



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ
ΠΟΝΟΥ»**

**Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ
ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

υπό την
Αικατερίνη Ράπτη
Ιατρό Γενικής Ιατρικής

Μεταπτυχιακή Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση
των προϋποθέσεων απονομής του ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του Πόνου»
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων»

2017

© ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΡΑΠΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Μεταπτυχιακή εργασία ΠΜΣ Αντιμετώπισης του Πόνου

**Ο χρόνιος πόνος και η συσχέτισή του
με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής**

υπό την
Αικατερίνη Ράπτη
Ιατρό Γενικής Ιατρικής

Επιβλέπων Καθηγητής :Λιονής Χρήστος
Καθηγητής, Τμήμα Γενικής Ιατρικής και
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

*«Δεν πρέπει ένας γιατρός να θεραπεύει το μάτι,
χωρίς να θεραπεύει το κεφάλι.
Ούτε το κεφάλι, χωρίς να θεραπεύει το σώμα,
ούτε να θεραπεύει το σώμα χωρίς να θεραπεύει την ψυχή.
Όταν το μέρος είναι ασθενές, ασθενεί και το όλον».*

Πλάτων Χαρμίδης, 156 B – 157 C

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	10
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	12
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	13
ABSTRACT	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	17
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ	23
1.1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός του Πόνου	23
1.2. Επιδημιολογική Μελέτη του Χρόνιου Πόνου και Γενικά Χαρακτηριστικά.....	25
1.3. Μηχανισμοί- Παθοφυσιολογία Χρόνιου Πόνου	29
1.4. Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο του Χρόνιου Πόνου.....	31
1.5. Ποιότητα Ζωής -Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής και Χρόνιος Πόνος.....	32
1.6. Χρόνιος Πόνος και Αγχώδεις Διαταραχές	34
1.7. Χρόνιος Πόνος και Κατάθλιψη.....	36
1.8. Αξιολόγηση του Πόνου.....	38
1.9. Εργαλεία Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής	39
1.10. Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	41
1.11. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση- Διεθνής εμπειρία.....	42

1.12. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση- Ελληνική εμπειρία	60
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	65
3.1. Σχεδιασμός της μελέτης	65
3.1.1. Δείγμα.....	65
3.1.2. Κριτήρια επιλογής δείγματος	65
3.1.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων	66
3.2. Δεοντολογικά ζητήματα	68
3.3. Κόστος/ χρηματοδότηση	68
3.4. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	71
4.1. Δημογραφικά στοιχεία	71
4.2. Συχνότητα και χαρακτηριστικά του χρόνιου πόνου.....	75
4.3. Κλίμακα αξιολόγησης του πόνου (BPI).....	79
4.4. Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης (PHQ-9).....	86
4.5. Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D)	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	99
5.1. Δημογραφικά στοιχεία	99
5.2. Συχνότητα, σημεία εντόπισης και τρόποι αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου.....	99

5.3. Κλίμακα αξιολόγησης του πόνου (BPI).....	100
5.4. Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης (PHQ-9).....	102
5.5. Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D)	103
5.6. Συσχετίσεις κλιμάκων μεταξύ τους.....	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	105
6.1. Συμπεράσματα.....	105
6.2. Προτάσεις.....	107
6.3. Περιορισμοί της μελέτης.....	108
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	129
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΝΤΥΠΑ ΠΟΥ ΔΙΑΝΕΜΗΘΗΚΑΝ	131
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	137

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1.1. Εργαλεία Αξιολόγησης του Πόνου	40
4.1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	71
4.2. Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων και κατανάλωση αλκοόλ.	73
4.3. Ποσοστό των συμμετεχόντων με διαγεγνωσμένο νόσημα και της χρήσης φαρμάκων. ...	74
4.4. Αναφερθέντα προβλήματα υγείας συμμετεχόντων.	74
4.5. Ύπαρξη διαγνωσμένου προβλήματος ψυχικής υγείας.....	75
4.6. Αναφορά ύπαρξης χρόνιου πόνου.....	75
4.7. Εντόπιση του πόνου	76
4.8. Αναφορά τρόπων ανακούφισης του πόνου	77
4.9. Αναζήτηση βοήθειας για ανακούφιση από τον πόνο	78
4.10. Ποσοστά των συμμετεχόντων που αποδίδουν την επιδείνωση του πόνου τους στις κλιματικές αλλαγές.....	78
4.11. Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πόνου	79
4.12. Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Severity Score” ανάλογα με τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους.....	81
4.13. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας “Pain Severity Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες	82
4.14. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα “Pain Severity Score” και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία.....	82
4.15. Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους.....	84

4.16. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας “Pain Interference Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες	85
4.17. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα “Pain Interference Score” και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία.....	86
4.18. Βαθμολογία των συμμετεχόντων με την κλίμακα κατάθλιψης	87
4.19. Ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς που ανέφεραν πόνο	87
4.20. Βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	88
4.21. Συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας κατάθλιψης με την ηλικία, τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες και τις βαθμολογίες στις κλίμακες πόνου.....	89
4.22. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα της κατάθλιψης και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	91
4.23. Βαθμολογίες στην κλίμακα ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων και στην κλίμακα κατάστασης υγείας	92
4.24. Βαθμολογία στην κλίμακα ποιότητα ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων	93
4.25. Συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας κατάθλιψης με την ηλικία, τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες και τις βαθμολογίες στις κλίμακες πόνου και κατάθλιψης.....	94
4.26. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα ποιότητας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων και τις κλίμακες πόνου και κατάθλιψης.....	96

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

4.1. Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων.....	72
4.2. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που κάπνιζαν και κατανάλωναν αλκοόλ.....	73
4.3. Ποσοστά των συμμετεχόντων με διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα ή νόσημα ψυχικής υγείας και αναφερόμενο χρόνιο πόνο.....	76
4.4. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν επιδείνωση του πόνου τους από τις κλιματικές αλλαγές.....	79
4.5. Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Severity Score” ανάλογα με το φύλο τους	80
4.6. Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με το φύλο τους	83
4.7. Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με το αν είχαν κάποιο χρόνιο σωματικό πρόβλημα.....	85
4.8. Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο.....	89
4.9. Συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Severity Score”	90
4.10. Συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Interference Score”	90
4.11. Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο τους.....	92
4.12. Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Severity Score”	95
4.13. Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Interference Score”	95

4.14. Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων με την κλίμακα κατάθλιψης.....	96
--	-----------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου» του Τμήματος της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η ολοκλήρωσή της δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την στήριξη ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου.

Κατ' αρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Χρήστο Λιονή, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής- Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Κρήτης, για την τιμή που μου έκανε να αναλάβει την επίβλεψη της εργασίας μου, αλλά και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την πολύτιμη αρωγή του, μέσα από τα ουσιαστικά σχόλια και τις καίριες υποδείξεις του. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Δαμίγγο Δημήτριο, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, την κα Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τον κ. Ευαγγέλου Άγγελο, Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που ως μέλη της επιτροπής αξιολόγησης της μελέτης μου συνέβαλαν στην ορθότερη προσέγγιση του θέματός μου.

Όμως θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τις νοσηλεύτριες του Πολυδύναμου Περιφερικού Ιατρείου Αγ. Θεοδώρων Κορινθίας, τις κυρίες Κωνσταντίνα Μπέκου και Παντή Ειρήνη, καθώς και τους συμμετέχοντες στην μελέτη που αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και συνέβαλλαν στην διαμόρφωση μίας ολοκληρωμένης εικόνας σχετικά με την κατάστασή τους εξωτερικεύοντας τις ιδέες και τις απόψεις τους.

Τέλος, από καρδιάς θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τον σύζυγο, τα παιδιά και τους γονείς μου, που με αγάπη και υπομονή στάθηκαν δίπλα μου σε όλο το ταξίδι...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο χρόνιος πόνος είναι ένας από τους πιο κοινούς λόγους αναζήτησης ιατρικής φροντίδας και αποτελεί σημαντικό παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ανικανότητα. Οι άνθρωποι αναζητούν την βοήθεια των επαγγελματιών υγείας για τον πόνο, όχι μόνο για την ανακούφιση από τα συμπτώματα, αλλά και επειδή ο πόνος παρεμβαίνει στις καθημερινές τους δραστηριότητες και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις οικογενειακές σχέσεις καθώς και στην επαγγελματική τους ζωή. Το αποτέλεσμα είναι να υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής τους και να οδηγούνται σε κατάθλιψη.

Σκοπός: Η διερεύνηση του χρόνιου πόνου σε ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια περιγραφική συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από το Σεπτέμβριο του 2016 έως το Νοέμβριο του 2016. Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 200 άτομα που προσήλθαν στο Πολυδύναμο Περιφερικό Ιατρείο Αγ. Θεοδώρων Κορινθίας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση εντύπου δημογραφικών στοιχείων με πλήρες κοινωνικό και ιατρικό ιστορικό και ερωτηματολόγιο, συνδυασμός τριών ερωτηματολογίων για την εκτίμηση του πόνου (BPI-short form), για την διερεύνηση της κατάθλιψης (PHQ-9) και για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Euro-5). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης είχε μέση ηλικία τα 62,2 έτη ($SD=14,5$ έτη). Το 62,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ενώ το 17,1% των συμμετεχόντων είχε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας με το συνηθέστερο να είναι η κατάθλιψη (10,5%). Το 56,8% των συμμετεχόντων ανέφερε χρόνιο πόνο, με μέση διάρκεια τα 5, με συχνότερη εντόπιση την οσφυϊκή μοίρα (50,5 %) και τα κάτω άκρα (33,9%). Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα πόνου, στοιχείο που υποδηλώνει περισσότερο πόνο, σε σύγκριση με τους άντρες ($p=0,003$) καθώς και μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στην καθημερινότητά τους ($p=0,007$). Ακόμα, σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι γυναίκες, οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας και εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο ($p<0,001$). Μειωμένη ποιότητα ζωής είχαν οι γυναίκες, οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα

ψυχικής υγείας και εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο ($p<0,001$). Τέλος, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής με τις κλίμακες κατάθλιψης και πόνου. Οπότε όσο περισσότερο πόνο είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο επηρέαζε ο πόνος τη καθημερινότητά τους τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους. Ομοίως, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

Συμπεράσματα: Ο χρόνιος πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα άτομα που παρουσίασαν χρόνιο πόνο και κατάθλιψη είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Η αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να είναι πιο συγκεκριμένη και προσανατολισμένη στον ασθενή, στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης.

Λέξεις-κλειδιά: χρόνιος πόνος, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, BPI, PHQ-9, Euro-5D

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain constitutes one of the most common reasons for searching health care services and may even lead to disability. People seek health professionals' intervention in order to relieve pain as a symptom and also because of its decisive impact to daily activities, family relations and professional life. Chronic pain is strongly associated with the degradation of the quality of life and can lead to depression.

Aim: The Investigation of chronic pain in primary care services and its association with depression and quality of life.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted during the period September 2016 - November 2016. The population of the study included 200 individuals who attended the multipurpose regional medical center of Ag. Theodoroi, in the Prefecture of Corinthia. Data was collected by the means of a printed form including demographic data, social and medical history and questions of a combination of three questionnaires for the assessment of pain (BPI- short form), the depression investigation (PHQ-9) and the evaluation of the quality of life (Euro- 5). The statistical analysis was processed through the Statistical Package of Social Sciences, SPSS 19.0. The significance levels were bilaterally and statistical significance was set at 0.05.

Results: The mean age of the study population was 62.2 years (SD=14.5 years) and 62% of them were women. 17.1% of participants had a diagnosed chronic mental health disorder, while depression was the most common disease (10.5%). 56.8% of the individuals reported chronic pain, with a mean duration of 5 years, while 4% of them located their pain to the knees and 3.5% to the lumbar. Women had significantly higher scores in the pain scale, evidence of more pain compared to men ($p=0.003$) and of greater impact of the pain to their daily activity ($p=0.007$). Significantly more depression symptoms were diagnosed to the female participants, to those who suffered of a chronic mental disorder and to those who reported chronic pain ($p<0.001$). Respectively, the above groups of participants presented lower levels of quality of life ($p<0.001$). A significant negative correlation was emerged between the quality of life scale and the depression and pain scales. Subjects who reported more pain, revealed negative impact to their daily activity and worst quality of life. Likewise, the more depression symptoms presented participants the worse was their quality of life.

Conclusions: Chronic pain is a common problem in primary health care. Individuals who experienced chronic pain and depression had lower health-related quality of life. Pain management should be more specific and patient oriented, in the context of a holistic approach.

Key-Words: chronic pain, depression, quality of life, BPI, PHQ-9, Euro- 5 D.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χρόνιος πόνος είναι ένας από τους πιο κοινούς λόγους αναζήτησης ιατρικής φροντίδας και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ανικανότητα. Αποτελεί πλέον ο ίδιος νόσο που χρειάζεται θεραπεία είτε αιτιολογική, διερευνώντας την αιτία και εφαρμόζοντας κατευθυνόμενη θεραπεία, είτε συμπτωματική όταν δεν αναγνωρίζεται, πάρα τον έλεγχο, σαφής αιτία. Συχνές καταστάσεις χρόνιου πόνου είναι η κεφαλαλγία, η οσφυαλγία, η αρθραλγία, ο νευροπαθητικός πόνος και ο καρκινικός πόνος.

Τα άτομα με χρόνιο μη καρκινικό πόνο είναι συνήθως ταλαιπωρημένοι ασθενείς που περιφέρονται σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων χωρίς να καταφέρνουν να απαλλαγθούν από τον πόνο τους. Η ευαισθητοποίηση σχετικά με τον πόνο για την κοινότητα της δημόσιας υγείας απαιτεί τον σαφή καθορισμό του πόνου ως μια συχνή ασθένεια που πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά προτεραιότητα. Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου, ένα μεγάλο πρόβλημα για όσους το βιώνουν, μπορεί να μειωθεί όταν η διάγνωση και η θεραπεία εφαρμόζεται από ένα οργανωμένο σύστημα διαχείρισης του πόνου. Η κατανόηση του πόνου ως ασθένεια μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση του παγκόσμιου αυτού προβλήματος υγείας και τις συνοδές καταστάσεις του και να συμβάλλει στην ανάπτυξη και την αξιολόγηση προγραμμάτων διαχείρισης πόνου. Το Υπουργείο Υγείας σε πολλές χώρες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ο Διεθνής Οργανισμός για τη Μελέτη του Πόνου (IASP), προβάλλουν την ανάγκη μιας διαδραστικής προσέγγισης στον έλεγχο του πόνου, που σημαίνει μεταξύ άλλων και αλληλοδιαπαιδαγώγηση στον τομέα της φροντίδας (Baker et al., 2010).

Εκτιμάται ότι ένας στους πέντε Ευρωπαίους υποφέρει από χρόνιο πόνο, γεγονός που συνεπάγεται σημαντικές δαπάνες τόσο για τα άτομα, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους όσο και για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τις οικονομίες. Το οικονομικό κόστος του χρόνιου πόνου για την κοινωνία είναι πάνω από 200 δις € για την Ευρώπη και 150 δις \$ ετησίως στις ΗΠΑ (Breivik et al., 2010). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Διαχείρισης του Πόνου (American Academy of Pain Management), ο πόνος είναι μια σιωπηρή επιδημία στις Η.Π.Α. καθώς 50 εκατομμύρια αμερικανοί υποφέρουν από χρόνιο πόνο λόγω νοσημάτων, δυσλειτουργιών και ατυχημάτων (www.cdc.gov.)

Οι άνθρωποι αναζητούν υγειονομική περίθαλψη για τον πόνο, όχι μόνο για τη διαγνωστική αξιολόγηση και την ανακούφιση από τα συμπτώματα, αλλά και επειδή ο πόνος παρεμβαίνει στις καθημερινές τους δραστηριότητες, προκαλεί ανησυχία και συναισθηματική δυσφορία και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις καθώς και στην επαγγελματική του ζωή. Το αποτέλεσμα είναι να υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου, να οδηγεί σε κατάθλιψη η οποία είναι συχνή αντίδραση στο χρόνια πόνο και αρκετές φορές σε αναπηρία (Von Korff et al., 1998).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του χρόνιου πόνου σε ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής. Στην επιλογή του θέματος συνέβαλαν οι καθημερινές παραστάσεις λόγω της εργασίας της συγγραφέως (Ιατρός Γενικής Ιατρικής σε Πολυδύναμο Περιφερικό Ιατρείο) αλλά και το ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον της.

Από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προσδιορίζεται σημαντικός αριθμός εργαλείων αξιολόγησης τόσο του χρόνιου πόνου, όσο και της πιθανής κατάθλιψης ενώ και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής διερευνάται ευρέως διεθνώς. Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πάρα πολλές μελέτες σχετικές με την αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων και την μεταξύ τους συσχέτιση, δεν υπάρχουν αναλόγως αρκετές μελέτες που να λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει καμία άλλη μελέτη που να διερευνά τη συσχέτιση των τριών παραμέτρων με τα συγκεκριμένα μεθοδολογικά εργαλεία. Το δεδομένο αυτό καθιστά τη συγκεκριμένη μελέτη σημαντική στο χώρο των επιστημών υγείας, τόσο για την δυνατότητα της εύκολης εφαρμογής της, όσο και για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της.

Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκαν, μετά από άδεια, το συνοπτικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του πόνου (Brief Pain Inventory -BPI Short form) που αποτελεί ένα από αυτά τα εργαλεία αξιολόγησης των διαστάσεων του πόνου και της παρέμβασης τους την καθημερινότητα. Για την ανίχνευση της κατάθλιψης που απαντάται στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) χρησιμοποιήθηκε το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Τέλος, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Euro Qol-5 D (EuroQol Group) το οποίο αποτυπώνει 5 διαστάσεις, που με αξιοπιστία και

εγκυρότητα αποσκοπούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ομάδες ασθενών αλλά και σε υγιή πληθυσμό.

Στο πρώτο κεφάλαιο προσεγγίζεται εννοιολογικά ο πόνος, ορίζονται τα διάφορα είδη πόνου και διαφοροποιούνται μεταξύ τους. Με επικέντρωση στον χρόνιο πόνο γίνεται μία αναφορά στους μηχανισμούς και την παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου και επιχειρείται η προσέγγιση του μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και ασθένειας. Στη συνέχεια σκιαγραφείται το επιδημιολογικό προφίλ του χρόνιου πόνου, προκειμένου να γίνει σαφώς κατανοητή η ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα. Παράλληλα, γίνεται λόγος για την ποιότητα ζωής του ανθρώπου και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και περιγράφεται η σχέση τους με το χρόνιο πόνο, ενώ αναφέρονται στοιχεία που αφορούν στην σχέση του χρόνιου πόνου με την κατάθλιψη και άλλες διαταραχές και το πώς όλα αυτά επηρεάζουν το άτομο, και την οικογένεια του. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρεται επιγραμματικά ένα πλήθος εργαλείων αξιολόγησης του πόνου αλλά και των υπό εξέταση παραμέτρων, δηλαδή της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής.

Στο ίδιο κεφάλαιο πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που αφορούν στην επίπτωση του χρόνιου πόνου και τη συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής.

Στο επόμενο κεφάλαιο καθορίζονται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης, ενώ παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε καθώς και η διαδικασία τήρησης των αρχών ηθικής και δεοντολογίας σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα.

Κατόπιν, στο κεφάλαιο των Αποτελεσμάτων παρουσιάζονται λεπτομερώς τα περιγραφικά και αναλυτικά αποτελέσματα με τη χρήση της στατιστικής ανάλυσης. Στη συνέχεια στο έκτο κεφάλαιο της συζήτησης, πραγματοποιείται η συσχέτιση των ευρημάτων άλλων μελετών με τα κυριότερα ευρήματα μας και αποκωδικοποιούνται τα σημαντικότερα συμπεράσματα άλλα και διατυπώνονται οι προτάσεις καθώς και οι περιορισμοί της μελέτης.

Τέλος, στο παράρτημα παρατίθενται το ερωτηματολόγιο (και οι 3 παράμετροι που διερευνώνται) που χρησιμοποιήθηκε καθώς και η άδεια πραγματοποίησης της μελέτης από την επιστημονική επιτροπή της ΥΠΕ στην οποία ανήκει το κέντρο υγείας στο οποίο έλαβε χώρα η μελέτη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

1.1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός του Πόνου

Ο πόνος είναι μία δυσάρεστη κατάσταση, σύμφυτη με την ανθρώπινη ύπαρξη, με σαφή βιολογική, πολιτισμική, θρησκευτική και φιλοσοφική διάσταση. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία όπως περιγράφεται στην «Θεογονία» του Ησιόδου, ο Πόνος είναι παιδί της Έριδας, κόρης της Νύκτας και αδερφής του Ύπνου και του Θανάτου (Βλάχος&Βλάχος,2007).

Σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρία Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP), ως πόνος ορίζεται η δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με υπαρκτή ή δυνητική ιστική βλάβη, ή περιγράφεται με όρους ιστικής βλάβης. Οι βιολόγοι υποστηρίζουν ότι τα ερεθίσματα που προκαλούν πόνο μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς. Αποτελεί δε πραγματικότητα ότι κάθε άτομο βιώνει και εκφράζει με εντελώς δικό του τρόπο τον πόνο και αναλόγως τροποποιείται η αντιμετώπισή του (Loeser et al.,2011). Ως εκ τούτου περιγράφεται ως σύνθετο και πολυδιάστατο σύμπτωμα ενδεικτικό υποκείμενου νοσήματος, ή επικείμενου βιολογικού κινδύνου και μπορεί να εκτιμηθεί ως αμυντικός μηχανισμός που κινητοποιεί βιολογικές λειτουργίες αντιμετώπισης μίας βλάβης. Ο Ιπποκράτης αναφέρεται ως ο πρώτος ιατρός που προσπάθησε να ερμηνεύσει τον πόνο προκειμένου να καταλήξει σε διάγνωση, αλλά και να προβεί σε πρόγνωση της πορείας μίας νόσου, εξετάζοντάς τον στο πλαίσιο της γενικότερης κλινικής εικόνας και όχι αποσπασματικά ως το λόγο που οδήγησε στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Έτσι, η έναρξη και τα χαρακτηριστικά του πόνου, η εντόπισή του, η διασύνδεσή του με τα συνοδά συμπτώματα και σημεία, καθώς και άλλες λειτουργίες, όπως η αναπνευστική, υπήρξε καθοριστική ως προς την αναγνώριση της πάθησης και την περαιτέρω αντιμετώπισή της (Σταματάκος,1949/ Μανδηλαράς, 1992).

Ο πόνος, με κριτήριο την διάρκειά του διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Ως χρόνιος μπορεί να χαρακτηριστεί ο πόνος του οποίου η διάρκεια ξεπερνά την προσδοκώμενη διάρκεια των διαδικασιών επούλωσης. Όμως υπάρχει δυσκολία στον καθορισμό του χρονικού διαστήματος που θεωρείται φυσιολογικό και αναμενόμενο για τις διαδικασίες αποκατάστασης μίας βιολογικής βλάβης και ποικίλει μεταξύ τριών και έξι μηνών (Turk & Okifuji, 2010).

Κατά μία εκδοχή ως οξύς χαρακτηρίζεται ο παροδικός πόνος που διαρκεί από δευτερόλεπτα μέχρι εβδομάδες (Moore, 2009). Ενώ ως χρόνιος χαρακτηρίζεται ο μακροχρόνιος πόνος με διάρκεια που συνήθως υπερβαίνει τους τρεις μήνες. Πρόκειται επί το πλείστον για χαμηλής έντασης πόνο που συνδέεται με χαμηλό επίπεδο ανικανότητας και υψηλό επίπεδο ελλειμμάτων στις καθημερινές δραστηριότητες (Elliott et al., 2002/ Blyth et al., 2004). Πολύ συγκεκριμένος είναι ο ορισμός που υιοθετήθηκε σε μελέτη στην Φινλανδία, σύμφωνα με τον οποίο, ως χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται ο πόνος που έχει διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών, είναι παρών τον τελευταίο μήνα, για τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα και με αξιολόγηση ίση ή μεγαλύτερη του πέντε (5) σε δεκαβάθμια κλίματα εκτίμησης του πόνου (Breivik et al., 2006). Ενώ σε άλλη προσπάθεια οριοθέτησης του χρόνιου πόνου, χαρακτηρίστηκε ως η κατάσταση που δεν ανταποκρίνεται στις συνήθειες, διαθέσιμες μεθόδους αντιμετώπισης (Dysvik et al., 2005).

Ο πόνος γενικότερα αποτελεί μία προειδοποίηση πιθανής διαταραχής ή δυσλειτουργίας για τον ανθρώπινο οργανισμό και ως έτσι ερμηνεύεται από τους πάσχοντες (Ghallagher, 1999). Στην περίπτωση του οξέος πόνου παρατηρούνται αντιδράσεις αποφυγής και απόσυρσης που λειτουργούν προστατευτικά για το σώμα, ενώ στον χρόνιο πόνο δεν παρατηρούνται ανάλογοι προστατευτικοί μηχανισμοί (Merskey & Bogduk, 1994). Αυτό αποδίδεται στο ότι όταν ο πόνος γίνεται χρόνιος, ενσωματώνεται στην καθημερινότητα του ατόμου και παύει να αποτελεί ένδειξη δυσλειτουργίας (McCaffery & Passero, 1999).

Καθώς ο πόνος λαμβάνει μεγάλη διάσταση ο αντίκτυπος στην ψυχολογική και κοινωνική πτυχή της ανθρώπινης ζωής, την λειτουργικότητα και την καθημερινότητα είναι σαφής και η ταλαιπωρία του πάσχοντα δεδομένη (Gatchel, 2004). Οι παράγοντες που σχετίζονται με την μετάβαση από το καθεστώς του οξέος πόνου στην χρονιότητα δεν έχουν πλήρως διερευνηθεί. Οι μηχανισμοί που ενέχονται στην ευαισθητοποίηση και τροποποίηση του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος συνιστούν βασικό τομέα έρευνας για τους επιστήμονες που ασχολούνται με τον πόνο. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σε αυτή την διαδικασία (Gatchel, 2004).

Ποικίλουν οι αναφορές σχετικά με το χαρακτήρα του χρόνιου πόνου. Μπορεί να είναι συνεχής ή να εμφανίζεται με «επεισόδια» πόνου. Μπορεί να κατηγοριοποιηθεί αναλόγως της εντοπίσεως όπως κεφαλής, οσφύος, κοιλιακός, γαστρεντερικός κ.α. Επίσης μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με βάση τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Ο νευροπαθητικός πόνος προέρχεται και διατηρείται από παθολογικές αλλαγές στο νευρικό σύστημα. Μπορεί να οφείλεται σε διαταραχή της λειτουργίας ή κάκωση ενός νεύρου (Treede et al., 2008). Ο αλγαισθητικός πόνος συσχετίζεται με βλάβη ιστού, ως αποτέλεσμα της επίδρασης μηχανικού ή θερμικού ερεθίσματος. Προκαλείται από την διέγερση ελεύθερων νευρικών απολήξεων, των αλγοϋποδοχέων, ως ανταπόκριση σε επώδυνα ερεθίσματα, τα οποία μεταδίδονται στο νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Διακρίνεται σε σπλαγχνικό, εν τω βάθει και επιπολής (Urch&Suzuki, 2008). Ο σπλαγχνικός πόνος αναφέρεται στον πόνο εσωτερικών οργάνων. Επίσης, περιγράφεται και ο πόνος από μέλος φάντασμα που βιώνεται από άτομο το οποίο έχει υποστεί ακρωτηριασμό και αφορά στο ακρωτηριασμένο τμήμα, ή αναφέρεται σε σημείο από το οποίο ο εγκέφαλος αδυνατεί να λάβει ερεθίσματα (Klasser et al., 2011). Τέλος, ως ψυχογενής (ιδιοπαθής) χαρακτηρίζεται ο πόνος που, εφόσον έχουν αποκλειστεί οργανικές αιτίες, αποδίδεται σε ψυχικούς, συναισθηματικούς ή συμπεριφορικούς παράγοντες. Ιδιοπαθής πόνος αναφέρεται σε διαταραχές της κροταφογναθικής διάρθρωσης, ινομυαλγία, ευερέθιστο έντερο κ.α. (Merskey & Bogduk, 1994 / Γουλές, 2002).

1.2. Επιδημιολογική Μελέτη του Χρόνιου Πόνου και Γενικά Χαρακτηριστικά

Η επιδημιολογική διερεύνηση του χρόνιου πόνου έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών από διάφορα επιστημονικά πεδία. Πολλές μελέτες αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα συχνοτήτων του χρόνιου πόνου, αναλόγως των ορισμών που κάθε φορά υιοθετήθηκαν, του δείγματος και της ερευνητικής μεθοδολογίας (Takai et al., 2010).

Ο χρόνιος πόνος είναι συνήθης στον γενικό πληθυσμό. Είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα μελέτης που αναφερόταν σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ (η Ελλάδα δεν συμπεριλαμβάνεται) το 2004, σύμφωνα με την οποία, σχεδόν ένας στους πέντε συμμετέχοντες ανέφερε χρόνιο πόνο. Ο χρόνιος πόνος περιγράφηκε ως μεγάλης διάρκειες διαταραχή, καθώς στην εν λόγω μελέτη, έξι στους δέκα συμμετέχοντες

ανέφεραν χρόνιο πόνο για 2-15 χρόνια, ενώ για το 21% των συμμετεχόντων η χρονική διάρκεια του πόνου ξεπέρασε τα 20 χρόνια. Είναι δε χαρακτηριστικό ότι μόνο το 2% αυτών αντιμετωπίστηκε από ειδικούς, σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Επίσης, η ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών επηρεάστηκε σαφώς, καθώς τόσο η κοινωνική, όσο και η επαγγελματική τους ζωή τροποποιήθηκαν προς το χειρότερο. Παράλληλα, ήταν σημαντική η εντόπιση του πόνου. Έτσι, περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν πόνο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, περισσότεροι από 40% πόνο στις αρθρώσεις, με συχνότερη εντόπιση την άρθρωση του γόνατος, ενώ ένας στους πέντε είχαν πόνο στον αυχένα και ένας στους πέντε στα άνω και κάτω άκρα. Η επίδραση του χρόνιου πόνου στην συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων σκιαγραφήθηκε με τον προσδιορισμό της κατάθλιψης στο 21% αυτών (Breivik et al., 2006). Ενώ σε μελέτη που έγινε στην Ισλανδία, ορίζοντας ως χρόνιο πόνο τον πόνο που διαρκεί περισσότερο από τρεις (3) μήνες, το ποσοστό των πασχόντων προσδιορίστηκε στο 30,6% του γενικού πληθυσμού, με διάφορες εντοπίσεις και αιτιάσεις που εντοπίζονται σε εργατικά ατυχήματα και αθλητικές κακώσεις, αρθρίτιδες, συγγενείς ανωμαλίες κ.α. (Gunnarsdottir et al., 2010). Τα ποσοστά των πασχόντων από χρόνιο πόνο, όπως αναφέρονται στις ανωτέρω πηγές έχουν επιβεβαιωθεί και από άλλες διεθνείς, μεγάλης κλίμακας ερευνητικές μελέτες σε όλο τον κόσμο (Blyth et al., 2001/ Moulin et al., 2002/ Eriksen et al., 2003). Αντίστοιχα και στις ΗΠΑ το 35% του γενικού πληθυσμού αναφέρει χρόνιο πόνο, γεγονός που ανάγει τον χρόνιο πόνο σε σύγχρονη επιδημία (Harstall, 2003).

