



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Ο Πόνος σε ασθενείς με οσφυοισχιαλγία: Συσχετίσεις με την Ψυχική Υγεία
και την Ποιότητα Ζωής»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΠΑΥΛΟΣ Γ. ΒΛΑΧΟΣ

ΜΑΙΟΣ 2026

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΕΡΓΕΝΤΑΝΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΣΥΝ-ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΟΜΑΓΕΡ ΦΙΛΙΠΠΟΣ

Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο 2026

Η παρούσα εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΑΠ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΑΠ όπου εκπονήθηκε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οσφυοισχιαλγία αποτελεί μια συχνή μυοσκελετική κατάσταση, η οποία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σωματική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής, της ψυχικής υγείας και του αντιληπτού πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική συγχρονική έρευνα σε δείγμα 125 ενήλικων ασθενών με διάγνωση οσφυοισχιαλγίας, οι οποίοι προσήλθαν σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Ανατολικής Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλάμβανε την κλίμακα SF-12 για την ποιότητα ζωής, την κλίμακα DASS-21 για την ψυχική υγεία και την κλίμακα BPI για την αξιολόγηση του πόνου.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία εμφάνισαν χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής, αυξημένα συμπτώματα στρες και κατάθλιψης και σχετικά υψηλό επίπεδο πόνου. Ο πόνος σχετίστηκε αρνητικά με την ποιότητα ζωής και θετικά με τη συμπτωματολογία άγχους, στρες και κατάθλιψης. Επιπλέον, ο πόνος και η ψυχική επιβάρυνση αναδείχθηκαν ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής.

Συμπεράσματα: Η οσφυοισχιαλγία επηρεάζει σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών καθώς και την ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς, η διαχείριση των ασθενών με οσφυοισχιαλγία πρέπει να περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που θα βασίζεται στην αξιολόγηση του πόνου, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής τους.

Λέξεις-κλειδιά: οσφυοισχιαλγία, πόνος, ψυχική υγεία, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Introduction: Low back pain is a common musculoskeletal condition that can significantly affect physical function, mental health and quality of life of patients.

Purpose: The purpose of this thesis was to investigate the correlation between quality of life, mental health and perceived pain in patients suffering from low back pain.

Material and Method: A quantitative cross-sectional study was conducted on a sample of 125 adult patients diagnosed with low back pain, who attended primary health care facilities in Eastern Attica. Data collection was done with a self-report questionnaire, which included the SF-12 scale for quality of life, the DASS-21 scale for mental health and the BPI scale for pain assessment.

Results: The results showed that patients with low back pain had a low quality of life, increased symptoms of stress and depression and a relatively high level of pain. Pain was negatively associated with quality of life and positively associated with symptoms of anxiety, stress and depression. Furthermore, pain and mental burden emerged as important predictors of quality of life.

Conclusions: Low back pain significantly affects the physical and mental health of patients as well as their quality of life. Therefore, the management of patients with low back pain should include a comprehensive approach based on the assessment of their pain, mental health and quality of life.

Key words: low back pain, pain, mental health, quality of life

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ABSTRACT	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	v
Εισαγωγή	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
Κεφάλαιο 1. Εννοιολογικοί ορισμοί και θεωρητικό πλαίσιο	4
1.1. Οσφυοισχιαλγία	4
1.1.1 Ορισμός πόνου	4
1.1.2 Οσφυοισχιαλγία	5
1.2. Ψυχική Υγεία	6
1.2.1 Ορισμός ψυχικής υγείας	6
1.2.2 Ψυχική υγεία ασθενών με οσφυοισχιαλγία	8
1.3 Ποιότητα ζωής	9
1.3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής	9
1.3.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με οσφυοισχιαλγία	11
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία έρευνας	13
2.1. Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	13

2.2. Ερευνητικός σχεδιασμός	14
2.3. Εργαλεία έρευνας	15
2.3.1. Κλίμακα ποιότητα ζωής SF-12	15
2.3.2. Κλίμακα ψυχικής υγείας DASS-21	16
2.3.3. Κλίμακα πόνου Brief Pain Inventory (BPI)	17
2.4. Δείγμα έρευνας	18
2.5. Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων	18
2.6. Ηθική και δεοντολογία έρευνας	19
Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα έρευνας	21
3.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	21
3.2. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης	22
3.2.1. Ποιότητα ζωής ασθενών με οσφυοισχιαλγία	22
3.2.2. Ψυχική υγεία ασθενών με οσφυοισχιαλγία	24
3.2.3. Επίπεδο πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία	27
3.3. Έλεγχος διαφορών ως προς το φύλο των ασθενών	29
3.4. Έλεγχος διαφορών ως προς την ηλικία των ασθενών	31
3.5. Συσχέτιση πόνου, ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας ασθενών με οσφυοισχιαλγία	33
3.6 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης	35
Κεφάλαιο 4. Συζήτηση και συμπεράσματα	42
4.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων	42
4.2. Περιορισμοί έρευνας	44

4.3. Συμπεράσματα	45
Βιβλιογραφικές αναφορές	46
Παράρτημα	54

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος ($N = 125$)	21
Πίνακας 2. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για την ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία	23
Πίνακας 3. Σύγκριση ποιότητας ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού	24
Πίνακας 4. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για την ψυχική υγεία των ασθενών με οσφυοισχιαλγία	25
Πίνακας 5. Κατάταξη συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης στους ασθενείς με οσφυοισχιαλγία	26
Πίνακας 6. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις ερωτήσεις της κλίμακας BPI	29
Πίνακας 7. Συγκρίσεις ως προς το φύλο των ασθενών	30
Πίνακας 8. Συντελεστής συσχέτισης Spearman rho μεταξύ ηλικίας των ασθενών και μεταβλητών της έρευνας	32
Πίνακας 9. Συντελεστής συσχέτισης Spearman rho μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας	35
Πίνακας 10. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με τη φυσική υγεία και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, την ψυχική υγεία και τον πόνο	36
Πίνακας 11. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με τη φυσική υγεία και ανεξάρτητες το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη	36

Πίνακας 12. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, την ψυχική υγεία και τον πόνο	37
Πίνακας 13. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία και ανεξάρτητες το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη	38
Πίνακας 14. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο	38
Πίνακας 15. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το άγχος και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο	39
Πίνακας 16. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το στρες και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο	40
Πίνακας 17. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα DASS-21 και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο	40
Πίνακας 18. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον πόνο και ανεξάρτητες το φύλο και την ηλικία	41
Πίνακας 19. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την επίδραση του πόνου στην καθημερινή ζωή και ανεξάρτητες το φύλο και την ηλικία	41

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Ηλικιακή κατανομή στο δείγμα της έρευνας	22
Διάγραμμα 2. Κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και άγχους ...	27
Διάγραμμα 3. Μέση βαθμολογία άγχους ασθενών ως προς το φύλο τους	31
Διάγραμμα 4. Διαγραμματική απεικόνιση της σχέσης μεταξύ ηλικίας και κατάθλιψης	33

Εισαγωγή

Ο χρόνιος πόνος συνιστά παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας, με συνέπειες που δεν περιορίζονται στο σώμα: η σωματική υγεία, η ψυχολογική ευεξία και η κοινωνική λειτουργικότητα επιβαρύνονται ταυτόχρονα (Steingrimsdóttir et al., 2017). Όταν ο πόνος διαρκεί, συνοδεύεται συχνά από κατάθλιψη, μελαγχολία, απελπισία, μοναξιά, απώλεια της αίσθησης ταυτότητας και υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής (Ojala et al., 2014). Το μέγεθος του φαινομένου αποτυπώνεται στα επιδημιολογικά δεδομένα: ένας στους πέντε ενήλικες στην Ευρώπη αναφέρει χρόνιο ή υποτροπιάζοντα πόνο (Breivik et al., 2005), ενώ κάθε χρόνο ένας στους δέκα ενήλικες παγκοσμίως λαμβάνει διάγνωση χρόνιου πόνου (Goldberg & McGee, 2011). Ο χρόνιος πόνος, επομένως, δεν είναι απλώς ένα σύμπτωμα ή μια σωματική ενόχληση, αλλά μια σύνθετη κατάσταση που διαπερνά την καθημερινότητα, τη λειτουργικότητα και τη συνολική ευημερία του ατόμου.

Ανάμεσα στις αιτίες πόνου και λειτουργικού περιορισμού στους ενήλικες, η οσφυοισχιαλγία κατέχει από τις πρώτες θέσεις. Πρόκειται για πόνο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης που αντανακλά κατά την πορεία του ισχιακού νεύρου προς τον γλουτό και τον μηρό και, σε ορισμένες περιπτώσεις, φτάνει έως την κνήμη και το πέλμα (Fairag et al., 2022). Στο υπόβαθρό της βρίσκονται αίτια όπως η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις ή η μηχανική καταπόνηση, με αντίστοιχη επιβάρυνση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας (Wu et al., 2020). Η σημασία της πάθησης έγκειται ακριβώς στο εύρος των περιορισμών που επιφέρει: στην καθημερινότητα, στην ικανότητα εργασίας, στην αυτοεξυπηρέτηση, ακόμη και στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Διεθνώς, η οσφυοισχιαλγία καταγράφεται μεταξύ των συχνότερων αιτιών χρόνιου πόνου και ανικανότητας, με αποτύπωμα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική ευεξία.

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι η οσφυαλγία (LBP) είναι το συχνότερο σύνδρομο πόνου στην Ευρώπη, αφορώντας περίπου το 50% του πληθυσμού (Anselmo et al., 2024). Ο επίμονος πόνος συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες, τα οποία με τη σειρά τους περιορίζουν την κοινωνική και καθημερινή λειτουργικότητα (Baird & Sheffield, 2016). Η σχέση αυτή, ωστόσο, δεν είναι μονόδρομη: η ψυχολογική επιβάρυνση εντείνει την αντίληψη της έντασης του πόνου, ενώ ο διαρκής πόνος επιδεινώνει με τη σειρά του την ψυχική κατάσταση του ασθενούς.

Η επίμονη οσφυοισχιαλγία διαμορφώνεται ταυτόχρονα από φυσικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση και, κατ' επέκταση, την πολυδιάστατη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής για την κατανόηση των συνεπειών του χρόνιου οσφυϊκού πόνου (Anselmo et al., 2024). Οι Hnatešen et al. (2022) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο στη μέση βαθμολογούν τη σωματική τους υγεία σημαντικά χαμηλότερα από την ψυχική, εύρημα που στηρίζει την ανάγκη μιας διεπιστημονικής διαχείρισης η οποία απαντά εξίσου στη σωματική και στην ψυχολογική διάσταση. Συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν, εξάλλου, ότι υψηλό ποσοστό ενηλίκων με οσφυαλγία εμφανίζει συμπτώματα νεύρωσης ή κλινική κατάθλιψη (Cao et al., 2025). Στον χρόνια πόνο της μέσης τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνοδεύονται από εντονότερο πόνο (Wong et al., 2022) και από βραδύτερη ή ατελή αποκατάσταση (Kao et al., 2021; Wong et al., 2022), ενώ στον οξύ πόνο έχουν συσχετιστεί με αυξημένη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Jareebi, 2026; Sellami et al., 2025). Η ψυχική υγεία, συνεπώς, δεν αποτελεί δευτερεύουσα διάσταση της οσφυοισχιαλγίας, αλλά παράγοντα που συνδέεται με την ένταση του πόνου, με την πορεία της αποκατάστασης και με τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών.

