτηρίζει την αντικειμενική διάσταση(Νάκου, 2001). Εντούτοις οι Zautra και Goodhard το 1979 τονίζουν την αναγκαιότητα συνδυασμού αυτών των δυο διαστάσεων δίνοντας έναν ορισμό στην ποιότητα ζωής: *«το να είναι καλή η ζωή αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις»* (Zautra, Goodhard, 1979).

Εκτός από τα προαναφερθέντα αξίζει να παραθέσει κανείς την οικονομολογική προσέγγιση της έννοιας, μια αξιοσημείωτη αλλά μη ιατρική προσέγγιση που ρεαλιστικά μπορεί να θεωρηθεί ως η πιο σπουδαία, καθώς όλες οι σημερινές κοινωνίες διέπονται από μια υλιστική, κερδοσκοπική νοοτροπία που δυστυχώς επηρεάζει και τις υπηρεσίες υγείας. Αυτή η προσέγγιση εστιάζει στην κατανομή των πόρων. Οι βασικοί δείκτες του επιπέδου ζωής που χρησιμοποιούνται είναι το ακαθάριστο εθνικό προϊόν και το κατά κεφαλήν εισόδημα. Ο πλούτος αγοράζει υλικά και υπηρεσίες. Το ακαθάριστο εθνικό προϊόν όμως δεν δίνει αναλυτικά στοιχεία για την κατανομή των οικονομικών πόρων εντός μιας χώρας, αλλά ούτε διευκρινίζει το εισόδημα διαφόρων ομάδων του πληθυσμού ή την επένδυση στην παιδεία, την υγεία και στις κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης, όπως επιβεβαιώθηκε στη σύσκεψη κορυφής του ΟΗΕ για την ανάπτυξη και το περιβάλλον, σε πολλές περιπτώσεις η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη συνοδεύεται από την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής μεγάλων ομάδων του πληθυσμού. Στη προσπάθειά της να αναπληρώνει αυτά τα ελλείμματα, η Διεθνής Τράπεζα καθιέρωσε τον δείκτη φυσικής ποιότητας ζωής (Physical Quality of Life Index, PQLI) που βασίζεται στο ακαθάριστο εθνικό προϊόν σε συνδυασμό με την βρεφική θνησιμότητα, την αναμενόμενη διάρκεια ζωής και το ποσοστό αναλφαβητισμό σε κάθε χώρα.

Στο επίπεδο της πολιτικής υγείας, η οικονομολογική βάση για την κατανομή πόρων για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στηρίζεται κυρίως σε δείκτες όπως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, η επιβίωση, το ποσοστό αναπηρίας και το κόστος της θεραπείας. Σταδιακά εισήχθησαν και η προληπτική προσέγγιση, η απώλεια χρόνου εργασίας και τα χρόνια ζωής με διόρθωση ανάλογα με την ποιότητα (Quality Adjusted Life Years, QALY). Εδώ δε χρειάζεται να αναφερθεί πως η φτώχεια παραμένει ένας δυσμενής παράγοντας στο σύνολο της ποιότητας ζωής με αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία (Οικονόμου και συν., 2001).

Για να διαχωρίσουμε την ποιότητα ζωής με την γενική της έννοια από την ποιότητα ζωής που αφορά τις απαιτήσεις της ιατρικής και των κλινικών εφαρμογών, χρησιμοποιείται ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής» (Health Related Quality of Life, HRQL), η οποία περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα καθώς κι έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Ο Lehman υποστηρίζει ότι το θέμα της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις παραμέτρους: α) το τι είναι ικανό να κάνει το άτομο, β) την πρόσβαση του σε πόρους κι ευκαιρίες, γ) το αίσθημα της ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο (Lehman, 1997). Οι δυο πρώτες θεωρούνται αντικειμενικοί δείκτες, ενώ η τελευταία θεωρείται ότι εμπίπτει στην κατηγορία των υποκειμενικών δεικτών. Πάντως, η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής είναι μεν παρούσα στην κλινική σκέψη, αλλά και κατά την λήψη θεραπευτικών αποφάσεων με διαφορετική υπόσταση όμως που διαφέρει ανάλογα με την ειδικότητα, τα βιώματα, το πολιτισμικό περιβάλλον, τις συνθήκες που επικρατούν. Δυστυχώς όμως γίνεται αντιληπτή από τους περισσότερους απασχολούμενους στο χώρο της υγείας ως φιλοσοφική έννοια και όχι σαν μεταβλητή που θα μπορούσε να μετρηθεί ποσοτικά.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, κυρίως του δυτικού κόσμου, γνωρίζουν καλά την έκφραση «ποιότητα ζωής» και ενστικτωδώς καταλαβαίνουν τι περιλαμβάνει αυτή η έννοια. Η διαφορά έγκειται στη διαφορετικότητα των ανθρώπων προσδίδοντας έτσι διαφορετική σημασία της έννοιας για τους διαφορετικούς ανθρώπους λ.χ οι κλινικοί ιατροί δίνουν έμφαση στην ποιότητα της φυσικής κατάστασης του ανθρώπου, ενώ οι

ψυχολόγοι τονίζουν την συναισθηματική και την ψυχολογική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου.

Η θεωρία της συστημικής προσέγγισης τονίζει πως ο άνθρωπος είναι ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό σύνολο και η όποια διαταραχή σε κάποια από τις τρεις διαστάσεις οδηγεί σε διαταραχή ολόκληρου του συνόλου με φυσικά αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Στην ιατρική βιβλιογραφία οι αρχικές αναφορές στην ποιότητα ζωής ως έννοια εμφανίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Οι ρίζες της ήδη μπορούν να αναγνωριστούν στον ορισμό της υγείας που προτάθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1958 στην κλασική έκδοση «Τα Πρώτα 10 Χρόνια της WHO» ως: *«η σωματική, νοητική και κοινωνική ευημερία και όχι μόνον η απουσία της ασθενείας και της αναπηρίας»*(WHO, 1958). Μεταγενέστερα, το 1984, στη διακήρυξη «Υγεία για Όλους» η οποία βασίζεται σε τέσσερις στόχους: α)προσθέτοντας χρόνια στη ζωή, β) ισότητα στην υγεία, γ) δίνοντας υγεία στη ζωή, δ) προσθέτοντας ζωή στα χρόνια, δόθηκε μια θεσμική διάσταση στην έννοια(WHO-EURO, 1985), ενώ στην τροποποιημένη δήλωση σχετικά με τους στόχους του προγράμματος που εκδόθηκε το 1991 ξαναδιατυπώνεται η θέση ότι *«όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωή που τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά»*(WHO-EURO, 1991). Έτσι, στον ορισμό της υγείας περιλαμβάνεται ο ορισμός της ευτυχίας, και κατά συνέπεια ο στόχος των ιατρικών υπηρεσιών είναι η βελτίωση όλων των πτυχών της ζωής (και συνεπώς της ποιότητας της ζωής) με επίκεντρο τον άνθρωπο, μέσα στον κοινωνικό του περίγυρο και όχι η θεραπεία της πάθησης ή η εξάλειψη των συμπτωμάτων(Βαλάσση-Αδάμ, 2001).

Στην Ελληνική ιατρική βιβλιογραφία συναντά κανείς σπάνια δημοσιεύσεις στις οποίες αναφέρεται ο όρος στον τίτλο ή στην περίληψη. Ακόμη λιγότερες είναι οι εργασίες που περιλαμβάνουν κάποιο εργαλείο μέτρησης (Βαλάσση-Αδάμ, 2001).

Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Εισαγωγή

Είναι αυτονόητο ότι η προσπάθεια απλοποίησης της έννοιας ενός φανερά τόσο πολύπλοκου όρου θα ήταν τουλάχιστον αφελής. Πολλοί ερευνητές όμως θεωρούν ότι ο ευκρινής ορισμός της ποιότητας ζωής μειώνει σημαντικά την πιθανότητα να παρερμηνεύουν τα αποτελέσματα μέτρησης τόσο οι σχεδιαστές όσο και οι επαγγελματίες υγείας ή οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Η θεωρία που θα προκύψει από την φιλοσοφία πρέπει να συμβάλλει στη δόμηση μιας πραγματικότητας, ώστε όλες οι διαφορετικές όψεις της ποιότητας ζωής να επιδέχονται λεπτομερή ανάλυση, να είναι σαφείς και να μην αλληλοεπικαλύπτονται. Μια καλή θεωρία προσδιορίζει επίσης τη σχετική βαρύτητα κάθε ερώτησης και τη συμβολή της κάθε απάντησης στην συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι ερωτήσεις πρέπει να δίνουν ένα σύνολο εναλλακτικών απαντήσεων σε κλίμακα διαβάθμισης για να είναι δυνατή η συζήτηση των αποτελεσμάτων (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Μεθοδολογικά επιβεβλημένη θεωρείται η χρήση πολλαπλών ερωτήσεων για την εκτίμηση μιας διάστασης, ώστε να πετύχουμε πολλαπλές μετρήσεις κάθε διάστασης. Ένα όργανο μέτρησης που περιλαμβάνει πολλαπλές ερωτήσεις για την κάθε διάσταση βελτιώνει σημαντικά την εγκυρότητα των μετρήσεων του (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Η διάκριση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η εννοιολογική προσέγγιση και το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διερευνάται η ποιότητα της ζωής (ο ίδιος ο άρρωστος, το περιβάλλον του, ο ιατρός, ο ιατρικός φάκελος) καθορίζουν την επιλογή της κατάλληλης πηγής συλλογής πληροφοριών. Ουσιαστικά, η σχέση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών εκτιμήσεων παραπέμπει στην πολυδιάστατη προσέγγιση της ποιότητας ζωής, όπου η συσχέτιση των αντικειμενικών και υποκειμενικών μετρήσεων μπορεί να δώσει αποτελέσματα με κάποια αξία.

Μεθοδολογία μέτρησης

Η σύγχρονη ιατρική κοινότητα επικεντρώνει πλέον την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων (αντικειμενική παράμετρος) όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή του αρρώστου, αλλά και στο περιβάλλον του (υποκειμενική παράμετρος). Μια μεθοδολογία μέτρησης που λαμβάνει υπόψη όλες τις προαναφερθείσες διαστάσεις, που αποσκοπεί στην επιστημονική διερεύνηση της ποιότητας ζωής με την χρήση ερωτηματολογίων οφείλει να επιτύχει την ικανοποίηση των βασικών μεθοδολογικών απαιτήσεων και προϋποθέσεων της επιστημονικής έρευνας.

Μέτρηση της ποιότητας ζωής μέσω ερωτηματολογίου

Οι ερευνητές που θέλουν να χρησιμοποιήσουν ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης που έχει σχεδιαστεί από κάποιον άλλον, πρέπει να εκτιμήσουν τη θεωρία, τις ερωτήσεις, τις εναλλακτικές απαντήσεις και την κλίμακα διαβάθμισης. Οι ερωτηθέντες πρέπει με τη σειρά τους να έχουν τη γνώση ότι κάθε ερώτηση δεν στερείται νοήματος και σημασίας και ότι οι ερωτήσεις στο σύνολο τους εκφράζουν την ποιότητα της ζωής τους. Αυτοί στους οποίους απευθύνονται τα αποτελέσματα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν τη φιλοσοφία της θεωρίας που χρησιμοποιήθηκε (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η σύνθεση, η διαμόρφωση, η σειρά των ερωτήσεων και γενικά θα λέγαμε η αισθητική παρουσίαση του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να αντανakλά την ποιότητά του και να εκφράζει σεβασμό προς τα άτομα από τα οποία ζητείται η γνώμη για την προσωπική τους ποιότητα ζωής.

Όργανα μέτρησης

Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά όργανα μέτρησης της ποιότητας της ζωής που εκφράζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και αντανακλούν διαφορετικές θεωρίες. Σημαντικό στοιχείο για να είναι έγκυρο ένα όργανο μέτρησης είναι να πληροί ορισμένες βασικές προϋποθέσεις, έτσι ώστε τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να είναι δυνατή η ερμηνεία τους ποσοτικά. Οι βασικές αυτές προϋποθέσεις αφορούν την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την ειδικότητα, και την ευαισθησία ενός οργάνου.

Η αξιοπιστία (reliability) είναι από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις που προσδιορίζει εάν ένα όργανο είναι κατάλληλα κατασκευασμένο και εκφράζεται με τα εξής ερωτήματα: α) η δοκιμασία αυτή μετρά με ακρίβεια και συνέπεια αυτό που προτίθεται να μετρήσει; β) η πλειονότητα των τυχαίων παραγόντων στην ζωή του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των μετρήσεων; Η ακριβής ερμηνεία των αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει εφόσον είναι γνωστή η αξιοπιστία του οργάνου μέτρησης. Σε περίπτωση που ο συντελεστής της αξιοπιστίας δεν είναι γνωστός, τότε η βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός αρρώστου που μπορεί λανθασμένα να αποδοθεί σε κάποια θεραπεία, να οφείλεται στην πραγματικότητα σε τυχαίους παράγοντες.

