

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΡΟΥΜΕΛΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΑΙΓΙΟ, 2012

PREVALENCE OF LOW BACK PAIN IN A GREEK AREA

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κωνσταντίνο Κουτσογιάννη και την συντονίστρια κα. Ευδοκία Μπίλη για την πολύτιμη βοήθειά τους και είμαι υποχρεωμένος να ευχαριστήσω την οικογένειά μου καθώς αποτέλεσε άξιο συμπαραστάτη στην προσπάθειά μου να ολοκληρώσω τις σπουδές μου αλλά και τον προσωπικό μου φίλο Αντώνη Σταματόπουλο για την φωτογράφιση.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Καταγραφή οσφυαλγίας σε περιοχή της Ελλάδας» στοχεύει στο να καταγράψει και να αναδείξει πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα της οσφυαλγίας.

Το γεγονός πως δεν έχουν πραγματοποιηθεί πολλές ερευνητικές προσπάθειες στη χώρα μας για το πρόβλημα της οσφυαλγίας αποτέλεσε και την κεντρική ιδέα για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας η οποία περιλαμβάνει την ανάλυση μιας έρευνας σχετικής με το αντικείμενο για μια συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδας, τον Δήμο Ηλιούπολης του Κεντρικού τομέα των Αθηνών.

Η εργασία απευθύνεται σε όλους όσους επιθυμούν να ενημερωθούν για το θέμα της οσφυαλγίας και επίσης αποτελεί και ένα εύχρηστο εργαλείο στα χέρια κάθε νέου φυσικοθεραπευτή που επιθυμεί να αντλήσει γνώσεις για την οσφυαλγία και την αποκατάστασή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η ερευνητική εργασία που τιτλοφορείται ως «Καταγραφή οσφυαλγίας σε περιοχή της Ελλάδας» αποσκοπεί στην ανάλυση της οσφυαλγίας, στην φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση και στην καταγραφή πληροφοριών σχετικών μ' αυτή σε κατοίκους του Δήμου Ηλιούπολης.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ενός που περιλάμβανε ερωτήσεις για: δημογραφικά στοιχεία, κατάσταση του πόνου, ιστορικό του πόνου, συχνότητα και διάρκεια των επεισοδίων οσφυαλγίας. Η ένταση του πόνου καταγράφηκε σύμφωνα με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS). Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ακόμη 4 ειδικά ερωτηματολόγια: το The Keele STarT Back Screening Tool, το Roland-Morris Disability Index, την Κλίμακα HAD και το General ή Generic Questionnaire SF-12.

Αποτελέσματα: Δόθηκαν 838 ερωτηματολόγια σε 469 (56%) άνδρες και 369 (44%) γυναίκες, ηλικίας 16 ετών και άνω, και επιλέχθηκαν τα 74 που απάντησαν θετικά στην οσφυαλγία (52,7% ήταν άνδρες και 47,3% γυναίκες), μέσου όρου ηλικίας τα 39 έτη. Επίσης, 35,1% να βιώνει έντονα το αίσθημα του πόνου, 55% βιώνει πόνο στην αριστερή οσφυϊκή μοίρα και 86,5% στην δεξιά. Ακόμη, κάποιο επεισόδιο οσφυαλγίας στο παρελθόν παρουσίασε το 56,8%, το 37,8% έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, η βαθμολογία στα τεστ: STarT Back Subtotal 1,42: χαμηλού κινδύνου Άγχους/Δυσφορίας, STarT Back Total 2,91: δείγμα χαμηλού κινδύνου, MO RMDQ 4,76: «Καμία αναπηρία», MO HAD – Anxiety Subscale 5,86: «Καθόλου άγχος», MO HAD – Depression Subscale 3,86: «Καθόλου κατάθλιψη», MO SF – 12 PCS 45,45: μέτριο επίπεδο σωματικής υγείας και MO SF – 12 MCS 47,78: μέτριο επίπεδο ψυχικής υγείας. Βρέθηκε να μην συσχετίζονται η οσφυαλγία με τον ($r = -0,509$), η οσφυαλγία με υποτροπιάζοντα επεισόδια με την ηλικία ($r = -0,396$), η Κλίμακα Startback Total με Οσφυαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες ($r = -0,494$), η ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα ($r = -0,509$) με την ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες ($r = -0,522$), η Κλίμακα Roland-Morris Disability Questionnaire με την οσφυαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες ($r = -0,426$), με την ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα ($r = -0,414$) και με την ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες ($r = -0,448$), η

SF-12 Physical Subscore με την οικογενειακή κατάσταση ($r=-0,411$) και η SF-12 Mental Subscore με το φύλο ($r=-0,426$). Βρέθηκε να συσχετίζονται η Startback Total με Οικογενειακή Κατάσταση ($r=0,450$) με την συχνότητα του πόνου ($r=0,436$), η Οσφουαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες με την SF-12 Physical Subscore με την ($r=0,403$).

Συμπεράσματα: Η οσφουαλγία έχει αρνητικές συνέπειες σε σωματική & ψυχική υγεία ασθενή με επίδραση στην ποιότητα ζωής του. Εδώ, η συμβολή της φυσικοθεραπείας είναι σημαντική. Ο κάθε φυσικοθεραπευτής πρέπει να συστήσει παρεμβάσεις που θα οδηγήσουν στην βελτίωση των παραγόντων που επιδρούν στην οσφουαλγία ώστε οι ασθενείς να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Λέξεις Κλειδιά: Οσφουαλγία, φυσικοθεραπεία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	x
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	2
1.1. Σπονδυλική στήλη	2
1.2. Κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης.....	3
1.3. Αρθρωκίνηματική και εμβιομηχανική της Σπονδυλικής Στήλης (Σ.Σ.).....	5
1.4. Σπόνδυλοι.....	7
1.5. Μύες σπονδυλικής στήλης.....	10
2. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	14
2.1. Ορισμός οσφυαλγίας	14
2.2. Επιδημιολογία.....	16
2.3. Αίτια οσφυαλγίας	16
2.4. Οσφυαλγία και εργασία.....	19
2.5. Οσφυαλγία και κάπνισμα	20
3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ.....	22
3.1. Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου	22
3.2. Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα	26
3.3. Στένωση σπονδυλικού σωλήνα	27
3.4. Σπονδυλολίσθηση	28
3.5. Σπονδυλόλυση	30
3.6. Κοκκυγοδυνία	32

3.7. Κύφωση	33
3.8. Σκολίωση	34
4. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ	36
4.1. Ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου	36
4.2. Δισχιδής ράχη	36
5. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ	39
5.1. Δοκιμασία ανύψωσης τεταμένου σκέλους (SLR)	42
5.2. Δοκιμασία Laseque	43
5.3. Δοκιμασία Laseque στο υγιές κάτω άκρο	45
5.4. Δοκιμασία διάτασης του μηριαίου νεύρου (ανάστροφο Laseque)	45
5.5. Δοκιμασία Bowstring	46
6. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ	47
6.1. Οξύ στάδιο	47
6.2. Υποξύ - χρόνια στάδιο	54
6.3. Διατάσεις	61
6.4. Θεραπευτικές ασκήσεις για το σπίτι	62
7. ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	66
8. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	67
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	70
1. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	71
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	73
2.1. Δείγμα	73
2.2. Υλικό	74

2.3. Διαδικασία διεξαγωγής	84
2.4. Ανάλυση δεδομένων	86
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	87
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	102
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Mok & Lee, 2008). Η οσφυαλγία θεωρείται μια από τις πιο σημαντικές αιτίες αναζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας γεγονός που αποδεικνύεται από έρευνα στην Αγγλία που βρέθηκε πως το τελευταίο 2011 το 7% του συνολικού ενήλικου πληθυσμού απευθύνθηκε σε κάποιον επαγγελματία υγείας για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (Wynne - Jones et al., 2012).

Έχει διαπιστωθεί πως πολλοί είναι οι παράγοντες που επιδρούν στην οσφυαλγία όπως η εργασία (Wynne - Jones et al., 2012), το φύλο και άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος κατοικίας (Cheung & Ghazi, 2008). Ενδεικτικό, αποτελεί ο οριακά μεγαλύτερος επιπολασμός στους άνδρες εξαιτίας των καταπονήσεων που δέχονται στην εργασία τους η οποία της περισσότερες φορές οδηγεί σε σωματική κούραση που συνδέεται με την οσφυαλγία. Παραδειγματικά, αναφέρονται οι νοσηλευτές που σε ποσοστό 52% εμφανίζουν χρόνια οσφυαλγία εξαιτίας της επίπονης κακής στάσης εργασίας τη χειρωνακτική διακίνηση ασθενών και φορτίων και το ωράριο (Harcombe et al., 2010, Szeto et al., 2010). Ακόμη, πολλοί είναι και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συσχετίζονται με την οσφυαλγία όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η ανεργία (Dionne et al., 2010), η κατάθλιψη και το άγχος (Keeley et al., 2008). Ουσιαστικά, οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι ενισχύουν τον περιορισμό των ασθενών και επηρεάζουν την σωματική τους υγεία με αποτέλεσμα την εμφάνιση ή την επιδείνωση της οσφυαλγίας (Koleck et al., 2006). Τέλος, ο πόνος είναι ενδεικτικός και συσχετίζεται άμεσα με την κακή ποιότητα ζωής των ατόμων με οσφυαλγία (Beales et al., 2012).

Στην παρούσα έρευνα, μελετάται η οσφυαλγία προκειμένου να καταγραφούν πληροφορίες σχετικά με την οσφυαλγία και ειδικότερα να διερευνηθεί ο επιπολασμός της οσφυαλγίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού, να μελετηθούν δημογραφικά χαρακτηριστικά, η συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων με την συχνότητα της οσφυαλγίας και η επίδραση της οσφυαλγίας στην ψυχική υγεία του ασθενή. Από την έρευνα απεδείχθη πως το δείγμα της έρευνα κατατάσσεται στην κατηγορία του χαμηλού κινδύνου άγχους / δυσφορίας, αναπηρίας και κατάθλιψης, μέτριου πόνου και διαθέτει μέτριο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Σπονδυλική στήλη

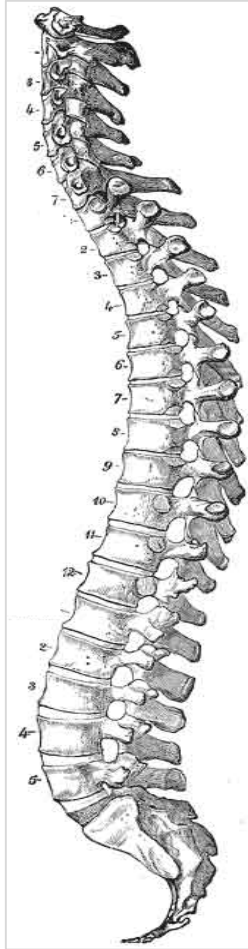
Η ανθρώπινη σπονδυλική στήλη είναι μια ιδιαίτερα πολύπλοκη κατασκευή με μεγάλη σταθερότητα και κινητικότητα. Η σπονδυλική στήλη παρουσιάζει υψηλή σταθερότητα, που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην άριστη κατασκευαστική δομή με την εμφάνιση των κυρτωμάτων, αλλά και στις πολλές αλυσιδωτές αρθρώσεις οι οποίες παρέχουν την ανάλογη κινητικότητα όταν η σπονδυλική στήλη την έχει ανάγκη (Πουλμένης, 2007).

Η σπονδυλική στήλη (Εικ. 1.1.) αποτελεί τον κύριο σκελετικό άξονα του σώματος. Αποτελεί το βασικό όργανο επί του οποίου στηρίζεται το κεφάλι και ο κορμός, αποτελεί το μέσο προστασίας του νωτιαίου μυελού και των νευρικών ριζών ενώ ταυτόχρονα επιτελεί το σημαντικό έργο της ρυθμικής κίνησης ολόκληρου του ανθρώπινου σώματος. Στα πλαίσια της λειτουργίας της εντοπίζονται βασικά στοιχεία μοναδικότητας τα οποία εστιάζουν στα ακόλουθα (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Αποτελεί το βασικό άξονα με σημαντικές κινητικές δυνατότητες επί του οποίου στηρίζεται ο σκελετός των άκρων.
2. Λειτουργεί ως μέσο προστασίας των ευαίσθητων νεύρων που ακολουθούν την πορεία από τον εγκέφαλο προς το υπόλοιπο σώμα.

Η ικανοποίηση των συγκεκριμένων σκοπών αποτελεί και τη βασική οριοθέτηση επίτευξη του συνδυασμού κινητικότητας – σταθερότητας. Για την πλήρη επίτευξη των στόχων και των ρόλων που επιτελεί η σπονδυλική στήλη, πραγματοποιείται ο διαχωρισμός της σε τρεις (3) βασικές περιοχές: ανώτερη, μεσαία και κατώτερη. Η ανώτερη περιοχή (λαιμός) καλείται αυχενική μοίρα, η μεσαία (κορμός) ονομάζεται θωρακική μοίρα και η κατώτερη (μέση) ονομάζεται οσφυϊκή μοίρα.

Η σπονδυλική στήλη (Σ.Σ.) αποτελείται από 32 - 34 σπονδύλους και εμφανίζει 5 μοίρες: την αυχενική με 7 σπονδύλους θωρακική με 12, την οσφυϊκή με 5, την ιερή με 5 και την κοκκυγική με 4 - 5 σπονδύλους. Οι ιεροί, και οι κοκκυγικοί σπόνδυλοι είναι συνοστεωμένοι και σχηματίζουν το ιερό οστόν και τον κόκκυγα, αντίστοιχα (Λαμπίρης, 2007).

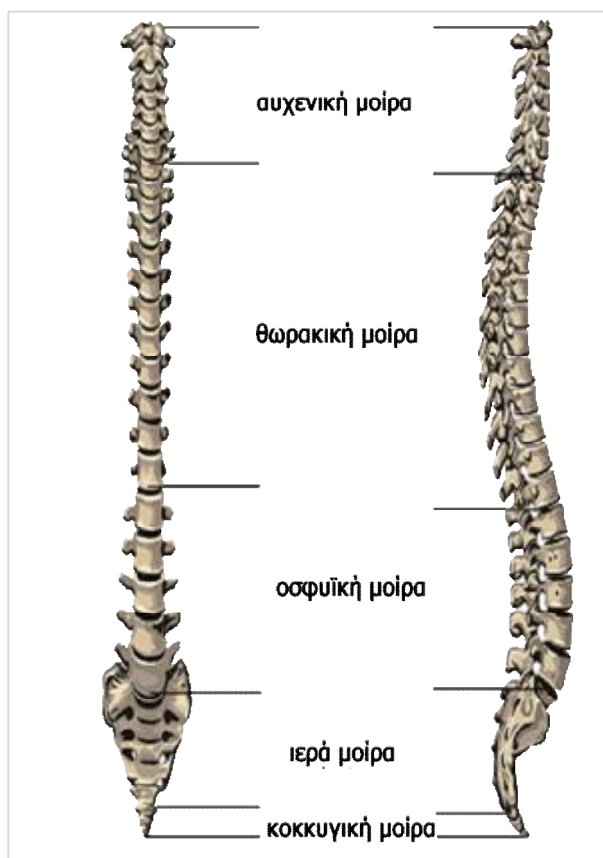


Εικόνα 1.1. Σπονδυλική στήλη

Πηγή: <http://www.hellenica.de/Med/Anatomia/SpondylikiStili.html>

1.2. Κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης

Η Σ.Σ. παρουσιάζει διάφορα κυρτώματα. Τα σημαντικότερα είναι τα οβελιαία ή προσθιοπίσθια και συγκεκριμένα το αυχενικό και οσφυϊκό, που είναι λорδωτικά (το κυρτό εμπροσθεν) και θεωρούνται δευτερογενή ή αντισταθμιστικά, και το θωρακικό και το ιεροκοκκυγικό, που είναι κυφωτικά (το κυρτό όπισθεν) και είναι πρωτογενή (Εικ. 1.2.) (Λαμπίρης, 2007).



Εικόνα 1.2. Κυρτώματα σπονδυλικής στήλης
Πηγή: <http://www.kifidis-orthopedics.gr/news/vss.html>

Τα κυρτώματα σε θωρακική και ιερά μοίρα καλούνται πρωτοπαθή, καθώς διαμορφώνονται κατά την εμβρυϊκή ζωή, ενώ τα κυρτώματα σε αυχενική και οσφυϊκή μοίρα καλούνται δευτεροπαθή και διαμορφώνονται μεταγενέστερα. Τα κυρτώματα στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα έχουν πάρει την ονομασία λόρδωση (το κυρτό μέρος είναι προς τα εμπρός) και κύφωση το θωρακικό και ιερολαγόνιο τμήμα (το κυρτό μέρος είναι προς τα πίσω). Επιπροσθέτως, τα δευτεροπαθή κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης στην τρίτη ηλικία γίνονται περισσότερο δύσκαμπτα, είναι περισσότερο ασαφή, εξαιτίας της εκφύλισης των δίσκων, των ζυγαποφυσιακών αρθρώσεων και της οστεοπόρωσης (Συμεωνίδης, 1996).

Κατά την επεξεργασία της σπονδυλικής στήλης από την πλάγια πλευρά, δύναται να εντοπιστούν συγκεκριμένα κυρτώματα τα οποία ουσιαστικά καθορίζουν και το τελικό σχήμα που λαμβάνει. Η διάκρισή τους είναι η ακόλουθη (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Αυχενικό κύρτωμα.

2. Θωρακικό κύρτωμα.
3. Οσφυϊκό κύρτωμα.
4. Ιεροκοκκυγικό κύρτωμα.

Από τη στιγμή της γέννησης του ανθρώπου, η σπονδυλική στήλη εμφανίζει κύρτωση προς τα πίσω. Το θωρακικό και το ιεροκοκκυγικό κύρτωμα παραμένουν προς τα πίσω και θεωρούνται τα κύρια κυρτώματα έναντι του αυχενικού και του οσφυϊκού κυρτώματος που αποτελούν δευτερεύοντα κυρτώματα. Ο συγκεκριμένος χαρακτηρισμός τους οφείλεται στην αντιστροφή της κατεύθυνσής τους στη βρεφική και στην πρώιμη παιδική ηλικία .

1.3. Αρθρωκινηματική και εμβιομηχανική της Σπονδυλικής Στήλης (Σ.Σ.)

Η λειτουργική μονάδα της σπονδυλικής στήλης αποτελείται από τα δύο ήμισυ των παρακείμενων σπονδύλων και τους μαλακούς ιστούς, που παρεμβάλλονται. Η σπονδυλική στήλη προστατεύει το νωτιαίο μυελό και τα νεύρα, μεταφέρει το βάρος του κορμού και των άνω άκρων στη λεκάνη και παρέχει σημεία στήριξης για τα θωρακικά και κοιλιακά όργανα. Το μέγεθος των σπονδυλικών σωμάτων αυξάνεται από την αυχενική προς την οσφυϊκή μοίρα, για να μπορούν αυτά να ανταποκριθούν στα αυξημένα φορτία. Τα σπονδυλικά σώματα παρέχουν στήριξη, ενώ τα σπονδυλικά τόξα προστατεύουν το νωτιαίο μυελό και συνεισφέρουν με τις οπίσθιες αρθρώσεις στην κίνηση της Σ.Σ. Οι ακανθώδεις και οι εγκάρσιες αποφύσεις χρησιμεύουν ως σημεία πρόσφυσης μυών και συνδέσμων, που ελέγχουν την κίνηση (Λαμπίρης, 2007; Solomon et al., 2010).

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι είναι σημαντικοί για την κατανομή των φορτίων και την κίνηση μεταξύ των σπονδύλων. Οι δυνάμεις, που ασκούνται στο δίσκο, είναι συνδυασμός διάτασης, συμπίεσης, διάτμησης και στροφής. Οι μηχανικές ιδιότητες του δίσκου είναι αποτέλεσμα της υφής του και είναι σημαντικές για την κατανομή των φορτίων στη σπονδυλική στήλη και για την κίνηση αυτής. Το νερό του πηκτοειδούς πυρήνα κατανέμει τις συμπιεστικές δυνάμεις, ενώ οι ίνες του ινώδους δακτυλίου ανθίστανται στις διατμητικές δυνάμεις (Λαμπίρης, 2007).

Οι 24 κύριοι σπόνδυλοι (7 αυχενικοί, 12 θωρακικοί και 5 οσφυϊκοί), οι οποίοι πραγματοποιούν την κίνηση της σπονδυλικής στήλης, αρθρώνονται μεταξύ

τους κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπουν κινήσεις και στα τρία επίπεδα. Οι δύο γειτονικοί σπόνδυλοι με τα σπονδυλικά σώματα, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους και τους επιμήκεις συνδέσμους αποτελούν το πρόσθιο κινητικό τμήμα. Τα αντίστοιχα σπονδυλικά τόξα, οι παρεμβαλλόμενες ζυγαποφυσιακές αρθρώσεις (facets), οι εγκάρσιες και ακανθώδεις αποφύσεις και οι σύνδεσμοι αποτελούν το οπίσθιο κινητικό τμήμα, με τα τόξα και τα σπονδυλικά σώματα να σχηματίζουν τα σπονδυλικά σωλήνα ο οποίος με τη σειρά του προστατεύει τον νωτιαίο μυελό (Πουλμέντης, 2007; Λαμπίρης, 2007).

Στο πρόσθιο κινητικό τμήμα, τα σπονδυλικά σώματα έχουν τέτοια ανατομική κατασκευή που διαπλατώνονται από άνω προς τα κάτω, καθώς τα υπερκείμενα φορτία προοδευτικά αυξάνονται από το ανώτερο τμήμα της σπονδυλικής στήλης προς το κατώτερο τμήμα αυτής. Έτσι τα οσφυϊκά σπονδυλικά σώματα και ιδιαίτερα το πρόσθιο τμήμα τους είναι περισσότερο ογκώδη έναντι των θωρακικών και αυχενικών σπονδύλων, διότι απαιτείται μεγαλύτερη επιφάνεια για να υποβαστάζει όσο το δυνατό μεγαλύτερο βάρος (Λαμπίρης, 2007; Solomon et al., 2010).

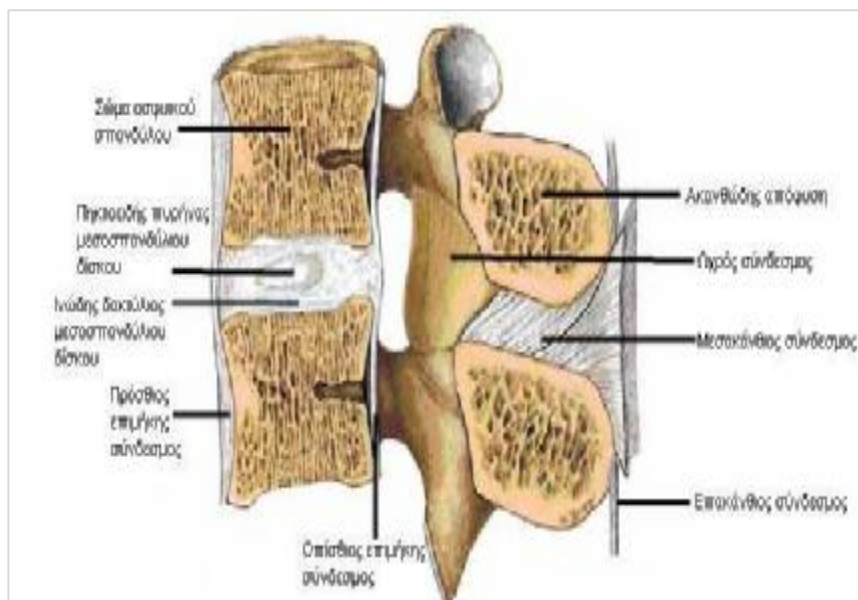
Το οπίσθιο κινητικό τμήμα της σπονδυλικής στήλης κατευθύνει την κίνηση, η οποία καθορίζεται από τον προσανατολισμό των αρθρούμενων επιφανειών μεταξύ των διπλανών σπονδύλων. Ο προσανατολισμός αυτός διαφοροποιείται σε σχέση με το οριζόντιο και το μετωπιαίο επίπεδο και εκτός από τους δυο ανώτερους αυχενικούς σπονδύλους, των οποίων οι αρθρούμενες επιφάνειες (facets) βρίσκονται στο οριζόντιο επίπεδο, των υπολοίπων σπονδύλων. Οι ζυγαποφυσιακές αρθρώσεις της αυχενικής μοίρας είναι προσανατολισμένα στις 45° σε σχέση με το οριζόντιο επίπεδο και περισσότερο παράλληλες στο μετωπιαίο επίπεδο. Οι ζυγαποφυσιακές αρθρώσεις των σπονδύλων (facets) θεωρούνται ως οδηγοί της κίνησης της σπονδυλικής στήλης, φαίνεται όμως ότι έχουν μια επιπλέον αρκετά σημαντική λειτουργία, να απορροφούν και τα φορτία που δημιουργούνται κατά την διάρκεια των κινήσεων (Λαμπίρης, 2007; Solomon et al., 2010).

Η κίνηση της σπονδυλικής στήλης είναι το αποτέλεσμα της συγχρονισμένης νευρικής και μυϊκής λειτουργίας. Οι πρωταγωνιστικές μυϊκές ομάδες της σπονδυλικής στήλης κυριαρχούν ξεκινώντας την κίνηση, ενώ οι ανταγωνιστικές μυϊκές ομάδες την ελέγχουν και την τροποποιούν. Το εύρος της κίνησης διαφέρει στα διάφορα επίπεδα της σπονδυλικής στήλης, ανάλογα

με τον προσανατολισμό των αρθρώσεων σε κάθε ένα από τα τρία επίπεδα. Η κίνηση που επιτρέπεται μεταξύ δυο γειτονικών σπονδύλων είναι μικρή και πάντοτε δεν γίνεται μεμονωμένα, αφού οι κινήσεις της σπονδυλικής στήλης επιτυγχάνονται πάντοτε με συνδυασμένη κίνηση των τμηματικών επιπέδων της. Επιπλέον, η τμηματική κίνηση της σπονδυλικής στήλης, δηλαδή η οσφυϊκή κίνηση ή η αυχενική δεν έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, διότι οποιαδήποτε κίνηση πραγματοποιεί η σπονδυλική στήλη είναι το αποτέλεσμα συνδυασμένων επιμέρους κινήσεων των τμημάτων, της, για το λόγο αυτό παρατηρούμε και πολλές διαφορετικές μέσες τιμές εύρους τροχιάς των λειτουργικών κινήσεων της σπονδυλικής στήλης (Πουλμένης, 2007).

1.4. Σπόνδυλοι

Στην περιγραφική του σπονδύλου (Εικ. 1.3.) εντοπίζεται το σπονδυλικό σώμα και το σπονδυλικό τόξο, το οποίο έχει πρόσθιο τμήμα (μίσχος) και οπίσθιο, καθώς και άνω και κάτω αρθρική απόφυση. Η κάτω σπονδυλική εντομή σχηματίζεται από το σπονδυλικό σώμα και την κάτω αρθρική απόφυση (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 1.3. Περιγραφική του σπονδύλου

Πηγή: <http://www.neoneophytou.com/ckfinder/userfiles/images.jpg>

Η ακανθώδης απόφυση αποτελεί την ένωση των δύο σπονδυλικών τόξων στο μεσοδιάστημα του οποίου εντοπίζεται το σπονδυλικό τρήμα. Η εγκάρσια απόφυση βρίσκεται στα πλάγια του σπονδύλου (Εικ. 1.4) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 1.4. Οσφυϊκός σπόνδυλος

Πηγή: http://www.neurocenter.gr/imagebank/spine-anatomy_clip_image004_b.jpg

Στη διάκριση των μεσοσπονδύλιων διαρθρώσεων, προκύπτει ομαδοποίηση σε δύο βασικές κατηγορίες: εκείνες που εντοπίζονται μεταξύ των σπονδυλικών σωμάτων και εκείνων μεταξύ των σπονδυλικών τόξων. Τα σπονδυλικά σώματα συντάσσονται μεταξύ τους μέσω ινωδών χόνδρων, τους επονομαζόμενους μεσοσπονδύλιους δίσκους οι οποίοι σε τάξη μεγέθους αποτελούν αθροιστικά το $\frac{1}{4}$ του συνολικού μήκους της σπονδυλικής στήλης.

Περιγράφοντας του συγκεκριμένους δίσκους, εντοπίζονται δύο μέρη: ένα εξωτερικό ινώδη δακτύλιο και ένα ζελατινώδη εσωτερικό πυρήνα (πηκτοειδής πυρήνας). Η λειτουργία της είναι να συμβάλλουν στην πραγματοποίηση κινήσεων και να απορροφούν του κραδασμούς λειτουργώντας αντιρροπιστικά σε συμπιεστικές δυνάμεις. Συνθετικά, σε ποσοστό 80 – 90% αποτελούνται από νερό (H_2O) που με την πάροδο των ετών απορροφάται δημιουργώντας συρρίκνωση των δίσκων και θραυστότητα. Τα σώματα των οσφυϊκών σπονδύλων είναι τα μεγαλύτερα όλων των σπονδύλων ενώ η συνένωση δύο σπονδύλων με το μεσοσπονδύλιο δίσκο, αποτελούν μία σπονδυλική μονάδα.

Οι ιεροί σπόνδυλοι συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το ιερό οστό και οι κοκκυγικοί συνενώνονται και σχηματίζουν τον κόκκυγα. Κάθε ένας από

τους υπόλοιπους 24 σπονδύλους αρθρώνεται με τον γειτονικό του εξασφαλίζοντας κίνηση σε 3 επίπεδα. Η σπονδυλική στήλη αποτελείται κατά κανόνα από 33 σπονδύλους, τον έναν επάνω από τον άλλο και εμφανίζει 4 μοίρες: την αυχενική, τη θωρακική, την οσφυϊκή και την ιεροκοκκυγική. Σ' αυτές αναλογούν 7 αυχενικοί σπόνδυλοι, 12 θωρακικοί, 5 οσφυϊκοί, 5 ιεροί και 4-5 κοκκυγικοί αντίστοιχα (Πουλμέντης, 2007).

Οι σπόνδυλοι ενώνονται μεταξύ τους μέσω των μεσοσπονδύλιων δίσκων, σχηματίζοντας συνchonδρώσεις, ενώ οι ιεροί και οι κοκκυγικοί σπόνδυλοι είναι ενωμένοι μεταξύ τους και σχηματίζουν το ιερό οστό και τον κόκκυγα. Το ιερό οστό αρθρώνεται ετερόπλευρα με το λαγόνιο σχηματίζοντας τη λεκάνη (Svensson et al., 1983). Οι κυριότερες μηχανικές λειτουργίες της σπονδυλικής στήλης είναι να παρέχει προστασία στο νωτιαίο μυελό και να μεταφέρει τα φορτία από την περιοχή της κεφαλής και του θώρακα στη λεκάνη (Πουλμέντης, 2007; Biering - Sorenson, 1983).

Κάθε σπόνδυλος αποτελείται από το σπονδυλικό σώμα, το σπονδυλικό τόξο, το σπονδυλικό τμήμα και τις αποφύσεις του. Από περιγραφικής άποψης, διακρίνονται δύο επιφάνειες του σπονδυλικού σώματος, η άνω και η κάτω, και μία περιφέρεια. Οι επιφάνειες χρησιμεύουν για την πρόσφυση των μεσοσπονδύλιων δίσκων. Το σπονδυλικό τόξο αποτελείται από δύο συμμετρικά ημιμόρια, δεξιό και αριστερό, τα οποία ξεκινούν από την άνω μοίρα του σπονδυλικού σώματος και μάλιστα, από εκείνο το σημείο όπου το πλάγιο τμήμα της περιφέρειας τους μετατρέπεται σε οπίσθιο. Στη συνέχεια, φέρονται προς τα πίσω και συνενώνονται κατά τη μέση γραμμή.