Από τα παραπάνω προκύπτει η ανάγκη μιας ολιστικής και διεπιστημονικής διαχείρισης της οσφυοισχιαλγίας, η οποία να λαμβάνει υπόψη εξίσου τη σωματική και την

ψυχική διάσταση της υγείας. Η μελέτη της αλληλεπίδρασης πόνου, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής έχει άμεση αξία για τον σχεδιασμό και τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, καθώς επιτρέπει πιο στοχευμένες και πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Υπό την οπτική αυτή, η φροντίδα μετατοπίζεται από την απλή αντιμετώπιση του πόνου προς τη συνολική διαχείριση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών της πάθησης. Η έρευνα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναμένεται να επιβεβαιώσει ότι η ένταση του πόνου συσχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία και με την ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία. Τα ευρήματά της μπορούν, τέλος, να συνεισφέρουν στις στρατηγικές διοίκησης μονάδων υγείας, αναδεικνύοντας την ανάγκη ενσωμάτωσης της ψυχολογικής υποστήριξης και της διαχείρισης του πόνου στα προγράμματα φροντίδας αυτών των ασθενών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Εννοιολογικοί ορισμοί και θεωρητικό πλαίσιο

1.1. Οσφουοισχιαλγία

1.1.1 Ορισμός πόνου

Η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) ορίζει τον πόνο ως δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης (Merskey, 1994). Ο ορισμός αυτός τοποθετεί ρητά τη συναισθηματική διάσταση δίπλα στο σωματικό ερέθισμα, αναγνωρίζοντας ότι η εμπειρία του πόνου διαμορφώνεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η αξιολόγησή του δεν μπορεί, επομένως, να εξαντλείται στην ένταση ή στη διάρκεια των συμπτωμάτων: οφείλει να συνυπολογίζει τον τρόπο με τον οποίο ο πόνος επηρεάζει τη λειτουργικότητα, την ψυχική κατάσταση και την ποιότητα ζωής όσων τον βιώνουν (Cohen et al., 2018).

Επειδή ο πόνος είναι υποκειμενικός, η αποτίμησή του στηρίζεται στην αναφορά του ίδιου του ασθενούς: ασθενείς με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά μπορεί να περιγράφουν σημαντικά διαφορετική ένταση και διαφορετικές συνέπειες (Treede et al., 2018). Η σύγχρονη ιατρική στρέφει έτσι το ενδιαφέρον της όχι μόνο στην αιτία του πόνου, αλλά και στον αντίκτυπό του στη λειτουργικότητα του ασθενούς (Nicholas et al., 2018).

Η διάρκεια αποτελεί το συνηθέστερο κριτήριο ταξινόμησης, με τον πόνο να διακρίνεται σε οξύ, υποξύ και χρόνιο. Η διάκριση δεν είναι τυπική: διαφορετική διάρκεια συμπτωμάτων παραπέμπει σε διαφορετικούς μηχανισμούς, σε διαφορετικές θεραπευτικές

ανάγκες και σε διαφορετικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών (Hartvigsen et al., 2018). Ως οξύς χαρακτηρίζεται ο πόνος διάρκειας έως 6 εβδομάδων, ως υποξύς ο πόνος που διαρκεί από 6 έως 12 εβδομάδες και ως χρόνιος ο πόνος που επιμένει 12 εβδομάδες ή περισσότερο (Grichnik & Ferrante, 1991).

Ο οξύς πόνος επιτελεί κατά κανόνα προστατευτική λειτουργία, αφού λειτουργεί ως προειδοποιητικό σήμα για πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών (Raja et al., 2020). Ο χρόνιος πόνος, αντίθετα, επιμένει πέρα από τον αναμενόμενο χρόνο και εξελίσσεται ο ίδιος σε πρόβλημα υγείας, με συνέπειες στη σωματική και στην ψυχική σφαίρα (Treede et al., 2018). Το αν θα συντελεστεί αυτή η μετάβαση δεν κρίνεται μόνο από τη βαρύτητα της αρχικής κατάστασης: καθοριστικό ρόλο παίζουν η ψυχολογική επιβάρυνση, ο φόβος, η αποφυγή δραστηριοτήτων και τα ίδια τα χαρακτηριστικά του ασθενούς (Hartvigsen et al., 2018).

1.1.2 Οσφυοισχιαλγία

Ως μυοσκελετικός ορίζεται ο πόνος που προέρχεται από το μυοσκελετικό σύστημα. Όταν εντοπίζεται στην περιοχή που εκτείνεται από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης έως τη γλουτιαία πτυχή, αποδίδεται συνήθως με τον όρο οσφυαλγία (low back pain – LBP) (Zhou et al., 2024). Στη βιβλιογραφία απαντώνται και άλλοι συνώνυμοι όροι, όπως πόνος στη μέση, διαταραχές της οσφυϊκής μοίρας, προβλήματα οσφυαλγίας, ραχιαλγία, σύνδρομο οσφυαλγίας και κάκωση της οσφυϊκής περιοχής. Όταν η αιτιολογία παραμένει άγνωστη, όπως συμβαίνει συχνά, χρησιμοποιείται ο όρος μη ειδική οσφυαλγία, ο οποίος υιοθετείται και στην παρούσα εργασία (Maher et al., 2016).

Η οσφυοισχιαλγία περιγράφει την κλινική εικόνα κατά την οποία ο πόνος εντοπίζεται στην οσφυϊκή περιοχή και αντανακλά προς το κάτω άκρο, τυπικά κατά μήκος του ισχιακού νεύρου (van der Windt et al., 2010). Ανάλογα με το νεύρο που προσβάλλεται, η αντανάκλαση

μπορεί να φτάνει από τη μέση στον γλουτό, στον μηρό, στην κνήμη ή στο πέλμα (Berry et al., 2019). Ο πόνος έχει συχνά νευροπαθητικά χαρακτηριστικά και περιγράφεται ως καυστικός, οξύς ή αιφνίδιος, σαν ηλεκτρικό ερέθισμα, ενώ μπορεί να συνυπάρχει μυϊκή αδυναμία στο κάτω άκρο (Berry et al., 2019). Η εικόνα αυτή παραπέμπει σε ερεθισμό νευρικής ρίζας και διαφοροποιεί την οσφυοισχιαλγία από την απλή οσφυαλγία, η οποία περιορίζεται συνήθως στην οσφυϊκή περιοχή χωρίς αντανάκλαση προς το σκέλος (Fourré et al., 2022).

Στη χρόνια οσφυαλγία και στην οσφυοισχιαλγία ο πόνος αποκτά ιδιαίτερο βάρος, ακριβώς επειδή διαμορφώνει το σύνολο της εμπειρίας του ασθενούς (Maher et al., 2016). Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η έντασή του δεν αντιστοιχεί πάντοτε στα απεικονιστικά ή παθολογοανατομικά ευρήματα, γεγονός που τεκμηριώνει την ανάγκη πολυπαραγοντικής αξιολόγησης (Hartvigsen et al., 2018). Στον χρόνιο πόνο, μάλιστα, η σχέση σωματικής υγείας, λειτουργικής ανικανότητας και ψυχολογικής δυσφορίας είναι σύνθετη και σπανίως ευθέως ανάλογη προς το αίσθημα του πόνου (Nicholas et al., 2018). Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση του πόνου στην οσφυοισχιαλγία οφείλει να καλύπτει τρία επίπεδα: την ένταση, τη διάρκεια των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις τους στον ασθενή (Hnatešen et al., 2022).

1.2. Ψυχική Υγεία

1.2.1 Ορισμός ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία συνιστά θεμελιώδη διάσταση της συνολικής υγείας και δεν ταυτίζεται με την απλή απουσία ψυχικής διαταραχής ή ψυχοπαθολογίας (World Health Organization, 2022). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την ορίζει ως κατάσταση ψυχικής ευεξίας που επιτρέπει στο άτομο να διαχειρίζεται τις πιέσεις της καθημερινότητας, να αναγνωρίζει και να αξιοποιεί τις ικανότητές του, να εξελίσσεται, να εργάζεται και να συμβάλλει στην κοινότητά του (World

Health Organization, 2022). Ο ορισμός αυτός καλύπτει ταυτόχρονα τη συναισθηματική, την ψυχολογική και την κοινωνική λειτουργικότητα (World Health Organization, 2022). Η ψυχική υγεία δεν αφορά, επομένως, μόνο την απουσία άγχους, κατάθλιψης ή άλλων συμπτωμάτων, αλλά και την ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον, διατήρησης κοινωνικών σχέσεων και ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής (Galderisi, 2024).

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία η ψυχική υγεία αντιμετωπίζεται ως δυναμική κατάσταση, την οποία διαμορφώνουν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (Gautam et al., 2024). Στοιχεία της ψυχικής ευεξίας αποτελούν η συναισθηματική ισορροπία, η ψυχική ανθεκτικότητα και η ικανότητα διαχείρισης δύσκολων ή στρεσογόνων καταστάσεων (Gautam et al., 2024). Στον αντίποδα, οι χρόνιες καταστάσεις υγείας την επιβαρύνουν, ιδίως όταν συνοδεύονται από επίμονο πόνο, λειτουργικούς περιορισμούς και αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου (Treede et al., 2019). Η ψυχική υγεία αποτελεί έτσι κρίσιμη παράμετρο στην αξιολόγηση των ασθενών με χρόνια πόνο, καθώς η ψυχολογική επιβάρυνση συνυπάρχει με τα σωματικά συμπτώματα και διαμορφώνει την κλινική εικόνα (Nicholas et al., 2019).

Στην κλινική πράξη η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας έχει άμεση χρησιμότητα, διότι συμπτώματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος, η ευερεθιστότητα και η μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται την κατάσταση της υγείας του (Huang et al., 2023). Η διασύνδεση ψυχικής υγείας και σωματικών συμπτωμάτων γίνεται εμφανέστερη στις χρόνιες καταστάσεις, όπου η ψυχολογική δυσφορία, όπως το άγχος και το στρες, εντείνει την αντίληψη του πόνου και δυσχεραίνει την αποκατάσταση (Nicholas et al., 2019). Η εκτίμηση της ψυχικής υγείας σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα, όπως ο χρόνιος πόνος, είναι συνεπώς καθοριστική για τη μακροπρόθεσμη έκβαση (Akif et al., 2024).

1.2.2 Ψυχική υγεία ασθενών με οσφυοισχιαλγία

Η ψυχική υγεία των ασθενών με οσφυοισχιαλγία απασχολεί συστηματικά τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς ο πόνος που βιώνουν μπορεί να την επιβαρύνει, προκαλώντας άγχος, στρες και, αρκετά συχνά, κατάθλιψη (Feki et al., 2024). Ως πόνος που αντανακλά κατά μήκος του ισχιακού νεύρου, η οσφυοισχιαλγία συνοδεύεται από έντονη δυσφορία, περιορισμό της κινητικότητας και αβεβαιότητα για την εξέλιξη των συμπτωμάτων, στοιχεία που επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική κατάσταση (Sellami et al., 2025). Όταν ο πόνος υπερβαίνει τους τρεις μήνες, η πιθανότητα εμφάνισης αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής αυξάνεται (Feki et al., 2024). Η ψυχική υγεία οφείλει, επομένως, να περιλαμβάνεται στην αξιολόγηση της οσφυοισχιαλγίας, αφού τα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης συνυπάρχουν με τον πόνο και βαραίνουν τη συνολική κλινική εικόνα (Sugrue et al., 2025).

Η βιβλιογραφία αναφέρει, επιπλέον, ότι τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους είναι συχνότερα σε όσους βιώνουν χρόνια πόνο σε σύγκριση με όσους δεν τον βιώνουν (Aaron et al., 2025). Η συνύπαρξη σωματικού πόνου και ψυχικής δυσφορίας τείνει να λειτουργεί ως φαύλος κύκλος: ο πόνος τροφοδοτεί το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ η αυξημένη ψυχική συμπτωματολογία επιδεινώνει με τη σειρά της την αντίληψη του πόνου (Nicholas et al., 2019).

Οι Wong et al. (2021) διαπίστωσαν ότι, σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνοδεύονται από χειρότερη καθημερινή λειτουργικότητα και βραδύτερη αποκατάσταση σε βάθος χρόνου. Στην ίδια κατεύθυνση, οι Taşkaya et al. (2024) ανέδειξαν τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και στρες ως σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της έκβασης της θεραπείας, τα οποία επηρεάζουν και την ανταπόκριση των

ασθενών στις οδηγίες που τους δίνονται κατά την αποκατάσταση. Στην οσφυοισχιαλγία η ψυχική επιβάρυνση εντείνεται όταν ο πόνος είναι χρόνιος ή έντονος και όταν συνοδεύεται από περιορισμούς στη βάδιση και στις καθημερινές δραστηριότητες (Feki et al., 2024). Η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας καθίσταται έτσι απαραίτητη, καθώς η παρουσία άγχους ή κατάθλιψης επιβαρύνει την εμπειρία του πόνου και δυσχεραίνει τη θεραπευτική πορεία (Sellami et al., 2025).

