



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ: ΚΟΣΜΑΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ

ΜΟΔΙΑΤΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ



ΠΑΤΡΑ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

PREVALENCE OF LOW BACK PAIN IN THE AREA OF EASTERN GREECE

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Πάτρας και του Ρίου- Ακταίο και εκπονήθηκε από το Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Πατρών, του τμήματος Φυσικοθεραπείας (Παράρτημα Αιγίου).

Η συγκεκριμένη έρευνα χρήζει σημαντικότητας τόσο για τους σπουδαστές όσο και για την κοινωνία, καθώς εξετάστηκε ένα μείζον πρόβλημα που απασχολεί μεγάλη πλειοψηφία ανθρώπων.

Στόχος αυτής της έρευνας ήταν η εύρεση του ποσοστού των ανθρώπων που πάσχουν από οσφυαλγία στην περιοχή της Αχαΐας, καθώς και τα αίτια που την προκαλούν. Η εργασία αυτή περιλαμβάνει τη διαδικασία που ακολούθησαν οι σπουδαστές, τη μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα τελικά συμπεράσματά τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συμμετείχαν για να πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα για τον χρόνο που αφιέρωσαν.

Επίσης, θέλουμε να ευχαριστήσουμε το ΑΤΕΙ Αιγίου και τους καθηγητές για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν και τη βοήθειά τους όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, ευχαριστούμε θερμά την κ. Μπίλλη Ευδοκία για την υπερπολύτιμη βοήθεια και συμπαράσταση που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας και για τον χρόνο που διέθεσε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελέτη: Καταγραφή της οσφυαλγίας στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας

Στόχοι: Καταγραφή του επιπολασμού της οσφυαλγίας, σε ένα δείγμα γενικού πληθυσμού στην περιοχή της Πάτρας, των παραγόντων που την επηρεάζουν και των επιπτώσεών της στην καθημερινότητα.

Μέθοδος: Ένα τυχαίο δείγμα 124 ατόμων του γενικού πληθυσμού από την περιοχή της Πάτρας (αστική και ημιαστική ζώνη), επιλέχθηκε τυχαία για την έρευνα. Το εργαλείο μέτρησης ήταν μία φόρμα αξιολόγησης που συντάχθηκε ειδικά για τη μελέτη αυτή, σε συνδυασμό με τέσσερα διεθνή ερωτηματολόγια, δύο ειδικά για την οσφυαλγία, το The Keele STarT Back Screening Tool (STarTBack) και το Roland-Morris Disability Index (RMDQ), και δύο γενικά, η κλίμακα HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) και το SF-12 Health Survey (Physical Component Subscale ή PCS και Mental Component Subscale ή MCS). Η χορήγησή τους έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Μάιο μέχρι τον Ιούλιο του 2012.

Αποτελέσματα: Από τα 124 άτομα, οι 48 (22 άντρες, 26 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας τα 47.44 χρόνια, παρουσίασαν οσφυαλγία (38.7%). Το 60.4% περιόρισε τις δραστηριότητές του λόγω του πόνου. Φαίνεται πως σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση οσφυαλγίας παίζουν το φύλο και η ηλικία. Επίσης, βρέθηκε πως οι έγγαμοι, σε ποσοστό 47.9%, υπερισχύουν των ελεύθερων όσον αφορά το πρόβλημα της οσφυαλγίας και πως οι καπνίζοντες εμφανίζουν πόνο στην οσφύ σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους μη καπνίζοντες (56.2%). Επιπλέον, το 66.7% επισκέφθηκε κάποιον ειδικό, ενώ το 68.8% ακολούθησε κάποια θεραπεία. Όσον αφορά τα διεθνή ερωτηματολόγια, βρέθηκαν μέτριες συσχετίσεις μεταξύ του περιορισμού των δραστηριοτήτων με τα ερωτηματολόγια STarTBack, RMDQ, HAD-Anxiety και της κλίμακας SF-12 (PCS), ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της ισχιαλγίας τον τελευταίο μήνα με τα ερωτηματολόγια STarTBack, RMDQ και της κλίμακας SF-12 (PCS) και ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της συχνότητας του πόνου με το STarTBack και το RMDQ.

Συζήτηση: Το ποσοστό των ατόμων που εμφάνισαν οσφυαλγία ανέρχεται στο 38.7%. Φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο οι έγγαμοι και οι καπνιστές, όπως επίσης η οσφυαλγία δείχνει να επηρεάζεται από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου. Η πλειοψηφία των ατόμων που παρουσίασαν οσφυαλγία ανήκουν στη μεσαία τάξη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ -σελ. 7

- 1.1. Έννοια της οσφυαλγίας-σελ. 7
- 1.2. Αιτιολογία-σελ. 8
- 1.3. Κλινική εικόνα-σελ. 9
- 1.4. Θεραπεία- σελ. 12
- 1.5. Η οσφυαλγία διεθνώς-σελ. 15
- 1.6. Η οσφυαλγία στην Ελλάδα-σελ. 16
- 1.7. Συνοπτική ανάλυση ερευνών-σελ. 20

2. ΜΕΘΟΔΟΣ-σελ. 22

- 2.1. Δείγμα-σελ. 22
- 2.2. Δημιουργία εργαλείου καταγραφής οσφυαλγίας-σελ. 23
- 2.3. Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίων-σελ. 28
- 2.4. Ανάλυση δεδομένων-σελ. 29

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-σελ. 30

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-σελ. 37

- 4.1. Εξήγηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων-σελ. 37
- 4.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες-σελ. 39
- 4.3. Κλινική σημασία της έρευνας-σελ. 40
- 4.4. Περιορισμοί της έρευνας-σελ. 40

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-σελ. 42

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-σελ. 43

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-σελ. 46

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η οσφυαλγία είναι μια από τις πιο συχνές παθολογικές καταστάσεις που αφορούν τον γενικό πληθυσμό μιας και έρχεται δεύτερη σε συχνότητα μετά το κοινό κρυολόγημα (*Dandy & Edwards, 2010 , Raspe, 2008*). Ο όρος οσφυαλγία δεν είναι πάθηση, αλλά το σύμπτωμα πολλών παθήσεων, με σχεδόν διαφορετική θεραπεία της καθεμίας, και δεν αποτελεί διάγνωση για τους πάσχοντες από πόνο στην οσφύ. Έχει βεβαία καταστεί συνώνυμη και ταυτόσημη της πάθησης, προφανώς λόγω της <<επιδημικής>> μορφής της, αλλά και της συχνής αδυναμίας ανεύρεσης της ακριβούς αιτιολογίας της. Είναι το πιο συχνό σύμπτωμα μετά την κεφαλαλγία, μιας και το 80% των ατόμων μετά τα 30 χρόνια θα παρουσιάσει κρίση οσφυαλγίας ή οσφυοϊσχιαλγίας που θα τους καθηλώσει για λίγες ή πολλές ημέρες στο κρεβάτι (*Goubert et al., 2004 , Συμεωνίδης, 1996*). Επί της ουσίας, ονομάζουμε οσφυαλγία τον πόνο που εντοπίζεται στη μέση, πιο συγκεκριμένα στην περιοχή μεταξύ των κάτω ορίων του θωρακικού κλωβού και των γλουτιαίων πτυχών και μπορεί να αντανακλάται στους μηρούς, και ο πόνος αυτός διαρκεί πάνω από δύο εβδομάδες.

Όταν ο πόνος ακολουθεί τη διαδρομή του ισχιακού νεύρου, τότε μιλάμε για ισχιαλγία το οποίο είναι και αυτό ένα πολύ συχνό σύμπτωμα και μπορεί να συνυπάρχει ή όχι με τον πόνο στην οσφύ. Όταν δε έχουμε πόνο και στα δύο αυτά σημεία, τότε το ονομάζουμε οσφυοϊσχιαλγία.

