

Σωματικός Πόνος και Ψυχική Καταπόνηση Ασθενών με Ορθοπεδικά Προβλήματα

Body Pain and Psychological Distress in Patients with Orthopedic Problems

Abstract at the end of the article

Ιωάννα Β. Παπαθανασίου,^{1,2} Φωτεινή Καμπέρη,³ Σοφία Καστανίδου,⁴
Φωτεινή Μάλλη,¹ Γεώργιος Ζακυνθινός,⁵ Κωνσταντίνος Τσάρας,⁶
Δημήτριος Παπαγιάννης,^{7,2} Ευάγγελος Φραδέλος^{8,2}

¹Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,

Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

²Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής,
Τμήμα Νοσηλευτικής,

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
³Νοσηλεύτρια ΜSc,

Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών,

⁴PhD, Med, European School
Luxembourg II, Luxembourg,

⁵Ιατρός, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

⁶Αναπληρωτής Καθηγητής,
Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

⁷Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής,

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

⁸Νοσηλεύτης, PhD, Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «Η Σωτηρία»

Υποβλήθηκε: 30/10/2019

Επανυποβλήθηκε: 25/11/2019

Εγκρίθηκε: 25/02/2020

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ιωάννα Β. Παπαθανασίου

Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής,

Τμήμα Νοσηλευτικής,

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

Περιοχή Γαιόπολις, Περιφερειακή Οδός

Λάρισας-Τρικάλων, 415 00 Λάρισα

Τηλ: (+30) 6977 637 933, 2410-684 446

e-mail: ioparathanasiou@yahoo.gr,

ioparathanasiou@uth.gr

Εισαγωγή: Ο πόνος είναι θεμελιώδους σημασίας για τον άνθρωπο, είναι ένα σύστημα προειδοποίησης. Η πρόοδος στην ιατρική αλλά και στη νοσηλευτική, έχει προσφέρει μία πιο ενδελεχή γνώση και αντίληψη της όλης διάστασης του πόνου. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης του σωματικού πόνου στην ψυχική κατάσταση των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα, καθώς και της σχέσης του με τα χαρακτηριστικά των ασθενών. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 103 ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις που νοσηλεύονταν σε Ορθοπεδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από τρεις ενότητες ερωτήσεων (α) Ερωτήσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, υγείας και λειτουργικότητας, (β) Το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης του Πόνου SFMPQ, γ. Η Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες DASS-21. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές δοκιμασίες. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$. **Αποτελέσματα:** Από τους 103 ασθενείς, το 67,0% ήταν γυναίκες και το 33,0% άνδρες. Η ηλικία κυμαινόταν από 26 έως 89 έτη, με μέση τιμή τα 63,81 έτη. Το φύλο, η ηλικία, ο αριθμός παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα σχετίζεται με την κατάθλιψη, το στρες και τη συνολική ψυχική καταπόνηση. Όλες οι διαστάσεις του πόνου (ένταση παρόντος πόνου, αισθητηριακός πόνος, συναισθηματικός πόνος, συνολική αίσθηση του πόνου) παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την ένταση του άγχους ($p < 0,001$), της κατάθλιψης ($p < 0,001$) και του στρες ($p < 0,001$). **Συμπεράσματα:** Ο πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα στους ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας που σχετίζεται με την ψυχική τους κατάσταση. Η θεραπευτική αντιμετώπισή του πρέπει να είναι προσανατολισμένη στον ασθενή, στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης.

Λέξεις-ερευτηρίου: Πόνος, κατάθλιψη, ψυχική καταπόνηση, ορθοπεδικά προβλήματα.

Εισαγωγή

“Hurting bodies and suffering minds often require the same treatment.” – Hippocrates

Οι Μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ) αποτελούν ένα αυξανόμενο ζήτημα υγειονομικής περιθαλψής παγκοσμίως, αποτελώντας τη δεύτερη κύρια αιτία αναπηρίας. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ υπήρχαν περισσότερα από 16 εκατομμύρια άτομα με ορθοπεδικά προβλήματα σε θεραπεία το 2004, ενώ το συνολικό κόστος για τη θεραπεία των ΜΣΠ εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 125 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Το 2006, περίπου το 14,3% του καναδικού πληθυσμού ζούσε με αναπηρία, ενώ σχεδόν το ήμισυ οφειλόταν σε ΜΣΠ.¹ Οι ΜΣΠ μπορούν να επηρεάσουν πολλά διαφορετικά τμήματα του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της άνω και κάτω ράχης, του αυχένα, των ώμων και των άκρων. Παραδείγματα ΜΣΠ περιλαμβάνουν σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, επικονδυλίτιδα, τενοντίτιδα, οσφυαλγία, σύνδρομο έντασης αυχένα και σύνδρομο κραδασμού χεριού-βραχίονα.²

Οι ΜΣΠ προκαλούνται από το βιομηχανικό φορτίο, το οποίο ορίζεται ως η δύναμη που πρέπει να εφαρμοστεί για την εκτέλεση των καθηκόντων, η διάρκεια της εφαρμοζόμενης δύναμης και η συχνότητα με την οποία εκτελούνται οι εργασίες. Οι δραστηριότητες που συνεπάγονται βαριά φορτία μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία βλάβη, αλλά οι περισσότερες ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία προέρχονται από κινήσεις που είναι επαναλαμβανόμενες ή από τη διατήρηση μιας στατικής θέσης. Ακόμη και οι δραστηριότητες που δεν απαιτούν μεγάλη δύναμη μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στους μύες, εάν η δραστηριότητα επαναληφθεί αρκετά συχνά σε σύντομα χρονικά διαστήματα. Οι παράγοντες κινδύνου ΜΣΠ περιλαμβάνουν την εκτέλεση εργασιών με μεγάλη δύναμη και επανάληψη ή διατήρηση μιας μη μητρικής στάσης. Ιδιαίτερη ανησυχία αποτελεί ο συνδυασμός βαρύ φορτίου με επανάληψη. Αν και η κακή στάση του σώματος συχνά κατηγορείται για πόνο στην πλάτη, μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας απέτυχε να βρει μια συνεπή σύνδεση.³ Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς την τάση τους να υπόκεινται σε ΜΣΠ. Το φύλο είναι ένας παράγοντας, με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ΜΣΠ από τους άνδρες. Η παχυσαρκία είναι επίσης ένας παράγοντας, με τα υπέρβαρα άτομα να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια ΜΣΠ, συγκεκριμένα της κάτω ράχης.⁴ Υπάρχει αυξανόμενη συναίνεση ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι μια άλλη αιτία ορισμένων ΜΣΠ. Ορισμένες θεωρίες γι' αυτήν την αιτιώδη σχέση που έχει βρεθεί από πολλούς ερευνητές περιλαμβάνουν αυξημένη μυϊκή τάση, αυξημένη πίεση αίματος και υγρού, μείωση των λειτουργιών ανάπτυξης και μείωση ευαισθησίας στον πόνο. Παρόλο που δεν υπάρχει συναίνεση αυτή