Η ψυχική υγεία των ασθενών με οσφυοισχιαλγία συναρτάται και με τον τρόπο που οι ίδιοι αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους και ανταποκρίνονται σε αυτήν (Nicholas et al., 2019). Ο φόβος της επιδείνωσης, η ανησυχία για τη διάρκεια του πόνου και η αβεβαιότητα για την αποκατάσταση ενισχύουν την ψυχολογική δυσφορία και μπορούν να συμβάλουν στην περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασής τους (Hartvigsen et al., 2018). Η εκτίμηση της ψυχικής υγείας πρέπει, συνεπώς, να γίνεται σε συνάρτηση με τη διάρκεια, την ένταση και την επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα (Feki et al., 2024).

1.3 Ποιότητα ζωής

1.3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής (quality of life / QOL) είναι πολυδιάστατη έννοια, που αξιοποιείται στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης για να αποτυπώσει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο ή ένας ασθενής αντιλαμβάνεται και αποτιμά τη συνολική ευημερία και τη λειτουργικότητά του στην καθημερινότητα (Haraldstad et al., 2019). Δεν εξαντλείται στη σωματική υγεία: περιλαμβάνει εξίσου την ψυχολογική, την κοινωνική και την περιβαλλοντική διάσταση, και οι

τέσσερις αυτές διαστάσεις μαζί διαμορφώνουν τη γενικότερη αίσθηση ευημερίας σε καθημερινό επίπεδο (Haraldstad et al., 2019). Στην υγειονομική περίθαλψη η έννοια αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι χρόνιες παθήσεις και τα επίμονα συμπτώματα επηρεάζουν όχι μόνο την κλινική εικόνα, αλλά και την καθημερινή λειτουργικότητα, την αυτονομία και τη συνολική ευημερία του ασθενούς (Karimi & Brazier, 2016).

Συχνά χρησιμοποιείται ο ειδικότερος όρος "σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής" (health related quality of life / HRQOL), ο οποίος αποδίδει την επίδραση της κατάστασης υγείας στη σωματική, ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Karimi & Brazier, 2016). Σε πληθυσμούς ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας αποτελεί βασικό δείκτη αξιολόγησης, επειδή αποτυπώνει τόσο τις συνέπειες της ίδιας της νόσου όσο και το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων (Haraldstad et al., 2019). Στον χρόνιο πόνο ειδικότερα η σημασία του δείκτη είναι προφανής, αφού ο πόνος επηρεάζει τομείς όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η εργασία, ο ύπνος και η συνολική καθημερινή λειτουργικότητα (Anselmo et al., 2024).

Η αποτίμηση της ποιότητας ζωής γίνεται κατά κανόνα με εργαλεία αυτοαναφοράς, αφού πρόκειται σε μεγάλο βαθμό για υποκειμενική εμπειρία του ίδιου του ατόμου (Haraldstad et al., 2019). Τα εργαλεία αυτά καταγράφουν χωριστά διαστάσεις όπως η σωματική λειτουργικότητα, η ψυχολογική κατάσταση, η κοινωνική λειτουργικότητα και η επίδραση της νόσου στην καθημερινότητα (Karimi & Brazier, 2016). Στις μυοσκελετικές παθήσεις, και ειδικότερα στην οσφυαλγία και την οσφυοισχιαλγία, η μέτρηση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, επειδή η βαρύτητα της πάθησης δεν αποτυπώνεται πάντοτε στην ένταση του πόνου ή στα απεικονιστικά ευρήματα (Hartvigsen et al., 2018). Η ποιότητα ζωής λειτουργεί έτσι ως ουσιαστικός δείκτης της συνολικής επιβάρυνσης όσων βιώνουν χρόνιο πόνο λόγω οσφυοισχιαλγίας (Van Bogaert et al., 2021).

1.3.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με οσφυοισχιαλγία

Τα ίδια τα χαρακτηριστικά της πάθησης καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία. Ο πόνος ξεκινά από την οσφυϊκή περιοχή και αντανακλά στο κάτω άκρο, δημιουργώντας δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα, ενώ συχνά συνοδεύεται από έντονο άλγος και μούδιασμα που επιβαρύνουν σοβαρά την ποιότητα ζωής (Davis et al., 2024). Η οσφυοισχιαλγία δεν είναι, επομένως, απλώς μια μορφή πόνου στη μέση: επιβαρύνει τη λειτουργική ικανότητα περισσότερο από ό,τι η απλή οσφυαλγία (Samant et al., 2024).

Στους ασθενείς με οσφυοισχιαλγία η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής βρίσκεται σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Van Bogaert et al., 2021). Η ίδια μελέτη συνέδεσε την ποιότητα ζωής με την ένταση του πόνου, με τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με αυτόν και, κυρίως, με την επίδρασή του στην καθημερινότητα. Το εύρημα έχει σημασία γιατί δείχνει ότι η επιβάρυνση δεν προκύπτει μόνο από τον πόνο καθαυτόν, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής ερμηνεύει τα συμπτώματά του και τα βιώνει στην καθημερινή του ζωή (Van Bogaert et al., 2022). Αντίστοιχα, οι Samant et al. (2024) επισημαίνουν ότι ο νευροπαθητικός χαρακτήρας της οσφυοισχιαλγίας μπορεί να μειώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ιδιαίτερα πλήττεται η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής, καθώς ο πόνος και η συνολική συμπτωματολογία περιορίζουν ακόμη και τη βάδιση (Mahmutović et al., 2024).

Η αποκατάσταση, ωστόσο, μπορεί να βελτιώσει τόσο την ποιότητα ζωής όσο και τη λειτουργική κατάσταση: νεότερα δεδομένα καταγράφουν βελτίωση τρεις και έξι μήνες μετά την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης (Mahmutović et al., 2024). Η ποιότητα ζωής στην

οσφυοισχιαλγία δεν είναι, επομένως, στατικό μέγεθος, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με την εξέλιξη των συμπτωμάτων και την ανταπόκριση στη θεραπεία (Mahmutović et al., 2024).

Καθοριστικός παράγοντας είναι και η διάρκεια των συμπτωμάτων (Konstantinou et al., 2017). Στη μελέτη ATLAS, που εξέτασε την πρόγνωση ασθενών με οσφυοισχιαλγία, μόλις το 55% των συμμετεχόντων ανέφερε βελτίωση 12 μήνες μετά την παρέμβαση (Konstantinou et al., 2017). Σε σημαντικό, δηλαδή, ποσοστό ασθενών τα συμπτώματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και συνεχίζουν να περιορίζουν τη λειτουργικότητα και την καθημερινότητά τους. Ο παρατεταμένος πόνος επιβαρύνει την ποιότητα ζωής, αφού συνοδεύεται από λειτουργικούς περιορισμούς, μειωμένη δραστηριότητα και αβεβαιότητα για την πορεία της κατάστασής τους (Konstantinou et al., 2017).

Συνολικά, η βιβλιογραφία συγκλίνει στο ότι η οσφυοισχιαλγία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, κυρίως μέσω του χρόνιου πόνου και των λειτουργικών περιορισμών (Davis et al., 2024). Η αξιολόγησή της είναι απαραίτητη, επειδή αποτυπώνει τη συνολική επιβάρυνση του ασθενούς και δεν περιορίζεται στη μέτρηση της έντασης του πόνου (Van Bogaert et al., 2022). Παράλληλα, βοηθά στην καλύτερη αποτύπωση των αναγκών των ασθενών και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Mahmutović et al., 2024). Για τους λόγους αυτούς, η ποιότητα ζωής οφείλει να αποτελεί βασικό πεδίο αξιολόγησης τόσο στην κλινική όσο και στην ερευνητική προσέγγιση της οσφυοισχιαλγίας (Samant et al., 2024).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία έρευνας

2.1. Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής, της ψυχικής υγείας και του αντιληπτού πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία. Οι επιμέρους στόχοι της διπλωματικής εργασίας είναι:

- Να εξεταστεί το επίπεδο πόνου που βιώνουν οι ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία
- Να αξιολογηθεί η ψυχική υγεία των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία
- Να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία
- Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία
- Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία
- Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία

Με βάση το σκοπό και τους επιμέρους στόχους ορίστηκαν τα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

1. Σε ποιο βαθμό οι ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία βιώνουν πόνο;
2. Ποιό είναι το επίπεδο άγχους, στρες και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς

που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;

3. Ποιό είναι το επίπεδο ποιότητα ζωής (τόσο σε επίπεδο σωματικής όσο και σε επίπεδο ψυχικής υγείας) των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;
4. Σχετίζεται ο πόνος, η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής με την ηλικία των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;
5. Διαφέρει ο πόνος, η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής ως προς το φύλο των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;
6. Η ψυχική υγεία (άγχος, στρες, κατάθλιψη) είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με τη φυσική υγεία των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;
7. Η ψυχική υγεία (άγχος, στρες, κατάθλιψη) είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;
8. Ο πόνος είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας (άγχος, στρες, κατάθλιψη) των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία;

2.2. Ερευνητικός σχεδιασμός

Η μελέτη σχεδιάστηκε ως ποσοτική και συγχρονική. Η ποσοτική προσέγγιση υπαγορεύτηκε από το ίδιο το ερευνητικό ερώτημα: για να ελεγχθεί αν ο πόνος συνδέεται με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής, οι τρεις αυτές έννοιες πρέπει πρώτα να αποδοθούν ως αριθμητικές μεταβλητές και έπειτα να συσχετιστούν στατιστικά (Seers & Critelton, 2001). Ο συγχρονικός χαρακτήρας σημαίνει ότι κάθε ασθενής μετρήθηκε μία φορά, ώστε να αποτυπωθεί η κατάσταση του πόνου, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής όπως αυτή ίσχυε κατά την προσέλευσή του (Kesmodel, 2018).

Ο σχεδιασμός αυτός καλύπτει δύο απαιτήσεις της εργασίας. Αφενός επιτρέπει τη μέτρηση της συσχέτισης ανάμεσα στην ένταση του πόνου, στις τρεις διαστάσεις της ψυχικής υγείας και στην ποιότητα ζωής. Αφετέρου δίνει τη δυνατότητα να συγκριθούν οι ίδιες μεταβλητές ως προς το φύλο και την ηλικία των ασθενών.

2.3. Εργαλεία έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας βασίστηκε σε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο περιείχε τρεις διεθνώς αναγνωρισμένες και αξιόπιστες κλίμακες. Η καθεμία από τις τρεις κλίμακες περιγράφονται στις παρακάτω ενότητες.

2.3.1. Κλίμακα ποιότητα ζωής SF-12

Για την αποτύπωση της ποιότητας ζωής επιλέχθηκε το Short Form-12 Health Survey (SF-12). Πρόκειται για τη συντομευμένη μορφή του SF-36, την οποία ανέπτυξαν οι Ware et al. (1996) ώστε να διατηρηθεί η αξιοπιστία του αρχικού εργαλείου σε πολύ μικρότερο χρόνο συμπλήρωσης. Το κριτήριο αυτό βάρυνε στην επιλογή, καθώς η συλλογή των δεδομένων έγινε σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπου ο διαθέσιμος χρόνος ανά ασθενή είναι περιορισμένος. Οι δώδεκα δηλώσεις καλύπτουν οκτώ πεδία: σωματική λειτουργικότητα, περιορισμούς λόγω σωματικής υγείας, σωματικό πόνο, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμούς λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία. Από αυτά προκύπτουν δύο συνοπτικοί δείκτες: ο PCS-12, που αφορά τη διάσταση της σωματικής υγείας, και ο MCS-12, που αφορά τη διάσταση της ψυχικής. Και οι δύο κυμαίνονται από 0 έως 100, με την υψηλότερη τιμή να αντιστοιχεί σε καλύτερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής (Ware et al., 1996). Η ελληνική εκδοχή σταθμίστηκε από τους Kontodimopoulos et al. (2007), οι οποίοι τεκμηρίωσαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της. Η ίδια εργασία παρέχει και τις τιμές αναφοράς του ελληνικού γενικού πληθυσμού, στις οποίες

στηρίχθηκε η σύγκριση που παρουσιάζεται στην ενότητα 3.2.1.