Ο συντελεστής της αξιοπιστίας υπολογίζεται συνήθως δίνοντας δυο εκδόσεις του ίδιου οργάνου μέτρησης σε ένα ομοιογενές δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού. Εάν τα αποτελέσματα είναι σχετικά ίδια, τότε η δοκιμασία μέτρησης είναι αξιόπιστη. Ένα καλό όργανο μέτρησης έχει δείκτη αξιοπιστίας που κυμαίνεται μεταξύ 0,70-0,90 (Ιωαννίδης, 2000).

Η εγκυρότητα (validity) ακολουθεί μετά τον έλεγχο για την αξιοπιστία και θεωρείται πιο σημαντικός συντελεστής. Διακρίνεται σε τέσσερις τύπους που συνθέτουν την συνολική εγκυρότητα ενός οργάνου α) εγκυρότητα έκφρασης (face validity) β) εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) γ) εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion validity) δ) δομική εγκυρότητα (construct validity) (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Η ειδικότητα αναφέρεται στη δυνατότητα ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής να προσδιορίσει σωστά διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Ένα όργανο μέτρησης με καλή ειδικότητα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να

διακρίνει μεταξύ των ατόμων που έχουν καλή ποιότητα ζωής έναντι εκείνων που έχουν κακή ποιότητα ζωής, διαφορετικών ομάδων πληθυσμού.

Η ευαισθησία εκφράζει την ακρίβεια της μέτρησης, έτσι ώστε να μην διαφεύγουν τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας κ.ά.

Σε συνάρτηση με την επιλογή ενός οργάνου μέτρησης, μεγάλης σημασίας θεωρείται και η επιλογή των καταλληλότερων πηγών συλλογής στοιχείων και πληροφοριών. Οι πηγές μπορούν να είναι οι ίδιοι ασθενείς ή το περιβάλλον τους, επαγγελματίες υγείας, ιατρικός φάκελος. Αυτονόητο είναι ότι οι πληροφορίες που αντλούνται από τους ίδιους τους ασθενείς εκφράζουν την υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής τους, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν την αντικειμενική διάσταση. Επομένως, εάν η εννοιολογική προσέγγιση θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής έχει κυρίως υποκειμενική αξία, τότε είναι αυτονόητο ότι η πηγή άντλησης πληροφοριών είναι οι ίδιοι οι άρρωστοι. Η τελική επιλογή των καταλληλότερων πηγών πληροφόρησης και οργάνων μέτρησης της ποιότητας ζωής θα εξαρτηθεί τόσο από τους γενικούς και τους ειδικούς στόχους της έρευνας, όσο και από το διαθέσιμο χρόνο και το κόστος της έρευνας.

Όπως προαναφέραμε η χρήση οργάνων μέτρησης που περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε μια διάσταση θεωρείται μεθοδολογικά επιβεβλημένη. Από τα πλέον διαδεδομένα όργανα μέτρησης αναφέρουμε ενδεικτικά α) The Sickness Impact Profile, β) General Health Questionnaire, (Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας), γ) Ερωτηματολόγιο για τον πόνο του McGill δ) Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol) ε) Επισκόπηση Υγείας SF-36 που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα και για το οποίο θα γίνει εκτεταμένη αναφορά παρακάτω.

Επισκόπηση υγείας (Short Form 36) SF36

Η Επισκόπηση Υγείας (Short Form) SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware J., προκειμένου να επιτευχθούν οι ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών, διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας αρρώστιας ή θεραπείας. Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcome Studies, MOS) (Ware, 1993). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι 36 ερωτήσεις συνθέτουν 8 κλίμακες, από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις η κάθε μία: (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 δυο ερωτήσεις, (δ) γενική υγεία, ΓΥ (general health) με 5 ερωτήσεις, (ε) ζωτικότητα, ΖΤ (vitality) με 4 ερωτήσεις, (στ) κοινωνική λειτουργικότητα, ΚΛ (social functioning) με τρεις ερωτήσεις, (ζ) ρόλος-συναισθηματικός ΡΣΘ (role –emotional) με 3 ερωτήσεις και (η) ψυχική υγεία ΨΥ (mental health) με 5 ερωτήσεις. Υπάρχει μια ακόμη ερώτηση που αναφέρεται στην μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται στην κατασκευή κάποιας κλίμακας. Οι οχτώ αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Παράλληλα με την ανάπτυξη του SF-36 ξεκίνησε η προσπάθεια, μέσω του έργου IQOLA (International Quality of Life Assessment Project), για την μετάφραση του σε άλλες γλώσσες, να γίνουν οι απαραίτητοι έλεγχοι αξιοπιστίας κι εγκυρότητας και να τυποποιηθεί για να είναι δυνατή η σύγκριση

των ατομικών με τα ομαδικά αποτελέσματα. Με αυτή τη διαδικασία γίνεται δυνατή η εφαρμογή και η χρήση του ερωτηματολογίου διεθνώς, καθώς και η σύγκριση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμών διαφορετικών χωρών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ και των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Όλες οι κλίμακες του SF-36 έχουν συσχετιστεί με τις κλίμακες άλλων οργάνων μέτρησης και οι συσχετίσεις είναι θετικές και στατιστικά σημαντικές, υποδεικνύοντας έτσι ότι η σχετιζόμενη με το κριτήριο αυτό εγκυρότητα του SF-36 τεκμηριώνεται (Παππά και συν., 2006). Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες Βαθμολογίες που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες εφαρμογές του SF-36. Η ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διάφορων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Είναι σημαντικό ότι στη βιβλιογραφία υπάρχουν περισσότερες από 400 δημοσιευμένες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιείται το SF-36 και τουλάχιστον 140 ακόμη που αφορούν στη μετάφραση και υιοθέτησή του σε διάφορες χώρες (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004). Η επιλογή αυτού του ερωτηματολογίου στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε κυρίως λόγω της προαναφερθείσας αξιοπιστίας και εγκυρότητας που έχουν τεκμηριωθεί από την ελληνική ιατρική βιβλιογραφία .

Κύρια μεθοδολογικά προβλήματα

Τα βασικά προβλήματα που συναντά ένας ερευνητής στη προσπάθειά του να μελετήσει την ποιότητα ζωής μπορούν να συμπεριληφθούν στα εξής:

- Ο όρος ποιότητα ζωής αφενός είναι μια πλούσια, αλλά αφετέρου αφηρημένη έννοια, καθώς και η προσπάθεια που γίνεται είναι να ερμηνευθεί ποσοτικά με ένα κοινό μέτρο.
- Παρόλο που υπάρχει μια πληθώρα οργάνων μέτρησης απουσιάζει ένας χρυσός κανόνας αναφοράς ανάμεσα στα διάφορα όργανα που έχουν αναπτυχθεί μέχρι τώρα.
- Τα πιο λεπτομερή όργανα είναι δύσχρηστα και χρειάζονται επιπλέον χρόνο, ενώ τα απλά όργανα δεν συλλαμβάνουν ελαφρές αλλαγές στην ποιότητα ζωής (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).
- Τα όργανα μέτρησης έχουν κατασκευαστεί για γενική χρήση, ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Έτσι υπάρχει ο κίνδυνος να μην εκτιμηθούν ειδικές καταστάσεις σε ειδικές κατηγορίες ασθενών. Η ενδεδειγμένη λύση είναι η χρήση γενικών οργάνων μέτρησης, εμπλουτισμένων με μετρήσεις επιμέρους θεμάτων της ποιότητας ζωής που αφορούν τις ειδικές καταστάσεις που βιώνουν οι άρρωστοι του υπό μελέτη πληθυσμού. Με αυτόν τον τρόπο αναμένεται να είναι η μέγιστη δυνατή προσέγγιση αφενός της ακρίβειας αφετέρου της συγκρισιμότητας των μετρήσεων της ποιότητας ζωής μεταξύ ομοειδών ή διαφορετικών ομάδων στο χώρο ή στο χρόνο
- Παρατηρείται συχνά ότι στις περιπτώσεις όπου οι καταστάσεις υγείας μπορεί να εκτιμηθούν αντικειμενικά υποεκτιμάται το πρόβλημα από τον ίδιο τον ασθενή ειδικά σε πληθυσμούς που έχουν συνηθίσει σε άσχημες καταστάσεις υγείας ή έχουν μάθει να συμβιώνουν με το πρόβλημα υγείας τους, οδηγώντας έτσι σε μικρότερο αρνητικό αντίκτυπο στη συνολική ποιότητα της ζωής

τους (το φαινόμενου του ευτυχισμένου σκλάβου του De Tocqueville).

- Είναι αμφίβολο κατά πόσο αυτά τα όργανα μπορούν να γενικευτούν σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες. Είναι χαρακτηριστικό ότι πιο πλούσιοι και μορφωμένοι πληθυσμοί δηλώνουν περισσότερα συμπτώματα από ότι πιο φτωχοί και παραμελημένοι πληθυσμοί. Έτσι πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα που προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό που ζει υπό τις ίδιες κοινωνοοικονομικές συνθήκες.
- Ορισμένες καταστάσεις υγείας δεν μπορούν να εκτιμηθούν με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (όπως για παράδειγμα καταστάσεις που συνοδεύονται από έκπτωση της νοητικής λειτουργίας π.χ. άνοια ή κατάθλιψη)(Ιωαννίδης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Εισαγωγή

Με τον όρο «οσφυαλγία» εννοούμε τον πόνο της περιοχής του οσφύος που είναι η περιοχή της ράχης ανάμεσα στη βάση του θώρακα και τα λαγόνια ανεξάρτητα από το αίτιο παθογένησης. Στα αγγλικά ο συνήθης χρησιμοποιούμενος όρος είναι “low back pain”.

Η οσφυαλγία συχνά συνοδεύεται από πόνο που κατανέμεται κατά μήκος του αντίστοιχου δερματομίου της προσβεβλημένης νωτιαίας ρίζας που ονομάζεται ισχιαλγία(Μουντοκαλάκης, 2002).

Η οσφυαλγία είναι αρκετά συχνό σύμπτωμα (θα μπορούσε να το χαρακτηρίσουμε ως καθημερινό) που η πλειοψηφία των ενηλίκων το έχει βιώσει. Το 1990 η παγκόσμια οργάνωση υγείας δήλωσε πως χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για την καταπολέμηση του τεράστιου κοινωνικού προβλήματος που προέρχεται από τις διαταραχές της σπονδυλικής στήλης, τοποθετώντας την οσφυαλγία στο επίκεντρο, αφού θεωρείται ότι είναι η πιο συχνή αλλά και η πιο πολυδάπανη διαταραχή του μυοσκελετικού συστήματος στο δυτικό κόσμο με τεράστια επιρροή στο χώρο της εργασίας (Frymoyer et al, 2004).

Υπολογίζεται ότι στη μεγάλη Βρετανία 7% των ενηλίκων επισκέπτονται κάθε χρόνο τον ιατρό τους λόγω οσφυαλγίας με αντίστοιχο κόστος που ξεπερνά τις 500 εκατομμύρια λίρες για το εθνικό σύστημα υγείας (Elaine et al, 1999) . Η επίπτωση όλων των τύπων της οσφυαλγίας ξεπερνά το 70%, με αξιοσημείωτη αύξηση τα τελευταία 20 έτη και με απώλεια χρόνου εργασίας που αντιστοιχεί σε 418 εκατομμύρια δολάρια το 1996 στις ΗΠΑ(Frymoyer et al, 2004).Υπολογίζεται ότι το 37% των ασθενών που παρακολουθούνται στα ιατρεία πόνου πάσχουν από οσφυαλγία και παρόλο το γεγονός ότι η κλινική

εξέταση και ο παρακλινικός έλεγχος μπορεί να αποκαλύψουν την πιθανώς υπεύθυνη νόσο για τα συμπτώματα, στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αδύνατο να καθοριστεί το αίτιο που προκαλεί την οσφυαλγία. Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πολλές ελεγχόμενες μελέτες έχουν αναδείξει μικρή συσχέτιση ανάμεσα στα κλινικά συμπτώματα και στα απεικονιστικά σημεία εκφύλισης. Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι η συχνότητα της οσφυαλγίας ελαττώνεται μετά την ηλικία των 60 ετών, όταν οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης γίνονται περισσότερες. Από την άλλη, είναι φανερό ότι οι νεώτερες απεικονιστικές μέθοδοι έχουν πολύ υψηλή ευαισθησία οδηγώντας έτσι σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα ως προς το αίτιο της οσφυαλγίας (Μουντοκαλάκης, 2002).

Ανατομικά στοιχεία

Από την ανατομική άποψη η σπονδυλική στήλη αποτελείται από 33 σπονδύλους που ενώνονται μεταξύ τους με πρόσθιες κι οπίσθιες μεσοσπονδύλιες αρθρώσεις έτσι τα σώματα εμπρός ενώνονται δια των μεσοσπονδυλίων δίσκων, ενώ τα τόξα πίσω δια των οπισθίων σπονδυλικών αρθρώσεων. Η σύνδεση των σωμάτων ενισχύεται με τον πρόσθιο κι οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο, ενώ των τόξων με το οπίσθιο συνδεσμικό σύστημα σχηματίζοντας έτσι τον σπονδυλικό σωλήνα (Moore, 1998).