Στη συντεταγμένη σπονδυλική στήλη, τα τμήματα όλων των σπονδύλων, το ένα πάνω στο άλλο, σχηματίζουν το σπονδυλικό σωλήνα, μέσα στον οποίο προφυλάσσεται ο νωτιαίος μυελός με τις μήνιγγες, τις ρίζες και τα αγγεία. Κάθε σπόνδυλος εμφανίζει επτά αποφύσεις, άλλες για την πρόσφυση μυών και συνδέσμων και άλλες για την άρθρωση με τις αντίστοιχες αποφύσεις των παρακειμένων σπονδύλων (Βολίκας, 1997). Κάθε σπόνδυλος παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά (Chiang et al., 1993; Meriamm et al., 1980):

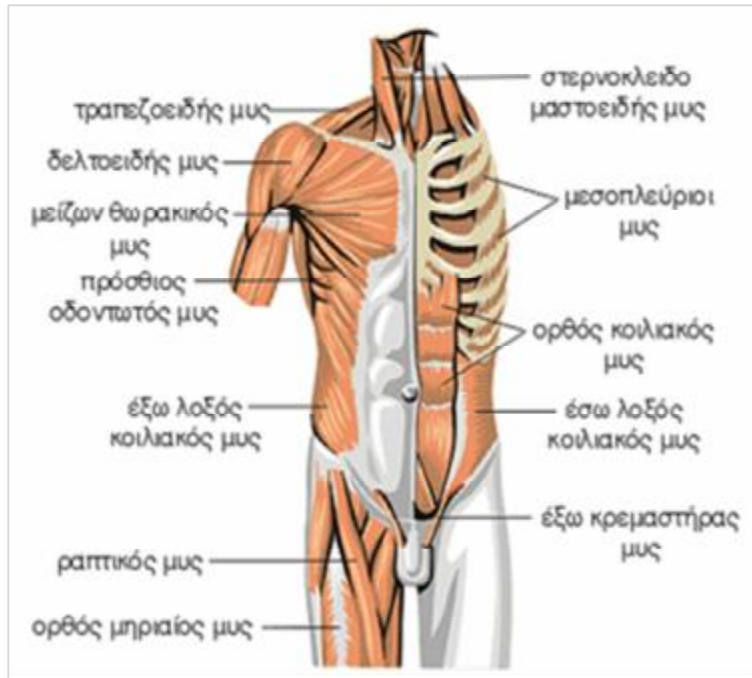
1. Σπονδυλικό σώμα. Έχει κυλινδρικό σχήμα και μέγεθος που αυξάνεται από την αυχενική προς την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, γίνεται περισσότερο ογκώδης, αυξάνοντας έτσι τη δυνατότητα της υποστήριξης μεγαλύτερων φορτίων. Εμφανίζει δύο επιφάνειες, την

άνω και την κάτω, που χρησιμεύουν για την πρόσφυση των μεσοσπονδύλιων δίσκων. Το σπογγώδες οστό των σπονδυλικών σωμάτων έχει μεγάλη ικανότητα απορρόφησης κάθε φορτίου και λόγω της ιδιότητας αυτής συμβάλει στην ομαλή μεταφορά των φορτίων μεταξύ των σπονδύλων, όπου περίπου το 50% του συνολικού φορτίου μεταφέρεται από το σπογγώδες οστό και μόνο το 10% μεταφέρεται από το συμπαγές οστό.

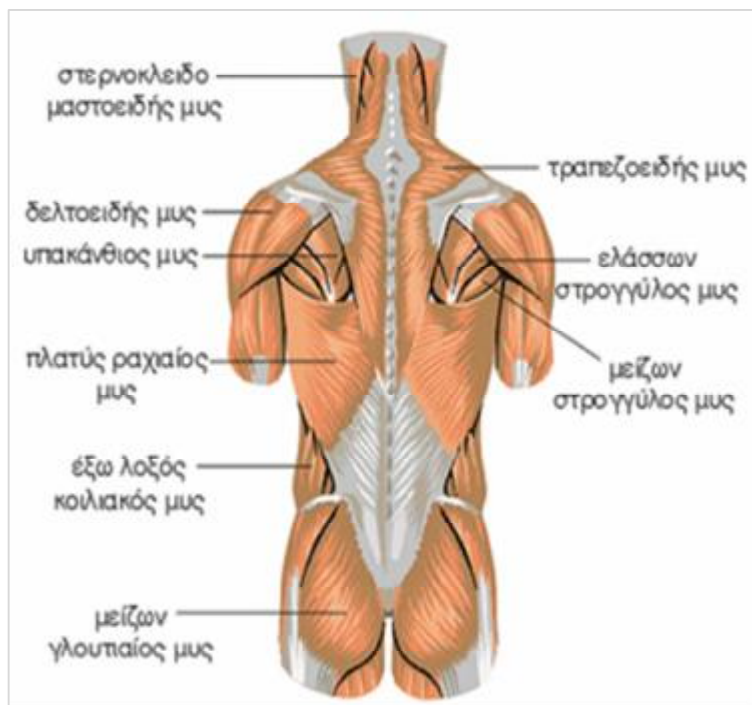
2. Σπονδυλικό τόξο. Αποτελείται από δύο συμμετρικά ημιμόρια, τα οποία ξεκινούν από την άνω μοίρα του σώματος, φέρονται προς τα πίσω και ενώνονται στη μέση γραμμή. Καθένα από αυτά εμφανίζει μια πρόσθια στενή μοίρα, τον αυχένα και μια οπίσθια πλατύτερη μοίρα, το πέταλο.
3. Σπονδυλικό τμήμα. Βρίσκεται μεταξύ του σπονδυλικού σώματος και του σπονδυλικού τόξου. Από τα σπονδυλικά τμήματα όλων των σπονδύλων σχηματίζεται ο σπονδυλικός σωλήνας, μέσα στον οποίο βρίσκεται ο νωτιαίος μυελός, οι μήνιγγες, οι ρίζες των νεύρων και τα αγγεία.
4. Σπονδυλικές αποφύσεις. Κάθε τυπικός σπόνδυλος εμφανίζει 7 αποφύσεις, από τις οποίες μερικές χρησιμεύουν για την πρόσφυση μυών και συνδέσμων, όπως είναι οι δύο εγκάρσιες, η μια ακανθώδης απόφυση και άλλες για να δημιουργηθούν οι δύο άνω και οι δύο κάτω ζυγαποφυσιακές αρθρώσεις με τους παρακείμενους σπονδύλους.

1.5. Μύες σπονδυλικής στήλης

Από τα σημαντικότερα στοιχεία ομαλής λειτουργίας αποτελούν οι μύες της σπονδυλικής στήλης (Εικ. 1.5 – Εικ. 1.6.). Οι μύες που επιτελούν το σημαντικό ρόλο της κινητικότητας και της σταθεροποίησης παρουσιάζουν μία τουλάχιστον πρόσφυση στη σπονδυλική στήλη ή στο κρανίο, με την εξαίρεση δύο ομάδων: του κοιλιακού και τους υοειδείς. Η ιδιαιτερότητα των συγκεκριμένων μυών εντοπίζεται στο γεγονός ότι βρίσκονται επιφανειακά στην πρόσθια επιφάνεια του σώματος, αλλά συμβάλλουν σημαντικά στην κινητικότητα και τη σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 1.5. Μύες κορμού, πρόσθια άποψη
 Πηγή: http://users.sch.gr/cristom40/a_to_soma.php



Εικόνα 1.6. Μύες κορμού, οπίσθια άποψη
 Πηγή: http://users.sch.gr/cristom40/a_to_soma.php

Αναφορικά με τη σταθεροποίηση που παρέχουν στην οσφυϊκή μοίρα, δρουν ανταγωνιστικά. Συγκεκριμένα, ο έσω και έξω λοξός κοιλιακός και ο ορθός κοιλιακός μυς στην πρόσθια επιφάνεια ανταγωνίζεται τον πλατύ ραχιαίο στην οπίσθια επιφάνεια και τον ορθωτήρα επιφανειακά και εν τω βάθει ο εγκάρσιος

κοιλιακός μπροστά με τον πολυσχιδή πίσω. Ακολουθεί η περιγραφή της έκφυσης και της κατάφυσης των μυών που εντοπίζονται στην κοιλιακή χώρα.

Ο ορθός κοιλιακός και οι έσω και έξω λοξοί συνεργάζονται για την κάμψη της οσφυϊκής και της θωρακικής μοίρας. Διαδραματίζουν ένα μικρό ρόλο, πάντως, στην κάμψη της σπονδυλικής στήλης από την όρθια θέση. Αυτή η κίνηση παράγεται από τη δύναμη της βαρύτητας και ελέγχεται από τους εκτείνοντες με πλειομετρική συστολή. Η μόνη περίπτωση, που θα απαιτούσε τη συνεχή συστολή των κοιλιακών μυών, είναι η κάμψη της σπονδυλικής στήλης ενάντια σε αντίσταση. Συμπληρώνει έτσι τη δύναμη των άνω άκρων με την κάμψη της σπονδυλικής στήλης, αντί της αποδοτικότερης μεθόδου της κάμψης των γονάτων και της χρήσης του βάρους του σώματος (Hamilton et al., 2003).

Οι κοιλιακοί μύες είναι αξιοπρόσεκτα δραστήριοι, όταν η σπονδυλική στήλη κάμπτεται από την ύπτια θέση, ειδικά κατά την αρχή της κίνησης, πριν αρχίσει η κάμψη των ισχίων. Η δραστηριότητα τους αυξάνεται, όταν τοποθετηθεί ένα βάρος πάνω στο θώρακα, ή πάνω στην κεφαλή. Ο ορθωτήρας μυς τον κορμού αρχίζει ως μια μεγάλη μάζα στην οσφυοϊερή μοίρα, αλλά σύντομα διαιρείται σε τρεις μοίρες.

Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς, εκφύεται από τις έξι (6) έως οχτώ (8) κατώτερες πλευρές και καταφύεται στη λευκή γραμμή αποτελώντας τμήμα της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός και τη λαγόνια ακρολοφία (Hamilton et al., 2003).

Ο έσω λοξός κοιλιακός μυς, εκφύεται από την οσφυονωτιαία περιτονία, τη λαγόνια ακρολοφία και τον βουβωνικό σύνδεσμο και καταφύεται στη λευκή γραμμή αποτελώντας τμήμα της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός.

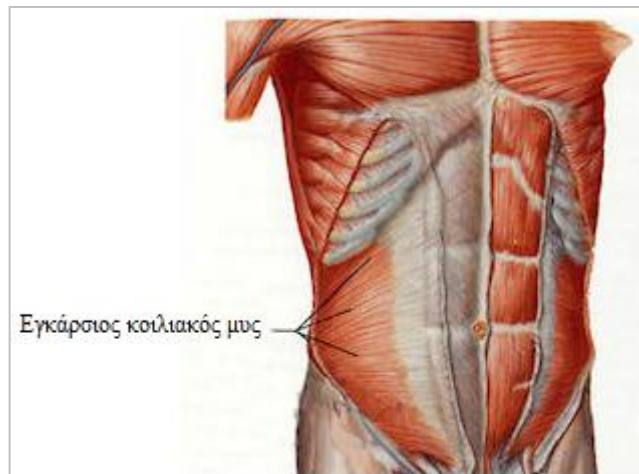
Ο πλατύς ραχιαίος μυς καταλαμβάνοντας το κάτω μισό της ράχης και τα πλάγια του θωρακικού τοιχώματος, εκφύεται από την λαγόνια ακρολοφία, τους έξι (6) κατώτερους θωρακικούς σπονδύλους, τις έξι (6) κατώτερες πλευρές, τους οσφυϊκούς σπονδύλους και το ιερό οστό και καταφύεται στην ωμοπλάτη και το βραχιόνιο οστό (Κοτζαηλίας, 2011).

Ο ορθωτήρας του κορμού ξεκινά ως μία μάζα στην οσφυοϊερή μοίρα, αλλά διαιρείται στη συνέχεια σε τρεις (3) μοίρες, τον λαγονοπλευρικό, τον μήκιστο και τον ακανθώδη.

Τέλος, ο ορθός κοιλιακός μυς βρίσκεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα παράλληλα και έξω από τη λευκή γραμμή, εκφυόμενος από την ξιφοειδή

απόφυση του στέρνου και καταφυόμενος στην ηβική σύμφυση (Hamilton et al., 2003).

Αναφορικά με τον εγκάρσιο κοιλιακό (Εικ. 1.7), αποτελείται από μια πλατιά στοιβάδα από ίνες, εκτεινόμενες οριζόντια από την θωρακοσφυϊκή περιτονία και τους πλευρικούς χόνδρους των κατώτερων πλευρών προς τα εμπρός. Το στοιχείο διαφοροποίησης εντοπίζεται στην απουσία ρόλου στην κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 1.7. Εγκάρσιος κοιλιακός μυς

Πηγή: <http://www.ensomati.gr/2012/06/stomach-vacums.html>

Ο πολυσχιδής (Εικ. 1.8) είναι ο μόνος μυς που διατρέχει όλο το μήκος της σπονδυλικής στήλης, από το ιερό οστό έως το δεύτερο αυχενικό σπόνδυλο .



Εικόνα 1.8. Πολυσχιδής μυς

Πηγή: <http://www.ensomati.gr/2012/06/stomach-vacums.html>

2. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

2.1. Ορισμός οσφυαλγίας

Η εννοιολογική προσέγγιση της οσφυαλγίας εστιάζει στο άλγος (πόνος) που εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα, ανεξάρτητα του αιτιολογικού παράγοντα. Οι διαφοροποιήσεις στον πόνο κατά την εκτέλεση των κινήσεων ορίζουν και το «μηχανικό πόνο» (Miller et al., 2001; Lamb et al., 2007; Κοτσαηλίας, 2011).

Με τον όρο οσφυαλγία νοείται η ύπαρξη πόνου στην οσφυϊκή, την οσφυοϊερή ή την ιερολαγόνια περιοχή της ράχης, ο οποίος μπορεί να παίρνει οξεία ή χρόνια μορφή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η οσφυαλγία οφείλεται σε διάταση των μυών και τενόντων της ράχης λόγω εξαντλητικής χρήσης ή υπερβολικής καταπόνησης τους (Lemone et al., 2006).

Οσφυαλγία (Εικ. 2.1), είναι σύμπτωμα και δεν αποτελεί διάγνωση για τους πάσχοντες από πόνο στην οσφύ. Πρέπει πάντα να υπάρχει η σκέψη ότι η αιτία της μπορεί να μην εστιάζεται στη σπονδυλική στήλη. Η διαφοροδιάγνωση πρέπει να αποκλείσει αιτίες από το γεννητικό σύστημα, το πάγκρεας, τη χοληδόχο κύστη, τα νεφρά, πιθανό αορτικό ανεύρυσμα και την οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση (Λαμπίρης, 2007; Solomon et al., 2010).

Η εκδήλωση του συγκεκριμένου πόνου εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα, στην περιοχή του ιερού οστού, στους μηρούς, και στους γλουτούς. Οι διαταραχές που κατά περίπτωση προκαλούνται είναι άμεσα εξαρτημένες από τη νευρική ρίζα που δέχεται την πίεση ενώ τα συμπτώματα εμφανίζουν κινητικές, αισθητικές και αντανακλαστικές διαταραχές (Chan et al., 2011).

Η εκδήλωση της οσφυαλγίας ουσιαστικά αποτελεί σύμπτωμα ενός συνδυασμού παθήσεων και όχι μια αμιγώς αυτοτελής πάθηση. Βάσει υπολογισμών από πραγματοποιηθείσες μελέτες, έχει υπολογιστεί ότι στο 70% των περιπτώσεων επεισοδίου οσφυαλγίας, η βασική αιτία είναι η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου (Akhtar et al., 2012).

Οι επιπτώσεις της οσφυαλγίας είναι τέτοιες που δημιουργούν πολλές φορές προβλήματα στους ασθενείς που εστιάζουν στην εκτέλεση απλών καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και της εργασίας. Η σοβαρή παθολογία της οσφυαλγίας δεν είναι πολύ συχνή, ωστόσο σε κάθε περίπτωση απαιτεί

κατάλληλα διαμορφωμένη διαδικασία από το φυσικοθεραπευτή που θα ορίσει το πρόγραμμα αποκατάστασης (Ferguson et al., 2010)

Η οσφυϊκή μοίρα είναι ευθεία και συμμετρική σε σχέση με την μεσακάνθια γραμμή. Το πλάτος των σπονδυλικών σωμάτων και των εγκάρσιων αποφύσεων τους κανονικά ελαττώνεται κεφαλικά. Η οριζόντια γραμμή, η οποία εκτείνεται από το υψηλότερο σημείο των λαγονίων ακρολοφιών διέρχεται ανάμεσα στον Ο4 και Ο5 σπόνδυλο. Οι κάθετες γραμμές οι οποίες έχουν χαραχθεί κατά μήκος των έξω ορίων των πτερυγίων των ιερών οστών διέρχονται κατά προσέγγιση μέσα από τις κοτύλες (Karandji et al., 2001; Solomon et al., 2010).

Ο οξύς πόνος στην οσφύ (οξεία οσφυαλγία) μπορεί να είναι συνδεσμικής, μυϊκής ή αρθρικής αιτιολογίας, όμως τις περισσότερες φορές οφείλεται σε οξεία κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, που προκαλεί διάταση του ινώδους δακτυλίου. Ο ινώδης δακτύλιος περιφερικά φέρει αισθητικές νευρικές απολήξεις, που είναι υπεύθυνες για τον οξύ χαρακτήρα του άλγους. Ο χρόνιος πόνος είναι περισσότερο δύσκολο να καθορισθεί. Η αιτία θεωρείται ότι εστιάζεται σε ένα από τα στοιχεία της λειτουργικής μονάδας της σπονδυλικής στήλης (Λαμπίρης, 2007; Solomon et al., 2010).



Εικόνα 2.1. Οσφυαλγία

Πηγή: <http://www.medical-fitness.gr/wp-content/uploads/Lumbago.jpg>

2.2. Επιδημιολογία

Ως προς τα επιδημιολογικά του στοιχεία, ο πόνος που προέρχεται από την οσφυϊκή μοίρα, αποτελεί την 5^η κατά σειρά αιτία ιατρικής παρέμβασης. Οι επισκέψεις στο γιατρό που αιτιάζονται σε οσφυαλγία αγγίζουν ποσοστιαία το 28% (Hart L et al., 1995; Borenstein, 1997). Στην τελική εικόνα του ασθενή με οσφυαλγία θα πρέπει να εξετάζεται επίσης η τάξης μεγέθους και το εύρος των κινήσεων που μπορούν να πραγματοποιηθούν. Τα επίπεδα ωστόσο των κινήσεων επηρεάζονται και τα εμβιοχαρακτηριστικά της σπονδυλικής στήλης (Farasyn et al., 2006).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (περίπου 90%) οι οσφυαλγίες στα χαμηλότερα επίπεδα είναι μηχανικής φύσης και αντιμετωπίζονται με τη βοήθεια του φυσικοθεραπευτή. Ωστόσο, σε ένα μικρό ποσοστό (περίπου 1%), σοβαρά υπάρχει σπονδυλική παθολογία με αποτέλεσμα η διαδικασία αξιολόγησης να πρέπει να είναι επαρκώς διεξοδική για να εξασφαλιστούν τα αποτελέσματα (Ferguson et al., 2010).

2.3. Αίτια οσφυαλγίας

Υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό ασθενών που δεν μπορούν να αιτιάσουν τον πόνο στη σπονδυλική στήλη. Ακόμα όμως και αυτοί οι ασθενείς με κατάλληλες τεχνικές μπορούν να εντοπίσουν την ύπαρξη κάποιας πάθησης. Στον τομέα της πρόγνωσης, αρκετές από τις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης δύναται να προβλεφθούν (Hoeijenbos et al., 2005).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η οσφυαλγία συνδέεται με διάφορες φυσικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές δυσλειτουργίες που τελικά προκαλούν υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ασθενή. Επιπλέον, η ανεπαρκής σωματική άσκηση αναγνωρίστηκε ως ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη οσφυαλγίας (Slade et al., 2009; Chan et al., 2011).

Η παθοφυσιολογία της οσφυαλγίας ποικίλλει, ανάλογα και με το υποκείμενο αίτιο της. Υπάρχουν σε γενικές γραμμές πέντε (5) είδη οσφυαλγίας (Lemone et al., 2006):

1. Τοπικός πόνος, ο οποίος οφείλεται σε συμπίεση ή ερεθισμό των αισθητικών νεύρων. Συχνά αίτια αυτού του τύπου οσφυαλγίας είναι

τα κατάγματα, τα διαστρέμματα και οι διατάσεις. Η πίεση στις ευαίσθητες στον πόνο δομές μπορεί να προέρχεται και από έναν αναπτυσσόμενο όγκο.

2. Αναφερόμενος πόνος, που μπορεί να προέρχεται από τα σπλάχνα της κοιλιάς ή της πυέλου.
3. Πόνος που οφείλεται σε νοσήματα της σπονδυλικής στήλης, όπως η δισκοπάθεια και η αρθρίτιδα, και μπορεί να αντανακλά σε άλλες περιοχές του σώματος όπως οι γλουτοί, το υπογάστριο και τα κάτω άκρα.
4. Ριζίτικος πόνος, ο οποίος είναι οξύς και αντανακλά από τη ράχη προς την οπίσθια επιφάνεια του μηρού και της κνήμης κατά μήκος της πορείας μιας νευρικής ρίζας. Ο πόνος επιδεινώνεται με τις κινήσεις, το βήχα, το φτέρνισμα και στην καθιστή θέση.
5. Πόνος που οφείλεται σε μυϊκό σπασμό και συνοδεύει πολλές διαταραχές της σπονδυλικής στήλης, αν και η προέλευση του μερικές φορές είναι ασαφής. Αυτό το είδος πόνου είναι αμβλύ και μπορεί να συνοδεύεται από ανώμαλη στάση του σώματος και τεταμένους παρασπονδυλικούς μυς.

Η βασική αιτία της οσφυαλγίας είναι η εμφάνιση κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου. Πέραν όμως της συγκεκριμένης αιτίας, υπάρχουν και ορισμένα άλλα αίτια που οφείλονται σε μηχανικά αίτια, σε κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, φλεγμονώδεις παθήσεις, συγγενείς ανωμαλίες κλπ. Ως προς τα μηχανικά αίτια της οσφυαλγίας η βασική αιτία είναι η λανθασμένη στάση σώματος κατά την πραγματοποίηση εργασίας, βάδισης κλπ. Η οσφυαλγία από εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης εστιάζει στα ακόλουθα (Miller et al., 2001; Hoeijenbos et al., 2005; Chan et al., 2011; Slade et al., 2009; Κοτζαηλίας, 2011):

1. Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα.
2. Στένωση σπονδυλικού σωλήνα.
3. Σπονδυλολίσηση.
4. Εκφύλιση μεσοσπονδυλίου δίσκου χωρίς πρόπτωση.

Σημαντικό αίτιο οσφυαλγίας μπορούν να αποτελέσουν και οι διάφορες κακώσεις της σπονδυλικής στήλης. Συγκεκριμένα:

1. Τραυματισμός περιαρθρικών στοιχείων.

2. Ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων.
3. Θλάση μαλακών μορίων στην οσφυϊκή μοίρα
4. Κατάγματα σπονδύλων.
5. Υπερξαρθρήματα των οπισθίων αρθρώσεων.
6. Τραυματική σπονδυλολίσθηση.
7. Παλαιότεροι τραυματισμοί.

Στα αίτια της οσφυαλγίας εντάσσονται και φλεγμονώδεις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης όπως η φυματιώδης σπονδυλίτιδα, η σηπτική σπονδυλοδισκίτιδα και η αγκυλοτική σπονδυλίτιδα. Συγγενείς ανωμαλίες όπως ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου, η οστεοποίηση του Ι1 σπονδύλου, η δισχιδής ράχη και ανώμαλος προσανατολισμός των αρθρικών αποφύσεων, αποτελούν πολλές φορές αιτιολογικό παράγοντα οσφυαλγίας.

Τέλος, μεταξύ των αιτίων δημιουργίας οσφυαλγίας συγκαταλέγονται κάποια είδη νεοπλασιών όπως οι πρωτοπαθείς και οι μεταστατικοί όγκοι της σπονδυλικής στήλης αλλά και παθήσεις των γειτονικών οργάνων όπως οι νεφροί, οι ωοθήκες, η μήτρα, ο προστάτης, το έντερο, οι λαγόνιες αρτηρίες κ.α. (Lamb et al., 2007).

Οι ασθενείς με οσφυαλγία αναφέρουν πόνο ποικίλης έντασης από μια ήπια ενόχληση διάρκειας λίγων ωρών μέχρι χρόνιο πόνο που τους παραλύει. Ο οξύς πόνος είναι συνήθως αποτέλεσμα κάποιας ασυνήθιστα επίπονης για τον ασθενή δραστηριότητας, όπως άρση υπερβολικού βάρους, απότομο σκύψιμο, συμμετοχή σε κάποιο άθλημα.

Οι ιατροί στα τμήματα επειγόντων αντιμετωπίζουν περισσότερες από 6.000.000 περιπτώσεις οσφυαλγίας ετησίως. Στα άτομα κάτω των 45 ετών, είναι η συνηθέστερη αιτία απουσίας από την εργασία και για τους εργοδότες είναι η πλέον δαπανηρή πάθηση. Η απουσία προσοχής και οι λανθασμένες μέθοδοι άρσης βάρους συνεισφέρουν σε μεγάλο ποσοστό στα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης. Μια άλλη αιτία είναι τα εργατικά ατυχήματα και τα τραύματα που προκαλούν. Η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με τις κακές τεχνικές άρσης και μετακίνησης βάρους, συνεισφέρουν στο στρες που ασκείται στους μύες της οσφύος και στην πρόκληση τραυματισμών, καθώς και στη βαρύτητα και τη διάρκεια του πόνου. Η άσκηση προάγει τη βελτίωση του μυϊκού τόνου. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την απουσία άσκησης που προκαλεί μειωμένο μυϊκό τόνο, την κακή στάση του

σώματος, το κάπνισμα που μειώνει την οξυγόνωση στους μεσοσπονδύλιους δίσκους και προδιαθέτει σε εκφύλιση τους και το στρες. Η επαναλαμβανόμενη άρση βάρους μπορεί επίσης να προκαλέσει οσφυαλγία. Αυτό συναντάται συχνά στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Οι αιτίες της μυοσκελετικής οσφυαλγίας περιλαμβάνουν (Dewit et al., 2009):

1. Οξεία τάση στην οσφυοϊερή χώρα.
2. Αστάθεια οσφυοϊερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.
3. Οστεοαρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης.
4. Εκφύλιση μεσοσπονδύλιου δίσκου και στένωση των διαστημάτων.
5. Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου.

2.4. Οσφυαλγία και εργασία

Οι εντεινόμενες αλλαγές που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια στις συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται η κάθε εργασία, όπως η εντατικοποίηση της εργασίας και οι συνεχείς μεταβολές στις μορφές της, οι αυξανόμενες απαιτήσεις από τους εργαζόμενους, η δημιουργία νέων αναγκών από την εξέλιξη της τεχνολογίας, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων που σχετίζονται με μυοσκελετικά, κόπωση, άγχος, ψυχολογική εξουθένωση.

Από σειρά ερευνών που έχει πραγματοποιήσει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) έχει προκύψει άμεση σύνδεση συνθηκών εργασίας με προβλήματα όπως η κόπωση αλλά και μυοσκελετικά προβλήματα (Gheldof et al., 2005; Cournoisier et al., 2011).

Η αιτιολογία εμφάνισης οσφυαλγίας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της εργασίας δεν εστιάζει σε κάποιο συγκεκριμένο παράγοντα αλλά υπάρχει πληθώρα στοιχείων και παραγόντων που επιδρούν στην τελική εκδήλωση του συγκεκριμένου προβλήματος. Η εμφάνισή της πολλές φορές δεν οφείλεται αποκλειστικά στην εργασία, αλλά η εργασία αποτελεί το χώρο εκδήλωσης του προβλήματος, ωστόσο η σύνδεσή τους είναι δεδομένη ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η εργασία παρουσιάζει αυξημένες σωματικές καταπονήσεις.

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν καταστάσεις και αιτίες εμφάνισης της οσφυαλγίας στο χώρο της εργασίας (Williams et al., 1998).

Μια χαρακτηριστική περίπτωση σύνδεσης της οσφυαλγίας με την εργασία αποτελεί η εκτέλεση μια ασυνήθιστης εργασίας. Τέτοιου είδους εργασία μπορεί να αποτελέσει η συνεχής εκτέλεση επικύψεων με τις περιόδους ανάπαυσης να μην είναι οι προβλεπόμενες ή η εργασία με συνεχή βάρη. Στην εκτέλεση της συγκεκριμένης εργασίας παρουσιάζεται η ιδιαιτερότητα των αυξημένων χρονικών απαιτήσεων στην προσαρμογή του εργαζόμενου. Το πρόβλημα της οσφυαλγίας επιτείνεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός της βαριάς εργασίας που συχνά καλούνται να εκτελούν οι εργαζόμενοι απουσίας κατάλληλων μηχανημάτων ή ελλιπούς αριθμού εργαζομένων (Canjuga et al., 2010).

Στοιχείο της εργασίας που συντείνει στην εμφάνιση της οσφυαλγίας αποτελεί ο συνδυασμός κακής τοποθέτησης του σώματος κατά την ανύψωση και η άρση βαρών. Χαρακτηριστική περίπτωση στη συγκεκριμένη προβληματική αποτελούν οι νοσηλευτές/τριες οι οποίοι κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους υποχρεούνται από τη φύση της εργασίας σε συνεχείς επικύψεις με ταυτόχρονη άρση του βάρους των ασθενών. Το φυσικό επακόλουθο είναι η εμφάνιση υπερκόπωσης. Η αιτιολογία της εμφάνισης οσφυαλγίας στη συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων εστιάζει στην κακή στάση του σώματος και στη δημιουργία ισομετρικών δυνάμεων οι οποίες ενεργούν σαν σφικτή λωρίδα γύρω από την περιοχή της οσφύος προκαλώντας ενδεχόμενα ισχαιμίας της περιοχής. Οι μυς της ράχης δέχονται τις μεγαλύτερες καταπονήσεις με συνέπεια τη μείωση της συσταλτικότητας. Η άμεση επίπτωση της συγκεκριμένης διαδικασίας είναι η εμφάνιση οσφυαλγίας που πολλές φορές αυξάνει και τη δυσκολία εκτέλεσης της εργασίας (Williams et al., 1998; Gheldof et al., 2005; Courvoisier et al., 2011).

2.5. Οσφυαλγία και κάπνισμα

Στην προσπάθεια εύρεσης των αιτιολογικών παραγόντων της οσφυαλγίας, έχει ανακύψει το ζήτημα του ρόλου του καπνίσματος. Αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα έχουν προκύψει και ερωτήματα αναφορικά με την επίδραση του καπνίσματος και στα προγράμματα αποκατάστασης που

επιλέγονται. Τα ερευνητικά αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις οι οποίες οφείλονται σε πληθυσμιακά χαρακτηριστικά, μέγεθος δείγματος, ηλικία, είδος εργασίας κλπ. (Jamison et al., 1991; Wai et al., 2008; Derr et al., 2008).

Από έρευνα που πραγματοποίησαν ερευνητές του Φινλανδικού Ινστιτούτου Υγείας στην Απασχόληση αναλύοντας δημοσιευμένα στοιχεία μελετών (80 τον αριθμό) τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες (40 χρόνια). Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, στο 50% των περιπτώσεων με συμμετοχή 300.000 εθελοντών διαπιστώθηκε άμεση συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και οσφυαλγίας (Derr et al., 2008; Shiri et al., 2010). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα πως οι πόνοι της οσφυαλγίας είναι αυξημένοι σε περιπτώσεις εκείνες που προϋπήρχε κάπνισμα έναντι περιπτώσεων που δεν υφίστανται κάπνισμα. Η συχνότητα των πόνων μάλιστα ήταν μεγαλύτερη στην περίπτωση των καπνιστών με ποσοστό κινδύνου περαιτέρω αύξησης για το 30% των συγκεκριμένων περιπτώσεων. Η αιτιολόγηση των αυξημένων πόνων ενδεχόμενα να οφείλεται στην παρουσία της νικοτίνης η οποία επηρεάζει την κυκλοφορία του αίματος και ιδιαίτερα τα αιμοφόρα αγγεία (Derr et al., 2008).