τη στιγμή, μερικοί από τους αγχώδεις παράγοντες που εντοπίζονται στο εργασιακό περιβάλλον και συσχετίζονται με τις ΜΣΠ στον εργασιακό χώρο, περιλαμβάνουν υψηλές απαιτήσεις εργασίας, χαμηλή κοινωνική στήριξη και συνολική πίεση εργασίας. Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει συστηματικά τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ της δυσανεξίας από την εργασία και των ΜΣΠ. Για παράδειγμα, η βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης από την εργασία μπορεί να μειώσει το 17–69% των διαταραχών της πλάτης που σχετίζονται με την εργασία και η βελτίωση του ελέγχου της απασχόλησης μπορεί να μειώσει το 37–84% των καρδιακών διαταραχών που σχετίζονται με την εργασία.⁴

Επειδή οι εργαζόμενοι διατηρούν την ίδια στάση κατά τη διάρκεια πολλών εργασιμών ημερών και συχνά για αρκετά χρόνια, ακόμη και οι φυσικές στάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε ΜΣΠ όπως ο πόνος στην πλάτη. Οι στάσεις που είναι λιγότερο φυσικές, όπως η συστροφή ή η τάση στο άνω μέρος του σώματος, συνεισφέρουν τυπικά στην ανάπτυξη των ΜΣΠ εξαιτίας του αφύσικου εμβιομηχανικού φορτίου αυτών των στάσεων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η στάση του σώματος συμβάλλει στις ΜΣΠ του αυχένα, του ώμου και της πλάτης. Η επαναλαμβανόμενη κίνηση είναι ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για τις ΜΣΠ επαγγελματικής προέλευσης, επειδή οι εργαζόμενοι μπορούν να εκτελούν τις ίδιες κινήσεις επανειλημμένα για μεγάλα χρονικά διαστήματα (π.χ. δακτυλογραφήσεις που οδηγούν σε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα), οι οποίες δύναται να αφορούν σε αρθρώσεις και μύες που εμπλέκονται στην εν λόγω κίνηση. Οι εργαζόμενοι που κάνουν επαναλαμβανόμενες κινήσεις σε υψηλό ρυθμό εργασίας με μικρό χρόνο ανάκτησης και οι εργαζόμενοι με ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο της χρονικής στιγμής των κινήσεων (π.χ. εργαζόμενοι σε γραμμές συναρμολόγησης) είναι επίσης επιρρεπείς σε ΜΣΠ λόγω της συνεχούς κίνησης στο έργο τους. Η δύναμη που απαιτείται για την εκτέλεση ενεργειών στην εργασία μπορεί επίσης να συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο ΜΣΠ στους εργαζόμενους, επειδή οι κινήσεις που απαιτούν περισσότερη δύναμη μπορούν να καταστρέψουν τους μύες γρηγορότερα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό ή/και πόνο. Επιπλέον, η έκθεση σε κραδασμούς (που βιώνουν π.χ. οι οδηγοί φορτηγών ή οι κατασκευαστές) και σε εξαιρετικά υψηλές θερμοκρασίες μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του εργαζόμενου να κρίνει τη δύναμη και να οδηγήσει στην ανάπτυξη των ΜΣΠ. Η έκθεση σε δόνηση σχετίζεται επίσης με το σύνδρομο κραδασμών χειρός και βραχίονα, το οποίο παρουσιάζει συμπτώματα έλλειψης κυκλοφορίας αίματος στα δάκτυλα, συμπίεση νεύρων, και αιμωδίες.⁵

Η αξιολόγηση των ΜΣΠ βασίζεται σε αυτοαναφορές συμπτωμάτων και πόνου, καθώς και σε φυσική εξέταση από γιατρό. Οι γιατροί βασίζονται στο ιατρικό ιστορικό,

στους ψυχαγωγικούς και επαγγελματικούς κινδύνους, στην ένταση του πόνου, στη φυσική εξέταση για τον εντοπισμό της πηγής του πόνου, και μερικές φορές στις εργαστηριακές εξετάσεις, στις ακτινογραφίες ή σε μια μαγνητική τομογραφία. Οι γιατροί αναζητούν ειδικά κριτήρια για τη διάγνωση κάθε διαφορετικής μυοσκελετικής διαταραχής, με βάση την τοποθεσία, τον τύπο και την ένταση του πόνου, καθώς και το είδος της περιορισμένης ή οδυνηρής κίνησης που βιώνει ένας ασθενής. Ένα δημοφιλές μέτρο αξιολόγησης των ΜΣΠ είναι το σκανδιναβικό ερωτηματολόγιο που έχει μια εικόνα του σώματος με διάφορες περιοχές που έχουν επισημανθεί και ζητάει από το άτομο να υποδείξει σε ποιους τομείς έχει βιώσει πόνο και σε ποιους τομείς ο πόνος παρεμβαίνει στην κανονική δραστηριότητα.⁵