Η οσφυαλγία διακρίνεται κυρίως σε δύο τύπους, ανάλογα με τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων. Έτσι λοιπόν έχουμε τις:

Οξεία οσφυαλγία, η οποία μπορεί να διαρκέσει το πολύ μέχρι 3 μήνες και τα αίτιά της είναι τραυματικά (έμμεσος τραυματισμός), από καταπόνηση της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ. (διάταση ή ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων της Σ.Σ.) ή και οξύς τραυματισμός (*Συμεωνίδης, 1996*).

Χρόνια οσφυαλγία, η οποία υπερβαίνει τους 3 μήνες και τα αίτια της είναι η χρόνια διάταση των μυών, τενόντων και συνδέσμων της μέσης, οι εκφυλιστικές παθήσεις του μεσοσπονδυλίου δίσκου, του ινώδους

δακτυλίου, των αρθρικών αποφύσεων και η αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ., μπορεί όμως να είναι και ψυχοσωματικά τα αίτια.

Ανεξάρτητα από την μορφή της οσφυαλγίας, ένα ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό της είναι ότι υποτροπιάζει πολύ συχνά και αυτό το έδειξαν και μελέτες που έγιναν, στις οποίες το 80-90% των περιπτώσεων υποτροπιάζει τουλάχιστον μια φορά μέσα στον μήνα (*Hestbaek et al. 2003*). Επίσης είναι αποδεδειγμένο μετά από μελέτες που έγιναν, πως άτομα που έχουν χρόνια προβλήματα πόνου έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάνουν σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (*Croft, 2008*).

1.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι παθήσεις που δίνουν σαν κύριο ενόχλημα την οσφυαλγία είναι πάρα πολλές γι' αυτό και είναι δύσκολο να απαριθμηθούν. Από τις παθήσεις της Σ.Σ., η δισκοπάθεια (κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου) είναι η πιο συχνή (καλύπτει περίπου το 70% των περιπτώσεων) αίτια οσφυαλγίας στους νεαρούς και μέσης ηλικίας ενήλικες (*Συμεωνίδης, 1996*). Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν και τα ψυχοκοινωνικά αίτια (*Holmberg et al. 2004*).

Σε αδρή εκτίμηση, οι οσφυαλγίες ανάλογα με το αίτιο που τις προκάλεσε μπορούν να καταταγούν σε :

- Μηχανικής αιτιολογίας, που αφορούν τις διαταραχές της στατικής ισορροπίας ή την μη φυσιολογική λειτουργία της Σ.Σ., της λεκάνης και των κάτω άκρων.
- Φλεγμονώδους μικροβιακής αιτιολογίας, όπως σπονδυλοδισκίτιδα ή φυματιώδης σπονδυλίτιδα.
- Συγγενούς αιτιολογίας, όπως η ιεροποίηση του 05 σπονδύλου και δισχιδής ράχη.
- Από νεοπλασίες, συχνότερα μεταστατικές.
- Από παθήσεις γειτονικών προς την Σ.Σ. οργάνων, π.χ. ιερολαγονίτιδες, φλεγμονές και όγκοι των νεφρών, των ουρητήρων, των γεννητικών οργάνων, του εντέρου.
- Από εκφυλιστικές παθήσεις, όπως σπονδυλαρθρίτιδα, στενός σπονδυλικός σωλήνας, εκφυλιστική σπονδυλολίσηση, αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας.

- Από τραυματικές παθήσεις, όπως διάταση ή ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων, υπεξαρθρήματα των σπονδυλικών αρθρώσεων, παλιά κατάγματα της Σ.Σ., τραυματική σπονδυλόλυση-σπονδυλολίση.

Από τις παραπάνω κατηγορίες οι πιο συνήθεις είναι οι μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγίες, μιας και ευθύνονται για το 90% των περιπτώσεων οσφυαλγίας και προκαλούνται από μηχανικά φορτία (Αθανασόπουλος, 1989). Επιπρόσθετα, με βάση τα παραπάνω, δηλαδή το μεγάλο αριθμό των παθήσεων που προκαλούν πόνο στη μέση, αλλά και των ανατομικών κατασκευών της Σ.Σ. που έχουν αισθητική νεύρωση, είναι προφανές το πόσο πολύπλοκο πρόβλημα είναι για τους γιατρούς η διάγνωση του αιτίου μιας οσφυαλγίας.

1.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πιο συχνή χαρακτηριστική τυπική εικόνα ενός ασθενή με οσφυαλγία είναι η εξής κατά την οξεία φάση: Προφανώς υπάρχει ισχυρός πόνος στη μέση, μετά από μια απότομη κίνηση η οποία έχει προηγηθεί ή άρση κάποιου βάρους. Βέβαια πολλές φορές ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς να προϋπάρχει κάποιος τραυματισμός ή κάποιο άλλο αίτιο. Όσον αφορά την ισχιαλγία, η διαφοροποίηση έχει να κάνει με την αντανάκλαση του πόνου στα πόδια.

Κατά την ιατρική εξέταση έχουμε εξάλειψη της φυσιολογικής λόρδωσης της Σ.Σ. και ανταλγική σκολίωση, προς τη μία ή την άλλη πλευρά, η οποία διορθώνεται με τον ασθενή ξαπλωμένο. Η δοκιμασία Laseque ή η δοκιμασία διάτασης της 03-04 ρίζας είναι θετικά, ενώ συχνά συνυπάρχει μυϊκή αδυναμία η υπαισθησία στο αντίστοιχο δερμοτόμιο. Οι κινήσεις του επίσης, είναι περιορισμένες, μιας και του είναι δύσκολο να εκτελέσει πλάγια κάμψη και κάμψη προς τα εμπρός. Οι στροφικές κινήσεις δεν παρουσιάζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα πόνου.

Ο ασθενής με οσφυαλγία θα είναι αρκετά ευαίσθητος στην πίεση των γλουτών και γενικότερα στην περιοχή της οσφύος κατά την ψηλάφηση, όπως επίσης και σε ένα από τα κάτω άκρα του. Θα υπάρχει σίγουρα μείωση της δύναμης και αδυναμία πραγματοποίησης συγκεκριμένων κινήσεων χωρίς πόνο. Επίσης, μπορεί να νιώθει μούδιασμα ή αίσθημα καψίματος. Τέλος, ο πόνος ενισχύεται με το γέλιο, τον βήχα ή κατά την αφόδευση (χειρισμός valsava) λόγω της σύσπασης των κοιλιακών μυών (Λαμπίρης, 2007).

Επειδή υπάρχει ποικιλία συμπτωμάτων και η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή, δεν είναι απόλυτο ότι όλοι οι ασθενείς με οσφυαλγία θα παρουσιάζουν όλα αυτά τα συμπτώματα που περιγράφηκαν παραπάνω. Αυτή η κλινική εικόνα αφορά την πλειοψηφία των ατόμων με οσφυαλγία.