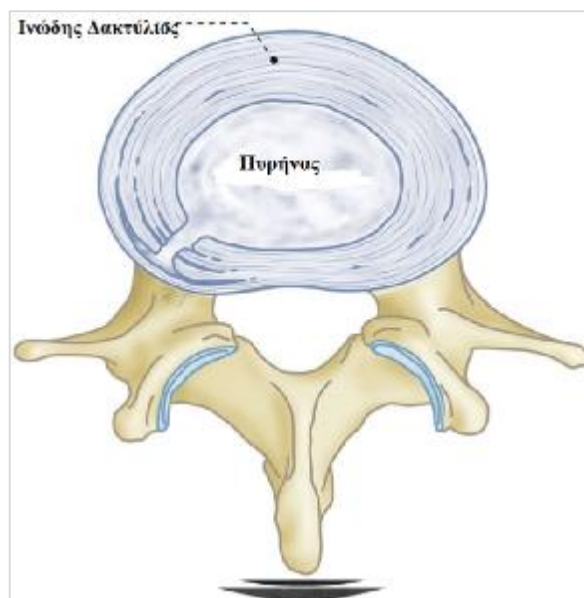
Τα ευρήματα των συγκεκριμένων ερευνητών επιβεβαιώθηκαν και από σειρά άλλων μελετητών οι οποίοι είχαν τις ανάλογες διαπιστώσεις. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Ιμπαλιάτσο Άντζελο (Διευθυντής Τμήματος Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Νοσοκομείο Σαν Τζιοβάνι Αντολοράτα, Ρώμη), ο οποίος εντόπισε στην οσφυαλγία παράγοντες επίδρασης όπως το κάπνισμα. Στοιχείο άμεσης σύνδεσης οσφυαλγίας και καπνίσματος προέκυψε από αναφορές καπνιστών οι οποίες επιβεβαίωσαν τα συμπεράσματα των Φινλανδών ερευνητών. Βάσει των συγκεκριμένων αναφορών, ο επιπολασμός ήταν μεγαλύτερος αλλά και αυξημένη παρουσία των πόνων στη συγκεκριμένη περιοχή (Jamison et al., 1991).

3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

3.1. Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου

Η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι η συχνότερη αιτία πρόκλησης της οσφυαλγίας. Αποτελεί σύνδρομο όπου η εμφάνισή του δεν διαχωρίζει ηλικιακές ομάδες, καθώς συναντάται τόσο σε νεαρά όσο και σε άτομα μέσης ηλικίας. Η μεγαλύτερη επιβάρυνση εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα (Ο4 – Ο5 και Ο5 – Ι1) και σε δεύτερο επίπεδο στην αυχενική (Α5 - Α6 και Α6 - Α7) της σπονδυλικής στήλης με τη θωρακική μοίρα να συγκεντρώνει τη χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης (Κοτζαηλίας, 2011).

Η σύγχρονη έρευνα για την παθογένεια της εκφύλισης του μεσοσπονδύλιου δίσκου (Εικ. 3.1.) στρέφεται προς τη διερεύνηση του ρόλου κυτταρικών σιβάδων, που έχουν ανευρεθεί σε ιστολογικές μελέτες εκφυλισμένων δίσκων. Επίσης, μελετάται η επίδραση στη διαδικασία εκφύλισης ουσιών, όπως οι πρωτεΐνες heat shock protein 21 και 72, που δρουν χονδροπροστατευτικά (Solomon et al., 2010).



Εικόνα 3.1. Μεσοσπονδύλιος δίσκος

Πηγή: <http://www.e-algos.com/gr/%CE%B4%CE%B9%CF%83%CE%BA%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%AF%CE%B1/>

Η συμπτωματολογία από τη νευρική ρίζα πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα αφενός της πίεσης μεταξύ του δίσκου και του οστέινου δακτυλίου και αφετέρου των βιοχημικών παραγόντων, που δρουν τελικά και ερεθίζουν επιπλέον την υπό πίεση ρίζα. Τα συμπτώματα της λεγόμενης ριζίτικης συνδρομής είναι πόνος κατά μήκος του κάτω άκρου, στην περιοχή κατανομής της ρίζας, που ενισχύεται με το βήχα, το γέλιο ή κατά την αφόδευση (χειρισμός Valsalva) (Λαμπίρης, 2007).

Συνήθη κλινικά ευρήματα είναι η σκολίωση, αντιαλγικής αιτιολογίας, προς το ένα ή το άλλο πλάγιο, η οποία διορθώνεται με τον ασθενή ξαπλωμένο. Η δοκιμασία Laseque ή η δοκιμασία διάτασης της O3 - O4 ρίζας είναι θετικά, ενώ συχνά συνυπάρχει μυϊκή αδυναμία ή υπαισθησία στο αντίστοιχο δερμοτόμιο (Λαμπίρης, 2007).

Ουσιαστικά, η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου (Εικ. 3.2 – Εικ. 3.3.) δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια ρήξη του ινώδους δακτυλίου η οποία εκφράζεται με κήλη του πηκτοειδούς πυρήνα. Η συγκεκριμένη έκφραση παθολογικής κατάστασης αιτιάζει στην αλλοίωση της βιομηχανικής σύνθεσης τόσο του πηκτοειδούς πυρήνα, όσο και του ινώδη δακτυλίου. Το συγκεκριμένο στοιχείο οδηγεί σε διαταραχή του πηκτοειδούς πυρήνα και σε μείωση τη ελαστικότητας του ινώδους δακτυλίου (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 3.2. Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου

Πηγή: <http://www.4uthesite.com/pc-2863/fusikotherapeies.html>



Εικόνα 3.3. Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου (μαγνητική τομογραφία)
Πηγή: <http://www.nikolaosbenardos.com/very-difficult-cases.html>

Η πιο γνωστή έκφραση της ονοματολογικά είναι εκείνη της δισκοπάθειας λόγω της απλότητας της έννοιας παρόλο που ουσιαστικά αποτελεί έκφραση βλάβης του δίσκου παρά παρεκτόπιση του πηκτοειδή πυρήνα. Ο ορισμός ως κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου ή δισκοκήλη είναι ουσιαστικά η ορθότερη απόδοση της βλάβης καθώς εκφράζει σε απόλυτο βαθμό τη μετατόπιση και προβολή του πηκτοειδή πυρήνα διαμέσου του ινώδη δακτυλίου. Βιβλιογραφικά, και κυρίως σε αγγλοσαξωνική συγγράμματα, συναντάται και ο όρος πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου (Κοτζαηλίας, 2011).

Ο βασικός ρόλος των μεσοσπονδύλιων δίσκων είναι να αμβλύνουν και να κατανέμουν ισομερώς τις πιέσεις που ασκούνται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης αλλά και να λειτουργούν σταθεροποιητικά προς αυτήν. Ως προς την κλινική του εικόνα, το άλγος της οσφυϊκής μοίρας εκφράζεται με ισχυρές καταπονήσεις για τον πάσχοντα το οποίο αυξάνεται προοδευτικά, κυρίως μετά την πραγματοποίηση κάποιας εργασίας ή απότομης κίνησης. Ο πόνος μπορεί να εκφράζεται τοπικά (οσφυαλγία), μπορεί όμως να αντανακλά σε κάποιο σκέλος (ισχιαλγία).

Στην περίπτωση της κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου, η κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης είναι σαφώς περιορισμένη. Ιδιαίτερες επιδράσεις εκδηλώνονται ως προς την κάμψη της σπονδυλικής στήλης σε σχέση με την έκταση, γι' το λόγο αυτό εξετάζεται και τελευταία. Περιορισμός στην πλάγια κάμψη υφίσταται όταν υπάρχει προβολή της κήλης στην σύστοιχη πλευρά, με τις στροφικές κινήσεις να εκφράζονται συνήθως ελεύθερα. Οι λόγοι δημιουργίας της συγκεκριμένης κατάστασης μπορεί να είναι η παρουσία κήλης που επηρεάζει δυο νευρικές ρίζες, η παρουσία πολλαπλών κηλών ή η παροχή νεύρωσης μίας νευρικής ρίζας σε άλλη.

Η εξέλιξη μιας κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι συνήθως ευνοϊκή. Ο πόνος στην αρχή είναι ιδιαίτερα έντονος και οδηγεί τον ασθενή σε κλινοστατισμό, για διαφορετικό κάθε φορά χρονικό διάστημα. Περίπου το 50% των ασθενών έχουν σημαντική βελτίωση ή πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων σε διάστημα μιας εβδομάδας, ενώ το 20% έχουν μεν βελτίωση, αλλά υπάρχει υπολειπόμενος πόνος, που υποχωρεί σταδιακά σε μερικές εβδομάδες (Λαμπίρης, 2007).

Γενικά υπάρχει η πεποίθηση ότι η κήλη του δίσκου συμβαίνει σε τρία στάδια. Συμβαίνει μόνο όταν ο δίσκος έχει εκφυλισθεί ως αποτέλεσμα μικροτραυματισμών και αν οι ίνες του ινώδους δακτυλίου έχουν αρχίσει να εκφυλίζονται. Η κήλη του δίσκου συνήθως ακολουθεί άρση βάρους με κάμψη του κορμού προς τα εμπρός. Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου η κάμψη του κορμού επιπεδώνει τους δίσκους μπροστά και αυξάνει τον μεσοσπονδύλιο χώρο πίσω. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, αμέσως μετά την άρση του βάρους, η αυξημένη δύναμη αξονικής συμπίεσης κατακερματίζει ολόκληρο το δίσκο και οδηγεί βίαια την ουσία του πηκτοειδή πυρήνα προς τα πίσω μέχρι την εν τω βάθει στιβάδα του οπίσθιου επιμήκους συνδέσμου. Κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου, με τον κορμό σχεδόν σε ευθεία θέση, η διαδρομή που ακολουθεί η μάζα της κήλης διακόπτεται από την πίεση στις παρακείμενες επιφάνειες των δίσκων και η κήλη εγκλωβίζεται κάτω από τον οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο. Αυτό προκαλεί οξύ πόνο ο οποίος παρατηρείται στην οσφυαλγία και αντιστοιχεί στην αρχική φάση του συνδρόμου της οσφυοϊσχιαλγίας (Karandji et al., 2001; Solomon et al., 2010).

3.2. Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα

Η εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα (Εικ. 3.4.) αποτελεί πάθηση που βρίσκει πεδίο έκφρασης σε ηλικιακές ομάδες που ξεπερνούν τα σαράντα (40) έτη. Οι αλλοιώσεις στην προκειμένη περίπτωση αφορούν τους μεσοσπονδύλιους δίσκους των τμημάτων στα οποία είναι σχηματισμένα τα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης. Κατά την εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα, εντοπίζεται στένωση σε περισσότερα από ένα μεσοσπονδύλια διαστήματα, φθορά στις αρθρικές αποφύσεις των σπονδυλικών σωμάτων και δημιουργία οστεόφυτων (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 3.4. Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα

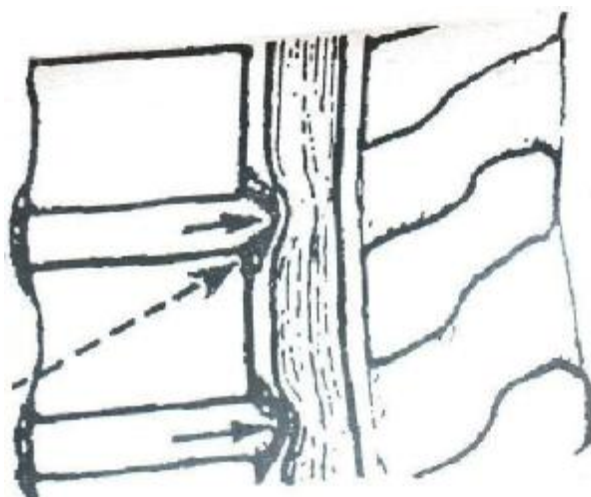
Πηγή: <http://radiographics.rsna.org/content/26/5/1335/F47.large.jpg>

Στην κλινική της εικόνα, η εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα εκφράζεται με άλγος στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και τους γλουτούς ενώ χαρακτηριστικό της στοιχείο είναι ο σαφής περιορισμός της κινητικότητας που παρουσιάζει η σπονδυλική στήλη. Υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις ασθενών με προχωρημένο στάδιο εκφυλιστικής σπονδυλαρθρίτιδας χωρίς να παρουσιάζονται κάποιου είδους ενοχλήσεις. Ο πόνος στη οσφυϊκή μοίρα συνήθως είναι μικρής έντασης που δεν αντανakλούν σε πόνο στο ένα (1) ή και στα δύο (2) κάτω άκρα, σε αντίθεση

με τη θωρακική μοίρα που ο πόνος μπορεί να επεκταθεί στις πλευρές (Λαμπίρης, 2007).

3.3. Στένωση σπονδυλικού σωλήνα

Η στένωση του σπονδυλικού σωλήνα (Εικ. 3.5.) αποτελεί διαταραχή που εκφράζεται επίκτητα ή συγγενικά προς άλλο αίτιο. Η εμφάνισή της αφορά τις μέσες ηλικιακές ομάδες και κυρίως το ανδρικό φύλο. Η εκδήλωσή της είναι μέσο της δυσλειτουργίας των κάτω άκρων και συνδέεται άμεσα με την οσφυϊκή μοίρα. Στη συγκεκριμένη διαταραχή, ο σπονδυλικός σωλήνας ως προς το εύρος του εμφανίζει σημαντικό περιορισμό εξαιτίας των εκφυλιστικών αλλοιώσεων του μεσοσπονδύλιου δίσκου και των οπίσθιων αρθρικών επιφανειών (Solomon et al., 2010; Λαμπίρης, 2007; Κοτσαηλίας, 2011).



Εικόνα 3.5. Στένωση σπονδυλικού σωλήνα

Πηγή: <http://www.bioneurologics.gr/wp-content/uploads/2011/11/...jpg>

Τα συμπτώματα που συνοδεύουν τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι η διακοπτόμενη χωλότητα με άλγος και οι παραισθήσεις των κάτω άκρων που προέρχονται από πίεση της ιππουρίδας ή του νωτιαίου μυελού. Στην κλινική εικόνα της στένωσης του σπονδυλικού σωλήνα, υπάρχουν συμπτώματα ήπιας έντασης στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας ο οποίος επεκτείνεται στην περιοχή των γλουτών και στους μηρούς. Σε επόμενα στάδια της διαταραχής, η ένταση των συμπτωμάτων μεταβάλλεται με συνεχή αύξηση του πόνου δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα στον πάσχοντα ο οποίος αδυνατεί να

διατηρήσει συγκεκριμένη θέση ή στάση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Προοδευτικά εμφανίζεται διαλείπουσα χλωρότητα στα κάτω άκρα δίνοντας τη δυνατότητα στον πάσχοντα να πραγματοποιήσει μικρές αποστάσεις, σε αντίθεση με τη χρήση του ποδηλάτου όπου οι επιδράσεις είναι σαφώς μικρότερες. Η θεραπεία της στένωσης του σπονδυλικού σωλήνα με ικανοποιητικά αποτελέσματα για τον ασθενή μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της χειρουργικής οδού (Solomon et al., 2010; Λαμπίρης, 2007)

Η συντηρητική θεραπεία συχνά βοηθάει και συνιστά περιορισμό του βάρους, υποστήριξη της σπονδυλικής στήλης και φυσικοθεραπεία για να περιορίσει την υπερένταση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Αν αυτά τα μέτρα αποτύχουν συνήθως απαιτείται εγχείρηση για να αποσυμπιέσει τη νωτιαία χορδή. Μία ευρεία πεταλεκτομή θα επιφέρει ανακούφιση αλλά τα συμπτώματα μπορεί να υποτροπιάσουν αν δημιουργηθούν ουλώδεις ιστοί γύρω από το σημείο της πεταλεκτομής (Solomon et al., 2010; Λαμπίρης, 2007).

3.4. Σπονδυλολίσηση

Σπονδυλολίσηση καλείται η πρόσθια παρεκτόπιση ενός σπονδύλου σε σχέση με τον αμέσως κατώτερο σπόνδυλο. Είναι χαρακτηριστικό ότι η σπονδυλολίσηση αναφέρεται σε επίπεδα της Σ.Σ., ενώ η σπονδυλόλυση σε συγκεκριμένους σπονδύλους (Dandy et al., 1995).

Η σπονδυλολίσηση κατατάσσεται σε δυσπλαστική, ισθμική εκφυλιστική, τραυματική, παθολογική και ιατρογενής. Η ισθμική μορφή οφείλεται σε βλάβη των ισθμών, που μπορεί να έχει τη μορφή λύσης και επιμήκυνσης ή κατάγματος (οξύ τραύμα). Η εκφυλιστική σπονδυλολίσηση, που αφορά άτομα μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας, οφείλεται σε τμηματική αστάθεια στο επίπεδο της βλάβης. Η τραυματική μορφή σπονδυλολίσησης οφείλεται σε κάταγμα ή κάταγμα - εξάρθρωμα της Σ.Σ., όχι απαραίτητα στην περιοχή των ισθμών. Η παθολογική σπονδυλολίσηση είναι συνέπεια τοπικών ή γενικευμένων νοσηρών καταστάσεων, που διαταράσσουν την ανατομική ακεραιότητα των σπονδύλων, προκαλώντας άλλου βαθμού σπονδυλολίσηση. Η ιατρογενής σπονδυλολίσηση, που εμφανίζεται

περίπου στο 5% των ασθενών, που υποβάλλονται σε οπίσθια αποσυμπίεση του σπονδυλικού σωλήνα (Λαμπίρης, 2007).

Η έκφραση της πάθησης είναι το άλγος στην οσφυϊκή μοίρα αλλά και στα κάτω άκρα. Η συχνότητα εμφάνισης της σπονδυλολίσθησης είναι μεγαλύτερη στον Ο4 και Ο5 και αρκετά σπάνια ψηλότερα ή ακόμη στην αυχενική μοίρα (Εικ. 3.6).



Εικόνα 3.6. Σπονδυλολίσθηση

Πηγή: http://www.neurocenter.gr/imagebank/spondylolisthesis2_b.jpg

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της πάθησης είναι η συγγενής έκφραση, να προϋπάρχει δηλαδή εκ γενετής ελάττωμα στην ένωση δύο (2) σπονδύλων, τραυματική, να εμφανιστεί δηλαδή κατόπιν κάποιου χτυπήματος ή πτώσης αλλά να έχει και παθολογική αιτιολογία όπως σε περιπτώσεις όγκων στη σπονδυλική στήλη. Ωστόσο, στις περισσότερες των περιπτώσεων αποτελεί εκφυλιστική νόσος, είναι δηλαδή μέρος της συνολικής φθοράς που παρατηρείται στη σπονδυλική στήλη. Η εμφάνιση της πάθησης είναι συχνότερη στο γυναικείο φύλο με το ποσοστό έστω και μικρής εμφάνισης της σπονδυλολίσθησης να αγγίζει το 9% (Κοτζαηλίας, 2011).

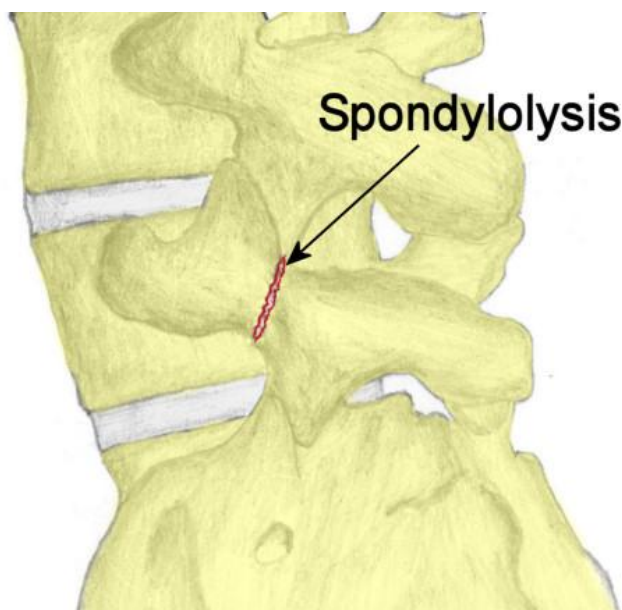
Σε κλινικό επίπεδο, η πάθηση εκφράζεται με την παρουσία συμπτωμάτων αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί διάγνωσή της από έναν απλό ακτινολογικό με έλεγχο. Σε ορισμένες περιπτώσεις εντοπίζεται πόνος στην οσφυϊκή μοίρα.

Στην αντιμετώπιση της σπονδυλολίστεσης μπορούν να ακολουθηθούν τρεις (3) βασικές διαφορετικές μέθοδοι (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Παρακολούθηση. Αποτελεί επιλογή εκείνων των περιπτώσεων όπου εντοπίστηκε σπονδυλολίστεση ακτινολογικά χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων.
2. Συντηρητική θεραπεία. Πραγματοποιείται λήψη φαρμάκων με φυσικοθεραπεία και οσφυϊκό κηδεμόνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής φορά ορθοπεδική ζώνη στην μέση του ή τοποθετείται νάρθηκας Boston για τρεις περίπου μήνες. Στους πάσχοντες συστήνεται η αποφυγή δραστηριοτήτων που μπορεί να λειτουργήσουν επιβαρυντικά ως προς την πάθηση όπως η άρση βάρους, η έντονη γυμναστική κλπ.
3. Νευροχειρουργική επέμβαση. Επιλέγεται για ασθενείς με έντονη εκδήλωση των συμπτωμάτων που κάποια από τις προηγούμενες μεθόδους δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ειδικά η επέμβαση ενδείκνυται σε ασθενείς με έντονα συμπτώματα και πίεση των νεύρων.

3.5. Σπονδυλόλυση

Σπονδυλόλυση (Εικ. 3.7.) ονομάζεται το έλλειμμα οστικής συνέχειας στον ισθμό του σπονδυλικού τόξου. Ο ισθμός είναι το τμήμα του τόξου μεταξύ της ανάντους και κατάντους αρθρικής απόυσης. Το έλλειμμα μπορεί να είναι ετερόπλευρο ή αμφοτερόπλευρο και να συνδυάζεται ή όχι σπονδυλολίστεση. Η σπονδυλόλυση εμφανίζεται σε ποσοστό 5% περίπου του γενικού πληθυσμού και θεωρείται επίκτητη πάθηση. Δεν έχει αναφερθεί σε βρέφη ή νήπια, ενώ είναι σπανιότατη πριν από την ηλικία των 5 ετών. Εμφανίζεται με σταδιακά αυξανόμενη συχνότητα μέχρι την ηλικία των 20 ετών και μετά παραμένει σταθερή. Η επίκτητη αυτή πάθηση αποδίδεται σε κάταγμα εκ κοπώσεως του ισθμού (Λαμπίρης, 2007).



Εικόνα 3.7. Σπονδυλόλυση

Πηγή: http://www.neurocenter.gr/imagebank/spondylolisthesis2_b.jpg

Στη σπονδυλόλυση παρατηρείται μετατόπιση ολόκληρης της σπονδυλικής στήλης σ' ένα σπόνδυλο, συνηθέστερα τον Ο5 και σπανιότερα τον Ο4. Στη σπονδυλόλυση δεν έχει παρατηρηθεί ποτέ μεμονωμένη μετατόπιση σπονδύλου ενώ συχνότερα η μετατόπιση αυτή είναι πρόσθια (προσθιολίσθηση) και αρκετά σπάνια οπίσθια (οπισθιολίσθηση) ή (πλαγιολίσθηση). Στους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή εντάσσονται οι τραυματισμοί της περιοχής, το υπερβολικό βάρος, τα χαλαρά κοιλιακά τοιχώματα, η υπερβολική οσφυϊκή λόρδωση, οι συνθήκες εργασίας και οι λανθασμένες στάσεις της σπονδυλικής στήλης στην καθημερινότητα (Dandy et al., 1995; Κοτζαηλίας, 2011).

Τα κλινικά της ευρήματα εντοπίζονται μέσω ακτινολογικού ελέγχου ενώ τα συμπτώματά της είναι συνηθέστερα στα παιδιά. Στην εκδήλωσή της, η σπονδυλόλυση χαρακτηρίζεται από προοδευτικός πόνους στην οσφυϊκή περιοχή οι οποίοι επεκτείνονται στους γλουτούς. Η ένταση των πόνων είναι αυξανόμενη και επιτείνεται από την πολύωρη ορθοστασία και την καταπόνηση. Σε αρκετές περιπτώσεις, εμφανίζεται πίεση των νευρικών ριζών ενώ για την υποχώρηση των συμπτωμάτων συστήνεται ανάπαυση μέσω κατάκλισης.

Στη σπονδυλόλυση, παρατηρείται προβολή της κοιλιάς και συχνά δημιουργούνται στην οσφυϊκή μοίρα δερματικές πτυχές. Σε επίπεδο κινήσεων, εμφανίζεται σαφής περιορισμός ενώ με συνύπαρξη ισχιαλγίας μπορεί να παρατηρηθεί θετικό σημείο (+) Laseque.

Η ταξινόμηση της σπονδυλόλυσης ακολουθεί βαθμιαία κλίμακα ανάλογα με την παρεκτόπιση σε εκατοστιαία αναλογία, ως προς την διάμετρο του σταθερού υποκείμενου σπονδύλου. Ειδικότερα, η ταξινόμηση διακρίνει τη σπονδυλόλυση σε (Dandy et al., 1995; Λαμπίρης, 2007; Κοτζαηλίας, 2011):

1. 1^{ου} βαθμού: 0 - 25% της διαμέτρου.
2. 2^{ου} βαθμού: 25 - 50% της διαμέτρου.
3. 3^{ου} βαθμού: 50 - 75% της διαμέτρου.
4. 4^{ου} βαθμού: Μεγαλύτερη του 75%.

Στις περιπτώσεις εκείνες που η ολίσθηση του παρεκτοπισμένου σπονδύλου είναι πλήρης σε σχέση με τον σταθερό υποκείμενο σπόνδυλο, η διαταραχή καλείται ως σπονδυλόπτωση. Τα θεραπευτικά προγράμματα της σπονδυλόλυσης είναι πολυδιάστατα και καθοριζόμενα από την αιτιολογία και την ηλικιακή ομάδα. Η συνήθης πρακτική περιλαμβάνει κάποια συντηρητική αγωγή με κατάκλιση ζώνη οσφύος, φαρμακοθεραπεία, και φυσικοθεραπεία. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η συντηρητική αγωγή δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ακολουθείται αντιμετώπιση με χειρουργικά μέσα (Λαμπίρης, 2007; Κοτζαηλίας, 2011).

3.6. Κοκκυγοδυνία

Η κοκκυγοδυνία αποτελεί διαταραχή της τελικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ακριβώς πάνω από το ορθό. Η κοκκυγοδυνία αποτελεί ουσιαστικά θλάση ή μερική ρήξη των συνδέσμων της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης ή την δημιουργία περισστίτιδας ή ακόμη και κάταγμα στον κόκκυγα. Οι αιτιολογικοί της παράγοντες προέρχονται κυρίως από τραυματισμός και λιγότερο από ιδιοπαθή αίτια. Στην εκδήλωση της πάθησης υπάρχει σαφής συσχέτιση με το φύλο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναλογία κοκκυγοδυνίας μεταξύ ανδρών – γυναικών είναι 1:5. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η έναρξη των παραπόνων για οχλήσεις προέρχεται από τραυματισμό (συνήθως πτώση σε καθιστή θέση). Εκτός της οξύς έκφρασης της διαταραχής μέσω ενός

τραυματισμού, υπάρχει ενδεχόμενα περίπτωση συνεχείς μικροτραυματισμοί από καθημερινές δραστηριότητες ή άθληση να οδηγήσουν σε κοκκυγοδυνία (Κοτζαηλίας, 2011).

Ως προς τη θεραπεία, σε αρχικό στάδιο συστήνεται η χορήγηση παυσίπονων ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, η χρήση ελαστικής κουλούρας και αποφυγή σκληρών καθισμάτων. Στις περιπτώσεις που τα συγκεκριμένα θεραπευτικά μέσα δεν αποδώσουν, συνιστώνται τοπικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών και πραγματοποίηση φυσικοθεραπείας. Εάν και οι φυσικοθεραπείες δεν αποφέρουν κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα, προτείνεται χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος αν και είναι σχετικά σπάνια η εγχείρηση για περιορισμένη αφαίρεση του κόκκυγα. Στα αρνητικά της χειρουργικής λύσης είναι η αδυναμία άμεσης εξάλειψης του πόνου και η ύπαρξη επιπλοκών (Κοτζαηλίας, 2011).

3.7. Κύφωση

Η φυσιολογική θωρακική κύφωση κυμαίνεται από 20° - 45°. Ο βαθμός κύφωσης αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Φυσιολογικά, κύφωση (Εικ. 3.8.) δεν εμφανίζεται ποτέ στην περιοχή μετάπτωσης της θωρακικής στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ.



Εικόνα 3.8. Κύφωση

Πηγή: http://www.spondylos.eu/?page_id=895

Η υπερβολική κύφωση που εμφανίζεται λόγω εσφαλμένης στάσης - θέσης, συναντάται συχνά στην καθημερινή ορθοπαιδική πράξη. Η κύφωση λόγω

στάσης αναγνωρίζεται από τη δυνατότητα του ασθενούς να τη διορθώσει με τη θέληση του. Έτσι, ο πάσχων δύναται να διορθώσει την κυρτότητα της ράχης του στην όρθια θέση και να αντιστρέψει την κύφωση σε λόρδωση με υπερέκταση στην πρηνή θέση. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ακτινολογικό έλεγχο, κατά τον οποίο δεν διαπιστώνεται παθολογική εικόνα σπόνδυλων (Λαμπίρης, 2007).

3.8. Σκολίωση

Είναι ένας περιγραφικός όρος, που αναφέρεται στην πλάγια απόκλιση ή κύρτωση της σπονδυλικής στήλης. Η σκολίωση (Εικ. 3.9.) διακρίνεται σε οργανική και μη οργανική. Η μη οργανική σκολίωση στον ακτινολογικό έλεγχο διορθώνεται με πλάγια κάμψη του κορμού προς το αντίθετο πλάγιο. Παραδείγματα μη οργανικών κυρτωμάτων αποτελούν η πλάγια κάμψη του κορμού σε περίπτωση ανισοσκελίας και η απόκλιση του κορμού, σε περίπτωση κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου, με ερεθισμό κάποιας ρίζας, που προκαλούν ανταλγική θέση στον πάσχοντα (Λαμπίρης, 2007).



Εικόνα 3.9. Σκολίωση

Πηγή: <http://www.radiologyarchives.com/2012/06/blog-post.html>

Η οργανική σκολίωση αφορά ένα δύσκαμπτο πλάγιο κύρτωμα στη σπονδυλική στήλη με συνύπαρξη και στροφικής παραμόρφωσης. Στην ακτινογραφία οι ακανθώδεις αποφύσεις στρέφονται προς την πλευρά του

κοίλου. Σε διορθωτική κλίση του κορμού προς το αντίθετο πλάγιο δεν επιτυγχάνεται πλήρης διόρθωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις οργανικής σκολίωσης το αίτιο δεν είναι γνωστό και χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής σκολίωση, μολονότι διάφορες παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατόν να την προκαλέσουν (Solomon et al., 2010).

4. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Στις συγγενείς ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης εντάσσονται (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Η ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου.
2. Η δισχιδής ράχη (σχιζοράχη).