Ο πόνος που συχνά συνοδεύει τις ΜΣΠ επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών με πολλούς από τους ασθενείς να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχές άγχους και διαταραχές της διάθεσης όπως η κατάθλιψη. Παρά τα αυξημένα ποσοστά ανάρρωσης, πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικές συννοσηρότητες, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης ποιότητας ζωής, επίμονου πόνου και αυξημένου κινδύνου για ψυχικές διαταραχές.⁶ Σε μια πρόσφατη μελέτη στην Αιθιοπία στην οποία αξιολογήθηκαν 417 ορθοπεδικοί ασθενείς, βρέθηκε ότι το 36,1% αντιμετώπιζε υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ το 39,8% υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Μάλιστα βρέθηκε ότι η παρουσία αυτών των δύο διαταραχών σχετίζεται με το γυναικείο φύλο, την ύπαρξη επίμονου πόνου και την έλλειψη κοινωνικής στήριξης.⁷ Σε άλλη μελέτη που καταδεικνύει τα υψηλά ποσοστά ψυχικής καταπόνησης ανάμεσα σε ορθοπεδικούς ασθενείς, μελετήθηκαν 363 ασθενείς με σοβαρό ορθοπεδικό τραύμα και διαπιστώθηκε ότι το 14% από αυτούς παρουσίασε ψυχική διαταραχή.⁸

Πιο συγκεκριμένα η αγχώδης διαταραχή, η οποία είναι μια πάρα πολύ κοινή διαταραχή που συνυπάρχει τόσο με ψυχιατρικά αλλά και σωματικά προβλήματα, έχει βρεθεί να παρουσιάζεται και σε μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΜΣΠ. Έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες για τη εξέταση της σχέσης μεταξύ άγχους, διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) και πόνου.⁹ Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη της οποίας ο επιπολασμός κυμαίνεται παγκοσμίως στο 17%, είναι μια ψυχική κατάσταση, η οποία είναι συνυφασμένη και με άλλες ιατρικές και ψυχιατρικές παθήσεις.¹⁰ Στις ΜΣΠ η παρουσία της κατάθλιψης είναι τόσο συχνή, ώστε οι ερευνητές να μιλάνε για συννοσηρότητα. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη μαζί με τη ΔΜΣ φαίνεται να συνυπάρχουν πολύ συχνά σε ΜΣΠ σε ποσοστό που φτάνει και ως 53%. Ενώ η εμφάνιση μόνο της κατάθλιψης σε ΜΣΠ κυμαίνεται από 9 έως και 56%.¹¹

Παρά το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παγκοσμίως, στον ελληνικό χώρο τα ερευνητικά δεδομένα για τη σχέση του σωματικού πόνου με την ψυχική καταπόνηση σε ορθοπεδικούς ασθενείς είναι περιορισμένα και αντικρουόμενα, δίνοντας έναυσμα για περαιτέρω μελέτη. Σε μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή των Ιωάννινων και στην οποία συμμετείχαν 293 ασθενείς με ΜΣΠ αξιολογήθηκε ο πόνος και η ψυχιατρική συμπτωματολογία. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν την ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ πόνου και ψυχιατρικών συμπτωμάτων, με τις γυναίκες να βιώνουν μεγαλύτερης έντασης σωματικό πόνο και περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα.¹² Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με παλαιότερη μελέτη που αφορούσε σε ασθενείς οι οποίοι διέμεναν στην Αττική και αντιμετώπιζαν χρόνια οσφυαλγία. Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης και άγχους με την ένταση του σωματικού πόνου. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες για την ένταση του πόνου είναι η νεαρή ηλικία και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.¹³

Σκοπός

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της ύπαρξης πιθανής σχέσης ανάμεσα στον σωματικό πόνο με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΜΣΠ, όπως επίσης και με την υγεία και λειτουργικότητα αυτών των ασθενών. Βασικός στόχος της εργασίας είναι επίσης να διερευνηθεί εάν υπάρχει σχέση ανάμεσα στον σωματικό πόνο και στην ψυχική καταπόνηση των ασθενών με ΜΣΠ.

Υλικό και Μέθοδος

Σχεδιασμός μελέτης

Διενεργήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν συγχρονικού τύπου. Τον Πληθυσμό Στόχο της έρευνας αποτελούν οι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 103 ασθενείς με μυοσκελετικές διαταραχές ανεξαρτήτως διάγνωσης νόσου που νοσηλεύονταν στην Ορθοπεδική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών ή προσήλθαν στα Εξωτερικά Ιατρεία της. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας και ως κριτήριο αποκλεισμού ήταν μόνο αυτό της μη συνεργασιμότητας και της συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.

Συλλογή δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών και ειδικότερα στην

Ορθοπαιδική Κλινική και τα Εξωτερικά Ιατρεία της, κατά το χρονικό διάστημα του μηνός Απριλίου του 2019. Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε αφού προηγουμένως χορηγήθηκε σχετική άδεια από τη διοίκηση του Νοσοκομείου. Η συμμετοχή των ασθενών ήταν εθελοντική αφού προηγήθηκε ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας και χορηγήθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες διεξαγωγής της.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο, πλήρως δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο από τους συμμετέχοντες ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε απαρτιζόταν από τρεις ενότητες, τις εξής:

- α. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, υγείας και λειτουργικότητας. Περιελάμβανε έντεκα κλειστού τύπου ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, τόπος μόνιμης κατοικίας, διαμονή με άλλους) καθώς και τα χαρακτηριστικά υγείας τους (καπνιστική συνήθεια, αυτοαξιολόγηση βάρους, διάγνωση ορθοπαιδικού προβλήματος).
- β. Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21). Για την εκτίμηση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS) των Lovibond & Lovibond (Lovibond & Lovibond 1995), η οποία αξιολογεί παραμέτρους της ψυχικής υγείας που χαρακτηρίζουν αρνητική συναισθηματική κατάσταση δηλαδή της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η προσαρμοσμένη για την Ελλάδα εκδοχή της Κλίμακας DASS, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία, έγινε από τους Λυράκο και συν (2011).¹⁴ Σύμφωνα με τους συγγραφείς η Κλίμακα DASS διαθέτει καλή εγκυρότητα περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, ενώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία των δύο ημίσεων είναι ικανοποιητική. Η Κλίμακα DASS είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών ως εργαλείο μέτρησης της αρνητικής συναισθηματικής διάστασης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η Κλίμακα αποτελείται από συνολικά 21 δηλώσεις - προτάσεις και διακρίνεται σε τρεις επιμέρους Υποκλίμακες: (α) «Κατάθλιψη» που περιλαμβάνει 7 προτάσεις, (β) «Άγχος» που περιλαμβάνει 7 προτάσεις και (γ) «Στρες» που περιλαμβάνει 7 προτάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από «0=Δεν ίσχυε καθόλου για μένα» έως «3=Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές». Η συνολική βαθμολογία (συνολικό σκορ) της Κλίμακας και των Υποκλιμάκων εξάγεται από

το άθροισμα των απαντήσεων στις επιμέρους προτάσεις πολλαπλασιαζόμενο επί 2. Ως εκ τούτου το συνολικό σκορ κάθε Υποκλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 42, ενώ το συνολικό σκορ της Κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 126. Το υψηλότερο σκορ δηλώνει και υψηλότερα επίπεδα αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης και ψυχικής καταπόνησης του ερωτώμενου.