Από την λειτουργική άποψη είναι χρήσιμη η θεώρηση ως λειτουργικής μονάδας του τμήματος της σπονδυλικής στήλης που αποτελείται από δυο διαδοχικούς σπονδύλους, τον ενδιάμεσο μεσοσπονδύλιο δίσκο, τις διαρθρώσεις μεταξύ των αρθρικών αποφύσεων, τους συνδέσμους, τη σκληρή μήνιγγα και τις νευρικές ρίζες της αντίστοιχης περιοχής. Από αυτά τα στοιχεία ευαίσθητα στον πόνο είναι το περίοστεο των σπονδύλων, ο θύλακος των επιφανειών των αρθρικών αποφύσεων, οι εξωτερικές στοιβάδες του ινώδους δακτυλίου, οι σύνδεσμοι, η σκληρή μήνιγγα και οι νευρικές ρίζες.

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι θεωρούνται ως το πιο σημαντικό σημείο της μονάδας σε σχέση με την παθογένεια των περισσότερων περιπτώσεων

οσφυαλγίας. Οι ινοχόνδρινες αυτές πλάκες αντιστοιχούν στο σχήμα των αρθρικών επιφανειών των σπονδυλικών σωμάτων και πρακτικά παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην υποστήριξη του βάρους του σώματος και μικρότερο ρόλο στην κίνηση. Κάθε δίσκος αποτελείται από ένα εξωτερικό ινώδη δακτύλιο που περιβάλλει έναν εσωτερικό πηκτοειδή πυρήνα. (Μουντοκαλάκης, 2002).

Αίτια οσφυαλγίας

Παρόλο που στην καθημερινή κλινική πράξη συναντάμε κάποιες συγκεκριμένες αιτίες που προκαλούν οσφυαλγία πολύ πιο συχνά από άλλες «σπάνιες αιτίες», είναι πολύ σημαντικό να έχουμε τις υπόλοιπες αιτίες κατά νου, έτσι ώστε να μην διαφεύγουν την προσοχή μας περιπτώσεις που χρήζουν διαφορετικής διαγνωστικής προσέγγισης ή θεραπείας.

Αίτια οσφυαλγίας

1. Παθήσεις των σπονδύλων
 - 1.1. Λοιμώξεις (οστεομυελίτιδα, φυματίωση, μελιταίος πυρετός κ.α.)
 - 1.2. Νεοπλασματικές (μεταστατικά καρκινώματα, λεμφώματα Hodgkin και μη Hodgkin, πολλαπλούν μύελωμα)
 - 1.3. Μεταβολικές (οστεοπόρωση, οστεομαλακία)
 - 1.4. Τραυματικές (κατάγματα, διαστρέμματα)
 - 1.5. Συγγενείς ανωμαλίες (σπονδυλόλυση, σπονδυλολίση)
2. Παθήσεις των μεσοσπονδύλιων δίσκων.
 - 2.1. Πρόπτωση (κήλη) μεσοσπονδύλιου δίσκου
 - 2.2. Εκφύλιση μεσοσπονδύλιου δίσκου χωρίς πρόπτωση
3. Παθήσεις των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης
 - 3.1. Εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια
 - 3.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα
 - 3.3. Σύνδρομο Reiter, ψωριασική αρθρίτιδα, αρθρίτιδα που συνοδεύει φλεγμονώδη νόσο εντέρου
4. Παθήσεις σπλάχνων (οσφυαλγία από αντανάκλαση)
 - 4.1. Πεπτικό έλκος, καρκίνος στομάχου
 - 4.2. Παγκρεατίτιδα, ψευδοκύστεις, καρκίνος παγκρέατος
 - 4.3. Φλεγμονώδεις ή νεοπλασματικές παθήσεις παχέος εντέρου
 - 4.4. Πυελονεφρίτιδα, λιθίαση, κύστεις, καρκίνος νεφρού
 - 4.5. Φλεγμονώδεις ή νεοπλασματικές παθήσεις ενδοπυελικών οργάνων και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Παθήσεις των σπονδύλων

Λοιμώδη νοσήματα

Απ' τα λοιμώδη νοσήματα που προσβάλλουν τους σπονδύλους, συνηθέστερα είναι η οξεία πυογόνος (σταφυλοκοκκική ή σπανιότερα, στρεπτοκοκκική) οστεομυελίτιδα που προσβάλλει τη σπονδυλική στήλη (σπονδυλίτιδα) και εμφανίζεται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα στις μεγάλες ηλικίες, σε αντίθεση με την οξεία οστεομυελίτιδα που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Ο πόνος στην οσφυ είναι συνήθως αμβλύς και υποξύς ή χρόνιος, επιδεινώνεται με την κίνηση, αλλά μπορεί να μην ανακουφίζεται με την ανάπαυση και συνοδεύεται χαρακτηριστικά από περιορισμό της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης.

Η φυματιώδης σπονδυλίτιδα (νόσος του Pott) έχει γίνει σχετικά σπάνια στις μέρες μας. Μπορεί να εμφανιστεί λίγο μετά την πρωτογενή λοίμωξη ή να εκδηλωθεί μετά από πολλά χρόνια ως αναζωπύρωση της νόσου. Είναι συχνότερη στις μικρές ηλικίες. Η φυματίωση της σπονδυλικής στήλης μπορεί να συνδυάζεται με φυματίωση των γεννητικών οργάνων. Άλλα λοιμώδη αίτια οσφυαλγίας είναι ο μελιταίος πυρετός (σπάνια επιπλοκή), ο τυφοειδής πυρετός (προσβολή των οστών εμφανίζεται ως επιπλοκή του τυφοειδούς πυρετού σε λιγότερες από 1% των περιπτώσεων της νόσου). Οι μυκητικές λοιμώξεις του σκελετού είναι συνήθως δευτεροπαθείς μυκητικής λοίμωξης άλλου οργάνου (π.χ. πνευμονικής μυκητίασης).

Οι λοιμώξεις που προσβάλλουν τη σπονδυλική στήλη ξεκινούν απ' το σώμα ενός σπονδύλου και επεκτείνονται απ' τον επισκληρίδιο χώρο προς τον επόμενο σπόνδυλο. Ο σχηματισμός αποστήματος οδηγεί σε καθίζηση του προσβεβλημένου σπονδύλου. (Μουντοκαλάκης, 2002).

Νεοπλασματικές παθήσεις

Οι πιο συχνές νεοπλασματικές παθήσεις των σπονδύλων είναι μεταστατικές, ενώ απ' τα πρωτοπαθή σπονδυλικά νεοπλάσματα συχνότερα είναι το πολλαπλούν μυέλωμα και τα λεμφώματα. Μεταστάσεις στους σπονδύλους προκαλούν συνήθως ο καρκίνος του μαστού, του θυρεοειδούς, του προστάτη,

του στομάχου και της μήτρας, το βρογχογενές καρκίνωμα και το αδενοκαρκίνωμα του νεφρού. Αξιοσημείωτο είναι ότι η παρουσία νεοπλασματος στα σπονδυλικά σώματα μπορεί να μη συνοδεύεται από οσφυαλγία, ενώ ο έλεγχος με απλή ακτινογραφία του ασθενούς που πάσχει από οσφυαλγία που οφείλεται σε σπονδυλικό νεόπλασμα μπορεί να είναι αρνητικός. Τα ενδεχόμενα αυτά προκύπτουν αφενός από το ότι η πρόκληση οσφυαλγίας εξαρτάται απ' την εντόπιση της βλάβης, δηλαδή απ' την προσβολή του περιosteού και των παρασπονδυλικών ιστών (ο ίδιος ο οστίτης ιστός δεν αλγεί) και αφετέρου από το ότι βλάβες μικρότερες από 1cm³ δεν απεικονίζονται στις απλές ακτινογραφίες. Απ' την άλλη μεριά, η εμφάνιση οσφυαλγίας από οστικές μεταστάσεις μπορεί να προηγείται των κλινικών εκδηλώσεων του πρωτοπαθούς νεοπλασματος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα εν προκειμένω αποτελούν ο καρκίνος του προστάτη και το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα. Η εισβολή του πόνου μπορεί να αντιστοιχεί χρονικά στην πρόκληση αυτόματου κατάγματος στις αποφύσεις ή τα σώματα των σπονδύλων. Ο πόνος επιδεινώνεται με τις κινήσεις, αλλά δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και μπορεί να γίνεται εντονότερος τη νύχτα. Η πίεση των νωτιαίων ριζών ή του νωτιαίου μυελού από τη νεοπλασματική μάζα εκδηλώνεται με επέκταση του πόνου στις περιοχές όπου κατανέμονται τα νεύρα που έχουν προσβληθεί και με την εμφάνιση αισθητικών και κινητικών διαταραχών των κάτω άκρων. (Frymoyer et al, 2004)

Μεταβολικές παθήσεις

Ο πόνος που οφείλεται σε μεταβολικές παθήσεις των σπονδύλων (οστεοπόρωση ή οστεομαλακία) είναι συνήθως σχετικά ήπιος και αμβλύς, εντοπίζεται στο βάθος, στη μέση γραμμή ή παρασπονδυλικούς και ανακουφίζεται με την κατάκλιση. Όταν η οστική αραίωση είναι τέτοιου βαθμού ώστε να προκαλεί συμπιεστικό κάταγμα σπονδυλικού σώματος, η οσφυαλγία μπορεί να εκδηλώνεται ως οξύς και έντονος πόνος που εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σπόνδυλο και χειροτερεύει με τις κινήσεις. Συνήθως, ο πόνος αυτός υποχωρεί μέσα σε μερικές εβδομάδες. (Frymoyer et al, 2004).

Σπονδυλόλυση

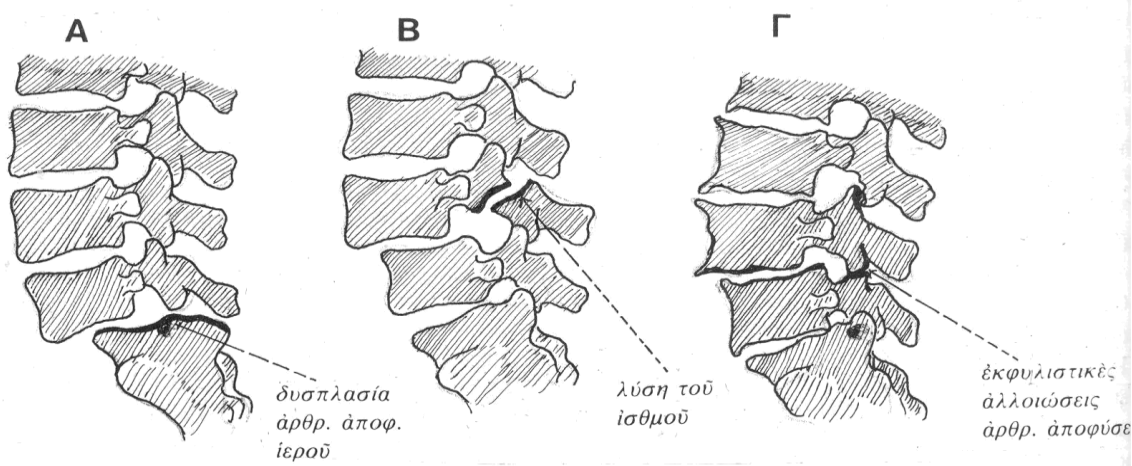
Είναι οστικό έλλειμμα του αυχένα του σπονδυλικού τόξου μεταξύ των αρθρικών αποφύσεων. Η σπονδυλόλυση μπορεί να οφείλεται σε συγγενή δυσπλασία, σε επίκτητη βλάβη από εκφυλιστική ή άλλης φύσης οστική νόσο ή σε κάταγμα (μετά από άσκηση μεγάλης βίας όπως για παράδειγμα εκτινάξεις από αυτκίνητο μετά από τροχαία, πτώση από μεγάλο ύψος ή αλεξιπτωτιστές). Η σπονδυλόλυση επιτρέπει την προς τα εμπρός ολίσθηση ενός σπονδύλου πάνω από τον κατώτερο του. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως **σπονδυλολίσθηση**. Οι κατώτεροι οσφυϊκοί σπόνδυλοι αποτελούν συνήθη θέση σπονδυλολίσθησης. Η σπονδυλολίσθηση αποτελεί την κυριότερη αιτία οσφυαλγίας σε παιδική και εφηβική ηλικία και εξακολουθεί να είναι αιτία πόνου ακόμη στην ενήλικη ζωή και μπορεί να συνοδεύεται και από ισχιαλγία. Όταν είναι επίκτητη, η σπονδυλολίσθηση συνυπάρχει συχνά με πρόπτωση πηκτοειδούς πυρήνα του μεσοσπονδύλιου δίσκου που βρίσκεται πάνω ή κάτω απ' το σπόνδυλο που έχει ολισθήσει. Η οσφυαλγία είναι συνήθως χρόνια και επιδεινώνεται με τις κινήσεις της οσφυϊκής χώρας. Με την πάροδο του χρόνου η ανταλγική θέση του αρρώστου έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάσταση σκολίωσης. Όταν συνυπάρχει ισχιαλγία, η κατανομή του πόνου στο κάτω άκρο μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση μεταξύ απλής σπονδυλολίσθησης και σπονδυλολίσθησης που συνοδεύεται από πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου: Όταν η κατανομή του πόνου αντιστοιχεί σε ρίζα που βρίσκεται πάνω ή κάτω απ' τη θέση της σπονδυλολίσθησης, η συνύπαρξη πρόπτωσης μεσοσπονδύλιου δίσκου θεωρείται ως πολύ πιθανή.