Είναι χαρακτηριστικό ότι ο χρόνιος πόνος συγκαταλέγεται στα πιο δαπανηρά προβλήματα υγείας για τις σύγχρονες κοινωνίες (Maniadakis & Gray , 2000). Όμως είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ σε διάφορες μελέτες προσδιορίζεται σε 25-60% το ποσοστό των ατόμων που αναζητούν τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας λόγω του πόνου, τα άτομα αυτά αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία, σε σύγκριση με το 75-40% των ατόμων που δεν αναζητούν βοήθεια για το πρόβλημά τους (Watkins et al., 2006). Η αναζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας ξεκινά από την αναγνώριση της ύπαρξης μίας δυσλειτουργίας, στη συνέχεια τα συμπτώματα αξιολογούνται αναλόγως του πόσο επηρεάζουν την καθημερινότητα του ατόμου και αναλόγως της σοβαρότητας της κατάστασης επιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας. Η

αναζήτηση δε της βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας διασυνδέεται με την υπάρχουσα γνώση σχετικά με τα θέματα υγείας, την διάθεση για φροντίδα του εαυτού καθώς και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (Dixon-Woods et al., 2005). Αναλόγως σύμφωνα με το συμπεριφοριστικό μοντέλο χρήσης υπηρεσιών υγείας, η αναζήτηση των υπηρεσιών υγείας και στην περίπτωση του χρόνιου πόνου εξαρτάται από δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αλλά εξαρτάται και από τις αντιλήψεις του ατόμου για την υγεία του, ενισχυτικούς παράγοντες όπως το οικογενειακό εισόδημα και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και ατομικά χαρακτηριστικά του πάσχοντος στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του (Tripp et al., 2006 / Vilhjalmsson, 2005 / Ndao-Brumblay & Green, 2010). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί το εξής παράδοξο: παρά το ότι αναμένεται ότι η αναζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι απρόσκοπτη σε χώρες όπου η υγεία αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό αγαθό και χρηματοδοτείται με δημόσιους πόρους, σε σύγκριση με συστήματα υγείας των οποίων η χρηματοδότηση αναφέρεται σε ίδιους πόρους (ιδιωτική ασφάλεια και ιδιωτικά κεφάλαια), έχει παρατηρηθεί ότι δεν συμβαίνει αυτό και ακόμα και στα «φιλικά» προς τους πολίτες συστήματα υγείας, η αναζήτηση των υπηρεσιών επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση του χρήστη (Agerholm et al., 2013).

Επίσης, μία πολύ σημαντική παράμετρος είναι και η επικοινωνία του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας στην περίπτωση του χρόνιου πόνου. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μία προσωπική εμπειρία που κατατίθεται ενώπιον του επαγγελματία υγείας προκειμένου να εκτιμηθεί- αξιολογηθεί, διαγνωστεί και τύχει της ανάλογης θεραπείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί μία ικανή εισαγωγή στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ουσιαστικά πρόκειται για την λεκτική και μη- λεκτική έκφραση της κατάστασης από πλευράς πάσχοντος και αναλόγως την παρέμβαση του επαγγελματία που περιλαμβάνει την διερεύνηση της κλινικής κατάστασης και των επιπτώσεών της στη συνολική κατάσταση του χρήστη των υπηρεσιών, την απάντηση των ερωτημάτων του, την συμβουλευτική μέσα από την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και την άμεση εμπλοκή του πάσχοντα στο σχέδιο αντιμετώπισης των προβλημάτων του

(Richardson et al., 2006). Καθοριστικοί παράγοντες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου αποτελούν και οι στόχοι και οι προσδοκίες του ασθενή κατά την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Feldman-Stewart & Brundage, 2009). Οι παράγοντες αυτοί καθορίζουν

και την επίδραση της συμμετοχής του πάσχοντα στο σχέδιο αντιμετώπισης του προβλήματός του. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε σχετικές μελέτες βρέθηκε ότι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν περισσότερες πιθανότητες να επιθυμούν την άμεση εμπλοκή τους στις κλινικές αποφάσεις και το γενικότερο σχεδιασμό της αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Οι ίδιοι ασθενείς ήταν πιο ενεργοί στην επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας, έκαναν ευκολότερα ερωτήσεις και αναλάμβαναν πιο εύκολα το μερίδιο ευθύνης που τους αναλογούσε κατά την λήψη των αποφάσεων, σε σύγκριση με ασθενείς χαμηλότερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων και χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Mira et al., 2012 / Villani & Mortensen, 2012). Στην προσπάθεια αιτιολόγησης αυτής της παρατήρησης, μεταξύ άλλων, διατυπώθηκε και η άποψη ότι μπορεί να εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο των «ανισοτήτων» στον τομέα της υγείας, εξαιτίας της εσφαλμένης εντύπωσης των παρόχων υπηρεσιών υγείας, σχετικά με την ικανότητα των προερχόμενων από χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα να αντιληφθούν τη διαδικασία της φροντίδας και αναλόγως να λάβουν ενεργό μέρος σε αυτή, αλλά και σχετικά με την επιθυμία και την ανάγκη τους για πληροφόρηση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους (Willems et al., 2005).

Σε πολλές ερευνητικές μελέτες με πληθυσμό ανθρώπων που αναφέρουν χρόνιο πόνο κατέστη σαφές ότι η επικοινωνία ασθενούς και επαγγελματία υγείας είναι δείκτης ποιότητας περίθαλψης (DeVoe et al., 2009). Έτσι, η διαχείριση του πόνου γίνεται αποτελεσματικότερη όταν βελτιώνεται η επικοινωνία ασθενούς- παρόχου υπηρεσιών υγείας, καθώς αποσαφηνίζεται η φύση του πόνου, κατανοείται ο ρόλος των συμμετεχόντων στο σχέδιο φροντίδας, υπάρχει μεγαλύτερη συμμόρφωση του πάσχοντα σε αυτό και η θεραπεία καθίσταται επιτυχής (Cronje & Williamson, 2006). Παράλληλα έχει φανεί ότι η πεποίθηση του πάσχοντα ότι το πρόβλημά του γίνεται κατανοητό και η δέσμευσή του στην αντιμετώπισή του, του ενισχύει την αντίληψη ότι έχει τον έλεγχο της ίδιας του της ζωής και αισθάνεται ότι τυγχάνει της υποστήριξης και της κατανόησης που του αναλογούν (Frantsve & Kerns, 2007/ Butow & Sharpe, 2013).

Σε διάφορες μελέτες φαίνεται να σχετίζεται ο χρόνιος πόνος με άλλα σημαντικά νοσήματα. Σε αμερικανούς ενήλικες με αναφερόμενο χρόνιο πόνο, υπήρξαν σαφείς συσχετίσεις με άλλα νοσήματα όπως αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, υπέρταση, χρόνια

αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νοσήματα του πεπτικού, επιληψία, ανοσοκαταστολή κ.α. (Von Korff et al., 2005).

Παράλληλα, φαίνεται ότι και το φύλο μπορεί να συσχετιστεί με το χρόνιο πόνο. Σε πολλές μελέτες αναφέρεται ότι οι γυναίκες παραπονούνται για χρόνιο πόνο περισσότερο από τους άνδρες (Tsang et al., 2008). Μία δυννητική εξήγηση αποτελεί το ότι οι γυναίκες εξωτερικεύουν πιο εύκολα τα προβλήματά τους, ή το ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες και λιγότερο ανεκτικές στον πόνο (Wijnhoven et al., 2006). Ενώ έχει συσχετιστεί θετικά ο χρόνιος πόνος με την ηλικία (Tsang et al., 2008).

Επίσης, θετικά έχει συσχετιστεί ο χρόνιος πόνος με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Saastamoinen et al., 2005). Ενώ έχει δοθεί έμφαση στο ρόλο της υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον. Η κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον, οικογενειακό και κοινωνικό, συνάδει με καλύτερη διαχείριση και εξέλιξη του πόνου. Παράλληλα γίνεται και η επισήμανση σχετικά με την υπέρμετρη ενασχόληση της οικογένειας με το χρόνιο πόνο και την υπερβολική ανησυχία των μελών που έχει φανεί ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή του πάσχοντος (Jensen et al., 2011).

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο από την μελέτη των Breivik και συνεργατών (2006) αφορά στην επαγγελματική ζωή του ατόμου που αναφέρει χρόνιο πόνο. Έτσι, από τους περίπου 5.000 συμμετέχοντες, το 31% δήλωναν πλήρη απασχόληση, το 13% είχαν μερική απασχόληση, το 34% ήταν συνταξιούχοι και το 22% ήταν άνεργοι. Περίπου το 25% αυτών δήλωσαν ότι επηρεάστηκε η επαγγελματική τους κατάσταση, με τη μέση απώλεια ημερών εργασίας κατά το τελευταίο εξάμηνο να εντοπίζεται στο 7,8, με την Φινλανδία (20 ημέρες) και την Γαλλία (5 ημέρες) στις ακραίες θέσεις.

1.3. Μηχανισμοί- Παθοφυσιολογία Χρόνιου Πόνου

Η νευρική οδός μέσω της οποίας μεταδίδονται και αποκωδικοποιούνται τα επώδυνα ερεθίσματα ονομάζεται αλγαισθητική. Ως αλγαισθησία περιγράφεται η διαδικασία μετάδοσης του επώδυνου ερεθίσματος στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Η φυσιολογία της αλγαισθησίας περιλαμβάνει μία πολύπλοκη αλληλεπίδραση των δομών του περιφερικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα επώδυνα ερεθίσματα

(μηχανικά, θερμικά, χημικά) επιδρούν στους αλγοϋποδοχείς και προκύπτουν νευρικές ώσεις, οι οποίες μεταφέρονται με τους πρωτογενείς αισθητικούς νευρώνες στο νωτιαίο μυελό ή σε πυρήνες των κρανιακών νεύρων (Ιατρού,2003).

Η επικοινωνία των περιφερικών τμημάτων με τον εγκέφαλο και η διαμόρφωση της τελικής αντίδρασης στα ερεθίσματα εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο τα διάφορα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρικά δυναμικά ενέργειας. Κατά το δεύτερο στάδιο, μεταβιβάζονται τα ηλεκτρικά ερεθίσματα δια του νωτιαίου μυελού και του θαλάμου στην σωματοαισθητική περιοχή του εγκεφάλου. Κατά το τρίτο στάδιο τα ερεθίσματα λαμβάνονται και αναγνωρίζονται από τον εγκέφαλο, ενώ κατά το τέταρτο στάδιο τα ερεθίσματα τροποποιούνται στο πλαίσιο της αντίδρασης του εγκεφάλου, μέσω των διαφόρων μετακυκλωμάτων του συστήματος. Με την συνειδητοποίηση του πόνου ο εγκέφαλος αντιδρά πολλαπλώς και σε διάφορα επίπεδα. Μπορεί να κινητοποιήσει το μυϊκό σύστημα για κινήσεις αποφυγής, ή να τροποποιήσει την ένταση του πόνου μέσα από σήματα στο μεσεγκέφαλο και από εκεί, δια των εγκεφαλονωτιαίων οδών, μεταβίβαση του σήματος στη νωτιαία σύναψη όπου τροποποιείται ο πόνος. Κατά την μετάπτωση του πόνου στην χρονιότητα, ο οργανισμός διαμορφώνει νέες συνάψεις προκειμένου να ανταποκριθεί στον πόνο, οι οποίες μέσα από την υπερδιέγερση τροποποιούνται, ενώ μεγάλος αριθμός νευρικών κυττάρων καταστρέφεται. Τελικά οι συνάψεις μειώνονται και μεταβάλλεται η λειτουργία τους. Το νευρικό σύστημα είναι ευπροσάρμοστο και εύπλαστο, συνεπώς στο πλαίσιο της αντιρρόπησης των προβλημάτων αλλάζει δομή, λειτουργία και χημική σύσταση. Στην περίπτωση αυτή, ο πόνος υποπίπτει σε χρονιότητα και παύει να αποτελεί σύμπτωμα, αλλά συνιστά ξεχωριστή νόσο (Ferrante,1996).

Όμως η υποκειμενική εμπειρία του πόνου δεν έχει μόνο την αισθητηριακή της πλευρά ως αποτέλεσμα της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων, αλλά αποτελεί μία πολυπαραγοντική εμπειρία ως συνισταμένη ατομικών χαρακτηριστικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που διαμορφώνουν την αντίδραση κάθε ατόμου στο επώδυνο ερέθισμα (Ιατρού, 2003). Αναλόγως και οι περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την αντίληψη και τη διεργασία του πόνου φαίνεται να λειτουργούν επίσης συνδυαστικά και η εμπειρία του πόνου διαμορφώνεται ως αλληλεπίδραση περισσότερων περιοχών και όχι ως διέγερση ενός μεμονωμένου κέντρου (Apkarian et al., 2011).

Ορμονικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες επιδρούν στους μηχανισμούς του πόνου (Fillington et al., 2009). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη επεισοδίων ημικρανίας σε άνδρες και γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, ενώ πριν την εφηβεία παρατηρούνται παρόμοια ποσοστά ημικρανιών για αγόρια και κορίτσια, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να μειώνονται τα ποσοστά για τις γυναίκες (Arjona et al., 2007/ Brandes, 2007).

Γενετικοί παράγοντες επίσης φαίνεται να ενέχονται στο χρόνιο πόνο. Από σχετικές μελέτες προκύπτει ότι η κληρονομικότητα συσχετίζεται με τον χρόνιο πόνο σε ποσοστό 13-60% αναλόγως του μελετώμενου πληθυσμού και των χαρακτηριστικών του πόνου (Denk et al., 2014). Έχει παρατηρηθεί ότι συγκεκριμένα γονίδια επιδρούν τόσο στην παθοφυσιολογία του πόνου, όσο και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που καθιστούν το άτομο ευάλωτο στον πόνο (Diatchenko et al., 2006b). Έχουν μελετηθεί τα γονίδια που σχετίζονται με τις σεροτονινεργικές και νοραδρενεργικές οδούς, στο πλαίσιο δυνητικών συσχετίσεων του πόνου με τις συναισθηματικές διαδικασίες. Ενδεικτικά αναφέρεται η κατεχολ-Ο-μεθυλτρανσφεράση (COMT), ένζυμο που καταβολίζει τις κατεχολαμίνες και έχει συσχετιστεί με την ποικιλομορφία της ευαισθητοποίησης στον πόνο (Diatchenko et al., 2006a). Έχει καταγραφεί μία σαφής σχέση των γονιδίων διαβιβαστών της σεροτονίνης με τον πόνο και την κατάθλιψη που μελετήθηκαν σε ασθενείς που είχαν υποστεί χειρουργική επέμβαση για προβλήματα σε μεσοσπονδύλιους δίσκους (Lebe et al., 2013). Ενώ έχει συσχετιστεί ο πολυμορφισμός γονιδίου- διαβιβαστή της σεροτονίνης με τον κίνδυνο ινομυαλγίας (Cohen et al., 2002).

1.4. Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο του Χρόνιου Πόνου

Από τον 18^ο αιώνα η ιατρική επιστήμη βασίστηκε στο βιοϊατρικό μοντέλο θεώρησης της υγείας και της ασθένειας, σύμφωνα με το οποίο κάθε δυσλειτουργία είναι συνέπεια διαταραχών στις οργανικές διεργασίες και την ομαλή λειτουργία των οργάνων, μετά την επίδραση λοιμογόνων παραγόντων ή τραυματισμούς. Βασικό μειονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι ότι παραβλέπονται οι ψυχολογικές διεργασίες αλλά και η επίδραση ατομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στην κατάσταση υγείας του ατόμου. Το κενό αυτό ήρθε να συμπληρώσει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία στις αρχές του

20^{ου} αιώνα. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υπάρχει μία ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου, εξετάζοντας την υγεία ως ολότητα με σωματική- βιολογική, νοητική, ψυχική και συναισθηματική υπόσταση. Οι διαστάσεις αυτές βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και δυναμική ισορροπία μεταξύ τους αλλά και το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του χρόνιου πόνου έχει αποτελέσει μία από τις βασικές προσεγγίσεις του χρόνιου πόνου τις τελευταίες δεκαετίες (Turk & Okifuji, 2002). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο ο πόνος εξετάζεται πέραν της αντίληψης και των σχετικών αισθητηριακών διαδικασιών (καθώς ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με βιολογικούς παράγοντες και τελικά διαμορφώνουν την εμπειρία του πόνου και την εξ' αυτής δυσπραγία. Πρόκειται για μία αντανάκλαση της αλληλεπίδρασης σώματος και πνεύματος καθιστώντας τα όρια της ψυχολογικής και της σωματικής διάστασης διασδιάκριτα). Ο ρόλος του συναισθήματος στον πόνο είναι ιδιαίτερα σημαντικός. το άτομο μπορεί να αναπτύξει αρνητική πεποίθηση για την κατάσταση του ή αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του που μπορεί να οδηγήσουν σε έντονο άγχος και κατάθλιψη τα οποία ενισχύουν τον κύκλο αυτό (Merskey & Bogduk, 1994).

1.5. Ποιότητα Ζωής -Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής και Χρόνιος Πόνος

Η έννοια της ποιότητας είναι πολύπλοκη και δυναμική και ο ορισμός της ποικίλει, ανάλογα με το επιστημονικό πλαίσιο στο οποίο επιχειρείται η μελέτη της και της οπτικής γωνίας υπό την οποία προσεγγίζεται. Η ύπαρξη της Ποιότητας είναι δεδομένη και συσχετίζεται άμεσα με την ταυτοποίηση προσώπων, υπηρεσιών και προϊόντων. Μία καθαρά ετυμολογική προσέγγιση του όρου «ποιότητα» αποτελεί ο χαρακτηρισμός της ως «το σύνολο χαρακτηριστικών πράγματος, ό,τι το χαρακτηρίζει και το διαφοροποιεί από τα όμοιά του, σύνολο θετικών ιδιοτήτων» (Μπαμπινιώτης, 2008).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) είναι μία επίσης πολυδιάστατη έννοια που περιγράφεται ως η επίδραση της κατάστασης υγείας ενός ατόμου στην λειτουργικότητά του, την δυνατότητά του να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του και το πώς αντιλαμβάνεται την ευημερία του εκπεφρασμένη με όρους φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας. Παράλληλα, η ΣΥΠΖ βρίσκεται σε διασύνδεση με

την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει σε σημαντικές δραστηριότητες στο πλαίσιο της οικογένειας, του εργασιακού περιβάλλοντος και της κοινότητας (Nordlund et al, 2005/ Vetter, 2007). Όλοι οι σχετικοί ορισμοί συντείνουν στο ότι συνδέεται η φυσική ικανότητα ανταπόκρισης στις καθημερινές ανάγκες, η ψυχική υγεία και η κοινωνική λειτουργικότητα, μέσα από την ομαλή ανταπόκριση σε κοινωνικούς ρόλους και υποχρεώσεις, με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την ευημερία του, την ικανοποίησή του από την κατάσταση υγείας του και την θέση του στο κοινωνικό σύνολο (Tengland, 2006). Εξάλλου, δεν είναι τυχαίος ο ορισμός της Υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που περιγράφει την Υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας» (WHO, 1946). Όπως προκύπτει η ΣΥΠΖ αναφέρεται σε προσωπική εκτίμηση σχετικά με την λειτουργικότητά και την ευημερία, με γνώμονα πάντα τις ατομικές επιδιώξεις και προσδοκίες, καθώς και τον τρόπο ζωής του ατόμου.

Ο χρόνιος πόνος επιδρά στην ζωή ενός ανθρώπου επηρεάζοντας άμεσα την σωματική, συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του και ως εκ τούτου δεν μελετάται μόνο η κλινική διάσταση του πόνου αλλά και η επίδρασή του στην καθημερινότητα και την ΣΥΠΖ. Έτσι, δεν εξετάζεται μόνο η εμπειρία του πόνου καθεαυτή, αλλά και το πώς αποτυπώνεται στις καθημερινές δραστηριότητες και στην συνολική συμπεριφορά του ατόμου (Turk & Okifuji, 1999 / Baliki et al., 2008/ Richardson et al, 2008). Υπάρχει δε μία αμφίδρομη σχέση μεταξύ πόνου και ΣΥΠΖ, καθώς ο πόνος επηρεάζει την ΣΥΠΖ αλλά και το επίπεδο της ποιότητας ζωής επιδρά στον τρόπο που εκφράζεται ο πόνος και διαφοροποιεί την συμπεριφορά του ατόμου (Baliki et al., 2008).

Μελέτες καταδεικνύουν την επίδραση του πόνου στην σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Η φύση, η διάρκεια, η σοβαρότητα και η εντόπιση του πόνου διαμορφώνουν τον βαθμό της επίδρασης (Mullady et al., 2011). Σε μία προσπάθεια σαφούς περιγραφής της σχέσης του χρόνιου πόνου με την ΣΥΠΖ, μέσα από σχετικές ερευνητικές μελέτες, κατά τον προσδιορισμό της σχέσης καθενός από τους παράγοντες που εξετάζονται, μεμονωμένα, με την ποιότητα της ζωής, προκύπτει ότι η σοβαρότητα του πόνου καθεαυτή δεν είναι καθοριστικός παράγοντας και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας για τις γενικότερες επιδράσεις του πόνου στην ζωή του πάσχοντα και την δυνητικά συνακόλουθη ανεπάρκεια ή αναπηρία (Kolotylo & Broome,

2000/ Lame et al., 2005). Αντιθέτως έχει βρεθεί ότι η εντόπιση του πόνου και η έντασή του συσχετίζονται και ότι τα σχετικά προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης θα πρέπει να εστιάζουν στην εντόπιση του πόνου (Peolsson et al., 2007). Με το ίδιο σκεπτικό η ΣΥΠΖ μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο ως τρόπος μέτρησης των αποτελεσμάτων του χρόνιου πόνου αλλά και ως επεξήγηση και πρόγνωση της εξέλιξης του χρόνιου πόνου με την πάροδο του χρόνου (Bergman et al., 2004).

Επίσης, μία άλλη διάσταση του χρόνιου πόνου είναι η επίδρασή του στις οικογενειακές σχέσεις. Ο χρόνιος πόνος επιδρά αρνητικά στην οικογένεια ως σύνολο, δημιουργώντας διαταραχή στις υφιστάμενες σχέσεις των μελών, με την ανακατανομή των ρόλων και των ευθυνών, ενδεχόμενη κόπωση και αρνητικά συναισθήματα. Δημιουργούνται δυσκολίες στην καθημερινότητα της άμεσης οικογένειας, μέσα από τις υποχρεώσεις που αναδύονται σχετικά με την φροντίδα και την βοήθεια του πάσχοντα. Ταυτόχρονα, δεδομένου ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί να συνδεθεί με προβλήματα στην αμειβόμενη εργασία και συνακόλουθα οικονομικά προβλήματα, δημιουργείται επιπλέον ανησυχία για την τύχη της οικογένειας και το μέλλον της, τον βιοπορισμό αλλά και την κοινωνική της διάσταση μέσα από την αλλαγή των ευρύτερων οικογενειακών σχέσεων (Turk et al.,1987).

Παράλληλα ο χρόνιος πόνος έχει συσχετιστεί με γνωστικά ελλείμματα, διαταραχές στον ύπνο και αρνητικά συναισθήματα. Η κακή διάθεση, η εξάντληση και η μειωμένη ενεργητικότητα οριοθετούν την χαμηλή υποκειμενική ευεξία. Ταυτόχρονα, συχνά παρατηρούνται ευερεθιστότητα και εκνευρισμός με αποτέλεσμα την διατάραξη της συναισθηματικής ισορροπίας. Καθίσταται δε σαφές ότι τα συναισθηματικά προβλήματα συνάδουν με περιορισμούς που συσχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές, την κατάθλιψη και διαταραχές του αυτοελέγχου και της συμπεριφοράς (Sjogren et al.,2005/ Smith et al.,2000).

1.6. Χρόνιος Πόνος και Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μία συνηθισμένη νοσολογική οντότητα για το γενικό πληθυσμό, που συχνά είναι αδιάγνωστη, ή δεν έχει τύχει αντιμετώπισης σύμφωνης με τις κατευθυντήριες οδηγίες, που ισχύουν για την θεραπευτική αντιμετώπιση της

συγκεκριμένης διαταραχής (Sihvo et al., 2006). Η συσχέτιση της αγχώδους διαταραχής με το χρόνιο πόνο δεν έχει μελετηθεί τόσο όσο η συσχέτιση με την κατάθλιψη (Dersh et al., 2002). Από μελέτη σε 17 χώρες προκύπτει ότι άτομα με χρόνιο πόνο στον αυχένα και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ήταν κατά δύο ή τρεις φορές πιο επιρρεπή, σε σύγκριση με υγιείς πληθυσμούς, να εμφανίσουν κρίσεις πανικού, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή μετατραυματικό στρες (Demyttenaere et al., 2007). Άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους φαίνεται ότι αντιδρούν στον πόνο με περισσότερο φόβο και βιώνουν την εμπειρία του πόνου ενίοτε με υπερβολή (Esteve & Camacho, 2008). Όμως είναι αξιοσημείωτο ότι οι αγχώδεις διαταραχές έχουν συσχετιστεί επί το πλείστον με τον οξύ πόνο, καθώς παρατηρήθηκαν στα αρχικά στάδια του πόνου, ενώ η κατάθλιψη με τον χρόνιο πόνο (Gatchel et al., 1996).

Σύμφωνα με τις ψυχαναλυτικές θεωρίες ο Ένγκελς εισήγαγε τον όρο «προσωπικότητα με ροπή στον πόνο». Πρόκειται για μοντέλο σύμφωνα με το οποίο άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είναι πιο επιρρεπή στον πόνο. Έτσι, ο χρόνιος πόνος δεν είναι παρά μία αντανάκλαση ανεπίλυτων εσωτερικών συγκρούσεων, με σωματοποίηση των ψυχολογικών τραυμάτων. Μελετητές του μοντέλου αυτού κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με σκεπτικισμό, αφενός γιατί στερείται τεκμηρίωσης, αφετέρου γιατί εστιάζει στην σαφή διάκριση σώματος και ψυχής (Sullivan, 2001). Αναλόγως αντιμετωπίστηκαν και οι νευρώσεις, μέσα από το συσχετισμό τους με αυξημένη ροπή προς αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα και θυμό. Έτσι, οι νευρωτικοί βρέθηκε ότι βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό σωματικές ενοχλήσεις, ενώ η ύπαρξη νευρώσεων λειτούργησε ως αρνητικός προγνωστικός παράγοντας κατά την εφαρμογή μεθόδων και στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου (Ramirez-Maestre et al., 2004).

Πολλές προσεγγίσεις και εργαλεία αναφέρονται στην αξιολόγηση του άγχους των ασθενών που αναφέρουν χρόνιο πόνο. Το άγχος, ως σύμπτωμα εξετάζεται ως προς την γνωστική, συναισθηματική και παθοφυσιολογική του διάσταση και αναλόγως έχουν διαμορφωθεί κλίμακες εκτίμησης και ερωτηματολόγια (McCracken & Dhingra, 2002).

Επίσης, είναι σημαντική η αναφορά στον θυμό, καθώς ο θυμός έχει αναφερθεί ως κυρίαρχο συναισθήμα στους ασθενείς που βιώνουν χρόνιο πόνο, ως αντίδραση σε μία

αντιλαμβανόμενη απειλή- αδικία που υφίστανται με τον χρόνιο πόνο (Fishbain et al., 2011). Κατά την ψυχαναλυτική προσέγγιση του Ένγκελς, ο χρόνιος πόνος είναι υποκατάστατο θυμού και κατάθλιψης, κυρίως για τα άτομα που αδυνατούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Smith, 1994). Συγχρονικές μελέτες καταδεικνύουν αρνητική διασύνδεση εξωτερίκευσης υπάρχοντος θυμού και ανταπόκρισης στις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου, μεγαλύτερη συχνότητα σε κρίσεις ημικρανίας, ινομυαλγίας και οσφυαλγίας (Materazzo et al., 2000/ Sayar & Topbas, 2004/ Lombardo et al., 2005 Burns et al., 2007). Παράλληλα, σε άτομα που βιώνουν χρόνιο πόνο και ο θυμός τους είναι καταπιεσμένος παρατηρήθηκε εντονότερος μυϊκός σπασμός, στοιχείο που θεωρήθηκε ότι συνηγορεί στην διασύνδεση θυμού και χρόνιου πόνου και επιβεβαιώθηκε και με νευροαπεικονιστικές μεθόδους (Davidson et al., 2000/ Burns et al., 2006).

1.7. Χρόνιος Πόνος και Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνά παρατηρούμενη και μελετώμενη ψυχική διαταραχή στο χρόνιο πόνο. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε άτομα με χρόνιο πόνο είναι σαφώς υψηλότερος σε σύγκριση με άτομα που δεν αναφέρουν χρόνιο πόνο. Είναι δε αξιοσημείωτη η ετερογένεια των σχετικών μελετών και των αποτελεσμάτων τους, αναλόγως της προσέγγισης που επιχειρείται. Έτσι, ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η ψυχολογική προσέγγιση, κατά την οποία η εκτίμηση της κατάθλιψης γίνεται με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις που πραγματοποιούνται με διαγνωστικές δομημένες συνεντεύξεις (Dersh et al., 2002). Όμως, παρά τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης σε άτομα που βιώνουν χρόνιο πόνο, η αιτιώδης συνάφεια είναι δυσδιάκριτη. Το ερώτημα σχετικά με το αν «ο χρόνιος πόνος προκαλεί κατάθλιψη, ή η κατάθλιψη χρόνιο πόνο;» αποτελεί ένα καίριο ερευνητικό ερώτημα στις σχετικές μελέτες. Έχει συσχετιστεί θετικά η βαρύτητα της κατάθλιψης με την βαρύτητα του πόνου, την συχνότητά του και τον αριθμό των επώδυνων σημείων, καθώς και με την αντίληψη και την ανοχή στον πόνο, αλλά και την πρόγνωση της πορείας του (Banks & Kerns, 1996/ Fishbain et al., 1997 / Meyer et al., 2007). Μπορεί όμως να συναχθεί το συμπέρασμα ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί να θεωρηθεί ως προγνωστικός παράγοντας για την κατάθλιψη, αλλά και η κατάθλιψη προγνωστικός παράγοντας για τον χρόνιο πόνο (Fishbain et al., 1997 / Meyer et al., 2007).