2.3.2. Κλίμακα ψυχικής υγείας DASS-21

Η κλίμακα Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες των ασθενών που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία. Αποτελεί τη σύντομη εκδοχή του αρχικού DASS-42 των Lovibond και Lovibond (1995). Πρόκειται για εργαλείο αυτοαναφοράς που διακρίνει τρεις συγγενείς αλλά διακριτές αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, με χρονικό ορίζοντα αναφοράς την προηγούμενη εβδομάδα. Χρησιμοποιείται τόσο στην κλινική πράξη όσο και σε ερευνητικό επίπεδο (Lovibond & Lovibond, 1995).

Οι 21 δηλώσεις βαθμολογούνται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert από 0 έως 3, όπου το 0 σημαίνει ότι η δήλωση δεν ίσχυσε καθόλου και το 3 ότι ίσχυσε πολύ ή τις περισσότερες φορές. Κάθε υποκλίμακα συγκροτείται από επτά δηλώσεις: η κατάθλιψη από τις 3, 5, 10, 13, 16, 17 και 21, το άγχος από τις 2, 4, 7, 9, 15, 19 και 20, και το στρες από τις 1, 6, 8, 11, 12, 14 και 18. Πρέπει να τονιστεί ότι το εργαλείο δεν θέτει κλινική διάγνωση: αποδίδει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και αξιοποιείται στη διαλογή και την πρόληψη.

Το άθροισμα των απαντήσεων κάθε υποκλίμακας δίνει ξεχωριστή βαθμολογία με εύρος από 0 έως 21, ενώ το σύνολο των δηλώσεων αποδίδει συνολικό σκορ ψυχικής επιβάρυνσης με εύρος από 0 έως 63. Σε κάθε περίπτωση, η υψηλότερη τιμή δηλώνει βαρύτερη συμπτωματολογία.

Τα όρια ταξινόμησης διαφέρουν ανά υποκλίμακα. Στην κατάθλιψη, σκορ 0 έως 4 θεωρούνται φυσιολογικά, 5 έως 6 ήπια, 7 έως 10 μέτρια, 11 έως 13 σοβαρά και άνω του 13 εξαιρετικά σοβαρά. Στο άγχος τα αντίστοιχα όρια είναι 0 έως 3, 4 έως 5,

6 έως 7, 8 έως 9 και άνω του 9. Στο στρες είναι 0 έως 7, 8 έως 9, 10 έως 12, 13 έως 16 και άνω του 16.

Στα ελληνικά η κλίμακα έχει σταθμιστεί δύο φορές, από τους Lyrakos et al. (2011) και από τους Pezirkianidis et al. (2018). Οι δεύτεροι αναφέρουν δείκτες Cronbach's α ίσους με 0,85 για την κατάθλιψη και 0,84 για το άγχος και το στρες, τιμές που υποδηλώνουν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια και στις τρεις υποκλίμακες. Το εργαλείο κρίνεται επομένως κατάλληλο για ελληνόφωνο πληθυσμό.

2.3.3. Κλίμακα πόνου Brief Pain Inventory (BPI)

Η κλίμακα Brief Pain Inventory (BPI) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου και του βαθμού στον οποίο ο πόνος επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών. Το εργαλείο αναπτύχθηκε από τους Cleeland και Ryan (1994) και σχεδιάστηκε αρχικά για ογκολογικούς ασθενείς. Στη συνέχεια καθιερώθηκε ευρύτερα, κλινικά και ερευνητικά, στην εκτίμηση του πόνου σε χρόνιες παθήσεις.

Οι εννέα ερωτήσεις του καλύπτουν την ύπαρξη, την εντόπιση και την ένταση του πόνου, τη λαμβανόμενη αγωγή, το ποσοστό ανακούφισης και τον βαθμό στον οποίο ο πόνος παρεμβαίνει στην καθημερινότητα. Στον υπολογισμό των τελικών σκορ εισέρχονται δύο ομάδες αριθμητικών αξιολογήσεων, εκείνες της έντασης και εκείνες της παρεμβολής στη λειτουργικότητα.

Και οι δύο ομάδες βαθμολογούνται σε αριθμητική κλίμακα έντεκα βαθμών. Στην ένταση, το 0 αντιστοιχεί σε «καθόλου πόνος» και το 10 σε «πόνο τόσο έντονο όσο μπορείτε να φανταστείτε». Στην παρεμβολή, το 0 σημαίνει ότι ο πόνος «δεν παρεμβαίνει» και το 10 ότι «παρεμβαίνει πλήρως». Υψηλότερες τιμές δηλώνουν εντονότερο πόνο και μεγαλύτερο περιορισμό της καθημερινής λειτουργικότητας.

Η ελληνική στάθμιση έγινε από τους Mystakidou et al. (2000) σε ογκολογικό

πληθυσμό, με δείκτες αξιοπιστίας $\alpha = 0,887$ για τις δηλώσεις έντασης και $\alpha = 0,849$ για τις δηλώσεις παρεμβολής. Η ελληνική έκδοχή του BPI κρίνεται επομένως κατάλληλη για την αξιολόγηση του πόνου σε ελληνόφωνους ασθενείς.

2.4. Δείγμα έρευνας

Στη μελέτη εντάχθηκαν 125 ενήλικες με διάγνωση οσφυοισχιαλγίας, οι οποίοι προσήλθαν για τακτικό ή επείγον ραντεβού σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Ανατολικής Αττικής. Εφαρμόστηκε διαδοχική δειγματοληψία, μέθοδος μη πιθανοτική, κατά την οποία εντάσσεται κάθε άτομο που πληροί τα κριτήρια, με τη σειρά που προσέρχεται, έως ότου συμπληρωθεί το επιδιωκόμενο μέγεθος δείγματος (Tripathy et al., 2025). Η επιλογή προέκυψε από το ίδιο το πεδίο της μελέτης: ο πληθυσμός που μας ενδιαφέρει ορίζεται ακριβώς ως εκείνοι που προσέρχονται με οσφυοισχιαλγία στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η μέθοδος φέρει ωστόσο περιορισμούς που πρέπει να δηλωθούν. Επειδή δεν είναι τυχαία, δεν διασφαλίζεται ότι το δείγμα αντιπροσωπεύει το σύνολο των ασθενών με οσφυοισχιαλγία. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες προέρχονται σχεδόν αποκλειστικά από την Ανατολική Αττική, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των ευρημάτων (Tripathy et al., 2025).

2.5. Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων

Η επεξεργασία έγινε στο IBM SPSS Statistics, έκδοση 29.0. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν στο λογισμικό, ενώ τα σκορ των τριών τυποποιημένων κλιμάκων (SF-12, DASS-21, BPI) υπολογίστηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες βαθμολόγησης της καθεμίας.

Το πρώτο στάδιο ήταν περιγραφικό. Για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέση τιμή, τυπική απόκλιση (SD), διάμεσος και ενδοτεταρτημοριακό

εύρος, ενώ για τις κατηγορικές απόλυτες συχνότητες (v) και ποσοστά. Το στάδιο αυτό απέδωσε δύο πράγματα: το δημογραφικό προφίλ του δείγματος και την αποτύπωση των επιπέδων πόνου, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων.

Ακολούθησε ο έλεγχος διαφορών ως προς το φύλο, με τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney U ή με t-test κατά περίπτωση. Η προσφυγή σε μη παραμετρικούς ελέγχους υπαγορεύτηκε από το ότι αρκετές μεταβλητές αποκλίνουν σημαντικά από την κανονική κατανομή. Για τον ίδιο λόγο επιλέχθηκε ο συντελεστής Spearman rho, τόσο για τη σχέση της ηλικίας με τις μεταβλητές της μελέτης όσο και για τη συσχέτιση μεταξύ πόνου, ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας. Η ένταση της συσχέτισης ερμηνεύτηκε ως χαμηλή για τιμές 0,1 έως 0,3, μέτρια για τιμές 0,31 έως 0,5 και υψηλή για τιμές άνω του 0,5.

Στο τελευταίο στάδιο εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, ώστε να ελεγχθεί αν οι διαστάσεις της ψυχικής υγείας και ο πόνος προβλέπουν την ποιότητα ζωής, στη σωματική και στην ψυχική της διάσταση. Με αντίστροφη λογική εξετάστηκε επίσης αν το επίπεδο πόνου προβλέπει τη συμπτωματολογία κατάθλιψης, άγχους και στρες. Για κάθε μοντέλο αναφέρονται μη τυποποιημένοι συντελεστές, τυπικά σφάλματα, τυποποιημένοι συντελεστές βήτα και τιμές p . Όπου η εξαρτημένη μεταβλητή δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή, προηγήθηκε λογαριθμικός μετασχηματισμός. Όλοι οι έλεγχοι είναι αμφίπλευροι, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

2.6. Ηθική και δεοντολογία έρευνας

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και δεν ζητήθηκε από τους ασθενείς κανένα στοιχείο ταυτοποίησης. Πριν ξεκινήσει η συλλογή, εξασφαλίστηκαν οι απαιτούμενες άδειες από τις αρμόδιες αρχές και τους φορείς που ενεπλάκησαν, καθώς και άδεια

χρήσης για καθεμία από τις τρεις τυποποιημένες κλίμακες.

Κάθε ασθενής ενημερώθηκε για τον σκοπό της μελέτης, για τα δικαιώματά του και για τον τρόπο αξιοποίησης των απαντήσεών του, και έδωσε τη συγκατάθεσή του πριν από τη συμπλήρωση. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και το δικαίωμα απόσυρσης διατηρούνταν καθ' όλη τη διάρκεια.

Τα δεδομένα αξιοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας και αναλύθηκαν συγκεντρωτικά, ώστε να αποκλείεται η ταυτοποίηση μεμονωμένων συμμετεχόντων. Η πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια περιορίστηκε στον ερευνητή. Η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις βασικές αρχές δεοντολογίας που διέπουν τη συλλογή δεδομένων από ασθενείς.

Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα έρευνας

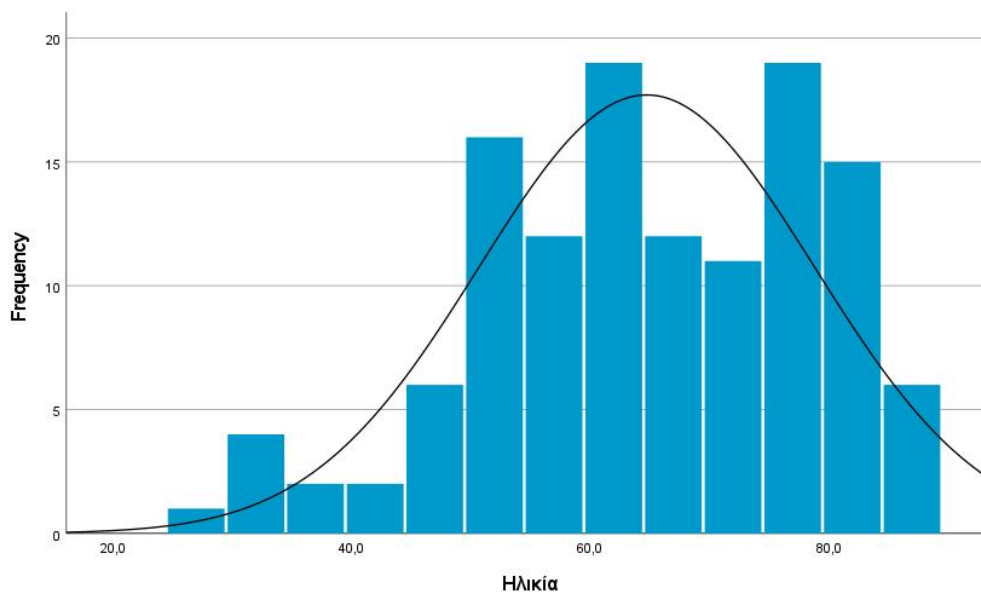
3.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στον Πίνακα 1 δίνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για τα δημογραφικά στοιχεία των 125 ασθενών με οσφυοισχιαλγία που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας. Τα στοιχεία δείχνουν πως το 35,2 ($n = 44$) του δείγματος ήταν άντρες και το 64,8% ($n = 81$) του δείγματος ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 64,8 (SD = 14,1) έτη ενώ το 56% ($n = 70$) των ασθενών προσήλθαν για εξέταση σε κέντρο υγείας στο Λαύριο και το 44% ($n = 55$) των ασθενών προσήλθαν για εξέταση σε κέντρο υγείας στην Κερατέα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος (N = 125)

		n	%
Φύλο	Άνδρας	44	35,2
	Γυναίκα	81	64,8
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		64,8 (14,1)	
Κέντρο υγείας που έγινε η εξέταση	Λαύριο	70	56,0
	Κερατέα	55	44,0

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Από το ιστόγραμμα συχνοτήτων προκύπτει πως η πλειοψηφία του δείγματος ήταν ηλικίας μεταξύ 50 και 80 ετών. Ενώ μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα 60 έως 70 ετών.



