

Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής Ασθενών με Οσφυαλγία που Υποβλήθηκαν σε Συντηρητική Θεραπεία

Μιχάλης Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης,¹ Μηνάς Σουσαμλής,²
Ελένη Κουναλάκη,³ Καλλιόπη Σκουληκάρη,³
Αναστασία Ηλιάκη,⁴ Ελισάβετ Φραγκιαδάκη⁵

Health Related Quality of Life of Patients with Low Back Pain

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτης ΠΕ, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

²Μηχανικός ΠΕ, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αιγαίου,

³Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΓΝ Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος,

⁴Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο», Ηράκλειο

⁵Γενική Χειρουργός, ΓΝ Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος

Υποβλήθηκε: 20.11.2009

Επανυποβλήθηκε: 26.3.2010

Εγκρίθηκε: 4.5.2010

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Μιχάλη Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης
Σμπώκου 78

713 05 Ηράκλειο Κρήτης

Τηλ.: 2810 360 693

e-mail: mzografakis@staff.teicrete.gr

Εισαγωγή: Καθώς η νόσος επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής, τις φυσικές λειτουργίες, τη συναισθηματική ισορροπία, την κοινωνική ανάπτυξη και τη γενικότερη ευημερία του ανθρώπου, η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής αναδεικνύεται σε σημαντικό παράγοντα αποτύπωσης της αντικειμενικής και της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας του ανθρώπου. **Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με οσφυαλγία πριν και μετά από την εφαρμογή συντηρητικής θεραπευτικής αγωγής. **Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 80 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν για οσφυαλγία στην Ορθοπαιδική Κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2008. Ως εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής –σωματικής, πνευματικής, κοινωνικής και γενικής κατάστασης της υγείας των ασθενών– χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36». Η αξιολόγηση των ασθενών έγινε σε τρεις φάσεις: Την ημέρα εισαγωγής στο νοσοκομείο και πριν από την εφαρμογή συντηρητικής θεραπείας, την ημέρα εξόδου από το νοσοκομείο και ένα μήνα αργότερα. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με οσφυαλγία, οι οποίοι έλαβαν συντηρητική θεραπεία δήλωσαν επίπεδο σχετιζόμενο με την υγεία ποιότητας ζωής, μετά από τη νοσηλεία τους αλλά και ένα μήνα αργότερα, καλύτερο από αυτό κατά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο. Και για τις οκτώ επιμέρους κλίμακες του SF-36, οι μέσες τιμές κυμάνθηκαν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα μετά από τη θεραπεία συγκριτικά με την ημέρα εισαγωγής και πριν από τη θεραπεία. Στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, η βελτίωση μέσα σε μία εβδομάδα ήταν θεαματική (με μέση τιμή από 29,77 σε 41,05), ενώ ένα μήνα αργότερα η μέση τιμή διαμορφώθηκε σε ακόμη υψηλότερα επίπεδα (από 29,77 σε 44,29). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. **Συμπεράσματα:** Η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της οσφυαλγίας φαίνεται ότι βελτιώνει πολύ την ποιότητα ζωής

των ασθενών και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη πριν τεθεί το δίλημμα για περαιτέρω επεμβατικές θεραπείες. Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με οσφυαλγία με τη χρήση του ερωτηματολογίου –επισκόπηση υγείας SF-36– μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης ελέγχου της αποτελεσματικότητας της συντηρητικής θεραπείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Οσφυαλγία, ποιότητα ζωής, συντηρητική αγωγή

Εισαγωγή

Οσφυαλγία

Ως οσφυαλγία ορίζεται η αιφνίδια εγκατάσταση του άλγους στην περιοχή της οσφύος, ανεξάρτητα από την υποκείμενη νόσο που την προκαλεί. Χαρακτηρίζεται ως οξεία αν παραμένει έως 12 εβδομάδες, ενώ αν επιμένει πέραν αυτού του χρονικού διαστήματος, ή επαναλαμβάνεται, χαρακτηρίζεται ως χρόνια.¹

Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ συχνό και με αυξημένο κόστος πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες.² Υπολογίζεται ότι θα επηρεάσει περίπου το 70% των ενηλίκων, κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους.³ Σε μια μελέτη επιπολασμού της οσφυαλγίας στον ελληνικό πληθυσμό, βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 31,7% (635 ασθενείς σε δείγμα 2.000 ατόμων) έπασχε μόνο τον τελευταίο μήνα. Από αυτούς, ένα ποσοστό 19,9% παρέμειναν κλινίηρες κατά μέσον όρο 5,5 ημέρες.⁴ Η οσφυαλγία είναι η συχνότερη αιτία περιορισμού των δραστηριοτήτων μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας < 45 ετών και η δεύτερη πιο συχνή αιτία απουσίας από την εργασία, μετά από το κοινό κρυολόγημα.⁵ Είναι το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα, μετά τα ενοχλήματα από λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, που αναγκάζει κάποιον να αναζητήσει φροντίδα υγείας.^{6,7} Φαίνεται να επηρεάζει το ίδιο άνδρες και γυναίκες, με την έναρξη των ενοχλημάτων να εντοπίζεται συνήθως στην ηλικία μεταξύ 30–50 ετών.⁸ Εκτός από ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας, η οσφυαλγία έχει μεγάλες οικονομικές επιπτώσεις σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες του σύγχρονου κόσμου, κυρίως μέσω των απολεσθέντων εργατωρών αλλά και της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας φαρμάκων. Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται σε φαρμακευτική αγωγή, επισκληρίδια έγχυση φαρμάκων, φυσικοθεραπεία, ειδικές ασκήσεις, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων κ.ά. Είναι άξια προσοχής η μεγάλη ποικιλία των φαρμακευτικών προϊόντων και των ορθοπαιδικών μέσων που υπάρχουν στο εμπόριο, για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, καθώς και ο έντονος ανταγωνισμός των εταιριών για την κατάκτηση του μεγαλύτερου μεριδίου της. Στις ΗΠΑ, οι εκτιμήσεις για το κόστος –άμεσο και

έμμεσο– που σχετίζεται με την οσφυαλγία ποικίλλουν από 20 δισεκατομμύρια δολάρια έως > 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετήσια,^{9,10} με τη χρόνια οσφυαλγία να έχει τη μεγάλη αναλογία του κόστους αυτού για την κοινωνία.^{3,11} Οι περισσότερες περιπτώσεις οσφυαλγίας, περιλαμβανομένων και εκείνων χωρίς εμφανές παθολογικό αίτιο, είναι γενικά αυτοπεριοριζόμενες.⁴ Μόνο το 1% των ασθενών απαιτεί επείγουσα ιατρική παρέμβαση για θεραπεία,¹² ενώ η πλειοψηφία των πασχόντων εμφανίζει βελτίωση σε 4 εβδομάδες, ανεξάρτητα από τη φαρμακευτική αγωγή ή οποιαδήποτε άλλη θεραπεία.^{13,14} Ωστόσο, το ποσοστό υποτροπής είναι ιδιαίτερα υψηλό καθώς το πρώτο επεισόδιο, τις περισσότερες φορές, δεν είναι και το τελευταίο.