Οι βασικές μορφές της **σπονδυλολίσθησης** είναι τρεις :

A. Η δυσπλαστική : είναι συγγενής και αφορά τις αρθρικές αποφύσεις (συνήθως τις άνω αρθρικές αποφύσεις του ιερού και πολλές φορές συνυπάρχει δισχιδής ράχη του Ο5 και του ιερού).

B. Η ισθμική: όπως λέει και το όνομα αφορά τον ισθμό που συνήθως είναι μειονεκτικό από πλευράς κατασκευής με αποτέλεσμα κατά την βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία να υφίσταται λύση της συνεχειας του ή αύξηση κατά μήκος του ή ακόμα και οξύ κάταγμα.

Γ. Η εκφυλιστική: απαντά πιο συχνά σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών και οφείλεται σε εκφθιστικές αλλοιώσεις των σπονδυλικών διαρθρώσεων και των μεσοσπονδυλίων δίσκων. Η ολίσθησης συνήθως δεν είναι μεγάλη και συμβαίνει στο Ο4-5 διάστημα. (Χαρτοφυλακίδης, 1981)



Πηγή: Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ., *Θέματα Ορθοπεδικής και Τραυματολογίας*, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1981.

Συγγενείς ανωμαλίες

Οι συγγενείς ανωμαλίες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι πολλές, παρόλα αυτά λίγες μπορεί να προκαλέσουν οσφυαλγία κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Πάντως, η ενοχοποίηση αυτών των ανωμαλιών πρέπει να γίνεται μετά τον αποκλεισμό άλλων πιο συχνών αιτιών. Συνήθως οι ανωμαλίες που προκαλούν διαταραχή στην στατική ικανότητα, τη σταθερότητα και την λειτουργία της οσφυϊκής μοίρας οδηγούν στην ευκολότερη καταπόνηση και την εμφάνιση οσφυαλγίας.

Η ιεροποίηση του 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου ελαττώνει τις οσφυϊκές κινητές μονάδες και καταργεί την ευκίνητη οσφυοϊερά άρθρωση με αποτέλεσμα την καταπόνηση των υπερκειμένων σπονδυλικών αρθρώσεων. **Η επιμηκέστερη κι ογκώδης εγκάρσια απόφυση του 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου** μπορεί να επηρεάσει την κινητικότητα της οσφυοϊεράς άρθρωσης. **Η ασύμμετρη φορά των αρθρικών επιφανειών** μιας κινητής μονάδας που

συνήθως συμβαίνει μεταξύ 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου και του ιερού οστού μετατοπίζει και διαταράσσει το κέντρο κίνησης τους και μπορεί έτσι να προκαλέσει οσφυαλγία. **Η απλασία των αρθρικών αποφύσεων** ενός σπονδύλου που συνήθως παρατηρείται στις αρθρώσεις κάτω του 5^{ου} σπονδύλου ή στις άνω του ιερού οστού διευκολύνει την τάση ολίσθησης του υπερκειμένου σπονδύλου και κατά κανόνα του 5^{ου} οσφυϊκού επί του ιερού οστού. **Η σφηνοειδής παραμόρφωση** ενός οσφυϊκού σπονδύλου διαταράσσει την στατική ικανότητα και την σταθερότητα της οσφυϊκής μοίρας και προκαλεί καταπόνηση και την πρόωρη εμφάνιση εκφυλιστικών αλλοιώσεων. **Η δισχιδής ράχη** δεν είναι πάντοτε υπεύθυνη για την εμφάνιση οσφυαλγίας. Όταν όμως αφορά πολλούς σπονδύλους και συνυπάρχει απλασία των οπισθίων συνδέσμων, τότε το σημείο της ανωμαλίας μπορεί να είναι αιτία αστάθειας και επομένως οσφυαλγίας. (Χαρτοφυλακίδης, 1981)

Παθήσεις μεσοσπονδυλίων δίσκων

Κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου (πρόπτωση του πηκτοειδούς πυρήνα)

Αποτελεί την κυριότερη αιτία χρόνιας ή υποτροπιάζουσας οσφυαλγίας με ή χωρίς ισχιαλγία. Πιο συχνά προσβάλλονται τα μεσοσπονδύλια διαστήματα Ο4-Ο5 και Ο5-Ι1 και σπανιότερα το διάστημα Ο3-Ο4. Οι κήλες στην αυχενική και στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι σπάνιες, αλλά όχι ανύπαρκτες. Ο πόνος που προκαλείται σε αυτές τις περιπτώσεις αποδίδεται στον ερεθισμό των παρακείμενων ευαίσθητων ιστών (κυρίως των νεύρων) και μπορεί να εκτείνεται προς τα εμπρός στην κατώτερη κοιλιακή χώρα ή προς τα κάτω στην περιοχή των γλουτών, του ιερού οστού και του κόκκυγα, χωρίς όμως να συνεχίζεται προς τους μηρούς, αν και μπορεί να προκαλεί πόνο στο κατώτερο μέρος των κνημών και τα σφυρά, αλλά όχι στον άκρο πόδα.

Πιστεύεται ότι της κήλης προηγείται εκφύλιση του δίσκου. Ο πηκτοειδής πυρήνας χάνει την υδροφιλική του ιδιότητα και έτσι σταδιακά παύει να λειτουργεί ως ασυμπίεστο στο κολλοειδές, ο ινώδης δακτύλιος χάνει επίσης την ελαστικότητά του και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές προς το οπίσθιο τμήμα του που ανατομικά έχει μικρότερο πάχος και ιδιαίτερα προς το οπισθοπλάγιο τμήμα του (θέση την οποία παρατηρούμε πολύ συχνά σε αυτές τις περιπτώσεις) και αυτό συμβαίνει διότι ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος στο κέντρο του είναι ισχυρός κι ενισχυμένος ενώ στα πλάγια λεπτύνεται παρουσιάζοντας έτσι μεγαλύτερη ενδοτικότητα.

Η γήρανση του δίσκου αρχίζει πρώιμα ήδη από την τρίτη δεκαετία της ζωής. Μια από τις πιθανές εξηγήσεις αυτής της εκφύλισης είναι οι μικροτραυματισμοί και οι καταπονήσεις που λαμβάνουν χώρα στην περισσότερο κινητή και καταπονημένη περιοχή της σπονδυλικής στήλης.

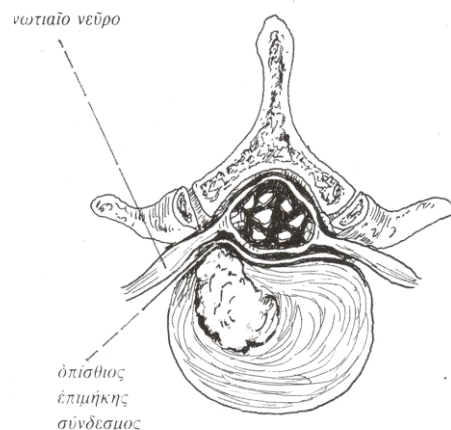
Παρόλα αυτά, κήλη δίσκου παρατηρείται όλο με πιο αυξανόμενη συχνότητα σε νεαρά άτομα όπου δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο δίσκος έχει προλάβει να εκφυλιστεί. Ασφαλώς στις περιπτώσεις αυτές ο πηκτοειδής πυρήνας προπίπτει δια μέσο ρωγμής του ινώδη δακτυλίου προς τα πίσω ή πιο

συνηθισμένα προς τα πίσω και πλάγια, ενώ διατηρεί ακόμη τις φυσιολογικές του ιδιότητες για να αποξηρανθεί και να ουλοποιηθεί στη συνέχεια.

Άξιο αναφοράς είναι ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα της προαναφερθείσας κατηγορίας είναι πιο επίμονα. Αυτό οφείλεται ακριβώς στη βραδύτητα με την οποία εκφυλίζεται ο δισκικός ιστός καθυστερώντας έτσι την υποχώρηση των πιεστικών φαινομένων, όπως θα αναμενόταν σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, για παράδειγμα σε άτομα 55-60 ετών. Οι εκφυλισμένοι και αποξηραμένοι δίσκοι σπάνια προκαλούν έντονα πιεστικά φαινόμενα οδηγώντας έτσι σε κρίσεις πόνου (Frymoyer et al, 2004).

Οι τρεις βασικές παθολογανατομικές ποικιλίες κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου.

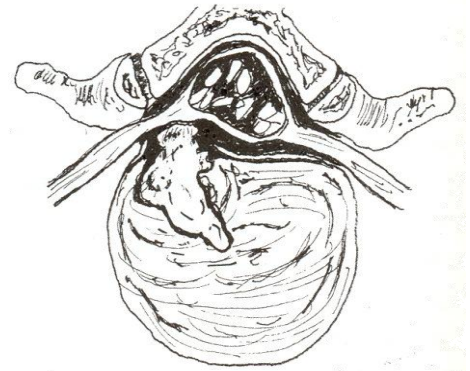
1. Η προβολή: σε αυτή τη μορφή ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος διατείνεται από την προβολή προς τα πίσω και πλάγια του πηκτοειδούς πυρήνα, χωρίς όμως η ανατομική του σύσταση να αλλοιωθεί. Οι κρίσεις οσφυοισχιαλγίας είναι ήπιες με μεσοδιαστήματα ελεύθερα πόνου. Η κλινική εικόνα και τα υποκειμενικά ενοχλήματα είναι σχετικώς ήπιες. Νευρολογικά ελλείμματα από τα κάτω άκρα απουσιάζουν.



2. Η πρόπτωση: ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος έπεται από επανειλημμένες πιέσεις έχει λεπτυνθεί κι υποχωρήσει. Διατηρεί όμως τη συνέχειά του. Η δισκική ουσία εγκλωβισμένη και δυσκίνητη σε στενό χώρο ασκεί ισχυρή και συνεχή πίεση στη αντίστοιχη ρίζα. Η κλινική εικόνα είναι οξύτατη, παρατηρείται μεγάλη κλίση του κορμού, σύσπαση των ραχιαίων μυών, περιορισμός των κινήσεων, σημείο Laseque εντόνως θετικό. Την οξεία κρίση είναι δυνατόν να διαδεχθεί περίοδος πλήρους ηρεμίας, αν η κήλη αναταχθεί.



3. Η έκθλιψη: ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος έχει ραγεί και η δισκική ουσία είναι ελεύθερη μέσα στο νωτιαίο σωλήνα. Η κλινική εικόνα είναι οξύτατη με αυξομειώσεις και επηρεάζεται από τις διάφορες στάσεις του σώματος το σημείο Laseque ή απουσιάζει η είναι θετικό πολύ ψηλά στις 60-70 μοίρες. Τα έντονα ενοχλήματα αν υποχωρήσουν εγκαταλείπουν αιμωδία στο αντίστοιχο σκέλος και ελαφρά αλλά συνεχή οσφυαλγία. Η κλίση του κορμού παραμένει πολλές φορές ακόμη μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων (Χαρτοφυλακίδης, 1981).



Πηγή εικόνων: Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ., *Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας*, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1981.

Παθήσεις των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης

Όπως είναι γνωστό, αυτή η ομάδα των παθήσεων με κύριο εκπρόσωπο την **εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια** αποτελεί συνηθισμένο πρόβλημα των ατόμων μεγάλης ηλικίας (>50 ετών). Φαίνεται δε ότι υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες και μπορεί να εμφανιστεί σε μικρότερη ηλικία. Το επάγγελμα αλλά και ο τρόπος ζωής, προηγούμενοι τραυματισμοί, η παρουσία συγγενών ανωμαλιών συμβάλλουν στην συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Η οσφυαλγία που προκαλεί επιδεινώνεται με τις κινήσεις του σώματος και βελτιώνεται με την ανάπαυση με συνοδό τον περιορισμό της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης και σύσπαση των οσφυϊκών μυών. Σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν νευρολογικά ελλείμματα. Ο βαθμός συμμετοχής πρόπτωσης μεσοσπονδυλίου δίσκου που μπορεί να συνυπάρχει με την εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί.

Σημαντικό είναι να τονίσουμε πως η ακτινολογική εικόνα οστεοφύτων στην απλή ακτινογραφία δεν σημαίνει ότι πρέπει να αποδώσουμε την οσφυαλγία στην σπονδυλαρθροπάθεια. Ασθενείς με εντυπωσιακά ακτινολογικά ευρήματα μπορεί να μην παραπονιούνται για οσφυαλγία ενώ άλλοι να έχουν έντονη κλινική εικόνα χωρίς ιδιαίτερα ακτινολογικά ευρήματα. Γι' αυτό πρέπει να είμαστε πιο σχολαστικοί, διότι μπορεί η οσφυαλγία που την αποδίδουμε κατά λάθος στα οστεόφυτα να υποκρύπτει μια πολύ σοβαρή παθολογία, όπως το μεταστατικό καρκίνωμα ή το πολλαπλούν μύελωμα (Waxman, 1998).