Για την ανίχνευση και αξιολόγηση της κατάθλιψης έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία. Σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες της ψυχικής υγείας τα κριτήρια που καθιστούν ένα εργαλείο κατάλληλο προς χρήση είναι το να είναι σύντομο και εύκολο στην χρήση, αποδεκτό από τους εξεταζόμενους να καλύπτει τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV για τη μείζονα κατάθλιψη, να έχει αποδεκτή αξιοπιστία, ευαισθησία και εγκυρότητα, να είναι οικονομικό και ευέλικτο, να καλύπτει όσο το δυνατό περισσότερες πτυχές της ψυχικής και κοινωνικής ζωής ενός ατόμου καθώς και της ποιότητας ζωής. Έμφαση δίνεται στα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια που προτιμώνται καθώς δεν απαιτούν χρόνο από τους επαγγελματίες υγείας, βοηθούν στην αποφυγή προκαταλήψεων και υποκειμενικών κρίσεων του επαγγελματία υγείας, καθώς και στατιστικών σφαλμάτων και μπορούν εύκολα να συνδυαστούν και με άλλες διαγνωστικές προσεγγίσεις (Nezu et al.,2000). Από τα εργαλεία αυτά, ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)Q:** Πρόκειται για το πιο κοινό εργαλείο διαλογής για τον εντοπισμό της κατάθλιψης, επί το πλείστον σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Ενώ για τους εφήβους χρησιμοποιείται μια τροποποιημένη του μορφή. Συμπεριλαμβάνει 9 θέματα που καλύπτουν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης (DSM-IV). Οι αξιολογούμενοι συμπληρώνουν σε τετραβάθμια κλίμακα την συχνότητα με την οποία εμφάνισαν τα υπό εξέταση συμπτώματα κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Είναι εργαλείο διεγνωσμένης εγκυρότητας και αξιοπιστίας, με μεγάλη εσωτερική συνοχή, εύκολο στη χρήση του και ανέξοδο (Zuithoff et al.,2010).
- **Beck Depression Inventory-II (BDI-II):** Η αρχική έκδοση αυτού του εργαλείου καταγραφής έγινε το 1961 και ακολούθησε αναθεωρημένη έκδοση το 1996. Συμπεριλαμβάνει 21 θέματα πολλαπλής επιλογής που αξιολογούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κάθε θέμα συμπεριλαμβάνει τέσσερις καταστάσεις που αναλογούν στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων, δηλαδή πρόκειται για συνολικά 84 προτάσεις. Πρόκειται για εργαλείο με πολύ καλή εσωτερική συνοχή και έχει ευελιξία (Beck et al.,1996).
- **Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS):** Πρόκειται για εργαλείο που προσομοιάζει με το *BDI* , καθώς συμπεριλαμβάνει πολλαπλής επιλογής

ερωτήσεις με 4 επιλογές έκαστη, που αναφέρονται σε 16 θέματα σχετικά με την συμπτωματολογία της μείζονος κατάθλιψης (DSM-IV). Αξιολογούνται διαταραχές ύπνου, ψυχοκινητικές διαταραχές, και διαταραχές στην όρεξη και το σωματικό βάρος (Rush et al.,2006).

- ***Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS)***: Εργαλείο που αξιολογεί τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης σε συνδυασμό με την ποιότητα ζωής. Συμπεριλαμβάνει 18 θέματα, των οποίων η απάντηση εντοπίζεται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο, αποδεκτής αξιοπιστίας και εγκυρότητας, με εσωτερική συνοχή και ευελιξία (Zimmerman et al.,2008).

1.8. Αξιολόγηση του Πόνου

Η εκτίμηση του πόνου είναι μία πολύ βασική διαδικασία, προκειμένου να ταυτοποιηθεί και να αντιμετωπιστεί αναλόγως. Οι βασικές πηγές πληροφοριών για τον πόνο είναι το ιστορικό του πάσχοντα, η φυσική του εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος (Jensen et al,1996). Παράλληλα, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η διαδικασία αξιολόγησης του πόνου είναι δυναμική και η επιτυχία στην έκβασή της εξαρτάται κατά πολύ από την συμμετοχή του πάσχοντα (Von Korff et al 2003).

Στην βιβλιογραφία υπάρχει πλουραλισμός στα εργαλεία αξιολόγησης και παρακολούθησης της πορείας του πόνου. Μία αδρή διάκριση των διαθέσιμων εργαλείων είναι σε μονοδιάστατα (uni-dimensional) και πολυδιάστατα (multi-dimensional). Τα πρώτα μελετούν μία μόνο παράμετρο του πόνου, όπως την ένταση. Πρόκειται για απλά, γρήγορα και εύχρηστα εργαλεία που χρησιμοποιούνται επί το πλείστον στην αξιολόγηση του οξέος πόνου. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται κυρίως προφορικές -περιγραφικές κλίμακες. Τα πολυδιάστατα εργαλεία παρέχουν περισσότερες πληροφορίες, καθώς επικεντρώνονται στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του πόνου αλλά απαιτούν καλύτερο επίπεδο επικοινωνίας με τον εξεταζόμενο, με απαραίτητη προϋπόθεση το άριστο επίπεδο συνείδησης και την ύπαρξη διάθεσης συνεργασίας από την πλευρά του πάσχοντα. Είναι δε χρονοβόρα και πιο πολύπλοκα στην χρήση τους.

Στον πίνακα 1.1 που παρατίθεται στο τέλος του κεφαλαίου συμπεριλαμβάνονται ενδεικτικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως για την αξιολόγηση του πόνου. Η

επιλογή του κατάλληλου, κατά περίπτωση, εργαλείου καθορίζεται από την απλότητά του, που το καθιστά «φιλικό προς το χρήστη», την αξιοπιστία, εγκυρότητα και ευαισθησία του, καθώς και την δυνατότητα που παρέχει για ερμηνεία και σύγκριση των μετρήσεων για πρακτικούς και ερευνητικούς- επιστημονικούς λόγους (Καυκιά και συν., 2015).

1.9. Εργαλεία Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής

Στη βιβλιογραφία υπάρχει ένα πλήθος εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και των επιπτώσεων του χρόνιου πόνου σε αυτή. Ένα κοινό χαρακτηριστικό της πλειονότητας αυτών είναι η επικέντρωση στην υποκειμενική θεώρηση των παραγόντων που χαρακτηρίζουν την προς εξέταση κατάσταση. Εξάλλου, η υποκειμενική θεώρηση μίας θεραπευτικής προσέγγισης είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιχειρείται μία εξατομικευμένη λύση σε ένα πρόβλημα υγείας σύμφωνα με τις ατομικές ιδιαιτερότητες και τις συγκεκριμένες ανάγκες του πάσχοντα (Σαρρής, 2001).

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι είτε γενικά είτε ειδικά (Υφαντόπουλος, 2005). Τα πρώτα επιδιώκουν την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και ομάδων που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες, ή εμφανίζουν ανικανότητα και διαταραχές, ή υποβάλλονται σε συγκεκριμένες θεραπείες. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν τα SF-36, EQ-15D και EQ-5D κ.α.. Αναλόγως υπάρχουν εργαλεία που αναφέρονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και συγκεκριμένα νοσήματα, επί το πλείστον χρόνια. Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσονται το Chronic Heart Failure Questionnaire, The Yale Scale, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire κ.α. (Θωμόπουλος, 2006).

ΕΡΓΑΛΕΙΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Προφορικές, Περιγραφικές Κλίμακες (Verbal Descriptor Scales, VDS)	Χρήση περιγραφικών επιθέτων τύπου «καθόλου, ελαφρύς, μέτριος, έντονος» κλπ	Απλές, εύχρηστες, αξιόπιστες, κατανοητές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμα και σε άτομα μικρότερης ηλικίας (Skovlurd et al.,2005).
Αριθμητικές Κλίμακες (Numerical Rating Scales - NRS)	Πενταβάθμιες ή δεκαβάθμιες απλές κλίμακες με το μηδέν να αντιστοιχεί στην ανυπαρξία πόνου και το μέγιστο αριθμό στο μέγιστο πόνο.	Απλές, εύχρηστες, αξιόπιστες, κατανοητές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξαρτήτως ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου. Ενδείκνυται και η προφορική χρήση (Auburn et al.,2003).
Οπτικές αναλογικές κλίμακες (Visual Analogue Scales -VAS)	Σε μία ευθεία γραμμή αναπαριστάται η ένταση του πόνου με το ένα άκρο να αντιστοιχεί στην απουσία πόνου και το άλλο στο μέγιστο πόνο.	Αξιόπιστο, με καλή ευαισθησία, κυρίως για την εκτίμηση του οξέος πόνου. Κατάλληλο για την παρακολούθηση της πορείας της έντασης του πόνου. Δεν ενδείκνυται για προφορική χρήση και δεν είναι εύχρηστη σε παιδιά, ηλικιωμένους και άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (Williamson &Hoggart,2005).
Χρωματικές Κλίμακες (Coloured Analogue Scale)	Χρήση μικρών χρωματισμένων καρτών για αντιστοίχιση χρώματος- αίσθησης του πόνου.	Ενδείκνυται για χρήση σε παιδιά.
Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire)	80 περιγραφικά επίθετα για τον πόνο, σε ομάδες ερωτήσεων, άθροισμα των επιμέρους σκορ και αντιστοίχιση με δείκτη αξιολόγησης του πόνου. Υπάρχει και σε σύντομη έκδοση.	Εργαλείο υψηλής αξιοπιστίας και εγκυρότητας για την αξιολόγηση του πόνου, κυρίως από τον ίδιο τον πάσχοντα(Melzack&Torgerso, 1971).
Κλίμακες Συμπεριφοράς Πόνου, π.χ. κλίμακα FLACC (Face Legs Arms Cry Consolability Scale)	Αξιολογούνται πέντε κριτήρια που είναι: οι εκφράσεις του προσώπου, η κινητικότητα των άκρων, οι μυϊκές συσπάσεις, το κλάμα, η αντίδραση σε παρηγορητικές κινήσεις. Η κλίμακα βαθμολογίας είναι από 0 έως 10. Η παρατήρηση διαρκεί 2-5 λεπτά όταν πρόκειται για άτομο που έχει τις αισθήσεις του και το λιγότερο 5 λεπτά για άτομο που δεν επικοινωνεί. Μεγάλο σκορ συνάδει με μεγαλύτερο πόνο.	Χρήση σε ασθενείς με ελάχιστο ή ανύπαρκτο επίπεδο επικοινωνίας και σε νοητική υστέρηση. Ευρεία χρήση σε ενήλικες που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης και δεν μπορούν να επικοινωνήσουν εξαιτίας της διασωλήνωσης, αλλά και σε παιδιά ηλικίας 2 μηνών μέχρι 7 ετών (Voepel-Lewis et al.,2010/ Καυκιά και συν,2015).
Ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του πόνου BPI-short form	-9 ερωτήσεις σχετικά με την αντίληψη του πόνου το τελευταίο 24ωρο. -Εξετάζει τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. -Δεκαβάθμια κλίμακα χαρακτηρισμού της έντασης του πόνου με το 0 να αντιστοιχεί στην απουσία πόνου και το 10 στον χειρότερο πόνο. -εντόπιση του πόνου σε σχηματικό διάγραμμα του σώματος.	Εργαλείο υψηλής αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Στον ελληνικό χώρο ελέγχθηκε σε ασθενείς με νεοπλασίες. Ο δείκτης της αξιοπιστίας ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,849 για τα στοιχεία της παρέμβασης και 0,887 για τα στοιχεία της βαρύτητας (Mystakidou et al. 2001).

Πίνακας 1.1.: Εργαλεία Αξιολόγησης του Πόνου.

1.10. Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017. Έγινε ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας σε μελέτες σχετικές με τη διερεύνηση του χρόνιου πόνου και την συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής.

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά σε βάσεις δεδομένων (www.iatrotec.org, www.openarchives.gr, www.who.int, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, www.iasp-pain.org) αλλά και μέσα από μηχανές αναζήτησης (www.scholar.google.com).

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: χρόνιος πόνος, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, BPI, PHQ-9, Euro- 5 D και οι αντίστοιχές τους στην αγγλική γλώσσα.

Κριτήρια εισαγωγής μελετών αποτέλεσαν τα εξής χαρακτηριστικά στοιχεία των δημοσιευμένων άρθρων:

- α) η δημοσίευση σε αξιόπιστα επιστημονικά περιοδικά από το έτος 2000 μέχρι και σήμερα,
- β) η δημοσίευση στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα,
- γ) η αναφορά στην διερεύνηση του χρόνιου πόνου,
- δ) η αναφορά στην διερεύνηση του χρόνιου πόνου και η πιθανή συσχέτιση του με την κατάθλιψη,
- ε) η αναφορά στην διερεύνηση του χρόνιου πόνου και η συσχέτιση του με την ποιότητα ζωής,
- ζ) η αναφορά στη συσχέτιση των κλιμάκων μεταξύ τους (BPI, PHQ-9, Euro- 5 D).

Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής αναζήτησης περιλαμβάνουν συνολικά τριάντα τέσσερα (34) δημοσιευμένα άρθρα που αναφέρονται στο χρόνιο πόνο και την συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής αλλά και στη συσχέτιση των τριών κλιμάκων μεταξύ τους (BPI, PHQ-9, Euro- 5 D).

1.11. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση -Διεθνής εμπειρία

Κάθε πέμπτο άτομο στην Ευρώπη υποφέρει από χρόνιο πόνο. Ο αριθμός αυτός δείχνει την επικαιρότητα του θέματος (Breivik et al., 2006). Ο χρόνιος πόνος πλήττει χιλιάδες άτομα, αλλάζει τη λειτουργικότητα τους καθώς και την συναισθηματική τους κατάσταση. Για μια επαγγελματική και εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών με χρόνιο πόνο, είναι απαραίτητο να καταγραφεί ο πόνος με ένα κατάλληλο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης (Furler, 2013). Το ερωτηματολόγιο Brief Pain Inventory (BPI) είναι ένα ολοκληρωμένο εργαλείο για την αξιολόγηση του πόνου και έχει σταθμιστεί σε διάφορες γλώσσες (Mystakidou et al., 2001).

Συγχρονική μελέτη στη Βραζιλία είχε ως στόχο να διερευνήσει τις πτυχές του χρόνιου πόνου και την επιρροή τους στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης πόνου Brief Pain Inventory. Συνολικά συμμετείχαν 191 άτομα ηλικίας 20 ετών ή μεγαλύτερα, με πόνο για χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μήνες. Το δείγμα αποτελούνταν κατά κύριο λόγο από γυναίκες (86,4%), άγαμους (48,7%), μη λευκής φυλής (49,7%), με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (46,6%) καθώς και χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (100,0%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (46,8%) ανέφεραν πόνο για τουλάχιστον πέντε χρόνια, με υπεροχή της εντόπισης στα γόνατα (46,1%) και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (42,4%), ενώ το 77,5% του πληθυσμού δήλωσε ότι έκανε συστηματική χρήση κάποιου παυσίπονου. Στη μελέτη καταγράφηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών: γενικές δραστηριότητες, διάθεση, ικανότητα για περπάτημα και ικανότητα για εργασία. Δεν υπήρξε καμία συσχέτιση για την ικανότητα των ατόμων να απολαμβάνουν τη ζωή. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι σε έναν χαμηλό κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου πληθυσμό, ο χρόνιος πόνος επηρεάζει κυρίως τα γόνατα και την οσφυϊκή μοίρα, ενώ επιδρά αρνητικά στις γενικές του δραστηριότητες, τη διάθεση, το περπάτημα και την ικανότητα εργασίας (Santos et al., 2015).

Σε μια άλλη μεγάλη μελέτη σκοπός ήταν να υπολογιστεί η ανακούφιση από τον πόνο σε ασθενείς με συμπτώματα οστεοαρθρίτιδας γόνατος στους οποίους είχε συνταγογραφηθεί αναλγητική θεραπεία. Ασθενείς από έξι ευρωπαϊκές χώρες με διαγνωσμένη οστεοαρθρίτιδα γόνατος στους οποίους είχε δοθεί για τουλάχιστον 14 ημέρες τοπική ή από το στόμα φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση από τον πόνο, έλαβαν

μέρος στη μελέτη. Η καταγραφή του πόνου έγινε μεταξύ άλλων (π.χ WOMAC) με το ερωτηματολόγιο BPI ενώ η ποιότητα ζωής (QoL) αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το σύντομο έντυπο 12 ερωτήσεων. Από τους 1187 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια, το 68% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν τα 68 έτη. Οι απαντήσεις των ασθενών σε σχέση με τον μέτριο πόνο στο BPI ήταν παρόμοιες με τις απαντήσεις στην κλίμακα WOMAC. Στην πολυπαραγοντική παλινδρόμηση, αναδείχτηκε ότι οι ασθενείς με ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο (inadequate pain relief - IPR) είχαν κυρίως γυναίκες, όσοι είχαν οστεοαρθρίτιδα και στα δύο γόνατα, είχαν υψηλότερο ΔΜΣ, μεγαλύτερη διάρκεια οστεοαρθρίτιδας, κατάθλιψη ή διαβήτη. Τέλος, οι ασθενείς με ανεπαρκή φαρμακευτική ανακούφιση από τον πόνο ήταν πιο πιθανό να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερη απώλεια της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς της ζωής και μεγαλύτερη παρέμβαση του πόνου στην καθημερινότητα τους (Conaghan et al., 2015).

Ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν. Η παρουσία της κατάθλιψης σε έναν ασθενή με χρόνια πόνο σχετίζεται με μειωμένη λειτουργία, μειωμένη θεραπευτική απόκριση και αυξημένο υγειονομικό κόστος περίθαλψης (Holmes et al., 2012).

Σε μια συγχρονική μελέτη διερευνήθηκε εάν τα συμπτώματα της κατάθλιψης σχετίζονται με μεταβολή στην αντίληψη του πόνου και την ποιότητα ζωής σε 692 ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα (που δεν σχετίζεται με αλκοόλ). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο MOS SF12 Quality of Life Measure για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, την κλίμακα κατάθλιψης Center for Epidemiological Studies 10-item Depression Scale CESD και την κλίμακα μέτρησης πόνου Brief Pain Inventory. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συσχετίζονταν σημαντικά με τις αναφορές των συμμετεχόντων για αυξημένο πόνο και μειωμένη ποιότητα ζωής. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του δείγματος ήταν 10.6 και το 52% εκ του δείγματος, είχε βαθμολογίες πάνω από την οριακή τιμή (cut off) για την παρουσία σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι ασθενείς με πόνο είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη καθώς και σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη φυσική διάσταση της ποιότητα ζωής ($p < 0,0001$) και χαμηλότερη βαθμολογία στην ψυχική διάσταση της ποιότητα ζωής ($p < 0,0001$) στο ερωτηματολόγιο SF12. Οι ασθενείς με υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης είχαν εντονότερα συμπτώματα πόνου σε

σχέση με αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη και σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη φυσική ποιότητα ζωής ($p < 0,0001$) και στην ψυχική ποιότητα ζωής ($P < 0,0001$) στο SF12. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι μεταξύ των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα (μη αλκοολικής αιτιολογίας), η παρουσία των συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι κοινή και μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου που να σχετίζεται με αυξημένο πόνο και μειωμένη ποιότητα ζωής. Προτείνεται ως εξέταση ρουτίνας στους ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, η διερεύνηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης (Balliet et al., 2012).

Και στη μελέτη με δεδομένα από την μελέτη P.O.W.E.R (the P.O.W.E.R. - Premenopausal, Osteopenia/Osteoporosis, Women, Alendronate, Depression Study) αξιολογήθηκε η επίπτωση του πόνου σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μείζονα κατάθλιψη (premenopausal women with major depression, MDD). Στη μελέτη έλαβαν μέρος 17 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κατάθλιψη και 14 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες χωρίς κατάθλιψη που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Για την εκτίμηση του πόνου μεταξύ άλλων κλιμάκων, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Brief Pain Inventory – Short Form ενώ για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής το ερωτηματολόγιο SF-36. Περίπου το μισό των γυναικών με κατάθλιψη ανέφεραν πόνο ήπιας έντασης. Η ένταση του πόνου συσχετίστηκε σημαντικά με τη βαρύτητα της κατάθλιψης, και έτεινε να συσχετίζεται με τη σοβαρότητα του άγχους, καθώς και τον αριθμό των επεισοδίων κατάθλιψης. Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με κατάθλιψη παραπονέθηκαν για κόπωση, αϋπνία και προβλήματα μνήμης καθώς και καθημερινές αρνητικές στρεσογόνες εμπειρίες συχνότερα από την ομάδα ελέγχου. Η ποιότητα ζωής μειώθηκε στις γυναίκες με κατάθλιψη, όπως υποδεικνύεται από τις χαμηλότερες βαθμολογίες στους τομείς της συναισθηματικής και κοινωνικής ευεξίας του SF-36. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι γυναίκες με κατάθλιψη βιώνουν πόνο πιο συχνά, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ενώ παραπονιούνται περισσότερο καθημερινά για στρεσογόνους παράγοντες (Hartman et al., 2006).

Ο στόχος μιας ακόμη μελέτης με δεδομένα από την Ιαπωνία ήταν να μετρηθεί η σταδιακή επιδείνωση του σωματικού πόνου μεταξύ των ατόμων που είχαν διαγνωσθεί με κατάθλιψη. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν με την κλίμακα κατάθλιψης (PHQ-9) και τη σύντομη μορφή του SF (SF-12v2) για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε χρονικό διάστημα κατά την πρώτη επίσκεψη σε δομές υγείας, καθώς και σε 6 και 12 μήνες μετά την πρώτη επίσκεψη. Τα άτομα με κατάθλιψη που ανέφεραν συμπτώματα

σωματικού πόνου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9, χαμηλότερη βαθμολογία στη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ενώ ανέφεραν ότι πραγματοποιούσαν περισσότερες επισκέψεις αλλά και νοσηλείες σε δομές υγείας πριν από τους 6 μήνες, σε σχέση με τα άτομα που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου και ήταν χωρίς πόνο. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης τα άτομα των οποίων η κατάθλιψη συνοδεύεται από σωματικό πόνο έχουν μια υψηλότερη επιβάρυνση ασθένειας από εκείνους των οποίων κατάθλιψη δεν περιλαμβάνει συμπτώματα πόνου. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να λάβουν σημαντικά υπόψη την παρουσία του πόνου και να εστιάζουν στη θεραπεία τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών συμπτωμάτων των ασθενών αυτών (Vietri et al., 2015).

Τα ψυχικά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη αλλά και οι αντιλήψεις του ασθενή για την ασθένεια είναι σημαντικοί παράγοντες για τον καθορισμό της έκβασης των ασθενών με ρευματικό νόσημα. Σε μελέτη με δείγμα 83 ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα (PsA) και 199 με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) σκοπός ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών μεταβλητών και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL). Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με το ερωτηματολόγιο (PHQ-9), το ερωτηματολόγιο αντίληψης της ασθένειας Brief Illness Perception Questionnaire και τη σύντομη μορφή του Health Organization Quality of Life Instrument για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής HRQOL. Στη μελέτη η επίπτωση μέτριων έως και σοβαρών επίπεδων καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν 21,7% σε ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα, 25,1% σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και 36,7% σε ασθενείς με πολυαρθρίτιδα. Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τα συμπτώματα κατάθλιψης και η ανησυχία σχετικά με τις συνέπειες της αρθρίτιδας συσχετίζονταν με τη σωματική παράμετρο της HRQOL. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν ότι, σύμφωνα με την μελέτη, οι ψυχολογικοί παράγοντες συσχετίζονται σημαντικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Οι ρευματολόγοι θα πρέπει να δίνουν μεγάλη έμφαση στο άγχος, τις ανησυχίες των ασθενών και τα πολυάριθμα σωματικά συμπτώματα τους και να τα λαμβάνουν υπόψη κατά τις θεραπευτικές επιλογές τους (Kotsis et al., 2012).

Στόχος μιας άλλης διαχρονικής μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο πόνος και ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε δείγμα 158 ατόμων με κρανιοεγκεφαλική κάκωση (TBI-

Traumatic Brain Injury) σε χρονικό διάστημα ενός έτους. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε με την κλίμακα PHQ-9 ενώ ο πόνος αξιολογήθηκε με αριθμητική κλίμακα {από το 0 (χωρίς πόνο) έως 10 (μέγιστος πόνος)}. Οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν μέση τιμή πόνου ≥ 4 ταξινομήθηκαν ως «έχοντες πόνο» και οι συμμετέχοντες με βαθμολογίες PHQ-9 ≥ 10 ταξινομήθηκαν ως «έχοντες κατάθλιψη». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τόσο ο πόνος όσο και η κατάθλιψη ήταν πιο διαδεδομένα στην αρχική αξιολόγηση από ότι κατά το τέλος του έτους. Η συννοσηρότητα πόνου και κατάθλιψης μειώθηκε από 27% στην έναρξη της μελέτης, σε 18% στο τέλος του έτους. Ο πόνος σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την κατάθλιψη κατά την έναρξη της μελέτης αλλά και στο τέλος του έτους. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι ο πόνος και η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν σε άτομα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Η αξιολόγηση και η θεραπεία και των δύο ταυτόχρονα μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα, τόσο νωρίς όσο και με την πάροδο του χρόνου (Sullivan-Singh et al., 2012).

Η παρουσία μείζονος καταθλιπτικού συνδρόμου (major depressive syndrome, MDS) σε ασθενείς με χρόνιο πόνο απαιτεί περισσότερη προσοχή από τον κλινικό ιατρό λόγω των συμπτωμάτων της κατάθλιψης καθώς και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Σκοπός μιας προοπτικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία ήταν να εξακριβωθεί ο επιπολασμός του μείζονος καταθλιπτικού συνδρόμου σε μια κλινική διαχείρισης χρόνιου πόνου. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 476 ασθενείς που επισκέφτηκαν μια κλινική διαχείρισης χρόνιου πόνου (ορίστηκε ως ο πόνος που παραμένει για περισσότερο από έξι μήνες). Η αξιολόγηση της κατάθλιψης έγινε με την κλίμακα PHQ-9 ενώ η ένταση του πόνου αξιολογήθηκε από την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS). Στη μελέτη διερευνήθηκαν παράμετροι όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο), η διάρκεια και η περιοχή εντόπισης του πόνου, και οι βαθμολογίες των κλιμάκων PHQ-9 και VAS. Σύμφωνα με την μελέτη οι 146 από τους 476 ασθενείς με χρόνιο πόνο (30.67%) διαγνώστηκαν με μείζον καταθλιπτικό σύνδρομο. Οι γυναίκες με χρόνιο πόνο ήταν πιο επιρρεπείς (Γ: A = 3:2) να αναπτύξουν μείζον καταθλιπτικό σύνδρομο. Μεταξύ των 146 ασθενών που διαγνώστηκαν με μείζον καταθλιπτικό σύνδρομο, 108 ασθενείς (73.97%) επίσης, είχαν εκδηλώσει αυτοκτονικό ιδεασμό. Η επίπτωση του αυτοκτονικού ιδεασμού ανάμεσα σε όλους τους χρόνιους πάσχοντες βρέθηκε να είναι 22,69%. Η σοβαρότητα της κατάθλιψης βρέθηκε να συνδέεται έντονα με την ένταση του πόνου ($P = 0,005 < 0,05$) αλλά δεν σχετίστηκε με τη

διάρκεια του πόνου ($P = 0,159 > 0,05$) και την ηλικία του ασθενούς ($P = 0,24 > 0,05$). Οι ερευνητές συμπεραίνουν, ότι σύμφωνα με τη μελέτη τους, υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ μείζονος καταθλιπτικού συνδρόμου και χρόνιου πόνου καθώς και αυτοκτονικού ιδεασμού. Καταλήγοντας προτείνουν, για την επιτυχή έκβαση στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, να πραγματοποιείται ψυχολογική αξιολόγηση ρουτίνας στους ασθενείς με χρόνια πόνο για να αποκλείεται η παρουσία καταθλιπτικού συνδρόμου και αυτοκτονικού ιδεασμού (Dutta et al., 2013).

Ακόμη ένας όμως σημαντικός παράγοντας, η ποιότητα της ζωής (δηλαδή η αξιολόγηση της προσωπικής ευημερίας και λειτουργικότητας του ατόμου στους διαφορετικούς τομείς της ζωής) (Niv & Kreitler, 2001) αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους που μελετάται κατά την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας συμπεριλαμβανομένης και της διαχείρισης του πόνου. Ο πόνος, όταν δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, έχει αρνητικές συνέπειες σε όλες τις πτυχές της ποιότητας της ζωής (Katz, 2002). Δύο σημαντικοί παράγοντες συνέβαλαν στη αυξημένη σημασία της QOL τα τελευταία χρόνια: η αυξανόμενη συχνότητα του πόνου και η αντίληψη ότι ο πόνος επηρεάζει το άτομο ως σύνολο (Niv & Kreitler, 2001). Για την αξιολόγηση της χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες μεταξύ των οποίων είναι και το ερωτηματολόγιο EUROQoL (EQ - 5 D) που χρησιμοποιείται στην παρούσα μελέτη.

Οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν ένα μείζον φορτίο για τα άτομα, όπως προαναφέρθηκε αλλά και για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής περίθαλψης. Σε μια μελέτη διακόσιοι έντεκα (211) ασθενείς που είχαν χρόνια μυοσκελετικό πόνο παρακολούθηθηκαν κατά τη διάρκεια μιας διετίας (2003 – 2005) σε ένα πρόγραμμα, με συνολικό χρονικό διάστημα από έξι έως επτά μήνες. Στη μελέτη σε ένα πρόγραμμα διαχείρισης του πόνου, διερευνήθηκαν το άγχος, η κατάθλιψη και ο φόβος της κίνησης με την συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Για την καταγραφή του άγχους χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Beck Anxiety Inventory, για την κατάθλιψη το εργαλείο Beck Depression Inventory και η κλίμακα Tampa Scale of Kinesiophobia για το φόβο της κίνησης. Το γενικό ερωτηματολόγιο 15D (generic 15D questionnaire) χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την εισαγωγή και μετά από 12 μήνες παρακολούθηση (follow-up). Ο μέσος όρος της σχετιζόμενης υγείας με την ποιότητα της ζωής αυξήθηκε σημαντικά κατά

τη 12-μηνη παρακολούθηση σε σχέση με την αρχική (κατά την εισαγωγή). Το άγχος το οποίο εκδήλωνε κάποιος κατά την εισαγωγή συσχετιζόταν αρνητικά σημαντικά με την ποιότητα της ζωής, ενώ η κατάθλιψη συσχετιζόταν σημαντικά θετικά. Ο φόβος της κίνησης δεν συσχετιζόταν με την ποιότητα της ζωής. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο και ήπια έως μέτρια κατάθλιψη, επωφελούνται από ένα πρόγραμμα διαχείρισης του πόνου σε αντίθεση με τους αγχώδεις ασθενείς (Orenius et al., 2013).

Ο στόχος της μελέτης MAPPING ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση των μυοσκελετικών παθήσεων με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στην Ιταλία. Η αξιολόγηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36, το ερωτηματολόγιο EQ-5 D, και η σοβαρότητα του χρόνιου πόνου με το ερωτηματολόγιο (Chronic Pain Grade - CPG questionnaire), καθώς και μια τυπική φυσική εξέταση. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 576 ασθενείς βάσει κριτηρίων με μυοσκελετικές παθήσεις οι οποίες ταξινομήθηκαν σε 4 διαγνωστικές κατηγορίες: φλεγμονώδεις ρευματικές ασθένειες (inflammatory rheumatic diseases, IRD), συμπτωματική περιφερική οστεοαρθρίτιδα (symptomatic peripheral osteoarthritis (SPOA), οσφυαλγία (low back pain, LBP) και μυαλγίες (soft tissue disorders, STD). Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι και οι 4 διαγνωστικές κατηγορίες μυοσκελετικής νόσου, σε σύγκριση με τους μη πάσχοντες, είχαν σημαντικά μειωμένες και τις οκτώ διαστάσεις στο SF-36. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για το ερωτηματολόγιο EQ - 5D. Η πιο σημαντική επίδραση παρατηρήθηκε στην παράμετρο του SF-36 «φυσική διάσταση». Στην πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση της παραμέτρου «φυσική διάσταση» του SF-36, η οσφυαλγία (low back pain, LBP) συσχετίστηκε με το γυναικείο φύλο, την ηλικία, την υψηλό δείκτη μάζας σώματος, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (όλα $p < 0,001$) και τη χρόνια συννοσηρότητα ($p = 0,035$). Στην συμπτωματική περιφερική οστεοαρθρίτιδα οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με την παράμετρο «σωματική διάσταση» ήταν η ηλικία ($p = 0,0001$), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ($p = 0,006$), το γυναικείο φύλο ($p = 0,028$), και η χρόνια συννοσηρότητα ($p = 0,037$). Επιπλέον, συσχέτιση μεταξύ χρόνιας συννοσηρότητας και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ($p < 0,001$), ηλικίας ($p = 0,004$), και επαγγέλματος ($p = 0,035$) βρέθηκε και με τις φλεγμονώδεις ρευματικές ασθένειες. Τέλος, η χρόνια συννοσηρότητα και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ($p < 0,001$), το γυναικείο φύλο ($p =$

0,006) και ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος ($p = 0,036$) βρέθηκαν επίσης να συσχετίζονται και με τις μυαλγίες. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για το ερωτηματολόγιο EQ - 5D. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, οι μυοσκελετικές παθήσεις έχουν σαφώς επιζήμιες συνέπειες για την ποιότητα ζωής (Sallafi et al., 2005).