Διάγραμμα 1. Ηλικιακή κατανομή στο δείγμα της έρευνας

3.2. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης

3.2.1. Ποιότητα ζωής ασθενών με οσφυοισχιαλγία

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για την ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία, όπως αυτή αξιολογήθηκε μέσω των διαστάσεων της κλίμακας SF-12. Υψηλότερες τιμές στην κλίμακα υποδηλώνουν καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η βαθμολογία στη διάσταση της φυσικής υγείας κυμάνθηκε από 23,5 έως 57,1 μονάδες, με μέση τιμή 32,9 (SD = 5,8) μονάδες. Αντίστοιχα, η βαθμολογία στη διάσταση της ψυχικής υγείας κυμάνθηκε από 20,7 έως 55,3 μονάδες, με μέση τιμή 37,2 (SD = 5,3) μονάδες. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζουν χαμηλό μέσο επίπεδο ποιότητας ζωής τόσο στη διάσταση της σωματικής (φυσικής) όσο και στη διάσταση της ψυχικής υγείας. Συγκριτικά, χαμηλότερη ποιότητα ζωής καταγράφηκε στη διάσταση της σωματικής (φυσικής) υγείας.

Αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο, καθώς η οσφυοισχιαλγία συνδέεται άμεσα με πόνο, σωματικούς περιορισμούς και δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα.

Πίνακας 2. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για την ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία

	Ελάχιστ η τιμή	Μέγιστ η τιμή	Μέση τιμή (SD)
Φυσική υγεία	23,5	57,1	32,9 (5,8)
Ψυχική υγεία	20,7	55,3	37,2 (5,3)

Στον Πίνακα 3 δίνονται τα αποτελέσματα για τη σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία στο δείγμα της έρευνας με τις αντίστοιχες τιμές του γενικού ελληνικού πληθυσμού όπως αυτές καταγράφηκαν από τους Kontodimopoulos et al. (2007). Στα δεδομένα εφαρμόστηκε το στατιστικό κριτήριο Student's t-test χρησιμοποιώντας τους μέσους όρους και της τυπικές αποκλίσεις της παρούσας έρευνας και τους μέσους όρους και της τυπικές αποκλίσεις της έρευνας των Kontodimopoulos et al. (2007). Από την ανάλυση καταγράφηκαν

στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο σωματικής (φυσικής) υγείας σε σύγκριση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό, καθώς η μέση βαθμολογία των ασθενών βρέθηκε ίση με 32,9 έναντι 49,42 στον γενικό πληθυσμό ($p < 0,001$). Παρόμοια, οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής (φυσικής) υγείας σε σύγκριση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό, καθώς η μέση βαθμολογία των ασθενών βρέθηκε ίση με 37,2 έναντι 48,91

στον γενικό πληθυσμό ($p < 0,001$). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στο δείγμα των ασθενών με οσφυοισχιαλγία καταγράφεται σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο, σε σύγκριση με τον γενικό ενήλικο πληθυσμό.

Πίνακας 3. Σύγκριση ποιότητας ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού

	Ελληνικός πληθυσμός*			P
	N	Μέση τιμή	SD	Student's t-test
Φυσική υγεία	1005	49,42	10,56	<0,001
Ψυχική υγεία	1005	48,91	9,20	<0,001

*Βάσει των ελληνικών τιμών αναφοράς από τους Kontodimopoulos et al. (2007).

3.2.2. Ψυχική υγεία ασθενών με οσφυοισχιαλγία

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για την ψυχική υγεία των ασθενών με οσφυοισχιαλγία στο δείγμα της έρευνας, όπως αυτή αξιολογήθηκε από την κλίμακα DASS-21. Υψηλότερες τιμές στην κλίμακα υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Η βαθμολογία της κατάθλιψης κυμάνθηκε από 0,0 έως 19,0 μονάδες, με μέση τιμή 8,6 (SD = 3,9) μονάδες και διάμεσο 9 μονάδες (ενδ. εύρος = 6–11). Η βαθμολογία του άγχους κυμάνθηκε από 0,0 έως 12,0 μονάδες, με μέση τιμή 3,3 μονάδες (SD = 2,5) και διάμεσο 3 μονάδες (ενδ. εύρος = 2–5). Αντίστοιχα, η βαθμολογία του στρες κυμάνθηκε από 0,0 έως 18,0 μονάδες, με μέση τιμή 9,3 μονάδες (SD = 2,5) και διάμεσο 9

μονάδες (ενδ. εύρος = 8–11). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας DASS-21 κυμάνθηκε από 0,0 έως 46,0 μονάδες, με μέση τιμή 21,2 μονάδες (SD = 7,6) και διάμεσο 21 μονάδες (ενδ. εύρος = 16–26). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς με οσφουισχιαλγία στο δείγμα της έρευνας εμφανίζουν αυξημένα συμπτώματα στρες και κατάθλιψης και σε μικρότερο βαθμό εμφανίζουν συμπτώματα άγχους.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για την ψυχική υγεία των ασθενών με οσφουισχιαλγία

	Ελάχισ τη τιμή	Μέγιστ η τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Κατάθλιψη	0,0	19,0	8,6 (3,9)	9 (6 – 11)
Άγχος	0,0	12,0	3,3 (2,5)	3 (2 – 5)
Στρες	0,0	18,0	9,3 (2,5)	9 (8 – 11)
Συνολική κλίμακα DASS-21	0,0	46,0	21,2 (7,6)	21 (16 – 26)

Στον Πίνακα 5 δίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης για την κατάταξη των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες με βάση το σκορ των διαστάσεων της κλίμακας DASS-21. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 17,6% των ασθενών εμφάνισε φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης, το 25,6% των ασθενών εμφάνισε ήπια επίπεδα κατάθλιψης, το 26,4% των ασθενών εμφάνισε μέτρια επίπεδα κατάθλιψης, το 19,2% των ασθενών εμφάνισε σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης και το 11,2% των ασθενών εμφάνισε εξαιρετικά σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως αθροιστικά το 30,4% των ασθενών στο δείγμα της έρευνας παρουσίασε σοβαρά ή εξαιρετικά σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης.

Ως προς το άγχος, τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν πως η πλειοψηφία των

ασθενών εμφάνισε φυσιολογικά επίπεδα άγχους (61,6%). Αντίστοιχα, το 18,4% των ασθενών εμφάνισε ήπια και το 12% των ασθενών εμφάνισε μέτρια επίπεδα άγχους. Τέλος, το 5,6% των ασθενών εμφάνισε σοβαρά και το 2,4% των ασθενών εμφάνισε εξαιρετικά σοβαρά επίπεδα άγχους. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως αθροιστικά το 8,0% των ασθενών στο δείγμα της έρευνας παρουσίασε σοβαρά ή εξαιρετικά σοβαρά επίπεδα άγχους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 18,4% των ασθενών εμφάνισε φυσιολογικά επίπεδα στρες, το 32,8% των ασθενών εμφάνισε ήπια επίπεδα στρες, το 42,4% των ασθενών εμφάνισε μέτρια επίπεδα στρες, το 5,6% των ασθενών εμφάνισε σοβαρά επίπεδα στρες και το 0,8% των ασθενών εμφάνισε εξαιρετικά σοβαρά επίπεδα στρες. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως αθροιστικά το 6,4% των ασθενών στο δείγμα της έρευνας παρουσίασε σοβαρά ή εξαιρετικά σοβαρά επίπεδα στρες.

Πίνακας 5. Κατάταξη συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης στους ασθενείς με οσφυοισχιαλγία

		ν	%
Επίπεδα κατάθλιψης	Φυσιολογικά	22	17,6
	Ήπια	32	25,6
	Μέτρια	33	26,4
	Σοβαρά	24	19,2
	Εξαιρετικά σοβαρά	14	11,2
Επίπεδα άγχους	Φυσιολογικά	77	61,6
	Ήπια	23	18,4
	Μέτρια	15	12,0
	Σοβαρά	7	5,6
	Εξαιρετικά σοβαρά	3	2,4
Επίπεδα στρες	Φυσιολογικά	23	18,4
	Ήπια	41	32,8
	Μέτρια	53	42,4
	Σοβαρά	7	5,6
	Εξαιρετικά σοβαρά	1	0,8

Στο Διάγραμμα 2 που ακολουθεί δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και άγχους σε διαγραμματική μορφή.

Διάγραμμα 2. Κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και άγχους

3.2.3. Επίπεδο πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για τις ερωτήσεις της κλίμακας BPI, σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου, την επίδραση του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες, την ανακούφιση από την αγωγή που λαμβάνουν και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής που λάμβαναν οι ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση ανακούφιση που προσέφερε η αγωγή ή τα φάρμακα κατά τις τελευταίες 24 ώρες ήταν 53,0% (SD = 9,4), με διάμεσο 50% (ενδ. εύρος = 50–60). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς

ανέφεραν μέτριο βαθμό ανακούφισης από τον πόνο μετά τη λήψη της εκάστοτε αγωγής.

Η μέση βαθμολογία στην αξιολόγηση του πόνου ήταν 6,7 μονάδες ($SD = 1,1$), με διάμεσο 6,8 μονάδες (ενδ. εύρος = 6–7,3). Δεδομένου ότι η βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 10, το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία στο δείγμα της έρευνας παρουσίασαν μέτρια προς υψηλή ένταση πόνου. Η μέση βαθμολογία για την επίδραση του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες ήταν 6,6 μονάδες ($SD = 1,4$), με διάμεσο 6,7 μονάδες (ενδ. εύρος = 6–7,3). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι ο πόνος επηρέαζε σε σημαντικό βαθμό την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών με οσφυοισχιαλγία στο δείγμα της έρευνας.

Σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών λάμβανε συνδυασμό παρακεταμόλης και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (48,8%). Μόνο παρακεταμόλη λάμβανε το 32,8% των ασθενών, ενώ μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη λάμβανε το 6,4% και συνδυασμό παρακεταμόλης και οπιοειδών επίσης το 6,4%. Επιπλέον, το 3,2% των ασθενών λάμβανε συνδυασμό παρακεταμόλης, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών και οπιοειδών. Πολύ χαμηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τη χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών σε συνδυασμό με οπιοειδή (0,8%), αποκλειστική χρήση οπιοειδών (0,8%) και συνδυασμό παρακεταμόλης, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών και κορτιζόνης (0,8%). Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς λάμβαναν μη οπιοειδή αναλγητική αγωγή, κυρίως παρακεταμόλη ή/και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ενώ η χρήση οπιοειδών εμφανίστηκε σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις ερωτήσεις της κλίμακας BPI

		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Τις τελευταίες 24 ώρες πόση ανακούφιση σας προσφέρουν η αγωγή ή τα φάρμακα		53,0 (9,4)	50 (50 – 60)
Αξιολόγηση πόνου,		6, 7 (1,1)	6,8 (6 – 7,3)
Επίδραση πόνου σε δραστηριότητες		6,6 (1,4)	6,7 (6 – 7,3)
		ν	%
Σε τι αγωγή	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη	8	6,4
υποβάλλεστε ή τι	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη+ Οπιοειδή	1	0,8
φάρμακα παίρνετε	Οπιοειδή	1	0,8
για τον πόνο σας;	Παρακεταμόλη	41	32,8
	Παρακεταμόλη+Μηστεροειδή	1	0,8
	αντιφλεγμονώδη+Κορτιζόνη		
	Παρακεταμόλη+Μηστεροειδή αντιφλεγμονώδη+	4	3,2
	Οπιοειδή		
	Παρακεταμόλη+Μηστεροειδή αντιφλεγμονώδη	61	48,8
	Παρακεταμόλη+Οπιοειδή	8	6,4

3.3. Έλεγχος διαφορών ως προς το φύλο των ασθενών

Στον Πίνακα 7 δίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης σχετικά με τις συγκρίσεις για την ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και τον πόνο ανάλογα με το φύλο των ασθενών. Για τη σύγκριση χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney test, ανάλογα με το αν μια μεταβλητή ακολουθεί κανονική κατανομή ή όχι. Από τη στατιστική ανάλυση καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στη διάσταση του άγχους ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο

άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες, καθώς η μέση βαθμολογία τους ήταν 3,8 μονάδες (SD = 2,6), ενώ στους άνδρες ήταν 2,3 μονάδες (SD = 2,0). Αντίστοιχα, η διάμεσος βαθμολογία άγχους για τις γυναίκες ήταν 3 μονάδες (ενδ. εύρος = 2–6) και για τους άντρες 2 μονάδες (ενδ. εύρος = 1–3).