Μια άλλη νόσος στα πλαίσια των αυτοάνοσων παθήσεων είναι η **αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα**. Προσβάλλει τη σπονδυλική στήλη και τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις πιο συχνά από άλλες αρθρώσεις του σώματος και μπορεί να συνοδεύεται από άλλες εκδηλώσεις, όπως ιριδοκυκλίτιδα. Η νόσος προσβάλλει νεαρά άτομα (20-30ετών) και κατά κανόνα άντρες. Στο 90-95% των περιπτώσεων ανευρίσκεται το αντιγόνο ιστοσυμβατότητας HLA-B27 και πολλές φορές έχει χαρακτηριστεί ως εξωεντερική εκδήλωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn). Η κλινική εικόνα μπορεί να ποικίλει, αλλά συνήθως εισβάλλει ύπουλα. Ο πόνος ακτινοβολεί στην περιοχή των γλουτών και των ισχίων και προοδευτικά εγκαθίσταται οσφυϊκή δυσκαμψία. Χαρακτηριστικό σημείο που μας βοηθά στη

διαφοροδιάγνωση είναι ότι ο πόνος και η δυσκαμψία δεν υποχωρούν με την ανάπαυση, όπως συμβαίνει με την οσφυαλγία που οφείλεται στην πρόπτωση του μεσοσπονδυλίου δίσκου, άλλα αντιθέτως επιδεινώνεται. Η ανταπόκριση των συμπτωμάτων στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και στην φυσιοθεραπεία είναι αξιόλογη. (Μουντοκαλάκης, 2002)

Το Μυοπεριτοναϊκό σύνδρομο

Θεωρείται ως αίτιο οσφυαλγίας, χωρίς όμως να αποκλείεται τα άτομα που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο να έχουν άλλες παθήσεις που να τους προκαλούν οσφυαλγία. Επίσης, πολύ πιθανόν είναι να εκδηλώσουν πόνο σε άλλα σημεία του σώματος, όπως για παράδειγμα αυχεναλγία και άλγος της ωμικής ζώνης. Χαρακτηρίζεται από την έκλυση του πόνου μετά από ερεθισμό ενός ή περισσότερων σημείων πυροδότησης “trigger points”, μπορεί να προσβάλλει όλες τις μυϊκές ομάδες και τις περιτονίες τους και προκαλεί πόνο, μυϊκό σπασμό, δυσκαμψία, αδυναμία και περιορισμό του εύρους κίνησης.

Η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική: αναφέρονται η χρόνια κατάχρηση μιας μυϊκής ομάδας, ο μυϊκός κάματος, ο τραυματισμός, η ψύξη ενός μυός, ορμονικές διαταραχές, διατροφική ανεπάρκεια και οι χειρουργικές τομές.

Ο πόνος συνήθως δεν εστιάζει στον πάσχοντα μυ αλλά αντανακλά σε διάφορα σημεία του σώματος. (Αργύρα και συν., 2006)

Παθήσεις των σπλάχνων

Πολλές παθήσεις ενδοκοιλιακών σπλάχνων μπορεί να προκαλέσουν πόνο στην οσφύ, δηλαδή η οσφυαλγία να συνοδεύει ένα κοιλιακό άλγος ή να αποτελεί επέκτασή του. Έτσι, η οσφυαλγία που συνοδεύει το πεπτικό έλκος υποχωρεί μετά τη λήψη τροφής ή αντιόξινων φαρμάκων ενώ δεν επηρεάζεται από τις κινήσεις της οσφυϊκής χώρας. Πάντως η διαφοροδιάγνωση από την οσφυαλγία που οφείλεται στις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι σχετικά εύκολη χάρη στα συνοδά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ενδοκοιλιακές παθήσεις (έμετος, δυσουρικά ενοχλήματα κ.α.)

Οι παθήσεις του στομάχου και του παγκρέατος προκαλούν πόνο που εντοπίζεται στην περιοχή του 1^{ου} ή του 2^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου, ενώ η ένταση του μπορεί να είναι μεγαλύτερη προς τη δεξιά ή αριστερή παρασπονδυλική χώρα. Έτσι, οι παθήσεις της κεφαλής του παγκρέατος χαρακτηρίζονται συνήθως από δεξιά κυρίως εντόπιση του οσφυϊκού πόνου, ενώ οι παθήσεις της ουράς αυτού του οργάνου προκαλούν οσφυαλγία που εντοπίζεται κυρίως αριστερά. Οι παθήσεις του παχέος εντέρου μπορεί να προκαλούν πόνο στο ύψος του 2ου ή 3ου οσφυϊκού σπονδύλου, όταν εντοπίζονται στο εγκάρσιο, ενώ, όταν προσβάλλουν το κατιόν και το σιγμοειδές, χαρακτηρίζονται από χαμηλότερη εντόπιση της οσφυαλγίας. Πολλές φορές, ο πόνος από παθήσεις του πεπτικού αρχίζει απ' την κοιλιά και επεκτείνεται ζωστηροειδώς προς την οσφύ. Οι παθήσεις του νεφρού προκαλούν ετερόπλευρη οσφυαλγία που εντοπίζεται στο ανώτερο τμήμα της οσφύς και συχνά συνοδεύεται από πόνο του πλάγιου κοιλιακού τοιχώματος. Οσφυαλγία χαμηλής εντόπισης μπορεί να προκαλείται από φλεγμονώδεις ή νεοπλασματικές παθήσεις του ορθού, του προστάτη ή των γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Τέλος, έντονη οσφυαλγία προκαλείται από λεμφώματα ή άλλα νεοπλασματικά ή φλεγμονώδη νοσήματα που διηθούν τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. (Borenstein, 1997)

Η ακαθόριστη αιτιολογία οσφυαλγία

“Nonspecific low back pain”

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου το 85%) ασθενών ηλικίας 25-55 ετών που βιώνουν την λεγόμενη «ακαθόριστη αιτιολογία οσφυαλγία». Η συμπτωματολογία δεν μπορεί να εξηγηθεί από τα φυσικά ευρήματα και ορίζεται ως τα συμπτώματα που εμφανίζονται αρχικά στην μέση χωρίς σημεία πίεσης μιας ρίζας και χωρίς άλλα ευρήματα που να υποδεικνύουν άλλη αιτία. Επίσης, δεν ανευρίσκονται άλλα παθολογικά ευρήματα ή συγγενείς ανωμαλίες.

Η πρόγνωση είναι εξαιρετική: περίπου το 80% των αρρώστων επιστρέφουν στις φυσιολογικές τους δραστηριότητες σε διάστημα 4-6 εβδομάδες, ενώ μόνο το 10% μπορεί να μεταπέσει στη χρονιότητα.

Η προσέγγιση αυτών των αρρώστων, έκτος από την κλασσική διαγνωστική προσέγγιση, πρέπει να συμπεριλάβει και το βιοψυχοκοινωνικό προφίλ του αρρώστου, γεγονός που θα πρέπει να εφαρμοστεί σε όλες τις περιπτώσεις (Frymoyer et al, 2004).

Διαγνωστική προσέγγιση

Η προσέγγιση του ασθενούς, ο οποίος προσέρχεται στο ιατρό με οσφυαλγία, δε διαφέρει κατά βάσει από την προσέγγιση ενός άλλου με διαφορετικό πρόβλημα υγείας, καθώς το σύμπτωμα της οσφυαλγίας είναι πολύ συχνό και μπορεί να οφείλεται (όπως φαίνεται παραπάνω) σε μια πληθώρα παθήσεων.

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού με όλα τα στοιχεία είναι το πρώτο βήμα που προσανατολίζει τον ιατρό προς την πιθανή αιτία του προβλήματος. Στοιχεία που έχουν ουσιαστική σημασία είναι ο τρόπος διαβίωσης και κυρίως το είδος εργασίας, η γενική κατάσταση υγείας (σωματική και ψυχολογική) και οι χαρακτήρες του πόνου.

Η αντικειμενική εξέταση ξεκινά με την επισκόπηση: οι τρεις κυρτότητες της σπονδυλικής στήλης, η κινητικότητά της κι το αν υπάρχουν δυσμορφίες. Η ψηλάφηση μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για την εντόπιση της ευαισθησίας, αλλά και την πιθανή παρουσία “trigger points”. Η αναζήτηση του σημείου “*Gordano*” είναι πολύ σημαντικό για τον αποκλεισμό πιθανής πάθησης του νεφρού.

Το σημείο “*Laseque*” αναζητείται ενώ ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση. Με την ανύψωση του σκέλους με το γόνατο σε έκταση προκαλείται διάταση του ισχιακού νεύρου. Η αναπαραγωγή του ριζιτικού πόνου θεωρείται ενδεικτική πρόπτωσης πηκτοειδούς πυρήνα μεσοσπονδυλίου δίσκου. Η κατανομή του πόνου σε συνδυασμό με την εξέταση αισθητικότητας των τενόντιων αντανακλαστικών και της μυϊκής ισχύος των κάτω άκρων θα επιτρέψει τον εντοπισμό του ύψους της βλάβης. (Μουντοκαλάκης, 2002 & Bates, 1988).

Χρήσιμη διαγνωστική δοκιμασία είναι να ζητήσουμε από τον άρρωστο να βαδίσει διαδοχικά στις πτέρνες και στις άκρες των δακτύλων. Όταν έχει προσβληθεί η 5^η οσφυϊκή ρίζα το βάδισμα στις πτέρνες είναι πιο δυσχερές, ενώ όταν έχει προσβληθεί η 1^η ιερή ρίζα τότε το βάδισμα στις άκρες των δακτύλων είναι δύσκολο (Χαρτοφυλακίδης, 1981)..

Δεν πρέπει να παραλείπεται πάντως η δακτυλική εξέταση του ορθού (αλλά και του κόλπου στις γυναίκες) για τον αποκλεισμό ενδοπυελικών παθήσεων που μπορεί να ευθύνονται για την οσφυαλγία

Παρακλινικός έλεγχος

Η βελτίωση που έχει λάβει χώρα σε όλα τα πεδία των παρακλινικών διαγνωστικών μέσων και ειδικά στον τομέα της απεικόνισης έχει δώσει τη δυνατότητα στο γιατρό αφενός να προσεγγίσει το πρόβλημα του αρρώστου με περισσότερη ευχέρεια αφετέρου όμως έχει προκαλέσει μια «υπερδιάγνωση» λόγω της γνωστού χάσματος που συχνά υπάρχει ανάμεσα στην κλινική εικόνα των αρρώστων με οσφυαλγία και τα απεικονιστικά τους ευρήματα.

Πάντως, ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις είναι απαραίτητες και συνήθως ζητούνται ανάλογα με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης (π.χ. γενική αίματος, αλκαλική φωσφατάση και ασβέστιο ορού σε υποψία οστικών μεταστάσεων).

Ξεκινώντας με τις απλές ακτινογραφίες και καταλήγοντας με τις αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες (εφόσον υπάρχει ένδειξη) μπορούμε χάρη στην τεχνολογία να αναζητήσουμε τις διάφορες παθήσεις που μπορεί να ευθύνονται για την οσφυαλγία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Μια απλή σκέψη, βασισμένη στην κοινή λογική, θα μπορούσε να οδηγήσει αυθαίρετα στο συμπέρασμα πως αυτονομία ένας ασθενής που πάσχει από οσφυαλγία έχει επηρεασμένη αρνητικά την ποιότητα της ζωής του. Προσεγγίζοντας όμως το θέμα επιστημονικά οφείλουμε να προσδιορίσουμε ποσοτικά την ποιότητα της ζωής, να αποδώσουμε αριθμητική αξία στον πόνο, αλλά και στη σωματική και ψυχική διαταραχή που προκαλεί η οσφυαλγία και να συσχετίσουμε τα αποτελέσματα με ορθές στατιστικές μεθόδους. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να τεκμηριώσουμε την υπόθεσή μας, αλλά και να συγκρίνουμε τις διαφορετικές διαβαθμίσεις κάθε παραμέτρου που εμπεριέχεται στην έρευνά μας π.χ. βαθμός ανικανότητας που προκαλείται από την οσφυαλγία σε σχέση με την σωματική λειτουργικότητα του ατόμου. Για τον ποσοτικό προσδιορισμό της ποιότητας της ζωής έχει γίνει εκτεταμένη αναφορά στο προηγούμενο κεφάλαιο, αλλά και στο εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί στην έρευνα. Όσον αφορά την οσφυαλγία θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Roland-Morris.

Ερωτηματολόγιο Roland-Morris

Το ερωτηματολόγιο Roland-Morris είναι ένα όργανο εκτίμησης της υγείας που σχεδιάστηκε στην Αγγλία στις αρχές της δεκαετίας το 80, έτσι ώστε να συμπληρωθεί από τους ίδιους τους ασθενείς, για την εκτίμηση του βαθμού ανικανότητας που προκαλεί η οσφυαλγία. Ο αρχικός σχεδιασμός του έγινε για να χρησιμοποιηθεί στη έρευνα, αλλά αποδείχθηκε εξίσου καλό στην παρακολούθηση των ασθενών στην κλινική πράξη (Roland & Fairbank, 2000).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 24 ερωτήσεις, τις οποίες τις εξήγαγαν οι συγγραφείς από την επισκόπηση της επίδραση της αρρώστιας (sickness impact profile). Είναι όργανο που αποτελείται από 136 ερωτήσεις που προσεγγίζουν όλες τις πλευρές της σωματικής και ψυχικής λειτουργίας. Οι

24 ερωτήσεις επιλέχθηκαν επειδή είχαν άμεση συσχέτιση με τις φυσικές λειτουργίες που μπορεί να επηρεαστούν από την οσφυαλγία. Κάθε ερώτηση προηγείται η φράση «λόγω του πόνου της μέσης μου ...» για να διαχωριστεί η ανικανότητα που προκαλεί η οσφυαλγία από όποια άλλη ανικανότητα που προκαλείται από άλλη αιτία. Οι ασθενείς που καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο σημειώνουν την φράση που περιγράφει την κατάσταση τους εκείνη την ημέρα, ενώ το αποτέλεσμα είναι το σύνολο των σημειωμένων προτάσεων, άρα το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 (καμία ανικανότητα) έως 24 (μέγιστη ανικανότητα).