Μια ακόμη μελέτη διερεύνησε την επίπτωση, τους παράγοντες κινδύνου και την επίδραση στην ποιότητα ζωής σε 3.054 ηλικιωμένους Κορεάτες οι οποίοι διαγνώστηκαν με χρόνια πόνο στο γόνατο. Το ερωτηματολόγιο EQ - 5D χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η επίπτωση του πόνου του γόνατος ήταν 23,1%. Η σοβαρότητα του πόνου διακυμάνθηκε από ήπια, μέτρια και σοβαρή με ποσοστά 4,3% και 9,1% 9,7% αντίστοιχα. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίστηκαν με την σοβαρότητα του πόνου στο γόνατο ήταν η ηλικία (ηλικιωμένοι), το φύλο (γυναίκα), το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η χειρωνακτική εργασία. Εκτός από τους άνδρες με ήπιο πόνο, όλοι οι υπόλοιποι συμμετέχοντες με πόνο στο γόνατο, είχαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής από ό, τι εκείνοι χωρίς πόνο. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι οι έγκαιρες παρεμβατικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στην ικανοποιητική ιατρική, κοινωνική και οικονομική «ελάφρυνση» του πόνου του γόνατος στους ηλικιωμένους Κορεάτες (Jhun et al., 2013).

Πολλοί ασθενείς με εγκεφαλικό έμφρακτο υποφέρουν από συμπτώματα όπως πόνος, κόπωση και κατάθλιψη. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει αυτά τα συμπτώματα σε σχέση με τη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) σε μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 328 ασθενείς τη χρονική περίοδο μεταξύ Φεβρουαρίου 2006 και Νοεμβρίου 2008 στη Νορβηγία. Η αξιολόγηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με μια οπτική αναλογική κλίμακα μέτρησης πόνου (visual analog pain scale), μια κλίμακα μέτρησης της κόπωσης καθώς και της κατάθλιψης, τον δείκτη Barthel και τρία εργαλεία για την μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) το 15D, το EQ-5D και μια αναλογική κλίμακα VAS. Σύμφωνα με τους ερευνητές υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των χαμηλότερων βαθμολογιών στη HRQoL και συμπτωμάτων όπως η κόπωση, η κατάθλιψη, ο πόνος, και στις άλλες τρεις κλίμακες HRQoL. Η κόπωση, η κατάθλιψη, ο πόνος, η λειτουργική κατάσταση και η διαταραχή ύπνου συσχετίστηκαν περίπου από 58% έως 83% σε σχέση με τη μεταβλητότητα της HRQoL, ανάλογα με το ποια κλίμακα

χρησιμοποιήθηκε. Επιπρόσθετα, η χαμηλή HRQoL συσχετίστηκε με αυξημένη θνησιμότητα στην κλίμακα EQ-5D ($P = 0.016$) (Naess et al., 2012).

Σε μια διαδικτυακή έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από ενήλικες συμμετέχοντες στην Αμερική που είχαν για χρονικό διάστημα περισσότερο των 3 μηνών συμπτώματα νευροπαθητικού πόνου και επώδυνης διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 2719 ερωτηθέντες με μέση διάρκεια νευροπαθητικού πόνου 60 μήνες. Τα κλινικά αποτελέσματα του πόνου σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με όλες τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου EQ-5D, και ειδικά με την παράμετρο «άλγος/δυσφορία» ($p < 0,001$). Η μέση τιμή του δείκτη EQ - 5D ήταν 0,594 (Bell et al., 2012).

Μια ακόμη μελέτη πραγματοποιήθηκε για να προσδιορίσει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ πόνου, αναπηρίας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με πόνο στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) και το ερωτηματολόγιο EuroQoI (EQ) μεταξύ άλλων χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Σε 195 ασθενείς στην Ισπανία που επισκέπτονται το γιατρό τους με πόνο χαμηλά στην πλάτη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια στην πρώτη επίσκεψή τους και 14 ημέρες αργότερα. Την πρώτη ημέρα, μια αύξηση 10% στην κλίμακα πόνου VAS σήμαινε επιδείνωση της αναπηρίας σε ποσοστό 3,3% και στην ποιότητα ζωής κατά 2,65%. Σε 15 ημέρες, μια αύξηση 10% στην κλίμακα VAS σήμαινε επιδείνωση της αναπηρίας σε ποσοστό 4,99% και στην ποιότητα ζωής κατά 3,80%. Η διάρκεια του πόνου δεν είχε καμία επίδραση. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι σημαντικές βελτιώσεις στον πόνο μπορεί να οδηγήσουν σε ασήμαντες αλλαγές στην ποιότητα ζωής. Η επιρροή του πόνου στην ποιότητα ζωής μεταβάλλεται σταδιακά, ενώ διπλασιάζεται σε 14 ημέρες (Konacs et al., 2004).

Και σε μια ακόμη μελέτη διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής στους ασθενείς με οσφυαλγία με τη χρήση της ισπανικής στάθμισης του ερωτηματολογίου EQ - 5D. Στους 633 ασθενείς καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών της αυτοφροντίδας ($p = 0,003$) και παρατηρήθηκε η μέγιστη βαθμολογία σε όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές ($p < 0,0001$) (Zamora et al., 2007).

Ενώ σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε ταχυδρομικά συλλέχθηκαν δεδομένα από ηλικιωμένους στη Σουηδία με το ερωτηματολόγιο (EQ - 5D). Στη μελέτη

διερευνήθηκε η ένταση του πόνου και η ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τον χρόνιο πόνο. Από το σύνολο των ασθενών, το 76.9% δεν είχε ή είχε ήπια συμπτώματα χρόνιου πόνου, το 18,9% είχε μέτριο χρόνιο πόνο και το 4,2%, έχει σοβαρό χρόνιο πόνο. Σαφείς διαφορές στο ερωτηματολόγιο EQ - 5D βρέθηκαν σε σχέση με τη σοβαρότητα του πόνου (Lars et al., 2015).

Τέλος, και η χρόνια οσφυαλγία συνδέεται με σημαντική αναπηρία και απώλειες στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL), που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συνολική λειτουργικότητα και παραγωγικότητα ενός ανθρώπου. Ο στόχος μιας μεγάλης μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση της κατάθλιψης στη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οσφυαλγία και να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εργασιακής δυσλειτουργίας στην Ιαπωνία. Τα δεδομένα ελήφθησαν από την Ιαπωνική βάση δεδομένων υγείας και ευεξίας (N = 30,000). Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν όσοι είχαν διαγνωσθεί με οσφυαλγία με διάρκεια μεγαλύτερη από 3 μήνες. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε με την κλίμακα PHQ-9. Στα αποτελέσματα αναδείχτηκε ότι οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και παρουσία κατάθλιψης είχαν σημαντικά πιο έντονο πόνο και υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς κατάθλιψη ($P < 0,001$). Η κατάθλιψη των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με κατάθλιψη και χρόνια οσφυαλγία είχαν σχεδόν διπλάσιες επισκέψεις σε δομές υγείας σε 6 μήνες από εκείνους χωρίς κατάθλιψη. Στα συμπεράσματα τους οι μελετητές επισημαίνουν ότι η κατάθλιψη ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία στην Ιαπωνία συνδέθηκε με υψηλότερα αποτελέσματα πόνου και χαμηλότερες βαθμολογίες στη ποιότητα ζωής καθώς και αυξημένη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Καταλήγουν διατυπώνοντας ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος για παρουσία κατάθλιψης θα πρέπει να είναι ένα βασικό μέρος της φροντίδας του ασθενούς με χρόνια οσφυαλγία (Tsuji et al., 2016).

Αλλά και η ίδια η εργασιακή απασχόληση είναι μια κοινή αιτία χρόνιου πόνου για τους περισσότερους εργαζόμενους. Ωστόσο, οι περισσότεροι από αυτούς πρέπει να συνεχίσουν να εργάζονται, παρά τον πόνο, για να επιβιώσουν. Σε μια ακόμη μελέτη διερευνήθηκαν αν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία συσχετίζονται με το χρόνιο πόνο ή την ποιότητα ζωής (HRQoL). Στη μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία έλαβαν μέρος 1764 άτομα-εργαζόμενοι. Σύμφωνα με τη μελέτη ο χρόνιος

πόνος επικρατούσε μεταξύ όλων των εργαζομένων ενώ καταγράφηκε χαμηλή QoL (EQ - 5D < 0,76). Ο χρόνιος πόνος ήταν υψηλότερος στους άνδρες που ανέφεραν δυσαρέσκεια από τη δουλειά τους ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των γυναικών. Ενώ και μεταξύ των εργαζομένων με χρόνιο πόνο, η χαμηλότερη HRQoL ήταν σε εκείνους που εκδήλωσαν αντίστοιχη δυσαρέσκεια από την εργασία τους. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία συνδέονται σημαντικά με τη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής HRQoL σε ασθενείς με χρόνιο πόνο (Yamada et al., 2016).

Ο σκοπός μιας συγχρονικής μελέτης ήταν να μετρηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στο Ιράν με τη χρήση του ερωτηματολογίου EQ - 5D. Συνολικά 600 άτομα έλαβαν μέρος στη μελέτη. Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που αναδείχτηκαν στους συμμετέχοντες ήταν άγχος/δυσφορία (42,33%), ακολουθούμενη από τον πόνο ή άλλη ενόχληση (39,17%). Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το εισόδημα, οι χρόνιες παθήσεις και ο ΔΜΣ επιδρούσαν σημαντικά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ($p < 0,05$) (Kazemi Karyan et al., 2016).

Σε μια άλλη πολύ σημαντική μελέτη διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάθλιψη. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 12 ευρωπαϊκές χώρες με στόχο τη διερεύνηση της ποιότητα ζωής (HRQoL) σε εξωτερικούς ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία για κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται δεδομένα από την Ιταλία τα οποία συλλέχθηκαν κατά την έναρξη, στους 3 και 6 μήνες της θεραπείας. Η ποιότητα ζωής, μεταξύ άλλων ερωτηματολογίων εξετάστηκε με το EQ - 5D, η κατάθλιψη με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και ο πόνος με μια οπτική αναλογική κλίμακα visual analogue scale (VAS). Από τους 513 αρχικούς ασθενείς, 466 συμμετείχαν τελικά ως τους 6 μήνες παρατήρησης. Οι μέσες τιμές στο ερωτηματολόγιο EQ - 5D έδειξαν βελτιώσεις της HRQoL στους 3 μήνες και περαιτέρω μικρότερη βελτίωση στους 6 μήνες. Η κατάθλιψη και τα συμπτώματα άγχους σταθερά μειώθηκαν κατά τους πρώτους 3 μήνες και υπήρξε μια περαιτέρω βελτίωση στους 6 μήνες. Τα σωματικά και επώδυνα συμπτώματα μειώθηκαν σημαντικά, με τις πιο θετικές αλλαγές να παρατηρούνται στην μεταβλητή «επίδραση του συνολικού πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες» και «ύπαρξη πόνου ενώ είσαστε ξύπνιοι». Οι ερευνητές καταλήγουν ότι μετά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής θεραπείας παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής στους 3 και

6 μήνες. Ωστόσο, διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής (HRQoL) όπως η παρουσία σωματικών και επώδυνων συμπτωμάτων, η παρουσία χρόνιας νόσου και η προηγούμενη ψυχιατρική ασθένεια (Caruso et al., 2010).

Ο στόχος πολλών μελετών είναι να διερευνήσουν την πιθανή συσχέτιση του χρόνιου πόνου, της ψυχικής υγείας καθώς και της ποιότητας ζωής των ασθενών με κατάλληλα και έγκυρα εργαλεία εκτίμησης. Κατά την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση μια μόνο μελέτη βρέθηκε να συσχετίζει και τα 3 ερωτηματολόγια μεταξύ τους.

Σε μια μελέτη σκοπός ήταν η αξιολόγηση των επιπτώσεων και του κόστους της φροντίδας σε ασθενείς με συμπτώματα πόνου και καταθλιπτικής διαταραχής, στους οποίους χορηγήθηκε αντικαταθλιπτικό φάρμακο (duloxetine). Στη μελέτη συνολικά έλαβαν μέρος 189 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε ασθενείς με συμπτώματα πόνου και καταθλιπτικής διαταραχής, στους οποίους χορηγήθηκε αντικαταθλιπτικό φάρμακο, και ασθενείς με συμπτώματα πόνου και καταθλιπτικής διαταραχής, στους οποίους χορηγήθηκε placebo. Η αξιολόγηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της κλίμακας PHQ (PHQ-9 depression scale), το ερωτηματολόγιο EUROQoL (EQ - 5 D) για την ποιότητα ζωής με τη μέτρηση των Quality of Adjusted Life Years (QALYs) και ο πόνος με το εργαλείο Brief Pain inventory (BPI). Τα δεδομένα για την κατάθλιψη, την ανησυχία, την ψυχική και σωματική υγεία, την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, την ανοχή του φαρμάκου και την ποιότητα της ζωής, συλλέχτηκαν κατά την έναρξη και μετά από τρεις, έξι, εννιά και δώδεκα μήνες. Σύμφωνα με τη μελέτη παρατηρήθηκε μια σημαντική επίδραση (τυπική απόκλιση 0,6 SD) για την μέτρηση της κύριας έκβασης στην κλίμακα PHQ-9 (De Heer et al., 2013).

Ο πόνος και η κατάθλιψη είναι τα πιο κοινά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Επιπρόσθετα τα συμπτώματα αυτά συνυπάρχουν σε ποσοστό 30-50% ενώ έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την υγειονομική περίθαλψη (Kroenke et al., 2009). Υπάρχουν πολλά αξιόπιστα εργαλεία καταγραφής και των δυο νοσολογικών οντοτήτων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται μελέτες που να συσχετίζουν τα εργαλεία Brief Pain Inventory (BPI) και Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Στόχος μιας μελέτης ήταν να προσδιορίσει αν το άγχος (την πρωταρχική στιγμή εκδήλωσης) προμήνυε συμπτώματα κατάθλιψης καθώς και τη σοβαρότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων πόνου. Τα δεδομένα καταγράφηκαν από τη μελέτη Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain study, μια τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο και κατάθλιψη. Τα εργαλεία αξιολόγησης ήταν το Brief Pain Inventory (BPI) για τον πόνο και το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Συνολικά στους 250 ασθενείς η κατάθλιψη και ο πόνος ήταν μέτρια κατά την έναρξη της μελέτης (PHQ-9 = 1,9 και BPI = 6,15). Η ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους κατά την πρώτη επίσκεψη προέβλεψε την πιθανότητα κατάθλιψης και τη σοβαρότητα του πόνου στους 12 μήνες. Επίσης, έγκαιρη αλλαγή στο άγχος προέβλεψε κατάθλιψη στους 12 μήνες αλλά όχι πόνο. Η έγκαιρη αλλαγή σε κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες δεν προέβλεψε ούτε κατάθλιψη ούτε πόνο. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η παρουσία του άγχους στην εκτίμηση και θεραπεία ασθενών με μυοσκελετικό πόνο και κατάθλιψη, θα πρέπει να θεωρείται ως ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανταπόκριση στη θεραπεία (Bair et al., 2013).

Αλλά και μια ακόμη μελέτη με δεδομένα από την μελέτη SCAMP (Stepped Care for Affective disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) Study) είχε ως στόχο να αξιολογήσει τη σχέση της συννοσηρότητας του χρόνιου πόνου με την κατάθλιψη και το άγχος, την ένταση του πόνου και την ποιότητα ζωής (HRQL). Όλοι οι ασθενείς (N = 500) είχαν χρόνια πόνο (≥ 3 μήνες διάρκεια) χαμηλά στην πλάτη, στο ισχίο ή το γόνατο. Μεταξύ άλλων, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα Brief Pain Inventory (BPI) και το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Πενήντα τέσσερα τοις εκατό εκ των συμμετεχόντων (n = 271) ανέφεραν ως σύμπτωμα μόνο τον πόνο, 20% (n = 98) είχε και πόνο και κατάθλιψη, 3% (n = 15) είχε πόνο και άγχος, ενώ το 23% (n = 116) είχε πόνο, κατάθλιψη και άγχος. Οι ασθενείς με πόνο και κατάθλιψη και οι ασθενείς με πόνο και άγχος είχαν το μεγαλύτερο σε ένταση πόνο ($p < 0,0001$) και τον πόνο που σχετίζεται με αναπηρία ($p < 0,0001$). Η ψυχιατρική συννοσηρότητα συσχετιζονταν έντονα με τις ημέρες αναπηρίας κατά τους προηγούμενους 3 μήνες ($p < 0,0001$): περίπου 18 ημέρες για τους ασθενείς μόνο με πόνο, 32 ημέρες για εκείνους με πόνο και άγχος, 38 ημέρες για τους ασθενείς με πόνο και κατάθλιψη, και περίπου 42 ημέρες σε εκείνους με τις τρεις καταστάσεις. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα για τη μειωμένη ποιότητα ζωής ($p < 0,0001$) στους ασθενείς με πόνο, κατάθλιψη και άγχος. Οι ερευνητές καταλήγουν

διαπιστώνοντας ότι η προστιθέμενη νοσηρότητα της κατάθλιψης και του άγχους στον χρόνιο πόνο συνδέεται ισχυρά με έντονο πόνο, μεγαλύτερη αναπηρία και φτωχότερη ποιότητα ζωής (Bair et al., 2008).

Επίσης με δεδομένα από την μελέτη SCAMP διερευνήθηκαν οι διαφορές φύλου όσον αφορά την ανικανότητα που σχετίζεται με τον πόνο και αξιολογήθηκε σε σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες. Σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες ανέφεραν χειρότερη ένταση πόνου, μεγαλύτερη αναπηρία οφειλόμενη στον πόνο, μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στην καθημερινότητά τους αλλά και περισσότερη κατάθλιψη και άγχος (Stubbs et al., 2010).

Σκοπός μιας άλλης μελέτης ήταν να προσδιορίσει αν μια συνδυασμένη παρέμβαση (με φάρμακα και αλλαγή συμπεριφοράς) βελτιώνει την κατάθλιψη και τον πόνο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ασθενών με μυοσκελετικό πόνο και συνυπάρχουσα κατάθλιψη. 250 ασθενείς έλαβαν μέρος στη μελέτη οι οποίοι είχαν πόνο χαμηλά στην πλάτη, στο ισχίο ή στο γόνατο για χρονικό διάστημα περισσότερο από 3 μήνες (Brief Pain Inventory - BPI) και τουλάχιστον μέτρια κατάθλιψη (Patient Health Questionnaire-9 ≥ 10). Στους 123 πραγματοποιήθηκε μια συνδυασμένη παρέμβαση με φάρμακα και αλλαγή συμπεριφοράς ενώ στους 127 δόθηκε η συνήθη φροντίδα η οποία ακολουθούνταν στο νοσοκομείο. Στους 12 μήνες, οι 46 εκ των 123 ασθενών της παρέμβασης είχε 50% ή/και μεγαλύτερη μείωση στη σοβαρότητα της κατάθλιψης από την αρχική μέτρηση (1^{ος} μήνας) σε σύγκριση με 21 από τους 127 της ομάδας ελέγχου (που λάμβαναν την συνήθη φροντίδα ασθενών). Επίσης, μια κλινικά σημαντική μείωση του πόνου ($\geq 30\%$), ήταν πολύ πιο πιθανό στους ασθενείς που πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση. Τέλος, οι περισσότεροι ασθενείς από την ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν συνδυασμένη βελτίωση τόσο της κατάθλιψης όσο και του πόνου. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η προστιθέμενη νοσηρότητα της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με χρόνιο πόνο συνδέεται με εντονότερο πόνο και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Kroenke et al., 2009).

Μια αξιοσημείωτη επίσης μελέτη, αφορά άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, τα οποία σήμερα φαίνεται ότι ξεπερνούν τις 250.000 άτομα στις ΗΠΑ. Ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη είναι δυσανάλογα υψηλά σε αυτόν τον πληθυσμό. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του χρόνιου πόνου και της κατάθλιψης, με τις επιπτώσεις του άγχους, της κούρασης και του ύπνου. Μεταξύ άλλων τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα Brief Pain Inventory (BPI) για τον πόνο και το Patient

Health Questionnaire-9 (PHQ-9) για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Στη μελέτη, ο μεγαλύτερος πόνος συσχετίστηκε με μεγαλύτερη κόπωση, άγχος και διαταραχή του ύπνου, που με τη σειρά τους συσχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Έτσι η μελέτη καταλήγει ότι τα άτομα που ζουν με σκλήρυνση κατά πλάκας αναφέρουν υψηλά επίπεδα χρόνιου πόνου και καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ μπορούν να επωφεληθούν από θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν να αντιμετωπίσουν τον ύπνο, την κούραση και το άγχος (Amtmann et al., 2015).

Η υψηλή επικράτηση του πόνου και της κατάθλιψης σε άτομα με κακώσεις νωτιαίου μυελού (SCI) είναι γνωστή. Στόχος μιας ακόμη μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της κατάθλιψης, της έντασης του πόνου, και της παρέμβασης του πόνου σε άτομα που υποβάλλονται σε ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση τραυματικών κακώσεων νωτιαίου μυελού (SCI). Τα δεδομένα διερευνήθηκαν με ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της κατάθλιψης (PHQ-9), της έντασης του πόνου («τώρα»), και την παρέμβαση του πόνου στην καθημερινότητα (Brief Pain Inventory (BPI) δηλαδή, γενική δραστηριότητα, διάθεση, κινητικότητα, σχέσεις με τους άλλους, ύπνος και απόλαυση της ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι η ένταση του πόνου από μόνη της είναι ανεπαρκής για την κατανόηση της σχέσης του πόνου και της κατάθλιψης σε ασθενείς με τραυματικές κακώσεις νωτιαίου μυελού (SCI). Αντίθετα, ο τρόπος με τον οποίο ο πόνος παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την κατάθλιψη (Cuff et al., 2014).

Σε μια ακόμη μελέτη διερευνήθηκε η επίπτωση του πόνου και της κατάθλιψης με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) σε εξωτερικό νευρολογικό ιατρείο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα Brief Pain Inventory (BPI) για τον πόνο και το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Συνολικά, ο πόνος ήταν παρών στα 2/3 των ασθενών ενώ η κατάθλιψη στο 1/3 των ασθενών. Ο πόνος σε συνδυασμό με συννοσηρότητα κατάθλιψης ήταν παρόντες στο 25% των ασθενών, ενώ και το 75% των καταθλιπτικών ασθενών είχε πόνο. Αυτή η κατάσταση της ύπαρξης πόνου ή και κατάθλιψης είχε αρνητικό αντίκτυπο στις βαθμολογίες της ψυχικής και σωματικής υγείας. Η αναλογία πιθανοτήτων (OR) για τον πόνο ήταν σημαντικά αυξημένη στις γυναίκες, τα άτομα με κατάθλιψη, και τους ασθενείς με νευροπάθεια ή σύνδρομο χρόνιου πόνου. Οι πιθανότητες της νόσησης με κατάθλιψη

αυξήθηκαν σε εκείνους με πόνο και αγγειοεγκεφαλικές διαγνώσεις. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η κατάθλιψη και ο πόνος έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών (Williams et al., 2003).

Αλλά, ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που επιμένουν για πολλά χρόνια και επηρεάζουν σοβαρά την ποιότητα ζωής (Kim et al., 2013). Σε πολλές μελέτες έχουν συσχετιστεί οι δυο αυτές παράμετροι με τη χρήση των αξιόπιστων εργαλείων (BPI) και EuroQol (EQ - 5D).

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε για να προσδιορίσει τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στον ύπνο σε ασθενείς με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (painful diabetic peripheral neuropathy -PDPN). Συμπεριλήφθησαν 200 τυχαία επιλεγμένοι ασθενείς με περιφερική διαβητική νευροπάθεια οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν μεταξύ άλλων στο σύντομο ερωτηματολόγιο καταγραφής πόνου (BPI-SF), και στο ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EuroQol (EQ - 5D). Μεταξύ των ασθενών με περιφερική διαβητική νευροπάθεια DPN (n = 200), οι 82 (41%) είχαν διαγνωστεί με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (PDPN). Η σοβαρότητα του πόνου καθώς και οι παρεμβολές του στην καθημερινότητα ήταν υψηλότερες σε ασθενείς με PDPN από εκείνες σε ασθενείς με ανώδυνη DPN ενώ οι ασθενείς ανέφεραν περισσότερα προβλήματα όρασης, ύπνου και χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα EQ - 5D. Από όλους τους ασθενείς, οι ασθενείς με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια είχαν μεγαλύτερες επιπτώσεις στην καθημερινότητα όπως γενική δραστηριότητα, διάθεση, περπάτημα, κανονική εργασία, σχέσεις, ύπνος και απόλαυση της ζωής. Και η ποιότητα ζωής σύμφωνα με εργαλείο EQ - 5D, ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια σε σύγκριση με εκείνους με ανώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι οι ασθενείς με επώδυνη DPN έχουν μεγαλύτερη δυσφορία κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και επίδραση στον ύπνο τους καθώς και μειωμένη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με ασθενείς με ανώδυνη DPN (Kim et al., 2013).

Ακόμη μια μελέτη βρέθηκε που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (DPN). Η μελέτη είχε ως στόχο, να αξιολογήσει την ένταση του πόνου, τον πόνο που σχετίζεται με διαταραχή της καθημερινής λειτουργίας, τη

διαταραχή του ύπνου, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (DPN). Οι 255 συμμετέχοντες μεταξύ άλλων, συμπλήρωσαν το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο καταγραφής πόνου (BPI-DPN) και το ερωτηματολόγιο ποιότητας EuroQoL (EQ - 5D). Στα αποτελέσματα της μελέτης διατυπώθηκε ότι ο πόνος διαταράσσει σε σημαντικό βαθμό την ικανότητα βάδισης, την εργασία, τον ύπνο, την απόλαυση της ζωής, τη διάθεση και τη γενική δραστηριότητα. Μέτρια έως σοβαρά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρουσιάστηκαν στο 35% και το 28% των ασθενών αντίστοιχα. Μεγαλύτερα επίπεδα πόνου συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, περισσότερα προβλήματα ύπνου, και χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική και ψυχική λειτουργία των ασθενών ($P < 0,01$). Οι μελετητές καταλήγουν ότι οι ασθενείς με επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια έχουν πολλές διαταραχές σε πολλές πτυχές της ζωής τους όπως η σωματική και συναισθηματική λειτουργία τους καθώς και προβλήματα ύπνου. Οι επιπτώσεις αυτές είναι υψηλότερες σε ασθενείς με μεγαλύτερη ένταση του πόνου (Gore et al., 2005).

Όμως και η κατάθλιψη που συνυπάρχει με χρόνιο πόνο συνδέεται με φτωχή ανταπόκριση στις διάφορες θεραπευτικές επιλογές και κακή ποιότητα ζωής όπως έχει ήδη αναφερθεί. Σε λίγες μελέτες καταγράφεται η συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ποιότητας ζωής με τη χρήση των PHQ -9 και EQ - 5D.

Στόχος μιας μελέτης ήταν να προσδιορίσει κατά πόσον οι ασθενείς που υπόκεινται σε διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους όπως βελονισμός, συμβουλευτική ή τη συνήθη φροντίδα, αναφέρουν διαφορετικά συμπτώματα κατάθλιψης και πόνου. Από συνολικά 755 ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, 302 υποβλήθηκαν σε βελονισμό, 302 σε συμβουλευτική και 151 στη συνήθη φροντίδα. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για την κατάθλιψη με το ερωτηματολόγιο PHQ-9, και για τον σωματικό πόνο με τα ερωτηματολόγια SF36 και EQ-5D, όλα στην έναρξη της μελέτης, στους 3, 6, 9 και 12 μήνες. Κατά την έναρξη, από τους 755 ασθενείς οι 384 (50,9%) ανέφεραν μέτριο έως σοβαρό πόνο στην κλίμακα EQ- 5D. Ο έλεγχος για την κατάθλιψη στην αρχή της μελέτης έδειξε ότι η παρουσία του πόνου κατά την έναρξη ήταν συνδεδεμένη με χειρότερη έκβαση στην κατάθλιψη στους 3 μήνες. Οι συμμετέχοντες με μέτριο έως ακραίο πόνο κατά την έναρξη είχαν καλύτερη απόκριση αν είχαν κάνει βελονισμό στους 3 μήνες, σε σύγκριση με όσους έλαβαν συμβουλευτική ή τη συνήθη φροντίδα. Οι ερευνητές

συμπεράνουν ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη και πόνο κατά την έναρξη της μελέτης ανάρρωσαν λιγότερο καλά αν η θεραπεία ήταν πάνω από 3 μήνες σε σχέση με εκείνους με κατάθλιψη και χωρίς πόνο. Οι σημαντικότερες μειώσεις τόσο στην κατάθλιψη όσο και στον πόνο καταγράφηκαν στην ομάδα που υποβλήθηκε σε βελονισμό, ακολουθούμενη από την ομάδα της συμβουλευτικής και κατόπιν στην ομάδα με τη συνήθη φροντίδα (Hopton et al., 2014).

Σκοπός μιας άλλης μελέτης ήταν να αξιολογήσει την κατάθλιψη και τα σωματικά συμπτώματα σε άνδρες ασθενείς με χρόνια προστατίτιδα/χρόνιο πυελικό άλγος που παρακολουθούσαν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα 12 εβδομάδων στην Κορέα. Μεταξύ άλλων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) και το οπτικό αναλογικό ερωτηματολόγιο EuroQol Questionnaire-5 Dimensions (EQ-5D) για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και μια κλίμακα για τον προστάτη National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα προστάτη NIH-CPSI ήταν σημαντικά υψηλότερη σε εκείνους χωρίς κατάθλιψη από ό, τι σε εκείνους με κατάθλιψη ($p = 0,003$) (Koh et al., 2013).

Τέλος, μια αναδρομική μελέτη κοόρτης σε 106 ασθενείς επιδίωξε ήταν να εκτιμήσει την πιθανότητα της προεγχειρητικής κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής υγεία μετά από πρόσθια αυχενική δισκεκτομή (ACDF anterior cervical discectomy and fusion). Τα αποτελέσματα της μελέτης αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο πόνου (PDQ- Pain Disability Questionnaire), το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης (PHQ-9) και το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EuroQol-5 διαστάσεις (EQ - 5D). Σε σύγκριση με την προεγχειρητική κατάσταση της υγείας σημειώθηκε 1 έτος μετεγχειρητικά, στατιστικά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα του πόνου, στην κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9 και στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου EQ - 5D (σε όλα $p \leq 0,01$). Παρότι δεν είναι στατιστικά σημαντικό εύρημα, η προεγχειρητική κατάθλιψη συνδέθηκε με σημαντικές επιδράσεις στην μετεγχειρητική έκβαση της ποιότητας ζωής των ασθενών QOL (Alvin et al., 2016).

1.12. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση -Ελληνική εμπειρία

Από τον ελληνικό χώρο φαίνεται να απουσιάζουν μελέτες σχετικές με το χρόνιο πόνο, κυρίως στην ΠΦΥ, ενώ δεν φαίνεται να έχει γίνει κάποια συστηματική προσπάθεια διερεύνησης της επιδημιολογίας του χρόνιου πόνου με την κατάθλιψη.