Στις υπόλοιπες μεταβλητές δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο των ασθενών. Αναλυτικότερα, δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο των ασθενών στην ποιότητα ζωής, στη συμπτωματολογία κατάθλιψης, στη συμπτωματολογία στρες, στη συνολική ψυχική υγεία, στην αξιολόγηση του πόνου και στο βαθμό επίδρασης του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών ($p > 0.05$ σε όλες τις συγκρίσεις).

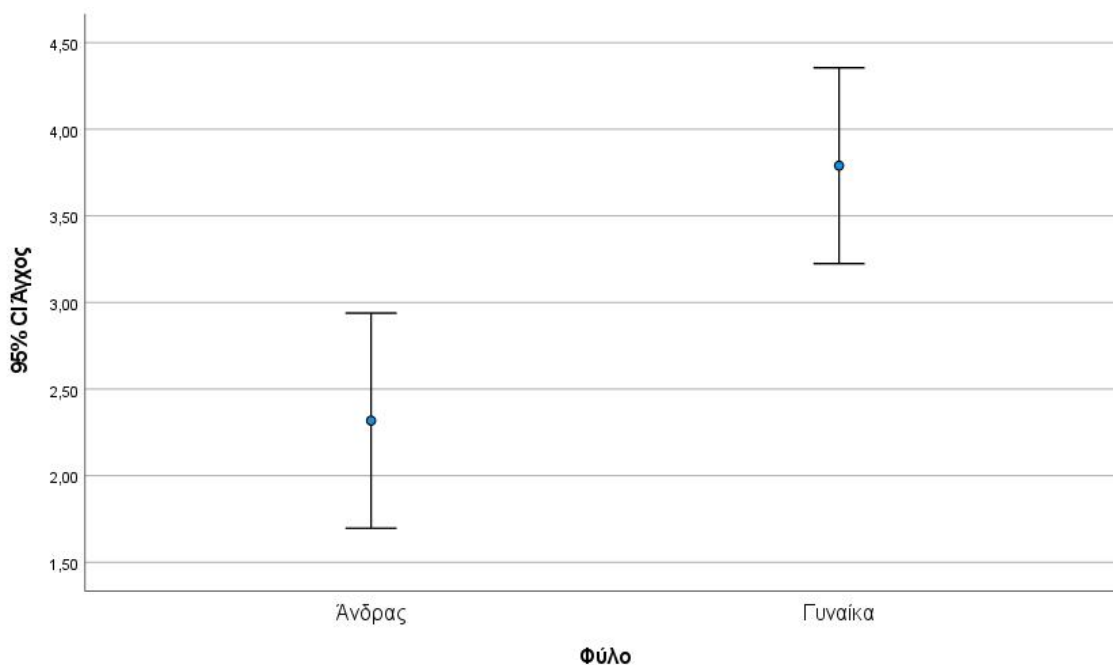
Πίνακας 7. Συγκρίσεις ως προς το φύλο των ασθενών

	Φύλο				P
	Ανδρας		Γυναίκα		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Κλίμακα φυσικής υγείας	32,5 (5,5)	32,2 (28,9 – 36,1)	33,2 (5,9)	31,9 (28,7 – 35,5)	0,522÷
Κλίμακα ψυχικής υγείας	37 (5,1)	37,4 (33,5 – 39,8)	37,3 (5,5)	37,2 (34 – 41,2)	0,772÷
Κατάθλιψη	8,5 (4)	9 (6 – 11)	8,6 (3,9)	8 (6 – 11)	0,952+
Άγχος	2,3 (2)	2 (1 – 3)	3,8 (2,6)	3 (2 – 6)	<0,001+
Στρες	9,4 (2,7)	9 (8 – 11)	9,3 (2,3)	10 (8 – 11)	0,929+
Total DASS-21	20,2 (7,6)	21 (16 – 23,5)	21,7 (7,7)	21 (17 – 27)	0,405+
Αξιολόγηση πόνου	6,8 (1,2)	6,8 (6,1 – 7,5)	6,6 (1)	6,8 (6 – 7,3)	0,468+
Επίδραση πόνου σε δραστηριότητες	6,8 (1,4)	7 (6,1 – 7,4)	6,5 (1,4)	6,6 (6 – 7,3)	0,183+

÷Student's t-test +Mann-Whitney test

Στο Διάγραμμα 3 δίνεται σε διαγραμματική μορφή η στατιστικά σημαντική διαφορά

που καταγράφηκε μεταξύ αντρών και γυναικών στο μέσο επίπεδο άγχους που βιώνουν.



Διάγραμμα 3. Μέση βαθμολογία άγχους ασθενών ως προς το φύλο τους

3.4. Έλεγχος διαφορών ως προς την ηλικία των ασθενών

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης με για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των μεταβλητών της έρευνας με βάση τον συντελεστή συσχέτισης Spearman rho. Από την ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με τη φυσική υγεία ($\rho = -0,34$, $p < 0,001$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι η αύξηση της ηλικίας των ασθενών σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής στον τομέα της φυσικής υγείας.

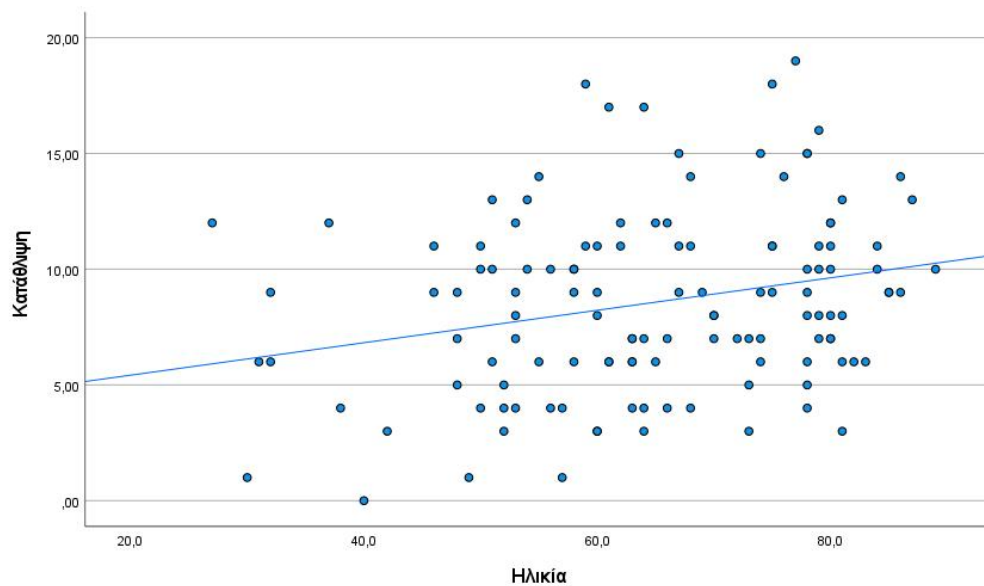
Επιπλέον, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της

ηλικίας των ασθενών και της κατάθλιψης ($\rho = 0,23$, $p = 0,009$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι η αύξηση της ηλικία των ασθενών σχετίζεται με αύξηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης. Αντίθετα, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και της αξιολόγησης του πόνου, της επίδρασης του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες, του άγχους και του στρες ($p > 0,05$).

Πίνακας 8. Συντελεστής συσχέτισης Spearman rho μεταξύ ηλικίας των ασθενών και μεταβλητών της έρευνας

		Ηλικία
Κλίμακα φυσικής υγείας	rho	-0,34
	p	<0,001
Κλίμακα ψυχικής υγείας	rho	-0,11
	p	0,209
Αξιολόγηση πόνου	rho	0,16
	p	0,079
Επίδραση πόνου σε δραστηριότητες	rho	0,14
	p	0,111
Κατάθλιψη	rho	0,23
	p	0,009
Άγχος	rho	-0,10
	p	0,267
Στρες	rho	-0,12
	p	0,171
Συνολική κλίμακα DASS-21	rho	0,05
	p	0,589

Στο Διάγραμμα 4 αποτυπώνεται σε διαγραμματική μορφή η στατιστικά σημαντική σχέση που καταγράφηκε μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και του επιπέδου κατάθλιψης.



Διάγραμμα 4. Διαγραμματική απεικόνιση της σχέσης μεταξύ ηλικίας και κατάθλιψης

3.5. Συσχέτιση πόνου, ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας ασθενών με οσφυοισχιαλγία

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ πόνου, ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας των ασθενών με οσφυοισχιαλγία με βάση τον συντελεστή συσχέτισης Spearman rho. Από την ανάλυση προέκυψε πως η διάσταση της φυσικής υγείας της ποιότητας ζωής σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την αξιολόγηση του πόνου ($\rho = -0,65$, $p < 0,001$), με την επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες ($\rho = -0,67$, $p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης ($\rho = -0,64$, $p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία του άγχους ($\rho = -0,43$, $p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία του στρες ($\rho = -0,35$, $p < 0,001$) και με τη συνολική κλίμακα DASS-21 ($\rho = -0,60$, $p < 0,001$). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η αύξηση του πόνου και η υψηλότερη

συμπτωματολογία άγχους, στρες και κατάθλιψης σχετίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής στη διάσταση της φυσικής υγείας.

Αντίστοιχα, προέκυψε πως η διάσταση της ψυχικής υγείας της ποιότητας ζωής σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την αξιολόγηση του πόνου ($\rho = -0,61, p < 0,001$), με την επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες ($\rho = -0,59, p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης ($\rho = -0,63, p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία του άγχους ($\rho = -0,48, p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία του στρες ($\rho = -0,38, p < 0,001$) και της με τη συνολική κλίμακα DASS-21 ($\rho = -0,59, p < 0,001$). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η αύξηση του πόνου και η υψηλότερη συμπτωματολογία άγχους, στρες και κατάθλιψης σχετίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής στη διάσταση της ψυχικής υγείας.

Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν πως αξιολόγηση του πόνου σχετίζεται σημαντικά και θετικά με την επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες ($\rho = 0,89, p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης ($\rho = 0,74, p < 0,001$), τη συμπτωματολογία τους άγχους ($\rho = 0,52, p < 0,001$), τη συμπτωματολογία τους στρες ($\rho = 0,55, p < 0,001$) και με τη συνολική κλίμακα DASS-21 ($\rho = 0,74, p < 0,001$). Παρόμοια, η επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες σχετίζεται σημαντικά και θετικά με τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης ($\rho = 0,83, p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία του άγχος ($\rho = 0,54, p < 0,001$), με τη συμπτωματολογία του στρες ($\rho = 0,58, p < 0,001$) και με τη συνολική κλίμακα DASS-21 ($\rho = 0,80, p < 0,001$). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι υψηλότερος πόνος και μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα των ασθενών σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Πίνακας 9. Συντελεστής συσχέτισης Spearman rho μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας

		Αξιολόγηση πόνου	Επίδραση πόνου σε δραστηριότητες	Κατάθλιψη	Άγχος
Κλίμακα φυσικής υγείας	rho	-0,65	-0,67	-0,64	0,61
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κλίμακα ψυχικής υγείας	rho	-0,61	-0,59	-0,63	0,59
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αξιολόγηση πόνου	rho		0,89	0,74	0,74
	p		<0,001	<0,001	<0,001
Επίδραση πόνου σε δραστηριότητες	rho			0,83	0,83
	p			<0,001	<0,001
Κατάθλιψη	rho				0,74
	p				<0,001
Άγχος	rho				
	p				
Στρες	rho				
	p				

3.6 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με τη φυσική υγεία και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο και την ηλικία των ασθενών, τη συνολική κλίμακα DASS-21 και το συνολικό επίπεδο πόνου. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η ηλικία ($\beta = -0,133$, $p < 0,001$), η κλίμακα DASS-21 ($\beta = -0,218$, $p = 0,002$) και η αξιολόγηση του πόνου ($\beta = -1,827$, $p = 0,001$) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης της φυσικής υγείας της

ποιότητας ζωής. Δηλαδή η μεγαλύτερη ηλικία, η αυξημένη ψυχική επιβάρυνση και ο εντονότερος πόνος συνδέονται με χειρότερη ποιότητα ζωής στη διάσταση της φυσικής υγείας. Οι τυποποιημένοι συντελεστές είναι σχεδόν ισοδύναμοι: πόνος ($b = -0,333$), ηλικία ($b = -0,321$) και συνολική ψυχική επιβάρυνση ($b = -0,289$).