Οσφυαλγία και ποιότητα ζωής

Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (health related quality of life) βρίσκεται στο επίκεντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών και συνδέεται άρρηκτα με το άλγος. Εξ ορισμού, το άλγος είναι το πρωταρχικό πρόβλημα σε ασθενείς με οσφυαλγία.¹⁵ Το άλγος είναι μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία, η οποία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, περιλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί στον καθημερινό κοινωνικό του ρόλο. Έρευνα έχει δείξει ότι άνθρωποι που ζουν με μόνιμο άλγος, έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος και περισσότερο από διπλάσιες στο να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στην εργασία τους, σε σχέση με αυτούς που δε βιώνουν άλγος.¹⁶

Αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει επίσης ότι το άλγος επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, περιλαμβανομένης της φυσικής λειτουργίας, του κοινωνικού ρόλου, των καθημερινών δραστηριοτήτων, της ενέργειας και της κόπωσης, καθώς και των συναισθηματικών λειτουργιών.^{17–20}

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμο-

λογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης και ικανοποίησης του ασθενούς από την έκβαση της θεραπείας. Ορισμένα στοχεύουν στην εκτίμηση μίας μόνο δραστηριότητας, ενώ άλλα στην έκβαση ενός συγκεκριμένου νοσήματος ή μιας παρέμβασης. Άλλα είναι πολυδιάστατα, αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Καθένα έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς. Τα όργανα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους νοσημάτων, ανικανότητων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών. Τα όργανα, τα οποία χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά για το σκοπό αυτό είναι η επισκόπηση υγείας SF-36, η επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol), η επισκόπηση υγείας EQ-15D, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας κ.ά.²¹

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβλήθηκαν σε συντηρητική θεραπεία για αποκατάσταση οσφυαλγίας, πριν από τη θεραπεία, κατά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο και ένα μήνα μετά.

Υλικό—Μέθοδος

Η μελέτη διεξήχθη στην Ορθοπαιδική Κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης σε δείγμα 80 νοσηλευόμενων για οσφυαλγία ασθενών, το β' εξάμηνο του 2008. Πρόκειται για προοπτική μελέτη, με παρακολούθηση των ασθενών από την ημέρα της εισαγωγής τους έως και 1 μήνα μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36».

Η επιλογή του δείγματος της μελέτης έγινε με σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling),²² αφού το αποτέλεσαν οι ασθενείς με οσφυαλγία που υποβλήθηκαν σε συντηρητική θεραπεία και νοσηλεύτηκαν στην εν λόγω κλινική στη διάρκεια 6 μηνών. Βασικό κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη ήταν η απουσία εξελισσόμενης νευρολογικής διαταραχής των κάτω άκρων.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε σε τρία στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, πραγματοποιήθηκε η πρώτη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μέσω συνέντευξης

από τους νοσηλευτές την ημέρα της εισαγωγής των ασθενών στην Ορθοπαιδική Κλινική και πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 15 min. Το δεύτερο στάδιο της μελέτης πραγματοποιήθηκε κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, εφαρμόστηκε ακριβώς η ίδια διαδικασία, με τη διαφορά ότι οι ασθενείς είχαν λάβει συντηρητική θεραπεία. Κατά το τρίτο στάδιο, 4 εβδομάδες μετά από την έξοδό τους από το νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ανταποκρίθηκαν όλοι οι ασθενείς.

Εργαλείο μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware και αποτελεί ένα μέτρο θέσης υγείας, το οποίο κατασκευάστηκε προκειμένου να εκφράσει στην κλινική πρακτική την άποψη των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την έκβαση της υγείας τους, σε δύο τουλάχιστον ή περισσότερα χρονικά στάδια. Συνήθως, εκφράζει την άποψη σε τρία στάδια: Πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία. Η επισκόπηση υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης είτε πρόσωπο με πρόσωπο, είτε τηλεφωνικά, για άτομα, ηλικίας > 14 ετών.²³

Στην Ελλάδα διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα με το συντελεστή Cronbach's alpha να υπερβαίνει το 0,70.²⁴

Ενδεικτικά, ο ελληνικός μέσος όρος βαθμολογίας στις οκτώ κλίμακες για υγιείς, ηλικίας 55–65 ετών, αστικής προέλευσης είναι στη Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ): 74,82, στο Σωματικό Ρόλο (ΣΡ): 76,04, στο Σωματικό Πόνο (ΣΠ): 71,17, στη Γενική Υγεία (ΓΥ): 60,85, στη Ζωτικότητα (Ζ): 62,93, στην Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ): 80,52, στο Συναισθηματικό Ρόλο (ΣΡ): 78,19 και στη Διανοητική Υγεία (ΔΥ): 66,93.²⁴

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν οκτώ επιμέρους κλίμακες, από 2–10 ερωτήσεις η καθεμία κλίμακα και όλες αξιολογούνται με βαθμολογία από 0–100.

Οι οκτώ κλίμακες υγείας είναι η Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ) (physical functioning, PF), ο Σωματικός Πόνος (ΣΠ) (bodily pain, BP), ο Σωματικός Ρόλος (ΣΡ) (role physical, RF), η Γενική Υγεία (ΓΥ) (general health, GH), η Ζωτικότητα (Ζ) (vitality, VT), η Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ) (social functioning, SF), ο Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ) (role emotional, RE) και η Διανοητική Υγεία (ΔΥ) (mental health, MH).²⁵