4.1. Ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου

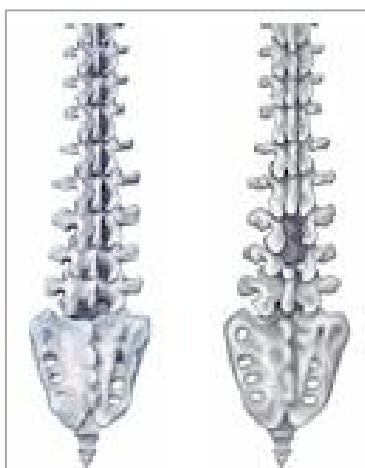
Στην περίπτωση της ιεροποίησης του Ο5 σπονδύλου, παρατηρείται συνοστέωση του Ο5 με τον Ι1. Η συχνότητα εμφάνισης της πάθησης αγγίζει το 5% του γενικού πληθυσμού. Η βαθμιαία κατανομή της ιεροποίησης του Ο5 σπονδύλου είναι άμεσα εξαρτημένη από τη συνοστέωση του Ο5 σπονδύλου στους ακόλουθους τρεις (3) βαθμούς (Κοτζαηλίας, 2011):

1. 1^{ου} βαθμού. Εγκάρσιες αποφύσεις μεγαλύτερες του φυσιολογικού.
2. 2^{ου} βαθμού: Εγκάρσιες αποφύσεις ευμεγέθεις ερχόμενες σε επαφή με το λαγόνιο οστό.
3. 3^{ου} βαθμού: Πλήρης συνοστέωση του σπονδύλου με τις πτέρυγες του μεσοσπονδύλιου δίσκου.

Στην κλινική εικόνα της συγκεκριμένης ανωμαλίας, εντοπίζεται πόνος στην οσφυϊκή μοίρα ο οποίος επιτείνεται στα κάτω άκρα. Σε περιπτώσεις ετερόπλευρης συνοστέωσης, προκαλείται σκολίωση στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Στην αντιμετώπιση της ιεροποίησης του Ο5 σπονδύλου ακολουθείται φαρμακευτική αγωγή και προγράμματα φυσικοθεραπειών.

4.2. Δισχιδής ράχη

Η δισχιδής ράχη (Εικ. 4.1) αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη συγγενή ανωμαλία της σπονδυλικής στήλης στην οποία δεν γίνεται συνοστέωση ανάμεσα στα δυο πέταλα του σπονδυλικού τόξου, αλλά σε έναν ή περισσότερους σπόνδυλους σε οποιαδήποτε μοίρα της σπονδυλικής στήλης.



Εικόνα 4.1. Φυσιολογική σπονδυλική στήλη και δισχιδής ράχη
Πηγή: Coloplast, 2012

Στους τύπους της δισχιδούς ράχης (Εικ. 4.2) υπάρχουν οι ακόλουθες τρεις (3) διακρίσεις (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Λανθάνουσα δισχιδής ράχη. Ο εντοπισμός της είναι εφικτός μόνο με ακτίνες Χ ή ακτινογραφία με τους περισσότερους ασθενείς της συγκεκριμένης κατηγορίας να μην εντοπίζουν ποτέ την πάθησή τους.
2. Μηνιγγοκήλη. Στο συγκεκριμένο τύπο, καλύμματα του νωτιαίου μυελού διαπερνούν την πλάτη και δημιουργούν μια κύστη.
3. Μυελλομηνιγγοκήλη. Στη μορφή της μυελλομηνιγγοκήλης, ο νωτιαίος μυελός εσωκλείεται στην κύστη αποτελώντας τη σοβαρότερη μορφή εκδήλωσης της δισχιδούς ράχης.



Εικόνα 4.2 Τύποι δισχιδούς ράχης
Πηγή: Coloplast, 2012

Τα συμπτώματα της δισχιδούς ράχης δεν είναι εμφανή καθώς δεν προκαλεί κάποια ενόχληση, είναι ωστόσο σύνηθες να συνοδεύεται από άλλες ανωμαλίες, κυρίως των κάτω άκρων. Η συχνότητα εμφάνισης της συγκεκριμένης ανωμαλίας έχει σημειώσει σαφή πτώση, παρ' όλες τις

διακυμάνσεις που παρατηρούνται μεταξύ χωρών. Σε γενικά επίπεδα, η συχνότητα αγγίζει τις 8 στις 10.000 περιπτώσεις γεννήσεων.

Η αντιμετώπιση της δισχιδούς ράχης είναι άμεσα εξαρτημένη από το είδος της πάθησης και από τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς. Σε γενικά πλαίσια, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθηθεί παρά μόνο σε περιπτώσεις βαριών μορφών ακολουθείται η χειρουργική αντιμετώπιση (Κοτζαηλίας, 2011).

5. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Η φροντίδα του ασθενούς με οσφυαλγία επικεντρώνεται στην ανακούφιση του από τον πόνο, στη διόρθωση, εάν αυτό είναι δυνατό, του υποκείμενου αιτίου, στην πρόληψη των επιπλοκών και στην ενημέρωση και διδασκαλία του (Lemone et al., 2006).

Στην πλειοψηφία των ασθενών με οσφυαλγία ένα θεραπευτικό σχήμα βραχείας διάρκειας θα αποδειχθεί επαρκές. Η περιορισμένης χρονικής διάρκειας ανάπαυση σε συνδυασμό με την κατάλληλη άσκηση και εκπαίδευση, συχνά αποτελούν την πρωταρχική μέθοδο αντιμετώπισης της διαταραχής. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να συνηγορούν ότι η άσκηση είναι επιβλαβής ή επιδεινώνει τον πόνο. Στην πραγματικότητα η έντονη σωματική δραστηριότητα βοηθά στην ενδυνάμωση των οστών και των μυών και ενδέχεται να αυξάνει τα επίπεδα των ενδορφινών. Συνεπώς, η ενεργητική αποκατάσταση του ασθενούς βοηθά στην ανάκτηση της λειτουργικότητας και την ελάττωση του πόνου (Lemone et al., 2006).

Τα φυσικοθεραπευτικά προγράμματα βοηθούν να ανακουφιστεί ο πόνος, αρκεί να ξεκινούν σταδιακά και η ένταση τους να αυξάνεται σιγά - σιγά παράλληλα με τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Μπορεί να γίνει και φυσικοθεραπεία με διαθερμία (εν τω βάθει εφαρμογή θερμότητας), με υπερήχους, με υδροθεραπεία και με συσκευές διαδερμικής ηλεκτρικής διέγερσης των νεύρων (TENS). Οι θεραπείες αυτές ελαττώνουν προσωρινά το μυϊκό σπασμό και τον πόνο (Lemone et al., 2006).

Η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι εφικτή για το φυσικοθεραπευτή καθώς είναι σε θέση να τις εντοπίσει από τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής στέκεται, κάθεται, κινείται και γενικά τον τρόπο που εκτελεί τις απλές καθημερινές του δραστηριότητες. Η συχνότερη παρατήρηση εστιάζει στην αποφυγή του ασθενή να κάμψει τη σπονδυλική του στήλη διατηρώντας την σε ευθεία, αποφεύγοντας καταστάσεις που του προκαλούν πόνο (May, 2001; Farasyn et al., 2006; Woby et al., 2008).

Ως προς τα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης της οσφυαλγίας υπάρχει πληθώρα απόψεων (Miller et al., 2009). Στη διαδικασία λήψης

αποφάσεων από την πλευρά του φυσικοθεραπευτή υπάρχουν μια σειρά «εργαλείων» που τον κατευθύνουν όπως ο βαθμός της πάθησης, η διάρκεια της, οι κλινικές ενδείξεις, το ιστορικό του ασθενούς (Haskins et al., 2012). Εκείνο το στοιχείο ωστόσο που θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα κάποιου προγράμματος είναι ο συνδυασμός παραγόντων όπως μέγεθος πάθησης, ηλικία, φύλο κλπ. Ιδιαίτερα σημαντικός σ' αυτό το σημείο είναι ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή που καλείται να παρέχει την κατάλληλη εκπαίδευση στον ασθενή (Chown et al., 2008)

Ένας από τους θεμελιώδεις κανόνες στη φυσικοθεραπεία της οσφυαλγίας αποτελεί η χρήση της κατάλληλης και τεκμηριωμένης πρακτικής. Η συμμόρφωση του ασθενή στις κατευθυντήριες γραμμές του φυσικοθεραπευτή, οι οποίες μεταβάλλονται αναλόγως της πάθησης της οσφυϊκής μοίρας, αποτελούν σημαντικό εχέγγυο επιτυχημένης υγειονομικής παρέμβασης (Linton et al., 2002).

Οι φυσικοθεραπευτές που έχουν πιο αρνητικές απόψεις προς την ικανότητα των ασθενών με οσφυαλγία μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στο τελικό αποτέλεσμα της προσπάθειας (Ryan et al., 2010). Ο φυσικοθεραπευτής, για την αξιολόγηση των παθήσεων, θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στον τρόπο που βαδίζει ο ασθενής. Ο τρόπος βάδισης είναι εκείνος που μπορεί να καθορίσει τα θεραπευτικά πλαίσια. Όταν ο ασθενής βαδίζει με αντιαλγική στάση, κάμψη του κορμού προς τα εμπρός ή με την σπονδυλική στήλη σε ευθειασμό, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις παθήσεων. Ο φυσικοθεραπευτής από την οπίσθια επιφάνεια ελέγχει την παρέκκλιση των ώμων και της λεκάνης προς τη μια πλευρά ή τη συμμετρικότητα του μυϊκού συστήματος προς την μέση γραμμή. Επίσης, σημαντικό στοιχείο παρατήρησης θα πρέπει να είναι η κλίση του ασθενούς σε όρθια στάση προς μια κατεύθυνση, στοιχείο που φανερώνει προσπάθεια εύρεσης κατάλληλης αντιαλγικής στάσης. Η ύπαρξη τριχοφυΐας στην οσφυϊκή μοίρα φανερώνει δισχιδής ράχη ή καφέ κηλίδες οι οποίες φανερώνουν νευροϊνωμάτωση. Τέλος, στοιχείο παρατήρησης αποτελούν τα κάτω άκρα για ύπαρξη ανισοσκελίας (Ryan et al., 2010; Haskins et al., 2012).

Στην πλάγια στάση, παρατηρούνται και αξιολογούνται τα φυσιολογικά κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης. Πιθανή αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση και ευθειασμός της πιθανόν να οφείλονται σε αδυναμία των κοιλιακών μυών ή σε

σπονδυλολίσθηση καθώς και μικρή κάμψη του ισχίου και του γόνατος φανερώνει κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου στην σύστοιχη πλευρά (Lamb et al., 2007; Wootton et al., 2008).

Πριν τον καθορισμό του θεραπευτικού πλαισίου, ο φυσικοθεραπευτής λαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς. Κατά τη λήψη του, ζητείται από τον ασθενή να περιγράψει και να εντοπίσει με ακρίβεια, όσο αυτό είναι δυνατό, τον πόνο. Το βασικό στοιχείο εντοπισμού του πόνου πραγματοποιείται με αξιολόγηση των λεγομένων του ασθενή στο κατά πόσο ο πόνος ακτινοβολεί στα κάτω άκρα ή στην θωρακική μοίρα, αν ξεκινά από το κάτω άκρο και φτάνει στην οσφυϊκή μοίρα ή αν περιορίζεται μόνο στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις (Frost et al., 2004; Woby et al., 2008).

Ερωτήματα που καλείται να ανταποκριθεί ο ασθενής περιλαμβάνουν τον καθορισμό του «βάθους» του πόνου (αν είναι βαθύς ή επιφανειακός), την πιθανή επιδείνωση του με βήχα, φτέρνισμα ή περπάτημα, το χρονικό εμφάνισής του (βαθμιαία εμφάνιση ή απότομα), το βαθμό ανακούφισης ή επιδείνωσης της κατάστασης από την ακινητοποίηση ή κινητοποίηση καθώς και το ρόλο που διαδραματίζουν οι αλλαγές στις κλιματολογικές συνθήκες. Τη λήψη ιστορικού, ακολουθεί η ψηλάφηση από το φυσικοθεραπευτή. Οι πιέσεις που ασκεί, προδίδουν κάθε φορά και το είδος της πάθησης ή της ανωμαλίας. Συγκεκριμένα (Ferguson et al., 2010; Akhtar et al., 2012):

1. Πίεση και πόνος πάνω στον κόκκυγα προδίδει κοκκυγοδυνία.
2. Συμμετρική ψηλάφηση των παρασπονδυλικών μυών προδίδει ευαισθησία στην πίεση, μυϊκό σπασμό, υπερτροφία ή ατροφία.
3. Ψηλάφηση ακανθωδών και εγκάρσιων αποφύσεων εντοπίζουν παθήσεις της σπονδυλικής στήλης.
4. Πίεση στο οσφυοϊερό τρίγωνο και στην πορεία του ισχιακού νεύρου, της λαγονοκνημιαίας ταινίας και της λαγόνιας ακρολοφίας συμβάλλουν σημαντικά στον εντοπισμό των παθήσεων.

Την ψηλάφηση ακολουθεί η αισθητικότητα των κάτω άκρων ενώ πέραν των ανωτέρω (ιστορικό, ψηλάφηση) όπου ο φυσικοθεραπευτής υποβάλλει τον ασθενή σε έλεγχο της κινητικότητας της οσφυϊκής μοίρας, των ισχίων και των γόνατων. Ο έλεγχος της οσφυϊκής μοίρας περιλαμβάνει (Stanley et al., 2001; Taylor et al., 2002):

1. Κάμψη και περιορισμό ο οποίος παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τυχόν βραχυσμένους οπίσθιους μηριαίους.
2. Έκταση και η υπερέκταση, όπου από την ένταση του πόνου αναδεικνύεται μυϊκός σπασμός ή σύνδρομο facet.
3. Με πλάγιες κάμψεις αναζητείται η ύπαρξη πόνου στην σύστοιχη πλευρά για εντοπισμό κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου.
4. Πραγματοποιούνται ελεύθερες στροφές για εντοπισμό μυϊκών σπασμών.

Στον έλεγχο της άρθρωσης του ισχίου ως προς την κινητικότητα, ο φυσικοθεραπευτής ελέγχει (Stanley et al., 2001):

1. Την κάμψη του ισχίου από την όρθια στάση με το γόνατο τεντωμένο ώστε να αξιολογήσει την κατάσταση του ορθού μηριαίου και την κάμψη από την καθιστή θέση με το γόνατο λυγισμένο για την αξιολόγηση της ευρισκόμενης κατάστασης του λαγονοψοίτη.
2. Την έκταση και υπερέκταση σε όρθια στάση του μέσου γλουτιαίου.
3. Την απαγωγή του ισχίου σε όρθια στάση για την αξιολόγηση της κατάστασης του μικρού και του μέσου γλουτιαίου.
4. Την προσαγωγή του ισχίου από την πλάγια θέση για την κατάσταση των προσαγωγών μυών.

Τέλος, στην άρθρωση του γόνατος ο έλεγχος από την πλευρά του φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Έλεγχος της έκτασης γόνατος από την καθιστή θέση για τον έλεγχο των τριών (3) μοιρών του τετρακέφαλου.
2. Έλεγχος του βαθμού κάμψης του γόνατος από πρηνή θέση για τον έλεγχο των οπισθίων μηριαίων.

5.1. Δοκιμασία ανύψωσης τεταμένου σκέλους (SLR)

Στη δοκιμασία ανύψωσης τεταμένου σκέλους (SLR) (Εικ. 5.1.), ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση, ανυψώνει το σκέλος σταδιακά με το γόνατο σε πλήρη έκταση. Η παρουσία διαξιφιστικού πόνου αντανακλώμενος κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του μηρού, συχνά ως την κνήμη, φανερώνει ερεθισμό της Ο5 ή Ι1 ρίζας (Woby et al., 2008; Ryan et al., 2010; Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 5.1. Δοκιμασία ανύψωσης τεταμένου σκέλους (SLR)
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

5.2. Δοκιμασία Laseque

Η δοκιμασία Laseque (Εικ. 5.2.), λειτουργεί συμπληρωματικά στη δοκιμασία ανύψωσης τεταμένου σκέλους (SLR). Ο ασθενής λαμβάνει ύπτια θέση στο κρεβάτι ενώ ο εξεταστής φέρνει το κάτω άκρο παθητικά σε κάμψη του ισχίου, περίπου 20 με 30° με το γόνατο σε έκταση. Η συγκεκριμένη θέση τοποθετεί το ισχιαλγικό νεύρο σε θέση διάτασης.



Εικόνα 5.2. Δοκιμασία Laseque
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Από τη θέση αυτή, και σε περίπτωση έκλυσης πόνου που αντανακλά κατά μήκος του ισχιακού νεύρου, φανερώνεται η παρουσία κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου. Η ραχιαία κάμψη της ποδοκίνητης επιτείνει τον πόνο, λόγω υπερδιάτασης του ισχιακού νεύρου (Frost et al., 2004; Κοτζαηλίας, 2011).

Το σημείο Laseque είναι ο πόνος ο οποίος προκαλείται από την έκταση του ισχιακού νεύρου ή μιας από τις ρίζες του. Προκαλείται με προοδευτική και

αργή ανύψωση των εκτεταμένων κάτω άκρων με το άτομο στην ύπτια θέση. Ο πόνος που παράγεται είναι ίδιος με αυτόν που νιώθει αυτόματα το άτομο δηλαδή στην ίδια περιοχή κατανομής του νεύρου ή των ριζών του.

Ο Charnley έδειξε ότι η ρίζα του νεύρου γλιστράει ελεύθερα μέσω του μεσοσπονδύλιου τρήματος και ότι κατά τη διάρκεια της ανύψωσης του εκτεταμένου κάτω άκρου οι ρίζες του νεύρου έλκονται προς τα έξω από το τρήμα σε μια απόσταση πάνω από 12 mm στο επίπεδο O5 (Karandji et al., 2001).

Το σημείο Lasegue μπορεί κατά συνέπεια να ερμηνευθεί ως εξής: όταν το άτομο βρίσκεται σε ύπτια θέση, με τα κάτω άκρα χαλαρωμένα πάνω σε μια επιφάνεια στήριξης το ισχιακό νεύρο και οι ρίζες του δεν βρίσκονται υπό τάση. Όταν το κάτω άκρο ανυψώνεται με το γόνατο σε κάμψη το ισχιακό νεύρο και οι ρίζες του δεν βρίσκονται ακόμα υπό τάση. Αν το κάτω άκρο ανυψωθεί με το γόνατο σε έκταση το ισχιακό νεύρο, το οποίο πρέπει "α καλύψει μία μεγαλύτερη απόσταση, υπόκειται σε αυξημένη τάση. Στο φυσιολογικό άτομο οι ρίζες του νεύρου γλιστρούν ελεύθερα μέσω του μεσοσπονδύλιου τρήματος και δεν προκαλείται πόνος, αλλά, όταν το κάτω άκρο, είναι σχεδόν κάθετο, προκαλείται πόνος στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού ως αποτέλεσμα διάτασης των οπίσθιων μηριαίων μυών στα άτομα με μειωμένη ελαστικότητα. Αυτό είναι το ψευδώς θετικό σημείο Lasegue (Karandji et al., 2001).

Από την άλλη πλευρά, όταν μια ρίζα του νεύρου παγιδεύεται στο τρήμα ή όταν πρέπει να καλύψει μεγαλύτερη απόσταση λόγω ενός μετατοπισμένου δίσκου κάθε διάταση του νεύρου θα προκαλέσει πόνο με μέτρια ανύψωση του κάτω άκρου. Αυτό είναι το θετικό σημείο Lasegue, το οποίο γενικά παράγεται πριν την κάμψη 60°. Στην πραγματικότητα, μετά την κάμψη 60°, το σημείο Lasegue, δεν παράγεται αφού το ισχιακό νεύρο φθάνει στη μέγιστη τάση του στις 60° κάμψη. Έτσι ο πόνος μπορεί να προκληθεί στις 10°, 15° ή 20° κάμψης και αυτό επιτρέπει μια αδρή εκτίμηση της σοβαρότητας της βλάβης (Karandji et al., 2001).

5.3. Δοκιμασία Laseque στο υγιές κάτω άκρο

Στη δοκιμασία Laseque στο υγιές κάτω άκρο (Εικ. 5.3.), ακολουθείται η ίδια ακριβώς διαδικασία μόνο που ο έλεγχος αφορά το υγιές πλέον άκρο. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες αναφερθεί πόνος στην πορεία του ισχιακού νεύρου, ενδεχόμενα υπάρχει βλάβη του μεσοσπονδυλίου δίσκου και στην υγιή πλευρά (Haskins et al., 2012).



Εικόνα 5.3. Δοκιμασία Laseque στο υγιές κάτω άκρο
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012

5.4. Δοκιμασία διάτασης του μηριαίου νεύρου (ανάστροφο Laseque)

Στη δοκιμασία διάτασης του μηριαίου νεύρου (ανάστροφο Laseque) (Εικ. 5.4.), ο ασθενής λαμβάνει πρηνή θέση στο κρεβάτι. Ο εξεταστής με τη σειρά του, τοποθετεί το γόνατο του ασθενή σε κάμψη ή φέρνει το σκέλος του σε υπερέκταση με το γόνατο τεντωμένο.



Εικόνα 5.4. Δοκιμασία διάτασης του μηριαίου νεύρου (ανάστροφο Laseque)
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012

Η παρουσία πόνου στην οσφυϊκή μοίρα ο οποίος επιτείνεται στην πρόσθια πλευρά του μηρού φανερώνει ερεθισμό του μηριαίου νεύρου λόγω πίεσης (Woby et al., 2008; Haskins et al., 2012).

5.5. Δοκιμασία Bowstring

Στη δοκιμασία Bowstring (Εικ. 5.5.), ο εξεταστής εφαρμόζει αρχικά μια δοκιμασία ανύψωσης τεταμένου σκέλους (SLR) μέχρι να αναπαραχθούν τα ριζίτικα φαινόμενα. Στη συνέχεια, πραγματοποιεί κάμψη του γόνατος στις 90° ώστε να παρέχει στον ασθενή ανακούφιση από τα συμπτώματα εφαρμόζοντας ακολούθως πίεση στην ιγνυακή κοιλότητα. Με τη συγκεκριμένη κίνηση αναζητείται η ύπαρξη πόνου που φανερώνει και την παρουσία ισχιαλγίας (Frost et al., 2004).



Εικόνα 5.5. Δοκιμασία Bowstring
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

6. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

6.1. Οξύ στάδιο

Στο οξύ στάδιο, τα συμπτώματα είναι αυξημένης έντασης και υπάρχει πόνος στην οσφυϊκή μοίρα που πολλές φορές επεκτείνεται κατά μήκος του ισχιακού νεύρου. Ο ασθενής συμβουλεύεται να ακολουθήσει πρόγραμμα κατάκλισης σε θέσεις που του παρέχουν ανακούφιση από τον πόνο σε σκληρό στρώμα σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της ημέρας τοποθετείται σε όρθια θέση, φορώντας πάντα ζώνη οσφύος, ώστε να εκτελεστούν μερικά βήματα (May, 2001). Η συμμετοχή του φυσικοθεραπευτή δεν περιορίζεται στην κατάρτιση και επίβλεψη του προγράμματος αντιμετώπισης της οσφυαλγίας αλλά εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ολοκληρωτικής επίλυσης των προβλημάτων (Stanley et al., 2001).

Ο φυσικοθεραπευτής από την πλευρά του, κατόπιν των κατάλληλων κατευθύνσεων από το γιατρό, ορίζει το πρόγραμμα της φυσικοθεραπείας περιλαμβάνοντας ήπιες κινήσεις ώστε να επιτευχθεί διατήρηση της γενικής φυσικής κατάστασης. Παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες στον ασθενή ώστε να εγείρεται με τον κατάλληλο τρόπο από το κρεβάτι του καθώς και τον τρόπο με τον οποίο κάθεται στην καρέκλα για να μπορεί να αυτο εξυπηρετείται και να εκτελεί τις αναγκαίες καθημερινές του δραστηριότητες (φαγητό, τουαλέτα, μπάνιο). Οι βασικοί στόχοι της φυσικοθεραπείας είναι να παράσχουν στον ασθενή αρχικά ανακούφιση από τα συμπτώματα πόνου και σε δεύτερο επίπεδο να διατηρήσουν τη γενική φυσική του κατάσταση (Miller et al., 2009; Chan et al., 2011).

Τα μέσα φυσικοθεραπείας που θα επιλεγθούν, είναι άμεσα εξαρτώμενα από την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς. Ορισμένες χαρακτηριστικά μέσα φυσικοθεραπείας είναι τα ακόλουθα (Miller et al., 2009; Taylor et al., 2002; Κοτζαηλίας, 2011):

1. Κρυοθεραπεία (ψυχρά επιθέματα, μάλαξη με παγάκια).
2. Διαδυναμικά ρεύματα.
3. T.E.N.S.

4. Ιοντοφόρηση.

5. Biofeedback.

Μετά τον καθορισμό του προγράμματος φυσικοθεραπείας και την επιλογή των μέσων, ο φυσικοθεραπευτής υποδεικνύει στον ασθενή το πρόγραμμα ασκήσεων το οποίο θα πρέπει να εφαρμόζεται πολλές φορές ημερησίως στο κρεβάτι. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό από την πλευρά του φυσικοθεραπευτή να παρέχει στον ασθενή την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να διατηρεί την φυσιολογική οσφυϊκή λόρδωση σε όλες τις στάσεις και θέσεις που λαμβάνει το σώμα του, καθώς και κατά την εκτέλεση όλων των ασκήσεων. Στο πρόγραμμα των ασκήσεων σε ύπτια θέση με τα γόνατα σε κάμψη, ο ασθενής πραγματοποιεί τα ακόλουθα (Taylor et al., 2002; Miller et al., 2009):

1. Πιέζει ελαφρά το κεφάλι του στο μαξιλάρι.
2. Εκτελεί πλάγιες κάμψεις της κεφαλής σέρνοντας το κεφάλι στο μαξιλάρι.
3. Εκτελεί κάμψη της κεφαλής.
4. Κρατά βάρακια στα χέρια και εκτελεί οριζόντια απαγωγή - προσαγωγή των άνω άκρων.
5. Με τα βάρακια στα χέρια εκτελεί ανύψωση των άνω άκρων με τους αγκώνες τεντωμένους.
6. Με τα βάρακια στα χέρια διατηρεί σταθερούς τους βραχίονες πλάι στον κορμό και εκτελεί κάμψη των αγκώνων.
7. Εκτελεί ισομετρική σύσπαση των κοιλιακών με ένταση τέτοια ώστε να μην προκαλείται πόνος.
8. Εκτελεί ισομετρική σύσπαση των γλουτιαίων μυών.
9. Εκτελεί ισομετρική σύσπαση του τετρακέφαλου.
10. Εκτελεί ραχιαία - πελματιαία κάμψη, ανάσπαση έσω - έξω χείλους και περιαγωγή της ποδοκνημικής.

Στα πλαίσια της κατάλληλης εκπαίδευσης, ο φυσικοθεραπευτής ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να σηκώνεται και να κάθεται στο κρεβάτι, στην καρέκλα και στην λεκάνη της τουαλέτας. Ειδικότερα, για έγερση και κάθισμα από το κρεβάτι, είναι σημαντικό να τονιστεί η αναγκαιότητα χρήσης της ζώνη οσφύος. Ο ασθενής λαμβάνει θέση στην άκρη του κρεβατιού με τον κορμό όσο πιο ευθειασμένο μπορεί με τα κάτω άκρα, τοποθετεί και τα δύο του πόδια εκτός κρεβατιού και παράλληλα σηκώνοντας

ταυτόχρονα τον κορμό προς τα πάνω σπρώχνοντας με το χέρι που είναι από την κάτω πλευρά. Στη συνέχεια, γέρνει τον κορμό προς τα εμπρός, στηρίζει το βάρος του σώματος στα πόδια και έρχεται στην όρθια θέση. Στην περίπτωση της κατάκλισης, πλησιάζει με σταθερά και προσεκτικά βήματα το κρεβάτι, γέρνει ελαφρά τον κορμό του προς τα εμπρός, λυγίζει τα γόνατα, στηρίζεται με τα χέρια του στο στρώμα και κάθεται αργά. Ακολουθώντας, με ιδιαίτερη προσοχή γέρνει ελαφρά τον κορμό του προς τα πίσω και φέρνει τα πόδια του στο κρεβάτι. Το στοιχείο που θα πρέπει να τονιστεί είναι η διατήρηση σε όλα τα στάδια των κινήσεων έγερσης και κατάκλισης της φυσιολογικής οσφυϊκής λόρδωσης (Chan et al., 2011; Haskins et al., 2012).

Κατά την έγερση και το κάθισμα σε καρέκλα, ακολουθούνται ανάλογα συγκεκριμένες διαδικαστικές κινήσεις. Κατά την παραμονή του στην καρέκλα (Εικ. 6.1.), ο ασθενής φροντίζει ώστε οι ποδοκνημικές, τα γόνατα και τα ισχία να βρίσκονται σε γωνία 90°. Κατά την έγερσή του, τοποθετεί τον κορμό του σε ελαφρά κάμψη και συγκρατείται από τους βραχίονες (μπράτσα) (Εικ. 6.2.). Στηρίζει το βάρος του σώματος στα χέρια και δίνει μικρή ώθηση με τα κάτω άκρα (Εικ. 6.3.) μέχρι να έρθει στην όρθια στάση (Εικ. 6.4.) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 6.1. Παραμονή ασθενή στην καρέκλα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.2. Έγερση με κορμό σε ελαφρά κάμψη και συγκράτηση από βραχίονες
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.3. Στήριξη βάρους στα χέρια και μικρή ώθηση με τα κάτω άκρα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.4. Όρθια στάση από έγερση
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Κατά το κάθισμα από όρθια στάση (Εικ. 6.5.) έρχεται με προσεκτικά πίσω βήματα στην καρέκλα, γέρνει ελαφρά τον κορμό προς τα εμπρός, λυγίζει τα γόνατα του (Εικ. 6.6.), πιάνεται με τα χέρια του από τους βραχίονες (Εικ. 6.7.) και κάθεται αργά στο κάθισμα (Εικ. 6.8.) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 6.5. Όρθια στάση για κάθισμα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.6. Ελαφρύ γέρσιμο κορμού προς τα εμπρός και λύγισμα γονάτων
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.7. Συγκράτηση από βραχίονες
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.8. Αργό κάθισμα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Τα βήματα έγερσης και καθίσματος σε καρέκλα ακολουθούνται πιστά και στις περιπτώσεις της λεκάνης της τουαλέτας τα οποία πραγματοποιούνται ακόμη ευκολότερα αν έχει προβλεφθεί η τοποθέτηση ανυψωτικού εξαρτήματος με βραχίονες (Chan et al., 2011; Κοτζαηλίας, 2011). Ορισμένες χρήσιμες συμβουλές που θα πρέπει να ακολουθεί ο ασθενής ώστε να υπάρξουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες του γιατρού.
2. Θα πρέπει να αποφεύγει την πλάγια κάμψη του κορμού προς την προσβεβλημένη πλευρά.
3. Κατά το δυνατόν να αποφεύγει την κάμψη του κορμού, κίνηση ιδιαίτερα επώδυνη.
4. Να παίρνει την κατάλληλη θέση κατά την κατάκλιση η οποία τον βολεύει.
5. Στην ύπτια κατάκλιση αν τον βολεύει να τοποθετεί ένα λεπτό μαξιλάρι κάτω από τα γόνατα.
6. Στην πρηνή κατάκλιση να τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τις ποδοκνημικές.
7. Να έρχεται στην εμβρυσική θέση με κάμψη των γονατών με την πάσχουσα πλευρά πάντα από πάνω.
8. Να έρχεται στην θέση «Κοιμωμένη του Χαλεπά» τοποθετώντας μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα τα οποία είναι σε κάμψη και δυο μαξιλάρια κάτω από τον αυχένα.
9. Το βάρος να διατηρείται πάντα σε φυσιολογικά επίπεδα πάντα σε αναλογία με το ύψος.

Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της οσφυαλγίας περιλαμβάνει τη συμβολή του φυσικοθεραπευτή ο οποίος συμβουλεύει, παροτρύνει και ελέγχει την πορεία των ασκήσεων. Οι ασθενείς που αδυνατούν να εκτελούν μόνοι τους τις ασκήσεις καταφεύγουν στη βοήθεια του φυσικοθεραπευτή (Miller et al., 2001).

Σε περιπτώσεις οσφυαλγίας με μικρό χρονικό ορίζοντα εμφάνισης, έχει αποδειχθεί ότι το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας επηρεάζεται έντονα από γνωστικές διαδικασίες του φυσικοθεραπευτή και του ιατρού που πολλές φορές έχουν μεγαλύτερη σημασία από φυσικές ή και συμπεριφορικές διεργασίες (Lamb et al., 2007). Κατά συνέπεια, η επιτυχής τροποποίηση

ορισμένων γνωστικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της φυσικοθεραπείας έχουν σημαντικότερη προτεραιότητα (Woby et al., 2008). Η ανάπτυξη ευθύνης του ίδιου του ασθενή για την αυτοδιαχείριση του πόνου είναι ένα σημαντικό συστατικό της φυσικοθεραπείας (Wootton et al., 2008; Frost et al., 2004)

6.2. Υποξύ - χρόνιο στάδιο

Στο υποξύ - χρόνιο στάδιο, υπάρχει εμφανής υποχώρηση των συμπτωμάτων με παρουσία μικρότερων ενοχλημάτων. Ο ασθενής εμφανίζει στοιχεία μεγαλύτερης κινητοποίησης. Σημαντικό στοιχείο του συγκεκριμένου σταδίου πριν την έναρξη των οποιονδήποτε θεραπευτικών ασκήσεων και την ισχυροποίηση των μυών της οσφυϊκής μοίρας, αποτελεί η επάνοδος της σπονδυλικής στήλης σε ανατομική θέση. Οι στόχοι της φυσικοθεραπείας στο συγκεκριμένο στάδιο είναι να παρέχουν στον ασθενή (May, 2001; Woby et al., 2008; Κοτζαηλίας, 2011; Haskins et al., 2012):

1. Ανακούφιση από τον πόνο.
2. Ενδυνάμωση κοιλιακών, γλουτιαίων και ραχιαίων μυών.
3. Διάταση ραχιαίων μυών του ισχίου.
4. Λειτουργική και εργονομική αποκατάσταση.

Τα διαθέσιμα μέσα φυσικοθεραπείας του υποξέος – χρόνιου σταδίου περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Διαθερμία βραχέων κυμάτων.
2. Διαθερμία μικροκυμάτων.
3. Υπέρηχα κύματα.
4. Διασταυρούμενα ρεύματα.
5. Biofeedback.
6. T.E.N.S.
7. Ιοντοφόρηση.
8. Μάλαξη.
9. Υδρομάλαξη - υδροκινησιοθεραπεία.
10. Έλξεις.
11. Διατάσεις.

Στα πλαίσια των ασκήσεων, πραγματοποιούνται ασκήσεις από ύπτια, πλάγια πρηνή θέση καθώς και σε τετραποδική στάση. Στις ασκήσεις από ύπτια θέση με τα γόνατα σε κάμψη, με τα ισχία βρίσκονται σε κάμψη 45° μοιρών και τα γόνατα σε 90°, αρχικά ο φυσικοθεραπευτής σταθεροποιεί στο στρώμα τα πόδια του ασθενούς από τις ποδοκνημικές. Στη συνέχεια, ζητά από τον ασθενή να εισπνεύσει βαθιά ώστε να συσπάσει τους κοιλιακούς και τους γλουτιαίους μυς και να πιέσει την οσφυϊκή μοίρα στο στρώμα, εκπνέοντας και χαλαρώνοντας στη συνέχεια (Εικ. 6.9.) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 6.9. Άσκηση σε ύπτια θέση
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Ακολουθώς, ο φυσικοθεραπευτής σταθεροποιώντας στο στρώμα τον κορμό του ασθενή από την πρόσθια επιφάνεια των ώμων, του ζητά να πάρει βαθιά εισπνοή στέλνοντας τον αέρα στην κοιλιά εκτελώντας κάμψη των ισχίων και των γονάτων πλησιάζοντας τα γόνατα στο στήθος με εκπνοή και επάνοδο στην αρχική θέση (Εικ. 6.10.).



Εικόνα 6.10. Κάμψη ισχίων και γονάτων με εκπνοή και επάνοδο
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Τέλος, στέλνοντας τον αέρα στην κοιλιά και τοποθετώντας τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη 90°, εκτελεί ήπιες, ελεγχόμενες και μικρού εύρους πλάγιες κινήσεις των κάτω άκρων.



Εικόνα 6.11. Γόνατα και ισχία σε κάμψη 90° με εκτέλεση ήπιων ελεγχόμενων κινήσεων κάτω άκρων
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012

Στις ασκήσεις από πλάγια θέση με έκταση των γονάτων (Εικ. 6.12), ο φυσικοθεραπευτής αρχικά σταθεροποιεί τον κορμό και την λεκάνη του ασθενή με τη χρήση μαξιλαριού ζητώντας του να πραγματοποιήσει μια βαθιά εισπνοή και να εκτελέσει τα ακόλουθα (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Να στείλει τον αέρα στην κοιλιά και να εκτελέσει πλάγια ανύψωση των κάτω άκρων προς τα πάνω, εκπνέοντας στη συνέχεια επανερχόμενος στην αρχική θέση.
2. Να στείλει αέρα στην κοιλιά και να εκτελέσει πλάγια ανύψωση των κάτω άκρων. Διατηρώντας τα κάτω άκρα στη συγκεκριμένη θέση, τον παροτρύνει να εκτελέσει μικρού εύρους κινήσεις στα σκέλη. Τελικά, εκπνέει και επανέρχεται στην αρχική θέση.



Εικόνα 6.12. Πλάγια θέση με έκταση των γονάτων
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Στη συνέχεια, ο φυσικοθεραπευτής σταθεροποιεί τα κάτω άκρα του ασθενή ζητώντας του να εισπνεύσει βαθιά και να στείλει τον αέρα στην κοιλιά πλέκοντας τα δάκτυλα του πίσω από τον αυχένα (Εικ. 6.13). Έπειτα, εκτελεί μια πλάγια κάμψη του κορμού και εκπνέοντας επανέρχεται στην αρχική θέση.



Εικόνα 6.13. Σταθεροποίηση κάτω άκρων, βαθιά εισπνοή πλέκοντας τα δάκτυλα πίσω από τον αυχένα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Ακολουθώντας την ίδια διαδικασία, στέλνει αέρα στην κοιλιά πλέκοντας τα δάκτυλά του πίσω από τον αυχένα εκτελώντας πλάγια κάμψη και στροφή του κορμού προς τα επάνω. Τέλος, ο ασθενής εκπνέει και επανέρχεται στην αρχική του θέση (Εικ. 6.14) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 6.14. Σταθεροποίηση κάτω άκρων, βαθιά εισπνοή πλέκοντας τα δάκτυλα πίσω από τον αυχένα με εκτέλεση πλάγιας κάμψης και στροφής του κορμού προς τα επάνω

Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Σε ασκήσεις από πρηνή θέση, ο φυσικοθεραπευτής αρχικά τοποθετεί τα πόδια του ασθενής σε σταθερή θέση στο στρώμα με τις ποδοκνημικές έξω από το κρεβάτι. Εισπνέοντας βαθιά, και ευρισκόμενος σε πρηνή θέση, του ζητά να στείλει τον αέρα που εισέπνευσε κοιλιά και να πλέξει τα δάκτυλα του πίσω από τον αυχένα. Στη συνέχεια, να εκτελέσει ελεγχόμενου εύρους υπερέκταση του κορμού, επανερχόμενος στην αρχική του θέση και αφού προηγουμένως έχει εκπνεύσει (Εικ. 6.15) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 6.15. Ασκήσεις σε πρηνή θέση με υπερέκταση κορμού

Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Επίσης, παροτρύνει τον ασθενή να πραγματοποιήσει βαθιά εισπνοή στέλλοντας τον αέρα στην κοιλιά και πλέκοντας τα δάκτυλα του πίσω από τον αυχένα ώστε να εκτελέσει στη συνέχεια ελεγχόμενου εύρους υπερέκταση και

στροφή του κορμού αριστερά (Εικ. 6.16). Ακολουθεί εκπνοή και επαναφορά στην αρχική θέση ενώ η ανάλογη διαδικασία ακολουθείται και για τη δεξιά πλευρά.



Εικόνα 6.16. Ελεγχόμενου εύρους υπερέκταση και στροφή του κορμού αριστερά
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012

Τελικά, ο φυσικοθεραπευτής σταθεροποιεί από τις ωμοπλάτες τον κορμό του ασθενή στο στρώμα ζητώντας από τον ασθενή να εισπνεύσει βαθιά στέλνοντας τον αέρα στην κοιλιά και να τοποθετήσει τα άνω άκρα του δίπλα στον κορμό και να εκτελέσει στη συνέχεια εναλλάξ υπερέκταση των ισχίων με τεντωμένα τα γόνατα (Εικ. 6.17) (Κοτζαηλίας, 2011).



Εικόνα 6.17. Υπερέκταση των ισχίων με τεντωμένα τα γόνατα
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012

Οι ασκήσεις από τετραποδική στάση, «απαιτούν» από το φυσικοθεραπευτή να καθορίσει και να υποδείξει στον ασθενή συγκεκριμένες κατευθύνσεις. Στις συγκεκριμένες ασκήσεις, ο φυσικοθεραπευτής υποδεικνύει στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο θα έρθει στην κατάλληλη τετραποδική στάση ώστε οι

παλάμες να βρίσκονται στον άξονα των ώμων, τα γόνατα στον άξονα των ισχίων, το κεφάλι στην ευθεία με τον κορμό και το μέτωπο παράλληλο στο έδαφος. Συγκρατώντας τη λεκάνη του ασθενή και αγκαλιάζοντας τις λαγόνιες ακρολοφίες για λόγους ασφαλείας του ζητά τα ακόλουθα (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Να λάβει βαθιά εισπνοή στέλνοντας τον αέρα στην κοιλιά και εκτελώντας διαδοχικά πρόσθια και οπίσθια κλίση της λεκάνης με εκπνοή και επάνοδο στην αρχική θέση (Εικ. 6.18 – Εικ. 6.19).



Εικόνα 6.18. Συγκράτηση λεκάνης ασθενή και λήψη βαθιάς εισπνοής
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012



Εικόνα 6.19. Πρόσθια και οπίσθια κλίση της λεκάνης με εκπνοή
Πηγή: Ίδια επεξεργασία, 2012

2. Να εισπνεύσει βαθιά στέλνοντας τον αέρα στην κοιλιά, ανυψώνοντας μπροστά το αριστερό χέρι και εκτείνοντας το δεξί πόδι, εκπνέοντας στη συνέχεια επανερχόμενος στην αρχική θέση (Εικ. 6.20). Την ίδια κίνηση ο ασθενής την εκτελεί αντίστοιχα με αριστερό κάτω άκρο και δεξί άνω άκρο.



Εικόνα 6.20. Ανύψωση αριστερού χεριού και έκταση δεξιού ποδιού
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

3. Από την αρχική στάση να έρθει αργά σε κάθισμα στις πτέρνες διατηρώντας την φυσιολογική οσφυϊκή λόρδωση (Εικ. 6.21). Σ' αυτό το σημείο, ο φυσικοθεραπευτής ωθεί υπό έλεγχο τη λεκάνη του ασθενή μπρος – πίσω και αριστερά - δεξιά ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής προσπαθεί να διατηρήσει την ισορροπία του.



Εικόνα 6.21. Κάθισμα στις πτέρνες με φυσιολογική οσφυϊκή λόρδωση
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

6.3. Διατάσεις

Οι διατάσεις κατά την εκτέλεσή τους «απαιτούν» αμφοτερόπλευρη εφαρμογή ενώ στο οξύ στάδιο απαγορεύονται με εκτέλεση μετά την θερμοθεραπεία και την κινησιοθεραπεία.

Για τη διάταση του ορθού μηριαίου, με το χέρι του συγκρατεί τη ραχιαία επιφάνεια της ποδοκνημικής και πλησιάζει την πτέρνα στον γλουτό. Σ' αυτό το σημείο η λεκάνη του ασθενούς θα πρέπει να παραμείνει σταθερή καθώς σε αντίθετη περίπτωση δεν θα υπάρξει κανένα αποτέλεσμα.

Η τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια θέση στο κρεβάτι με τη συμβολή του φυσικοθεραπευτή, επιτυγχάνεται με την κατάλληλη θέση των κάτω άκρων εκτός του κρεβατιού (κατά μήκος). Ο φυσικοθεραπευτής αναλαμβάνει να φέρει το δεξί πόδι του ασθενή στο στήθος του και του ζητά να το κρατήσει σταθερό εκεί με τα χέρια του. Στη συνέχεια, του ζητά να προχωρήσει κατά το δυνατό σε έκταση του αριστερού ισχίου, ενισχύοντας με το ένα χέρι την κάμψη του δεξιού ισχίου και με το άλλο την υπερέκταση του αριστερού. Αυτή είναι η διάταση του αριστερού λαγονοψοίτη. Οι αντίστροφες κινήσεις εκτελούνται και για τον δεξιό λαγονοψοίτη. (Κοτσαηλίας, 2011).

6.4. Θεραπευτικές ασκήσεις για το σπίτι

Τα προγράμματα εξάσκησης περιλαμβάνουν ένα μίγμα των τρόπων εκπαίδευσης που κυμαίνονται από συγκεκριμένες ασκήσεις ελέγχου των μυών του κορμού ή ακόμα και αερόβια γυμναστική (Taylor et al., 2002). Η επίδραση της αερόβιας γυμναστικής στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της οσφυαλγίας έχει εξεταστεί σε άτομα με χρόνιες εκδηλώσεις με αποτελέσματα βραχυχρόνιας βελτίωσης (Chan et al., 2011).

Στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες δεν προκύψουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, με παύση των ενοχλήσεων, ρόλος του φυσικοθεραπευτή είναι η υπόδειξη κατάλληλων ασκήσεων που ο ασθενής θα πραγματοποιήσει μόνος του στον προσωπικό του χώρο. Απώτερος στόχος των συγκεκριμένων ασκήσεων είναι η ενδυνάμωση των κοιλιακών και των ραχιαίων μυών και η διατήρηση της σωστής κλίσης της λεκάνης.

Για την εκτέλεση ασκήσεων στο σπίτι, ο ασθενής μπορεί να λάβει ανάλογα την ύπτια ή την πρηνή θέση, ανάλογα με το είδος της εκτελούμενης άσκησης. Για τις ασκήσεις σε ύπτια θέση και με τα γόνατα σε κάμψη ο ασθενής εκτελεί τα ακόλουθα (Lamb et al., 2007; Wootton et al., 2008; Κοτσαηλίας, 2011):

1. Σταυρώνοντας τις παλάμες του μπροστά στο στήθος, εκτελεί κάμψη του κορμού μέχρι οι αγκώνες του να ακουμπήσουν στα γόνατα (Εικ. 6.22).



Εικόνα 6.22. Σταύρωμα χεριών με κάμψη κορμού μέχρι οι αγκώνες να ακουμπήσουν στα γόνατα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

2. Με τοποθέτηση των παλαμών πάνω από τον αυχένα, εκτελεί κάμψη του κορμού μέχρι οι αγκώνες του να ακουμπήσουν στα γόνατα (Εικ. 6.23).



Εικόνα 6.23. Τοποθέτηση παλαμών πάνω από τον αυχένα με εκτέλεση κάμψης κορμού μέχρι οι αγκώνες να ακουμπήσουν στα γόνατα
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

3. Τοποθετώντας τις παλάμες πάνω από τον αυχένα, εκτελεί κάμψη του κορμού και στροφή δεξιά, επαναλαμβάνοντας την ίδια διαδικασία και με στροφή αριστερά (Εικ. 6.24).



Εικόνα 6.24. Τοποθέτηση παλαμών πάνω από τον αυχένα και εκτέλεση κάμψης του κορμού με στροφή δεξιά
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Στις ασκήσεις από πρηνή θέση, ο ασθενής ακολουθεί τα εξής (Κοτζαηλίας, 2011):

1. Τοποθετεί τα χέρια του στα πλαϊνά του κορμού, παραμένοντας για λίγο στη θέση αυτή ανασηκώνοντας τους ώμους και το στήθος από το στρώμα (Εικ. 6.25).



Εικόνα 6.25. Τοποθέτηση χεριών στα πλαϊνά του κορμού σε πρηνή θέση
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

2. Τοποθετεί τις παλάμες του πάνω από τον αυχένα και εκτελεί υπερέκταση του κορμού μέχρι να ανασηκωθούν οι ώμοι και το στήθος από το στρώμα (Εικ. 6.26).



Εικόνα 6.26. Υπερέκταση κορμού και ώμων
Πηγή: Ιδία επεξεργασία, 2012

Ικανοποιητικά θεωρούνται τα αποτελέσματα από ένα φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα αν και εφόσον παρέχουν στον ασθενή όχι μόνο ανακούφιση από τα συμπτώματα αλλά του παρέχουν και τη δυνατότητα να πραγματοποιεί ένα φυσιολογικό εύρος κινήσεων και να εκτελεί απλές δραστηριότητες. Σε κάθε περίπτωση, ο βαθμός επιτυχίας οποιουδήποτε προγράμματος είναι άμεσα εξαρτημένος από τη συμμετοχή του ασθενούς και την επιθυμία του να επιλύσει το πρόβλημα (May, 2001).

7. ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πραγματοποίηση της υδροθεραπείας ως μέσο θεραπευτικής αντιμετώπισης, είναι άμεσα εξαρτημένη από την πάθηση της σπονδυλικής στήλης. Με εξαίρεση το οξύ – χρόνιο στάδιο, η υδροκινησιοθεραπεία και η κολύμβηση αποτελούν τη βασική επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης στις περισσότερες των περιπτώσεων (Κοτζαηλίας, 2011).

Ο φυσικοθεραπευτής αξιοποιώντας τις δυνατότητες της υδροθεραπείας, στοχεύει στη χαλάρωση και ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Για το λόγο αυτό, συνιστά στον ασθενή να κολυμπά με αργούς ρυθμούς σε θερμαινόμενη πισίνα δύο (2) με τρεις (3) φορές την εβδομάδα. Όταν ο βασικός στόχος είναι η ενδυνάμωση των μυών των κάτω άκρων και των κοιλιακών, ο ασθενής εκτελεί κινήσεις των κάτω άκρων μέσα στο νερό και κολυμπά φορώντας βατραχοπέδιλα (Barker et al., 2003; Barker et al., 2003).

8. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Είναι κακή αρχή να χειρουργείται μία οσφυαλγία εκτός εάν έχει αναγνωρισθεί μία συγκεκριμένη μηχανική αιτία. Στο παρελθόν, οι οσφυαλγίες χειρουργούνταν πολύ συχνότερα και τα αποτελέσματα ήταν φτωχά. Πολλοί ασθενείς δεν ήταν καλύτερα και μερικοί επιδεινώνονταν με την εγχείρηση. Η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, ιδιαίτερα η σπονδυλοδεσία, αντιμετωπίζεται αρνητικά όχι χωρίς λόγο, επειδή συχνότατα ακολουθούσε σοβαρός πόνος και δυσκαμψία, τα οποία καθιστούσαν τον ασθενή περισσότερο ανίκανο απ' ό,τι πριν από την εγχείρηση (Dandy et al., 1995).

Η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, πάντως, είναι απόλυτα ορθοπεδικό πρόβλημα και πολλοί χειρουργοί με ειδικό ενδιαφέρον στην σπονδυλική στήλη αντιμετωπίζουν επίσης την οσφυαλγία. Η σπονδυλική στήλη πρέπει να χειρουργείται μόνο για ανατομικές βλάβες αποδεδειγμένες πέραν κάθε αμφιβολίας. Για τους ασθενείς που δεν μπορούν να ανακουφιστούν με συντηρητικά μέτρα, η χειρουργική απομάκρυνση του δίσκου που έχει υποστεί βλάβη μπορεί να είναι η μόνη εναλλακτική. Η δισκεκτομή εκτελείται συχνά για την αποσυμπύεση της ρίζας του νεύρου. Πρόκειται για μια μικροχειρουργική τεχνική κατά την οποία πραγματοποιείται μια πολύ μικρή τομή μέσω της οποίας ο μεσοσπονδύλιος δίσκος που έχει προπέσει, τέμνεται και αφαιρείται. Εάν η περιοχή δεν μπορεί να προσπελαστεί με μικροχειρουργική, γίνεται δισκεκτομή ή πεταλεκτομή με ανοικτή τομή, δηλαδή απομάκρυνση του προσθίου τόξου του σπονδύλου μαζί με το δίσκο. Πεταλεκτομή μπορεί να γίνει και σε συνδυασμό με σπονδυλοδεσία (Dewit et al., 2009).

Η διαδερματική δισκεκτομή με λέιζερ είναι επέμβαση που γίνεται σε εξωτερική βάση και δεν απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο. Διαμέσου των οπισθοπεριτοναϊκών μαλακών ιστών εισάγεται ένας σωλήνας μέχρι το πλάγιο χείλος του δίσκου. Στη διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία και ακτινοσκόπηση. Το λέιζερ χρησιμοποιείται για να κόψει και να καταστρέψει το προπίπτον τμήμα του δίσκου. Οι τομές είναι ιδιαίτερα μικρές, η απώλεια αίματος είναι ελάχιστη και ο χρόνος αποκατάστασης μικρότερος (Dewit et al., 2009).

Σε κάποιους ασθενείς είναι αναγκαία η σπονδυλοδεσία για να σταθεροποιηθεί η σπονδυλική στήλη. Στη σπονδυλοδεσία, τμήμα ή τμήματα

οστού από τη λαγόνια ακρολοφία του ίδιου του ασθενούς ή από πτωματικό δότη μεταμοσχεύονται στους σπονδύλους για να τους ενισχύσουν. Για να μειωθεί ή κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης και ο ερεθισμός, μπορεί να χρειαστεί καθήλωση με μεταλλικές ράβδους και ήλους. Πεταλεκτομή μπορεί να γίνει και για άλλους λόγους πλην της ρήξης μεσοσπονδύλιου δίσκου - για παράδειγμα για εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, όπως η νόσος του Rott (φυματίωση της σπονδυλικής στήλης), κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, και παρεκτόπιση σπονδύλου. Όταν γίνει πεταλεκτομή και σπονδυλοδεσία, οι δεμένοι σπόνδυλοι χάνουν την κινητικότητα τους (Dewit et al., 2009).

Στη οσφυαλγία συχνά εμφανίζεται υποτροπή των συμπτωμάτων ανεξάρτητα από τις παρεμβάσεις σε επίπεδο φυσικοθεραπείας με αποτέλεσμα να κρίνεται απαραίτητη η αντιμετώπιση με χειρουργικές μεθόδους. Η επιλογή της χειρουργικής αποκατάστασης αφορά περίπου το 10% των ασθενών με οσφυαλγία. Οι βασικές ενδείξεις που οδηγούν στην επιλογή της χειρουργικής μεθόδου είναι οι ακόλουθες (Richards et al., 2012):

1. Στις περιπτώσεις που οποιαδήποτε συντηρητική θεραπεία δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα εντός δύο (2) μηνών.
2. Όταν η οξεία φάση συνοδεύεται από σοβαρά νευρολογικά φαινόμενα.
3. Όταν υπάρχουν επαναλαμβανόμενες υποτροπές.
4. Σε κεντρική μαζική πρόπτωση που συνοδεύεται από ορθοκυστικές διαταραχές (σύνδρομο ιππούριδας).

Η χειρουργική αποκατάσταση οδηγεί σε αφαίρεση του πηκτοειδούς πυρήνα που προβάλλει και ακολουθεί αποσυμπίεση της αντίστοιχης ρίζας. Ο συγκεκριμένος στόχος επιτυγχάνεται με προσπέλαση η οποία πραγματοποιείται με πεταλεκτομή ή με διάνοιξη θυρίδας (fenestration) μεταξύ των πετάλων των σπονδύλων (May, 2001).

Υπάρχει ένας μικρός αριθμός περιπτώσεων, και αφορά συνήθως άτομα που έχουν υπερβεί τα σαράντα (40) έτη, στις οποίες εμφανίζεται αστάθεια στο επίπεδο αφαίρεσης του δίσκου, με αποτέλεσμα να κρίνεται αναγκαία στην παρούσα φάση ή μελλοντικά η πραγματοποίηση σπονδυλοδεσίας. Τα επιτυχή αποτελέσματα της χειρουργικής αποκατάστασης είναι άμεσα συνυφασμένα με τις κατάλληλες ενδείξεις και εφόσον ο ιατρός που την εκτελεί διαθέτει ανάλογη εμπειρία. Το χρονικό διάστημα εξόδου από το νοσοκομείο

υπολογίζεται σε δεκαπέντε (15) περίπου ημέρες από την επέμβαση (Κοτσαηλίας, 2011).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η οσφυαλγία είναι ένα συχνό πρόβλημα δημόσιας υγείας που απασχολεί πολλούς ανθρώπους παγκοσμίως (Maniadaakis & Gray, 2000). Τα στατιστικά δεδομένα για την οσφυαλγία μαρτυρούν:

1. Δεν οδηγεί σε μη μόνιμες βλάβες στον ασθενή.
2. Δεύτερη αιτιολογία για την μη προσέλευση στο εργασιακό περιβάλλον ακόμα και μετά από το απλό συνάχι (Deyo & Weinstein, 2001, Coste, et al., 2004, Dysvik et al., 2004).
3. Δεύτερη συμπτωματολογία που οδηγεί στον ιατρό ακόμα και μετά από τις κοινές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού (Arnold et al., 2000).
4. Είναι αυτοπεριοριζόμενη πάθηση.
5. Είναι ικανή να επηρεάσει ακόμη και το 50%-80% των ενήλικων ατόμων σε όλη την διάρκεια της ζωής τους, τουλάχιστον μια φορά.
6. Μόνο 1% των ασθενών έχουν ανάγκη από επείγουσα ιατρική παρέμβαση για θεραπεία.
7. Οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Η οσφυαλγία έχει σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό κόστος καθώς πολλαπλές είναι οι συνέπειές της όπως η απουσία από την εργασία, οι μειωμένες οικονομικές απολαβές από την εργασία, το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και η μειωμένη κοινωνική συναναστροφή (Carragee, 2001).
8. Παρουσιάζει επιπολασμό 15%-56% (Αγραφιώτης και συν., 2000, Κατσουγιαννόπουλος, 1993, Συμεωνίδης, 1996, Andersson, 1999).
9. Παρουσιάζεται βελτίωση εντός 4 εβδομάδων, ανεξαρτήτως φαρμακευτικής αγωγής ή άλλης θεραπείας.
10. Συχνότερη αιτιολογία μείωσης καθημερινών δραστηριοτήτων σε άτομα ακόμα και ηλικίας μικρότερης των 45 ετών.
11. Το αίσθημα του πόνου είναι έντονο με αποτέλεσμα να επιδρά αρνητικά σε όλους τομείς της ζωής ενός ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί στον καθημερινό, κοινωνικό του ρόλο. Είναι πιθανό άτομα με οσφυαλγία να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος ακόμη και

τέσσερις φορές περισσότερο σε σχέση με άτομα που δεν βιώνουν πόνο (Arnold et al., 2000).

12. Υψηλό ποσοστό υποτροπής.

Οπότε, η γνώση των παραπάνω παραγόντων που χαρακτηρίζουν την οσφυαλγία, καθιστούν την σημαντικότητά της ιδιαίτερη και την ανάγκη για περαιτέρω ερευνητική ενασχόληση επιτακτική. Έτσι, οι διαστάσεις αυτού του προβλήματος δημόσιας υγείας αλλά και η έλλειψη παρόμοιων ερευνών σε πανελλαδικό επίπεδο για τη μελέτη της οσφυαλγίας οδήγησαν τον ερευνητή στο να διεξάγει την παρούσα έρευνα.

Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της οσφυαλγίας. Οι ερωτώμενοι καλούνται να συμπληρώσουν ένα έντυπο ερωτηματολόγιο, το οποίο εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της οσφυϊκής μοίρας, της λειτουργικότητάς της και άλλων στοιχείων που αφορούν τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και την γενικότερη ποιότητά της.

Επιδιωκόμενοι σκοποί της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί:

1. Να διερευνηθεί ο επιπολασμός της οσφυαλγίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού
2. Να μελετηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά,
3. Να διερευνηθεί η συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων με την συχνότητα της οσφυαλγίας και
4. Να διερευνηθεί κατά πόσο επηρεάζει η οσφυαλγία την ψυχική υγεία του ασθενή.

Έτσι, η εικόνα που θα προκύψει από την καταγραφή της οσφυαλγίας, πιθανόν να αποδώσει το μέγεθος του προβλήματος στην χώρα μας καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται μ' αυτήν. Έτσι, θα είναι δυνατό να προκύψουν σημαντικά αποτελέσματα ικανά να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση και πρόληψη του προβλήματος αυτού.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Δείγμα

Η υλοποίηση μιας ερευνητικής προσπάθειας έχει ως κύριο στόχο την ανάλυση μιας ή περισσότερων μεταβλητών του πληθυσμού όπως και την διασάφηση των συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών του πληθυσμού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, συλλέγονται και επεξεργάζονται πληροφορίες από ένα δείγμα του πληθυσμού καθώς σε πιο γενικό πλαίσιο θα ήταν μια χρονοβόρα, δύσκολος (Κατσίλλης, 2006) και πολύπλοκη διαδικασία (Τηλικίδου, 2004).

Ο σχεδιασμός του δείγματος περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων αντιπροσωπευτικών μελών του πληθυσμού τα οποία θα αποτελέσουν την βάση της έρευνας, ο οποίος θα προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα εξαχθεί το συγκεκριμένο δείγμα (Kotler & Keller, 2006). Η έρευνα συνάγει συμπεράσματα για το σύνολο του πληθυσμού, με βάση κάποιο δείγμα, επιδιώκει τη διαπίστωση ποσοτικών στοιχείων για τη συσχέτιση διαφόρων χαρακτηριστικών με διάφορες επιμέρους κατηγορίες του συνολικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική έρευνα για τη μέτρηση των μεγεθών με συγκεκριμένο ποσοτικό τρόπο, δηλαδή με μετρήσιμα μεγέθη και σε ένα πλήθος ατόμων, ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Στην ποσοτική έρευνα καταγράφεται η συμπεριφορά του δείγματος και αυτό που ενδιαφέρει είναι να αποδοθεί στα αποτελέσματα της έρευνας μια στατιστική μορφή (Κανελλόπουλος, 2002).

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από 838 άτομα. Ο πληθυσμός περιλάμβανε 469 (56%) άνδρες και 369 (44%) γυναίκες, ηλικίας 16 ετών και άνω, που κατοικούν σε αστικές περιοχές της χώρας και ειδικότερα στην περιοχή του Δήμου Ηλιούπολης. Το δείγμα επιλέχθηκε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, τη γεωγραφική περιοχή και τον τύπο της κατοικίας (αστική), σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Εθνική Στατιστικής Υπηρεσίας (1991), αλλά και την θετική απάντηση στο αν πάσχουν από οσφυαλγία, όπου 74 απάντησαν θετικά (52,7% ήταν άνδρες και 47,3%

γυναίκες). Συγκεκριμένα ο τύπος του τόπου κατοικίας προσδιορίστηκε με βάση την κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιείται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας στην τελευταία απογραφή του ελληνικού πληθυσμού αναλύεται ως εξής:

1. Λιγότεροι από 2000 κάτοικοι - Αγροτικός πληθυσμός χώρας,
2. 2000 έως 10.000 κάτοικοι - Ημι-αγροτικός πληθυσμός χώρας,
3. Πάνω από 10.000 κάτοικοι - Αστικός πληθυσμός χώρας (Stranjalis et al 2004).