Πίνακας 10. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με τη φυσική υγεία και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, την ψυχική υγεία και τον πόνο

	β +	SE++	$b \pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,543	0,799	0,045	0,499
Ηλικία	-0,133	0,028	-0,321	<0,001
Συνολική κλίμακα DASS-21	-0,218	0,071	-0,289	0,002
Αξιολόγηση πόνου	-1,827	0,520	-0,333	0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Ο Πίνακας 11 εξετάζει την ίδια διάσταση, με ανεξάρτητες μεταβλητές αυτή τη φορά τις επιμέρους υποκλίμακες της ψυχικής υγείας. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η κατάθλιψη ($\beta = -0,428$, $p = 0,003$) και το άγχος ($\beta = -0,419$, $p = 0,023$) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με τη φυσική υγεία. Αντίθετα, το στρες δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της φυσικής υγείας ($p = 0,093$).

Πίνακας 11. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με τη φυσική υγεία και ανεξάρτητες το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη

	β +	SE++	$b \pm$	P
--	-----------	------	---------	---

Κατάθλιψη	-0,428	0,141	-0,292	0,003
Άγχος	-0,419	0,182	-0,180	0,023
Στρες	-0,337	0,199	-0,145	0,093

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Το αντίστοιχο μοντέλο για την ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής παρουσιάζεται στον Πίνακα 12, με τις ίδιες ανεξάρτητες μεταβλητές: φύλο, ηλικία, συνολική κλίμακα DASS-21 και συνολικό επίπεδο πόνου. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η κλίμακα DASS-21 ($\beta = -0,211$, $p = 0,002$) και η αξιολόγηση του πόνου ($\beta = -2,138$, $p < 0,001$) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της διάστασης της ψυχικής υγείας της ποιότητας ζωής. Η ηλικία, αντίθετα, δεν αναδείχθηκε σημαντική εδώ: η ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής καθορίζεται από την ψυχική επιβάρυνση και τον πόνο. Ως προς το σχετικό βάρος, ο πόνος υπερέρχει ($b = -0,423$) έναντι της συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης ($b = -0,303$).

Πίνακας 12. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, την ψυχική υγεία και τον πόνο

	β +	SE++	$b \pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,344	0,766	0,031	0,654
Ηλικία	-,006	0,026	-0,017	0,810
Συνολική κλίμακα DASS-21	-0,211	0,068	-0,303	0,002
Αξιολόγηση πόνου	-2,138	0,498	-0,423	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Αναλύοντας την ψυχική διάσταση ως προς τις επιμέρους υποκλίμακες (Πίνακας 13), η εικόνα είναι παρόμοια. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η κατάθλιψη ($\beta = -0,459$, $p < 0,001$) και το άγχος ($\beta = -0,471$, $p = 0,007$) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχικής

υγείας. Αντίθετα, το στρες δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία ($p = 0,402$).

Πίνακας 13. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής τη σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία και ανεξάρτητες το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
Κατάθλιψη	-0,459	0,133	-0,340	<0,001
Άγχος	-0,471	0,173	-0,220	0,007
Στρες	-0,162	0,193	-0,076	0,402

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Η δεύτερη ομάδα μοντέλων αντιστρέφει την κατεύθυνση και εξετάζει τον πόνο ως προβλεπτικό παράγοντα της ψυχικής υγείας. Στον Πίνακα 14 εξαρτημένη μεταβλητή είναι η κατάθλιψη και ανεξάρτητες το φύλο, η ηλικία και το συνολικό επίπεδο πόνου. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η ηλικία ($\beta = 0,002$, $p = 0,010$) και η αξιολόγηση του πόνου ($\beta = 0,147$, $p < 0,001$) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της κατάθλιψης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς και όσοι βιώνουν εντονότερο πόνο εμφανίζουν, επομένως, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ο τυποποιημένος συντελεστής του πόνου ($b = 0,717$) είναι πολλαπλάσιος εκείνου της ηλικίας ($b = 0,158$).

Πίνακας 14. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
--	----------	------	--------	---

Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,038	0,026	0,085	0,149
Ηλικία	0,002	0,001	0,158	0,010
Αξιολόγηση πόνου	0,147	0,012	0,717	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει γίνει λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης μεταβλητής

Με το ίδιο σύνολο ανεξάρτητων μεταβλητών και εξαρτημένη μεταβλητή το άγχος (Πίνακας 15), τα ευρήματα διαφοροποιούνται. Από την ανάλυση προέκυψε ότι το φύλο ($\beta = 0,177$, $p < 0,001$) και η αξιολόγηση του πόνου ($\beta = 0,132$, $p < 0,001$) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες του άγχους. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πως οι γυναίκες και οι ασθενείς με υψηλότερο πόνο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Ο πόνος διατηρεί το μεγαλύτερο βάρος ($b = 0,505$), με το φύλο να ακολουθεί ($b = 0,310$).

Πίνακας 15. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το άγχος και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,177	0,043	0,310	<0,001
Ηλικία	-0,003	0,001	-0,133	0,084
Αξιολόγηση πόνου	0,132	0,020	0,505	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει γίνει λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης μεταβλητής

Για το στρες (Πίνακας 16) μόνο ένας παράγοντας αναδείχθηκε σημαντικός. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η αξιολόγηση του πόνου ($\beta = 0,078$, $p < 0,001$) είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας του στρες. Όσο εντονότερος ο πόνος, τόσο υψηλότερο το επίπεδο στρες.

Πίνακας 16. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το στρες και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,012	0,019	0,044	0,542
Ηλικία	-0,001	0,001	-0,098	0,180
Αξιολόγηση πόνου	0,078	0,009	0,638	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει γίνει λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης μεταβλητής

Εξετάζοντας τη συνολική ψυχική επιβάρυνση, δηλαδή το άθροισμα της κλίμακας DASS-21 (Πίνακας 17), προκύπτει το ίδιο μοτίβο. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η αξιολόγηση του πόνου ($\beta = 0,125$, $p < 0,001$) είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης των ασθενών. Ο πόνος συνδέεται, δηλαδή, με υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DASS-21.

Πίνακας 17. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα DASS-21 και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και τον πόνο

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	0,042	0,033	0,112	0,213
Ηλικία	0,001	0,001	0,013	0,836
Αξιολόγηση πόνου	0,125	0,011	0,733	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει γίνει λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης μεταβλητής

Τα δύο τελευταία μοντέλα εξετάζουν τον ίδιο τον πόνο ως εξαρτημένη μεταβλητή, με ανεξάρτητες το φύλο και την ηλικία. Στον Πίνακα 18 η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η αξιολόγηση του πόνου. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η ηλικία ($\beta = 0,001$, $p = 0,006$) είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας του πόνου. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς αναφέρουν, δηλαδή, εντονότερο πόνο.

Πίνακας 18. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον πόνο και ανεξάρτητες το φύλο και την ηλικία

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,003	0,013	-0,020	0,823
Ηλικία	0,001	0,001	0,244	0,006

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει γίνει λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης μεταβλητής

Τέλος, ο Πίνακας 19 επαναλαμβάνει το μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή την επίδραση του πόνου στην καθημερινή ζωή. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η ηλικία ($\beta = 0,002$, $p = 0,002$) είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της επίδρασης του πόνου στην καθημερινή ζωή. Και εδώ η ηλικία αναδεικνύεται σημαντική: όσο μεγαλύτερος ο ασθενής, τόσο περισσότερο ο πόνος περιορίζει την καθημερινή του λειτουργικότητα.

Πίνακας 19. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την επίδραση του πόνου στην καθημερινή ζωή και ανεξάρτητες το φύλο και την ηλικία

	$\beta+$	SE++	$b\pm$	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,013	0,019	-0,062	0,474
Ηλικία	0,002	0,001	0,271	0,002

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει γίνει λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης μεταβλητής

Κεφάλαιο 4. Συζήτηση και συμπεράσματα

4.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής, της ψυχικής υγείας και του αντιληπτού πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από οσφυοισχιαλγία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς του δείγματος εμφάνισαν χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής τόσο στη διάσταση της φυσικής υγείας όσο και στη διάσταση της ψυχικής υγείας (μεγαλύτερη επιβάρυνση καταγράφηκε στη διάσταση της φυσικής υγείας). Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η οσφυοισχιαλγία μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή λειτουργικότητα, την κινητικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (Van Bogaert et al., 2021; Samant et al., 2024). Επίσης, η χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της φυσικής υγείας επιβεβαιώνει ότι ο πόνος και οι λειτουργικοί περιορισμοί αποτελούν σημαντικές διαστάσεις της οσφυοισχιαλγίας κάτι που αποτυπώνεται σε χειρότερη ποιότητα ζωής στον τομέα της φυσικής υγείας (Hnatešen et al., 2022; Mahmutović et al., 2024).

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της διπλωματικής εργασίας έδειξαν ότι οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία εμφάνισαν αυξημένα συμπτώματα στρες και κατάθλιψης και μέτρια προς αυξημένα συμπτώματα άγχους. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι η οσφυοισχιαλγία δεν πρέπει να προσεγγίζεται αποκλειστικά ως ένα σωματικό πρόβλημα, αλλά ως μια κατάσταση που μπορεί να συνδέεται με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση για τους ασθενείς που την αντιμετωπίζουν. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με έρευνα στη βιβλιογραφία που έχουν αναφέρει ότι ο χρόνιος πόνος και η οσφυοισχιαλγία μπορούν να συνυπάρχουν με το άγχος, το

στρες και την καταθλιπτική συμπτωματολογία, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο την κλινική εικόνα όσο και την καθημερινότητα των ασθενών (Nicholas et al., 2019; Feki et al., 2024; Sellami et al., 2025). Ειδικότερα, τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στους ασθενείς του δείγματος επιβεβαιώνουν τη σημασία που έχει η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με οσφυοισχιαλγία (Wong et al., 2021; Taşkaya et al., 2024).

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της διπλωματικής εργασίας είναι ότι ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους ενώ σχετίζεται θετικά με συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η υψηλότερη αξιολόγηση του πόνου και η μεγαλύτερη επίδραση του πόνου στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών συνδέονται με χειρότερη ποιότητα ζωής (τόσο στη φυσική όσο και στη ψυχική διάσταση) και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι η ένταση του πόνου δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική λειτουργικότητα των ασθενών, αλλά συνδέεται και με τη ψυχική τους υγεία. Η σχέση αυτή επιβεβαιώνει την ανάγκη μιας πιο σφαιρικής προσέγγισης στη διαχείριση της οσφυοισχιαλγίας, καθώς η εμπειρία του πόνου επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες αλλά επηρεάζει ταυτόχρονα την ψυχική υγεία των ασθενών (Hartvigsen et al., 2018; Anselmo et al., 2024).

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι η ηλικία, η συνολική ψυχική επιβάρυνση και ο πόνος είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της φυσικής υγείας (διάσταση της ποιότητας ζωής) ενώ η ψυχική επιβάρυνση και ο πόνος είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας (διάσταση της ποιότητας ζωής). Επιπλέον, η κατάθλιψη και το άγχος αναδείχθηκαν ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες και των δύο διαστάσεων της ποιότητας ζωής (φυσική και ψυχική υγεία). Τα αποτελέσματα

αυτά δείχνουν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυοισχιαλγία επηρεάζεται τόσο από την ένταση του πόνου που βιώνουν όσο και από την ψυχική τους κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, οι οποίες αναφέρουν ότι η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οσφυοισχιαλγία σχετίζεται τόσο με τον πόνο όσο και με την επίπτωση του πόνου στην ψυχική τους υγεία (Van Bogaert et al., 2022; Davis et al., 2024).