Αξιοσημείωτη είναι η μελέτη Esodrig η οποία εκτίμησε τον επιπολασμό ρευματικών και μυοσκελετικών νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό και βρέθηκε υψηλή συχνότητα μυοσκελετικών νοσημάτων και κυρίως οσφυαλγίας (Andrianakos et al., 2003). Εύρημα που συμφωνεί και με τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη και διαπιστώθηκε πως οι μυοσκελετικές διαταραχές και κυρίως η οσφυαλγία είναι από τους πιο συχνούς λόγους επισκεψιμότητας στην ΠΦΥ (Antonopoulou et al., 2009).

Μια ακόμη μελέτη με εντόπιση τον ελλαδικό χώρο προσπάθησε να διερευνήσει την κατάθλιψη και το άγχος σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία χωρίς όμως να βρεθεί σημαντική συσχέτιση πιθανώς, κατά τον ερευνητή γιατί ήταν μικρός ο αριθμός των συμμετεχόντων (Σαράφης και συν.,2008).

Τέλος, σε μια άλλη μελέτη που έγινε προσπάθεια συσχέτισης της κατάθλιψης με το χρόνιο πόνο και το φύλο, βρέθηκε ότι οι γυναίκες με χρόνιο πόνο έχουν υψηλότερα επίπεδα έντασης του πόνου και κατάθλιψης (Κόλλια και συν., 2011).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση του χρόνιου πόνου και η συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής. Πρόκειται για μη καρκινικό πόνο ο οποίος υπάρχει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 3 μήνες.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η συχνότητα του χρόνιου πόνου σ' όλους τους ασθενείς που χρησιμοποιούν το ιατρείο για οποιοδήποτε λόγο.
- Η εκτίμηση των συχνότερων εντοπίσεων του χρόνιου πόνου και προσδιορισμός των παραγόντων που τον επιβαρύνουν.
- Η ανίχνευση της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνια πόνο.
- Η εκτίμηση της επίδρασης του χρόνιου πόνου στη ποιότητα ζωής.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- Ποια είναι η συχνότητα του πόνου σε ένα ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης;
- Ποια είναι η σχέση του χρόνιου πόνου με την κατάθλιψη;
- Ποια είναι η σχέση του χρόνιου πόνου με την ποιότητα ζωής;
- Ποια είναι η σχέση της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ και των τριών κλιμάκων που εκτιμούν τις παραπάνω μεταβλητές;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Σχεδιασμός της μελέτης

Πρόκειται για μια περιγραφική συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από Σεπτέμβριο 2016 έως και το Νοέμβριο του 2016. Οι δοκιμασίες έλαβαν χώρα στο Π.Π.Ι. Αγ. Θεοδώρων φροντίζοντας να μη διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία και σε ώρα που επέλεγαν οι ίδιοι οι ασθενείς, με κριτήριο την σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10' λεπτά.

3.1.1. Δείγμα

Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 200 άτομα που προσήλθαν στο Πολυδύναμο Περιφερικό Ιατρείο Αγ. Θεοδώρων Κορινθίας το οποίο προσφέρει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε τακτικά και έκτακτα περιστατικά καθημερινά. Το περιφερειακό ιατρείο καλύπτει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, περίπου 4643 κατοίκων. Όμως επειδή είναι πολύ κοντά στην Αθήνα ο πληθυσμός που ζει μόνιμα ανέρχεται στους 10000 κάτοικοι. Τους καλοκαιρινούς μήνες χρησιμοποιείται ως τουριστικό θέρετρο και ο αριθμός τριπλασιάζεται (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2011). Το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού είναι χαμηλό με το 30% να έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση ενώ μόλις το 10 % ανώτατη και ανώτερη εκπαίδευση. Από τους 5000 μόνιμους κατοίκους οι 2945 είναι οικονομικά μη ενεργοί ενώ οι απασχολούμενοι ανέρχονται στους 1500.

3.1.2. Κριτήρια επιλογής δείγματος

Το δείγμα επιλέχθηκε από τους ασθενείς που προσήλθαν στο Π.Ιατρείο για οποιονδήποτε λόγο από τον Σεπτέμβριο έως τον Νοέμβριο 2016.

Στον πληθυσμό της μελέτης συμπεριλήφθηκαν όσοι ανέφεραν πόνο, ο οποίος είχε διάρκεια πάνω από 3 μήνες και ήταν είτε συνεχής, είτε διαλείπων, όσοι ήταν > από 18 χρονών και < από 75 χρονών (με την λογική της εξαίρεσης των ακραίων ηλικιών), όσοι μιλούσαν καλά ελληνικά και όσοι δεν ανέφεραν τραυματισμό στο μυοσκελετικό το

τελευταίο τρίμηνο.

Κριτήρια εισόδου:

- είχαν πόνο συνεχή ή διαλείποντα πάνω από τρεις μήνες
- ήταν μεγαλύτεροι των 18 ετών και μικρότεροι από 75 ετών
- δεν είχαν υποστεί ακρωτηριασμό κάτω άκρου,
- ομιλούσαν ικανοποιητικά την ελληνική γλώσσα,
- δεν αντιμετώπισαν μυοσκελετικό τραυματισμό το τελευταίο 3μηνο,
- δεν είχαν αδυναμία βάδισης,
- δεν είχαν έκπτωση της νοητικής τους λειτουργίας(Mini mental state exam <24)
- δεν είχαν διαγνωστεί με νευρολογικές παθήσεις όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, πολλαπλή σκλήρυνση , νόσο Parkinson, πολυνευροπάθεια.

Συνολικά 984 άτομα επισκέφθηκαν το Περιφερειακό Ιατρείο, εκ των οποίων 637 πληρούσαν όλα τα κριτήρια ένταξης. 35 από αυτούς αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Για τα υπόλοιπα 602 χρησιμοποιήθηκε τυχαία επιλογή. Έτσι, κάθε τρίτος ασθενής κλήθηκε να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο είτε από μόνο του είτε με τη βοήθεια του ερευνητή. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 200 άτομα.

3.1.3. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Στον πληθυσμό μελέτης μοιράστηκαν τα εξής έντυπα :

1) Έντυπο ατομικής συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα.

2) Γράμμα ενημέρωσης των ασθενών, όπου περιγράφονταν οι σκοποί της μελέτης η διαδικασία, πόσο θα διαρκέσει και με ποιον τρόπο πρέπει να απαντούν στα ερωτηματολόγια.

3) Έντυπο δημογραφικών στοιχείων με πλήρες κοινωνικό και ιατρικό ιστορικό. Συνολικά 6 ερωτήσεις (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, δείκτης μάζας σώματος (BMI), οικογενειακή κατάσταση, πάθηση) που δημιουργήθηκε από τον ερευνητή για τις ανάγκες της μελέτης.

4) Ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του πόνου *BPI- short form.*: Το συνοπτικό Brief Pain Inventory περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που αφορούν στον πόνο που νιώθει κάποιος τις τελευταίες 24 ώρες. Περιλαμβάνει κυρίως 2 διαστάσεις του πόνου : την βαρύτητα του πόνου και την παρέμβαση του στο άτομο (σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις). Ο ασθενής χαρακτηρίζει την ένταση του πόνου ως χειρότερο, ελάχιστο, μέτριο κατά τον χρόνο που γίνεται η βαθμονόμηση και τον βαθμολογεί από το 0 έως το 10 (όπου 0= καθόλου πόνος και 10= ο χειρότερος πόνος που μπορεί να φανταστεί). Επίσης δείχνει την εντόπιση του πόνου σε ένα σχηματικό διάγραμμα του σώματος. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε το 1991 από τον Charles S. Cleeland, ενώ η μετάφραση και η επικύρωση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε στο Αρεταίειο Νοσοκομείο σε καρκινικούς ασθενείς, όπου βρέθηκε στο δείκτη της αξιοπιστίας ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,849 για τα στοιχεία της παρέμβασης και 0,887 για τα στοιχεία της βαρύτητας. Έχει ληφθεί σχετική άδεια για την χρήση του τόσο από τον συγγραφέα όσο και από τον μεταφραστή (Mystakidou et al. 2001).

5) Ερωτηματολόγιο για την διερεύνηση της κατάθλιψης *PHQ-9*: Το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) αποτελεί τμήμα που αφορά στην κατάθλιψη στο ερωτηματολόγιο PHQ. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες με σκοπό την ανίχνευση της κατάθλιψης. Δημιουργήθηκε για την ανίχνευση διαφόρων ψυχικών διαταραχών που απαντώνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αποτελείται από 9 συμπτώματα που αντιστοιχούν στα 9 κριτήρια του DSM-IV για την καταθλιπτική συνδρομή και αφορούν στις 2 τελευταίες εβδομάδες. Κάθε ένα από αυτό βαθμολογείται με το 0 (0=καθόλου) έως 3 (3= σχεδόν κάθε μέρα). Το βασικό πλεονέκτημα είναι ότι συμπληρώνεται γρήγορα και ότι έχει την ικανότητα να ανιχνεύει την κατάθλιψη αλλά και την βαρύτητά της. Στην ελληνική γλώσσα έχει σταθμιστεί από το Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, όπου η ευαισθησία ήταν 81,2% και η ειδικότητα 80,8% στο σημείο αποκοπής 10, ενώ στο δείκτη της

αξιοπιστίας, ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,82. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από τους Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και τους συνεργάτες τους (Hyphantis et al., 2001). Δεν απαιτείται άδεια για αναπαραγωγή ή μετάφραση και είναι ελεύθερο στο διαδίκτυο.

6) Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής Euro- 5 D: Το Euro Qol 5 D δημιουργήθηκε το 1987 από μια διεθνή κοινότητα ερευνητών, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του York, με την ονομασία EuroQol Group. Σχεδιάστηκε για να αξιολογεί την ποιότητα ζωής. Αποτυπώνει 5 διαστάσεις που μετρούν την ποιότητα ζωής, όπως είναι η κινητικότητα, η αυτοφροντίδα, οι συνήθειες δραστηριότητες, και το άγχος ή η κατάθλιψη και έχει τρία επίπεδα βαρύτητας σε κάθε ένα. Επιπλέον περιλαμβάνει μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) για την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων όπως αυτοί την αξιολογούν κατά την χρονική στιγμή της αξιολόγησης (0=χειρότερη και 100= καλύτερη). Έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα και μπορεί να εφαρμοσθεί με αξιοπιστία και εγκυρότητα σε μελέτες που αποσκοπούν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ομάδες ασθενών αλλά και σε υγιή πληθυσμό (Yfantopoulos, 2001).

Συνολικά τα έντυπα παρατίθενται στο Παράρτημα Ι.

3.2. Δεοντολογικά ζητήματα

Πριν από τη συλλογή στοιχείων ζητήθηκε έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή της ΥΠΕ που ανήκει το Π.Π.Ι. Αγ. Θεοδώρων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ).

Κατά την εκπόνηση της μελέτης δεν παρουσιάστηκαν κίνδυνοι για τους ερωτώμενους, μιας και εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, πιο συγκεκριμένα εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση των ασθενών μετά από ενημέρωση, η εθελοντική τους συμμετοχή και η διασφάλιση της ανωνυμίας τους.

3.3. Κόστος/ χρηματοδότηση

Η μελέτη διεξήχθη από την ερευνήτρια και δεν υπήρξε οικονομική επιβάρυνσή των συμμετεχόντων ακολουθώντας τους κανόνες που διέπουν την έρευνα στην Ελλάδα.

3.4. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης στην κλίμακα πόνου έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα αποτέλεσαν 200 άτομα με μέση ηλικία τα 62,2 έτη (SD=14,5 έτη). Στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		62,2 (14,5)	
Φύλο	Άντρες	76	38,0
	Γυναίκες	124	62,0
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμοι	152	76,0
	Άγαμοι	12	6,0
	Χωρισμένοι	9	4,5
	Χήρος/α	24	12,0
	Συζώ	3	1,5
Αριθμός Παιδιών	0	24	12,4
	1	27	14,0
	2	96	49,7
	3	39	20,2
	>3	7	3,6
Εθνικότητα	Ελληνική	195	97,5
	Άλλη	5	2,5
Εργάζεστε	Όχι	156	78,0
	Ναι	44	22,0
Επάγγελμα	Με πλήρη απασχόληση	18	10,3
	Με μερική απασχόληση	6	3,4
	Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής	1	0,6
	Εργάτης/-τρια	0	0,0
	Ιδιωτικός υπάλληλος	6	3,4
	Οικιακά	21	12,0
	Συνταξιούχος	107	61,1
	Εκτός εργασίας	4	2,3
	Αγρότης/-τισσα	1	0,6
	Δημόσιος υπάλληλος	11	6,3

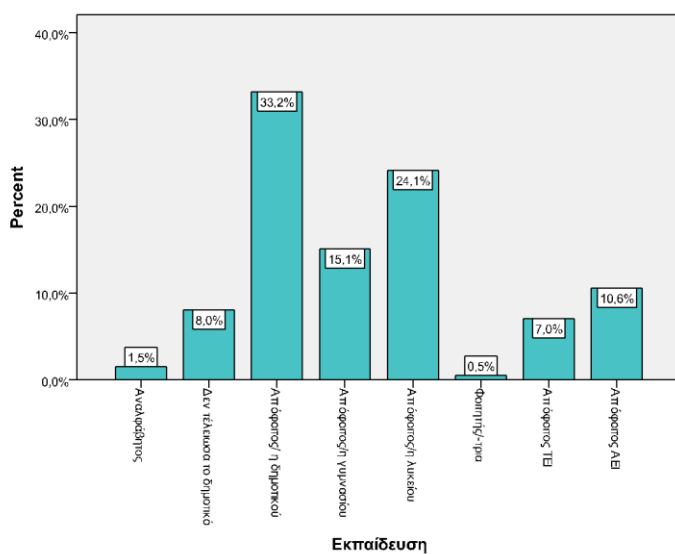
	(συνέχεια)	N	%
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος	3	1,5
	Δεν τέλειωσα το δημοτικό	16	8,0
	Απόφοιτος/ η δημοτικού	66	33,2
	Απόφοιτος/η γυμνασίου	30	15,1
	Απόφοιτος/η λυκείου	48	24,1
	Φοιτητής/-τρια	1	0,5
	Απόφοιτος ΤΕΙ	14	7,0
	Απόφοιτος ΑΕΙ	21	10,6

Πίνακας 4.1 : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.

Το 62,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 76,0% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και το 49,7% είχε 2 παιδιά. Το 97,5% των συμμετεχόντων ήταν Έλληνες. Το 22,0% των συμμετεχόντων εργάζονταν ενώ η πλειονότητα ήταν συνταξιούχοι, με το ποσοστό να είναι 61,1%. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι δημοτικού και λυκείου με τα ποσοστά να είναι 33,2% και 24,1% αντίστοιχα.

Στο γράφημα 4.1 που ακολουθεί δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 4.1: Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων.



Στον πίνακα 4.2 δίνονται στοιχεία που αφορούν στις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων και στην κατανάλωση αλκοόλ.

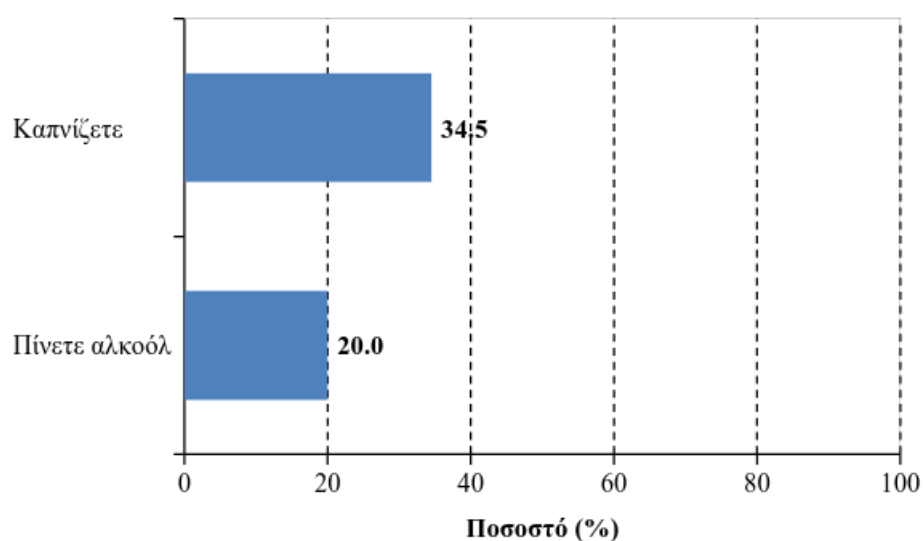
		N	%
Καπνίζετε	Όχι	131	65,5
	Ναι	69	34,5
Εάν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε, μέση τιμή (SD)		18,8 (12,6)	
Πίνετε αλκοόλ	Όχι	160	80,0
	Ναι	40	20,0
Εάν ναι, Πόσα ποτήρια τη βδομάδα, μέση τιμή (SD)		7,4 (4,9)	

Πίνακας 4.2: Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων και κατανάλωση αλκοόλ.

Το 34,5% των συμμετεχόντων κάπνιζε με το μέσο αριθμό τσιγάρων την ημέρα να είναι 18,8 (SD=12,6). Ενώ το 20,0% των συμμετεχόντων έπινε αλκοόλ, με το μέσο αριθμό ποτηριών την ημέρα να είναι 7,4 (SD=4,9).

Στο γράφημα 4.2 που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που κάπνιζαν και εκείνων που έπιναν αλκοόλ.

Γράφημα 4.2: Το ποσοστό των συμμετεχόντων που κάπνιζαν και κατανάλωναν αλκοόλ.



Στον πίνακα 4.3 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα καθώς και αυτών που έπαιρναν φάρμακα.

		N	%
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	Όχι	60	30,0
	Ναι	140	70,0
Εάν ναι, παίρνετε φάρμακα	Όχι	14	10,1
	Ναι	125	89,9

Πίνακας 4.3: Το ποσοστό των συμμετεχόντων με διαγνωσμένο νόσημα και της χρήσης φαρμάκων.

Το 70,0% των συμμετεχόντων είχε κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα υγείας και το 89,9% αυτών λάμβανε φάρμακα.

Στον πίνακα 4.4 που ακολουθεί αναφέρονται τα προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ	N	%
Καρδιαγγειακά νοσήματα-ΑΥ	92	46%
Παθήσεις θυροειδούς	14	7%
ΧΑΠ, Ασθμα	14	7%
Ca	8	4%
Παθήσεις μυοσκελετικού-οστεοπόρωση	23	11,5%
Αυτοάνοσα νοσήματα	6	3%
Σακχαρώδης διαβήτης	31	15,5%
Παθήσεις γαστρεντερικού	5	2,5%

Πίνακας 4.4: Αναφερθέντα προβλήματα υγείας συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 4.5 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην ύπαρξη διαγνωσμένου χρόνιου προβλήματος ψυχικής υγείας.

		N	%
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	165	82,9
	Ναι	35	17,1
	Αγχώδης διαταραχή	9	4,5
	Αυπνία	1	0,5
	Κατάθλιψη	24	12,0
Εάν ναι παίρνετε φάρμακα	Όχι	10	30,3
	Ναι	23	69,7

Πίνακας 4.5: Ύπαρξη διαγνωσμένου προβλήματος ψυχικής υγείας.

Το 17,1% των συμμετεχόντων είχε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας με το συνηθέστερο να είναι η κατάθλιψη με ποσοστό 12%. Το 69,7% των συμμετεχόντων που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, έπαιρνε φάρμακα.

Στον πίνακα 4.6 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά ύπαρξης χρόνιου πόνου των συμμετεχόντων.

		N	%
Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο?	Όχι	86	43,2
	Ναι	109	56,8
Πόσο καιρό τον έχετε ?, μέση τιμή (SD) διάμεσος (Ενδ. εύρος)		9,3 (11,0)	5 (2 - 10)

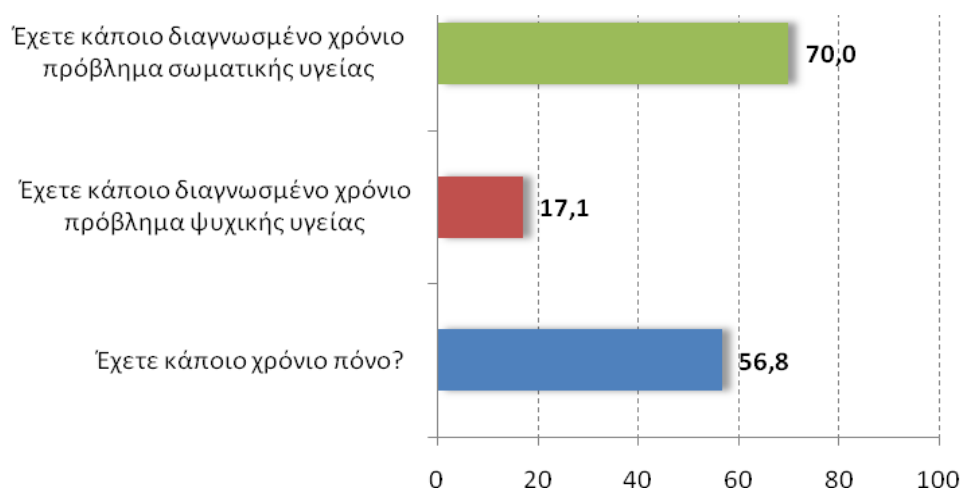
Πίνακας 4.6: Αναφορά ύπαρξης χρόνιου πόνου.

4.2 Συχνότητα και χαρακτηριστικά του χρόνιου πόνου

Το 56,8% των συμμετεχόντων ανέφερε κάποιο χρόνιο πόνο, με διάμεση διάρκεια τα 5 έτη (2-10 έτη).

Στο γράφημα 4.3 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα ή νόσημα ψυχικής υγείας καθώς και το ποσοστό αυτών που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο.

Γράφημα 4.3: Ποσοστά των συμμετεχόντων με διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα ή νόσημα ψυχικής υγείας και αναφερόμενο χρόνιο πόνο.



Στον πίνακα 4.7 περιγράφεται η εντόπιση του χρόνιου πόνου.

Εντόπιση πόνου	N	%
Κεφάλι	3	2,8%
Στομάχι	9	8,3%
ΟΜΣΣ	55	50,5%
ΑΜΣΣ	23	21,1%
Άνω άκρα, ώμοι	31	28,4%
Κάτω άκρα	49	36,7%

Πίνακας 4.7: Εντόπιση του πόνου.

Στους 53 ασθενείς με πόνο, ο πόνος εντοπίζεται σε περισσότερα από δυο σημεία με συχνότερη εντόπιση στην ΟΜΣΣ (50,5%) και ακολούθως τα κάτω άκρα (36,7%) και τα άνω άκρα (28,4%).

Στον πίνακα 4.8 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην ανακούφιση του χρόνιου πόνου των συμμετεχόντων.

Τι τον ανακουφίζει ;	N	%
Φάρμακα	35	35,4
Ακινήσια	1	1,0
Αποφυγή καθιστής θέσης	1	1,0
Επιγονατίδα	1	1,0
Ζέστη	6	6,1
Ζέστη, μασάζ	2	2,0
Ζέστη, μασάζ, μπάνιο	1	1,0
Ζέστη, μασάζ, φάρμακα	2	2,0
Ζέστη, φάρμακα	2	2,0
Μασάζ	13	13,1
Μασάζ, γυμναστική	1	1,0
Μασάζ, έμπλαστρο, ζέστη	1	1,0
Μασάζ, ξεκούραση	1	1,0
Μασάζ, φάρμακα	1	1,0
Ξεκούραση	4	4,0
Ξεκούραση, ζέστη	4	4,0
Όλα	1	1,0
Ορισμένη κίνηση	1	1,0
Πάγος	2	2,0
Περπάτημα	1	1,0
Τίποτα	14	14,1
Τοπικές κρέμες	1	1,0
Ύπνος	1	1,0
Φάρμακα, γυμναστική	1	1,0
Φυσικοθεραπείες, μπάνια στη θάλασσα	1	1,0

Πίνακας 4.8: Αναφορά τρόπων ανακούφισης του πόνου.

Το 41,4% των συμμετεχόντων ανακουφίζονταν με φάρμακα και το 22,2% με μασάζ.

Στον πίνακα 4.9 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην αναζήτηση βοήθειας από τους συμμετέχοντες προκειμένου να ανακουφιστούν από τον πόνο.

		N	%
Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο;	Όχι	22	19,6
	Ναι	90	80,4
Εάν ναι, σε ποιον;	Ιατρό	82	91,1
	Φυσιοθεραπευτή	35	38,9
	Βελονιστή	8	8,9
	Χειροπράκτη	10	11,1
	Ομοιοπαθητικό	6	6,7
	Ρέικι	0	0,0
	Γιόγκα – Πιλάτες	1	1,1
	Άλλο	0	0,0

Πίνακας 4.9: Αναζήτηση βοήθειας για ανακούφιση από τον πόνο.

Το 80,4% των συμμετεχόντων είχε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο. Πιο συγκεκριμένα, το 91,1% αυτών είχαν απευθυνθεί σε ιατρό, το 38,9% σε φυσιοθεραπευτή και το 11,1% σε χειροπράκτη.

Στον πίνακα 4.10 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που αποδίδουν την επιδείνωση του πόνου τους στις κλιματικές αλλαγές.

		N	%
Ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές	Όχι	31	27,9
	Ναι	80	72,1
Με ποιον τρόπο	Επιδεινώνεται από την αλλαγή του καιρού	2	3,9
	Επιδεινώνεται από την ζέστη	2	3,9
	Επιδεινώνεται από την υγρασία	28	54,9
	Επιδεινώνεται από την υγρασία και το κρύο	8	15,7
	Επιδεινώνεται από το κρύο	11	21,6

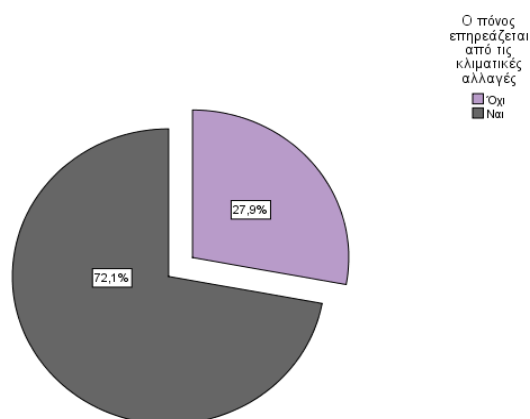
Πίνακας 4.10: Ποσοστά των συμμετεχόντων που αποδίδουν την επιδείνωση του πόνου τους στις κλιματικές αλλαγές.

Το 72,1% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι επηρεάζονταν από τις κλιματικές

αλλαγές. Συγκεκριμένα, το 54,6% αυτών ανέφερε επιδείνωση από την υγρασία και το 21,6% από το κρύο.

Στο γράφημα 4.4 που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν επιδείνωση του πόνου τους από τις κλιματικές αλλαγές.

Γράφημα 4.4: Το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν επιδείνωση του πόνου τους από τις κλιματικές αλλαγές.



4.3 Κλίμακα Αξιολόγησης του Πόνου (BPI)

Στον πίνακα 4.11 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πόνου στο συνολικό δείγμα και στους ασθενείς που ανέφεραν πόνο. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερο πόνο και μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στη ζωή των συμμετεχόντων.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
<i>Συνολικό δείγμα</i>				
Pain Severity Score	0	8,75	1,78 (2,32)	0 (0 – 3,25)
Pain Interference Score	0	9,29	1,92 (2,77)	0 (0 – 4,00)
<i>Ασθενείς με χρόνιο πόνο</i>				
Pain Severity Score	0	8,75	3,63 (2,06)	3,25(2-4,75)
Pain Interference Score	0	9,29	3,95(2,78)	4,14(1,4-6,14)

Πίνακας 4.11: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πόνου.

Για το σύνολο του δείγματος η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Severity Score» κυμαινόταν από 0 έως 8,75 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,78 μονάδες (SD=2,32). Ακόμα, η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Interference Score» κυμαινόταν από 0 μέχρι 9,29 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,92 μονάδες (SD=2,77). Για τους ασθενείς με χρόνια πόνο η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Severity Score» κυμαινόταν από 0 έως 8,75 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3,63 μονάδες (SD=2,06) και η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Interference Score» κυμαινόταν από 0 μέχρι 9,29 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3,95 μονάδες (SD=2,78).

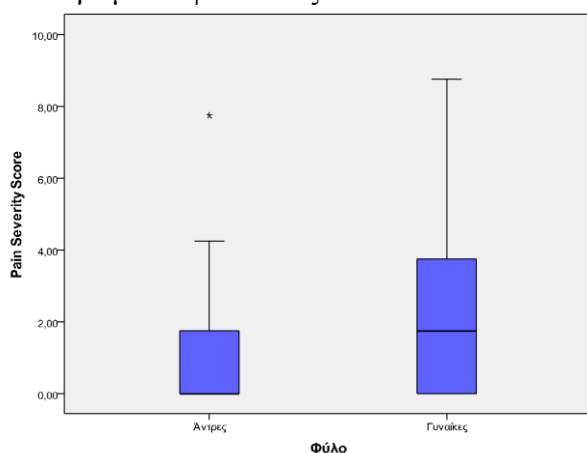
Συσχέτιση των κλιμάκων πόνου με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 4.12 που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Severity Score” ανάλογα με τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους.

Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει περισσότερο πόνο, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, περισσότερο πόνο είχαν οι ασθενείς που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνια νόσημα ή νόσημα ψυχικής υγείας, εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνια πόνο και εκείνοι των οποίων ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές.

Στο γράφημα 4.5 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Severity Score” ανάλογα με το φύλο τους.

Γράφημα 4.5: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Severity Score” ανάλογα με το φύλο τους.



		Pain Severity Score		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άντρες	1,23 (2,1)	0 (0 - 1,75)	0,003
	Γυναίκες	2,12 (2,39)	1,75 (0 - 3,75)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι/ Συζώ	1,62 (2,18)	0 (0 - 3)	0,129
	Άγαμοι/ Χωρισμένοι/ Χήρος/α	2,35 (2,69)	1,75 (0 - 4,5)	
Παιδιά	Όχι	2,04 (2,27)	1,75 (0 - 3,88)	0,440
	Ναι	1,74 (2,33)	0 (0 - 3)	
Εργάζεστε	Όχι	1,87 (2,36)	0 (0 - 3,75)	0,356
	Ναι	1,49 (2,18)	0 (0 - 2,75)	
Εκπαίδευση	Το πολύ μέχρι δημοτικό	2,26 (2,52)	1,75 (0 - 4,25)	0,090*
	Γυμνάσιο-Λύκειο	1,43 (2,09)	0 (0 - 2,38)	
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	1,47 (2,2)	0 (0 - 3)	
Καπνίζετε	Όχι	1,76 (2,22)	0 (0 - 3,5)	0,913
	Ναι	1,83 (2,51)	0 (0 - 3)	
Πίνετε αλκοόλ	Όχι	1,78 (2,24)	0 (0 - 3,25)	0,716
	Ναι	1,79 (2,64)	0 (0 - 3)	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	Όχι	1,08 (1,71)	0 (0 - 1,75)	0,014
	Ναι	2,08 (2,48)	1 (0 - 4)	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	1,58 (2,22)	0 (0 - 3)	0,002
	Ναι	2,88 (2,54)	3,13 (0 - 4,75)	
Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο;	Όχι	0,11 (0,61)	0 (0 - 0)	< 0,001
	Ναι	3,05 (2,33)	3 (1,25 - 4,75)	
Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο;	Όχι	2,28 (2,37)	2 (0 - 3,63)	0,074
	Ναι	3,22 (2,31)	3 (1,5 - 4,75)	
Ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές	Όχι	2,16 (2,03)	1,75 (0 - 3,25)	0,014
	Ναι	3,34 (2,35)	3 (1,75 - 4,75)	

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 4.12: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Severity Score” ανάλογα με τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους.