2.2. Υλικό

Η επιλογή του κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου στη συλλογή στοιχείων για την πραγματοποίηση μιας έρευνας, αποτελεί τον σημαντικό στοιχείο για την τελική του επιτυχία. Το βασικό διαθέσιμο εργαλείο που χρησιμοποιείται σε ευρύ φάσμα είναι το ερωτηματολόγιο (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2010). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ενός καλά σχεδιασμένου και τυποποιημένου ερωτηματολογίου σε ελληνική γλώσσα, η σύνταξη του οποίου πραγματοποιήθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή ο οποίος χρησιμοποίησε συγκεκριμένα ερωτηματολόγια στην αγγλική γλώσσα τα οποία προήλθαν από προσωπικές εκτιμήσεις, συστηματική επισκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, και σύμφωνη γνώμη του επόπτη καθηγητή. Έτσι, το τελικό ερωτηματολόγιο να διαθέτει αξιοπιστία και εγκυρότητα, με επιστημονική αξία και να εξασφαλίζει τη μέγιστη επικοινωνία με τον συμμετέχοντα αλλά και να είναι αποτελεσματικό και ενδιαφέρον (Simpson, 1988). Οι ερωτήσεις συντέθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ευνόητες από τους συμμετέχοντες, ευχάριστες και να περιλαμβάνουν όλες τις πληροφορίες που θέλει να αποκομίσει ο ερευνητής (Sauders et al., 2006).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας (Παράρτημα Α) καλύπτει τους σκοπούς που έχουν τεθεί για την έρευνα μέσω του οποίου επιδιώκεται ο προσδιορισμός της επιδημιολογίας της οσφυαλγίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντα, την κατάσταση του πόνου, το ιστορικό του πόνου, τη συχνότητα και τη διάρκεια των επεισοδίων. Επίσης, η ένταση του πόνου καταγράφηκε σύμφωνα με την

οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) κατά τη στιγμή της απάντησης της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ακόμη 4 ειδικά ερωτηματολόγια: το The Keele STarT Back Screening Tool, το Roland-Morris Disability Index, την Κλίμακα HAD και το General ή Generic Questionnaire SF-12.

Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τις παρακάτω επιμέρους ενότητες.

A. Δημογραφικό προφίλ. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου καταγράφονταν τα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε συμμετέχοντα και ειδικότερα:

1. Φύλο
2. Ηλικία
3. Επάγγελμα
4. Ώρες εργασίας
5. Τόπος κατοικίας
6. Μόρφωση
7. Οικογενειακή κατάσταση
8. Ετήσιο εισόδημα
9. Ασφάλεια υγείας
10. Κάπνισμα
11. Χόμπι/δραστηριότητα

B. Οσφυαλγία. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν, τα εξής:

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε πόνο στην μέση σας;
2. Αν ναι, ο πόνος ήταν αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή την καθημερινή σας ρουτίνα πάνω από μια μέρα;
3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε πόνο που απλώθηκε στο κάτω πόδι σας;
4. Αν ναι, απλώθηκε κάτω από το γόνατο σας;
5. Αν ναι, ήταν ο πόνος αυτός (του ποδιού) αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή την καθημερινή σας ρουτίνα πάνω από μια μέρα;
6. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά τον είχατε;

7. Βαθμολογείστε την ένταση του πόνου από το 0 έως το 10: (α) τον πόνο στην συνηθισμένη του ένταση, (β) στα καλύτερα του και (γ) στα χειρότερα του.
8. Επισκεφτήκατε κάποιον επαγγελματία υγείας; Αν ναι ποιον (ποιους); Πόσες φορές τον/τους επισκεφτήκατε;
9. Τι διάγνωση σας έχουν κάνει;
10. Τι ιατρικές εξετάσεις έχετε κάνει;
11. Ακλουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Αν ναι περιγράψτε αναλυτικά την θεραπεία.
12. Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για την μέση σας; Αν ναι, για πόσο καιρό;
13. Πήρατε αναρρωτική άδεια από την δουλειά σας;
14. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που δεν είχατε πόνο για έναν ολόκληρο μήνα;
15. Είχατε προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας στο παρελθόν; Αν ναι ήταν ίδιου τύπου με το τωρινό;
16. Πως θα βαθμολογούσατε την βελτίωση σας;
17. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Αν ναι αναφέρατε το/τα προβλήματα.
18. Έχετε χειρουργηθεί (για οποιονδήποτε λόγο) στο παρελθόν; Αν ναι σε τι χειρουργείο (-α) υποβληθήκατε;

Γ. The Keele STarT Back Screening Tool. Το Keele STarT Back Screening Tool (SBST Keele) αναπτύχθηκε πρόσφατα και χρησιμοποιείται ως εργαλείο αξιολόγησης ατόμων με χαμηλή οσφυαλγία (LBP). Το SBST Keele επιλέγεται από πολλούς ερευνητές οι οποίοι το έχουν χαρακτηρίσει ως ιδιαίτερα σημαντικό σε ασθενείς με οσφυαλγία που οδηγούν στην πρόωρη θεραπεία τους (Hill et al., 2010; Hill et al., 2011; Main et al., 2012). Το SBST Keele είναι ένα σημαντικό εργαλείο που παρέχει προγνωστικές πληροφορίες σε φυσικοθεραπευτές και είναι χρήσιμο στην εκτίμηση του ασθενή πριν τον σχεδιασμό του φυσικοθεραπευτικού προγράμματος αποκατάστασης. Το SBST Keele είναι διαθέσιμο και μεταφρασμένο σε πολλές γλώσσες, όπως στα Αγγλικά, στα Ολλανδικά, στα Γαλλικά, στα Ισπανικά και σε άλλες γλώσσες.

Οι προγνωστικές πληροφορίες του SBST Keele προκύπτουν από τα ερωτήματα που έχουν συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο της έρευνας και είναι τα εξής:

1. Ο πόνος στην μέση μου απλώθηκε κάτω στο (-α) πόδι (-ια) μου κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες.
2. Είχα πόνο στον ώμο ή αυχένα κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες.
3. Έχω περπατήσει μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου στη μέση μου.
4. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, ντύθηκα πιο αργά από ότι συνήθως λόγω του πόνου στη μέση.
5. Δεν είναι πραγματικά ασφαλές για ένα άτομο με μία κατάσταση όπως η δική μου να είναι σωματικά δραστήριο.
6. Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου αρκετές φορές.
7. Νιώθω ότι ο πόνος στη μέση μου είναι φοβερός και δεν πρόκειται ποτέ να καλυτερέψει.
8. Γενικά δεν έχω ευχαριστηθεί όλα τα πράγματα που συνήθιζαν να με ευχαριστούν.
9. Συνολικά, πόσο σας ενόχλησε ο πόνος στη μέση σας μέσα στις τελευταίες 2 εβδομάδες (Dunn & Croft 2005).

Οι εννέα ερωτήσεις του SBST Keele καλύπτουν συγκεκριμένες θεματικές ενότητες, όπως πόνος στα κάτω άκρα, πόνος στον ώμο και τον αυχένα, ένδυση, περπάτημα, φόβος, ανησυχία, καταστροφικότητα, διάθεση και πόνος στην μέση. Ειδικότερα, η βαθμολογία στις 8 πρώτες ερωτήσεις είναι η εξής: «Διαφωνώ» = 0 και «Συμφωνώ» = 1. Η ερώτηση 9 χρησιμοποιεί μια κλίμακα Likert, την εξής: «Καθόλου» = 0, «Λίγο» = 0, «Μετρίως» = 0, «Πάρα Πολύ» = 1, «Υπερβολικά» = 1.

Το SBST Keele παράγει δύο αποτελέσματα μια συνολική βαθμολογία και βαθμολογία για την κλίμακα άγχους/δυσφορίας. Η συνολική βαθμολογία χρησιμοποιείται για το διαχωρισμό των ασθενών σε υποομάδες χαμηλού και μέσου κινδύνου και η συνολική της βαθμολογία προέρχεται από την πρόσθεση των βαθμολογιών των επιμέρους απαντήσεων των ερωτήσεων 1 έως 9. Οι ασθενείς που επιτυγχάνουν βαθμολογία 0 – 3 ταξινομούνται σε χαμηλού κινδύνου ενώ εκείνοι με βαθμολογία 4 – 9 σε μέσου κινδύνου. Η

βαθμολογία της κλίμακας άγχους / δυσφορίας χρησιμοποιείται για την αναγνώριση υποομάδων υψηλού κινδύνου και η μέτρησή της προκύπτει από την πρόσθεση των βαθμολογιών των ερωτήσεων 5 έως 9. Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 5, οι ασθενείς με βαθμολογία 4 ή 5 θεωρούνται ότι ανήκουν στην υποομάδα υψηλού κινδύνου (Hill et al., 2008).

Δ. Roland – Morris Disability Index. Η κλίμακα Roland – Morris Disability Index έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει την σωματική αναπηρία ενός ατόμου που προκαλείται από το χαμηλό πόνο στη οσφυϊκή μοίρα μέσω βαθμολόγησης από τον ίδιο. Η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου Roland Morris Disability Index δόθηκε στη δημοσιότητα από το Roland και Morris το 1983. Σήμερα υπάρχουν 36 διαθέσιμες εκδόσεις του ερωτηματολογίου σε διάφορες γλώσσες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα και στην κλινική πρακτική (Boscainos et al., 2003; Smeets et al., 2011) για να παρακολουθήσει την πρόοδο ασθενών με οξεία, υποξία και χρόνια οσφυαλγία και ισχιαλγία (Grotle et al., 2004).

Το περιεχόμενο των ερωτήσεων της κλίμακας είναι απλό και ευκολονόητο και αντιπροσωπεύει στοιχεία που αφορούν στην εκτέλεση των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων και λειτουργιών που μπορεί να επηρεαστούν από την οσφυαλγία, όπως οι οικιακές εργασίες, ο ύπνος, η κινητικότητα, η ένδυση, η όρεξη, η οξυθυμία, και ο πόνος. Παρόλο που η κλίμακα ονομάζεται ως κλίμακα ανικανότητας περιέχει στοιχεία για την απομείωση, την αναπηρία και τα ελλείμματα σύμφωνα με τα Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, Αναπηρίας και Υγείας (Garratt, 2003; Grotle et al., 2004).

Η κλίμακα Roland Morris Disability έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές με επιτυχία όπως ο Artus και οι συνεργάτες του (2010), ο Wilkens και οι συνεργάτες του (2010) και ο Lamb και οι συνεργάτες του (2010).

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η έκδοση της κλίμακας που περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις, τις εξής:

1. Μένω στο σπίτι τον περισσότερο χρόνο λόγω της μέσης μου.
2. Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου.
3. Περιπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης.

4. Λόγω της μέσης μου δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι.
5. Λόγω της μέσης μου χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα.
6. Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ περισσότερο συχνά.
7. Λόγω της μέσης μου πρέπει να στηριχτώ σε κάτι για να σηκωθώ από μια αναπνευστική καρέκλα.
8. Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα.
9. Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.
10. Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.
11. Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω.
12. Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω της μέσης μου.
13. Η μέση μου πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα.
14. Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου.
15. Η όρεξή μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου.
16. Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου.
17. Περπατώ μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου.
18. Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου.
19. Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια από κάποιον άλλο.
20. Κάθομαι την περισσότερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου.
21. Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου.
22. Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως.
23. Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες περισσότερο αργά από ότι συνήθως.
24. Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω της μέσης μου.

Το άτομο, απλά καλείται να επιλέξει από τις παραπάνω 24 παραδοχές όποιες το αντιπροσωπεύουν. Η τελική βαθμολογία που θα συγκεντρωθεί θα αποτελέσει το άθροισμα όλων των απαντήσεων του ασθενή. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 – 11 και χαρακτηρίζεται ως «Καμία αναπηρία», 12 – 17

«Μέτρια Αναπηρία» και 18 – 24 «Μέγιστη αναπηρία», ανάλογα βέβαια με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται κάθε φορά. Στην μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο με τις 24 ερωτήσεις και τη μέγιστη βαθμολογία το 24 (Smeets et al., 2011).

E. Hospital Anxiety and Depression Scale. Η Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) είναι ένα εργαλείο που προσδιορίζει τα επίπεδα άγχους και της κατάθλιψης ενός ασθενή και παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τους Zigmond και Snaitth το 1983. Η Κλίμακα είναι ένα αξιόπιστο, έγκυρο και πρακτικό εργαλείο, για την αναγνώριση (ταυτοποίηση) του άγχους και/ή της κατάθλιψης, όπως επίσης για την ποσοτική εκτίμηση αυτών (Christodoulou et al., 2010). Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί μια βαθμολογία ώστε να εκτιμηθεί η ψυχική υγεία, και ειδικότερα οι παράγοντες κατάθλιψης και άγχους ασθενών, και να αξιολογηθεί το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι 7 από τις 14 ερωτήσεις εκτιμούν την κατάθλιψη και οι υπόλοιπες 7 το άγχος των συμμετεχόντων.

Έτσι, προκύπτει μια συνολική βαθμολογία κάθε υποκλίμακας που διαμορφώνεται μεταξύ 0 και 21. Οι υψηλότερες βαθμολογίες μαρτυρούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα:

1. Βαθμολογία 0 – 7: Καθόλου άγχος ή κατάθλιψη,
2. Βαθμολογία 8 – 10: Μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης
3. Βαθμολογία >11: Υψηλά επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης.

Η κλίμακα HADS είναι αξιόπιστη και έγκυρη και χρησιμοποιείται ευρέως από πολλούς ερευνητές και μάλιστα υπάρχει διαθέσιμη και στην ελληνική γλώσσα. Έλληνες ερευνητές που την έχουν χρησιμοποιήσει είναι η Mystakidou και οι συνεργάτες της (2004) σε έρευνα σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου και από τον Michopoulos και τους συνεργάτες του (2008) που εφάρμοσαν την κλίμακα σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων. Αλλά και οι Mok και Lee (2008) που εφάρμοσαν την κλίμακα HADS σε ασθενείς με οσφυαλγία και ανέδειξαν πως η κλίμακα μπορεί να δώσει σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο αξιολόγησης και παρέμβασης για τον πόνο. Ενδεικτικά, ανέφεραν την σημαντικότητα της χρήσης της HADS στον σχεδιασμό της παρεχόμενης θεραπείας και της

ανακούφισης από τον πόνο σε ασθενείς με οσφυαλγία που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία.

Ειδικότερα οι ερωτήσεις της κλίμακας HADS χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας. Οι επτά από τις 14 ερωτήσεις αφορούσαν το άγχος είναι οι εξής:

1. Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος
2. Αισθάνομαι ένα άσχημο προαίσθημα σαν κάτι το «κακό» πρόκειται να συμβεί:
3. Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου
4. Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω
5. Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι
6. Νιώθω υπερκινητικός σαν να έπρεπε διαρκώς να κάνω κάτι
7. Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού

Οι υπόλοιπες επτά αφορούσαν την κατάθλιψη και είναι οι εξής:

1. Εξακολουθώ να απολαμβάνω πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν
2. Μπορώ να γελάω και εξακολουθώ να διακρίνω την αστεία πλευρά των γεγονότων
3. Αισθάνομαι χαρούμενος – η
4. Αισθάνομαι με «πεςμένη» διάθεση
5. Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου
6. Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα
7. Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ένα ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα και δημιουργεί τακτικά δεδομένα.

ΣΤ. SF – 12. Στην κατηγορία των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων αξιολόγησης του γενικού επιπέδου υγείας ανήκει το Medical Outcomes Study – Short Form 12 (SF-12): το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε σαν μία πιο σύντομη εναλλακτική του SF-36 (Ware et al., 1995, Johnson & Pickard, 2001).

Το SF -12 αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της κατάστασης της γενικής υγείας (general health questionnaire) που επιτρέπει την προγνωστικότητα της πορείας της υγείας των ασθενών και της ποιότητας της ζωής τους. Το SF -12 αποτελεί ένα σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο για να μετρά την κατάσταση υγείας του γενικού πληθυσμού, ανεξάρτητα από την

ύπαρξη ή όχι υποκείμενης νόσου. Οι ερωτήσεις είναι συνήθως εξαιρετικά απλές και κατανοητές από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ανεξάρτητα από το μορφωτικό του επίπεδο. Σκοπός του είναι να χρησιμοποιείται σε πιο εκτεταμένες μελέτες, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας, αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ (Kontodimopoulos et al., 2007).

Το ερωτηματολόγιο εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα 14 ετών και άνω. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά, διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία, εγκυρότητα, αυτοτέλεια και δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων μέτρησης με διαθέσιμες βαθμολογίες. Αποτελεί ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διάφορων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Παρουσιάζει υψηλή εσωτερική αυτοτέλεια, αξιοπιστία, συγκλίνουσα και διακριτική εγκυρότητα και δυνατότητα διάκρισης μεταξύ των ομάδων των ερωτηθέντων βάσει της ηλικίας, του φύλου και της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης (Anagnostopoulos et al., 2005, Pappa et al., 2005).

Το SF-12 έχει μεταφραστεί, εγκυροποιηθεί και τυποποιηθεί συνολικά σε 60 γλώσσες και χώρες, ενώ παράλληλα παρουσιάζεται και σε αρκετές παραλλαγές με το ίδιο αντικείμενο όπως το SF-6D, το SF-8, το SF-10 και το SF-20. Η συμπεριφορά των διαστάσεων μελετήθηκε αρχικά σε εννέα γλώσσες και συνεστήθη η χρησιμοποίηση της αμερικάνικης κλίμακας στη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων (Gandek et al., 1998). Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού αλλά και νοσολογικών ομάδων (Johnson & Coons, 1998, Haywood et al., 2002, Globe et al., 2002) αλλά και σε μεμονωμένους

ασθενείς που υποφέρουν από οσφυαλγία (Riddle et al., 2010). Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Failde et al., 2009).

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας από την κλίμακα αξιολόγησης του γενικού επιπέδου υγείας SF-12, είναι οι παρακάτω. Σημειώνεται ότι οι πρώτες 8 αποτελούν την Σωματική Υποκλίμακα (SF-12 Physical Subscore – PCS) και οι 4 επόμενες την Ψυχική Υποκλίμακα (SF-12 Mental Subscore – MCS). Όλα τα 12 στοιχεία χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των φυσικών και διανοητικών βαθμολογιών (PCS-12 και MCS-12) με την εφαρμογή ενός αλγόριθμου βαθμολόγησης (Ware, 1995) που κυμαίνεται από 0 έως 100. Όπου μια μηδενική βαθμολογία υποδεικνύει το χαμηλότερο επίπεδο υγείας και με το 100 αποδεικνύει το υψηλότερο επίπεδο της υγείας.

Ειδικότερα:

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι...
2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (α) Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία, (β) Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια.
3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας; (α) Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, (β) Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας
4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος); (α) Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, (β) Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως.

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);
6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα... (α) Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;; (β) Είχατε πολλή ενεργητικότητα;; (γ) Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;
7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

2.3. Διαδικασία διεξαγωγής

Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε μέσω επιτόπιας παρουσίας του ερευνητή κατά τις ημερομηνίες διεξαγωγής της έρευνας – 08/06/2012 έως και 29/06/2012. Σημείο εκκίνησης της διανομής του ερωτηματολογίου ορίστηκε τυχαία το σημείο 0 στο κέντρο του Δήμου Ηλιούπολης (Κεντρικός Τομέας Αθηνών) και συγκεκριμένα στην κεντρική πλατεία του Δήμου της Ηλιούπολης. Η επιλογή των οικοδομικών τετράγωνων για κάθε σημείο εκκίνησης, επίσης, προέκυψε τυχαία, από ένα ηλεκτρονικό αρχείο το οποίο περιελάμβανε όλα οικοδομικά τετράγωνα της χώρας από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία η οποία διακρίνει τα αστικά κέντρα (πόλεις και χωριά) της χώρας σε «οικοδομικά τετράγωνα» (Stranjalis et al 2004).

Η εκκίνηση της διανομής ακολουθήθηκε από την επιλογή ενός σημείου και ανθρώπων που περνούσαν τυχαία από εκεί. Ο ερευνητής απευθύνονταν σε όλους και με όσους αποδέχονταν να συμμετάσχουν στην έρευνα μεταφέρονταν στο σπίτι τους όπου και πραγματοποιήθηκαν οι προσωπικές συνεντεύξεις, δηλαδή πραγματοποιούνταν ανάγνωση των ερωτήσεων από τον ερευνητή και αντίστοιχη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σύμφωνα με τις απαντήσεις του συμμετέχοντα. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του

ερωτηματολογίου ήταν περίπου 15 λεπτά και το σύνολο των ατόμων έδειξε προθυμία και διάθεση για συνεργασία.

Κατά τη διάρκεια των ημερών, συνεχίστηκε η συλλογή περισσότερων ερωτηματολογίων καθώς ο ερευνητής ακολουθούσε κάθε δεύτερο οίκημα είτε ήταν κατοικία είτε κατάστημα, προς πάντα την ίδια κατεύθυνση μέσα σε ένα οικοδομικό τετράγωνο.

Επίσης, στην έρευνα συμμετείχαν μόνο όσα άτομα ανέφεραν μόνιμη οσφυαλγία ή επεισόδιο οσφυαλγίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Η οσφυαλγία μπορεί να ήταν το μοναδικό σύμπτωμα ή μπορεί να συνυπήρχε και με ισχιαλγία ή οποιοδήποτε άλλο αντανακλαστικό πόνο στα κάτω άκρα. Ακόμη, η έρευνα απευθυνόταν αποκλειστικά σε Έλληνες πολίτες καθώς το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν στην ελληνική γλώσσα. Στην συνέχεια, οι ερωτώμενοι διαχωρίστηκαν σε υποομάδες ανάλογα με την ηλικία στην οποία ανήκουν: <16, 16-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70 και >70. Η διαδικασία συνεχίστηκε με την ερώτηση φίλτρου «Αν έχετε ή είχατε καθόλου τον τελευταίο μήνα κάποια ενόχληση από την περιοχή της μέσης;». Αν η απάντηση ήταν καταφατική ο ερευνητής προχωρούσε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ενώ αν η απάντηση ήταν αρνητική η διαδικασία διακόπτονταν.

Σημειώνεται από την μελέτη αποκλείστηκαν:

1. Αλλοδαποί πολίτες,
2. Άτομα χωρίς ενόχληση στην οσφυϊκή μοίρα,
3. Γυναίκες που ανέφεραν συμπτώματα πόνου από έμμηνο ρύση.

Τέλος, ο ερευνητής εγγυήθηκε σε κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα την ανωνυμία του και διαβεβαίωσε πως τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν κατ' αποκλειστικότητα για την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας και συνεπώς παρέμειναν άκρως εμπιστευτικά.

Μετά τη συλλογή των δεδομένων ακολούθησε το στάδιο της επεξεργασίας τους. Η φάση της επεξεργασίας περιλάμβανε τον έλεγχο, την κωδικογράφηση και τη μηχανογραφική επεξεργασία. Με την ολοκλήρωση των προβλεπόμενων ελέγχων και της κωδικογράφησης, τα στοιχεία των ερωτηματολογίων εισήχθησαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και δημιουργήθηκε μια βάση δεδομένων, ώστε να πραγματοποιηθεί η στατιστική επεξεργασία

τους και να αποτελέσουν το υλικό για την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την διατύπωση των πορισμάτων της έρευνας (Φράγκος, 2002).

2.4. Ανάλυση Δεδομένων

Για την στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το εξειδικευμένο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.. Η στατιστική επεξεργασία συνεχίστηκε καθώς οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 19.0.. Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS επιλέχθηκε καθώς αποτελεί κορυφαίο στατιστικό λογισμικό και προσφέρει ισχυρά εργαλεία πρόβλεψης που βοηθούν στην αναλυτική έρευνα (Pallant, 2007).

Με τη χρήση του SPSS πραγματοποιήθηκε ανάλυση Frequencies όπου και προέκυψαν οι πίνακες των συχνοτήτων που περιλαμβάνουν τα εξής δεδομένα: Πλήθος - Frequency, Ποσοστό - Percent. Στη συνέχεια για την περαιτέρω επεξεργασία των δεδομένων των 74 ερωτηματολογίων με το SPSS 19.0 χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του Συντελεστής Συσχέτισης Pearson Correlation Coefficient. Η τιμή του Συντελεστής Συσχέτισης Pearson κυμαίνεται μεταξύ -1 και 1 (αρνητική και θετική συσχέτιση). Η τιμή του συντελεστή Pearson θα καθορίσει την συσχέτιση των μεταβλητών, στην αρνητική συσχέτιση εντοπίζεται μια διαφορετική πορεία των μεταβλητών, δηλαδή η θετική σχέση ερμηνεύεται πως όσο αυξάνει η τιμή της μιας μεταβλητής τόσο αυξάνει και η τιμή της άλλης ενώ η αρνητική σχέση ερμηνεύεται πως όσο αυξάνει η τιμή της μιας μεταβλητής μειώνεται η τιμή της άλλης. Ενώ, η τιμή της p-value καθορίζει την στατιστική σημαντικότητα της έρευνας και προσδιορίζει την ορθότητα των υποθέσεων που έχουν γίνει. Η p-value που έχει υπολογιστεί για κάθε συντελεστή ξεχωριστά αναφέρεται στον έλεγχο της υπόθεσης ότι στο συγκεκριμένο ζεύγος μεταβλητών δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση (δηλαδή ότι ο συντελεστής συσχέτισης για το ζεύγος είναι ίσος με το μηδέν). Αφού το παρατηρηθέν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι μικρότερο του 0,05, συμπεραίνεται ότι αυτή η υπόθεση απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του ζεύγους (Γναρδέλλης, 2006).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο πίνακας 3.1. περιλαμβάνει την ανάλυση των στοιχείων της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας.

Πίνακας 3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=74)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	N	%
Φύλο		
Άνδρες	39	52,7
Γυναίκες	35	47,3
Περιοχή		
Αστική	74	100
Μόρφωση		
Δημοτικό	3	4,1
Γυμνάσιο	4	5,4
Λύκειο	27	36,5
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	39	52,7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	36	48,6
Έγγαμος	33	44,6
Διαζευγμένος	3	4,1
Χήρος	2	2,7
Ετήσιο εισόδημα		
< 7200	20	27
7.201-14.400	12	16,2
14.401-24.000	12	16,2
>24.000	18	24,3
0	12	16,2
Κάπνισμα		
Όχι	43	58,1
Λίγο (<20 τσιγ/εβδ)	15	20,3
Πολύ (20-40 τσιγ/εβδ)	13	17,6
Πάρα πολύ (>40 τσιγ/εβδ)	3	4,1

Από τα δεδομένα του Πίνακα 3,1. προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

1. **Φύλο:** Το 52,7% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες ενώ το 47,3% γυναίκες.
2. **Περιοχή:** Ο πληθυσμός του δείγματος ανήκει 100% σε αστική περιοχή.
3. **Ηλικία:** Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων ήταν 39 ετών με τον μικρότερο να είναι 16 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος που απάντησε το

ερωτηματολόγιο ήταν 78 ετών. Κυριάρχησαν οι ηλικιακές ομάδες 20-30 ετών και 30-40 ετών.

4. **Οικογενειακή κατάσταση:** Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος ήταν άγαμοι 48,6% ενώ με μικρή διάφορα ακολουθούσαν οι έγγαμοι με 44,6%, οι διαζευγμένοι με ποσοστό 4,1% και τέλος οι χήροι με ποσοστό 2,7%.
5. **Οικογενειακό εισόδημα:** 20 άτομα ανέφεραν εισόδημα μικρότερο από 7200 ευρώ με ποσοστό 27%, ακλούθησαν 18 άτομα που ανέφεραν εισόδημα μεγαλύτερο των 24.000 ευρώ, ενώ τέλος ισόποσα απάντησαν από 12 άτομα σε κάθε κατηγορία 7200 με 14.400 ευρώ και 14.400 με 24.000 ευρώ με ποσοστό 16,2%. Επιπλέον 12 άτομα ανέφεραν μηδενικό εισόδημα με ποσοστό επίσης 12%.
6. **Μορφωτικό επίπεδο:** Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος ήταν υψηλού μορφωτικού επιπέδου καθώς ήταν απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 52,7%, ακλούθησε το 36,5% των ερωτηθέντων που ήταν απόφοιτοι λυκείου. Στη συνέχεια με μικρότερα ποσοστά 5,4% και 4,1% του δείγματος αναφέρθηκαν οι απόφοιτοι γυμνασίου και δημοτικού αντίστοιχα, ενώ τέλος μόνο 1 άτομο (1,4%) απάντησε ότι δεν ανήκει σε κανένα μορφωτικό επίπεδο.
7. **Ώρες εργασίας:** Στην ερώτηση για τις καθημερινές ώρες εργασίας ο μέσος όρος εργασίας των ατόμων του δείγματος ήταν 5,93 ώρες. Υπήρξαν άτομα καθότι άνεργοι που η μικρότερη τιμή ήταν 0 ώρες ενώ οι περισσότερες ώρες καθημερινής εργασίας ήταν 18 ώρες.
8. **Κάπνισμα:** Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος ήταν μη καπνιστές με ποσοστό 58,1%, το 20,3% κάπνιζε λιγότερο από 20 τσιγάρα την εβδομάδα, το 17,6% κάπνιζε 20 με 40 τσιγάρα την εβδομάδα ενώ τέλος το 4,1% κάπνιζε περισσότερα από 40 τσιγάρα την εβδομάδα.

Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου σχετικά με την οσφυαλγία (Πίνακας; 3.2.). Εδώ για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων η ενότητα θα αναλυθεί μέσα από τρεις πίνακες, αρχικά θα αναλυθούν οι ερωτήσεις που μαρτυρούν τα κλινικά χαρακτηριστικά της οσφυαλγίας, έπειτα εκείνες που αναφέρονται στην

αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας από άτομα με οσφυαλγία και τέλος η βαθμολόγηση του πόνου.

Πίνακας 3.2. Κλινικά χαρακτηριστικά της οσφυαλγίας

	N	%
1. Οσφυαλγία 4 τελ. βδομάδες		
Ναι	73	98,6
Όχι	1	1,4
2. LBP που περιορίζει τις δραστηριότητες		
Ναι	26	35,1
Όχι	48	64,9
3. Ισχιαλγία 4 τελ. εβδομάδες		
Ναι	30	40,5
Όχι	44	59,5
4. Πόνος κάτω από το γόνατο		
Ναι	18	24,3
Όχι	56	75,7
5. Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες		
Ναι	13	17,6
Όχι	61	82,4
6. Συχνότητα πόνου		
Κάποιες μέρες	43	58,1
Τις περισσότερες μέρες	17	23
Κάθε μέρα	14	18,9
13. Πόσος καιρός πέρασε από το τελευταίο επεισόδιο πόνου		
< 3μήνες	29	39,2
3-7 μήνες	13	17,6
7μηνες- 3 έτη	14	18,9
>3 έτη	18	24,3
14. Προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας		
Ναι	42	56,8
Όχι	32	43,2
15. Ποιά / Πόση είναι η βελτίωση		
Σίγουρη βελτίωση	24	32,4
Βελτίωση	20	27
Στάσιμη κατάσταση	27	36,5
Επιδείνωση	2	2,7
Σίγουρη επιδείνωση	1	1,4
16. Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα		
Ναι	14	18,9
Όχι	60	81,1
17. Κάποιο χειρουργείο στο παρελθόν		
Ναι	16	21,6
Όχι	58	78,4

Περιοχή πόνου 1 (L sided LBP)		
Ναι	55	74,3
Όχι	19	25,7
Περιοχή πόνου 2 (R sided LBP)		
Ναι	64	86,5
Όχι	10	13,5
Περιοχή πόνου 3 (L sided buttock pain)		
Ναι	10	13,5
Όχι	64	86,5
Περιοχή πόνου 4 (R sided buttock pain)		
Ναι	14	18,9
Όχι	60	81,1
Περιοχή πόνου 5 (L sided post thigh pain)		
Ναι	7	9,5
Όχι	67	91,5
Περιοχή πόνου 6 (R sided post thigh pain)		
Ναι	15	20,3
Όχι	59	79,7

Από τα δεδομένα του Πίνακα 3.2. προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

1. **Οσφυαλγία 4 τελ. εβδομάδες:** Στην ερώτηση τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε πόνο στην μέση σας 73 άτομα απάντησαν ναι με ποσοστό 98,6% ενώ 1 άτομο απάντησε αρνητικά.
2. **LBP που περιορίζει τις δραστηριότητες:** Στην ερώτηση ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα, 48 άτομα απάντησαν όχι με ποσοστό 64,9%, ενώ 26 άτομα απάντησαν ότι τους επηρέασε σημαντικά με ποσοστό 35,1%.
3. **Ισχιαλγία 4 τελ. εβδομάδες:** Στην ερώτηση τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε πόνο που απλώθηκε κάτω στο πόδι σας 30 άτομα απάντησαν ναι με ποσοστό 40,5%, ενώ 44 άτομα δεν ανέφεραν πόνο στο πόδι με ποσοστό 59,5%.
4. **Πόνος κάτω από το γόνατο:** Στην ερώτηση αν απλώθηκε ο πόνος κάτω από το γόνατό σας 18 άτομα απάντησαν ναι με ποσοστό 24,3%, ενώ 56 άτομα με ποσοστό 75,7% δεν ανέφεραν πόνο που απλώθηκε κάτω από το γόνατο.