Τέλος, τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ο πόνος των ασθενών με οσφυοισχιαλγία είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας του επιπέδου κατάθλιψης, του επιπέδου άγχους και της συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ψυχολογική τους επιβάρυνση. Παράλληλα, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η αύξηση της ηλικίας συνδέθηκε με υψηλότερο επίπεδο πόνου και κατάθλιψης. Συνολικά, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι η οσφυοισχιαλγία αποτελεί μια πολυδιάστατη κατάσταση, η οποία απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση του πόνου, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών (Treede et al., 2018; Nicholas et al., 2019; Akif et al., 2024).

4.2. Περιορισμοί έρευνας

Η διπλωματική εργασία χαρακτηρίζεται από ορισμένους σημαντικούς περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αρχικά, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 125 ασθενείς με οσφυοισχιαλγία, οι οποίοι προσήλθαν σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Ανατολικής Αττικής. Επομένως, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν με απόλυτη ασφάλεια σε όλους τους ασθενείς με οσφυοισχιαλγία,

καθώς το δείγμα προέρχεται από συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας και από συγκεκριμένες δομές υγείας.

Επιπλέον, η επιλογή των συμμετεχόντων βασίστηκε στη μέθοδο της διαδοχικής δειγματοληψίας, η οποία αποτελεί μια μέθοδο δειγματοληψίας χωρίς χρήση πιθανοτήτων. Αν και η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη σε έρευνες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να περιορίσει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (Tripathy et al., 2025). Ένας ακόμη περιορισμός της διπλωματικής εργασίας είναι ο συγχρονικός σχεδιασμός που επιλέχθηκε, καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία μόνο χρονική στιγμή. Για τον λόγο αυτό, δεν είναι δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων αιτίας-αποτελέσματος (αιτιώδεις σχέσεις) μεταξύ πόνου, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής.

4.3. Συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία έδειξε ότι οι ασθενείς με οσφυοισχιαλγία εμφανίζουν σημαντική επιβάρυνση τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην ψυχική τους υγεία. Η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι χαμηλή (τόσο στη διάσταση της φυσικής όσο και στη διάσταση της ψυχικής υγείας), ενώ οι ασθενείς παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα στρες και κατάθλιψης. Παράλληλα, ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς ήταν σχετικά υψηλός και επηρέασε σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής τους και την ψυχική υγεία τους.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., Vitalicia, L., Rogers, A. B., Wegener, S. T., & Dudeney, J. (2025). Prevalence of depression and anxiety among adults with chronic pain. *JAMA Network Open*, 8(3), e250268. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0268>
- Akif, A., Qusar, M. M. a. S., & Islam, M. R. (2024). The Impact of Chronic Diseases on Mental Health: An Overview and recommendations for care programs. *Current Psychiatry Reports*, 26(7), 394–404. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01510-7>
- Anselmo, A., Pagano, M., Cappadona, I., Cardile, D., Russo, F., Laudisio, A., Papalia, G. F., Quartarone, A., Calabrò, R. S., & Corallo, F. (2024). A Systematic Review on the Neuropsychological Assessment of Patients with LBP: The Impact of Chronic Pain on Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, 13(20), 6149. <https://doi.org/10.3390/jcm13206149>
- Baird, A., & Sheffield, D. (2016). The Relationship between Pain Beliefs and Physical and Mental Health Outcome Measures in Chronic Low Back Pain: Direct and Indirect Effects. *Healthcare*, 4(3), 58. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030058>
- Berry, J. A., Elia, C., Saini, H. S., & Miulli, D. E. (2019). A review of Lumbar radiculopathy, Diagnosis, and treatment. *Cureus*, 11(10), e5934. <https://doi.org/10.7759/cureus.5934>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Cao, L., Deng, B., Wang, X., Fang, T., Umoh, K. N., Liu, L., Qian, J., & Liu, F. (2025). The Potential Relationship between Low back Pain and Depression: A Comprehensive review. *Brain and Behavior*, 15(11), e71026. <https://doi.org/10.1002/brb3.71026>

- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *PubMed*, 23(2), 129–138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080219>
- Cohen, M., Quintner, J., & Van Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *PAIN Reports*, 3(2), e634. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000634>
- Davis D, Taqi M, Vasudevan A. Sciatica. [Updated 2024 Jan 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507908/>
- Fairag, M., Kurdi, R., Alkathiry, A., Alghamdi, N., Alshehri, R., Alturkistany, F. O., Almutairi, A., Mansory, M., Alhamed, M., Alzahrani, A., & Alhazmi, A. (2022). Risk Factors, Prevention, and Primary and Secondary Management of Sciatica: an updated overview. *Cureus*, 14(11), e31405. <https://doi.org/10.7759/cureus.31405>
- Feki, A., Sellami, I., Bejaoui, H., Abbes, A., Gassara, Z., Jemaa, S. B., Ezzeddine, M., Kallel, M. H., Fourati, H., Akrou, R., & Baklouti, S. (2024). Anxiety and depression among patients with chronic sciatica. *European Psychiatry*, 67(S1), S351. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.724>
- Fourré, A., Monnier, F., Ris, L., Telliez, F., Michielsen, J., Roussel, N., & Hage, R. (2022). Low-back related leg pain: is the nerve guilty? How to differentiate the underlying pain mechanism. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 31(2), 57–63. <https://doi.org/10.1080/10669817.2022.2092266>
- Galderisi, S. (2024). The need for a consensual definition of mental health. *World Psychiatry*, 23(1), 52–53. <https://doi.org/10.1002/wps.21150>
- Gautam, S., Jain, A., Chaudhary, J., Gautam, M., Gaur, M., & Grover, S. (2024). Concept of mental health and mental well-being, its determinants and coping strategies. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S231–S244. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_707_23

- Ge, L., Pereira, M. J., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2022). Chronic low back pain and its impact on physical function, mental health, and health-related quality of life: a cross-sectional study in Singapore. *Scientific Reports*, 12(1), 20040. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24703-7>
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1), 770. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Grichnik, K. P., & Ferrante, F. M. (1991). The difference between acute and chronic pain. *PubMed*, 58(3), 217–220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1875958>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Norekvål, T. M., ... LIVSFORSK network (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., Underwood, M., Van Tulder, M., . . . Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30480-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30480-x)
- Hnatešen, D., Pavić, R., Radoš, I., Dimitrijević, I., Budrovac, D., Čebohin, M., & Gusar, I. (2022). Quality of Life and Mental Distress in Patients with Chronic Low Back Pain: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10657. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710657>

- Huang, Y., Loux, T., Huang, X., & Feng, X. (2023). The relationship between chronic diseases and mental health: A cross-sectional study. *Mental Health & Prevention*, 32, 200307. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200307>
- Jareebi, M. A. (2026). Sciatica and Mental Well-Being among Saudi Women: a Cross-Sectional Investigation. *Healthcare*, 14(9), 1227. <https://doi.org/10.3390/healthcare14091227>
- Kao, Y., Chen, J., Chen, H., Liao, K., & Huang, S. (2021). The association between depression and chronic lower back pain from disc degeneration and herniation of the lumbar spine. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 57(2), 165–177. <https://doi.org/10.1177/00912174211003760>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kesmodel, U. S. (2018). Cross-sectional studies – what are they good for? *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388–393. <https://doi.org/10.1111/aogs.13331>
- Konstantinou, K., Dunn, K. M., Ogollah, R., Lewis, M., Van Der Windt, D., & Hay, E. M. (2017). Prognosis of sciatica and back-related leg pain in primary care: the ATLAS cohort. *The Spine Journal*, 18(6), 1030–1040. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.10.071>
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., & Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-55>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*.
- Lyrakos, G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(11\)73435-6](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(11)73435-6)

- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2016). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736–747. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30970-9)
- Mahmutović, E., Safiye, T., Biševac, E., Ajdinović, A., Salihagić, Z., Minić, S., & Dolićanin, Z. (2024). Quality of Life and Functional Status of Patients with Lumbar Radiculopathy. *Iranian Journal of Public Health*, 53(8), 1837–1846. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i8.16289>
- Merskey, H. (1994). Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research*, 3(S1), S69–S76. <https://doi.org/10.1007/bf00433379>
- Mystakidou, K., Mendoza, T., Tsilika, E., Befon, S., Parpa, E., Bellos, G., Vlahos, L., & Cleeland, C. (2000). Greek Brief Pain Inventory: Validation and Utility in Cancer pain. *Oncology*, 60(1), 35–42. <https://doi.org/10.1159/000055294>
- Nicholas, M., Vlaeyen, J. W., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S., Treede, R., & Pain, I. T. F. T. C. O. C. (2018). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2014). Chronic pain affects the whole person – a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 363–371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., Lakioti, A., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2018). Psychometric Properties of the Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS-21) in a Greek sample. *Psychology*, 09(15), 2933–2950. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.915170>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study

- of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Samant, P., Tawde, P., & Tawde, D. N. (2024). Understanding how patients with lumbar radiculopathy make sense of and cope with their symptoms. *Cureus*, 16(3), e56987. <https://doi.org/10.7759/cureus.56987>
- Seers, K., & Critelton, N. (2001). Quantitative research: Designs relevant to nursing and healthcare. *Journal of Research in Nursing*, 6(1), 487–500. <https://doi.org/10.1177/136140960100600103>
- Sellami, I., Feki, A., Abbes, A., Bejaoui, H., Gassara, Z., Hajjaji, M., Masmoudi, M. L., Hammami, K. J., Kallel, M. H., Fourati, H., & Baklouti, S. (2025). Mental health and disability among patients with chronic sciatica. *European Psychiatry*, 68(S1), S936–S937. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1898>
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092–2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Sugrue, J., McKenna, S., Purtill, H., & O’Sullivan, K. (2025). Screening for depression, anxiety, and psychological distress associated with low back pain by musculoskeletal and spinal clinicians. A scoping review. *European Spine Journal*, 34(4), 1319–1330. <https://doi.org/10.1007/s00586-025-08678-3>
- Taşkaya, B., Taşkent, İ., Çakıllı, M., & Yılmaz, Ö. (2024). The effect of manual therapy on psychological factors and quality of life in lumbar disc herniation patients: a single blinded randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1234. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091234>
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand’homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S. (2018). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for

- the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Tripathy, J. S., Singh, A., & Tripathy, D. (2025). The Double-Edged Sword of consecutive and Snowball Sampling: Practical Utility versus Methodological Compromise. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 48(1), 81–84. <https://doi.org/10.1177/02537176251405469>
- Van Bogaert, W., Putman, K., Coppieters, I., Goudman, L., Nijs, J., Moens, M., Buyl, R., Ickmans, K., & Huysmans, E. (2021). Health-related quality of life deviations from population norms in patients with lumbar radiculopathy: associations with pain, pain cognitions, and endogenous nociceptive modulation. *Quality of Life Research*, 31(3), 745–757. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02964-5>
- Van Der Windt, D. A., Simons, E., Riphagen, I. I., Ammendolia, C., Verhagen, A. P., Laslett, M., Devillé, W., Deyo, R. A., Bouter, L. M., De Vet, H. C., & Aertgeerts, B. (2010). Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD007431. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007431.pub2>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form health survey. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Wong, J. J., Tricco, A. C., Côté, P., Liang, C. Y., Lewis, J. A., Bouck, Z., & Rosella, L. C. (2021). Association Between Depressive Symptoms or Depression and Health Outcomes for Low Back Pain: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 37(5), 1233–1246. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07079-8>
- World Health Organization. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. Διαθέσιμο στο: <https://who-dev5.prgsdev.com/m/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Wu, A., March, L., Zheng, X., Huang, J., Wang, X., Zhao, J., Blyth, F. M., Smith, E., Buchbinder, R., & Hoy, D. (2020). Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of Translational Medicine*, 8(6), 299. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.175>
- Zhou, T., Salman, D., & McGregor, A. H. (2024). Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07468-0>

Παράρτημα