- γ. Ερωτηματολόγιο Πόνου (SFMPQ). Για την αξιολόγηση του σωματικού πόνου χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη στα Ελληνικά, σύντομη εκδοχή του Ερωτηματολογίου Πόνου του McGill (Short Form of the McGill Pain Questionnaire, SFMPQ).¹⁵ Το Ερωτηματολόγιο Πόνου SFMPQ είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας του πόνου. Το Ερωτηματολόγιο SFMPQ περιλαμβάνει μια κλίμακα βαθμολόγησης έξι σημείων, από το σημείο «0=καθόλου πόνος» έως το σημείο «5=αφόρητος πόνος», η οποία περιγράφει την ένταση του παρόντος πόνου κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (δείκτης έντασης παρόντος πόνου). Επίσης περιλαμβάνει δεκαπέντε περιγραφικά επίθετα της αίσθησης (εντύπωση) που προκαλεί ο πόνος, τα οποία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων, από το σημείο «0=καθόλου πόνος» έως το σημείο «3=έντονος πόνος». Η κλίμακα έχει δύο διαστάσεις. Οι έντεκα χαρακτηρισμοί περιγράφουν την αισθητηριακή εντύπωση του πόνου, από την άθροιση των οποίων προκύπτει ο δείκτης αισθητηριακού πόνου. Οι τέσσερις εναπομείναντες χαρακτηρισμοί περιγράφουν την συναισθηματική εντύπωση του πόνου, από την άθροιση των οποίων προκύπτει ο δείκτης συναισθηματικού πόνου. Από την άθροιση των δύο δεικτών προκύπτει ο δείκτης συνολικής αίσθησης πόνου.

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου "SPSS 22.0 for Windows", εφαρμόζοντας τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής. Η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των ποιοτικών μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή). Η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων έγινε με την Επαγωγική ανάλυση, η οποία περιελάμβανε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r), τον έλεγχο t-test για ανεξάρτητα δείγματα και την ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα (one-way ANOVA). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5% (p value < 0,05).

Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά του δείγματος

Το 67,0% των ασθενών του δείγματος ήταν γυναίκες και το 33,0% άνδρες. Η ηλικία τους κυμαινόταν από 26 έως 89 έτη με μέση τιμή τα 63,81 έτη. Το 77,7% των ασθενών ήταν έγγαμοι και η πλειονότητα (56,3%) είχε 1 έως 2 παιδιά. Το 44,7% είχε πρωτοβάθμια εκπαίδευση και το 35,9% δευτεροβάθμια. Η πλειονότητα (54,4) δεν εργαζόταν καθώς ήταν συνταξιούχοι ή άνεργοι. Όσον αφορά στη διαβίωση το 84,5% ζούσε μαζί με άλλους και το 69,9% κατοικούσε σε μη αστική περιοχή (πίνακας 1).

Μη καπνιστές ή πρώην καπνιστές ήταν το 74,7% των ασθενών του δείγματος. Ως φυσιολογικό αυτοαξιολογούσε το βάρος του το 68,9% των ασθενών. Σχετικά με

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών (n=103).

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	n	(%)
Φύλο		
Άνδρας	34	33,0
Γυναίκα	69	67,0
Ηλικία (έτη)		
mean ± SD	63,81 ± 15,88	
min - max	26 - 89	
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	80	77,7
Μη έγγαμος	23	22,3
Αριθμός παιδιών		
0	11	10,7
1-2	58	56,3
≥3	34	33,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πρωτοβάθμια	46	44,7
Δευτεροβάθμια	37	35,9
Τριτοβάθμια	20	19,4
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	30	29,1
Ιδιωτικός υπάλληλος	10	9,7
Ελεύθερος επαγγελματίας	7	6,8
Άνεργος/Συνταξιούχος	56	54,4
Διαβίωση		
Μόνος	16	15,5
Με άλλους	87	84,5
Περιοχή μόνιμης κατοικίας		
Αστική	31	30,1
Μη αστική	72	69,9

τα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας το 36,9% αφορούσε σε ισχιαλγία/οσφυαλγία, το 17,5% αρθρίτιδα, το 15,5% κάταγμα άνω/κάτω άκρου, το 7,8% οστεοπόρωση και το 22,3% άλλες διαγνώσεις (πίνακας 2).

Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21), προσδιορίζομενη με τον συντελεστή Cronbach's Alpha, ήταν για τη συνολική Κλίμακα DASS $\alpha=0,98$ ενώ στις τρεις επιμέρους Υποκλίμακες: $\alpha=0,95$ για την Κατάθλιψη, $\alpha=0,96$ για το Άγχος και $\alpha=0,95$ για το Στρες. Το γεγονός ότι οι συντελεστές α είχαν τιμές $>0,70$ δείχνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων όλων των διαστάσεων της Κλίμακας (πίνακας 3).

Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21) παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Το σκορ για τη συνολική Κλίμακα DASS κυμαινόταν από 0 έως 122 με μέση τιμή 43,75. Η μέση τιμή του συνολικού σκορ της Κλίμακας DASS21 ήταν κάτω της τιμής 63 (μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων) γεγονός που δείχνει ότι η πλειονότητα των ασθενών του δείγματος εμφάνιζε σχετικά χαμηλές τιμές συνολικής ψυχικής καταπόνησης.

Στις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας DASS το σκορ για την Κατάθλιψη κυμαινόταν από 0 έως 42 με μέση τιμή 14,12, το σκορ για το Άγχος κυμαινόταν από 0 έως 40 με μέση τιμή 12,50 και το σκορ για το Στρες κυμαινόταν από 0 έως 42 με μέση τιμή 17,13. Με βάση τη μέση τιμή το μεγαλύτερο σκορ εμφάνιζε το Στρες, έπεται η Κατάθλιψη και τέλος το Άγχος.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά υγείας των ασθενών (n=103).