Σε καθεμιά από τις οκτώ κλίμακες αξιολόγησης αντι-

Πίνακας 1. Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, συσχετίσεις ερωτήσεων με κλίμακα Pearson.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF	75,000	30,105								
sf3α	2,213	0,724	0,839							
sf3β	2,625	0,663	0,913							
sf3γ	2,450	0,710	0,897							
sf3δ	2,300	0,753	0,902							
sf3ε	2,650	0,638	0,922							
sf3στ	2,300	0,736	0,877							
sf3ζ	2,475	0,779	0,934							
sf3η	2,538	0,745	0,931							
sf3θ	2,788	0,469	0,874							
sf3ι	2,663	0,526	0,811							
RP	68,125	40,561								
sf4α	1,688	0,466		0,822						
sf4β	1,675	0,471		0,891						
sf4γ	1,688	0,466		0,872						
sf4δ	1,675	0,471		0,875						
BP	62,063	22,938								
sf7	2,813	1,213			-0,970					
sf8	2,300	0,986			-0,954					
GH	64,438	22,130								
sf1	2,738	0,838				-0,732				
sf11α	3,713	1,081				0,856				
sf11β	2,475	1,031				-0,778				
sf11γ	3,638	1,128				0,866				
sf11δ	2,550	1,146				-0,912				
VT	66,875	26,665								
sf9α	2,650	1,360					-0,910			
sf9ε	2,850	1,468					-0,957			
sf9ζ	4,538	1,492					0,957			
sf9θ	4,338	1,340					0,942			
SF	70,156	23,990								
sf6	2,225	1,043						-0,949		
sf10	3,838	0,987						0,942		
RE	85,417	33,896								
sf5α	1,850	0,359							0,961	
sf5β	1,850	0,359							0,961	
sf5γ	1,863	0,347							0,941	
MH	72,400	25,542								
sf9β	1,850	0,359								0,929
sf9γ	1,850	0,359								0,953
sf9δ	1,863	0,347								-0,923
sf9στ	1,850	0,359								0,933
sf9η	1,850	0,359								-0,896

PF: Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), RP: Σωματικός Ρόλος (ΣΡ), BP: Σωματικός Πόνος (ΣΠ), GH: Γενική Υγεία (ΓΥ), VT: Ζωτικότητα (Ζ), SF: Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ), RE: Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ), MH: Διανοητική Υγεία (ΔΥ)

Πίνακας 2. Έλεγχος αξιοπιστίας.

Cronbach's alpha	Cronbach's alpha based on standardized items	No of items
0,958	0,967	8

στοιχεί συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων κλειστού τύπου με διατυπωμένες απαντήσεις. Το εύρος των επιλογών στις απαντήσεις κυμαίνεται από 2–5 διαβαθμίσεις (π.χ. υπάρχουν ερωτήσεις όπου η απάντηση είτε έχει δύο επιλογές, «Ναι» ή «Όχι», είτε τρεις επιλογές: (α) «Ναι, με περιορίζει πολύ», (β) «Ναι, με περιορίζει λίγο», (γ) «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου», είτε πέντε επιλογές: (α) «Καθόλου», (β) «Ελάχιστα», (γ) «Μέτρια», (δ) «Αρκετά» και (ε) «Πάρα πολύ».

Το όργανο SF-36 μετράει και δύο συνοπτικές κλίμακες:

- *Τη συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας*, που περιλαμβάνει την ομαδοποίηση των εννοιών της Γενικής Υγείας (ΓΥ), της Ζωτικότητας (Ζ), της Φυσικής Λειτουργίας (ΦΛ), του Σωματικού Πόνου (ΣΠ) και του Φυσικού Ρόλου (ΦΡ).
- *Τη συνοπτική κλίμακα Διανοητικής Υγείας*, που περιλαμβάνει την ομαδοποίηση των εννοιών της Γενικής Υγείας (ΓΥ), της Ζωτικότητας (Ζ), της Κοινωνικής Λειτουργίας (ΚΛ), του Συναισθηματικού Ρόλου (ΣΡ) και της Διανοητικής Υγείας (ΔΥ).²⁶

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία και η απεικόνιση διαγραμμάτων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 14 και του προγράμματος επεξεργασίας φύλλων MS Excel.

Ηθικά θέματα

Για τη διεξαγωγή της μελέτης ελήφθη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Επίσης, κατά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου δόθηκε και μια προσωπική για τον καθένα επιστολή η οποία αναγνώστηκε σε όσους δεν μπορούσαν να αναγνώσουν και η οποία περιελάμβανε το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, τον τρόπο διεξαγωγής και τη χρήση των αποτελεσμάτων. Οι συμμετέχοντες ασθενείς έλαβαν τη διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας τόσο των ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων όσο και των ατομικών τους απαντήσεων στο πλαίσιο της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Οι ερωτώμενοι διατήρησαν το δικαίωμα της απόσυρσης από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής.

Αποτελέσματα

Έλεγχοι εσωτερικής συνέπειας και διακριτής εγκυρότητας

Σχετικά με το ερευνητικό εργαλείο ως τελικό αποτέλεσμα από όλους τους ελέγχους προκύπτει ότι η συγκεκριμένη μελέτη διαθέτει πολύ υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Πολύ υψηλές συσχετίσεις παρατηρούνται (Πίνακας 1) μεταξύ των ερωτήσεων και των κλιμάκων, στις οποίες ανήκουν (έλεγχος εσωτερικής συνέπειας), ικανοποιώντας παράλληλα και το κριτήριο 0,40 αφού όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι υψηλότεροι από

Πίνακας 3. Συντελεστές εσωτερικής συνοχής και συσχέτισης κλιμάκων – Πρώτο στάδιο.

All the correlations are significant at the 0.01 level (2-tailed)	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Σωματική Λειτουργικότητα	0,872							
Σωματικός Ρόλος	0,568	0,862						
Σωματικός Πόνος	0,584	0,659	0,873					
Γενική Υγεία	0,156	0,300	0,277	0,891				
Ζωτικότητα	0,614	0,573	0,569	0,449	0,847			
Κοινωνικός Ρόλος	0,721	0,550	0,683	0,261	0,741	0,860		
Ρόλος Συναισθηματικός	0,257	0,624	0,291	0,300	0,578	0,388	0,894	
Ψυχική Υγεία	0,583	0,515	0,568	0,396	0,911	0,743	0,448	0,855

PF: Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), RP: Σωματικός Ρόλος (ΣΡ), BP: Σωματικός Πόνος (ΣΠ), GH: Γενική Υγεία (ΓΥ), VT: Ζωτικότητα (Ζ), SF: Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ), RE: Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ), MH: Διανοητική Υγεία (ΔΥ)

Πίνακας 4. Συντελεστές εσωτερικής συνοχής και συσχέτισης κλιμάκων – Τρίτο στάδιο.