Όσον αφορά τον εργαστηριακό έλεγχο, έχουμε να πούμε τα εξής:

- Οι απλές ακτινογραφίες (x-rays): Δείχνουν μόνο τα οστά του σώματος. Οι περισσότερες από τις δομές του μαλακού ιστού της Σ.Σ. δεν φαίνονται, ωστόσο πολλά μπορεί να μάθει κανείς από τις απλές ακτινογραφίες. Είναι το πρώτο βήμα για κάθε πρόβλημα της οσφύος και βοηθά στο να αποφασιστεί τί είδους εξετάσεις πρέπει να γίνουν περαιτέρω, εάν και εφόσον χρειάζονται φυσικά.
- Η αξονική τομογραφία (cat scan): Είναι μια εξέταση ακτίνων χ που μοιάζει πολύ με την μαγνητική τομογραφία. Μπορούν να ληφθούν ειδικές τομές της Σ.Σ. που δίνουν μια διατμηματική άποψη. Η αξονική απεικονίζει οστά της Σ.Σ. πολύ καλύτερα από την μαγνητική τομογραφία και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις που θεωρούμε ότι σχετίζονται με τα οστά της Σ.Σ. Η αξονική τομογραφία συνήθως συνδυάζεται με μυελογράφημα για να δοθεί μια καλύτερη εικόνα των σπονδυλικών νεύρων και να βοηθήσει στο να καθοριστεί εάν υπάρχει πίεση από σπονδυλική στένωση ή από εκφυλισμένο δίσκο.
- Η μαγνητική τομογραφία (MRI): Είναι η πιο συνηθισμένη εξέταση που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της σπονδυλικής στήλης. Ο μαγνητικός τομογράφος χρησιμοποιεί μαγνητικά κύματα αντί για ακτινοβολία -χ. Πολλαπλές απεικονίσεις της Σ.Σ. μπορούν να ληφθούν από έναν μαγνητικό τομογράφο. Αυτό μας επιτρέπει να δούμε όχι μόνο τα οστά της Σ.Σ., αλλά και τα νεύρα και τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, με μεγάλη ακρίβεια και χωρίς τη χρήση ειδικών σκιαγραφικών ή βελόνων.
- Το μυελογράφημα: Είναι μια εξέταση που σχετίζεται με την τοποθέτηση σκιαγραφικού υλικού στο νωτιαίο σάκο, το οποίο απεικονίζεται σε ακτινογραφία. Κάθε μη φυσιολογική οδόντωση στο νωτιαίο σάκο μπορεί να υποδηλώνει ύπαρξη πίεσης των νεύρων, όπως αυτή που προκαλείται από εκφυλισμένο δίσκο.
- Το δισκόγραμμα: Είναι μια ειδική εξέταση όπου σκιαγραφικό υλικό περνά με ένεση απευθείας στο δίσκο, στην περιοχή του πηκτοειδούς πυρήνα. Εάν η ένεση προκαλεί τον ίδιο πόνο στη μέση ο οποίος σας ταλαιπωρεί σημαίνει ότι ο υπό εξέταση δίσκος είναι

αυτός που προκαλεί τον πόνο. Απλές ακτινογραφίες και μία αξονική τομογραφία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μας δείξουν εάν ο δίσκος έχει ραγεί ή όχι.

- Το ηλεκτρομυογράφημα(ΗΜΓ): Είναι μια εξέταση που ελέγχει την λειτουργία των νευρικών ριζών που εκφύονται από την σπονδυλική στήλη. Η εξέταση πραγματοποιείται με την τοποθέτηση μικρών ηλεκτροδίων στους μύες των κάτω άκρων. Ψάχνοντας για μη φυσιολογικά ηλεκτρικά σήματα των μυών, το ΗΜΓ μπορεί να δείξει εάν ένα νεύρο ερεθίζεται ή πιέζεται κατά την έξοδό του από την σπονδυλική στήλη. Χρησιμοποιώντας τους μύες των κάτω άκρων, το ΗΜΓ έχει την ικανότητα να καθορίσει την κατάσταση των νεύρων που τροφοδοτούν αυτούς τους μύες. Εάν το ΗΜΓ δείξει ότι αυτοί οι μύες δεν λειτουργούν σωστά, μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα νεύρα πιέζονται σε κάποιο σημείο.
- Το σπινθηρογράφημα: Χρησιμοποιείται για να εντοπιστεί η περιοχή της Σ.Σ. που έχει υποστεί βλάβη. Για να πραγματοποιηθεί το σπινθηρογράφημα, διοχετεύεται στην κυκλοφορία του αίματος με ένεση μια ειδική ουσία, η οποία προσκολλάται στις περιοχές του οστού που υφίσταται απότομες αλλαγές για οποιοδήποτε λόγο. Αυτές οι περιοχές εμφανίζονται σκοτεινές στο απεικονιστικό φιλμ. Μόλις εντοπιστεί η περιοχή που έχει υποστεί αλλαγές, άλλες εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν ώστε να εξεταστεί πιο προσεκτικά η περιοχή αυτή.
- Οι εξετάσεις αίματος: Είναι απαραίτητες για τον εντοπισμό μόλυνσης ή αρθρίτιδας, γιατί μπορεί τα αίτια να μην σχετίζονται με εκφύλιση της Σ.Σ.

Τέλος, ο γιατρός θα πρέπει να δώσει εντολή για ειδικές εξετάσεις εάν αυτό είναι απαραίτητο, ώστε να αποκλειστούν προβλήματα που σχετίζονται με περιοχές διάφορες της Σ.Σ. Από όλες αυτές τις εξετάσεις η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο κατάλληλη για την καλύτερη διάγνωση των προβλημάτων που αφορούν τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, διότι μας δείχνει αν υπάρχουν εκφυλίσεις, αλλοιώσεις, αν συμπιέζεται κάποιος μεσοσπονδύλιος δίσκος, και αν υπάρχει στένωση της σπονδυλικής στήλης. Έχει αποδειχτεί ότι έχει καλύτερη απεικόνιση από την αξονική τομογραφία. Αυτό που είναι σημαντικό να υπενθυμίσουμε όμως είναι ότι τα υποκειμενικά ευρήματα και η κλινική εικόνα έχουν την μεγαλύτερη σημασία μιας και αυτά μας βοηθούν περισσότερο στην διάγνωση και όχι τόσο τα απεικονιστικά μέσα.

1.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία οποιουδήποτε προβλήματος της οσφύος, προϋποθέτει τον εντοπισμό των αιτιών. Αφού εξακριβωθούν τα αίτια, η θεραπεία πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη, ανάλογα με τα αίτια που προκάλεσαν το πρόβλημα, την ηλικία, την προδιάθεση, το επάγγελμα, τα προηγούμενα προβλήματα και τις καθημερινές δραστηριότητες (Weiser et al. 2006).

Συντηρητική Θεραπεία

Τα πιο αξιόπιστα μέτρα αντιμετώπισης της οσφυαλγίας είναι τα παρακάτω:

- Ανάπαυση: Παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, αν και η παρατεταμένη ανάπαυση έχει δείξει ότι μπορεί να δημιουργήσει μυϊκή ατροφία, φοβίες και ψυχολογικά προβλήματα, που τελικά δυσκολεύουν την σωστή αποθεραπεία και αυξάνουν τον απαιτούμενο χρόνο ανάρρωσης του ασθενή. Η ανάπαυση θα πρέπει να γίνεται στην πιο άνετη θέση για τον ασθενή, η οποία συνήθως είναι η ύπτια ή η πλάγια με τα γόνατα σε κάμψη. Εάν η θέση στο κρεβάτι είναι επώδυνη, τότε μία αναπαυτική καρέκλα είναι η αμέσως επόμενη επιλογή. Η ανάπαυση ενδείκνυται σε περιπτώσεις οξύ πόνου, γιατί όταν ο πόνος είναι ελαφρύς συνίστανται οι αναπνευστικές ασκήσεις και το ελαφρύ περπάτημα, πλην όμως της ορθοστασίας και της άσκοπης κούρασης.
- Φάρμακα: Υπάρχουν παυσίπονα και μυοχαλαρωτικά, αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την μείωση του τοπικού σπασμού, σε συνδυασμό βέβαια με τοπικές αλοιφές ή θερμοφόρες. Επίσης υπάρχουν και τα πιο σοβαρά φάρμακα όπως είναι τα αντικαταθλιπτικά και τα νευρορρυθμιστικά φάρμακα. Επειδή όμως τα φάρμακα αυτά έχουν παρενέργειες και μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στο γαστρεντερικό σύστημα και ενοχοποιούνται και για αυξημένα θρομβοαγγειακά επεισόδια, καλό θα ήταν να συνδυάζονται με την κατάλληλη διατροφή και να χρησιμοποιούνται με προσοχή (π.χ. ναρκωτικά όπως η πεθιδίνη, δεν είναι

απαραίτητα). Μπορεί ακόμη κανείς να δοκιμάσει επισκληρίδιες εγχύσεις με κορτικοστεροειδή.