Χαρακτηριστικά υγείας	n	(%)
Καπνιστική συνήθεια		
Καπνιστής	26	25,2
Μη καπνιστής	54	52,4
Πρώην καπνιστής	23	22,3
Αξιολόγηση σωματικού βάρους		
Κάτω του φυσιολογικού	6	5,8
Φυσιολογικό	71	68,9
Άνω του φυσιολογικού	26	25,2
Διάγνωση Νόσου		
Ισχιαλγία/Οσφυαλγία	38	36,9
Κάταγμα άνω/κάτω άκρου	16	15,5
Αρθρίτιδα	18	17,5
Οστεοπόρωση	8	7,8
Άλλο	23	22,3

Πίνακας 3. Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες (DASS21).

Κλίμακα DASS21	Cronbach's alpha	Mean ± SD	Min – Max
Κατάθλιψη	0,95	14,12±13,31	0–42
Άγχος	0,96	12,50±13,38	0–40
Στρες	0,95	17,13±12,99	0–42
Συνολική ψυχική καταπόνηση	0,98	43,75±38,46	0–122

Κλίμακα πόνου

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας Πόνου (SFMPQ), προσδιοριζόμενη με τον συντελεστή Cronbach's Alpha, ήταν για τη συνολική Κλίμακα SFMPQ $\alpha=0,97$ ενώ στις δύο επιμέρους Υποκλίμακες: $\alpha=0,95$ για τον δείκτη αισθητηριακού πόνου και $\alpha=0,92$ για τον δείκτη συναισθηματικού πόνου. Το γεγονός ότι οι συντελεστές α είχαν τιμές $>0,70$ δείχνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων όλων των διαστάσεων της Κλίμακας (πίνακας 4).

Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Πόνου (SFMPQ) παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Η βαθμολόγηση του δείκτη έντασης του παρόντος πόνου κυμαινόταν από 0 έως 5 με μέση τιμή 2,17. Η μέση τιμή του δείκτη βρίσκεται περίπου στο μέσο της κλίμακας αξιολόγησης, δηλαδή μεταξύ του σημείου 2 (ενοχλητικός πόνος) και του σημείου 3 (οδυνηρός πόνος), γεγονός που φανερώνει ότι οι ασθενείς του δείγματος ισομεράζονταν μεταξύ χαμηλών και υψηλών τιμών έντασης παρόντος πόνου.

Αναφορικά με την εκτίμηση της αίσθησης (εντύπωσης) του πόνου, το σκορ του δείκτη συνολικής αίσθησης πόνου κυμαινόταν από 0 ως 45 με μέση τιμή 17,04 που αντιστοιχεί στην κλίμακα αξιολόγησης κάτω από το μέτριο επίπεδο. Στις δύο διαστάσεις του η μέση τιμή ήταν 12,52 για το σκορ του δείκτη αισθητηριακού πόνου (αντιστοιχεί κάτω από το μέτριο επίπεδο) και 4,51 για το σκορ του δείκτη συναισθηματικού πόνου (αντιστοιχεί κάτω από το μέτριο επίπεδο).

Πίνακας 4. Κλίμακα Πόνου (SFMPQ).

Κλίμακα SFMPQ	Cronbach's alpha	Mean ± SD	Min – Max
Αισθητηριακός πόνος	0,95	12,52±9,99	0–33
Συναισθηματικός πόνος	0,92	4,51±4,23	0–12
Συνολική αίσθηση πόνου	0,97	17,04±13,99	0–45
Ένταση παρόντος πόνου	–	2,17±1,21	0–5

Σχέση ψυχικής καταπόνησης και χαρακτηριστικών των ασθενών

Το φύλο σχετιζόταν με την κατάθλιψη ($p=0,085$), το στρες ($p=0,018$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,050$). Ειδικότερα οι άνδρες εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τις γυναίκες. Η ηλικία σχετιζόταν θετικά με την κατάθλιψη ($p<0,001$), το άγχος ($p<0,001$), το στρες ($p=0,001$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p<0,001$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν η ηλικία των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης. Ο αριθμός παιδιών σχετιζόταν θετικά με την κατάθλιψη ($p=0,037$), το άγχος ($p=0,043$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,085$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν ο αριθμός παιδιών των ασθενών τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συνολικής ψυχικής καταπόνησης. Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετιζόταν με την κατάθλιψη ($p=0,001$), το άγχος ($p=0,003$), το στρες ($p=0,002$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,001$). Ειδικότερα οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το επάγγελμα σχετιζόταν με την κατάθλιψη ($p=0,015$), το άγχος ($p=0,024$), το στρες ($p=0,021$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p=0,016$). Ειδικότερα οι άνεργοι/συνταξιούχοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους δημόσιους υπαλλήλους. Η διάγνωση του μυοσκελετικού προβλήματος υγείας σχετιζόταν με την κατάθλιψη ($p<0,001$), το άγχος ($p=0,001$),

το στρες ($p < 0,001$) και τη συνολική ψυχική καταπόνηση ($p < 0,001$). Ειδικότερα οι ασθενείς με κάταγμα άνω/κάτω άκρου και οι ασθενείς με αρθρίτιδα εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τους ασθενείς με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας.

Σχέση σωματικού πόνου και χαρακτηριστικών των ασθενών

Το φύλο σχετιζόταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p = 0,004$), τον συναισθηματικό πόνο ($p = 0,021$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p = 0,005$). Ειδικότερα οι άνδρες εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τις γυναίκες. Η ηλικία σχετιζόταν θετικά με τον αισθητηριακό πόνο ($p < 0,001$), τον συναισθηματικό πόνο ($p = 0,007$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p = 0,001$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν η ηλικία των ασθενών τόσο αυξανόταν τα επίπεδα αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου. Ο αριθμός παιδιών οριακά σχετιζόταν θετικά με τον αισθητηριακό πόνο ($p = 0,081$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p = 0,090$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν ο αριθμός παιδιών των ασθενών τόσο αυξανόταν τα επίπεδα αισθητηριακού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου. Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετιζόταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p < 0,001$), τον συναισθηματικό πόνο ($p = 0,003$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p = 0,001$). Ειδικότερα οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Το επάγγελμα σχετιζόταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p = 0,015$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p = 0,032$). Ειδικότερα οι άνεργοι/συνταξιούχοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους δημόσιους υπαλλήλους.