All the correlations are significant at the 0.01 level (2-tailed)								
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Σωματική Λειτουργικότητα	0,947							
Σωματικός Ρόλος	0,880	0,958						
Σωματικός Πόνος	0,822	0,772	0,952					
Γενική Υγεία	0,824	0,732	0,767	0,955				
Ζωτικότητα	0,896	0,809	0,907	0,821	0,947			
Κοινωνικός Ρόλος	0,803	0,754	0,876	0,736	0,873	0,952		
Ρόλος Συναισθηματικός	0,711	0,663	0,584	0,637	0,712	0,619	0,962	
Ψυχική Υγεία	0,865	0,785	0,886	0,781	0,946	0,874	0,701	0,948

PF: Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), RP: Σωματικός Ρόλος (ΣΡ), BP: Σωματικός Πόνος (ΣΠ), GH: Γενική Υγεία (ΓΥ), VT: Ζωτικότητα (Ζ), SF: Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ), RE: Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ), MH: Διανοητική Υγεία (ΔΥ)

τη συγκεκριμένη τιμή. Όλες οι συσχετίσεις στις κλίμακες ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0,01$). Κατά τον έλεγχο της διακρίνουσας εγκυρότητας –ο συντελεστής συσχέτισης της ερώτησης με την υποτιθέμενη κλίμακά της πρέπει να είναι μεγαλύτερος κατά δύο τυπικά σφάλματα– και εφόσον έχει γίνει διόρθωση για επικάλυψη (correction for overlap) (κατά τη συσχέτιση ερώτησης με την κλίμακά της, η ίδια η ερώτηση έχει αφαιρεθεί), παρατηρείται επιτυχία για όλες τις κλίμακες.

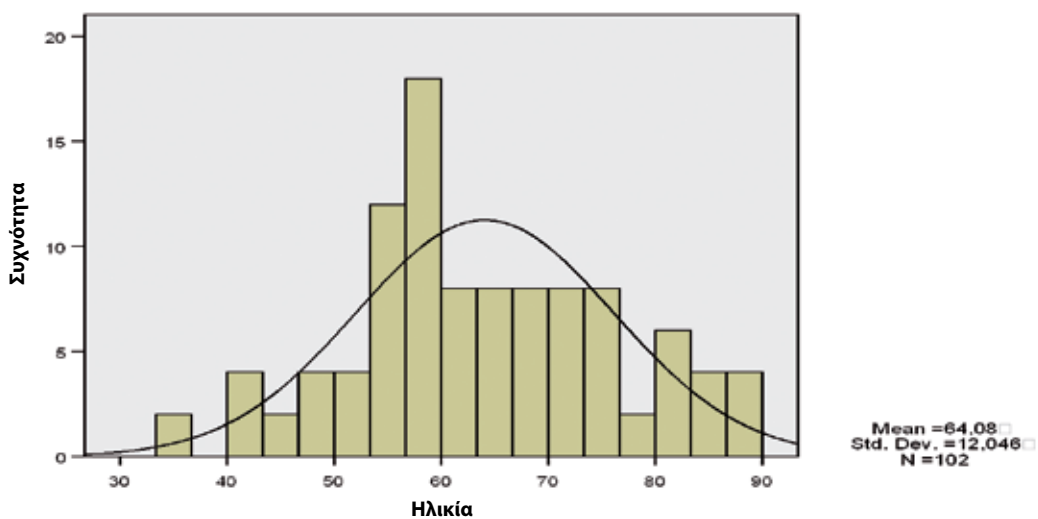
Αναφορικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές μέθοδοι τόσο σε επίπεδο ερώτησης όσο και σε επίπεδο κλίμακας. Οι ερωτήσεις διακρίνονται καλά στις κλίμακες. Ο συντελεστής Cronbach’s alpha υπερβαίνει το 0,70 (Πίνακας 2, Cronbach’s alpha: 0,958) στις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων, αποδεικνύοντας

την ετερογένεια και την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων. Επίσης, οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων (πίνακες 3, 4) ήταν πάντα χαμηλότερες από το συντελεστή αξιοπιστίας, ικανοποιώντας το βασικό κριτήριο.

Στο χρονικό διάστημα της συλλογής δεδομένων συμμετείχαν 80 νοσηλεύόμενοι ασθενείς με οσφυαλγία, ανεξάρτητα από την υποκείμενη πάθηση. Η κατανομή ανά φύλο ήταν 39 άνδρες και 41 γυναίκες. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος με μέση τιμή ίση με 64 έτη φαίνεται στην εικόνα 1.

Συσχετίσεις κλιμάκων SF-36 σε τρία στάδια

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς και στα τρία διαδοχικά στάδια της έρευνας φαίνονται αριθμητικά στον πίνακα 5. Γίνεται αντιληπτό ότι οι ασθενείς που



Εικόνα 1. Ιστογράμμο ηλικίας δείγματος ασθενών.

Πίνακας 5. Μέση τιμή των επιμέρους κλιμάκων υγείας του SF-36 στους ασθενείς στο πρώτο, το δεύτερο και το τρίτο στάδιο (κλίμακα 0–100).

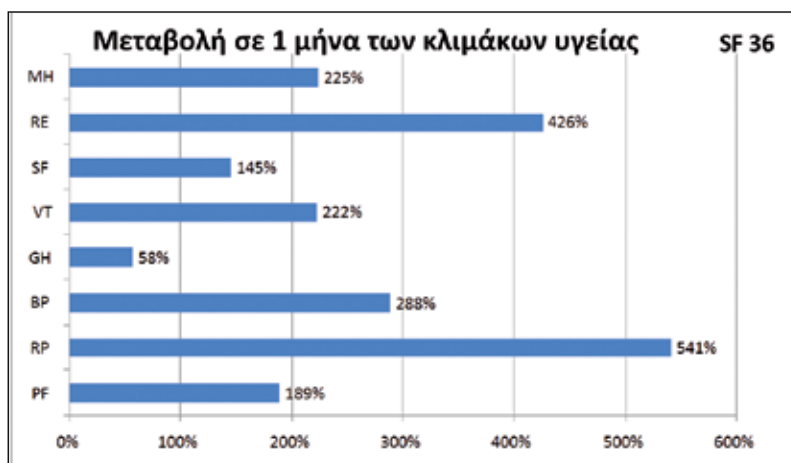
Στάδιο	Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	Σωματικός Ρόλος (RP)	Σωματικός Πόνος (BP)	Γενική Υγεία (GH)
Πρώτο	25,94	10,63	15,98	40,90
Δεύτερο	64,06	57,81	54,14	58,68
Τρίτο	75,00	68,13	62,06	64,44
	Ζωτικότητα (VT)	Κοινωνικός Ρόλος (SF)	Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	Ψυχική Υγεία (MH)
Πρώτο	20,75	28,59	16,25	22,30
Δεύτερο	60,06	64,22	74,17	63,75
Τρίτο	66,88	70,16	85,41	72,40

προσέρχονταν στο νοσοκομείο με οσφυαλγία, βαθμολογούνταν στο πρώτο στάδιο στις οκτώ κλίμακες υγείας από 10,63–40,90. Αυτό ήταν αναμενόμενο αφού οι ασθενείς που αντιμετώπιζαν τέτοιου είδους προβλήματα υγείας ήταν σε μεγάλο ποσοστό μεσήλικες και ηλικιωμένοι, οπότε είχαν και συνοδά προβλήματα υγείας ή ήταν νεότεροι ασθενείς, στους οποίους λόγω του χρόνιου άλγους ή των επαναλαμβανόμενων συχνά κρίσεων του σωματικού πόνου (ΣΠ) μειωνόταν και η σωματική τους λειτουργικότητα (ΣΛ) και ζωτικότητα (Ζ), ο κοινωνικός και συναισθηματικός τους ρόλος, αντανακλώντας πολλές φορές τόσο στη γενική όσο και στην ψυχική τους υγεία.