- Θερμότητα: Οι ασθενείς βρίσκουν την θερμότητα πολύ ανακουφιστική. Γι' αυτούς που δεν είναι βοηθητική η διάγνωση θα πρέπει να επανεξεταστεί, μιας και τότε δεν μιλάμε για μυϊκό σπασμό και συνδέσμους. Οι τρόποι θερμότητας είναι είτε από θερμοφόρα με ζεστό νερό είτε από θερμαινόμενο μαξιλάρι.
- Προοδευτική κινητοποίηση: Όταν αρχίσει να υποχωρεί ο πόνος, τότε ξεκινά η ήπια κινητοποίηση της Σ.Σ., η οποία είναι πολύ σημαντική μιας και στην περίπτωση που έχει επιτευχθεί ένα πλήρες εύρος κίνησης της Σ.Σ., ο μυς ή ο σύνδεσμος είναι πιθανό να έχει επουλωθεί και επιβεβαιώνεται ότι τα φορτία μπορούν να κατανεμηθούν ισοδύναμα σε ολόκληρη την σπονδυλική στήλη. Επομένως, θα χρειαστεί ένα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας, το οποίο θα περιλαμβάνει ασκήσεις προοδευτικής δυσκολίας, οι οποίες στοχεύουν στην αύξηση της ελαστικότητας, της δύναμης και της αντοχής των κοιλιακών, των ραχιαίων και των γλουτιαίων μυών, ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει σε μεγάλα φορτία. Ο ασθενής επίσης θα πρέπει να προφυλαχτεί από την ανύψωση βάρους για τουλάχιστον 6 εβδομάδες, ενώ κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση του στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Οσφυοϊερός κηδεμόνας: Βοηθά στην προσωρινή υποχώρηση των συμπτωμάτων λόγω ελάττωσης της λόρδωσης. Δεν ενδείκνυται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα στα νεαρά άτομα, διότι η μόνιμη χρήση του δημιουργεί δυσκαμψία στην σπονδυλική στήλη και λιγότερη αντοχή των μυών στις καταπονήσεις, με αποτέλεσμα περισσότερες πιθανότητες επιπλέον τραυματισμού. Είναι μια υποστήριξη της οσφύος σε περιπτώσεις ανύψωσης βάρους ώστε να του υπενθυμίσει και τον σωστό τρόπο εκτέλεσης του. Θα πρέπει να φοριούνται μόνο για ανακούφιση από τον πόνο ή για να προστατέψουν την οσφύ όταν βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο.
- Χειρισμοί: Αν και έχουν θεαματική επιτυχία όταν γίνονται από έμπειρους (οστεοπαθολόγοι, χειροπρακτικοί), οι χειρισμοί πρέπει να εφαρμόζονται σε καλά ελεγμένες οσφυαλγίες, γιατί αν υπάρχει κάποια υποκείμενη αδιάγνωστη πάθηση, τότε είναι επικίνδυνοι.

Είναι κακή αρχή να χειρουργείται μία οσφυαλγία, εκτός και αν έχει διαγνωστεί συγκεκριμένη μηχανική αιτία και εφόσον η συντηρητική θεραπεία και η αλλαγή τρόπου ζωής δεν αποδώσουν (*Dandy & Edwards, 2010*). Η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης, ιδιαίτερα η

σπονδυλοδεσία, πήρε κακό όνομα χωρίς λόγο, αλλά επειδή την επέμβαση ακολουθούσε σοβαρός πόνος και δυσκαμψία, που καθιστούσαν τον ασθενή σε χειρότερη κατάσταση από ότι ήταν πριν την επέμβαση. Η οσφυαλγία μόνη της δεν αποτελεί χειρουργικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται καλύτερα συντηρητικά. Η σπονδυλική στήλη θα πρέπει να υποβάλλεται σε επέμβαση μόνο σε αποδεδειγμένες ανατομικές βλάβες που δεν επιδέχονται αμφισβήτηση, οι οποίες περιορίζουν τις συνήθεις ενδείξεις στις ακόλουθες καταστάσεις:

- Αφαίρεση δίσκου για αποδεδειγμένες προπτώσεις δίσκων με νευρολογικά σημεία.
- Αστάθεια προκαλούμενη από σπονδυλολίσθηση ή ασταθείς δίσκους.
- Σκολίωση, κύφωση και άλλες σπονδυλικές παραμορφώσεις.
- Μερικοί όγκοι και φλεγμονές (*Dandy & Edwards, 2010*).

Φυσικοθεραπεία

Η πρώτη μορφή φυσικοθεραπείας στοχεύει στην χαλάρωση των μυών της οσφύος με διάφορες μεθόδους (μαλάξεις, ηλεκτροθεραπεία, διαθερμίες, υπερήχους, laser). Τα αποτελέσματα θα είναι μείωση του πόνου, βελτίωση της κινητικότητας και της δύναμης και σωστή αντίληψη της μηχανικής συμπεριφοράς της σπονδυλικής στήλης στις διάφορες θέσεις και κινήσεις. Μετά ακολουθεί η κινησιοθεραπεία, καθώς και οι ισομετρικές ασκήσεις των κοιλιακών και των ραχιαίων μυών, οι οποίες είναι κατάλληλες για την ενδυνάμωση του κορμού και συμβάλλουν στην μείωση της συχνότητας και της έντασης των επεισοδίων οσφυαλγίας. Οι ασκήσεις θα πρέπει να εκτελούνται με τέτοιο τρόπο ώστε τα φορτία που θα παραχωθούν από αυτές να μη φορτίζουν τα διάφορα ανατομικά στοιχεία της Σ.Σ. πέρα από τα όρια αντοχής τους και τους προκαλέσουν κάποια βλάβη. Πολύ σημαντική είναι επίσης και η κολύμβηση. Σημείο προσοχής είναι ότι η κινησιοθεραπεία αρχίζει εφόσον έχει περάσει η οξεία φάση του πόνου της οσφύος, γιατί σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να έχουμε περαιτέρω τραυματισμούς. Οι κατηγορίες ασκήσεων που πρέπει να αποφεύγονται λόγω δημιουργίας μεγάλων φόρτων είναι οι ασκήσεις που δημιουργούν μεγάλες ροπές και αυτές που ενεργοποιούν τον λαγονοψοϊτή (*Αθανασόπουλος, 1989*).

1.5. Η ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΔΙΕΘΝΩΣ

Είναι γνωστό ότι το πρόβλημα της οσφυαλγίας απασχολεί μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού στην Ευρώπη. Στην Αμερική, είναι ο 2^{ος} πιο συχνός λόγος επίσκεψης σε φυσικοθεραπευτές (*Deyo & Tsui-Wu, 1987*), ενώ στο Βέλγιο ένα ποσοστό ενηλίκων 58-84% κάποια στιγμή στη ζωή τους θα εμφανίσουν πόνο στην οσφύ (*Goubert et al., 2004*). Επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο πάνω από 100 μέρες το χρόνο είναι η αιτία απουσίας των κατοίκων λόγω προβλημάτων πόνου στην οσφύ (*Papageorgiou et al., 1995*).