5. **Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες:** Στην ερώτηση ήταν ο πόνος αυτός (του ποδιού) αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα 13 άτομα απάντησαν θετικά με ποσοστό 17,6%, ενώ η πλειοψηφία 61 άτομα απάντησαν ότι δεν τους επηρέασε με ποσοστό 82,4%.
6. **Συχνότητα πόνου:** Στην ερώτηση πόσο συχνά τον είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες 43 άτομα με ποσοστό 58,1% απάντησαν κάποιες μέρες, 17 άτομα με ποσοστό 23% απάντησαν τις περισσότερες μέρες, ενώ τέλος 14 άτομα με ποσοστό 18,9% απάντησαν κάθε μέρα.
7. **Πόσος καιρός πέρασε από το τελευταίο επεισόδιο πόνου:** Στην ερώτηση πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που δεν είχατε πόνο για έναν ολόκληρο μήνα το 39,2% απάντησε λιγότερο από 3 μήνες, το 17,6% μεταξύ 3 έως 7 μήνες, το 18,9% μεταξύ 7 μήνες έως 3 χρόνια, και το 24,3% διάστημα περισσότερο από 3 χρόνια.
8. **Προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας:** Στην ερώτηση είχατε προηγούμενο επεισόδιο πόνου στην μέση σας (οσφυαλγία) στο παρελθόν το 56,8% απάντησε θετικά, ενώ το 43,2% απάντησε ότι δεν είχε κανένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά το παρελθόν.
9. **Ποιά / Πόση είναι η βελτίωση:** Για την βελτίωση της κατάστασης των ερωτηθέντων το 32,4% δήλωσε σίγουρη βελτίωση, το 27% σχετική βελτίωση, το 36,5% στάσιμη κατάσταση, το 2,7% επιδείνωση και τέλος το 1,4% ότι ξεπέρασε εντελώς το πρόβλημα του.
10. **Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα:** Το 18,9% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει αλλά μυοσκελετικά προβλήματα, ενώ το 81,1% δεν έχει κανένα μυοσκελετικό πρόβλημα.
11. **Κάποιο χειρουργείο στο παρελθόν:** Το 21,6% δήλωσε πως έχει κάνει κάποια χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν ενώ η πλειοψηφία το 78,4% δήλωσε πως δεν έχει κάνει κανένα χειρουργείο.
12. **Περιοχή πόνου 1 – 6:** Στο διάγραμμα για την περιοχή του πόνου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι πονάει στην περιοχή 2 με ποσοστό 86,5% και στην περιοχή 1 με ποσοστό 55%. Ακλούθησε η περιοχή 6 με ποσοστό 20,3%, έπειτα η περιοχή 4 με ποσοστό

18,9%, μετά η περιοχή 3 με ποσοστό 13,5% κ τέλος η περιοχή 5 με ποσοστό 9.5%.

Στον πίνακα 3.3. περιλαμβάνονται το πλήθος των απαντήσεων και ποσοστά που αφορούν την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Πίνακας 3.3. Αξιοποίηση Υπηρεσιών Υγείας από άτομα με οσφυαλγία

Αξιοποίηση Υπηρεσιών Υγείας από άτομα με οσφυαλγία	N	%
Επίσκεψη σε ειδικό		
Ναι	28	37,8
Όχι	46	62,2
Αριθμός επισκέψεων		
0	46	62,2
1	12	16,2
2	9	12,2
3	1	1,4
4	2	2,7
5	1	1,4
6	1	1,4
10	2	2,7
Ιατρικές εξετάσεις		
Καμία	50	67,6
Ακτινογραφία	12	16,2
Μαγνητική	8	10,8
Αξονική	2	2,7
Θεραπευτική αγωγή		
Ναι	28	37,8
Όχι	46	62,2
Κλινοστατισμός		
Ναι	16	21,6
Όχι	58	78,4
Αναρρωτική άδεια		
Ναι	16	21,6
Όχι	58	78,4

Από τα δεδομένα του Πίνακα 3.3. προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

- 1. Επίσκεψη σε ειδικό:** Το 37,8% απευθύνθηκε σε κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο του ενώ το 62,2% δεν επισκέφτηκε κανέναν επαγγελματία υγείας. Από όσους απευθύνθηκαν σε επαγγελματία υγείας 19 άτομα προτίμησαν ορθοπεδικό, 4 άτομα

φυσικοθεραπευτή, 3 άτομα χειροπράκτη και τέλος 2 άτομα επισκέφτηκαν παθολόγο.

2. **Αριθμός επισκέψεων:** Το 16,2% επισκέφτηκε μόνο 1 φορά, το 12,2% πραγματοποίησε 2 επισκέψεις, το 2,7% έκανε 4 επισκέψεις, το 2,7% επίσης έκανε 10 επισκέψεις ενώ τέλος 3, 5, αλλά κ 6 επισκέψεις παρατηρήθηκε το ίδιο ποσοστό με 1,4%.
3. **Ιατρικές εξετάσεις:** Κατά τις ιατρικές εξετάσεις το 16,2% του δείγματος έβγαλε ακτινογραφία, το 10,8% έβγαλε μαγνητική, το 2,7% έκανε αξονική κ επίσης το 2,7% έκανε άλλη εξέταση. Η πλειοψηφία δεν έκανε καμία ιατρική εξέταση με ποσοστό 67,6%. Στην ερώτηση για το τι διάγνωση τους έκανε λίγα άτομα απάντησαν με την πλειοψηφία να απαντά κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου και οσφυαλγία.
4. **Θεραπευτική αγωγή:** Το 62,2% των ερωτηθέντων δεν έκανε καμία θεραπεία ενώ το 37,8% ακλούθησε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Όσον αφορά το θεραπευτικό πρόγραμμα αρκετές απαντήσεις περιελάμβαναν θεραπείες σε φυσικοθεραπευτές και χρήση Laser, μάλαξη και ρεύματα. Επίσης αρκετοί ασθενείς έκαναν χρήση φαρμακευτικής αγωγής, άλλοι ασθενείς έκαναν ενεσοθεραπεία ενώ κάποιοι άλλοι προτίμησαν ξεκούραση.
5. **Κλινοστατισμός:** Στην ερώτηση υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας το 21,6% απάντησε θετικά ενώ το 78,4% των ατόμων δεν προχώρησε σε ακινητοποίηση στο κρεβάτι. Η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν θετικά σε κλινοστατισμό ξεκουράστηκαν το πολύ για 2-3 μέρες.
6. **Αναρρωτική άδεια:** Στην ερώτηση πήρατε αναρρωτική άδεια από την δουλειά σας λόγω της μέσης σας το 21,6% χρησιμοποίησε άδεια για να ξεκουραστεί, ενώ το 78,4% συνέχισε να εργάζεται κανονικά.

Επίσης, στα πλαίσια της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από το δείγμα να βαθμολογήσει το πώς αισθάνεται τον πόνο με μια κλίμακα VAS (από το 0 μέχρι το 10). Οι απαντήσεις περιλαμβάνονται στον Πίνακα 3.4. Στην ερώτηση πώς αισθάνεται την συνηθισμένη ένταση του πόνου η μέση τιμή ήταν 4,69. Ο μέσος όρος της βαθμολόγησης για τον πόνο

στα καλύτερα του ήταν 2,5 ενώ για τον πόνο στα χειρότερα του ο μέσος όρος ήταν 6,55.

Πίνακας 3.4. Αίσθηση του πόνου

	Μέσος όρος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
VAS – Συνηθισμένη ένταση	4,69	1	9
VAS – Στα καλύτερα του	2,5	0	9
VAS – Στα χειρότερα του	6,55	1	10

Ο παρακάτω Πίνακας 3.5 και το Διάγραμμα 3.1. καταγράφει τις επιδόσεις σε κάθε τεστ που χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο στις επόμενες ενότητές του.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Στο STarT Back Subtotal (Υποσύνολο βαθμολογίας ερωτήσεων 5 έως 9) ο μέσος όρος των απαντήσεων ήταν 1,42 με την ελάχιστη τιμή να είναι 0 και την μέγιστη 5.
2. Στο STarT Back Total (Σύνολο βαθμολογίας ερωτήσεων 1 έως 9) ο μέσος όρος των απαντήσεων ήταν 2,91 με την ελάχιστη τιμή να είναι 0 και την μέγιστη 9.
3. Στο Roland – Morris Disability Questionnaire ο μέσος όρος των απαντήσεων ήταν 4,76 με την μικρότερη τιμή να είναι 0 και την μέγιστη 22.
4. Στο HAD – Anxiety Subscale (HAD – Υποκλίμακα Άγχους) που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των ερωτήσεων 1, 3, 5, 7, 9, 11 και 13, ο μέσος όρος καταγράφεται 5,86 με την μικρότερη τιμή να είναι 2 και την μεγαλύτερη 14.
5. Στο HAD – Depression Subscale (HAD – Υποκλίμακα Κατάθλιψης) που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των ερωτήσεων 2, 4, 6, 8, 10, 12 και 14, ο μέσος όρος ήταν 3,96 με την μικρότερη τιμή να είναι 0 και την μεγαλύτερη 11.
6. Στο SF – 12 Physical Subscore (PCS – Σωματική Υποκλίμακα) που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των ερωτήσεων 1 έως

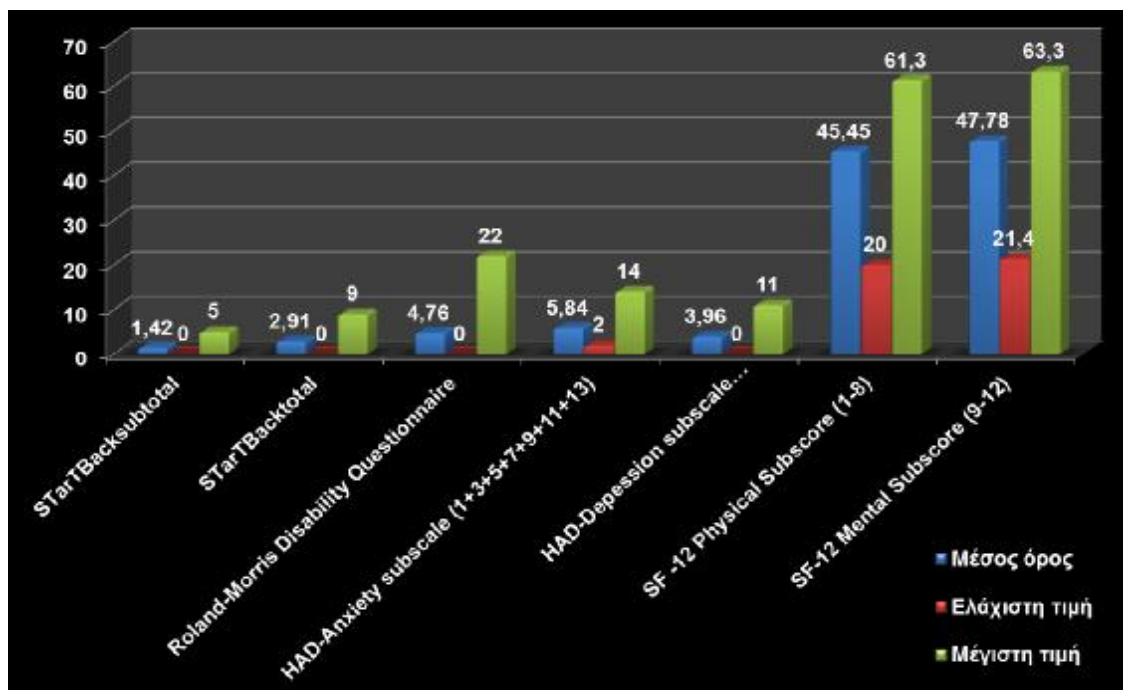
και 8, ο μέσος όρος ήταν 45,45 με την μικρότερη τιμή να είναι 20 και την μεγαλύτερη 61,3.

7. SF-12 Mental Subscore (MCS – Ψυχική Υποκλίμακα) που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των ερωτήσεων 9 έως και 12, ο μέσος όρος ήταν 47,78 με την μικρότερη τιμή να είναι 21,4 και την μεγαλύτερη 63,3.

Πίνακας 3.5. Κλίμακες ενοτήτων: STarT , Roland – Morris, HADs & SF - 12

	Μέσος όρος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
STarT Back Subtotal	1,42	0	5
STarT Back Total	2,91	0	9
Roland – Morris Disability Questionnaire	4,76	0	22
HAD - Anxiety Subscale	5,84	2	14
HAD - Depression Subscale	3,96	0	11
SF -12 Physical Subscore	45,45	20	61,3
SF-12 Mental Subscore	47,78	21,4	63,3

Διάγραμμα 3.1. Κλίμακες ενοτήτων: STarT, Roland – Morris, HADs, SF - 12



Τέλος, με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 19.0 πραγματοποιείται ο έλεγχος υποθέσεων με τη βοήθεια του συντελεστή συσχέτισης Pearson (Pearson Correlation Coefficient), δηλαδή, ελέγχονται συγκεκριμένα ζεύγη μεταβλητών για τα οποία θεωρείται ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Από το SPSS προκύπτει ο παρακάτω πίνακας 6 μετά τον υπολογισμό του Pearson Correlation Coefficient ο οποίος συσχετίζει ζεύγη μεταβλητών, τις μεταβλητές:

1. Φύλο,
2. Ηλικία,
3. Κάπνισμα,
4. Οικογενειακή Κατάσταση,
5. Εκπαίδευση,
6. LBP τον τελευταίο μήνα,
7. LBP που περιορίζει τις δραστηριότητες,
8. Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα,
9. Πόνος κάτω από το γόνατο,
10. Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες,
11. Συχνότητα πόνου,
12. LBP υποτροπιάζοντα επεισόδια.

Με τις:

1. VAS - Average Pain Intensity,
2. LBP Υποτροπιάζοντα Επεισόδια,
3. Scoring Improvement,
4. Startback Total.,
5. Roland-Morris Disability Questionnaire,
6. HAD-Anxiety Subscale,
7. HAD-Depression Subscale,
8. SF-12 Physical Subscore,
9. SF-12 Mental Subscore.

Πίνακας 6. Pearson Correlation Coefficient

		VAS - Average Pain Intensity	LBP Υποτροπιάζοντα Επεισόδια	Scoring Improvement	Startback Total	Roland- Morris Disability Questionnaire	HAD- Anxiety Subscale	HAD- Depression Subscale	SF-12 Physical Subscore	SF-12 Mental Subscore
Φύλο	Pearson Correlation	,259*	-,087	,342**	,327**	,141	,132	,109	-,142	-,426**
	Sig. (2-tailed)	,026	,464	,003	,004	,232	,262	,356	,227	,000
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Ηλικία	Pearson Correlation	-,046	-,396**	,078	,243*	,230*	,017	,236*	-,304**	-,072
	Sig. (2-tailed)	,699	,000	,509	,037	,049	,889	,043	,008	,544
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Κάπνισμα	Pearson Correlation	,037	,261*	,189	,011	,095	,215	,078	,027	,120
	Sig. (2-tailed)	,757	,025	,106	,923	,422	,066	,511	,817	,308
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Οικογενειακή Κατάσταση	Pearson Correlation	,040	-,331**	,168	,450**	,282*	,151	,371**	-,411**	-,277*
	Sig. (2-tailed)	,735	,004	,151	,000	,015	,200	,001	,000	,017
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Εκπαίδευση	Pearson Correlation	,012	,215	-,030	-,281*	-,222	-,166	-,223	,207	,178
	Sig. (2-tailed)	,921	,066	,800	,015	,057	,158	,056	,077	,129
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
LBP τον τελευταίο μήνα	Pearson Correlation	,056	-,131	,009	,150	,106	,071	,112	-,047	-,075
	Sig. (2-tailed)	,638	,267	,942	,201	,368	,545	,342	,694	,525
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
LBP που περιορίζει τις δραστηριό- τητες	Pearson Correlation	-,509**	,103	-,223	-,494**	-,426**	-,218	-,129	,403**	,014
	Sig. (2-tailed)	,000	,383	,056	,000	,000	,062	,274	,000	,904
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74

		VAS - Average Pain Intensity	LBP Υποτροπιάζοντα Επεισόδια	Scoring Improvement	Startback Total	Roland- Morris Disability Questionnaire	HAD- Anxiety Subscale	HAD- Depression Subscale	SF-12 Physical Subscore	SF-12 Mental Subscore
Ισχυαλία του τελευταίο μήνα	Pearson Correlation	-,234*	,242*	-,209	-,509**	-,414**	-,154	-,207	,206	,276*
	Sig. (2-tailed)	,045	,038	,075	,000	,000	,189	,077	,078	,017
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Πόνος κάτω από το γόνατο	Pearson Correlation	-,078	,214	-,232*	-,302**	-,330**	-,177	-,089	,138	,166
	Sig. (2-tailed)	,509	,067	,047	,009	,004	,131	,451	,242	,158
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Ισχυαλία που περιορίζει τις δραστηριό- τητες	Pearson Correlation	-,270*	,167	-,236*	-,522**	-,448**	-,332**	-,374**	,335**	,260*
	Sig. (2-tailed)	,020	,155	,043	,000	,000	,004	,001	,004	,025
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Συχνότητα πόνου	Pearson Correlation	,391**	,038	,224	,436**	,366**	,316**	,155	-,080	-,207
	Sig. (2-tailed)	,001	,748	,055	,000	,001	,006	,188	,498	,076
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
LBP υποτροπιά- ζοντα επεισόδια	Pearson Correlation	-,132	1	-,313**	-,173	-,198	-,095	-,183	,149	,247*
	Sig. (2-tailed)	,263		,007	,140	,092	,422	,119	,206	,034
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74

Από τον Πίνακα 6 θα απομονωθούν οι συσχετίσεις που παρουσιάζουν πιθανότητα επαγωγικού ελέγχου Sig. (2-tailed) μικρότερο του 0,0005. οπότε τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

1. Η κλίμακα βαθμολογίας πόνου VAS (Average Pain Intensity) συσχετίζεται αρνητικά με την Οσφουαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = - 0,509).
2. Τα LBP Υποτροπιάζοντα Επεισόδια συσχετίζονται αρνητικά με την ηλικία (Pearson Correlation = - 0,396).
3. Η κλίμακα βαθμολογίας Startback Total συσχετίζεται θετικά με την Οικογενειακή Κατάσταση (Pearson Correlation = 0,450) και την Συχνότητα του πόνου (Pearson Correlation = 0,436) και αρνητικά με την Οσφουαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = -0,494), με την Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα (Pearson Correlation = -0,509) και με την Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = -0,522).
4. Η κλίμακα βαθμολόγησης Roland-Morris Disability Questionnaire συσχετίζεται αρνητικά με την Οσφουαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = -0,426), με την Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα (Pearson Correlation = -0,414) και με την Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = -0,448).
5. Η κλίμακα βαθμολόγησης SF-12 Physical Subscore συσχετίζεται αρνητικά με την Οικογενειακή Κατάσταση (Pearson Correlation = - 0,411) και θετικά με την Οσφουαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = 0,403).
6. Η κλίμακα βαθμολόγησης SF-12 Mental Subscore συσχετίζεται αρνητικά με το Φύλο (Pearson Correlation = -0,426) και θετικά με την Οσφουαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (Pearson Correlation = 0,403).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε υπήρξαν σημαντικά αποτελέσματα που αναδεικνύουν την σημαντικότητα της εξέτασης της καταγραφής της οσφυαλγίας στην χώρα μας. Ειδικότερα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας του πραγματοποιήθηκε στον Κεντρικό Τομέα των Αθηνών και πιο συγκεκριμένα στον Δήμο Ηλιούπολης σε 838 άτομα από τα οποία 74 αντιμετώπιζαν το πρόβλημα της οσφυαλγίας (8,57%).

Αναφορικά με το δημογραφικό προφίλ του δείγματος παρατηρήθηκε ελαφρά υπεροχή των ανδρών (52,7%), με επίπεδο μόρφωσης σε υψηλό επίπεδο (52,7% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) και μοιρασμένη οικογενειακή κατάσταση σε 48,6% έγγαμους και 44,6% άγαμους, ικανοποιητικού εισοδήματος με το 59,4% να έχει στη διάθεσή του από 7.200 ευρώ έως 24.000 ευρώ, 41,9% καπνίζοντες που με μέσο όρο εργασίας τις 5,93 ώρες.

Σχετικά με την οσφυαλγία, το 98,6% του δείγματος αντιμετώπισε το πρόβλημα της οσφυαλγίας τον τελευταίο μήνα, με 35,1% να βιώνει έντονα το αίσθημα του πόνου που οδήγησε σε περιορισμό των δραστηριοτήτων του με πόνο στην αριστερή οσφυϊκή μοίρα κατά 55% και στην δεξιά κατά 86,5%. Αλλά και η ισχιαλγία ήταν εμφανής στο 40,5% του δείγματος με πόνο κάτω από το γόνατο στο 24,3% και περιορισμό των δραστηριοτήτων στο 17,6%. Επίσης, ο πόνος εμφανίζονταν καθημερινά στο 18,9% με το τελευταίο επεισόδιο πόνου πριν από έναν μήνα στο 32,9%. Ακόμη, κάποιο επεισόδιο οσφυαλγίας στο παρελθόν παρουσίασε το 56,8%. Επίσης, παρατηρήθηκε πως μόνο το 1,4% ξεπέρασε εντελώς το πρόβλημα της οσφυαλγίας και ταυτόχρονα το 18,9% ταλαιπωρείται και από άλλα μυοσκελετικά προβλήματα.

Σχετικά με την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας το 37,8% επισκέφτηκε κάποιον επαγγελματία υγείας, με το 25,6% να επιλέγει τον ορθοπεδικό και μόλις το 5,4% τον φυσικοθεραπευτή, ενώ το 16,2% υποβλήθηκε σε ακτινοσκόπηση και το 10,8% σε μαγνητική, το 37,8% ακλούθησε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, το 21,6% υποβλήθηκε σε κλινοστατισμό για 2-3 μέρες όπου χρησιμοποίησε την αναρρωτική άδειά του.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιήθηκαν σημαντικά τεστ όπως το Keele STarT Back Screening Tool, το Roland-Morris Disability Index, την Κλίμακα HAD και το SF-12. Τα στοιχεία που καταγράφηκαν μαρτυρούν:

1. Μέσος όρος στο STarT Back Subtotal ίσος με 1,42 σημαίνει ότι το δείγμα κατατάσσεται στην ομάδα χαμηλού κινδύνου.
2. Μέσος όρος στο STarT Back Total (Κλίμακα Άγχους/Δυσφορίας) ίσος με 2,91 σημαίνει ότι το δείγμα κατατάσσεται στην ομάδα χαμηλού κινδύνου Άγχους/Δυσφορίας.
3. Μέσος όρος στο Roland – Morris Disability Questionnaire ίσος με 4,76 σημαίνει ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται ως «Καμία αναπηρία».
4. Μέσος όρος στο HAD – Anxiety Subscale (HAD – Υποκλίμακα Άγχους) ίσος με 5,86 σημαίνει «Καθόλου άγχος».
5. Μέσος όρος στο HAD – Depression Subscale (HAD – Υποκλίμακα Κατάθλιψης) ίσος με 3,86 σημαίνει «Καθόλου κατάθλιψη».
6. Μέσος όρος στο SF – 12 Physical Subscore (PCS – Σωματική Υποκλίμακα) ίσος 45,45 αποδεικνύει περίπου μέτριο επίπεδο σωματικής υγείας.
7. Μέσος όρος στο SF – 12 Mental Subscore (MCS– Ψυχική Σωματική Υποκλίμακα) ίσος 47,78 αποδεικνύει περίπου μέτριο επίπεδο ψυχικής υγείας.

Τέλος, σε επίπεδο συσχετίσεων:

1. Αρνητικές συσχετίσεις:
 - Ø Κλίμακα πόνου VAS με Οσφυαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (- 0,509).
 - Ø LBP Υποτροπιάζοντα Επεισόδια με Ηλικία (- 0,396).
 - Ø Κλίμακα Startback Total με Οσφυαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (-0,494), Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα (-0,509) και Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες (-0,522).
 - Ø Κλίμακα Roland-Morris Disability Questionnaire με Οσφυαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (-0,426), Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα (-0,414) και Ισχιαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες (- 0,448).
 - Ø Η SF-12 Physical Subscore με Οικογενειακή Κατάσταση (-0,411).
 - Ø Η SF-12 Mental Subscore με Φύλο (-0,426).

2. Θετικές συσχετίσεις:

- Ø Η Startback Total με Οικογενειακή Κατάσταση (0,450) και Συχνότητα του πόνου (0,436).
- Ø Η SF-12 Physical Subscore με Οσφυαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (0,403).
- Ø Η SF-12 Mental Subscore με την Οσφυαλγία (LBP) που περιορίζει τις δραστηριότητες (0,403).

Άρα, το δείγμα της έρευνα κατατάσσεται στην κατηγορία του χαμηλού κινδύνου άγχους / δυσφορίας, αναπηρία και κατάθλιψης και διαθέτει μέτριο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Επίσης, σχετικά με την καταγραφή της οσφυαλγίας παρατηρήθηκε πως έχει αρνητική σχέση με τον πόνο (- 0,509), με το άγχος / δυσφορία (-0,494) και με την αναπηρία (-0,426). Ενώ θετική σχέση διακρίνεται μεταξύ οσφυαλγίας και του μέτριου επιπέδου σωματικής (0,403) και ψυχικής (0,403) υγείας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Επίσης, έρευνες σε πολλές χώρες έχουν πραγματοποιηθεί για την καταγραφή της οσφυαλγίας. Έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Engbers και των συνεργατών του (2005) σε έξι ευρωπαϊκές χώρες για τα χαρακτηριστικά των ασθενών με οσφυαλγία και την αποκατάστασή τους. Μεταξύ άλλων πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις με κλίμακες βαθμολόγησης όπως η SF-12 και η RDQ σε 255 ασθενείς με οσφυαλγία στην Αυστρία, Φινλανδία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ιταλία και την Ολλανδία. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αποδείκνυαν πως το σχέδιο αποκατάστασης των ασθενών διέφεραν μεταξύ των χωρών και ως κυρίαρχο διακρίθηκε η φυσικοθεραπεία. Επίσης, τα χαρακτηριστικά των ασθενών διέφεραν από χώρα σε χώρα έτσι εντοπίστηκε πως από οσφυαλγία έπασχαν ιδιαίτερα νεαρά άτομα στην Ολλανδία και αντίθεση με την Ιταλία που εμφανίζεται κυρίως σε γηραιότερες γυναίκες.

Σε μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 46.394 συμμετέχοντες για να διερευνηθεί τη συχνότητα, τη σοβαρότητα, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου στην οσφυαλγία σε 15 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ, βρέθηκε πως ο χρόνιος πόνος μέτριας έως σοβαρής έντασης εμφανίζεται στο 19% των ενήλικων Ευρωπαίων, που επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα της κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής τους. Επίσης, λίγοι ασθενείς έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας και μόλις οι μισοί έλαβαν κάποια θεραπευτική αγωγή για τη διαχείριση του πόνου. Παρά το γεγονός ότι διαφορές

παρατηρήθηκαν μεταξύ των 16 χωρών, έχει τεκμηριωθεί πως ο πόνος εξαιτίας της οσφυαλγίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ευρώπη, το οποίο πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη (Breivik et al., 2006).

Επίσης, σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στη χώρα μας από τον Σαράφη και τους συνεργάτες του (2011) ανέλυσε μια περιγραφή μεταβλητών, δηλαδή οσφυαλγίας, κατάθλιψη και άγχους, καθώς και την περιγραφή της συσχέτισης μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Οι ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας νοσηλεύτηκαν στο Νευροχειρουργικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας του νομού Αττικής. Στην μελέτη έλαβαν μέρος σαράντα (40) ασθενείς, 16 άνδρες και 24 γυναίκες, με χρόνια οσφυαλγία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ατομικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας μία συντόμευση του ερωτηματολογίου McGill για τα δημογραφικά στοιχεία και τα δεδομένα που σχετίζονται με τον πόνο, την τροποποιημένη αναλογική κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη και την αναλογική κλίμακα Hamilton για το άγχος. Έτσι, προέκυψε μια ήπια κατάθλιψη, ένα μέτριο άγχος και δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης της κατάθλιψης, του άγχους και του πόνου. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι η ένταση του πόνου σχετίζεται θετικά με τη νεαρή ηλικία και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, η διάρκεια του πόνου σχετίζεται θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ως εκ τούτου εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης. Επίσης, ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από κατάθλιψη. Ταυτόχρονα διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του πόνου, τόσο η έντασή του αποδίδεται ως σοβαρότερη. Σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν πιο κοινά σε αγχώδεις ασθενείς. Η σημαντικότητα της έρευνας αυτής έγκεινται στο ότι αξιολογήθηκαν ασθενείς με οσφυαλγία ώστε να αναδειχθεί η συσχέτιση των υφιστάμενων ψυχολογικών προβλημάτων με την πάθηση και ο επαγγελματίες υγείας να επιλέξουν την σωστή θεραπευτική παρέμβαση.

Τέλος, σε μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο σε 108 ασθενείς με οσφυαλγία στόχευε στο να εξετάσει την συσχέτιση παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την χρήση υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αυτοί συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία για την οσφυαλγία, το

άγχους και την κατάθλιψη (HADS), τον φόβο για τον πόνο (FABQ), τις κοινωνικές πιέσεις (LEDS) και το επίπεδο υγείας που διαμορφώνει την ποιότητα ζωής (SF-36). Έξι μήνες αργότερα, τα άτομα αυτά συμπλήρωσαν ξανά την κλίμακα SF-36 και έδωσαν στοιχεία σχετικά με την χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Από την έρευνα προέκυψε πως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος και η μη επιστροφή στην εργασία σχετίζονται με το επίπεδο της σωματικής υγείας, την ποιότητα ζωής και τον αριθμό των επαφών με επαγγελματίες υγείας. Βέβαια, οι ερευνητές συστήνουν την ύπαρξη παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στην βελτίωση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών σε ασθενείς με οσφυαλγία ώστε να οδηγηθούν σε βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους και μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Keeley et al., 2008).

Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως περαιτέρω μελέτες κρίνονται απαραίτητες για την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με την οσφυαλγία σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα υγείας (Mok & Lee, 2008) με πολλαπλές αρνητικές συνέπειες στην σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή με αποτέλεσμα την επίδραση στην ποιότητα ζωής του (Beales et al., 2012). Παράγοντες όπως η εργασία (Wynne - Jones et al., 2012), το φύλο, η ηλικία, (Cheung & Ghazi, 2008), η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η ανεργία (Dionne et al., 2010), η κατάθλιψη και το άγχος (Keeley et al., 2008) επιδρούν αρνητικά και οδηγούν την εμφάνιση ή την έξαρση της οσφυαλγίας (Koleck et al., 2006).

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν πληροφορίες σχετικά με την οσφυαλγία και ειδικότερα απεδείχθη πως το δείγμα της έρευνας κατατάσσεται στην κατηγορία καμίας αναπηρίας, καμίας κατάθλιψης, καθόλου άγχους, μέτριου πόνου, μέτριου επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας. Οπότε, πρέπει να επισημανθεί πως κάθε επαγγελματίας υγείας πρέπει να συστήσει παρεμβάσεις που θα οδηγήσουν στην βελτίωση των παραπάνω παραγόντων ώστε οι ασθενείς με οσφυαλγία να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Keeley et al., 2008).

Εδώ, η συμβολή της φυσικοθεραπείας είναι σημαντική. Έτσι, ορισμένες εργονομικές συμβουλές που μπορεί κάθε φυσικοθεραπευτής να συστήσει στον πάσχοντα για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας, εφόσον του το επιτρέπει η κατάστασή του, είναι η εξής:

1. Στην άρση βαρών να είναι βέβαιος ότι μπορεί να ανταποκριθεί.
2. Κατά την άρση κάποιου αντικειμένου να ακολουθεί την εξής διαδικασία: αρχικά, ανοίγει τα πόδια του δημιουργώντας μεγαλύτερη βάση στήριξης, στη συνέχεια λυγίζει τα γόνατα διατηρώντας φυσιολογική οσφυϊκή λόρδωση, φέρνει το αντικείμενο όσο πιο κοντά στο σώμα είναι δυνατόν, εισπνέει βαθιά, και τέλος πιάνει το αντικείμενο και το ανασηκώνει δίνοντας ώθηση προς τα πάνω με τα κάτω άκρα. Αξίζει να τονιστεί πως οι αγκώνες δεν πρέπει να δεν λυγίζουν ποτέ.
3. Κατά την έγερση και τη μεταφορά οποιουδήποτε φορτίου θα πρέπει να αποφεύγονται οι στροφές.

4. Αν είναι εφικτό, το οποιοδήποτε βάρος να ωθείται παρά να ανασηκώνεται με τοποθέτηση των χεριών στο κέντρο της μάζας.
5. Στις απλές καθημερινές δραστηριότητες που προϋποθέτουν συμμετοχή της οσφυϊκής μοίρας (δέσιμο παπουτσιών, σκούπισμα, σιδέρωμα, πλύσιμο ρούχων κλπ) κατά το δυνατό να είναι το λιγότερο δυνατό επιβαρυντικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γενικό Μέρος

- Akhtar M, & Agarwal S. 2012, Disseminated cysticercosis incidentally diagnosed in a patient of low backache: A case report and concise review of literature. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 582-586
- Barker KL Dawes NH, Hansford P, & Sharnley D., 2002, Orthopaedics: Perceived and Measured Levels of Exertion of Patients with Chronic Back Pain Treated by Hydrotherapy. *Physiotherapy*, 88 (11): 702.
- Barker KL, Dawes H, Hansford P, & Shamley D. 2003, Perceived and measured levels of exertion of patients with chronic back pain exercising in a hydrotherapy pool. *Arch Phys Med Rehabil.*, 84(9):1319-23.
- Beales DJ, Smith AJ, O'Sullivan PB, & Straker LM. 2012, Low back pain and comorbidity clusters at 17 years of age: a cross-sectional examination of health-related quality of life and specific low back pain impacts. *J Adolesc Health*.50(5):509-16.
- Biering - Sorenson F. 1983, A prospective study of lowback pain in a general population. I. Occurrence, recurrence, and aetiology. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 15 (2):81-88.
- Borenstein D. 1997, Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*, 9(2):144-50.
- Brotzman S, & Wilk E, 2003, Clinical orthopaedic rehabilitation. Second edition, Mosby, 21-35.
- Canjuga M, Läubli T, & Bauer G. 2010, Can the job demand control model explain back and neck pain? Cross -sectional study in a representative sample of Swiss working population. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40(6): 663-668.
- Chan C, Mok N, & Yeung, E. 2011, Aerobic exercise training in addition to conventional physiotherapy for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(10):1681-1685.

- Cheung K, & Ghazi SA. 2008. Current understanding of low back pain and intervertebral disc degeneration: epidemiological perspectives and phenotypes for genetic studies. *Current Orthopaedics*, 22 (4): 237-244.
- Chiang H, Ko Y, Chen S, Yu H, Wu T, & Chang P, 1993, Prevalence of shoulder and upperlimb disorders among workers in the fishprocessing industry. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 19(2): 126-131.
- Chowna M, Whittamore L, Rushb M, Allan S, Stott D, & Archer M. 2008, A prospective study of patients with chronic back pain randomized to group exercise, physiotherapy or osteopathy. *Physiotherapy* 94 (1): 21–28.
- Courvoisier D, Genevay S, Cedraschi C, Bessire N, Griesser - Delacretaz A, Monnin D, & Perneger T. 2011, Job strain, work characteristics and back pain: A study in a University hospital. *European Journal of Pain*, 15(6):634-640.
- Dandy D, & Ντούνης E. 1995, Βασική ορθοπαιδική και τραυματολογία. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 435-445.
- Derr M, Crisostomo R, Hooten W, & Schmidt J. 2008, Poster 237: Effects of smoking on treatment outcomes for patients with chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(11): e97.
- Dewit, S, Λαμπρινού Α, Λεμονίδου Χ, Ζώη Λ, & Δάενας Χ. 2009, Παθολογική - χειρουργική νοσηλευτική: Έννοιες και πρακτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 773-779.
- Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, & Checkoway H., 2010. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 55 (7): 455-468.
- Farasyn A. & Meeusen R. 2006, Validity of the new Backache Index (BAI) in patients with low back pain. *The Spine Journal.*, 6 (5): 565–571.
- Ferguson F, Holdsworth L, & Raffer D. 2010, Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. *Physiotherapy*, 96 (4): 282–288.
- Ferguson F, Lesley H, & Rafferty D. 2010, A national framework for supporting improvements in the physiotherapy assessment and management of low back pain: the Scottish experience. *Physiotherapy*, 96 (3): 198–205.

- Frost H, Lamb S, & Doll H. 2004, Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *British Medical Journal*, 329 (7468): 708–711.
- Gheldof E, Vinck J, Vlaeyen J, Hidding A, & Crombez G. 2005, The differential role of pain, work characteristics and pain - related fear in explaining back pain and sick leave in occupational settings. *Pain*, 113 (1–2): 71-81.
- Hamilton N, Luttgens K, Γιόφτσος Γ, & Κατσουλάκης Κ. 2003, Κινησιολογία: Επιστημονική βάση της ανθρώπινης κίνησης. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 235-440.
- Harcombe H, McBride D, Derrett S, & Gray A. 2010, Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. *Inj Prev*. 16 (2): 96-100.
- Haskins R, Rivett, D, & Osmotherly P. 2012, Clinical prediction rules in the physiotherapy management of low back pain: A systematic review. *Manual Therapy*, 17 (1): 9e21
- Hoeijenbos M, Bekkering T, Lamers L, Hendriks E, Van Tulder M, & Koopmanschap M. 2005, Cost - effectiveness of an active implementation strategy for the Dutch physiotherapy guideline for low back pain. *Health Policy*, 75 (1): 85–98.
- Jamison R, Stetson B, & Parris W. 1991, The relationship between cigarette smoking and chronic low back pain. *Addictive Behaviors*, 16(3-4): 103-110.
- Karandji I, Νάτσης Κ, & Γιγής Π. 2001, Η λειτουργική ανατομική των αρθρώσεων. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 82-133.
- Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, & Bruchon-Schweitzer M. 2006, Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *Eur J Pain*, 10 (1): 1-11.
- Kotler P, & Keller KL. 2006. *Marketing Management*. 12th Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall, p. 186.
- Lamb S, Frost H, Carver T, & Stewart – Brown S. 2007, Multi - centred randomised controlled trial of advice versus physiotherapy for low back pain: Trial methods and lessons learnt. *Physiotherapy*, 88(7):433.

- Lemone P, Burke K, & Μπροκαλάκη Η, 2006, Παθολογική - χειρουργική νοσηλευτική: Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα, 1653-1660.
- Linton S, Vlaeyen J, & Ostelo R. 2002, The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil*, 12 (4): 223–232.
- May S. 2001, Patient satisfaction with management of back pain main. *Physiotherapy*, 87(1): 4-20.
- Merriam W, Burwel R, Mulholland R, Pearson J, & Webb J, 1980, A study revealing a tall pelvis in subjects with low back pain. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 6515 (2):153-156.
- Miller J, Litva A., & Gabbayb M. 2009, Motivating patients with shoulder and back pain to self - care: can a videotape of exercise support physiotherapy? *Physiotherapy*, 95 (1): 29–35.
- Miller, A., & Lewis, A. 2001, How patients experience acute low back pain and how primary care physiotherapy affects their recovery. *Physiotherapy*, 87(11):600-601.
- Murphy AY, van Teijlingen ER, & Gobbi MO. 2006, Inconsistent grading of evidence across countries: a review of low back pain guidelines. *J Manipulative Physiol Ther*. 29(7):576-581.
- Nordin M, & Frakel V, 2001, Basic biomechanics of the musculoskeletal system. Lippincott Williams and Wilkins, 273-274.
- Richards M, Ford J, Slater S, Hahne A, Surkitt L, Davidson M, & McMeeken J. 2012, The effectiveness of physiotherapy functional restoration for post-acute low back pain: A systematic review. *Manual Therapy*, 1e22.
- Ryan C, Murphy D, Clark M, & Lee A. 2010, The effect of a physiotherapy education compared with a non - healthcare education on the attitudes and beliefs of students towards functioning in individuals with back pain: An observational. Cross - sectional study. *Physiotherapy* 96 (2): 144–150.
- Shiri R, Karppinen J, Leino - Arjas P, Solovieva S, & Viikari – Juntura E. 2010, The association between smoking and low back pain: A meta – analysis. *The American Journal of Medicine*, 123(1): 87.e7-87.e35.
- Slade S, Molloy E, & Keating J. 2009, People with non - specific chronic low back pain who have participated in exercise programs have preferences

- about exercise: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(2): 115-121.
- Solomon L, Apley A, Warwick D, Nayagam S, Παπαγγελόπουλος Π, & Βλάσσης Κ, 2010, Apley's σύγχρονη ορθοπαιδική και τραυματιολογία: Βασική ορθοπαιδική. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.235-241.
- Stanley I, Miller J, Pinnington M, Rose G, & Rose M. 2001, Uptake of prompt access physiotherapy for new episodes of back pain presenting in primary care. *Physiotherapy*, 87(2): 60-67.
- Svensson H, & Andersson G, 1983, Lowback pain; in 40 to 47year old men: work history, and work environment factors. *Spine*, 8 (3): 272-276.
- Szeto GP, Law KY, Lee E, Lau T, Chan SY, & Law SW. 2010, Multifaceted ergonomic intervention programme for community nurses: pilot study. *J. Adv. Nurs.* 66 (5): 1022-1034.
- Taylor S, Ellis L, & Gallagher M. 2002, Satisfaction with a new physiotherapy telephone service for back pain patients. *Physiotherapy*, 88(11):645-657.
- Wai E, Rodriguez S, Dagenais S, & Hall H. 2008, Evidence-informed management of chronic low back pain with physical activity, smoking cessation, and weight loss. *The Spine Journal.*, 8(1):195-202.
- Williams R, Pruitt S, Doctor J, Epping - Jordan A, & Wahlgren, D. 1998, The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(4): 366-374.
- Woby S, Roach N, Urmston M, & Watson P. 2008, Outcome following a physiotherapist-led intervention for chronic low back pain: the important role of cognitive processes. *Physiotherapy*, 94 (2):115–124.
- Wootton I, Wood V, & Cooka F. 2008, Who wants expert patient programmes for chronic mechanical spinal pain? An investigation into the value of, and recruitment to, an expert patient programme as part of the physiotherapy management of chronic spinal pain. *Physiotherapy*, 94 (1): 78–84.
- Wynne-Jones G, Dunn KM, & Main C, 2008. The impact of low back pain on work : a study in primary care consultants. *European Journal of Pain.* 12 (2): 180-188.
- Βολίκας Ζ.. 1997, Μεταστατικοί όγκοι σπονδυλικής στήλης με προσβολή του νωτιαίου μυελού . Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2-12.

- Κοτσαηλίας Δ. 2011, Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Εκδόσεις: University Studio Press, 119-138.
- Λαμπίρης Η. 2007, Ορθοπαιδική και τραυματολογία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 311-351.
- Πουλμέντης Π. 2007, Βιολογική μηχανική, εργονομία. Εκδόσεις Καπόπουλος, Αθήνα, 95-115.
- Σημεωνίδης Π., 1996, Κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Ορθοπαιδική, 4^η Έκδοση, 58-88.

Ειδικό Μέρος

- Anagnostopoulos F, Niakas D & Pappa E. 2005. Construct validation of Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res.* 14 (9): 1959-1965.
- Andersson G.P. 1999, Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet*, 354 (9178): 581-585.
- Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, & Keck P.E. 2000, Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord*, 57 (1): 235-239.
- Artus M, Van Der Windt DA, Jordan KP, & Hay EM. 2010. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*, 49 (12):2346–56.
- Boscainos PJ, Sapkas G, Stilianessi E, Prouskas K, & Papadakis SA. 2003 Greek versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires. *Clin Orthop Relat Res.* 6 (411):40-53.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, & Gallacher D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 10(4):287-333.
- Carragee E.J. 2001, Psychological and functional profiles in select subjects with low back pain. *Spine J.* 1(3):198-204.
- Christodoulou C, Michopoulos J, Tournikioti K, Douzenis A, Bouras G, Seretis D, Kontaxakis V, & Lykouras L. 2010. Hospital anxiety and depression

- scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects. *Psychiatrike*. 21(4):279-86.
- Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, & Pouchot J. 2004, Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. *Arthritis Rheum.*, 51(2):168-76.
- Deyo RA, & Weinstein J.N. 2001, Low back pain. *New England Medical Journal.*, 344 (5): 363-70.
- Dunn KM, Croft PR. (2005). Classification of Low Back Pain in Primary Care: Using "Bothersomeness" to Identify the Most Severe Cases. *Spine*, 30(16):1887-1892.
- Dysvik E, Lindstrom TC, Eikeland OJ, & Natvig, G.K. 2004, Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs.*, 5(2):66-74.
- Engbers LH, Vollenbroek-Hutten MM, & Van Harten WH. 2005. A comparison of patient characteristics and rehabilitation treatment content of chronic low back pain (CLBP) and stroke patients across six European countries. *Health Policy*, 71(3):359-73.
- Failde I, Medina P, Ramírez C, & Arana R. 2009. Assessing health-related quality of life among coronary patients: SF-36 vs SF-12. *Public Health*. 123(9):615-617.
- Gandek B, Ware JE, & Aaronson NK. 1998. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*. 51 (11):1171-1178.
- Garratt AM. 2003. Rasch analysis of the Roland Disability Questionnaire. *Spine*, 28 (1): 79-84.
- Globe DR, Levin S & Chang TS 2002. Validity of the SF-12 quality of life instrument in patients with retinal diseases. *Ophthalmology*. 109 (10):1793-1798.
- Grotle M, Brox JI, & Vollestad NK. 2004. Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measurements used for patients with low back pain. *Spine*, 29 (21): 492-501.

- Haywood KL, Garratt AM & Dziedzic K 2002. Generic measures of health-related quality of life in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. *Reumatology*. 41 (1):1380-1387.
- Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, & Foster NE, 2008. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum*, 59 (5): 632-641.
- Hill JC, Dunn KM, Main CJ, & Hay EM, 2010. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain*. 14(1):83-9.
- Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K, Main CJ, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, & Hay EM. 2011. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 378 (9802):1560-71.
- Johnson J & Pickard A (2001). Alberta-based SF-12 summary scores. *Archives of Hellenic Medicine*. 18 (2): 137-146.
- Johnson JA & Coons SJ (1998). Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Qual Life Res*. 7 (2):155-166.
- Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G & Dickens C. 2008, Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*. 135(1-2):142-50.
- Kontodimopoulos N, Pappa E, Nikas D & Tountas Y 2007. Validity of SF-12 scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes*. 28 (5): 55.
- Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnovo E, Withers EJ, & Nichols V. 2010. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*, 17 (6): 245-248.
- Main CJ, Sowden G, Hill JC, Watson PJ, & Hay EM. 2012. Integrating physical and psychological approaches to treatment in low back pain: the development and content of the STarT Back trial's 'high-risk' intervention (StarT Back; ISRCTN 37113406). *Physiotherapy*. 98(2):110-116.
- Maniadakis N, & Gray A. 2000, The economic burden of back pain in the U.K. *Pain*, 84 (1): 95-108.

- Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, & Kalemi G. 2008,. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*, 7 (4): 1-5.
- Mok CL, & Lee I, 2008. Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (11): 1471-1480.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, & Vlahos L. 2004, The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*, 12 (12): 821-825.
- Pallant J. 2007, *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*, Open University Press, UK, 8-11.
- Pappa E, Kontodimopoulos N & Niakas D, 2005. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res.* 14 (5): 1433-1438.
- Riddle DL, Lee KT, & Stratford PW. 2010. Use of SF-36 and SF-12 health status measures: a quantitative comparison for groups versus individual patients. *Med Care.* 39 (8):867-78.
- Sauders M, Thornhill A & Lewis P, 2006, *Research methods for business students*, 4th Edition Prentice Hall, 100-160.
- Simpson A, 1988. *DBase Plus*, Αθήνα: Γκιούρδα. 56-88.
- Smeets R, Köke A, Lin CW, Ferreira M, & Demoulin C. 2011, Measures of function in low back pain/disorders: Low Back Pain Rating Scale (LBPRS), Oswestry Disability Index (ODI), Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE), Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), and Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 63 (11): 158-173.
- Stranjalis G, Tsamandouraki K, Sakas DE, Alamanos Y. 2004. Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine*, 29(12):1355-60.
- Ware JE, Kosinski M & Keller SD 1995, *SF-12: How to score SF-12 physical and mental health summary scales*. 2nd edition. Boston, MA: the Health Institute.

- Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O, Hellum C, & Storheim K. 2010, Effect of glucosamine on pain-related disability in patients with chronic low back pain and degenerative lumbar osteoarthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*; 304 (1):45–52.
- Zigmond AS, & Snaith RP. 1983, The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6): 361-370.
- Αγραφιώτης Δ, & Λοπατατζίδης Α. 2000, Κοινωνική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος 3ος, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο,
- Γναρδέλλης Χ. 2006, Ανάλυση δεδομένων με το SPSS 14.0 For Windows. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης, 525-529.
- Κανελλόπουλος Χ. 2002, Διοίκηση προσωπικού - Ανθρώπινου δυναμικού: θεωρία και πράξη. Αθήνα: χ.ό.. 21-32.
- Κατσιλλής Ι. 2006, Επαγωγική στατιστική: εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες και την εκπαίδευση με έμφαση στην ανάλυση με υπολογιστές. Αθήνα: Gutenberg. 19-40.
- Κατσουγιαννόπουλος Β.Χ. 1993, Βασική Ιατρική Στατιστική, Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.
- Κυριαζόπουλος Π, Σαμαντά Ε, 2010, Μεθοδολογία έρευνας και εκπόνησης διπλωματικών εργασιών», Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική, 115-117.
- Σαράφης Π, Αρβανίτη Μ, Ξένου Ε, Μήτσιου Κ, Ρόκα Β, Γαϊτάνου Κ, Δάλλας Δ, & Μαλλιάρου Μ. 2011, Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Οσφυαλγία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1 (1): 25-34.
- Τηλικίδου Ε. 2004, Η έρευνα του μάρκετινγκ: θεωρητικές προσεγγίσεις και εφαρμογές. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. 22-65.
- Φράγκος Χ. 2002, Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων με χρήση του Microsoft Excel: για τις οικονομικές και διοικητικές επιστήμες και για τα εργαστήρια στατιστικής των Πανεπιστημίων και ΤΕΙ: βήμα προς βήμα λύση στατιστικών προβλημάτων με χρήση των εντολών του Microsoft Excel ανάλυση κλάδων (Factor Analysis) με χρήση SPSS. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης, 37-46.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Κωδικός συμμετέχοντα:

ΕΝΤΥΠΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Πάτρας)

Σας καλούμε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη που διεξάγεται από μία ομάδα τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας υπό την εποπτεία του εκπαιδευτικού προσωπικού του Τμήματος. Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία) και η συμμετοχή σας σε αυτήν κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική.

Καλείστε να συμπληρώσετε το παρακάτω έντυπο, το οποίο εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας, την λειτουργικότητά σας κ.α. στοιχεία που αφορούν τις καθημερινές σας δραστηριότητες και την γενικότερη ποιότητα ζωής σας. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και απόρρητα, ενώ έχετε την δυνατότητα να αποσύρετε την συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή (αν το θελήσετε). Παρακαλώ, αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, σημειώστε τα στοιχεία σας παρακάτω και προχωρήστε στην συμπλήρωση του εντύπου η οποία δεν θα σας πάρει πάνω από 10-15 λεπτά.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 26910-61150 (Τμήμα Φυσικοθεραπείας) ή ηλεκτρονική διεύθυνση της κ. Μπίλλης, Καθηγήτριας Εφαρμογών του Τμήματος (email: ebillis@teipat.gr), υπεύθυνης συντονισμού της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Υπογραφή συμμετέχοντα Ημερομηνία:

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σε περίπτωση ηλεκτρονικής συμπλήρωσης του εντύπου, παρακαλώ συμπληρώστε:
Έχω κατανοήσει τον σκοπό της παρούσας μελέτης και

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ

Γενικές πληροφορίες

ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ:

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Αγροτική Αστική Ημιαστική

ΜΟΡΦΩΣΗ: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Τριτοβάθμια εκπαίδευση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: <7.200€ 7.201-14.400€ 14.401-24.000€ > 24.000€

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; Όχι Λίγο (<20τσιγ/εβδ) Πολύ (20-40 τσιγ/ημ) Πάρα πολύ (>40 τσιγ/ημ)

ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ:

Αν δεν έχετε πόνο στην μέση σας (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία) τότε δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε τα παρακάτω (ευχαριστούμε πολύ).

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

1

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε **πόνο στην μέση σας**; (στην περιοχή που φαίνεται στο διάγραμμα). Παρακαλώ μην σημειώσετε πόνο από πυρετό ή από έμμηνο ρήση.



Ναι Όχι

2. Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα;

Ναι Όχι

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, **είχατε πόνο που απλώθηκε κάτω στο πόδι** σας;

Ναι Όχι

4. Αν ναι, απλώθηκε ο πόνος κάτω από το γόνατό σας;

Ναι Όχι

5. Αν ναι, ήταν ο πόνος αυτός (του ποδιού) αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα;

Ναι Όχι

6. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε;

Κάποιες μέρες Τις περισσότερες ημέρες Κάθε μέρα

7. Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 (όπου 0 καθόλου πόνος και 10 ο χειρότερος πόνο που έχετε φανταστεί ποτέ), πείτε μας

α) τη συνηθισμένη ένταση του πόνου σας 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

β) τον πόνο όταν είναι στα καλύτερα του 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

γ) τον πόνο όταν είναι στα χειρότερα του 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

8. Επισκεφτήκατε κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο σας; Ναι Όχι

α) Αν ναι, ποιον (ποιους);

β) Πόσες φορές τον/τους επισκεφτήκατε;

9. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει;

10. Τι ιατρικές εξετάσεις έχετε κάνει;

Καμία Ακτινογραφία Μαγνητική Αξονική Εξετάσεις αίματος Άλλο

11. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Ναι Όχι

α) Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά τι θεραπεία κάνατε.

.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

2

β) Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας; Ναι Όχι

γ) Αν ναι, για πόσον καιρό; 2-3 ημέρες 1 εβδ. 2 εβδ. 1 μήνα

12. Πήρατε αναρρωτική άδεια από την δουλειά σας λόγω της μέσης σας; Ναι Όχι

13. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που δεν είχατε πόνο για έναν ολόκληρο μήνα;

<3 μήνες Μεταξύ 3 και 7 μήνες Μεταξύ 7 μηνών και 3 χρόνων >3 έτη

14. Είχατε προηγούμενο επεισόδιο πόνου στην μέση σας (οσφυαλγία) στο παρελθόν;

Ναι Όχι

α) Αν ναι, ήταν του ίδιου τύπου με το τωρινό; Ναι Όχι

15. Πώς θα βαθμολογούσατε την βελτίωσή σας;

Σίγουρη βελτίωση Βελτίωση Στάσιμη κατάσταση Επιδείνωση Σίγουρη επιδείνωση

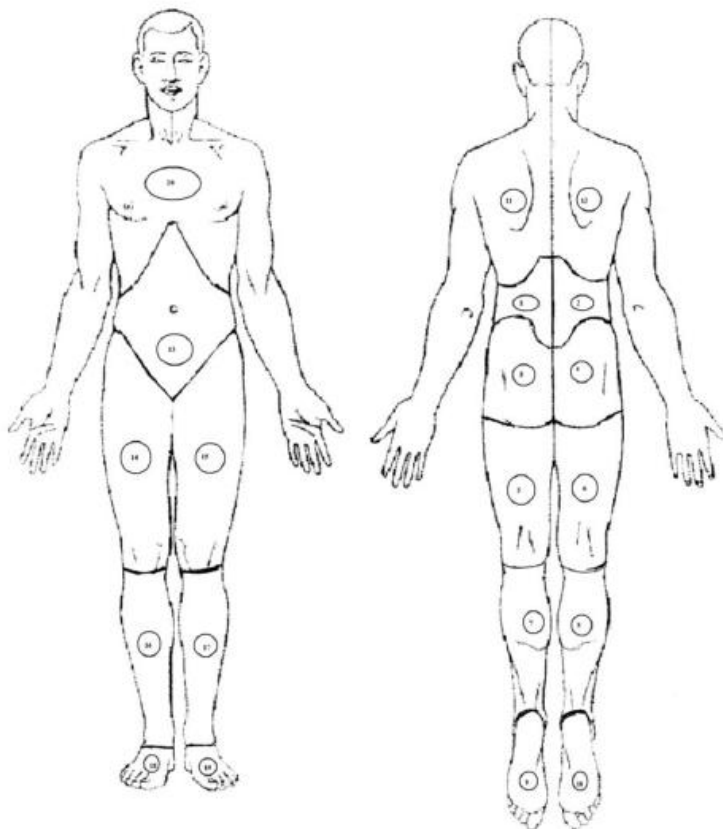
16. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Ναι Όχι

Αν ναι, αναφέρατε το/α προβλήματα

17. Έχετε χειρουργηθεί (για οποιονδήποτε λόγο) στο παρελθόν; Ναι Όχι

α) Αν ναι, σε τι χειρουργείο(-α) έχετε υποβληθεί;

18. Παρακαλώ σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα που αισθάνεστε τον πόνο σας.



The Keele STarT Back Screening Tool

Όνομα ασθενή: _____ Ημερομηνία: _____

Σκεπτόμενος (-η) τις **2 τελευταίες εβδομάδες** σημειώστε την απάντησή σας στα ακόλουθα ερωτήματα:

	Διαφωνώ 0	Συμφωνώ 1
1 Ο πόνος στην μέση μου απλώθηκε κάτω στο (-α) πόδι (-ια) μου κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Είχα πόνο στον ώμο ή αυχένα κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Έχω περπατήσει μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου στη μέση μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, ντύθηκα πιο αργά από ότι συνήθως λόγω του πόνου στη μέση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Δεν είναι πραγματικά ασφαλές για ένα άτομο με μία κατάσταση όπως η δική μου να είναι σωματικά δραστήριο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου αρκετές φορές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Νιώθω ότι ο πόνος στη μέση μου είναι φοβερός και δεν πρόκειται ποτέ να καλυτερέψει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Γενικά δεν έχω ευχαριστηθεί όλα τα πράγματα που συνήθιζαν να με ευχαριστούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Συνολικά, πόσο σας ενόχλησε ο πόνος στη μέση σας μέσα στις **τελευταίες 2 εβδομάδες**;

Καθόλου	Λίγο	Μετρίως	Πάρα πολύ	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Συνολικό σκορ (9 ερωτήσεις): _____ Σκορ (ερ. 5-9): _____

Roland-Morris Disability Index

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους, άτομα με πόνο στη μέση. Διαβάζοντας τις παρακάτω προτάσεις ενδεχομένως να βρείτε ότι κάποιες από αυτές εκφράζουν και εσάς, σήμερα. Αν κάποια από τις προτάσεις σας εκφράζει σήμερα, σημειώστε ένα \surd στο τετράγωνο πλαίσιο που βρίσκεται δίπλα σε κάθε ερώτηση. Αν κάποια πρόταση δεν σας εκφράζει, αφήστε το πλαίσιο κενό.

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

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:

Τις περισσότερες φορές	3
Αρκετές φορές	2
Περιστασιακά	1
Καθόλου	0

2(D) Εξακολουθώ να απολαμβάνω πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν:

Σίγουρα το ίδιο	0
Όχι τόσο πολύ	1
Μόνο κάποιες φορές	2
Σχεδόν καθόλου	3

3(A) Αισθάνομαι ένα άσχημο προαίσθημα σαν κάτι το «κακό» πρόκειται να συμβεί:

Πολύ συγκεκριμένα και έντονα	3
Ναι αλλά όχι τόσο έντονα	2
Ελάχιστα αλλά δεν με απασχολεί	1
Καθόλου	0

4(D) Μπορώ να γελάω και εξακολουθώ να διακρίνω την αστεία πλευρά των γεγονότων

Τόσο όσο μπορούσα	0
Όχι και τόσο πολύ τώρα	1
Σίγουρα όχι τόσο πολύ τώρα	2
Καθόλου	3

5(A) Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου:

Το περισσότερο καιρό	3
Αρκετό καιρό	2
Από καιρό σε καιρό αλλά όχι πολύ συχνά	1
Μόνο περιστασιακά	0

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η

Καθόλου	3
Όχι συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Το περισσότερο καιρό	0

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

Πάντα	0
Συνήθως	1
Όχι συχνά	2
Καθόλου	3

8(D) Αισθάνομαι με "πεσμένη" διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς	3
Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφίξιματος στο στομάχι

Καθόλου	0
Περιστασιακά	1
Αρκετά συχνά	2
Πολύ συχνά	3

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

Σίγουρα	3
Δεν φροντίζω τον εαυτό μου όπως θα έπρεπε	2
Πιθανόν δεν τον φροντίζω αρκετά	1
Τον φροντίζω όπως πάντοτε	0

11(A) Νιώθω υπερκινητικός σαν να έπρεπε διαρκώς να κάνω κάτι:

Πραγματικά πολύ	3
Αρκετά	2
Όχι πολύ	1
Καθόλου	0

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

Όπως έκανα πάντα	0
Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως	1
Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθως	2
Σχεδόν καθόλου	3

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

Πραγματικά πολύ συχνά	3
Αρκετά συχνά	2
Όχι πολύ συχνά	1
Καθόλου	0

14(D) Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ένα ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα:

Συχνά	0
Μερικές φορές	1
Όχι συχνά	2
Πολύ σπάνια	3

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

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

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
----------------------------------	----------------------------------	---

- a. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία 1 2 3
- b. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια 1 2 3

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

- | | | |
|--|-----|-----|
| | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
- a. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε 1 2
- b. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας 1 2

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

		Ναι	Όχι
a	Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
	(ίδια με την 3)		
b	Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

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

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Αρκετές φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a	Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b	Είχατε πολλή ενεργητικότητα;.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c	Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;.....					
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας

8