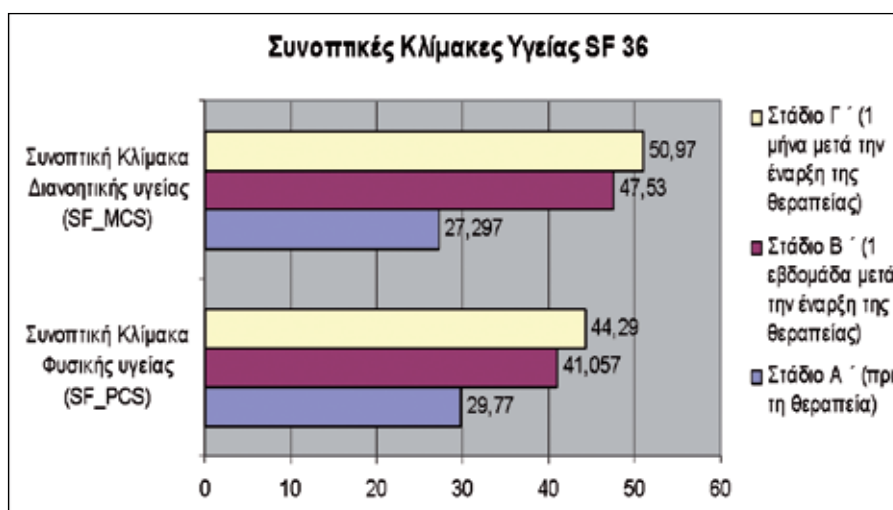
Αντίστοιχα, στον ίδιο πίνακα (πίν. 5), οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς μετά από μία εβδομάδα θεραπείας (δεύτερο στάδιο της έρευνας) υποδηλώνουν

σαφή βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η βαθμολογία στις οκτώ κλίμακες είναι κατά πολύ υψηλότερη και κυμαίνεται από 54,14–74,17. Ομοίως, οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς στο τρίτο στάδιο της έρευνας υποδήλωναν θεαματική βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους συγκριτικά με το δεύτερο στάδιο, αλλά πολύ περισσότερο συγκρινόμενες με το πρώτο στάδιο. Στο τρίτο στάδιο, η αντίστοιχη βαθμολογία κυμαινόταν από 64,44–85,41.

Η ποσοστιαία (%) μεταβολή της βαθμολογίας στις οκτώ κλίμακες για τα τρία στάδια, διάρκειας ενός μήνα φαίνεται στην εικόνα 2. Η μεγαλύτερη βελτίωση παρουσιάστηκε στην κλίμακα Σωματικός Ρόλος (ΣΡ) με +541%, με δεύτερη την κλίμακα Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ) με +426% και, τελευταία, με τη μικρότερη βελτίωση είναι η Γενική Υγεία (ΓΥ) με +58%.



Εικόνα 2. Η ποσοστιαία (%) μεταβολή σε ένα μήνα των επιμέρους κλιμάκων του SF-36, όπως αναλύθηκαν στον πίνακα 3.



Εικόνα 3. Μέση τιμή των επιμέρους συνοπτικών Κλιμάκων Υγείας (ΚΥ) των ασθενών.

Οι δύο συνοπτικές ομαδοποιημένες κλίμακες Φυσικής και Διανοητικής Υγείας φαίνονται στον πίνακα 6 αλλά και στην εικόνα 3. Η βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας (ΦΥ) αρχίζει από 29,77 την ημέρα της εισαγωγής, αυξάνεται σε 41,05 μία εβδομάδα μετά και καταλήγει ύστερα από ένα μήνα στο 44,29. Αντίστοιχα, για τα τρία στάδια της συνοπτικής κλίμακας της Διανοητικής Υγείας (ΔΥ) προέκυψαν οι τιμές 27,29–47,53 και 50,97. Η ποσοστιαία (%) μεταβολή των συνοπτικών ομαδοποιημένων κλιμάκων Φυσικής και Διανοητικής Υγείας φαίνονται στην εικόνα 4. Με ποσοστά μεταβολής +87% μέσα σε 1 μήνα για τη συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας (ΦΥ) και +49% για τη συνοπτική κλίμακα Διανοητικής Υγείας, είναι φανερό ότι πρόκειται για σαφή βελτίωση και στις δύο συνοπτικές κλίμακες υγείας.

Συσχετίσεις φύλου και κλιμάκων SF-36

Στον πίνακα 7 φαίνονται οι τιμές των οκτώ κλιμάκων του SF-36 κατά φύλο και κατά στάδιο. Στον πίνακα 8 φαίνεται η μεταβολή (%) στις κλίμακες, ανά φύλο, μέσα σε 1 μήνα. Οι άνδρες ανέφεραν μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης από τις γυναίκες για τη ΣΛ (218%), το ΣΡ (583%), το ΣΠ (299%),

τη ΓΥ (63%), τον ΚΡ (155%) και το ΣΡ (435%). Οι γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη βελτίωση από τους άνδρες για τη Ζωτικότητα (235%) και την ΨΥ (252%). Δεν υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ μεταξύ φύλου και κλιμάκων SF-36 στο πρώτο στάδιο. Δηλαδή, δεν συσχετίζονται οι κλίμακες υγείας με το φύλο για τους ασθενείς που εισάγονται για συντηρητική θεραπεία της οσφυαλγίας.