Στον πίνακα 4.13 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας “Pain Severity Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες.

		Pain Severity Score
Ηλικία	r	0,13
	P	0,074
Πόσο καιρό τον έχετε ;	r	0,10
	P	0,325

Πίνακας 4.13: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας “Pain Severity Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες.

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας “Pain Severity Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη την κλίμακα “Pain Severity Score”, ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 4.14.

		β^*	SE**	P
Φύλο	Άντρες	0,00+		
	Γυναίκες	0,13	0,05	0,012
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	0,00		
	Ναι	0,16	0,07	0,014

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς.

Πίνακας 4.14: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα “Pain Severity Score” και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία.

Το φύλο και η ύπαρξη κάποιου χρόνιου διαγνωσμένου προβλήματος ψυχικής υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα “Pain Severity Score”.

Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο πόνο, από τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας.

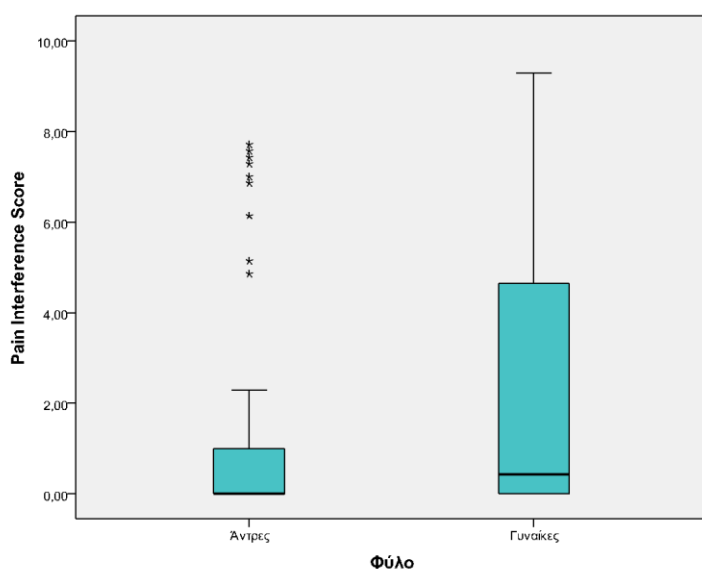
Στον πίνακα 4.15 που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους.

Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στην καθημερινότητά τους, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, υψηλότερη βαθμολογία είχαν οι ασθενείς που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα ή ψυχικής υγείας, εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο και εκείνοι των οποίων ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές.

Στο γράφημα 4.6 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με το φύλο τους.

Στο γράφημα 4.7 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με το αν είχαν κάποιο χρόνιο σωματικό πρόβλημα.

Γράφημα 4.6: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με το φύλο τους.

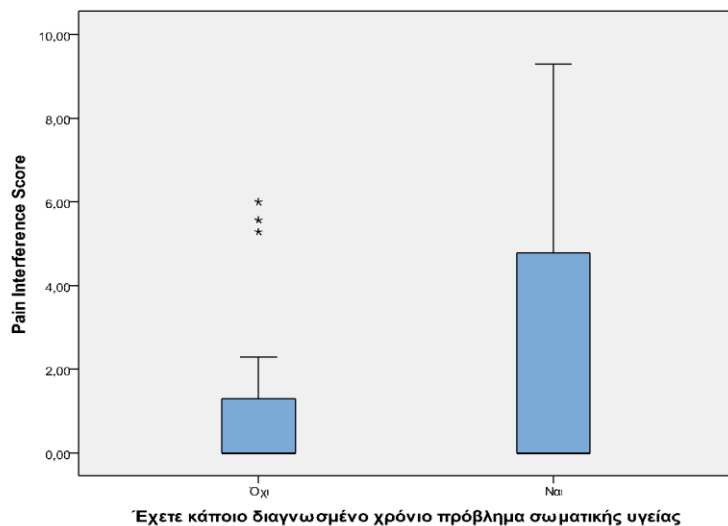


		Pain Interference Score		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άντρες	1,22 (2,39)	0 (0 - 1)	0,002
	Γυναίκες	2,36 (2,9)	0,43 (0 - 4,71)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι/ Συζώ	1,72 (2,6)	0 (0 - 3,29)	0,060
	Άγαμοι/ Χωρισμένοι/ Χήρος/α	2,64 (3,2)	0,71 (0 - 5,14)	
Παιδιά	Όχι	2,51 (2,92)	1,14 (0 - 5,29)	0,230
	Ναι	1,81 (2,73)	0 (0 - 3,29)	
Εργάζεστε	Όχι	2,06 (2,86)	0 (0 - 4,14)	0,260
	Ναι	1,47 (2,39)	0 (0 - 2,14)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	2,35 (2,94)	0,21 (0 - 4,86)	0,161*
	Γυμνάσιο-Λύκειο	1,71 (2,73)	0 (0 - 3,29)	
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	1,43 (2,34)	0 (0 - 2)	
Καπνίζετε	Όχι	1,91 (2,74)	0 (0 - 4,14)	0,947
	Ναι	1,94 (2,83)	0 (0 - 3,36)	
Πίνετε αλκοόλ	Όχι	1,99 (2,75)	0 (0 - 4,14)	0,515
	Ναι	1,64 (2,83)	0 (0 - 2)	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	Όχι	1,03 (1,84)	0 (0 - 1,29)	0,006
	Ναι	2,3 (3)	0 (0 - 4,79)	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	1,72 (2,66)	0 (0 - 3,29)	0,006
	Ναι	3,06 (3,1)	2,29 (0 - 6,14)	
Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο?	Όχι	0,15 (0,85)	0 (0 - 0)	<0,001
	Ναι	3,29 (2,95)	3,14 (0 - 6)	
Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο?	Όχι	2,15 (2,65)	1 (0 - 3,79)	0,064
	Ναι	3,56 (2,98)	3,43 (0,14 - 6,14)	
Ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές	Όχι	2,32 (2,79)	1,14 (0 - 5,14)	0,034
	Ναι	3,64 (2,95)	3,71 (0,5 - 6,14)	

*Kruskal-Wallis test

Πίνακας 4.15: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με τα δημογραφικά και τα λοιπά στοιχεία τους.

Γράφημα 4.7: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα “Pain Interference Score” ανάλογα με το αν είχαν κάποιο χρόνιο σωματικό πρόβλημα.



Στον πίνακα 4.16 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας “Pain Interference Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες.

		Pain Interference Score
Ηλικία	r	0,12
	P	0,113
Πόσο καιρό τον έχετε ?	r	-0,02
	P	0,858

Πίνακας 4.16: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας “Pain Interference Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες.

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας “Pain Interference Score” με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη την κλίμακα “Pain Interference Score”, ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης και τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 4.17.

		β*	SE**	P
Φύλο	Άντρες	0,00+		
	Γυναίκες	0,15	0,05	0,007
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	Όχι	0,00		
	Ναι	0,15	0,06	0,010
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	0,00		
	Ναι	0,15	0,07	0,036

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς.

Πίνακας 4.17: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα “Pain Interference Score” και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία.

Το φύλο και η ύπαρξη κάποιου χρόνιου διαγνωσμένου προβλήματος σωματικής ή ψυχικής υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα “Pain Interference Score”. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στην καθημερινότητά τους, από τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιο διαγνωσμένο νόσημα υγείας.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας.

4.4 Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης (PHQ-9)

Στον πίνακα 4.18 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης. Η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης κυμαινόταν από 0 μέχρι 22, με τη μέση τιμή να είναι 4,34 μονάδες (SD=4,15).

	Κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9
Ελάχιστη τιμή	0,00
Μέγιστη τιμή	22,00
Μέση τιμή	4,34
SD	4,15

Πίνακας 4.18: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης.

Στον πίνακα 4.19 φαίνεται το ποσοστό κατάθλιψης που βρέθηκε στους ασθενείς που ανέφεραν πόνο. Το ποσοστό με PHQ-9 >10 ήταν 9,4 σε αυτούς χωρίς χρόνιο πόνο και 22,5 (σημαντικά μεγαλύτερο, χ^2 τεστ, $P < 0.001$) σε αυτούς με χρόνιο πόνο.

		Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο?			
		Όχι		Ναι	
		N	%	N	%
Επίπεδο κατάθλιψης	Ελάχιστη	69	81,2	53	52,0
	Ήπια	8	9,4	26	25,5
	Μέτρια	6	7,1	12	11,8
	Μέτρια σοβαρή	1	1,2	11	10,8
	Σοβαρή	1	1,2	0	,0
Κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9	<10	77	90,6	79	77,5
	>=10	8	9,4	23	22,5

Πίνακας 4.19: Ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς που ανέφεραν πόνο.

Συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 4.20 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι ή συζούσαν είχαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν άγαμοι/διαζευγμένοι ή χήροι. Ακόμα, σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες που κάπνιζαν, εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο και εκείνοι των οποίων ο πόνος επηρεαζόταν από τις κλιματικές αλλαγές.

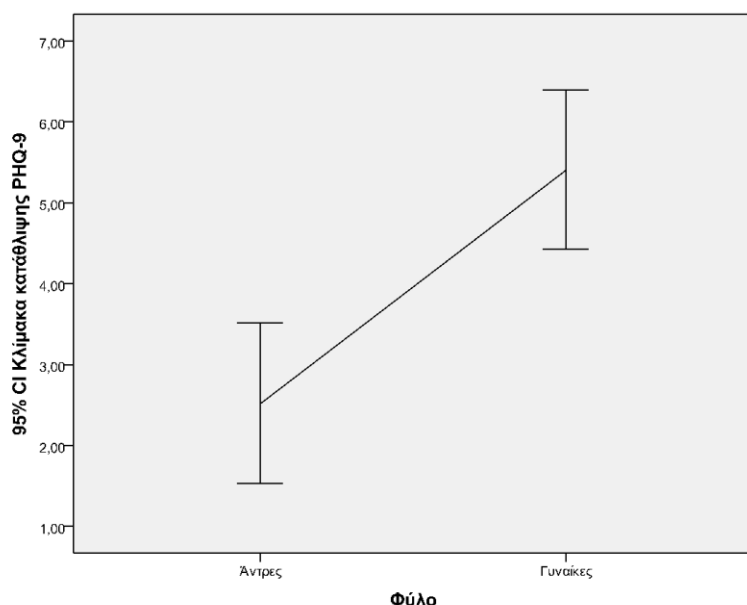
		Κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	2,52	4,14	<0,001
	Γυναίκες	5,41	5,40	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι/ Συζώ	3,93	4,87	0,045
	Άγαμοι/ Χωρισμένοι/ Χήρος/α	5,72	5,86	
Παιδιά	Όχι	5,00	5,41	0,432
	Ναι	4,13	5,01	
Εργάζεστε	Όχι	4,52	5,22	0,371
	Ναι	3,71	4,89	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	4,93	5,42	0,423*
	Γυμνάσιο-Λύκειο	3,94	5,11	
	TEI/ AEI	3,89	4,60	
Καπνίζετε	Όχι	3,78	4,78	0,040
	Ναι	5,40	5,66	
Πίνετε αλκοόλ	Όχι	4,35	5,06	0,952
	Ναι	4,29	5,60	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	Όχι	3,25	4,18	0,067
	Ναι	4,78	5,44	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	3,57	4,48	<0,001
	Ναι	8,16	6,56	
Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο;	Όχι	2,43	3,70	<0,001
	Ναι	5,84	5,62	
Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο;	Όχι	4,80	6,14	0,361
	Ναι	6,08	5,50	
Ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές	Όχι	3,71	4,93	0,015
	Ναι	6,52	5,43	

*ANOVA

Πίνακας 4.20: Βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στο γράφημα 4.8 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο τους.

Γράφημα 4.8: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο τους.



Στον πίνακα 4.21 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας κατάθλιψης με την ηλικία, τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες και τις βαθμολογίες στις κλίμακες πόνου. Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας κατάθλιψης με τις κλίμακες πόνου. Οπότε όσο περισσότερο πόνο είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο επηρέαζε ο πόνος τη καθημερινότητά τους τόσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν.

		Κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9
Ηλικία	r^*	-0,04
	P	0,597
Πόσο καιρό τον έχετε ;	r^*	-0,12
	P	0,250
Pain Severity Score	r^{**}	0,46
	P	<0,001
Pain Interference Score	r^{**}	0,51
	P	<0,001

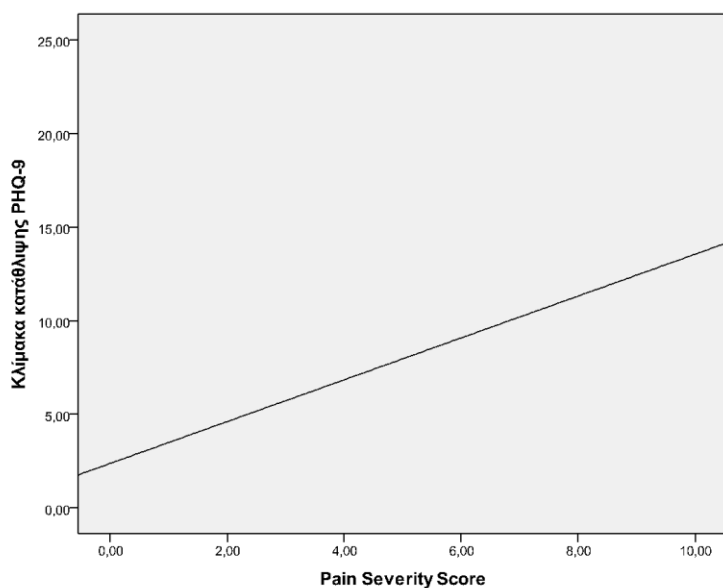
*συντελεστής συσχέτισης του Pearson ** συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Πίνακας 4.21: Συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας κατάθλιψης με την ηλικία, τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες και τις βαθμολογίες στις κλίμακες πόνου.

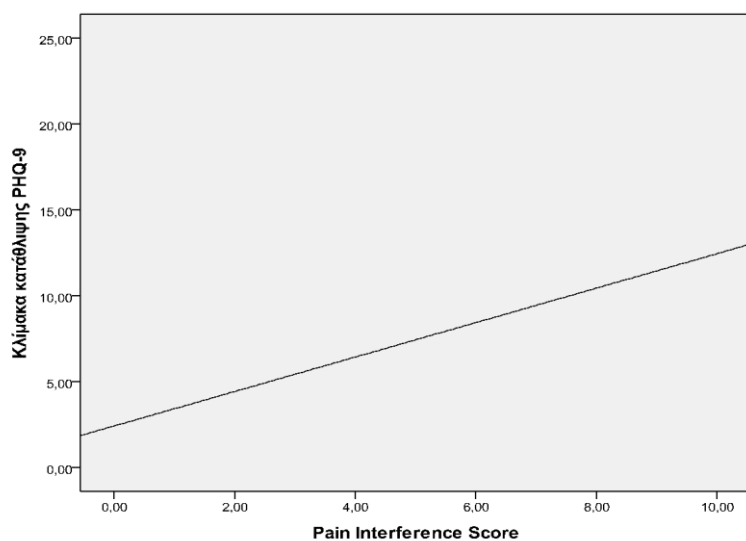
Στο γράφημα 4.9 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Severity Score”.

Στο γράφημα 4.10 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Interference Score”.

Γράφημα 4.9: Συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Severity Score”.



Γράφημα 4.10: Συσχέτιση της βαθμολογίας κατάθλιψης των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Interference Score”.



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη την κλίμακα κατάθλιψης, ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 4.22.

		β^*	SE**	P
Φύλο	Άντρες	0,00 ⁺		
	Γυναίκες	1,36	0,65	0,039
Καπνίζετε	Όχι	0,00		
	Ναι	1,33	0,64	0,038
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	0,00		
	Ναι	2,86	0,84	0,001
Pain Interference Score		0,89	0,11	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς.

Πίνακας 4.22: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα κατάθλιψης και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Το φύλο, το κάπνισμα, η ύπαρξη κάποιου χρόνιου διαγνωσμένου προβλήματος ψυχικής υγείας και η βαθμολογία στην κλίμακα “Pain Interference Score” βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν κατά 1,36 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή συμπτώματα κατάθλιψης, από τους άντρες.
- Οι συμμετέχοντες που κάπνιζαν είχαν κατά 1,33 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κάπνιζαν.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας είχαν κατά 2,86 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας.
- Όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Interference Score» τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης των συμμετεχόντων.

4.5 Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D)

Στον πίνακα 4.23 που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στην κλίμακα ποιότητας

ζωής των συμμετεχόντων και στην κλίμακα κατάστασης υγείας. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ποιότητας ζωής ήταν 0,74 μονάδες (SD=0,27 μονάδες) και στην κλίμακα κατάστασης υγείας ήταν 73,41 μονάδες (SD=19,78 μονάδες).

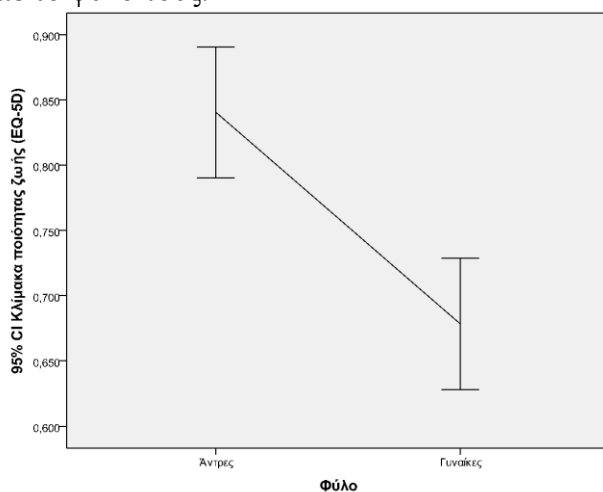
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Κλίμακα ποιότητας ζωής (EQ-5D)	-0,18	1,00	0,74	0,27
Κλίμακα κατάστασης υγείας	5,00	100,00	73,41	19,78

Πίνακας 4.23: Βαθμολογίες στην κλίμακα ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων και στην κλίμακα κατάστασης υγείας.

Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας ζωής με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 4.24 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα ποιότητα ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας καθώς και εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο. Στο γράφημα 4.11 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο τους.

Γράφημα 4.11: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ποιότητας ζωής ανάλογα με το φύλο τους.



		Κλίμακα ποιότητας ζωής (EQ-5D)		P Student's t-test <0,001
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	0,84	0,21	
	Γυναίκες	0,68	0,28	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι/ Συζώ	0,75	0,25	0,217
	Άγαμοι/ Χωρισμένοι/ Χήρος/α	0,69	0,30	
Παιδιά	Όχι	0,72	0,31	0,753
	Ναι	0,74	0,26	
Εργάζεστε	Όχι	0,73	0,27	0,259
	Ναι	0,78	0,23	
Εκπαίδευση	Το πολύ μέχρι δημοτικό	0,69	0,30	0,078*
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,78	0,24	
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	0,76	0,21	
Καπνίζετε	Όχι	0,75	0,28	0,478
	Ναι	0,72	0,25	
Πίνετε αλκοόλ	Όχι	0,74	0,27	0,896
	Ναι	0,74	0,26	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας	Όχι	0,78	0,24	0,126
	Ναι	0,72	0,27	
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	0,79	0,22	<0,001
	Ναι	0,48	0,32	
Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο;	Όχι	0,89	0,16	<0,001
	Ναι	0,62	0,27	
Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο?	Όχι	0,71	0,22	0,069
	Ναι	0,59	0,28	
Ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές	Όχι	0,67	0,27	0,224
	Ναι	0,60	0,27	

*ANOVA

Πίνακας 4.24: Βαθμολογία στην κλίμακα ποιότητα ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 4.25 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας κατάθλιψης με την ηλικία, τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες και τις βαθμολογίες στις κλίμακες πόνου και κατάθλιψης.

		Κλίμακα ποιότητας ζωής (EQ-5D)
Ηλικία	r^*	-0,05
	P	0,460
Πόσο καιρό τον έχετε ?	r^*	-0,04
	P	0,686
Pain Severity Score	r^{**}	-0,73
	P	<0,001
Pain Interference Score	r^{**}	-0,71
	P	<0,001
Κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9	r^*	-0,64
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson ** συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Πίνακας 4.25: Συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας κατάθλιψης με την ηλικία, τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες και τις βαθμολογίες στις κλίμακες πόνου και κατάθλιψης.

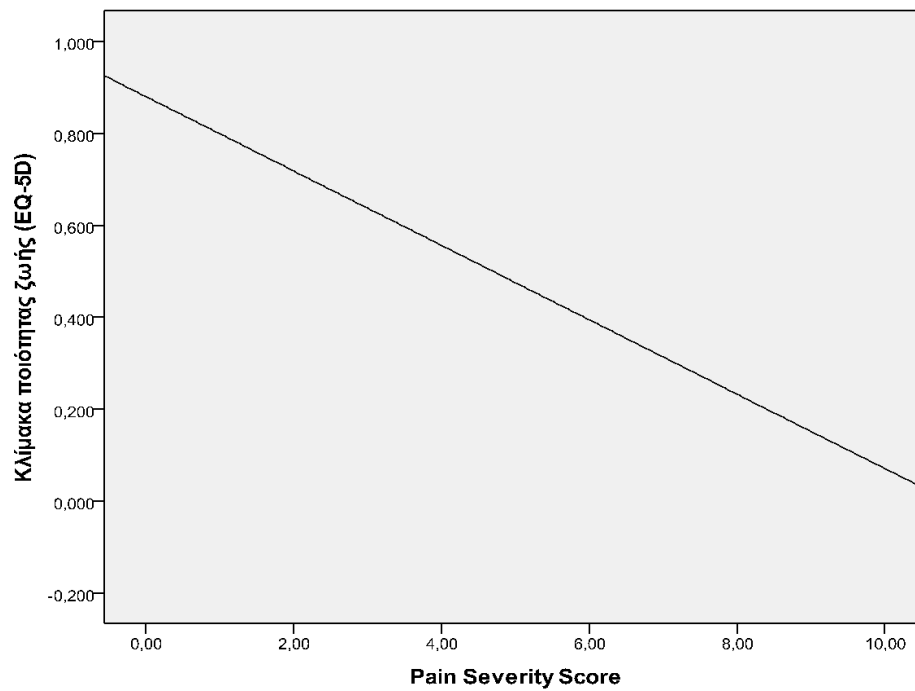
Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής με τις κλίμακες κατάθλιψης και πόνου. Οπότε όσο περισσότερο πόνο είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο επηρέαζε ο πόνος τη καθημερινότητά τους τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους. Ομοίως, όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

Στο γράφημα 4.12 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Severity Score”.

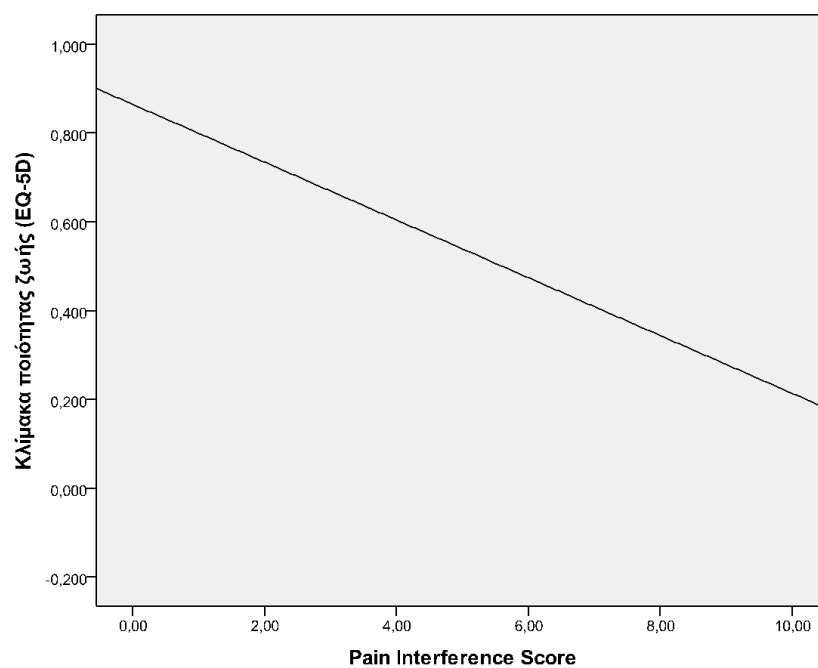
Στο γράφημα 4.13 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Interference Score”, ενώ στο γράφημα 4.14 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα κατάθλιψης.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη την κλίμακα ποιότητας, ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και τις κλίμακες πόνου και κατάθλιψης και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 4.26.

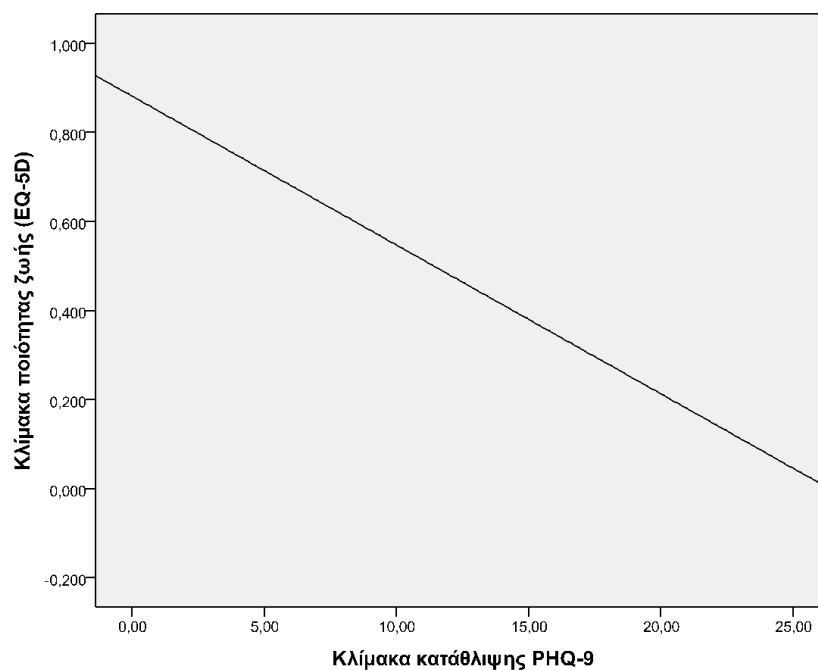
Γράφημα 4.12: Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Severity Score”.



Γράφημα 4.13: Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα “Pain Interference Score”.



Γράφημα 4.14: Συσχέτιση της βαθμολογίας ποιότητας των συμμετεχόντων με την κλίμακα κατάθλιψης.



		β^*	SE**	P
Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	0,00+		
	Ναι	-0,15	0,03	<0,001
Pain Severity Score		-0,06	0,01	<0,001
Κλίμακα κατάθλιψης PHQ-9		-0,02	0,003	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς.

Πίνακας 4.26: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη την κλίμακα ποιότητας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων και τις κλίμακες πόνου και κατάθλιψης.

Η ύπαρξη κάποιου χρόνιου διαγνωσμένου προβλήματος ψυχικής υγείας και οι βαθμολογίες στην κλίμακα “Pain Interference Score” και στην κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας.
- Όσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα “Pain Interference Score” τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.
- Όσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης των συμμετεχόντων τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1.Δημογραφικά στοιχεία

Στη μελέτη διερευνήθηκε η συχνότητα του χρόνιου πόνου καθώς και αν η συννοσηρότητα του με την κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα της ζωής. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 άτομα με μέση ηλικία τα 62,2 έτη ($SD=14,5$ έτη). Το 62,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 76,0% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, ενώ περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι δημοτικού και λυκείου με τα ποσοστά να είναι 33,2% και 24,1% αντίστοιχα. Το 70% του δείγματος δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση και το 17,1% δήλωσε ότι έχει διεγνωσμένο νόσημα ψυχικής υγείας: το 11,5% των ασθενών είχε διαγνωστεί με κατάθλιψη. Το 69,7% των συμμετεχόντων που είχαν διαγνωστεί με μια ψυχική διαταραχή ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.

5.2.Συχνότητα, σημεία εντόπισης και τρόποι αντιμετώπισης χρόνιου πόνου

Η μελέτη αυτή είναι, μια προσπάθεια σκιαγράφησης της ελληνικής πραγματικότητας, που αφορά τον χρόνιο πόνο και τις συσχετίσεις του, σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων που χρησιμοποιούν το ιατρείο της πρωτοβάθμιας υγείας. Το 56,8% των συμμετεχόντων ανέφερε κάποιο χρόνιο πόνο, με διάμεση διάρκεια τα 5 έτη (2-10 έτη). Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με την μελέτη των Santos et al., 2015 κατά την οποία προέκυψε ότι ο χρόνιος πόνος είναι πολύ συχνός σε ποσοστό 46% και οι ασθενείς ανέφεραν πόνο για τουλάχιστον πέντε χρόνια. Παρατηρήσαμε ότι το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν χρόνιο πόνο (56,8%) ήταν μεγαλύτερο ακόμη και από εκείνο των ασθενών με έπασχαν από χρόνια νοσήματα όπως τα καρδιαγγειακά (46%) και ο ΣΔ (15,5%), νοσήματα που παραδοσιακά βρίσκονται πρώτα στη λίστα των χρονίων νοσημάτων. Το γεγονός αυτό, αφενός, αναγνωρίζει τον χρόνιο πόνο ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφετέρου καθιστά επιτακτική την ανάγκη οι γενικοί ιατροί, να διαθέτουν επαρκή εκπαίδευση για την αξιολόγησή του και τη διαχείρισή του, δεδομένου ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με χρόνιο πόνο αναζητούν βοήθεια στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι πονούσαν σε τουλάχιστον ένα σημείο του μυοσκελετικού συστήματος, με συχνότερη εντόπιση την ΟΜΣΣ (50,5%), τις αρθρώσεις

των κάτω άκρων (33,9%) και άνω άκρων (21,1%), εύρημα που συμφωνεί με την βιβλιογραφία, όπως στην μελέτη των Jhun et al., 2013 όπου η επίπτωση του πόνου του γόνατος ήταν 23,1%, παρόμοια με τη μελέτη των Lars et al., 2015 όπου το 18,9% είχε μέτριο και το 4,2%, είχε σοβαρό χρόνιο πόνο με εντόπιση στο γόνατο. Επίσης στη μελέτη των Santos et al., 2015 η οσφυϊκή περιοχή βρέθηκε ως η περισσότερο προσβεβλημένη θέση, ωστόσο παρατηρήθηκε και η παρουσία υψηλών επιπέδων πόνου στα γόνατα. Στη μελέτη μας μόνο 9 ασθενείς περιέγραψαν χρόνιο πόνο στο στομάχι και 3 ημικρανία. Μια πιθανή εξήγηση γι αυτό είναι ότι, το δείγμα είχε μέσο όρο ηλικίας 62,2 έτη, ηλικία που είναι συχνότερη η εμφάνιση των εκφυλιστικών παθήσεων των οστών.