Το ερωτηματολόγιο Roland-Morris θεωρείται σύντομο και εύκολο να κατανοηθεί από τους αρρώστους. Μπορεί να συμπληρωθεί εκτός από γραπτώς και μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες συμπεριλαμβανομένου την ελληνική και επισημαίνεται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία καθώς επικεντρώνεται στις φυσικές λειτουργίες, ενώ μόνο η μία ερώτηση αφορά την ψυχολογική διάθεση, έτσι συσχετίζεται λιγότερο με την ανικανότητα που μπορεί να οφείλεται ψυχολογικούς λόγους (Boscainos et al,2003)

Τι λέει η βιβλιογραφία

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στο pubmed για δημοσιευμένα άρθρα που αναφέρονται στο θέμα υπό τον όρο “low back pain” and “quality of life”. Από τα άρθρα που ευρέθησαν ενδεικτικά αξίζει να γίνει μια σύντομη αναφορά στα πλέον σχετικά με το θέμα:

Ο Rabinι και συνεργάτες σε μια έρευνα που έγινε με τη συμμετοχή 108 ασθενών με οσφυαλγία, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής και ανικανότητα που οφείλεται στην οσφυαλγία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε σύγκριση με το υγιές πληθυσμό το υπό μελέτη δείγμα έδειξε χειρότερη φυσική, αλλά και συναισθηματική κατάσταση (άρα χειρότερη ποιότητα ζωής). Ενώ, παρατηρήθηκε ότι όσο μεγαλύτερο βαθμό ανικανότητας παρουσίαζαν οι ασθενείς τόσο χειρότερου τα αποτελέσματα των ερωτήσεων που αφορούσαν τις φυσικές διαστάσεις της ποιότητας της ζωής, χωρίς όμως

μεταβολή στη συναισθηματική διάσταση εντός του δείγματος (Rabini et al, 2007).

Σε πρόσφατη μελέτη από τους Ceran και Ozcan, σε δείγμα που αποτελούταν από 84 ασθενείς με οσφυαλγία στους οποίους δόθηκαν επίσης ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής και ανικανότητας, βρέθηκε αρνητικά στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη λειτουργικότητα και όλους τους παραμέτρους της ποιότητα ζωής, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι μεταβολές στην λειτουργικότητα των ασθενών συνεπάγονται ανάλογες μεταβολές στην ποιότητα ζωής (Ceran & Ozcan, 2006).

Σε πολλές μελέτες, τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής, λειτουργικότητας και ανικανότητας των ασθενών χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των ασθενών με αυτά μιας ομάδας ελέγχου είτε με τα αποτελέσματα των ίδιων ασθενών πριν και μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης. Σε μια μελέτη του Volker et al, γίνεται σύγκριση της ποιότητας ζωής και ανικανότητας ασθενών που υπέστησαν συγκεκριμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας (the Munich functional restoration program) με μια άλλη ομάδα ασθενών ελέγχου. Οι ομάδα των ασθενών που υπέστησαν την παρέμβαση είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη ποιότητα ζωής στη λειτουργικότητα και λιγότερο πόνο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Volker et al, 2006).

Ένα άλλο παράδειγμα μελέτης είναι αυτό του Sedigheh et al, ασθενείς με οσφυαλγία χωρίζονται σε δυο ομάδες, στην πρώτη ομάδα εφαρμόζεται το πρόγραμμα "back school" που είναι πρόγραμμα εργονομίας για τη μείωση της καταπόνησης της μέσης, ενώ στη άλλη ομάδα ακολουθείται μια κλασική θεραπευτική προσέγγιση. Οι δυο ομάδες συμπληρώνουν ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής όπου τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυο ομάδες (Sedigheh et al, 2007).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Περίληψη

Σκοπός της έρευνας: Η οσφυαλγία είναι το κύριο σύμπτωμα των πολυάριθμων παθήσεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Αυτό το σύμπτωμα μέσω σωματικών, ψυχικών, αλλά και κοινωνικών παραγόντων έχει άμεση επίπτωση στην ποιότητα της ζωής του ατόμου. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ανικανότητας και της ποιότητας της ζωής σε άτομα που πάσχουν από οσφυαλγία και την πιθανή συσχέτιση τους.

Υλικό, Μέθοδος: Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 30 ασθενείς, 18 γυναίκες και 12 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 46 ετών και εύρος ηλικίας από 27 έως 72 ετών. Στους συμμετέχοντες διανεμήθηκαν οι εγκεκριμένες ελληνικές εκδόσεις των ερωτηματολογίων SF-36 και του Roland-Morris για την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής και της ανικανότητας που προκαλεί η οσφυαλγία αντίστοιχα. Για την στατιστική συσχέτιση της ανικανότητας με τις κλίμακες της ποιότητας της ζωής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Pearson.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος για το σύνολο των τιμών του Roland-Morris είναι 8,43, τιμή που υποδηλώνει μια οριακά μέτρια ανικανότητα που οφείλεται στην οσφυαλγία. Ο μέσος όρος των 8 κλιμάκων του SF-36 είναι σαφώς μικρότερος από το μέσο όρο του γενικού υγιούς πληθυσμού. Διαπιστώνεται μια ισχυρώς στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) ανάμεσα στην ανικανότητα που μετράμε μέσω του ερωτηματολογίου Roland-Morris και όλων των κλιμάκων της ποιότητας της ζωής.

Συμπέρασμα: Η οσφυαλγία έχει αρνητική επίπτωση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Λέξεις –κλειδιά: Οσφυαλγία. Ποιότητα της ζωής. Ανικανότητα.

1. Εισαγωγή- Σκοπός της έρευνας

Όπως προαναφέρθηκε, η οσφυαλγία αποτελεί το κύριο σύμπτωμα των παθήσεων της οσφυϊκής μοίρας με τεράστιο αντίκτυπο στο χώρο της εργασίας, προκαλώντας τον μεγαλύτερο βαθμό ανικανότητας σε πληθυσμό κάτω των 45 ετών (Dunn K, Croft P, 2004). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία όμως μπορεί να αξιολογηθεί ποσοτικά (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001). Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια μελέτης της σχέσης που μπορεί να έχει η οσφυαλγία με την ποιότητα της ζωής και συγκεκριμένα εξετάζει την επίδραση της ανικανότητας που προέρχεται αποκλειστικά από την οσφυαλγία μέσω του ερωτηματολογίου Roland-Morris στις οχτώ κλίμακες της ποιότητας της ζωής, όπως ορίζονται από το ερωτηματολόγιο SF-36.

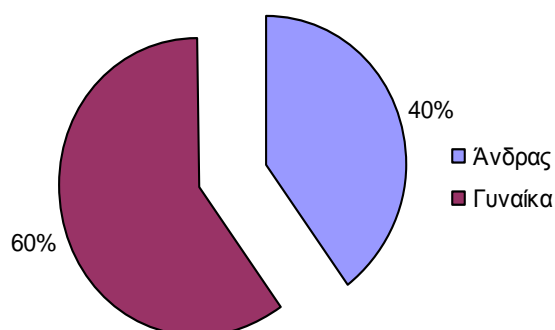
2.Υλικό και Μέθοδος

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 30 ασθενείς,18 γυναίκες και 12 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 46 ετών και εύρος ηλικίας από 27 έως 72 ετών. (πίνακας 1 - γράφημα 1 και πίνακας 2 - γράφημα 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΦΥΛΟ

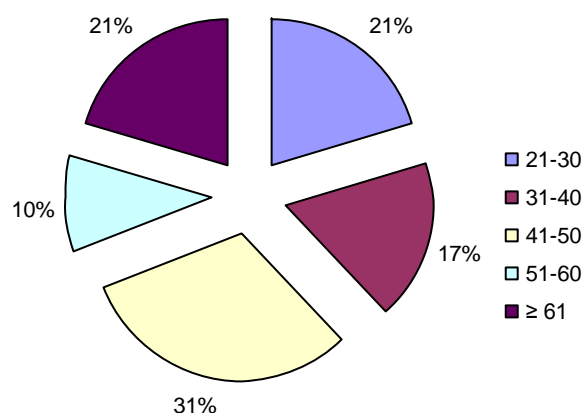
ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Άνδρας	12	40
Γυναίκα	18	60
Σύνολο	30	100

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



ΠΙΝΑΚΑΣ 2& ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ηλικία	N	%
21-30	6	20
31-40	5	16,6
41-50	9	30
51-60	3	10
≥ 61	6	20
Σύνολο	29	97



Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν οσφυαλγία λόγω της οποίας επισκέπτονταν φυσιοθεραπευτές. Η επιλογή των ασθενών έγινε με έμφαση στο σύμπτωμα, δηλαδή η παρουσία οσφυαλγίας ασχέτως αιτιοπαθογέννησης. Ο συγκεκριμένος τρόπος επιλογής των ασθενών έγινε για την μείωση της πιθανότητας ύπαρξης άλλων παθήσεων που θα μπορούσαν να είχαν επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η έρευνα έλαβε την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Κριτήριο αποκλεισμού ήταν η αδυναμία των ασθενών να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Όλοι οι συμμετέχοντες γνώριζαν σε επαρκή βαθμό την ανάγνωση και τη γραφή της ελληνικής γλώσσας και ήταν σύμφωνοι για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Στους συμμετέχοντες διανεμήθηκαν οι εγκεκριμένες ελληνικές εκδόσεις των ερωτηματολογίων SF-36 και του Roland-Morris (για τη δομή και τις ιδιότητες των δυο ερωτηματολογίων έχει γίνει εκτενή αναφορά στο γενικό μέρος). Η διανομή και η περισυλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από 15/07/2007 έως 1/11/2007.

Όλοι οι συμμετέχοντες εκτός από έναν ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων είχαν κάποιο ενόχλημα που το αποδίδουν στο πρόβλημα της μέσης τους (οσφυαλγία, ισχιαλγία, αιμωδίες στα κάτω άκρα, δυσφορία κατά την εκτέλεση διαφόρων σωματικών δραστηριοτήτων). Η επιλογή του συγκεκριμένου διαστήματος συμβαδίζει με το

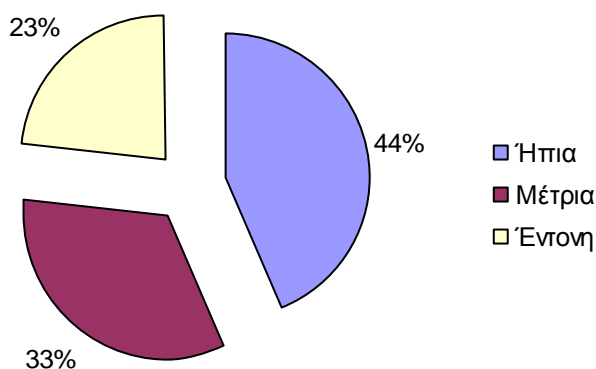
όργανο μέτρησης της ποιότητας της ζωής που χρησιμοποιεί το όριο των τεσσάρων εβδομάδων στις ερωτήσεις που αφορούν τον ρόλο-σωματικό, τον ρόλο-συναισθηματικό, τον σωματικό πόνο, τη ζωτικότητα και την ψυχική υγεία.

13 από τους ερωτηθέντες (δηλ. 43,3%) είχαν ήπια σωματική δραστηριότητα, 10 (33,3%) είχαν μέτρια σωματική δραστηριότητα, ενώ οι υπόλοιποι 7 (23,3) είχαν έντονη σωματική δραστηριότητα (πίνακας 3 & γράφημα 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3:
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΕΝΤΑΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	N	%
Ήπια	13	43,3
Μέτρια	10	33,3
Έντονη	7	23,3
Σύνολο	30	100

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ



Στον πίνακα 4 φαίνεται αναλυτικά η κατανομή του δείγματος κατά είδος δραστηριότητας

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΕΙΔΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	N
Δουλειά γραφείου- ηλεκτρονικού υπολογιστή (καθιστική)	15
Ορθοστασία	13
Οικιακές εργασίες- Ελαφρά χειρονακτική	23
Βαριά χειρονακτική- Γεωργικές εργασίες	6
Οδήγηση	13
Γυμναστική-Αθλητική δραστηριότητα	3

Το σύνολο δεν αντιστοιχεί στο σύνολο του δείγματος. Ο ερωτηθείς σημειώνει όσες δραστηριότητες εκτελεί.