Η περιοχή μόνιμη κατοικίας σχετιζόταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p = 0,049$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p = 0,090$). Ειδικότερα οι διαμένοντες σε μη αστική περιοχή εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους διαμένοντες σε αστική περιοχή. Η διάγνωση του μυοσκελετικού προβλήματος υγείας σχετιζόταν με τον αισθητηριακό πόνο ($p < 0,001$), τον συναισθηματικό πόνο ($p < 0,001$) και τη συνολική αίσθηση του πόνου ($p < 0,001$). Ειδικότερα οι ασθενείς με κάταγμα άνω/κάτω άκρου και οι ασθενείς με αρθρίτιδα εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές αισθητηριακού πόνου, συναισθηματικού πόνου και συνολικής αίσθησης του πόνου από τους ασθενείς με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας.

Σχέση ψυχικής καταπόνησης και σωματικού πόνου

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 διαπιστώθηκε ότι ο σωματικός πόνος επιδρούσε θετικά, αυξάνοντας την ψυχική καταπόνηση των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,001$ σε όλες τις διαστάσεις του.

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ψυχικής καταπόνησης και του πόνου ασθενών με ΜΣΠ και της πιθανής μεταξύ τους σχέσης. Επιπλέον στόχο της μελέτης αποτέλεσε και η διερεύνηση της επίδρασης που πιθανόν έχουν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά υγείας των ασθενών αυτών στα επίπεδα τόσο της ψυχικής καταπόνησης, όσο και του πόνου.

Στην έρευνα που διερευνήθηκε οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι πονούσαν σε τουλάχιστον ένα σημείο του μυοσκελετικού τους συστήματος, με συχνότερη εντόπιση την ΟΜΣΣ και τις αρθρώσεις των κάτω και άνω άκρων. Το εύρημα είναι σύμφωνο με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία που αναφέρει υψηλά ποσοστά επικράτησης του εντοπισμού αυτού του πόνου σε αρκετές ομάδες πληθυσμού όπως αθλητές, ηλικιωμένους αλλά και νοσηλευτές.¹⁶⁻¹⁸

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη συνολική ψυχική καταπόνηση των ασθενών και τις υποκλίμακες αυτής είναι το φύλο, η ηλικία, ο αριθμός παιδιών και το επάγγελμα. Οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης από τις γυναίκες, ενώ όσο αυξανόταν η ηλικία των ασθενών, τόσο αυξανόταν τα επίπεδα κατάθλιψης, ανησυχίας, στρες και συνολικής ψυχικής καταπόνησης. Ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών παρουσίασε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης, άγχους και συνολικής ψυχικής καταπόνησης, ενώ οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι ασθενείς εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους δημόσιους υπαλλήλους. Επιπρόσθετα η κατηγορία διάγνωσης φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά τόσο με τη συνολική ψυχική καταπόνηση, όσο και με την κατάθλιψη, την ανησυχία και το στρες. Ειδικότερα οι ασθενείς με κάταγμα άνω/κάτω άκρου και οι ασθενείς με αρθρίτιδα εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους ασθενείς με άλλα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας. Το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μόνο με το επίπεδο κατάθλιψης, καθώς οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 5. Συσχέτιση της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS21) με την Κλίμακα Πόνου (SFMPQ) των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας.

Κλίμακα DASS21		Κλίμακα SFMPQ			
		Ένταση παρόντος πόνου	Αισθητηριακός πόνος	Συναισθηματικός πόνος	Συνολική αίσθηση πόνου
Κατάθλιψη	r	0,497	0,796	0,804	0,812
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Άγχος	r	0,470	0,765	0,739	0,770
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Στρες	r	0,527	0,797	0,788	0,808
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολική ψυχική καταπόνηση	r	0,514	0,811	0,802	0,822
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Η κατάθλιψη περιπλέκει τη φροντίδα και διαχείριση των ορθοπεδικών ασθενών με πόνο, καθώς μελέτες καταδεικνύουν σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων τους, γεγονός που έχει επιπτώσεις στα θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι ορθοπεδικοί ασθενείς που παρουσιάζουν και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης προβαίνουν σε συχνότερες αναφορές στον πόνο τους και δηλώνουν μεγαλύτερη ένταση πόνου, με σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική τους ζωή.^{19,20}

Ο πόνος και η κατάθλιψη συνυπάρχουν συχνά, γεγονός που καθιστά πολύ σημαντική τη συνεχή αξιολόγηση και θεραπεία και των δύο αυτών καταστάσεων. Σε προγενέστερες μελέτες ο παράγοντας φύλο έχει αξιολογηθεί ως ένας σημαντικός δημογραφικός παράγοντας που επιδρά τόσο στο επίπεδο του πόνου που βιώνεται, όσο και στη συνυπάρχουσα κατάσταση κατάθλιψης. 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. Οι διαφορές που απορρέουν από το φύλο, όπως διαφορές οικογενειακού και κοινωνικού ρόλου ή πολιτισμικές διαφορές, συμπεριλαμβανομένων και των προσδοκιών που απορρέουν από το φύλο, φαίνεται πως είναι οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο του αυτο-αναφερόμενου επιπέδου πόνου και κατάθλιψης.^{21,22}

Το άγχος, η κατάθλιψη, η καταστροφολογία, η τάση να μεγεθύνεται η αξία και η απειλή του ερεθίσματος του πόνου και η αίσθηση έλλειψης βοήθειας στα πλαίσια του πόνου, αποτελούν γνωστικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, οι οποίοι θεωρείται πως συμβάλλουν στις διαφορετικές αντιδράσεις των δύο φύλων απέναντι στον πόνο.²³ Η αρνητική επίδραση του πόνου στην ψυχολογία

του ασθενούς και η εμφάνιση κατάθλιψης μπορούν να ερμηνευθούν από το γεγονός ότι η κατάθλιψη και ο πόνος μοιράζονται τις ίδιες βιολογικές οδούς και τους ίδιους νευροδιαβιβαστές.^{24,25}

Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στην Κορέα και στην οποία συμμετείχαν 1.295 άνδρες και 1.658 γυναίκες άνω των 50 ετών, εξετάστηκαν η παρουσία και η ένταση του πόνου στην άρθρωση του γόνατος ως παράγοντες κινδύνου για χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Στη μελέτη αυτή για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το EQ-5D. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η γήρανση, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χειρωνακτική εργασία, η παχυσαρκία και η οστεοαρθρίτιδα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την παρουσία πόνου στην άρθρωση του γόνατος, ενώ τα άτομα που βίωναν πόνο στο γόνατο, δήλωσαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τα άτομα χωρίς πόνο, γεγονός που καταδεικνύει ότι είναι σημαντικές οι πρώιμες επεμβατικές προσεγγίσεις για τη μείωση της ιατρικής, κοινωνικής και οικονομικής επιβάρυνσης του πόνου.²⁶

Ο χρόνιος πόνος στην περιοχή της πλάτης (CLBP) συνδέεται με σημαντική αναπηρία και εκπτώσεις στη σωματική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συνολική λειτουργία και παραγωγικότητα. Στους ασθενείς που βιώνουν CLBP η κατάθλιψη είναι συχνά παρούσα. Ωστόσο δεν έχει κατανοηθεί πλήρως ποιες είναι οι επιπτώσεις της παρουσίας κατάθλιψης ή συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ασθενείς με CLBP. Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία σε δείγμα τέτοιων ασθενών έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και οι επιπτώσεις της στην επαγγελματική απόδοση και τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η παρουσία κατάθλιψης συνδέεται σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα πόνου, μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής, μειωμένη παραγωγικότητα στην εργασία και αυξημένη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτόν συνίσταται στους θεράποντες να διερευνούν πάντοτε σε ασθενείς με CLBP την ύπαρξη ή μη συνυπάρχουσας κατάθλιψης.²⁷

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα ερευνητική μελέτη παρουσιάζει περιορισμούς, οι οποίοι καθιστούν δύσκολη την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων, όπως είναι το μικρό δείγμα. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας σε συγκεκριμένο νοσοκομείο με συνέπεια από τα 103 άτομα του δείγματος ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων να είναι σχετικά μικρός. Αρκετοί ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν δυσκολίες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, λόγω προβλημάτων υγείας ή λόγω χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Αρκετοί επίσης ήταν και οι ασθενείς που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το δείγμα των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη να είναι σχετικά μικρό, γεγονός που καθιστά αβέβαιη και επισφαλής τη διατύπωση γενικεύσιμων συμπερασμάτων.

Ωστόσο παρά τους παραπάνω περιορισμούς και λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα ανάλογων μελετών, κυρίως του εξωτερικού, τα ευρήματα κρίνονται από τους ερευνητές ως αξιόπιστα και ασφαλή, τόσο συνολικά, όσο και στις επιμέρους μεταβλητές και ενδείκνυται να χρησιμοποιηθούν στον ελληνικό χώρο, αλλά και διε-

θνώς, συμβάλλοντας στην ενδεδειγμένη και αποτελεσματική αξιολόγηση του σωματικού πόνου και στη συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ψυχική καταπόνηση.

Βέβαια κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιηθούν παρόμοιες μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, σε περισσότερα νοσοκομεία και με τυχαία δειγματοληψία ώστε να εξαχθούν αποτελέσματα με μεγαλύτερη εγκυρότητα.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, η μελέτη έδειξε ότι η γήρανση, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χειρωνακτική εργασία, η παχυσαρκία και η οστεοαρθρίτιδα ήταν παράγοντες κινδύνου για τον σωματικό πόνο και τα άτομα αυτά βιώνουν υψηλή ψυχική καταπόνηση. Η ισχυρή στατιστική συσχέτιση μεταξύ πόνου και ψυχικής καταπόνησης αναδεικνύει σχέση μεταξύ σωματικού πόνου και της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα υγείας. Γίνεται λοιπόν αντιληπτή η αναγκαιότητα μιας ολιστικής προσέγγισης στη θεραπεία του πόνου σε άτομα με ορθοπεδικά προβλήματα, όπου θα περιλαμβάνονται τόσο παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην αντιμετώπιση του σωματικού πόνου, όσο και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της ψυχικής καταπόνησης και στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ασθενών αυτών. Τέλος τα ευρήματα της παρούσας μελέτη αποτελούν έναυσμα για περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες με διαχρονικό σχεδιασμό, ώστε να προσδιοριστούν καλύτερα οι σχέσεις που εντοπίστηκαν μεταξύ σωματικού πόνου, ψυχικής καταπόνησης και δημογραφικών και χαρακτηριστικών υγείας των ασθενών.

ABSTRACT

Body Pain and Psychological Distress in Patients with Orthopedic Problems

Ioanna V. Papathanasiou,^{1,2} Foteini Kaberi,³ Sophia Kastanidou,⁴ Foteini Malli,¹ Georgios Zakynthinos,⁵ Konstantinos Tsaras,⁶ Dimitrios Papagiannis,^{7,2} Evangelos C. Fradelos^{8,2}

¹Associate Professor, Nursing Department, University of Thessaly,

²Community Nursing Lab, Nursing Department, University of Thessaly,

³RN, MSc, General Hospital of Grevena,

⁴PhD, Med, European School Luxembourg II, Luxembourg,

⁵MD, Nursing Department, University of Thessaly,

⁶Associate Professor, General Department, University of Thessaly,

⁷Assistant Professor, Nursing Department, University of Thessaly,

⁸RN, MSc, PhD, "Sotiria" Athens General Hospital for Chest Diseases, Athens, Greece

Introduction: Pain is of fundamental importance to humans, it is a warning system. Advances in medicine and nursing have provided a more in-depth knowledge and understanding of the whole dimension of pain. **Objective:** To investigate the effect of physical pain on the mental health of patients with orthopedic problems, as well as their relationship with the characteristics of patients. **Material and Method:** A cross-sectional study was conducted in which 103 patients with musculoskeletal disorders hospitalized in an Orthopedic General Hospital Clinic, participated.