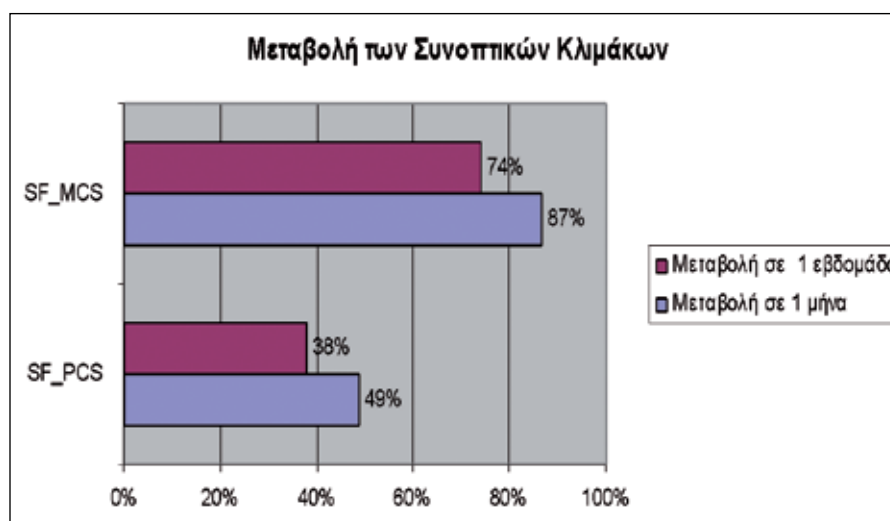
Αντίθετα, υπήρχε συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ μεταξύ φύλου και τεσσάρων κλιμάκων υγείας: Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), Σωματικός Ρόλος (ΣΡ), Γενική Υγεία (ΓΥ) και Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ) στο δεύτερο στάδιο και στο τρίτο στάδιο (μετά από τη θεραπεία), γεγονός που υποδηλώνει ότι η υγεία των ανδρών βελτιωνόταν περισσότερο σε αυτό το χρονικό διάστημα (πίν. 9).

Συσχετίσεις ηλικίας και κλιμάκων SF-36

Από τις κλίμακες υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$ μόνο μεταξύ ΣΛ και ηλικίας. Όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο επιδεινώνεται η σωματική λειτουργικότητα.

Πίνακας 6. Οι συνοπτικές κλίμακες Φυσικής και Διανοητικής Υγείας (μέση τιμή των επιμέρους συνοπτικών κλιμάκων υγείας).

	Συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας (ΦΥ)	Συνοπτική κλίμακα Διανοητικής Υγείας (ΔΥ)
Πρώτο στάδιο (πριν από τη θεραπεία)	29,77	27,29
Δεύτερο στάδιο (1 εβδομάδα μετά από την έναρξη της θεραπείας)	41,05	47,53
Τρίτο στάδιο (1 μήνα μετά από την έναρξη της θεραπείας)	44,29	50,97



Εικόνα 4. Ποσοστιαία μεταβολή (%) των συνοπτικών Κλιμάκων Υγείας (ΚΥ) των ασθενών.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε μια θεαματική αύξηση του μέσου όρου και στις οκτώ κλίμακες του SF-36, μετά από εφαρμογή κατάλληλης συντηρητικής θεραπείας σε ασθενείς με οσφυαλγία, γεγονός που αποτελεί ένα δείκτη ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας της συγκεκριμένης κλινικής όπου διεξήχθη η έρευνα. Η σαφέστατη βελτίωση

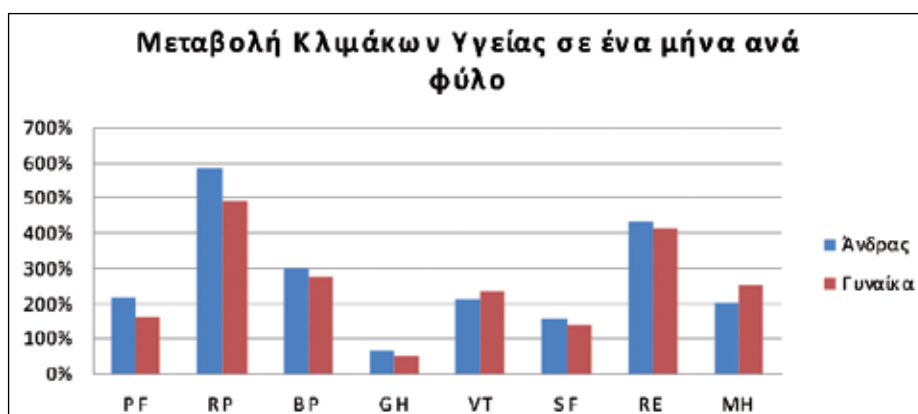
της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών, όπως προέκυψε από τη χρήση της επισκόπησης υγείας SF-36, ενισχύει την άποψη ότι η συντηρητική αγωγή αποτελεί την πρώτιστη επιλογή στην οσφυαλγία.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν την αναμφισβήτητη επίδραση της χρόνιας οσφυαλγίας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική διάσταση των ασθενών, αφού το σύνολό τους είχε μικρότερη βαθμο-

Πίνακας 7. Κλίμακες SF 36 ανά φύλο και στάδιο (κλίμακα 0–100).

Πρώτο στάδιο	Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	Σωματικός Ρόλος (RP)	Σωματικός Πόνος (BP)	Γενική Υγεία (GH)	Ζωτικότητα (VT)	Κοινωνικός Ρόλος (SF)	Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	Ψυχική Υγεία (MH)
A	25,77	11,54	16,44	42,62	23,21	29,17	17,09	25,13
Γ	26,10	9,76	15,54	39,27	18,41	28,05	15,45	19,61
Δεύτερο στάδιο	Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	Σωματικός Ρόλος (RP)	Σωματικός Πόνος (BP)	Γενική Υγεία (GH)	Ζωτικότητα (VT)	Κοινωνικός Ρόλος (SF)	Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	Ψυχική Υγεία (MH)
A	71,38	70,63	56,58	62,48	64,50	68,13	82,50	67,8
Γ	56,75	45,00	51,70	54,88	55,63	60,31	65,83	59,7
Τρίτο στάδιο	Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	Σωματικός Ρόλος (RP)	Σωματικός Πόνος (BP)	Γενική Υγεία (GH)	Ζωτικότητα (VT)	Κοινωνικός Ρόλος (SF)	Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	Ψυχική Υγεία (MH)
A	81,92	78,85	65,64	69,49	72,31	74,36	91,45	76,00
Γ	68,41	57,93	58,66	59,63	61,71	66,16	79,67	68,98

A: Άνδρας, Γ: Γυναίκα



Εικόνα 5. Μεταβολή Κλιμάκων Υγείας (ΚΥ) σε ένα μήνα ανά φύλο.