Αξιοπαρατήρητο είναι το γεγονός ότι 15 συμμετέχοντες (50%) έχουν ως μέρος της καθημερινής τους δραστηριότητας την καθιστική ζωή, ενώ εντύπωση προκαλεί ότι μόλις 3 συμμετέχοντες (10%) γυμνάζονται ή έχουν κάποια αθλητική δραστηριότητα.

Στατιστική ανάλυση

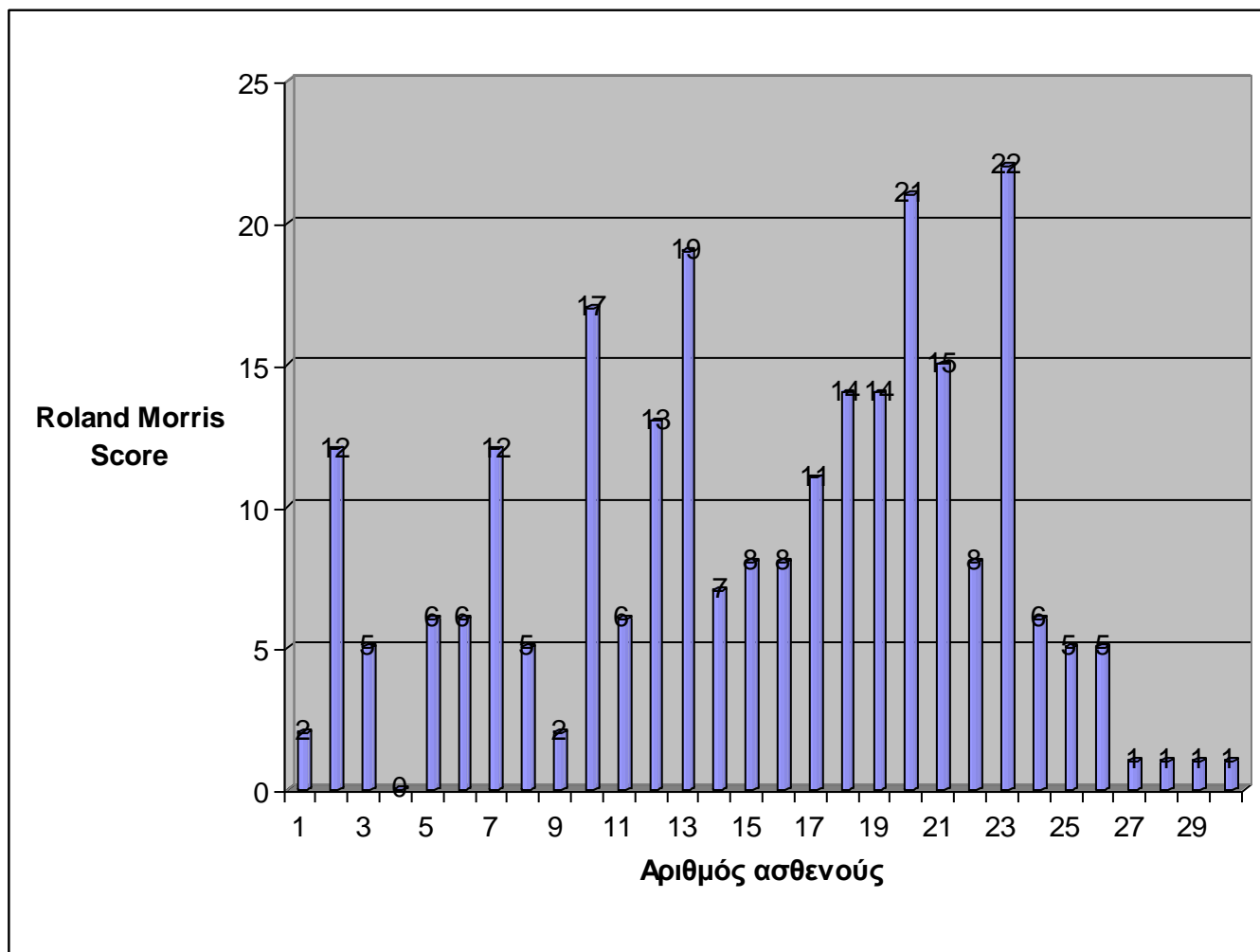
Τα δεδομένα που περισυλλέχθηκαν, εισήχθησαν αρχικά σε φύλλο εργασίας του προγράμματος Excel της Microsoft Office (έκδοση 2003) κι έπειτα στο πρόγραμμα SPSS (έκδοση 14) για στατιστική επεξεργασία.

Το πρώτο βήμα ήταν η μετατροπή των τιμών του SF-36 σε εκατοστιαία κλίμακα και έπειτα ο υπολογισμός του μέσου όρου αυτών των τιμών που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις οχτώ κλίμακες, έτσι ώστε για τον κάθε συμμετέχοντα να αντιστοιχούν οχτώ τιμές που αντιπροσωπεύουν τις κλίμακες του SF-36. Η τιμή από το ερωτηματολόγιο Roland-Morris είναι το σύνολο των προτάσεων που σημειώνει ο ασθενής (εύρος από 0-24).

3. Αποτελέσματα

Στο γράφημα 4 φαίνεται το σκορ Roland-Morris που έδωσαν οι 30 συμμετέχοντες

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ROLAND-MORRIS SCORE



Στον πίνακα 5 φαίνονται οι ελάχιστες, μέγιστες, μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του Roland-Morris και των οκτώ κλιμάκων του SF-36, όπως αυτές διαμορφώθηκαν από τις απαντήσεις όλου του δείγματος, καθώς κι ο μέσος όρος των κατηγοριών του SF-36 στον υγιή ελληνικό πληθυσμό, όπως προτυπώθηκε σε δείγμα 1007 ατόμων (Παππά και συν., 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ Roland-Morris ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΚΤΩ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ SF-36

	N	ΕΛΑΧ.	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ. ΟΡΟΣ	Τ.Α.	ΓΕΝ. ΠΛΗΘ.
RMS	30	0,00	22,00	8,4333	6,25153	-----
ΣΛ	30	0,00	100,00	59,0000	26,76204	80,76
ΡΣ	30	0,00	100,00	41,6667	39,57388	79,74
ΣΠ	30	0,00	100,00	44,6667	28,78078	72,98
ΓΥ	30	5,00	90,00	47,6667	22,99675	67,46
ZT	30	20,00	70,00	46,0000	16,83592	66,53
ΚΛ	30	12,50	100,00	62,9167	25,94825	82,05
ΡΣΘ	30	0,00	100,00	44,4444	37,48137	81,53
ΨΥ	30	24,00	92,00	62,9333	18,34334	68,23

Συντομογραφίες: RMS=Roland Morris score, ΣΛ=Σωματική Λειτουργικότητα, ΡΣ=Ρόλος Σωματικός, ΣΠ=Σωματικός Πόνος, ΓΥ=Γενική Υγεία, ZT=Ζωτικότητα, ΚΛ=Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΡΣΘ=Ρόλος Συναισθηματικός, ΨΥ=Ψυχική Υγεία, N=Πληθυσμός, Τ.Α.=Τυπική Απόκλιση, Γεν. Πληθ.=Γενικός Πληθυσμός.

Από την ανάγνωση των στοιχείων του ανωτέρω πίνακα προκύπτουν οι εξής παρατηρήσεις: Ο μέσος όρος για το σύνολο των τιμών του Roland-Morris είναι 8,43, τιμή που υποδηλώνει μια οριακά μέτρια ανικανότητα που προέρχεται αποκλειστικά από την οσφυαλγία, με μέγιστη τιμή 22 που αντιστοιχεί σε έντονη ανικανότητα, ενώ ένας ασθενής δήλωσε 0 που σημαίνει καμία ανικανότητα λόγω οσφυαλγίας. Ο μέσος όρος και των 8 κλιμάκων του SF-36 είναι σαφώς μικρότερος από τον μέσο όρο του γενικού υγιούς πληθυσμού, γεγονός αναμενόμενο σε δείγμα που πάσχει από μια πάθηση που έχει αρνητικό αντίκτυπο, ειδικά στο σωματικό τομέα της υγείας. Η μικρότερη διαφορά

παρατηρείται στην κλίμακα της ψυχικής υγείας, που ίσως θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η μεγάλη διαφορά που παρατηρείται ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και στους πάσχοντες από οσφυαλγία σε όλες τις άλλες κλίμακες προέρχεται από την οργανική επίδραση προκαλώντας έτσι μικρότερες επιπτώσεις την ψυχική ακεραιότητα του ατόμου.

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται οι μέσες τιμές των οχτώ κλιμάκων του SF-36 και του Roland-Morris με μεταβλητή το φύλο. Στα πλαίσια του βαθμού ανικανότητας διακρίνεται μια μικρή υπεροχή υπέρ των ανδρών, χωρίς αυτό να είναι αξιολογήσιμο λόγω του μικρού δείγματος. Οι άνδρες υπερέχουν θετικά έναντι των γυναικών στη σωματική λειτουργικότητα, στο ρόλο- σωματικό, στο σωματικό πόνο, στην κοινωνική λειτουργικότητα και στην ψυχική υγεία. Ελάχιστη διαφορά υπέρ των ανδρών παρατηρείται επίσης και στην γενική υγεία. Οι γυναίκες δε υπερέχουν έναντι των ανδρών μόνο στην ζωτικότητα. Εντύπωση προκαλεί η απόλυτη ισοβαθμία στην κλίμακα «ρόλος-συναισθηματικός».

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Μεταβλητές	RMS	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
Ανδρες	8,83	68,33	45,83	52,5	48,75	44,17	66,66	44,44	68,67
Γυναίκες	8,17	52,78	38,89	39,44	46,94	47,22	60,42	44,44	59,11

Τέλος, μετά από την ανάλυση των ανωτέρω πληροφοριών έγινε η συσχέτιση του σκορ του ερωτηματολογίου Roland-Morris με την κάθε κλίμακα του SF-36 με τη μέθοδο Pearson, τα αποτελέσματα της οποίας καταγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί

ΠΙΝΑΚΑΣ 7:
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ PEARSON (R) ΤΩΝ 8 ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ SF-36 ΜΕ ΤΟ ΣΚΟΡ ΤΟΥ ROLAND-MORRIS

ΣΥΓΚΡΙΝΟΜΕΝΟΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ	r	p
ΣΛ& RMS	-0,792	0,000***
ΡΣ& RMS	-0,626	0,000***
ΣΠ& RMS	-0,703	0,000***
ΓΥ& RMS	-0,608	0,000***
ZT& RMS	-0,555	0,001***
ΚΛ& RMS	-0,665	0,000***
ΡΣΘ& RMS	-0,404	0,027*
ΨΥ& RMS	-0,466	0,009**

* Στατιστικά σημαντικό ($p < 0,05$)

** Στατιστικά πολύ σημαντικό ($p < 0,01$)

*** Στατιστικά πάρα πολύ σημαντικό ($p < 0,001$)

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι η σχέση της ανικανότητας που μετράμε μέσω του ερωτηματολογίου Roland-Morris με όλες τις κλίμακες της ποιότητας της ζωής είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$). Η πιο ισχυρή συσχέτιση προκύπτει ανάμεσα στο σκορ του Roland-Morris και της σωματικής λειτουργικότητας ($p = 0,000$, $r = -0,792$), αποτέλεσμα που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ανικανότητα που προκαλεί η οσφυαλγία, μειώνεται η σωματική

λειτουργικότητα του ατόμου (σχέση αντιστρόφως ανάλογη). Ίδια σχέση παρατηρείται ανάμεσα στο σκορ του Roland-Morris και (με φθίνουσα σειρά) του σωματικού πόνου ($p=0,000$, $r= -0,703$), της κοινωνικής λειτουργικότητας ($p=0,000$, $r= -0,665$), ρόλου- σωματικού ($p=0,000$, $r= -0,626$) και της γενικής υγείας ($p=0,000$, $r= -0,608$). Μικρότερη σχέση από τα προηγούμενα, αλλά σαφώς ισχυρά στατιστικά σημαντική είναι η σχέση ανάμεσα στο σκορ του Roland-Morris και της ζωτικότητας ($p=0,001$, $r= -0,555$). Ακολουθεί η σχέση του Roland-Morris με την ψυχική υγεία ($p=0,009$, $r= -0,466$), και τέλος την μικρότερη συσχέτιση, αλλά στατιστικά σημαντική είχαν το σκορ του Roland-Morris με τη κλίμακα του ρόλου- συναισθηματικού ($p=0,027$, $r= -0,404$).