Οι παράγοντες που έχουν αποδειχτεί ενοχοποιητικοί για εμφάνιση οσφυαλγίας είναι οι εξής:

- Ηλικία: Αύξηση ηλικίας οδηγεί σε εμφάνιση οσφυαλγίας (*Currie & Wang, 2004 , Ghaffari et al., 2006*).
- Φύλο: Σε βιομηχανία στο Ιράν, περισσότερες ήταν οι γυναίκες με πόνο στην οσφύ σε σχέση με τους άντρες (*Currie & Wang, 2004 , Ghaffari et al., 2006*).
- Είδος εργασίας: Στη Βρετανία βρέθηκε ότι περισσότερα συμπτώματα είχαν άντρες με χειρωνακτική εργασία (*Walsh et al., 1992*).
- Στην Τουρκία μελέτη έδειξε ότι το κάπνισμα, η θρησκεία και η ηλικία μεταξύ 26-45 είναι παράγοντες πρόκλησης πόνου στην οσφύ (*Gilgil et al., 2005*).
- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μελέτη έδειξε ότι ο πόνος σε άλλα σημεία του σώματος, είναι παράγοντας που επηρεάζει τον πόνο στην οσφύ (*Webb et al., 2003*).
- Πολύ σημαντικός παράγοντας εμφάνισης οσφυαλγίας είναι και η λανθασμένη αντίληψη της έννοιας (*Goubert et al., 2004*), όπως επίσης και η άρση βάρους, η επαναλαμβανόμενη άσκηση, η καθιστική εργασία και η μη άσκηση (*Ghaffari et al., 2006*).

Επιδημιολογία της οσφυαλγίας διεθνώς

Από παλαιότερες έρευνες έχουν βρεθεί τα παρακάτω:

- Οι Walsh et al., (1992) στη Βρετανία εξέτασαν ένα δείγμα 2667 ατόμων (1172 άντρες, 1495 γυναίκες), ηλικίας 20-59 ετών και βρήκαν ότι το 58.3% εμφάνισε οσφυαλγία τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του και το 36.1% τον τελευταίο χρόνο.

- Μία μελέτη των Currie & Wang, (2004) στον Καναδά σε ένα τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού (130000 άτομα) άνω των 12 ετών έδειξε πως το 9% (10600 άτομα) εμφάνισαν χρόνια οσφυαλγία, η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες (56.2%), ηλικίας 35 και πάνω (81.6%) και παντρεμένοι (63.4%).
- Οι Gilgil et al., (2005) εξέτασαν ένα δείγμα 3215 ατόμων (100 ομάδες νοικοκυριών) σε μία περιοχή της Τουρκίας (Αττάλεια) και βρήκαν πως το 46.6% έχει εμφανίσει επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής του και το 35.9% τους τελευταίους 12 μήνες, με τον επιπολασμό να φτάνει το 20.1%.
- Το 2006, οι Ghaffari et al., έκαναν μία έρευνα στο Ιράν σε 18031 εργάτες βιομηχανίας αυτοκινήτων, εκ των οποίων μόνο το 4% ήταν γυναίκες. Παρ' όλα αυτά βρέθηκε πως η ετήσια συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας ήταν κατά 7% υψηλότερη από αυτή των αντρών. Γενικά, το 21% εμφάνισε οσφυαλγία, με εβδομαδιαίο επιπολασμό 8.5% και ετήσιο επιπολασμό απουσίας από τη δουλειά 5%.

1.6. Η ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι πόνοι στην περιοχή της οσφύος (οσφυαλγία), είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα του γενικού πληθυσμού (*Stranjalis et al., 2004*). Έτσι και στην Ελλάδα, μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων εργαζομένων και όχι μόνο, υποφέρουν από οσφυαλγία. Η οσφυαλγία αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες δυσκινησίας, απουσίας από την εργασία και χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών, που έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές οικονομικές συνέπειες λόγω αποζημίωσης των εργαζομένων και ιατρικών εξόδων. (*Alexopoulos et al., 2003 , Stranjalis et al., 2004*)

Έχουν γίνει πολλές μελέτες για τον εντοπισμό των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου εμφάνισης πόνου στη μέση. Κάποιοι από αυτούς έχουν να κάνουν με τα ατομικά χαρακτηριστικά του καθενός, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), καθώς και με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, ιδιαίτερα στον εργασιακό τομέα, όπως το εργασιακό άγχος, το ψυχολογικό άγχος, οι συνθήκες εργασίας, το είδος της εργασίας (καθιστική ζωή, συχνή άρση βαρέων αντικειμένων κλπ.), καθώς και το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και το κάπνισμα δείχνουν να συμβάλλουν στην εμφάνιση πόνου στη μέση. (*Antonopoulou et al., 2007*)

Επιδημιολογία της οσφυαλγίας στην Ελλάδα

Υστερα από παλαιότερες έρευνες έχουν καταγραφεί αρκετές περιπτώσεις ασθενών που παρουσίασαν τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους επεισόδιο οσφυαλγίας. Για παράδειγμα, οι Alexopoulos et al., (2003) πραγματοποίησαν μία έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό από 6 μεγάλα νοσοκομεία των Αθηνών, εκ των οποίων 67 άντρες και 284 γυναίκες (σύνολο 351 άτομα). Βρέθηκε πως το 75% (264 άτομα) εμφάνισαν πόνο στη μέση τους τελευταίους 12 μήνες και μεταξύ αυτών το 11% (39 άτομα), παρουσίασαν χρόνια συμπτώματα. Επίσης, μία άλλη μελέτη των Alexopoulos et al., (2004) στη Θεσσαλονίκη, έδειξε ότι από τους 430 οδοντιάτρους, σχεδόν οι μισοί (46%) εμφάνισαν πόνο στη μέση τον τελευταίο χρόνο και περισσότεροι από το 25% αυτών (50 άτομα) παρουσίασαν χρόνια συμπτώματα. Εκτός αυτών, το 2004 οι Stranjalis et al., σε ένα τυχαίο δείγμα 2000 ατόμων γενικού πληθυσμού άνω των 15 ετών, βρήκαν ότι το 31.7% (635 άτομα) είχαν πόνο στη μέση τον τελευταίο μήνα και το 19.9% (126 άτομα) εξ αυτών έμειναν στο κρεβάτι λόγω του πόνου με μέσο όρο 5.5 ημέρες. Ένα 19.1% (54 άτομα) ηλικίας <65 έτη, απουσίασαν από τη δουλειά κατά μέσο όρο 4.52 ημέρες. Ακόμα μία μελέτη των Spyrgopoulos et al., (2007), σε 771 υπάλληλους γραφείου (καθιστική εργασία), εκ των οποίων το 75.8% ήταν γυναίκες, το 61.6% παρουσίαζαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους, το 33% τον τελευταίο χρόνο, το 37.8% τα τελευταία δύο χρόνια και το 41.8% εμφάνιζε πόνο στη μέση για διάστημα μεγαλύτερο των δύο χρόνων. Τέλος, μία έρευνα των Antonopoulou et al., (2007), που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη με δείγμα 455 άτομα ηλικίας 20-75 έτη (μέσο όρο 51.9 έτη), έδειξε πως το 56.9% αυτών παρουσίαζαν οσφυαλγία. Από αυτούς το 44.1% ήταν άντρες και το 66.5% γυναίκες.

Γενικότερα η οσφυαλγία αποτελεί ένα ευρύτερο πρόβλημα ανά τον κόσμο. Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνισή της ποικίλλουν. Όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω κάποιοι από αυτούς είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο κλπ.), ψυχοκοινωνικοί (άγχος, στρες κλπ.), όπως και επαγγελματικοί παράγοντες (είδος εργασίας, ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια από την εργασία κλπ.). Σύμφωνα με μία έρευνα των Manek & MacGregor, (2005) βρέθηκε πως σε 12-μηνιαίο περίοδο επεισοδίων οσφυαλγίας, ο ελληνικός ενήλικος πληθυσμός, ανέφερε πόνο για τουλάχιστον ένα μήνα σε ποσοστό 32%.