λογία και στις οκτώ κατηγορίες του SF-36 σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Ωστόσο, προκύπτει ότι η οξεία και η χρόνια οσφυαλγία βιώνεται ως μια οντότητα με αρνητική επίδραση στις δημιουργικές δραστηριότητες, την κοινωνικές συναναστροφές, την καθημερινότητα και την ψυχοσυναισθηματική υπόσταση του ατόμου.

Αντίστοιχες μελέτες δείχνουν την επίδραση των φυσικών και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία,²⁷ καθώς και την αρνητική επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων και μιας συναισθηματικής αστάθειας στο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα ασθενών με δισκογενή, χρόνια οσφυαλγία, που αποτυπώθηκαν και μετρήθηκαν μέσω του εργαλείου μέτρησης SF-36.²⁸ Γενικά, το χρόνιο άλγος, όταν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση σε όλους τους τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αναφέρουν χαμηλότερες επιδόσεις σε όλες τις διαστάσεις της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής συγκρινόμενοι με υγιείς ή με άλλες ομάδες ασθενών, ενώ το φύλο, η διάρκεια και η ένταση του άλγους είναι προγνωστικοί παράγοντες της φυσικής διάστασης της υγείας.²⁹

Άλλη μελέτη έχει καταδείξει την ανάγκη ενός προγράμματος αποκατάστασης που υπολογίζει και εκτιμά όχι μόνο το άλγος, αλλά κυρίως την ανάγκη του ατόμου για βελτίωση της ποιότητας ζωής του.³⁰ Αυτό έρχεται σε

συμφωνία με την αναμφισβήτητη αρνητική επίδραση της χρόνιας οσφυαλγίας στην ποιότητα ζωής του ατόμου, που επιβεβαιώνεται και στην παρούσα εργασία. Σήμερα, η σύγχρονη τάση είναι η εφαρμογή ενός πολυπαραγοντικού προγράμματος που αντιμετωπίζει τον ασθενή με οσφυαλγία ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Επιπλέον, εκτός της άμεσης κινητοποίησης του ατόμου με οσφυαλγία και την ελάχιστη δυνατή παραμονή του στο κρεβάτι, ο ασθενής πρέπει να υποστηριχθεί γενικά ως υπόσταση και προσωπικότητα και να γίνει προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας ζωής του. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, αφού έχει αποδειχθεί ότι σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και χαμηλό αποτέλεσμα στην επισκόπηση υγείας SF-36 καθυστερούσε αρκετά η αποθεραπεία τους.³¹

Έχει βρεθεί ότι η έκταση κατά την οποία το άλγος επιδρά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εξαρτάται εν μέρει από την ένταση, τη διάρκεια και την επέκτασή του. Ασθενείς με πιο έντονο, μεγαλύτερης διάρκειας και επέκτασης άλγος έδειξαν μεγαλύτερη μείωση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, συγκρινόμενοι με ασθενείς με πιο ήπιο, μικρότερης διάρκειας και περισσότερο εντοπισμένο άλγος.³²

Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μια αυξημένη

Πίνακας 8. Εκατοστιαία μεταβολή των κλιμάκων SF-36 ανά φύλο σε 1 μήνα.

Μεταβολή	Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	Σωματικός Ρόλος (RP)	Σωματικός Πόνος (BP)	Γενική Υγεία (GH)	Ζωτικότητα (VT)	Κοινωνικός Ρόλος (SF)	Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	Ψυχική Υγεία (MH)
Άνδρας	218%	583%	299%	63%	212%	155%	435%	202%
Γυναίκα	162%	494%	278%	52%	235%	136%	416%	252%

Πίνακας 9. Συσχετίσεις φύλου και κλιμάκων SF-36.

Κατά την έξοδο των ασθενών	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Φύλο
Φύλο, Pearson correlation	-0,231(*)	-0,311(**)	-0,100	-0,234(*)	-0,164	-0,142	-0,226(*)	-0,154	1
Sig. (2-tailed)	0,039	0,005	0,377	0,037	0,146	0,209	0,044	0,174	
n	80	80	80	80	80	80	80	80	80

1 μήνα μετά την έξοδο των ασθενών	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Φύλο
Φύλο, Pearson correlation	-0,226(*)	-0,259(*)	-0,153	-0,224(*)	-0,200	-0,172	-0,175	-0,138	1
Sig. (2-tailed)	0,044	0,020	0,175	0,046	0,075	0,127	0,121	0,221	
n	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

PF: Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), RP: Σωματικός Ρόλος (ΣΡ), BP: Σωματικός Πόνος (ΣΠ), GH: Γενική Υγεία (ΓΥ), VT: Ζωτικότητα (Ζ), SF: Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ), RE: Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΡ), MH: Διανοητική Υγεία (ΔΥ)

Πίνακας 10. Συσχέτιση ηλικίας και κλιμάκων SF-36.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Ηλικία
Ηλικία Pearson correlation	0,321(**)	0,175	0,098	0,143	0,066	0,076	0,089	0,031	1
Sig. (2-tailed)	0,004	0,120	0,388	0,205	0,559	0,504	0,431	0,782	
n	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

προσπάθεια και εφαρμογή της χρήσης μεθόδων και τεχνικών μέτρησης της θεραπευτικής έκβασης σε όλο και περισσότερους ασθενείς, κυρίως στο επίπεδο της ποιότητας ζωής.

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας με τη χρήση ψυχομετρικών δεικτών διερευνά στην προέκτασή της, την προαγωγή του αγαθού της υγείας και συμβάλλει στην αντικειμενική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και του συστήματος υγείας. Το ερωτηματολόγιο SF-36 καλύπτει τις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ ασθενούς και ιατρικής επιστήμης. Παρέχεται πολύπλευρη διάσταση στην υγεία και αναδεικνύεται η άποψη του ασθενούς ως βασικός παράγοντας στη συλλογή πληροφοριών για το βαθμό αποτελεσματικότητας κάθε θεραπείας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία με τη χρήση του ερωτηματολογίου της επισκόπησης υγείας SF-36 μπορεί στο μέλλον να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης ελέγχου της αποτελεσματικότη-

τας μιας θεραπείας, ανεξάρτητα αν είναι συντηρητική ή χειρουργική. Παρόμοιες εργασίες θα ισχυροποιούν την παραπάνω πρόταση και θα τη θέσουν σε εφαρμογή, σε κλινικό επίπεδο, με δεδομένο ότι κάθε ασθενής είναι μια ιδιαίτερη και ολοκληρωμένη προσωπικότητα και με τον τρόπο αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Περιορισμοί μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη εμφανίζει ορισμένους περιορισμούς που σχετίζονται με το μικρό εύρος του δείγματος, πιθανόν λόγω της μικρής κίνησης των ασθενών με το συγκεκριμένο πρόβλημα σε ένα μικρό Νομαρχιακό Νοσοκομείο της Κρήτης. Επίσης, δεν υπήρξε παρακολούθηση στο απώτερο μέλλον για χρονικό διάστημα > 1 μήνα για πιθανές υποτροπές και επανεισαγωγές στο Νοσοκομείο μέσα στο επόμενο έτος. Επιπλέον, πρέπει να αναλογιστεί κάποιος και το ενδεχόμενο συγχυτικών παραγόντων λόγω της πιθανής εξάρτησης που νοιώθει ο ασθενής από το νοσηλευτή, ο οποίος τον παρακολουθεί και δυσκολεύεται να αρνηθεί συμμετοχή του στη μελέτη.