Από τα προαναφερθέντα μπορούμε να συμπεράνουμε με ασφάλεια, αλλά και με στατιστική τεκμηρίωση, ότι η ανικανότητα που προκαλεί η οσφυαλγία έχει αρνητική επίδραση στο σύνολο της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

4. Συζήτηση

Η οσφυαλγία είναι το πιο συχνό σύμπτωμα των παθήσεων του αξονικού σκελετού (Dunn K, Croft P, 2004). Για την περιγραφή αυτής της κατάστασης, αλλά και για την συνολική ορθή αξιολόγησή της χρειάζονται τα εργαλεία, τα οποία προσεγγίζουν το πρόβλημα ποσοτικά, προσδίδοντας έτσι έναν αριθμητικό χαρακτήρα στις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει σε όλους τους τομείς της ζωής του ασθενούς. Στην έρευνά μας προκύπτει μια αρνητική επίπτωση στην ποιότητα της ζωής των πασχόντων που είναι στενά συνδεδεμένη με την ανικανότητα που μετράται μέσω ενός εργαλείου που είναι σχεδιασμένο ειδικά για την οσφυαλγία. Παρά την ετερογένεια που υπάρχει μέσα στο δείγμα, ειδικά στον τομέα της αιτιοπαθογένειας, αλλά και της χρονιότητας της πάθησης, τα αποτελέσματα έδειξαν μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις συγκρινόμενες παραμέτρους, γεγονός που οφείλεται στην ανεξαρτησία τους από τους προαναφερθέντες παράγοντες (αιτιοπαθογένεια, χρονιότητα).

Όπως ήταν αναμενόμενο, ο μέσος όρος των τιμών των κλιμάκων της ποιότητας της ζωής των ασθενών με οσφυαλγία ήταν σαφώς μικρότερος από

τον αντίστοιχο του υγιούς γενικού πληθυσμού. Οι γυναίκες δε, είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες, παρόλο που ο βαθμός ανικανότητας ήταν σχεδόν ίδιος. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται σε παρόμοιες μελέτες της βιβλιογραφίας και αποδίδεται στην υψηλότερη αντίληψη του συμπτώματος από τις γυναίκες (Rabini et al, 2007 & Mondelli et al, 2005). Η ισχυρή συσχέτιση που συναντάμε ανάμεσα στην ανικανότητα και στις οχτώ κλίμακες της ποιότητας ζωής αποδεικνύει την άμεση εξάρτηση της ποιότητας της ζωής από την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες με ευκολία, αλλά και χωρίς πόνο. Επίσης αποδεικνύει πως τα εργαλεία μέτρησης της ανικανότητας που προκαλεί συγκεκριμένα η οσφυαλγία (όπως το ερωτηματολόγιο Roland-Morris) είναι ένας έμμεσος τρόπος αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους συγκεκριμένους πάσχοντες.

Μελλοντικά θα μπορούσε να γίνει η χρήση ίδιων ή παρόμοιων εργαλείων μέτρησης της οσφυαλγίας και της ποιότητας της ζωής σε πιο ομοιογενές δείγμα, αλλά και μεγαλύτερο, για πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Χρήσιμη θα ήταν η μελέτη ασθενών- μαρτύρων, ενώ σε κλινικό επίπεδο θα είχε πολύ ενδιαφέρον η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των αρρώστων, πριν και μετά την εφαρμογή συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης, αξιολογώντας έτσι έμμεσα την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Ένα από τα σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα που θα μπορούσε να αναφερθεί είναι η υποκειμενικότητα όλων των εργαλείων αυτοαναφοράς, ασχέτως με τα αντικειμενικά ευρήματα που αφορούν τον ασθενή, γεγονός που μπορεί έτσι να αλλοιώσει τις καταγεγραμμένες τιμές.

5. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη καταγράφει μια ισχυρώς στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ανικανότητα που οφείλεται στην οσφυαλγία μετρούμενη με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris και στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής μετρούμενη με το ερωτηματολόγιο SF-36 σε ασθενείς με οσφυαλγία.

Οι τιμές των οχτώ κλιμάκων της ποιότητα της ζωής στους πάσχοντες από οσφυαλγία ήταν μικρότερες από τις αντίστοιχες του γενικού υγιούς πληθυσμού.

Οι άνδρες είχαν συνολικά καλύτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες παρόλο που είχαν τον ίδιο βαθμό ανικανότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αργύρα Ε., Βαδαλούκα Α., Σιαφάκα Ι., Αναστασίου Ε., Παπαδόλπουλος Γ. *Αντιμετώπιση οξέος & χρόνιου πόνου*, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα 2006.

Αριστοτέλους, *Opera ex recensione Immanuelis Bekkeri*, edidit Academia Regia Borussica. v. I-IV v. V quantum: Index Aristotelicus, edidit H. Bonitz. Editio altera quam curavit O. Gigon, Berolini, W. de Gruyter, 1960-61.

--, *Ηθικά Νικομάχεια*, Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια, Δ. Λυπουρλής, εκδόσεις Ζήτηρος, σειρά «Αρχαίοι Συγγραφείς», Θεσσαλονίκη 2000.

Βαλάσση-Αδάμ Ε., Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3):216-217.

Bates B., *Οδηγός για Κλινική Εξέταση*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.

Borenstein DG, A clinical approach to low back pain, *Am J Med*, 1997, 102q.

Boscainos P., Sapkas G., Stilianessi E., Prouskas K., Papadakis S., Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2003, Volume 411, pp 40-53.

Burton A.K., Clarke R.D., McClune T.D., Tillotson K.M., The natural history of low back pain in adolescents, *Spine*, 1996, 21 pp. 2323–2328.

Ceran F., Ozcan A., The relationship of the Functional Rating Index with disability, pain, and quality of life in patients with low back pain, *Med Sci Monit*, 2006; 12(10): CR435-439.

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) 15;51(2):168-76

Coste J., Delecoeuillerie G., Cohen de Lara A., LeParc J. M., Paolaggi J. B. "Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice", *BMJ* 308 (1994), pp. 577-580.

Croft P.R., Macfarlane G. J., Papageorgiou A. C., Thomas E., Silman A.J., "Outcome of low back pain in general practice: a prospective study", *BMJ* 316 (1998), pp. 1356-1359.

Dunn KM, Croft PR, Epidemiology and Natural History of Low Back Pain, *Eura Medicophys*, 2004, 40:9-13

Elaine Thomas, Alan J Silman, Peter R Croft, Ann C Papageorgiou, Malcolm I V Jayson, Gary J Macfarlane. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study *BMJ* 318(1999) pp.1662-1667.

Frymoyer J. W., Wiesel S. W. Lippinsott, *The Adult & Pediatric Spine*, Williams & Wilkins 2004.

Hornig, Yi-Shiung, Hwang, Yaw-Huei, Wu, Hsin-Chi, Liang, HueyWen, Yuh Jang, Twu, Fuh-Chour, Wang, Jung-Der, Predicting Health-Related Quality of Life in Patients With Low Back Pain, *SPINE*, 2005, Volume 30(5), pp 551-555.

Ιωαννίδης Ι., *Αρχές αποδεικτικής ιατρικής. Επιδημιολογία-δημόσια υγιεινή και μέθοδοι έρευνας*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000.

Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ., Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2004, 21(5):451-462.

Lehman AF, Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katsching H, Freeman H, Satorius N, *Quality of life in mental disorders*, John Wiley and sons Ltd, West Sussex, England, 1997:79-80

Moore K. L., *Κλινική Ανατομία*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998

Μουντοκαλάκη Θ., *Διαφορική Διάγνωση*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2002.

Νάκου Σ., Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3):254-266.

Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3):239-253.

Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ., Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2006, 23(2):159-166.

Rabini A., Aprile I., Padua L., Piazzini D., Maggi L., Ferrara P., Amabile E., Bertolini C., Assessment and correlation between clinical patterns, disability, and health related quality of life in patients with low back pain, *EURA MEDICOPHYS*, 2007;43:49-51.

Roland M., Fairbank J., The Roland–Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire, *SPINE*, 2000, Volume 25, Number 24, pp 3115–3124.

Roset M., Herdman M., Badia X., Baro e., Uses and applications of health related quality of life measures. The state of play in Spain, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(2):131-136.

Sedigheh S, Ahmadreza J, Kazem M, Montazeri A, Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2007, 8:21.

Taylor SJ, Taylor AE, Foy MA, Fogg AJB, Responsiveness of common outcome measures for patients with low back pain, *The Spine Journal*, 1999, 24:1805-12.

Tamar J., "Low back pain incident episodes: a community-based study", [The Spine Journal 6, Issue 3](#), (2006), pp. 306-310.

The WHOQOL Group, Position Paper from the Health Organization, *Soc Sci Med*, 1995, 41:1403-1409.

UN Earth Summit, Agenda 21, The United Nations Programme of Action from Rio, UN, New York, 1993.

Volker H, Schloderer U, Steinberger M, Wuenschmann B, Schöps P, Beyer A, Azad S, Impact of a Functional Restoration Program on Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain, *Pain Medicine*, 2006, Volume 7, Number 6.

Ware J, The SF-36 Health Survey, A Manual & Interpretation Guide, The health institute, New England Medical centre, Boston, 1993.

Waxman R. , Tennant A., Helliwell P., "Community survey of factors associated with consultation for low back pain", *BMJ* 317 (1998), pp. 1564-1567.

WHO, The First Ten Years of the World Health Organization, WHO, Geneva, 1958.

WHO, Targets for Health for all, Who Regional Office for Europe Copenhagen, 1985.

WHO, Targets for Health for all: The Health Policy for Europe, Who Regional Office for Europe Copenhagen, 1991.

WHO, Revised targets for Health for all in Europe, Copenhagen, 1991.

Yfantopoulos J., The social quality of life, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(2):108-113.

Yfantopoulos J., Quality of life and QALYs in the measurement of health, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(2):114-1130.

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3):218-229.

Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ., *Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας*, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1981.

Zautra A, Goodhard D, Quality of Life indicators: A Review of the literature, *Common Mental Health Rev*, 1979, 4:1-10.

Παράρτημα

To Roland-Morris ερωτηματολόγιο

Πολλές φορές μπορεί να συναντήσετε δυσκολία να εκτελέσετε μερικά πράγματα λόγω της μέσης σας. Παρακαλώ να σημειώσετε μόνο τις προτάσεις που περιγράφουν την κατάστασή σας σήμερα.

- 1. Μένω στο σπίτι τον περισσότερο χρόνο λόγω της μέσης μου.
- 2. Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου.
- 3. Περιπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.
- 4. Λόγω της μέσης μου δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι.
- 5. Λόγω της μέσης μου στηρίζομαι στην κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα.
- 6. Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ πιο συχνά.
- 7. Λόγω της μέσης μου πρέπει να στηριχτώ σε κάτι για να σηκωθώ από μία αναπαυτική καρέκλα.
- 8. Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα.
- 9. Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.
- 10. Στέκομαι όρθιος για μικρότερα χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.
- 11. Λόγω της μέσης προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω.
- 12. Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μία καρέκλα λόγω της μέσης μου.
- 13. Η μέση πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα.
- 14. Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου.
- 15. Η όρεξη μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου.
- 16. Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου.
- 17. Περιπατώ μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου.
- 18. Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου.
- 19. Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια κάποιου άλλου.
- 20. Κάθομαι την μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου.
- 21. Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου.
- 22. Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως.
- 23. Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες πιο αργά από ότι συνήθως.
- 24. Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω της μέσης μου.

Σύνολο _____

SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

- Εξαιρετική1
Πολύ καλή2
Καλή3
Μέτρια4
Κακή5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(βάλτε έναν κύκλο)

- Πολύ καλύτερη τώρα απ' ό τι ένα χρόνο πριν 1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ό τι ένα χρόνο πριν 2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν 3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ό τι ένα χρόνο πριν 4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ό τι ένα χρόνο πριν 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπόρ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε

σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό τι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Ελάχιστα2
 Μέτρια3
 Αρκετά4
 Πάρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Πολύ ήπιο2
 Ηπιο3
 Μέτριο4
 Εντονο5
 Πολύ έντονο6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Λίγο2
 Μέτρια3
 Αρκετά4
 Πάρα πολύ5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα -

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ησαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς1
 Το μεγαλύτερο διάστημα2
 Μερικές φορές3
 Μικρό διάστημα4
 Καθόλου5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Πληροφορίες: Β. Κυρούλη
Τηλ. 26510 99519

Ιωάννινα 9-7-2007
Αρ. πρωτ. 310

ΠΡΟΣ: Τον κ. Αμπουχεμούντ Χάλεντ
ιατρό

ΘΕΜΑ: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας»

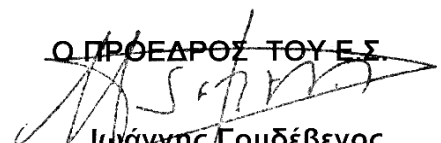
ΣΧΕΤ: Το από 26-6-2007 έγγραφό σας

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθ. 9/3-7-2007 (θ.4) απόφασή του, και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνα γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής Έρευνας συνηγορεί για τη διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια της διπλωματικής σας εργασίας με θέμα « Οσφυαλγία και Ποιότητα ζωής» του Μεταπτυχιακού Προγράμματος " Αντιμετώπιση του πόνου".

Λήφθηκαν υπόψη:
Τα ερωτηματολόγια της έρευνας

Στην συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος:
Πρόεδρος: Γουδέβενος Ιωάννης Καθηγητής Καρδιολογίας.
Μέλη: Σιόντη Ειρήνη Αναπληρώτρια Δ/τρια Παιδιατρικής, Λυμπερόπουλος Ευάγγελος ΕΒ Παθολογίας, Χασιώτης Γεώργιος ΠΕ Χημικών-Βιοχημικών και Τζιάλλας Δημήτριος ΤΕ Νοσηλευτικής.

~~Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.~~


Ιωάννης Γουδέβενος
Καθηγητής Καρδιολογίας