Το ποσοστό αυτό σε σχέση με άλλους πληθυσμούς είναι αρκετά υψηλό και αυτό μπορεί να οφείλεται στις χειρονακτικές εργασίες του ενήλικου Έλληνα, όπως η γεωργία. Στοιχεία δείχνουν ότι η οσφυαλγία ξεκινάει από μικρή ηλικία, μεταξύ 8-10 ετών. Ερευνητές έχουν δείξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υπέρβαρων παιδιών κατά τη γέννηση και τον κίνδυνο ανάπτυξης οσφυαλγίας σε άντρες ασθενείς, αλλά όχι σε γυναίκες, υποδηλώνοντας ότι και το προγεννητικό περιβάλλον θα μπορούσε να λειτουργήσει σαν παράγοντας εμφάνισης οσφυαλγίας. (Manek & MacGregor, 2005)

Παρακάτω αναγράφεται ένας πίνακας (Πίνακας 1), όπου φαίνονται επιγραμματικά οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση οσφυαλγίας, αλλά και στη χρονιότητα αυτής. (Manek & MacGregor, 2005)

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης και χρονιότητας οσφυαλγίας (από Manek & MacGregor, 2005)

Εμφάνιση οσφυαλγίας		Χρονιότητα οσφυαλγίας
Ατομικά χαρακτηριστικά	Ηλικία	Παχυσαρκία
	Φύλο	
Μορφωτικό επίπεδο		Κάπνισμα
Υψηλά επίπεδα πόνου/δυσκινησίας		Υγεία
Παροχή υγειονομικής περίθαλψης		
Βάρος κατά τη γέννηση (άντρες)	Ανεργία	
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	Στρες	Θλίψη
	Συμπεριφορά πόνου	Καταθλιπτική διάθεση
	Καταθλιπτική διάθεση	Σωματοποίηση
	Γνωστική λειτουργία	Μεγάλη διάρκεια του πόνου
Επαγγελματικοί παράγοντες	Χειρονακτική διαχείριση υλικών	Δυσαρέσκεια από τη δουλειά
	Μονότονα καθήκοντα	Έλλειψη ελαφρών καθηκόντων
	Έλεγχος στην εργασία	Άρση αντικειμένων για παραπάνω από τα ¼ της ημέρας
	Δυσαρέσκεια από τη δουλειά	
	Κοινωνική υποστήριξη/εργασιακές σχέσεις	
	Νυχτερινές βάρδιες	
	Κάμψη και στροφή	
	Κραδασμούς σε όλο το σώμα	

Σύμφωνα με την έρευνα του Manchikanti το 2000, όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται και το ποσοστό εμφάνισης και επιμονής της οσφυαλγίας. Αυτό φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Μέση ηλικία που σχετίζεται με την εμφάνιση και επιμονή της οσφυαλγίας
(Manchikanti L., 2000)

	Ποσοστό εμφάνισης/ επιμονής οσφυαλγίας
Παιδιά και έφηβοι	12%
Ενήλικες	15%
Γηραιότεροι/ Ηλικιωμένοι	27%

Όσον αφορά το κάπνισμα, είναι ακόμα αβέβαιο αν επηρεάζει αυτό καθεαυτό την εμφάνιση οσφυαλγίας ή αν είναι απλά ένας δείκτης για άλλους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση οσφυαλγίας (π.χ. ψυχοκοινωνικοί). Η έρευνα των Hareby et al., (1996), δεν έδειξε συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ψυχικών προβλημάτων, έδειξε όμως μία συσχέτιση ανάμεσα στο βαρύ κάπνισμα (16 ή περισσότερα τσιγάρα/ημέρα) και την ανεργία, την αναρρωτική άδεια, καθώς και σε άτομα που μένουν μόνα τους.

Συνοψίζοντας, υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης οσφυαλγίας και δεν αφορούν μόνο τα ατομικά στοιχεία του καθενός, αλλά και εξωτερικούς παράγοντες. Επιγραμματικά λοιπόν, η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας τα τελευταία χρόνια και μπορεί να εμφανιστεί εξαιτίας αρκετών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), το άγχος (εργασιακό/ψυχολογικό), το στρες, οι συνθήκες εργασίας, το είδος εργασίας και το κάπνισμα. Όσον αφορά τη θεραπεία, πρέπει πρώτα να εξακριβωθούν και να απομονωθούν τα αίτια πρόκλησης του πόνου, καθώς ποικίλλουν, και να αποφασίσει ο θεράπων ιατρός πώς θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα, αφού γίνουν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις. Σημαντικά στοιχεία αποτελούν το ιστορικό του πόνου, όπως και το προσωπικό ιστορικό των ασθενών, καθώς βοηθούν στη σωστή πρόληψη και αντιμετώπιση. Φαίνεται πως η υποκειμενική αξιολόγηση και τα κλινικά ευρήματα από την εξέταση, πέραν των απεικονιστικών

ευρημάτων, οδηγούν τον ιατρό στην τελική απόφαση και αιτία του προβλήματος, όπως και στον τρόπο αντιμετώπισής του. Συνήθως, ακολουθείται και προτιμάται η συντηρητική θεραπεία, εκτός αν δεν υπάρχει άλλη επιλογή. Αυτό ενισχύει πολύ τον ρόλο της φυσικοθεραπείας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων οσφυαλγίας και των μέσων αντιμετώπισής της. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί πως η Ελλάδα αποτελεί μειονότητα στον τομέα των ερευνών περί οσφυαλγίας, καθώς δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες σε σχέση με αυτές που έχουν καταγραφεί σε διεθνές επίπεδο. Γι' αυτό, η έρευνα που ακολουθήσαμε αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι στη διερεύνηση των προβλημάτων και επιδημιολογικών στοιχείων της οσφυαλγίας στην Ελλάδα, καθώς πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας και συγκεκριμένα της Αχαΐας.

1.7. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ

Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 3), παρουσιάζονται συνοπτικά οι μελέτες που έγιναν σε διεθνή και ελλαδικό χώρο.

Πίνακας 3. Συνοπτική ανάλυση ερευνών

Μελέτη	Χώρα/Μέγεθος δείγματος	Δείγμα	Μέσα αξιολόγησης	Αποτελέσματα
Alexopoulos et al., 2003	Ελλάδα(Αθήνα)/ 351 άτομα	Νοσηλευτικό προσωπικό	Ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε πληροφορίες σχετικά με τη δουλειά, το ιστορικό απασχόλησης, τα ατομικά χαρακτηριστικά, σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου στο χώρο εργασίας, τη γενική κατάσταση της υγείας και την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων.	Το 75% παρουσίασε πόνο στη μέση τους τελευταίους 12 μήνες και το 11% αυτών χρόνια προβλήματα
Alexopoulos et al., 2004	Ελλάδα(Θεσ/κη) /430 άτομα	Οδοντίατροι	Ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε στοιχεία σχετικά με το σωματικό και ψυχοκοινωνικό φόρτο εργασίας, την ανάγκη για αποκατάσταση, την αντίληψη της γενικής τους υγείας, την εμφάνιση μυοσκελετικών συμπτωμάτων τους τελευταίους 12 μήνες, χρόνια παράπονα για τουλάχιστον 1 μήνα, την απουσία από την εργασία και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.	62%: "Τουλάχιστον 1 μυοσκελετικό πρόβλημα 30%: Χρόνια συμπτώματα 16%: Απουσία από την εργασία 32%: Αναζήτησε ιατρική φροντίδα
Antonopoulou et al., 2007	Ελλάδα (Κρήτη)/455 άτομα	Ηλικίας 20-75 έτη	Η ελληνική έκδοση του γενικού σκανδιναβικού (Nordic) ερωτηματολογίου για την ανάλυση των μυοσκελετικών παθήσεων (NMQ).	56.9%: Παρουσίασαν οσφυαλγία 34.1%: Πόνος στον αυχένα 29.9%: Πόνος στον ώμο 27.9%: Πόνος στο γόνατο