Το 41,4% των συμμετεχόντων ανακουφίζονταν με φάρμακα, ενώ οι μη φαρμακολογικές θεραπείες δεν φάνηκε να χρησιμοποιούνται αρκετά στη μελέτη μας (μόνο το 22,2% ανακουφίζονταν με μασάζ). Το ίδιο συμπέρασμα προέκυψε και στη μελέτη των Santos et al., 2015 όπου το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός τους, δήλωσε ότι για τον έλεγχο του πόνου κάνουν αποκλειστική χρήση της φαρμακευτικής θεραπείας, με υψηλή κατανάλωση αναλγητικών. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η μεγάλη χρήση των φαρμάκων αυτών έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους επαγγελματίες και τους υπεύθυνους για την υγεία σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, αποτελεί δε ένδειξη, ότι ο πληθυσμός πάσχει όλο και περισσότερο από χρόνιο πόνο. Επίσης τονίζουν την ανάγκη, να υπάρξουν μέτρα δημόσιας υγείας όπως, εκπαιδευτικά προγράμματα για τον πληθυσμό, για να ενημερώσουν τους πάσχοντες για τους κινδύνους της χρόνιας χρήσης αναλγητικών.

Το 80,4% των συμμετεχόντων είχε απευθυνθεί σε κάποιον επαγγελματία, κυρίως ορθοπαιδικό για την ανακούφιση από τον πόνο ενώ το 39% έχει αναζητήσει βοήθεια και σε φυσιοθεραπευτή ή χεοροπράκτη. Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό 19,6% αυτών που πονούσαν δεν έχουν αναφέρει σε κανένα τον πόνο τους. Παρόλο που το ποσοστό αυτό δεν είναι υψηλό εν τούτοις δείχνει ότι υπάρχουν άτομα που πονούν σιωπηλά. Θα πρέπει η έρευνα για τον χρόνιο πόνο να συμπληρωθεί και με ποιοτικές προσεγγίσεις-συνεντεύξεις, για να κατανοήσουμε καλύτερα την στάση και τις πεποιθήσεις των ασθενών απέναντι στον πόνο.

5.3.Κλίμακα αξιολόγησης του πόνου (BPI)

Για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Severity

Score» κυμαινόταν από 0 έως 8,75 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3,63 μονάδες (SD=2,06) και η βαθμολογία στην κλίμακα «Pain Interference Score» κυμαινόταν από 0 μέχρι 9,29 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3,95 μονάδες (SD=2,78). Παρατηρήσαμε ότι οι ασθενείς είχαν μέτριας έντασης και μέτριας παράμβασης στην καθημερινότητα πόνο, με υψηλότερη βαθμολογία να έχουν οι γυναίκες, οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο νόσημα και νόσημα ψυχικής υγείας αλλά και σε όσους ο πόνος επηρεαζόταν από τις κλιματικές συνθήκες ενώ αντιθέτως δεν φάνηκε ο πόνος να επηρεάζεται από την ηλικία των ασθενών και τα έτη που πονούσαν. Η υπεροχή των γυναικών στις κλίμακες του πόνου είναι κοινή και από άλλες μελέτες όπως στη μελέτη των τους Jhun et al., 2013 που μεταξύ άλλων ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου που σχετίστηκαν με την σοβαρότητα του πόνου στο γόνατο ήταν το φύλο θήλυ. Αλλά και στη μελέτη των Santos et al., 2015 καταλήγουν ότι ο χρόνιος πόνος ο οποίος είναι εντονότερος στις γυναίκες, έχει αρνητικές επιδράσεις στις γενικές δραστηριότητες, τη διάθεση, το περπάτημα και την ικανότητα εργασίας. Αναλόγως και στη μελέτη των Conaghan et al., 2015 οι γυναίκες με ανεπαρκή φαρμακευτική ανακούφιση από τον πόνο ήταν πιο πιθανό να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερη λειτουργική απώλεια και μεγαλύτερη παρέμβαση του πόνου στην καθημερινότητα τους. Η ανάλυση των βασικών δεδομένων από τη μελέτη SCAMP καταδεικνύει μια ισχυρή σχέση μεταξύ του φύλου και της αναπηρίας που σχετίζεται με τον πόνο. Τόσο η ένταση του πόνου όσο και η ειδική για τον πόνο αναπηρία αναφέρθηκαν ως χειρότερα στις γυναίκες ενώ οι διαφορές ήταν εμφανείς ακόμη και μετά τον έλεγχο της κατάθλιψης, του άγχους και άλλων ψυχολογικών μεταβλητών. Οι λόγοι αυτής της φυλετικής διάκρισης δεν είναι ακόμοι ξεκάθαροι. Διάφορες εξηγήσεις μπορούν να δοθούν όπως βιωματικές εμπειρίες διαφορετικές ανά φύλο, ότι οι γυναίκες, είναι εκείνες που αναζητούν πιο συχνά υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και είναι πιο πρόθυμες από τους άνδρες να αναφέρουν πόνο σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες. Επίσης, κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές συμπεριλαμβανομένων των διαφορών στους ρόλους των φύλων και στις προσδοκίες για τον ρόλο των φύλων. Επιπλέον μπορεί να εμπλέκονται βιολογικοί παράγοντες όπως ορμονικοί. Γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η καταστροφολογία (catastrophizing) (τάση να μεγεθύνουν την αξία και την απειλή του ερεθίσματος του πόνου και να αισθάνονται αβοήθητοι στα πλαίσια του πόνου), θεωρείται επίσης ότι συμβάλλουν στις διαφορετικές αντιδράσεις στον πόνο των δύο φύλων. Ωστόσο η διαφορά φύλου υπέρ των γυναικών, δεν διαπιστώθηκε

στη μελέτη των Yamada et al., 2016 όπου ο χρόνιος πόνος ήταν υψηλότερος στους άνδρες και συσχετίστηκε με τη δυσαρέσκεια από τη δουλειά τους.

Επίσης, στη μελέτη μας μεγαλύτερης έντασης πόνο είχαν οι ασθενείς που είχαν κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο νόσημα ή νόσημα ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με την μελέτη των Bair et al., το 2008 που οι ασθενείς με πόνο και κατάθλιψη και οι ασθενείς με πόνο και άγχος είχαν το μεγαλύτερο σε ένταση πόνο, μιας και διαπίστωσαν ότι η προστιθέμενη νοσηρότητα της κατάθλιψης και του άγχους στον χρόνιο πόνο συνδέεται ισχυρά με έντονο πόνο.

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας “Pain Severity Score” αλλά “Pain Interference Score” και με την ηλικία και τα έτη που είχαν πόνο οι συμμετέχοντες. Εν αντιθέση με την μελέτη των Jhun et al., 2013 όπου μεταξύ άλλων ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου που σχετίστηκαν με την σοβαρότητα του πόνου στο γόνατο ήταν η ηλικία (ηλικιωμένοι).

5.4.Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης PHQ-9

Σχετικά με την κλίμακα κατάθλιψης (PHQ-9) η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 22, με τη μέση τιμή να είναι 4,34 μονάδες (SD=4,15). Οι γυναίκες, όσοι κάπνιζαν και όσοι ανέφεραν χρόνιο πόνο είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Για την διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το σημείο αποκοπής 10 δεδομένου ότι, στη στάθμιση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά, η οποία έγινε σε ρευματολογικούς ασθενείς, το βέλτιστο σημείο αποκοπής ήταν το 10 με ευαισθησία 81,2% και ειδικότητα 86,7% (Kotsis et al., 2012). Το ποσοστό με PHQ-9 >10 ήταν 22,5 (σημαντικά μεγαλύτερο, χ^2 τεστ, $P<0.001$) στους ασθενείς που ανέφεραν χρόνιο πόνο. Επίσης υπήρξε μια θετική συσχέτιση της κλίμακας κατάθλιψης με τις κλίμακες του πόνου. Όσο περισσότερο πόνο ανέφεραν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο επηρεάζονταν η καθημερινή τους ζωή τόσο περισσότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είχαν. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με τον χρόνιο πόνο έχει αναφερθεί από διάφορες μελέτες, όπου το ποσοστό της κατάθλιψης ποικίλλει ανάλογα με τις μεθόδους και τον ορισμό που χρησιμοποιήθηκαν και τις κλινικές που έγινε η έρευνα. Σε μελέτες που χρησιμοποίησαν τα ίδια ερωτηματολόγια με την έρευνά μας όπως των Dutta et al., 2013 οι γυναίκες με χρόνιο

πόνος ήταν πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν μείζον καταθλιπτικό σύνδρομο. Αλλά και οι Bair et al., (2003) συμπέραναν ότι η στενή σχέση του πόνου και της κατάθλιψης συνδέεται με υψηλή επιβάρυνση φορτίου ασθένειας για τους ασθενείς και οι Kroenke et al., 2009 διαπίστωσαν ότι ο πόνος και η κατάθλιψη είναι τα πιο κοινά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και συνυπάρχουν σε ποσοστό 30-50% ενώ έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την υγειονομική περίθαλψη.

Η αρνητική επίδραση του πόνου στη ψυχολογία του ασθενούς και η εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η κατάθλιψη και ο πόνος μοιράζονται τις ίδιες βιολογικές οδούς και τους ίδιους νευροδιαβιβαστές. Η μελλοντική έρευνα μένει να αποσαφηνίσει τις νευροβιολογικές αλλοιώσεις στις οδούς του πόνου που διασταυρώνονται με εκείνους που εμπλέκονται στην κατάθλιψη.

Επίσης αξιοσημείωτο είναι ότι οι γυναίκες και σε αυτή τη κλίμακα βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τους άντρες.

5.5.Κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής EQ-5D

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ποιότητας ζωής (EQ-5D) ήταν 0,74 μονάδες και στην κλίμακα κατάστασης υγείας ήταν 73,41 μονάδες. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους άντρες. Και στην μελέτη των Kazemi Karyan et al., 2016 παράγοντες όπως το φύλο επιδρούσαν σημαντικά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Επίσης, σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας καθώς και εκείνοι που είχαν κάποιο χρόνιο πόνο. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη μελέτη των Caruso et al., 2010 που διατυπώθηκε ότι διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQoL) όπως προηγούμενη ψυχιατρική ασθένεια, αλλά και τη μελέτη των Alvin et al., 2016 που η προεγχειρητική κατάθλιψη συνδέθηκε με σημαντικές επιδράσεις στην μετεγχειρητική έκβαση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Και οι Tsuji et al., 2016 διατύπωσαν ότι η κατάθλιψη των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.

5.6.Συσχετίσεις κλιμάκων μεταξύ τους

Αξιοσημείωτες είναι οι συσχετίσεις που προέκυψαν μεταξύ των διαφορετικών κλιμάκων. Αναγνωρίστηκε σημαντική συσχέτιση στις τρεις κλίμακες όπου όσο περισσότερο πόνο είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο επηρέαζε ο πόνος τη καθημερινότητά τους τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους και όσο περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης είχαν οι συμμετέχοντες τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους. Το συμπέρασμα αυτό αναφέρεται και στις άλλες μελέτες που διερεύνησαν την σχέση του πόνου, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής, όπως οι Tsuji et al., 2016 που στα συμπεράσματα τους επισημαίνουν ότι η κατάθλιψη ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία στην Ιαπωνία συνδέθηκε με υψηλότερα αποτελέσματα πόνου και χαμηλότερες βαθμολογίες στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής καθώς και αυξημένη χρήση της υγειονομικών υπηρεσιών. Αλλά και οι Vietri et al., 2015 διαπίστωσαν ότι τα άτομα με κατάθλιψη που ανέφεραν συμπτώματα σωματικού πόνου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης, χαμηλότερη βαθμολογία στη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ενώ ανέφεραν ότι πραγματοποιούσαν περισσότερες επισκέψεις αλλά και νοσηλεία σε δομές υγείας. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα στη μελέτη των Bair et al., το 2008 που διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη και ο χρόνιος πόνος συνδέονται ισχυρά με έντονο πόνο και φτωχότερη ποιότητα ζωής καθώς και οι Williams et al., 2003 που συμπέραναν ότι η κατάθλιψη και ο πόνος έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών. Τέλος, και οι Gore et al., 2005 συμπέραναν ότι μεγαλύτερα επίπεδα πόνου συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, περισσότερα προβλήματα ύπνου, και χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική και ψυχική λειτουργία των ασθενών. Όλες οι αναφερόμενες μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει ένας φαύλος κύκλος μεταξύ χρόνιου πόνου, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής όπου οι ασθενείς που πονούν έχουν αρνητική ποιότητα ζωής εμφανίζουν συχνά αντικοινωνικότητα, μείωση της παραγωγικότητας στην εργασία και συχνές απουσίες, ανησυχία για το μέλλον τους και για την υγεία τους, ανησυχία για στην σχέση τους μέσα την οικογένεια και για την οικονομική τους κατάσταση, αισθήματα θυμού, απογοήτευσης, απελπισίας και κατάθλιψης, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του πόνου και την ψυχολογική επιβάρυνση στον αυτοτροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1. Συμπεράσματα

Η συχνότητα του χρόνιου πόνου βρέθηκε υψηλή. Παραπάνω από τους μισούς ασθενείς που προσήλθαν στο ιατρείο μας για οποιοδήποτε λόγο ανέφεραν ότι είχαν χρόνια πόνο με μέση διάρκεια 5 χρόνια. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την κατάρτιση των γενικών ιατρών για επιτυχή διαχείριση του πόνου, που θα βασίζεται σε μια πολυεπιστημονική και ολιστική προσέγγιση και να αποσκοπεί, τόσο στο να ελαχιστοποιήσει τον πόνο όσο το δυνατόν περισσότερο, αλλά και να διδάξει στους ασθενείς, πώς να ζουν καλά με χρόνια πόνο.

Αυτό ενισχύεται και από το εύρημα ότι 8 στους 10 ασθενείς που πονούσαν, αναζήτησαν βοήθεια κυρίως από ιατρούς, γεγονός που συνεπάγεται και την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας με αφορμή τον χρόνια πόνο.

Οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς, ανακουφίζονταν με συστηματική χρήση φαρμάκων, γεγονός που υποδηλώνει την στάση και τις προσδοκίες αυτών των ατόμων από την φαρμακευτική αγωγή.

Αξιοσημείωτο επίσης, είναι ότι πολύ λίγοι ήταν εκείνοι, που έχουν στραφεί προς την εναλλακτική ιατρική για την αντιμετώπιση του πόνου τους (8 μόνο ανέφεραν ότι κάνουν βελονισμό και 6 ομοιοπαθητική). Αυτό, ίσως να συμβαίνει, είτε επειδή δεν έχουν ακόμη αποκτήσει εμπιστοσύνη για τις συμπληρωματικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου, είτε επειδή δεν έχουν ενημερωθεί αρκετά πάνω σε αυτές. Περισσότερη έρευνα χρειάζεται για να αναγνωριστούν οι πεποιθήσεις των ασθενών όσον αφορά στην εναλλακτική ιατρική για την οποία, τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον αυξάνει ολοένα και περισσότερο.

Η πλειοψηφία σχεδόν των ασθενών ανέφερε ότι πονούσε σε τουλάχιστον δύο σημεία του μυοσκελετικού συστήματος, με συχνότερη εντόπιση την ΟΜΣΣ και μετά τις αρθρώσεις των κάτω άκρων, εύρημα που συμφωνεί με την βιβλιογραφία τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Μόνο 9 ασθενείς περιέγραψαν χρόνια πόνο στο στομάχι και 3 ημικρανία. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ότι, το δείγμα είχε μέσο όρο ηλικίας 62,2 έτη, ηλικία κατά την οποία η εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα είναι πολύ συχνή.

Από την κλίμακα αξιολόγησης του πόνου προέκυψε ότι οι ασθενείς μας είχαν μέτρια σοβαρότητα πόνου και μέτρια παρέμβαση του πόνου στην καθημερινότητα τους. Οι γυναίκες, οι ασθενείς με χρόνια νόσημα και οι ασθενείς με διαγνωσμένο πρόβλημα

ψυχικής υγείας είχαν μεγαλύτερο πόνο και μεγαλύτερη παρέμβαση του πόνου, στις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό συμφωνεί απόλυτα με την βιβλιογραφία στην οποία έχει πολλάκις καταγραφεί η συννοσηρότητα του χρόνιου πόνου με άλλα χρόνια νοσήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όπως φάνηκε από την έρευνα μας είναι πολύ συχνή αυτή η συννοσηρότητα και θα πρέπει οι γιατροί να μην αγνοούν την παρουσία του ενός όταν θεραπεύουν το άλλο.

Όσον αφορά στην κατάθλιψη βρέθηκε υψηλή στις γυναίκες και στους ασθενείς που ανέφεραν χρόνιο πόνο και κυρίως σ' αυτούς που ο πόνος παρεμβαίνει περισσότερο στην καθημερινότητά τους. Οι ως τώρα μελέτες, επιβεβαιώνουν την αμοιβαία φύση της σχέσης κατάθλιψης-πόνου. Η κατάθλιψη περιπλέκει τη διαχείριση των ασθενών με πόνο καθώς υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων τους και συνδέεται με φτωχότερα αποτελέσματα στην θεραπεία του. Οι ασθενείς αυτοί έχουν συχνότερες αναφορές στο πόνο τους, μεγαλύτερη ένταση του πόνου και διαταραχές στη κοινωνική, στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή. Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι ο πόνος είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα της κατάθλιψης, ότι η κατάθλιψη και πόνος συνυπάρχουν συχνά και ότι η αξιολόγηση και η θεραπεία και των δύο είναι σημαντικές. αλλά και να εξετάζουν τα συμπτώματα του πόνου σε ένα ευρύτερο, βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Η αναγνώριση θα μπορούσε να βελτιωθεί με διαλογή για την κατάθλιψη σε οποιονδήποτε ασθενή με ανεξήγητο πόνο ή ανεξήγητη επιδείνωση μιας οδυνηρής κατάστασης. Συχνά οι ασθενείς παραπέμπονται σε ειδικούς με ειδικευση στη θεραπεία του πόνου ή στη θεραπεία της κατάθλιψης και όχι σε έναν ιατρό ο οποίος είναι κατάλληλος για τη θεραπεία και των δύο. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης φαίνεται να βρίσκονται στην καλύτερη θέση να διαχειριστούν και τις δύο καταστάσεις.

Οι γυναίκες βρέθηκε να έχουν περισσότερο πόνο συγκριτικά με τους άνδρες και ο πόνος είχε μεγαλύτερη επίδραση στην καθημερινότητά τους υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής. Ο λόγος γι αυτή την φυλετική διάκριση δεν είναι γνωστός. Διάφορες εξηγήσεις έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία οι οποίες περιλαμβάνουν βιωματικές εμπειρίες διαφορετικές ανά φύλο, όπως ότι οι γυναίκες, είναι εκείνες που αναζητούν πιο συχνά υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και είναι πιο πρόθυμες από τους άνδρες να αναφέρουν πόνο σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες. Επίσης, κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές όπως είναι η φύση της εργασίας των γυναικών, η διαφορετικότητα στους ρόλους των φύλων και στις προσδοκίες για τον ρόλο των φύλων. Επιπλέον, σήμερα υπάρχουν

στοιχεία για την ορμονική συμβολή στον κλινικό πόνο, ενώ και το ενδογενές οπιοειδές σύστημα παίζει και αυτό κάποιο ρόλο. Γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η καταστροφολογία (catastrophizing) έχουν αναφερθεί επίσης ως παράγοντες που συμβάλλουν στις διαφορετικές αντιδράσεις στον πόνο των δύο φύλων.

Τέλος, στη συσχέτιση των τριών κλιμάκων μεταξύ τους καταγράφηκε σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής, στους ασθενείς με υψηλή βαθμολογία στη σοβαρότητα και στη παρέμβαση του πόνου, αλλά και στους ασθενείς με κατάθλιψη. Αυτό το συμπέρασμα ήταν και το αναμενόμενο, δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία και την κοινωνική ευεξία.

Δεν χωρά αμφιβολία ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί βάσανο και τροχοπέδη στην ζωή πολλών ανθρώπων και για αυτό η αξιολόγηση του δεν πρέπει να υποτιμάται. Η έρευνα αυτή, αποτελεί ένα πρώτο βήμα για την καταγραφή του χρόνιου πόνου σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών που χρησιμοποιούν πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εν αντιθέση με τα υπόλοιπα χρόνια νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, ΧΑΠ που έχουν μελετηθεί αρκετά στην ΠΦΥ, ο χρόνιος πόνος υστερείται. Οι ιατροί που ασκούν πρωτοβάθμια περίθαλψη στη χώρα μας θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν απέναντι σε αυτό το μεγάλο πρόβλημα και να αναζητήσουν επαρκή εκπαίδευση σε θέματα θεραπείας του πόνου, αφού τόσο η ιατρική όσο και η ψυχολογία φέρουν τα κατάλληλα εργαλεία που είναι ικανά να μειώσουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που πηγάζουν από τον χρόνιο πόνο. Επίσης θα πρέπει να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς να δράσουν αποφασιστικά αλλάζοντας τον τρόπο ζωής τους, αυξάνοντας τα καθημερινά επίπεδα σωματικής άσκησης με σκοπό να μάθουν να διαχειρίζονται τον πόνο τους και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους, ώστε να επανέλθουν στα λειτουργικά επίπεδα της καθημερινότητας τους.

6.2. Προτάσεις

Οι ασθενείς με χρόνιο μη καρκινικό πόνο πρέπει, εφόσον εντοπιστούν να ενθαρρύνονται στην αναζήτηση επαγγελματικής φροντίδας υγείας. Είναι σημαντικό να προσφεύγουν σε επαγγελματίες υγείας που εμπιστεύονται και να προσανατολίζονται στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών και της σωματικής ανικανότητας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για παρουσία κατάθλιψης θα πρέπει να είναι ένα βασικό μέρος της φροντίδας του

ασθενούς με χρόνιο πόνο, μιας και οι έγκαιρες παρεμβατικές προσεγγίσεις θα συμβάλλουν στην ικανοποιητική ιατρική, κοινωνική και οικονομική «ελάφρυνση» του πόνου.

Η ιδανική αντιμετώπιση περιλαμβάνει στοχευμένες θεραπευτικές επιλογές που συνδυάζουν την ταυτόχρονη αντιμετώπιση του πόνου με την βελτίωση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ασθενείς που υπόκεινται σε διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως ο βελονισμός και η συμβουλευτική, μπορούν να επωφεληθούν από θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν όχι μόνο στην αντιμετώπιση του πόνου αλλά και την διευκόλυνση του ύπνου, την ελάφρυνση της κούρασης, την διαχείριση του άγχους, την άρση των εμποδίων για εργασία και γενικότερα την επιτυχή ανταπόκριση στις ανάγκες της καθημερινότητάς τους. Με το σκεπτικό αυτό, ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα διαχείρισης του χρόνιου πόνου έχει σημαντικά θετική επίδραση στην βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Παράλληλα, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν σημαντικά υπόψη την παρουσία του πόνου και να εστιάζουν στη θεραπεία τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών συμπτωμάτων των ασθενών. Η ολιστική προσέγγιση των πασχόντων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Για επιτυχημένη έκβαση στη διαχείριση του χρόνιου πόνου προτείνεται να πραγματοποιείται ψυχολογική εκτίμηση ρουτίνας στους ασθενείς για να αποκλείεται η παρουσία καταθλιπτικού συνδρόμου. Αναλόγως, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες συσχετίζονται σημαντικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιολογούν αναλόγως το άγχος και τις ανησυχίες των χρηστών των υπηρεσιών τους, καθώς και τα πολυάριθμα σωματικά συμπτώματα και να τα λαμβάνουν υπόψη κατά τις θεραπευτικές επιλογές τους με απώτερο στόχο την γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

6.3. Περιορισμοί της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει ως βασικό στόχο την εφαρμογή των ευρημάτων της και τη συμβολή στην εξέλιξη των επιστημών υγείας σε θεωρητικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο. Παρόλα αυτά παρουσιάζει σαφείς περιορισμούς και αδυναμίες.

- Το δείγμα των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη είναι σχετικά μικρό, γεγονός που καθιστά αβέβαιη και επισφαλής τη διατύπωση γενικεύσιμων συμπερασμάτων. Ιδανικά, απαιτούνται μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων για να μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημείο αναφοράς για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου και για τις συσχετίσεις των κλιμάκων μεταξύ τους.
- Το δείγμα των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη συλλέχθηκε από ένα μόνο φορέα, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελεί στατιστικό λάθος (bias) μιας και οι άνθρωποι οι οποίοι επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας είχαν ένα πιθανά συγκεκριμένο νοσολογικό και κοινωνικό προφίλ (π.χ εργατική τάξη, κλιματικές συνθήκες περιοχής).

Παρόλα αυτά, δεδομένου ότι από την σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης προέκυψε ομοιότητα και συμφωνία με ανάλογες μελέτες, επί το πλείστον στο εξωτερικό, μπορεί να θεωρηθούν τα ευρήματα αξιόπιστα και τα συμπεράσματα ασφαλή, τόσο συνολικά όσο και κατά τις επιμέρους μεταβλητές, και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στον ελληνικό χώρο, συμβάλλοντας στην ενδεδειγμένη και αποτελεσματική αξιολόγηση του χρόνιου πόνου και τη συσχέτιση του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burstrom B. (2013). Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: An example from Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*; 41(3):318-325.doi:10.1177/1403494812473205;10.1177/1403494812473205
- Alvin MD, Miller JA, Lubelski D, et al.(2016). The Impact of Preoperative Depression and Health State on Quality-of-Life Outcomes after Anterior Cervical Discectomy and Fusion. *Global Spine Journal* ;6(4):306-313. doi:10.1055/s-0035-1562932.
- Amtmann D, Askew RL, Kim J, Chung H, Ehde DM, Bombardier CH, Kraft GH, Jones SM, Johnson KL.(2015). Pain affects depression through anxiety, fatigue, and sleep in multiple sclerosis. *Rehabil Psychol* ;60(1):81-90. doi: 10.1037/rep0000027. Epub 2015 Jan 19.
- Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, Kaziolas G, Vafiadou E, Pantelidou K, Karamitsos D, Kontelis L, Krachtis P, Nikolia Z, Kaskani E, Tavaniotou E, Antoniadis C, Karanikolas G, Kontoyanni A.(2003). Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. *J Rheumatol*. ;30(7):1589-601.
- Antonopoulou M, Alegakis A, Hadjipavlou A, Lionis C.(2009). Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskeletal Disorders*;10:143/DOI: 10.1186/1471-2474-10-143
- Apkarian AV, Hashmi JA, Baliki MN. (2011). Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain* ; 152(Suppl.3):S49-64.
- Arjona A, Rubi- Callejon J, Guardado- Santervas P, Serrano- Castro , Olivares J. (2007). Menstrual tension- type headache: Evidence for its existence. *Headache*; 47:100-103.
- Auburn F. Paraqueron X, Langeron O, Cariat P. Riou B.(2003). What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit? *EJA* ;20(9):745-749.

- Bair MJ, Poleshuck EL, Wu J, Krebs EK, Damush TM, Tu W, Kroenke K.(2013). Anxiety but not social stressors predict 12-month depression and pain severity. Clin J Pain ;29(2):95-101. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182652ee9.
- Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K.(2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. Psychosom Med. ;70(8):890-7. doi: 10.1097/PSY.0b013e318185c510.
- Baker et al., (2010). Pain Proposal: Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European Consensus Report http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf
- Baliki M. N, Geha P. Y, Apkarian AV, Chialvo D. R. (2008). Beyond feeling: Chronic pain hurts the brain, disrupting the default-mode network dynamics. The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience 28(6): 1398-1403. doi:10.1523/JNEUROSCI.4123-07.2008
- Balliet WE, Edwards-HamptonS, Borckardt JJ, et al. (2012).Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis. Pain Research and Treatment; 5 . ID 978646, doi:10.1155/2012/978646
- Banks SM, Kerns RD. (1996) Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. Psychol.Bull ; 119(1):95-110.
- Berger R, Noll HH. (2000). Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators, EuReposting Working Paper. Centre for Survey Research and Methodology (ZUMA). Social Indicators Department : 24-25
- Bergman S, Jacobsson L. T, Herrstrom P, Petersson I. F. (2004). Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: A 3-year follow up study in the general population. Pain 108 (1-2): 115-123. doi:10.1016/j.pain.2003.12.013

- Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M; Husberg M Levin L. (2015) .Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden—impact on costs and quality of life; 156 (3): 521–527.doi: 10.1097/01.j.pain.0000460336.31600.01
- Blyth FM, March LM, Brnabic AM, Cousin MJ. (2004) . Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*;111:51-58
- Brandes J.L. (2006) . The influence of estrogens on migraine: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*; 295: 1824-1830.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* ;10(4):287-333.
- Burns JW, Bruehl S, Quartana PJ. (2006) Anger management style and hostility among patients with chronic pain: Effects on symptom-specific physiological reactivity during anger- and sadness- recall interviews. *Psychosom.Med.*; 68(5):786-93.
- Burns JW, Quartana PJ, Bruehl S. (2007). Anger management style moderates effects of emotion suppression during initial stress on pain and cardiovascularresponses during subsequent pain-induction. *Annals of Behavioral Medicine*; 34(2):154-65.
- Butow P, Sharpe L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*; 154(1): S101-7. doi:10.1016/j.pain.2013.07.048; 10.1016/j.pain.2013.07.048
- Caruso R, Rossi A, Barraco A, Quail D, Grassi L.(2010). The Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study: final results of Italianpatients with depression *Annals of General Psychiatry*; 9:33 DOI: 10.1186/1744-859X-9-33
- Chong K, Su Jin J, Ji O, Ki Y, Sung R.(2006) Impact on quality of life in peoples with painful diabetic peripheral neuropathy. Presented at Society for Endocrinology BES 2007, Birmingham, UK. *Endocrine Abstracts* **13** S9
- Conaghan PG, Peloso PM, Everett SV, Rajagopalan S, Black SN, Mavros P, Arden NK, Phillips CJ, Rannou F, Mart A. F. J, Moore RA, Taylor SD (2014). Inadequate

pain relief and large functional loss among patients with knee osteoarthritis: evidence from a prospective multinational longitudinal study of osteoarthritis real-world therapies. *Rheumatology* ; 54 (2): 270-277. doi: 10.1093/rheumatology/keu332.

Cronje RJ, Williamson O. D. (2006). Is pain ever "normal"? *The Clinical Journal of Pain*; 22(8): 692-699. doi:10.1097/01.ajp.0000210919.03289.1e

Cuff L, Fann JR, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ.(2014). Depression, pain intensity, and interference in acute spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* ;20(1):32-9. doi: 10.1310/sci2001-32.

Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – A possible prelude to violence. *Science*; 289(5479):591-4.

De Heer EW, Dekker J, van Eck van der Sluijs JF, Beekman AT, van Marwijk HW, Holwerda TJ, Bet PM, Roth J, Hakkaart-Van Roijen L, Ringoir L, Kat F, van der Feltz-Cornelis CM.(2013). Effectiveness and cost-effectiveness of transmural collaborative care with consultation letter (TCCCL) and duloxetine for major depressive disorder (MDD) and (sub)chronic pain in collaboration with primary care: design of a randomized placebo-controlled multi-Centre trial: TCC:PAINDIP. *BMC Psychiatry*;13:147. doi: 10.1186/1471-244X-13-147.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Nakane H, Mneimneh Z, Lara C, de Graaf R, Scott KM, Gureje O, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J, von Korff M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* ; 129(3):332-42.

Denk F, McMahon SB, Tracey I. (2014) Pain vulnerability: A neurobiological perspective. *Nat.Neurosci.*; 17(2):192-200.

Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. (2002) Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom.Med.*; 64(5):773-86.

- Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ.(2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom.Med.*; 64(5):773-86
- DeVoe JE, Wallace LS, Fryer G. E. (2009). Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: Do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*; 12(1): 70-80. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00516.x; 10.1111/j.1369-7625.2008.00516.x
- Diatchenko L, Anderson AD, Slade GD, Fillingim RB, Shabalina SA, Higgins TJ, Sama S, Belfer I, Goldman D, Max MB, Weir BS, Maixner W. (2006a) Three major haplotypes of the beta2 adrenergic receptor define psychological profile, blood pressure, and the risk for development of a common musculoskeletal pain disorder. *Am.J.Med.Genet.B.Neuropsychiatr. Genet.*; 141B
- Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD, Fillingim RB, Maixner W. (2006). Idiopathic pain disorders – Pathways of vulnerability. *Pain* ; 123(3):226-30.
- Dixon-Woods M, Kirk D, Agarawal S, Annandale E , Arthur T, Harvey, J, et al. (2005). Vulnerable groups and access to health care: A critical interpretive review. London, UK: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).
- Dutta D, Bharati S, Roy C, Das G. (2013). Measurement of prevalence of 'major depressive syndrome' among Indian patients attending pain clinic with chronic pain using PHQ-9 scale. *Clinical Pharmacology* ; 29 (1) : 76-82
- Dysvik E, Natvig G. K, Eikeland O. J, Brattberg G. (2005). Results of a multidisciplinary pain management program: A 6- and 12-month follow-up study. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*; 30(5): 198-206.
- Elliott AM, Smith, BH, Hannaford PC, Smith WC, Chambers WA. (2002) . The course of chronic pain in the community: Results of a 4-year follow-up study. *Pain*; 99:299-307.

- Eriksen J, Jensen MK, Sjørgen P, Ekholm O, Rasmussen NK.(2003). Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* ;106:221–8.
- Esteve MR, Camacho L. (2008). Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behav. Res.Ther.*; 46(6):715-27.
- Feldman-Stewart D, Brundage MD. (2009). A conceptual framework for patient-provider communication: A tool in the PRO research tool box. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*; 18(1): 109-114. doi:10.1007/s11136-008-9417-3
- Ferrante FM. (1996). Σύγχρονες απόψεις για νευρικές οδούς και μηχανισμούς πόνου. Αντίδραση σε βλαπτικά ερεθίσματα. *Ηράλειο: Συμπόσιο: οξύς πόνος* :12-14
- Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley SL. (2009) . Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *The Journal of Pain*; 10:447-485.
- Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin.J.Pain* ; 13(2):116-37.
- Fishbain DA, Lewis JE, Bruns D, Disorbio JM, Gao J, Meyer LJ. (2011). Exploration of Anger Constructs in Acute and Chronic Pain Patients vs. Community Patients.*Pain Practice* ; 11(3):240-51.
- Frantsve LM, Kerns R D. (2007). Patient-provider interactions in the management of chronic pain: Current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Medicine*; 8(1): 25-35. doi:10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x
- Furler L. (2013). Validity and reliability of the pain questionnaire "Brief Pain Inventory". *A literature research].Pflege Z* ;66(9):546-50.
- Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C.(1996). Major psychological disorders in acute and chronic TMD: An initial examination. *J.Am.Dent.Assoc.*; 127(9):1365-74.

- Gatchel RJ. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *Am.Psychol* ; 59(8):795-805.
- Ghallagher R M. (1999). Primary care and pain medicine. A community solution to the public health problem of chronic pain. *The Medical Clinics of North America* ;83(3) :555-583.
- Goldberg DP.(1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire; a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley monographs. London, New York,: Oxford University Press. xii, 156 p.
- Gore M, Brandenburg NA, Dukes E, Hoffman DL, Tai KS, Stacey B.(2005). Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *J Pain Symptom Manage* ;30(4):374-85.
- Gu NY, Bell C, Botteman MF, Ji X, Carter JA, van Hout B .(2012). Estimating preference-based EQ-5D health state utilities or item responses from neuropathic pain scores. *Patient* , 5:185–197.
- Gunnarsdottir S, Ward S , Serlin, R. C. (2010). A population based study of the prevalence of pain in iceland. *Scandidavian Journal of Pain*; 1(3): 151-157.
- Harstall C. How Prevalent Is Chronic Pain? *Pain Clinical Updates*. 2003;XI(2):1–4.
- Hartman JM, Berger A, Baker K, Bolle J, Handel D, Mannes A, Pereira D, St Germain D, Ronsaville D, Sonbolian N, Torvik S, Calis KA, Phillips TM, Cizza G. (2006). Quality of life and pain in premenopausal women with major depressive disorder: the POWER Study. *Health Qual Life Outcomes* ;18(4):2
- Holmes A, Christelis N, Arnold C (2012). Depression and chronic pain. *MJA Open* ; 1 Suppl 4: 17-20.
- Hopton A, Macpherson H, Keding A, Morley S.(2014). Acupuncture, counselling or usual care for depression and comorbid pain: secondary analysis of a randomised controlled trial. *BMJ Open* ;4(5):e004964. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004964.

- Huijbregts KM, van Marwijk HW, de Jong FJ, Schreuders B, Beekman AT, van der Feltz-Cornelis CM .(2010). Adverse effects of multiple physical symptoms on the course of depressive and anxiety symptoms in primary care. *Psychother Psychosom*; 79: 389-391. 10.1159/000320899
- Hunt S M, McEwen J, McKenna S P. (1985). Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*: 35: 185-188
- Hyphantis et al.(2011). Diagnostic accuracy, internal consistency and convergent validity of the Greek version of the PHQ-9 in diagnosing depression in rheumatologic disorders. *Arthritis Care & Research* ; 63(9) : 1313-1321.
- Jensen MP, Moore MR, Bockow TB, Ehde DM, Engel JM. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Arch.Phys.Med.Rehabil.*; 92(1):146-60.
- Jhun HJ, Sung NJ, Kim SY.(2013). Knee pain and its severity in elderly Koreans: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *J Korean Med Sci* ;28(12):1807-13. doi: 10.3346/jkms.2013.28.12.1807.
- Katz N.(2002).The impact of pain management on quality of life. *J Pain Symptom Manage* ;24(1 Suppl):S38-47.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Cjaffe MW ,(1963), Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*;185: 914-9.
- Kazemi Karyani A , Rashidian A, Emamgholipour Sefidd S, Akbari Sari A.(2016). Self-reported health related quality of life (HRQoL) and factors affecting health insured in Iran. *Epidemiol Health*. doi: 10.4178/epih.e2016046. [Epub ahead of print]
- Kim SS, Won JC, Kwon HS, Kim CH, Lee JH, Park TS, Ko KS, Cha BY.(2013). Validity of the medical outcomes study sleep scale in patients with painful diabetic

peripheral neuropathy in Korea. *J Diabetes Investig* 8;4(4):405-9. doi: 10.1111/jdi.12066.

Klasser GD, Kugelman AM, Villines D, Johnson BR. (2011). The prevalence of persistent pain after nonsurgical root canal treatment. *Quintessence International*; 42 (3): 259-269

Knox PL.(1975). *Social Well Being: A Spatial Perspective*. Oxford University Press, pp23-24

Koh JS, Ko HJ, Wang SM, Cho KJ, Kim JC, Lee SJ, Pae CU. (2014).The impact of depression and somatic symptoms on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a preliminary study in a naturalistic treatment setting. *Int J Clin Pract* ;68(4):478-85. doi: 10.1111/ijcp.12340. Epub 2014 Jan 29.

Kolotylo CJ, Broome ME. (2000). Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*; 1(4): 139-151. doi:10.1053/jpmn.2000.19344

Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Real MT, Llobera J, Fernandez C.(2004). Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. *Spine*. ;29:206–10.

Kristjansdottir G, Rhee H. (2002). Risk factors of back pain frequency in schoolchildren: A search for explanations to a public health problem. *Acta Paediatrica* 91 (7) : 849-854.

Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, Tu W.(2009). Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. ;301(20):2099-110. doi: 10.1001/jama.2009.723.

- Kuyken W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Quality of Life in Social Science and Medicine*. 41(10):1403-1409
- Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*; 9(1): 15-24. doi:10.1016/j.ejpain.2004.02.006
- Lebe M, Hasenbring MI, Schmieder K, Jetschke K, Harders A, Epplen JT, Hoffjan S, Kötting J. (2013). Association of serotonin-1A and -2A receptor promoter polymorphisms with depressive symptoms, functional recovery, and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery. *Pain* ;154(3):377-84. doi: 10.1016/j.pain.2012.11.017.
- Loaser J, Arendt-Nielsen L, Baron R., Babaum A, et al. (2011). Pain Terms; A Current List with Definitions and Notes of Usage. IASP Taxonomy Working Group, USA. Διαθέσιμο στο http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf#page=3&zoom=auto,-20,338 , προσπέλαση 1/12/16.
- Lombardo ER, Tan G, Jensen MP, Anderson KO. (2005) Anger management style and associations with self-efficacy and pain in male veterans. *J.Pain* ;6(11):765-70.
- Lopez R.A. (2008). *Progress in Sustainable Development Research*. New York: Nova Science Publishers.
- Maniadakis N, Gray A.(2000) The economic burden of back pain in the UK. *Pain* ; 84(1):95-103.
- Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D. (2000) Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: A controlled study. *J.Psychosom.Res.*; 49(1):69-75.
- McCaffery M, Passero C. (1999). *Pain, clinical manual* (second ed.). St. Louis: Mosby.
- McCracken LM, Dhingra L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res.Manag.*; 7(1):45-50.

- Melzack R, Torgerso Ws. (1971) Language of Pain. *Anesthesiology* ; 34(1): 50-59.
- Merskey H, Bogduk N. (1994). *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press
- Meyer T, Cooper J, Raspe H. (2007). Disabling low back pain and depressive symptoms in the community-dwelling elderly: A prospective study. *Spine*; 32(21):2380-6.
- Milette K, Hudson M, Baron M, Thombs B.(2010). Comparison of the PHQ-9 and CES-D depression scales in systemic sclerosis: internal consistency reliability, convergent validity and clinical correlates. *Rheumatology (Oxford)* ;49(4):789-96. doi: 10.1093/rheumatology/kep443.
- Mira J. J, Guilabert M, Perez-Jover V, Lorenzo S. (2012). Barriers for an effective communication around clinical decision making: An analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. *Health Expect* 17(6):826-39. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00809.x.
- Moore RJ. (2009). *Biobehavioral Approaches to Pain*. USA: Springer.
- Morrow G, Chiarello R, Derogatis L. (1978). A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. *Psychol Med*:605-606
- Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. (2002). Chronic pain in Canada – prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* ;7:179–84.
- Mullady DK, Yadav D, Amann ST, O'Connell MR, Barmada MM, Elta GH, et al. (2011). Type of pain, pain-associated complications, quality of life, disability and resource utilisation in chronic pancreatitis: A prospective cohort study. *Gut*; 60(1): 77-84. doi:10.1136/gut.2010.213835
- Mystakidou K, Mendoza T, Tsilika E, Befon S, Parpa E, Bellos G, Vlahos L, Cleeland C. (2001). Greek brief pain inventory: validation and utility in cancer pain. *Oncology* ;60(1):35-42.

- Naess H, Lunde L, Brogger J .(2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen Stroke Study Vasc Health Risk Manag ;8:407-13.
- National Center for Health Statistics. Health, United States with special feature on pain. (2006). <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06.pdf>
- Ndao-Brumblay S. K, Green C. R. (2010). Predictors of complementary and alternative medicine use in chronic pain patients. Pain Medicine (Malden, Mass.), 11(1), 16-24. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00767.x; 10.1111/j.1526-4637.2009.00767.x
- Niv D, Kreitler S. (2001). Pain and quality of life. Pain Pract ;1(2):150-61.
- Nordlund A, Ekberg K, Kristenson M. (2005). EQ-5D in a general population survey--a description of the most commonly reported EQ-5D health states using the SF-36. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation 14(4): 1099-1109.
- Orenius T, Koskela T, Koho P, Pohjolainen T, Kautiainen H, Haanpää M, Hurri H.(2013). Anxiety and depression are independent predictors of quality of life of patients with chronic musculoskeletal pain. J Health Psychol ; 18(2):167-175
- Peolsson M, Borsbo B, Gerdle B. (2007). Generalized pain is associated with more negative consequences than local or regional pain: A study of chronic whiplash-associated disorders. Journal of Rehabilitation Medicine : Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine; 39(3): 260-268. doi:10.2340/16501977-0052
- Péus D, Newcomb N, Hofer S. (2013). Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. BMC Medical Informatics and Decision Making; 13: 72. <http://doi.org/10.1186/1472-6947-13-72>
- Ramirez-Maestre C, Lopez Martinez AE, Zarazaga RE. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. J.Behav.Med.; 27(2):147-65.

- Richardson C, Adams N, Poole H. (2006). Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: Part 2. *Journal of Clinical Nursing*; 15(9):1196-1202. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01456.x
- Richardson J. C, Ong B. N, Sim J. (2008). Experiencing and controlling time in everyday life with chronic widespread pain: A qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*; 9 (3). doi:10.1186/1471-2474-9-3
- Riggins MS, Kankipati P, Oyster ML, Cooper RA, Boninger ML. (2011). The relationship between quality of life and change in mobility 1 year post injury in individuals with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* ;92(7):1027-33. doi: 10.1016/j.apmr.2011.02.010.
- Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. (2005). Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* ; 114(3):364-71.
- Salaffi F, De Angelis R, Stancati A, Grassi W; MArche Pain; Prevalence Investigation Group (MAPPING) study. (2005). Health-related quality of life in multiple musculoskeletal conditions: a cross-sectional population based epidemiological study. II. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol* ;23(6):829-39.
- Santos G V, Vieira, A S M, Goes B T, M R, Baptista A F, Sá, KN. (2015). Pain assessment through the brief pain inventory in a low socioeconomic level population. *Revista Dor*; 16(3), 190-194. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150038>.
- Sayar K, Gulec H, Topbas M. (2004) Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin.Rheumatol.*; 23(5):441-8.
- Sihvo S, Hämäläinen J, Kiviruusu O, Pirkola S, Isometsä E. (2006). Treatment of anxiety disorders in the Finnish general population. *J.Affect.Disord* ;11 96(1–2):31-8.
- Sjogren P, Christrup L.L, Peterson M, Hojsted J. (2005). Neuropsychological assessment of chronic non-malignant pain patients treated in a multidisciplinary pain centre. *European Journal of Pain*; 9: 453-462.

- Skovlurd E, Bretthauer M, Grotmol T, Larsen IK, Hoff G. (2005). Sensitivity of pain rating scales in an endoscopy trial. *Clin. J Pain* ;21(4):292-296.
- Smith MT, Perlis ML, Smith MS, Giles DE, Carmody TP. (2000) . Sleep quality and presleep arousal in chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*; 23: 1-13.
- Smith T. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In: Siegman A, Smith T, editors. *Anger, hostility, and the heart*. Hillsdale, NJ Lawrence Earlbaum Associates.
- Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *J Chronic Dis*; 34(12): p. 585-97
- Stubbs D, Krebs E, Bair M, Damush T, Wu J, Sutherland J, Kroenke K.(2010). Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Medicine*;11(2):232–239
<https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00760.x>
- Sullivan MD. (2001) Finding Pain between Minds and Bodies. *Clin.J.Pain* ;17(2):146-56.
- Sullivan-Singh SJ, Sawyer K, Ehde DM , Bell KR , Temkin N , Dikmen S , Williams RM Hoffman JM (2014). Comorbidity of Pain and Depression Among Persons With Traumatic Brain Injury *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* ; 95(6): 1100-1105
- Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 11(4), 209-223. doi:10.1016/j.pmn.2010.08.006
- Tengland PA. (2006). The goals of health work: Quality of life, health and welfare. *Medicine, Health Care, and Philosophy* ; 9(2): 155-167. doi:10.1007/s11019-005-5642-5
- Treede RD, Jensen TS, Campbell J.N, Cruccu G, Dostrovsky J.O, Griffin J.W, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. (2008). Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* ;70 (18):1630-5.

- Tripp DA , VanDenKerkhof EG, McAlister M. (2006). Prevalence and determinants of pain and pain-related disability in urban and rural settings in southeastern ontario. Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society;11(4): 225-233.
- Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges GL, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine JP, HAro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Seedat S, Watanabe M. (2008) Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression anxiety disorders. Pain ; 9(10):883-91.
- Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J.(2016). The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. BMC Musculoskelet Disord ;17(1):447.
- Turk DC, Okifuji A. (1999). Assessment of patients' reporting of pain: An integrated perspective. Lancet; 353 (9166): 1784-1788. doi:10.1016/S0140-6736(99)01309-4
- Turk DC, Flor H, Rudy TE. (1987) . Pain and Families. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. Pain; 30:3-27.
- Turk DC, A. (2010). Pain Terms and Taxonomies of Pain. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. In Bonica's Management of Pain 4thed.Philadelphia, USA: Lippincott, Williams and Wilkins: 14-23.
- Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. (2016). Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain The Journal of Pain; 17 (9) (Suppl. 2) : T21-T49. Διαθέσιμο στο www.jpain.org , προσπέλαση 10/2/17 .
- Turk DC, Okifuji A. (2002).Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. J.Consult.Clin.Psychol.; 70(3):678-90.
- Urch CE, Suzuki R. (2008). Pathophysiology of somatic, visceral, and neuropathetic cancer pain. Στο Sykes N. , Bennett M.I., Yuan C.S. Clinical Pain Management: Cancer Pain. 2nd ed .London: Hodder Arnold :3-12

- Vetter TR. (2007). A primer on health-related quality of life in chronic pain medicine. *Anesthesia and Analgesia*; 104(3): 703-718. doi:10.1213/01.ane.0000255290.64837.61
- Vietri J, Otsubo T, Montgomery W, Tsuji T, Harada E .(2015). The incremental burden of pain in patients with depression: results of a Japanese survey *BMC Psychiatry* ; 15:104 DOI 10.1186/s12888-015-0488-8
- Vilhjalmsson R. (2005). Failure to seek needed medical care: Results from a national health survey of icelanders. *Social Science & Medicine*; 61(6): 1320-1330. doi:10.1016/j.socscimed.2005.01.024
- Villani J, Mortensen K. (2012). Decomposing the gap in satisfaction with provider communication between english- and spanish-speaking hispanic patients. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health . Journal of Immigrant and Minority Health* ; 16, (2) :195–203. doi:10.1007/s10903-012-9733-0
- Voepel-Lewis T, Zanoliti J, Dammeyer JA, Merkel S (2010). Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *Am. J. Crit. Care*. 19; (1): 55–61.
- Von Korff BM, Ormel BJ, Keefe B FJ, Dworkin B. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*.;50:133-149
- Voulgari P, Tsifetaki N, Machado M, Carvalho A, Creed F, Drosos A, Hyphantis T. Kotsis K. (2012). Anxiety and Depressive Symptoms and Illness Perceptions in Psoriatic Arthritis and Associations With Physical Health-Related Quality of Life. *Arthritis Care & Research* ; 64 (10): 1593–1601 DOI 10.1002/acr.21725
- Watkins E , Wollan, P C, Melton L J, Yawn BP. (2006). Silent pain sufferers. *Mayo Clinic Proceedings*. Mayo Clinic; 81(2): 167-171.
- WHO .(1946). International Health Conference, New York
- Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HS. (2006). Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *Clin.J.Pain* ; 22(8):717-24.

- Williams LS, Jones WJ, Shen J, Robinson RL, Weinberger M, Kroenke K.(2003).
Prevalence and impact of depression and pain in neurology outpatients. J Neurol
Neurosurg Psychiatry ;74(11):1587-9.
- Williamson A, Hoggart B.(2005). Pain: a review or 3 commonly used pain rate scales. J
Clin. Nurs ;14(7):798-804.
- World Health Organization .(1979). Handbook for reporting results of cancer treatment.
Geneva: WHO offset Publication:48
- Yamada K, Matsudaira K, Imano H, Kitamura A, Iso H. (2016). Influence of work-related
psychosocial factors on the prevalence of chronic pain and quality of life in
patients with chronic pain. MJ Open ; 6(4):e010356. doi: 10.1136/bmjopen-2015-
010356.
- Yfantopoulos J. (2001). Η ελληνική απόδοση του Euro Qol 5D. Αρχεία ελληνικής
ιατρικής; 18(2):180-19).
- Zamora J, Kovacs F, Abaira V, Fernández C, Lázaro P; Spanish Back Pain Research
Network. (2007). The social tariff of EQ-5D is not adequate to assess quality of
life in patients with low back pain. Qual Life Res ;16(3):523-31.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βλάχος Α, Βλάχος Σ. (2007). Ησιόδου Θεογονία. Αθήνα, εκδ. Παπαδήμα.
- Γουλές Δ. (2002). Εννοιολογία του πόνου. Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά, στο
Γουλές Δ: Οσφυαλγία- Δισκοπάθεια, Μηχανική και Μοριακή Βάση. Αθήνα: Εκδ.
Καυκάς
- Δημητρόπουλος Χ, Ντάγανου Μ, Αλεξιάς Γ. (2008). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα
Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. Info Respiratory; (49) :33-44
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας, 2011.

- Θωμόπουλος Κ. (2006). Διπλωματική Εργασία: Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Ελλήνων Καρδιοπαθών με το Ερωτηματολόγιο Minnesota Living with Heart Failure. Πάτρα.ΕΑΠ : 6-8
- Ιατρού Χ. (2003). Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής; 1: 48-57
- Καυκιά Θ, Κουράκος Μ, Μηνασίδου Ε. (2015). Διαχείριση Πόνου. Στο Κωνσταντινίδης Θ. και Σαράφης Π. «Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας». Αθήνα: εκδ. Πασχαλίδης: 666-669
- Κόλλια Κ, Δαμίγος Δ, Μαυρέας Β, Γκούβα Μ. (2011). Συγκριτική μελέτη ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και φύλου σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Interscientific Health Care, 3(1): 30-37.
- Μανδηλαράς Β. (1992). Μετάφραση «Ιπποκράτης. Άπαντα: Προληπτική Ιατρική» , τόμος Β΄., Αθήνα, εκδ. Κάκτος
- Μπαμπινιώτης Γ. (2008). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Γ΄ Έκδοση.
- Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. (2008). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. (13η έκδ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σαράφης Π, Αρβανίτη Μ, Ξένου Ε, Μήτσιου Κ, Ρόκα Β, Γαϊτάνου Κ, Δάλλας Δ, Μαλλιάρου Μ. (2008). Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα για το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία”, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης – ΗJNS, 1:23-32
- Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα Ζωής. Αθήνα: εκδ. Παπαζήσης
- Σταματάκος Ι. (1949) Λεξικό Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήναι, εκδ. Δημητράκου
- Υφαντόπουλος Γ.Ν.(2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής; 24 (Συμπλ.1): 6-18
- Υφαντόπουλος Γ. (2005). Τα οικονομικά της Υγείας.: Αθήνα: εκδ Τυπωθήτω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΈΝΤΥΠΑ ΠΟΥ ΔΙΑΝΕΜΗΘΗΚΑΝ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ- ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί διανέμεται στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας με τίτλο: «ο χρόνιος πόνος σε ιατρείο της ΠΦΥ». Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση χρόνιου πόνου (πόνος > από 3 μήνες). Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε άτομα που επισκέπτονται το Π.Π.Ι.Αγ. Θεοδώρων. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικό σκοπό.

1. Ηλικία

2. Φύλο Άνδρας Γυναίκα
☐ ☐

3. Έγγαμος Άγαμος Χωρισμένος/η Χήρος/α Συζώ
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Αριθμός παιδιών 0 1 2 3 >3

5. Εθνικότητα Ελληνική ☐ Άλλη ☐ (ποια).....

6. Εργάζεστε? Ναι Όχι.....

- | | |
|--|---|
| ☐ Με πλήρη απασχόληση | ☐ Οικιακά |
| ☐ Με μερική απασχόληση | ☐ Συνταξιούχος |
| ☐ Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | ☐ Εκτός εργασίας |
| ☐ Εργάτης/-τρια | ☐ Αγρότης/-τισσα |
| ☐ Ιδιωτικός υπάλληλος | ☐ Δημόσιος υπάλληλος |

7. Εκπαίδευση :Αναλφάβητος ☐

Δεν τέλειωσα το δημοτικό ☐ Απόφοιτος/ η δημοτικού ☐

Απόφοιτος/η γυμνασίου ☐ Απόφοιτος/η λυκείου ☐

Φοιτητής/-τρια ☐ Απόφοιτος TEI ☐

Απόφοιτος AEI ☐

8α. Καπνίζετε? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8β. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;.....

9α. Πίνετε αλκοόλ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

9β. Εάν **ναι**, Πόσα ποτήρια τη βδομάδα;

10. Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα **σωματικής υγείας** ;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

11. Εάν **ναι**, ποιο είναι αυτό το πρόβλημα?

12. Εάν **ναι**, παίρνετε φάρμακα? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

13. Έχετε κάποιο διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα **ψυχικής υγείας**?

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

14. Εάν **ναι**, ποιο είναι αυτό το πρόβλημα?

15. Εάν **ναι**, παίρνετε φάρμακα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

16. Έχετε κάποιο χρόνιο πόνο? (πόνος που επιμένει πάνω από 3 μήνες)

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

17. Που εντοπίζεται ο πόνος ?

18. Πόσο καιρό τον έχετε ?

19. Τι τον ανακουφίζει ? (ζέστη, μασάζ, φάρμακα ?) Προσδιορίστε.....

20. Τι τον επιδεινώνει? (άσκηση, περπάτημα, ανέβασμα σκάλας?)..Προσδιορίστε

21. Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον για την ανακούφιση από τον πόνο?

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

22. Εάν **ναι**, σε ποιον?..

Ιατρό ☐

Ρέικι ☐

Φυσιοθεραπευτή ☐

Γιόγκα – Πιλάτες ☐

Βελονιστή ☐

Άλλο ☐

Χειροπράκτη ☐

Ομοιοπαθητικό ☐

23. Ο πόνος επηρεάζεται από τις κλιματικές αλλαγές ?

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ P. _____

ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ ΠΑΝΤΕ ΑΠΟ
ΔΥΤΗΡΗ ΤΗΤ ΠΑΡΑΤΗ

ΜΕΡΟΣ P. _____

Ημερομηνία: _____ Έτος: _____
Ονοματεπώνυμο: _____
Επώνυμο Ονόματε Μπαπτιό

7. Στις αγωγές υποβάλλετε (τιφάρμακα παίρνετε για τον πόνο σας;

8. Τη τελευταία 24 ώρες, πόση ανακούφιση σας προσέφερε η αγωγή (τα φάρμακα);
Παρακάτω βάλτε σε κλίμα το ποσοστό που αντιπροσωπεύει καλή ή τμήμα αποκούφιση
που είχατε.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Καμία Πλήρης
αποκούφιση αποκούφιση

9. Βάλτε σε κλίμα του αριθμού που προσδοάει πώς ο πόνος παρεμβάλει, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 24 ωρών:

A. Στη γενική σας όρεση/ρόσητο

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

B. Στη διάθεση σας

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

C. Στη ικανότητα για δραστηριότητα

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

D. Στη συνολική εργασία (εργασία βέλους και τημ εργασία έξω από το σπίτι και οικιακή)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

E. Στις σχέσεις με άλλους ανθρώπους

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

F. Σου ύπνο

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

G. Στη απόλαυση της ζωής

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Δεν Πανεβόμια
παρεβόμια πλήρως

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
For Research Group
All rights reserved

Σελίδα 2 από 2

Αντικείμενο του Επιστήσιου Υγείας			
Πο να από τις παρακάτω προτάσεις στις να πη γράψτε καλώς/κατα την κατεύθυνση της ταχύτητας της επίθεσης			
ΔΙΑΒΑΣΕ - ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΤΟΜΕΑ			
1	Κινητικό τμήμα 1. Δυνατότητα να διακρίνει βήματα στο περπάτημα 2. Έχει νόημα να περ βήματα στο περπάτημα 3. Εμφανισμός ποδός στο κρεβάτι	7	ΔΙΑΒΑΣΕ ΕΚ ΦΩΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΨΕ ΕΤΟΙΜ/ΕΤΗΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟ/Η ΤΗΝ ΑΝΤΙΕΤΟΙΧΗ ΚΑΡΤΑ ΝΑ ΔΕΙΞΕΙ Ο/Η ΙΔΙΟΣ/ΑΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ (ΔΕΙΞΕ ΚΑΡΤΑ ΜΕ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ) Για να σας βοηθήσουμε να συγκρίνετε πόσο καλή ή άσχημη είναι η κατάσταση της υγείας σας, νοποδοτήσαμε μία κλίμακα (που μοιάζει με θερμόμετρο) στην οποία η καλύτερη κατάσταση που ο μωρ σας να φανταστείτε βρίσκεται στο 100 και η χειρότερη που ο μωρ σας να φανταστείτε βρίσκεται στο 0. Όλα θέλουμε από σας να σημειώσετε στην κλίμακα πόσο καλή ή άσχημη είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σύμφωνα με την δική σας εκτίμηση, με μια γραμμή προς εκείνο το σημείο της κλίμακας που περισσότερο ρίχνει πόσο καλή ή άσχημη είναι η τωρινή κατάσταση της υγείας σας. ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΝΟΥΜΕΡΟ ΠΟΥ ΔΕΙΞΕ
2	Αυτοξυγόνωση 1. Δυνατότητα να διακρίνει βήματα στην αυτοξυγόνωση 2. Έχει νόημα να περ βήματα στο να πιάσει μωρ να πιάσει μωρ 3. Εμφανισμός ποδός να πιάσει μωρ να πιάσει μωρ		
3	Καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, ασκήσεις, παιχνίδια, κ.λπ.) 1. Δυνατότητα να διακρίνει βήματα στο να πιάσει τις ενοφές δραστηριότητες 2. Έχει νόημα να περ βήματα στο να πιάσει τις ενοφές δραστηριότητες 3. Εμφανισμός ποδός στο να πιάσει τις ενοφές δραστηριότητες		
4	Πόνος / Δυσφορία 1. Δυνατότητα να διακρίνει πόνο τη δυσφορία 2. Απώθηση μωρ με πόνο τη δυσφορία 3. Απώθηση μωρ με πόνο τη δυσφορία		
5	Αγχος / Κατάθλιψη 1. Δυνατότητα να διακρίνει την κατάθλιψη 2. Απώθηση μωρ με πόνο ανγχος ή κατάθλιψη 3. Απώθηση μωρ με πόνο ανγχος ή κατάθλιψη		
6	Συγκριτικό με την κατάσταση της υγείας του το να πιάσει 12 μήνες, τη σημερινή κατάσταση της υγείας του (ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΙΕΜΕΝΩΤΕ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΚΟΥΤΑΚΙ)	1. Καλώς 2. Παρεμφανώς 3. Χειρότερα	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ

07/03/2016

Δ. Υ. Π. Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
Αριθμ. Πρωτ. 9195
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Κ. Υ. ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. 86
7/3/2016
ΗΜ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

ΠΡΟΣ
ΠΕΔΥ – Κ.Υ. ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ
(με την παράκληση ενημέρωσης της κ.
Ράπη Αικατερίνης)

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

- Σχετ:**
1. Το από 26/02/2016 αίτημα της Επιμ. Α' ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής του Π.Ι. Αγίων Θεοδώρων και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κας Ράπη Αικατερίνης
 2. Η υπ' αριθμ. Α3(Υ)/οικ.44028/11.06.2015 (ΦΕΚ 1360/03.07.2015 τ.Β') Υπουργική Απόφαση περί αρμοδιοτήτων υποδιοικήτων της 6ης ΥΠΕ

Σε απάντηση του παραπάνω (1) σχετικού αιτήματος εγκρίνεται η συλλογή των απαιτούμενων ερευνητικών δεδομένων για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας της Επιμ. Α' ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής του Π.Ι. Αγίων Θεοδώρων και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κας *Ράπη Αικατερίνης* με θέμα: «Ο χρόνιος πόνος και η συσχέτισή του με την κατάθλιψη», στο Π.Ι. Αγίων Θεοδώρων Κορινθίας, με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
Α/Α Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Γ. ΖΑΜΠΑΡΑΣ