An anonymous questionnaire consisting of three question sections was used to collect the data, (a) Questions of demographic and social characteristics, health and functionality, (b) The SFMPQ Pain Investigation Questionnaire, (c) The DASS-21 Depression, Anxiety and Stress Scale. Parametric tests were used for statistical data processing. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** Of the 103 patients, 67.0% were women and 33.0% were men. The age ranged from 26 to 89 years, with an average of 63.81 years. Gender, age, number of children, level of education and occupation are associated with depression, stress and overall mental stress. All dimensions of pain (intensity of present pain, sensory pain, emotional pain, total pain sensation) were positively correlated with stress intensity ($p < 0.001$), depression ($p < 0.001$) and stress ($p < 0.001$). **Conclusions:** Pain is a common problem in patients with orthopedic health problems related to their mental health. The treatment must be patient-centered, under an holistic approach.

Key-words: Pain, depression, psychological distress, orthopedic problems.

✉ **Corresponding Author:** Ioanna V. Papathanasiou, Community Nursing Lab, Nursing Department, University of Thessaly, Gaiopolis Campus, Larissa-Trikala Ring Road, GR-415 00 Larissa, Greece, Tel: (+30) 6977 637 933, 2410-684 446, e-mail: iopapathanasiou@yahoo.gr , iopapathanasiou@uth.gr

Βιβλιογραφία

- Eisenberger NI, Lieberman M. *Why it hurts to be left out: The neurocognitive overlap between physical and social pain, The Social Outcast: Ostracism, Social Exclusion, Rejection, & Bullying (Sydney Symposium of Social Psychology)*, East Sussex: Psychology Press 2005, p. 210
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia* 2008, 101:17–24. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18487245>
- Bresin K, Kling L, Verona E. The effect of acute physical pain on subsequent negative emotional affect: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2018, 9:273–283. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28368146>
- Bruehl S, Burns JW, Chung OY, Chont M. Pain-related effects of trait anger expression: neural substrates and the role of endogenous opioid mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2009, 33:475–491. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146872>
- Coda BA, Bonica JJ. General considerations of acute pain. In: Panswick CC, Main CJ (eds) *Pain management: an interdisciplinary approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=r9FWvgAACAAJ&dq=978044305683%203&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjx72e2sPiAhXKGewKHUwIAWMQ6AEIjzAA>
- Rosenbloom BN, Khan S, McCartney C, Katz J. Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. *J Pain Res* 2013, 6:39-51, <https://doi.org/10.2147/JPR.S38878>
- Srahbzu M, Yigizaw N, Fanta T, Assefa D, Tirfeneh E. Prevalence of Depression and Anxiety and Associated Factors among Patients Visiting Orthopedic Outpatient Clinic at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2017. *J Psychiatry* 2018, 21:450, doi: 10.4172/2378-5756.1000450
- O'donnell ML, Creamer M, Elliott P, Atkin C, Kossmann T. Determinants of quality of life and role-related disability after injury: impact of acute psychological responses. *J Trauma* 2005, 59:1328-1335
- Craig KD. Emotions and psychobiology. In: McMahon S, Koltzenburg M (eds) *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Churchill Livingstone, Elsevier, 2005:72 Forrest
- Organization WH. The Global Burden of Disease: 2004 Update. In: *Department of Health Statistics and Informatics IEaRC* (ed) Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2008
- Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Eliasziw M. Major depression and injury risk. *Canadian journal of psychiatry. Rev Can Depsychiatr* 2010, 55:313–318
- Κόλλια Κ, Δαμίγος Δ, Μαυρέας Β, Γκούβα Μ. Συγκριτική μελέτη ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και φύλου σε ασθενείς με χρόνια πόνο. *Interscient Hlth Care* 2011, 3:30–37
- Σαράφης Π, Αρβανίτη Μ, Ξένου Ε, Μήτσιου Κ, Ρόκα Β, Γαϊτάνου Κ και συν. Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα για το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία. *Ελλην Περιοδ Νοσηλευτ Επιστ* 2008, 1:23–32
- Lyrakos GN, Arvaniti C, Smyrnioti M, Kostopanagiotou G. Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *Eur Psychiatry* 2011, 26:1731
- Georgoudis G, Watson PJ, Oldham JA. The development and validation of a Greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *Eur J Pain* 2000, 4:275–281, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10985871>

16. Hoy D, March L, Brooks P, Woolf A, Blyth F, Vos T, Buchbinder R. Measuring the global burden of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010, 24:155–165, doi: 10.1016/j.berh.2009.11.002
17. Αρμένης Η, Καραγκούνης Π, Πριονάς Γ, Πεφάνης Ν, Μπαλτόπουλος Π. Αίτια πρόκλησης οσφυαλγίας σε αθλητές και μη αθλητές φοιτητές. Αναδρομική μελέτη 4 ετών. *Ιατρ Χρον* 2008, 21:347–352
18. Ρίκος Ν, Περδικάρης Π, Αλμυράκη Α, Θεοδωράκη Α, Κατσαράκη Α, Λιναρδάκης Μ και συν. Καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό στα νοσοκομεία Χανίων και Ηρακλείου. *Νοσηλευτική* 2008, 54:375–386
19. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Maher CG, Ordoñana JR, Andrade TB et al. Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *Spine J* 2016, 16:105–116
20. Bean DJ, Johnson MH, Kydd RR. Relationships between psychological factors, pain, and disability in complex regional pain syndrome and low back pain. *Clin J Pain* 2014, 30:647–653
21. Fillingim RB. Sex, gender, and pain. In: *Principles of Gender-Specific Medicine*. Academic Press, 2017
22. Snekkevik H, Eriksen HR, Tangen T, Chalder T, Reme SE. Fatigue and depression in sick-listed chronic low back pain patients. *Pain Med* 2014, 15:1163–1170
23. de Moraes Vieira ÉB, de Góes Salvetti M, Damiani LP, de Mattos Pimenta CA. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Managem Nurs* 2014, 15:593–602
24. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016, 17:447
25. Han C, Pae CU. Pain and depression: a neurobiological perspective of their relationship. *Psychiatry Investig* 2015, 12:1
26. Kim W, Jin YS, Lee CS, Bin SI, Lee SY, Choi KH. Influence of knee pain and low back pain on the quality of life in adults older than 50 years of age. *PM & R* 2015, 7:955–961
27. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016, 17:447