ABSTRACT

Assessment of the Health Related Quality of Life of Patients with Low Back Pain under Conservative Treatment

Michail Zografakis-Sfakianakis,¹ Minas Sousamlis,² Eleni Kounalaki,³ Kalliopi Skoulikari,³
Anastasia Iliaki,⁴ Elisabeth Fragiadaki⁵

¹PhD(c), MSc, RN, Laboratory Instructor, Department of Nursing, Technological and Educational Institute of Crete, Heraklion,

²PhD(c), MSc, MEng, Aghios Nikolaos General Hospital, Crete, ³RN, Aghios Nikolaos General Hospital, Crete, ⁴RN, «Venizelio» General Hospital, Heraklion, Crete, ⁵General Surgeon, MD, MSc, Aghios Nikolaos General Hospital, Crete, Greece

Background: Low back pain influences the physical and social functioning and welfare of the general population. The quality of life of patients with low back pain is considered an important outcome for a more comprehensive assessment of their objective and subjective health status. **Aim:** The aim of the study was to evaluate health related quality of life in patients with low back pain before and after non-surgical treatment. **Method:** The study was conducted in an orthopaedic department of a district General Hospital of Crete, during the second half of 2008, with a population sample of 80 patients. The research instrument used was the SF-36 questionnaire, which measures patients' physical and social functioning and their general and mental health status. The assessment was applied during admission to the hospital, at discharge and one month later. **Results:** Patients with low back pain showed an improvement in the level of health related quality of life following conservative treatment relation. The SF-36 score was higher than at admission, both immediately after treatment (the mean of summary physical health scale rose from 29.77 to 41.06) and one month after discharge (mean of summary physical health scale rose from 29.77 to 44.29). Similar results were noted for the summary mental health scale. **Conclusions:** Conservative treatment of low back pain can be effective in improving the quality of life of patients, as measured by the SF-36. It appears that the SF-36 is a valid and reliable tool for measuring the quality of life in orthopaedic patients. In the future it can also be used as an indicator for the assessment of effectiveness between two different forms of treatment. **NOSILEFTIKI 2010, 49 (2): 182-194.**

Key-words: conservative treatment, low back pain, quality of life assessment

✉ **Corresponding Author:** Michail Zografakis-Sfakianakis, 78 Sbokou street, GR-713 05 Herakleion, Crete, Greece, tel.: +30 2810 360 693, e-mail: mzografakis@staff.teicrete.gr

Βιβλιογραφία

- McIntosh G, Hamilton H. Low back pain (acute). Clinical Evidence BMJ online: http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/msd/1102/1102_background.jsp (retrieved on 12.11.2009)
- Mainiadaakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000, 84:95-108
- Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988, 318:291-300
- Stranjalis G, Tsamandouraki K, Sakas DE, Alamanos Y. Low back pain in a representative sample of Greek population. Analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine* 2004, 29:1355-1360
- Borenstein DG, O'Mara JW Jr, Boden SD, Lauerman WC, Jacobson A, Platenberg C et al. The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects: A seven-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am* 2001, 83-A:1306-1311
- Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a US national survey. *Spine* 1995, 20:11-19
- Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999, 354:581-585
- Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001, 344:363-370
- Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991, 22:263-271
- Frymoyer JW, Durett C. The economics of spinal disorders. In: Frymoyer JW, (ed) *The adult spine: Principles and practice*. 2nd ed. Lippincott-Raven Press, Philadelphia, 1997
- Hashemi L, Webster BS, Clancy EA. Trends in disability duration and cost of workers' compensation low back pain claims (1988-1996). *J Occup Environ Med* 1998, 40:1110-1119
- Waddell G. *The back pain revolution*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1998
- Cary B. Back magic. *Health* 1998, 108-112
- Ραφτάκης Ι, Παπαδάκος Β. Συντηρητική αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. *Νοσοκομειακά Χρονικά* 2009, 71 (Συμπλήρωμα):161-166
- Deyo RA. Low-back pain. *Sci Am* 1998, 279:48-53
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998, 280:147-151
- Becker N, Thomsen AB, Sjorgen P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-

- malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997, 73:393–400
18. Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic assessment of geriatric drug use via epidemiology. *J Am Geriatr Soc* 1999, 47:936–942
 19. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE Jr. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* 2000, 57:235–239
 20. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediational model. *Pain* 1988, 35:129–140
 21. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:218–229
 22. Μερκούρης Α. *Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας*. Εκδόσεις Έλλην-Γ. Παρίκος & Σία ΕΕ, Αθήνα, 2008
 23. Ware JE. *The SF-36 health survey: A manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, 1993
 24. Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2006, 23:159–166
 25. Κοντοδημόπουλος Ν, Φραγκούλη Δ, Παππά Ε, Νιάκας Δ. Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21:451–462
 26. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473–483
 27. Nickel R, Egle UT. Predictors of quality of life after orthopedic treatment of lower back pain due to lumbar intervertebral disc disorders. *Z Psychosom Med Psychother* 2003, 49:49–62
 28. Derby R, Lettice JJ, Kula TA, Lee SH, Seo KS, Kim BJ. Single-level lumbar fusion in chronic discogenic low-back pain: Psychological and emotional status as a predictor of outcome measured using the SF-item short form. *J Neurosurg Spine* 2005, 3:255–261
 29. Dysvik E, Lindstrøm TC, Eikeland OJ, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs* 2004, 5:66–74
 30. Raak R, Wikblad K, Raak A Sr, Carlsson M, Wahren LK. Catastrophizing and health-related quality of life: A 6-year follow-up of patients with chronic low back pain. *Rehabil Nurs* 2002, 27:110–116
 31. Coste J, Lefrançois G, Guillemin F, Pouchot J, French Study Group for Quality of Life in Rheumatology. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: Insights from a comprehensive inception cohort study. *Arthritis Rheum* 2004, 51:168–176
 32. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using WHOQOL. *Pain* 1998, 76:395–406