Currie & Wang, 2004	Καναδάς/ 130000 άτομα	Τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού >12 ετών	CCHS-1.1 ερωτηματολόγιο (τηλεφωνικώς ή μέσω υπολογιστή)	9%: Χρόνια οσφυαλγία, περισσότερες γυναίκες, ηλικίας>35 ετών, έγγαμοι
Ghaffari et al., 2006	Ιράν/18031 άτομα	Εργάτες σε βιομηχανία αυτοκινήτων	Ερωτηματολόγιο Nordic, δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία	21%: Παρουσίασαν οσφυαλγία Ετήσιος επιπολασμός κατά 7% υψηλότερος από άντρες 8.5%: Εβδομαδιαίος επιπολασμός 5%: Ετήσιος επιπολασμός απουσίας από την εργασία
Gilgil et al., 2005	Τουρκία/3215 άτομα	100 ομάδες νοικοκυριών >16 ετών	Συλλογή στοιχείων για αυτοαναφερόμενη οσφυαλγία από μελέτη που έγινε για ρευματικές παθήσεις κατά τη διάρκεια 6 μηνών	46.6%: Εμφάνιση οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους 35.9%: Τους τελευταίους 12 μήνες 20.1%: Επιπολασμός της οσφυαλγίας
Spyropoulos et. al, 2007	Ελλάδα/771 άτομα	Υπάλληλοι γραφείου (καθιστική εργασία)	Ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης οσφυαλγίας, καθώς και συλλογή προσωπικών και ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών και εργονομία εργασίας.	61.6%: Τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους 33%: Εμφάνιση οσφυαλγίας τον τελευταίο χρόνο 37.8%: Εμφάνιση οσφυαλγίας τα τελευταία 2 χρόνια 41.8%: Εμφάνιση οσφυαλγίας για διάστημα >2 χρόνων
Stranjalis et al., 2004	Ελλάδα/2000 άτομα	Τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού άνω των 15 ετών	Προσωπικές συνεντεύξεις. Συλλέχθηκαν πληροφορίες σχετικά με πόνο στη μέση και κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά	31.7%: Εμφάνισαν πόνο στη μέση τον τελευταίο μήνα και από αυτούς το 19.9%: Έμειναν στο κρεβάτι για μέσο όρο 5.5 μέρες 19.1%: Άτομα ηλικίας <65 έτη απουσία από τη δουλειά για μέσο όρο 4.52 μέρες
Walsh et al., 1992	Βρετανία/2667 άτομα	1172 άντρες, 1495 γυναίκες 20- 59 ετών	Ένα ερωτηματολόγιο στάλθηκε ταχυδρομικώς σε κάθε άτομο και ρωτούσε για συμπτώματα οσφυαλγίας και αν σχετίζονται με αναπηρία οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους και ειδικά τον τελευταίο χρόνο	58.3%: Εμφάνιση οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους 36.1%: Εμφάνιση οσφυαλγίας τον τελευταίο χρόνο

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα αυτή έγινε με στόχο την εύρεση του ποσοστού οσφυαλγίας καθώς και άλλων πιθανών σημαντικών επιδημιολογικών στοιχείων από κοινωνικά, δημογραφικά και στοιχεία σχετικά με το πρόβλημα των ασθενών στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας, και συγκεκριμένα της Πάτρας. Επίσης, μέσα από αυτήν την έρευνα μπόρεσαν να καταγραφούν οι επιπτώσεις του προβλήματος στους απευθυνόμενους του ερωτηματολογίου και να δημιουργηθεί μια σωστή εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί αυτή τη στιγμή στον Ελλαδικό χώρο.

2.1 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελούνταν από ενήλικες (άνω των 18 χρόνων) άτομα, Έλληνες πολίτες, κάτοικοι των περιοχών της Πάτρας (κέντρο-αστική περιοχή) και του Ρίου (Ακταίο/Βερναδέικα-ημιαστική), καθώς θέλαμε αντιπροσώπευση από μια αστική (>10000 κατοίκων) περιοχή και μια ημιαστική (μεταξύ 2000 & 10000 κατοίκων). Μοναδικό κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η ηλικία των ατόμων (<18 & >75).

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και πραγματοποιήθηκε από δύο τελειόφοιτους σπουδαστές, καθένας από τους οποίους είχε αναλάβει και από μία περιοχή. Συγκεκριμένα, για την κάθε περιοχή, η δειγματοληψία ξεκίνησε από το σημείο αναφοράς μηδέν (0), το οποίο συνήθως ήταν το κεντρικότερο σημείο της οριζόμενης περιοχής (π.χ. η κεντρική πλατεία κτλ). Από εκεί, δόθηκαν σαφείς οδηγίες για παροχή δείγματος από κάθε τρίτο οίκημα και από τις δύο πλευρές των δρόμων. Η συμμετοχή των πολιτών ήταν απολύτως εθελοντική, εμπιστευτική και απόρρητη, ενώ υπήρχε η δυνατότητα απόσυρσης της συμμετοχής τους οποιαδήποτε στιγμή το ήθελαν. Προηγήθηκε δε, ενημέρωση για την σπουδαιότητα της συμμετοχής τους στη μελέτη και για τον σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής του ερωτηματολογίου, και μετά από την ενημέρωση, αν ήθελαν να συμμετάσχουν έδιναν την γραπτή συναίνεσή τους.

Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 124 άτομα γενικού πληθυσμού, από τους οποίους οι 66 ήταν άντρες (53,2%) και οι υπόλοιπες 58 ήταν γυναίκες (46,8%). Το κατώτατο όριο ηλικίας ήταν τα 18 χρόνια και επίσης το δείγμα αποτελούνταν από άτομα που κατοικούσαν στην περιοχή της Πάτρας και του Ρίου (Ακταίο-Βερναδέικα).

2.2 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκε μία φόρμα-ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα) το οποίο αποτελούνταν από τα εξής:

1. Έντεκα ερωτήσεις με προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία του ατόμου (φύλο, ηλικία κτλ.)
2. Δεκαέξι ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της οσφυαλγίας (λειτουργικά προβλήματα, υποτροπές, ιστορικό κτλ.)
3. Δύο ερωτήσεις σχετικά με προηγούμενο ιατρικό ιστορικό (προηγούμενα χειρουργεία κτλ.) καθώς και
4. Τέσσερα έγκυρα αυτοαναφερόμενα (self-reported) ερωτηματολόγια. Τα δύο ήταν ειδικά για οσφυαλγία (disease-specific), το Roland-Morris Disability Questionnaire για την ανικανότητα και το Keele STarT Back Screening Tool, και δύο γενικά ερωτηματολόγια, το Hospital Anxiety and Depression scale για ψυχοκοινωνικές παραμέτρους και το SF-12 General Health Survey για τη γενική υγεία.

Οι νεοδημιουργηθείσες ερωτήσεις που εντάχθηκαν στην φόρμα προήλθαν μετά από ενδελεχή μελέτη και αναζήτηση στοιχείων και παραγόντων που φαίνεται ότι επηρεάζουν την δημιουργία και την εξέλιξη της οσφυαλγίας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είναι αυτές που έχουν ως απάντηση ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ. Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου είναι αυτές που η απάντηση τους χρειάζεται παραπάνω στοιχεία. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν 16 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 9 ερωτήσεις ανοιχτού. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είχαν να κάνουν με το:

- Αν υπήρχε πόνος στη μέση τις τελευταίες 4 εβδομάδες
- Αν αυτός ο πόνος ήταν αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει ή να αλλάξει την καθημερινή τους ρουτίνα πάνω από μία ημέρα
- Αν ο πόνος απλώθηκε κάτω στο πόδι , και κάτω από το γόνατο και αν αυτός ο πόνος περιορίσε τις καθημερινές δραστηριότητες για πάνω από μία ημέρα
- Αν ακολούθησαν κάποια μορφή θεραπείας
- Αν υποβλήθηκαν σε κλινοστατισμό
- Αν πήραν αναρρωτική άδεια από την δουλειά τους
- Αν είχαν προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας στο παρελθόν και αν ήταν ίδιου τύπου με το τωρινό
- αν υπάρχουν άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, χειρουργεία
- αν λόγω κατάστασης της σωματικής υγείας ή λόγω συναισθηματικού προβλήματος κατάφεραν λιγότερα από όσα ήθελαν και περιορίσαν το είδος των δραστηριοτήτων ή της δουλειάς τους.

Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου αφορούσαν την ηλικία, το επάγγελμα, την ασφάλεια υγείας, τα χόμπυ τους, τον επαγγελματία υγείας που επισκέφτηκαν καθώς και την διάγνωση που τους έδωσε, τη θεραπεία, τα μυοσκελετικά προβλήματα που μπορεί να είχαν, και τα προηγούμενα χειρουργεία. Για την καλύτερη και πιο σαφή εικόνα της κατάστασης του ασθενή, υπήρχε στο ερωτηματολόγιο μια 10βάθμια κλίμακα, γνωστή ως οπτικοαναλογική κλίμακα ή *Visual Analogue Scale (VAS)*, η οποία έδειχνε την ένταση του πόνου που ένιωθε ο ασθενής στα καλύτερά του και αντίστοιχα στα χειρότερά του, και την συνηθισμένη ένταση του πόνου του ασθενή. Επίσης, για να γνωρίζουμε το ακριβές σημείο του πόνου στο σώμα του ασθενή, χρησιμοποιήσαμε έναν χάρτη του ανθρώπινου σώματος με δύο όψεις (γνωστό ως *body chart*), πρόσθια και οπίσθια, στον οποίο ο ασθενής καλείτο να σημειώσει το ακριβές σημείο στο οποίο ένιωθε τον πόνο (*Papageorgiou et al., 1995*).

Επιπλέον, για να πάρουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την έκταση του προβλήματος του κάθε ασθενή, στο ερωτηματολόγιό μας χρησιμοποιήσαμε κάποια διεθνούς βεληνεκούς ερωτηματολόγια, μεταφρασμένα στα ελληνικά, τα οποία περιλαμβάνουν ερωτήσεις ή/και προτάσεις, οι οποίες διευκολύνουν το κάθε άτομο να απαντήσει επιλέγοντας τις προτάσεις που τον

εκφράζουν, σημειώνοντας ένα (✓). Με αυτόν τον τρόπο, συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τα άτομα με οσφυαλγία στην καθημερινότητα τους, την ανικανότητά τους, καθώς και τη γενική κατάσταση της υγείας τους, ψυχολογική και σωματική. Στο τέλος των ερωτηματολογίων αυτών μετράται ένα σκορ, ανάλογα με τις απαντήσεις του καθενός, έτσι ώστε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα και μεταξύ τους, αλλά και με άλλες έρευνες και να καταγραφεί μία μέση τιμή όσον αφορά το συγκεκριμένο δείγμα. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ήταν τα εξής:

- The Keele Start Back Screening Tool (STarT Back)
- Roland-Morris Disability Index
- Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression scale (κλίμακα HAD)
- Το SF-12 Health Survey

Keele Start Back Screening Tool

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 9 ερωτήσεις/προτάσεις οι οποίες αναφέρονται σε 9 διαφορετικά προβλήματα:

- Εάν ο πόνος επεκτάθηκε στο(-α) κάτω άκρο(-α)
- Εάν υπήρχε πόνος στον ώμο ή τον αυχένα
- Εάν λόγω του πόνου περιορίστηκαν οι καθημερινές τους δραστηριότητες (2 ερωτήσεις)
- Εάν πιστεύουν πως η κατάστασή τους δεν πρόκειται να βελτιωθεί ποτέ (bothersomeness)
- Εάν στην κατάστασή τους είναι ή όχι ασφαλές να είναι σωματικά δραστήριοι (catastrophizing)
- Εάν νιώθουν φόβο
- Εάν έχουν άγχος και
- Εάν έχουν κατάθλιψη

Οι ερωτήσεις 5-9 αφορούν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου. Σύμφωνα με το σκορ που σημειώνεται, οι ασθενείς χωρίζονται σε τρεις ομάδες κινδύνου:

- Χαμηλού κινδύνου (low risk) θεωρούνται οι ασθενείς με συνολικό σκορ 0-3 ($n < 4$)

- Μέσου κινδύνου (medium risk) οι ασθενείς με συνολικό σκορ ($n \geq 4$) και
- Υψηλού κινδύνου (high risk) οι ασθενείς που στις ερωτήσεις 5-9 (ψυχοκοινωνική κατάσταση) σημειώνουν σκορ ($n \geq 4$)

Με τον τρόπο αυτό, εντοπίζουμε ποιού ασθενείς χρειάζονται άμεσα αποκατάσταση. Το εργαλείο αυτό σε πρόσφατες μελέτες παρουσίασε καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και έγινε αποδεκτό από γιατρούς και ασθενείς (Hill et al., 2008).

Roland-Morris Disability Index

Το Roland-Morris Disability Index πρόκειται για ένα ειδικό για την οσφυαλγία (disease-specific) ερωτηματολόγιο, το οποίο μετράει το μέγεθος της ανικανότητας (disability) των ασθενών.

Αποτελείται από μία λίστα που περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους, άτομα με πόνο στη μέση και κατά πόσο αυτός επηρεάζει την καθημερινότητά τους. Οι ερωτώμενοι καλούνται να σημειώσουν τις εκφράσεις που περιγράφουν και τη δική τους κατάσταση. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης της ανικανότητας-αναπηρίας ατόμων με οσφυαλγία και οι κλινικοί που το χρησιμοποιούν, ενδιαφέρονται κυρίως για την αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας στην αναπηρία των ασθενών τους. Σκοπός του εν λόγω ερωτηματολογίου είναι να καταγραφεί το ποσοστό αναπηρίας κάθε ασθενή μετά τη θεραπεία (Riddle et al., 1998).

Σημαντική ήταν η εξέταση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου μεταφρασμένου στα ελληνικά, έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Τη δουλειά αυτή, ανέλαβαν οι Boscainos et al., (2003) όπου χορήγησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σε 697 ασθενείς με οσφυαλγία και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ελληνική έκδοσή του αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης ελληνόφωνων ασθενών με οσφυαλγία.

Κλίμακα HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Η συγκεκριμένη κλίμακα είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Συγκεκριμένα, αποτελείται από 14

ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και συγκεκριμένα το άγχος και την κατάθλιψη που νιώθουν. Η Κλίμακα HAD, αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaitth το 1983. Σκοπός της είναι να παρέχει στους γιατρούς ένα αξιόπιστο, έγκυρο, αποδεκτό και εύκολο στη χρήση εργαλείο για τον εντοπισμό και την ποσοτικοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης (*Michopoulos et al., 2008*).

Η διαδικασία μέτρησης έχει ως εξής: Οι ασθενείς απαντούν σε μία κλίμακα τεσσάρων τιμών(0-3) έτσι ώστε το σκορ να κινείται μεταξύ 0-21 τόσο για την κλίμακα μέτρησης άγχους όσο και για αυτή της κατάθλιψης. Σε φυσιολογικά επίπεδα κινούνται οι ασθενείς με σκορ 0-7, εκείνοι με σκορ 8-10 πιθανώς να εμφανίσουν κάποια διαταραχή, ενώ αυτοί με σκορ 11 και πάνω εμφανίζουν σίγουρα κάποια διαταραχή (άγχους ή/και κατάθλιψης) (*Snaitth P. R., 2003*).

Η κλίμακα μέτρησης άγχους αποτελείται από τις ερωτήσεις 1-3-5-7-9-11-13 και εκείνη της κατάθλιψης από τις ερωτήσεις 2-4-6-8-10-12-14.

Πολλές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την εγκυρότητα της Κλίμακας HAD, καθώς είναι διαθέσιμο σε πάρα πολλές γλώσσες και πολύ εύκολα κατανοητό από τους ασθενείς (*Snaitth P. R., 2003*).

Η Κλίμακα HAD, δεν αναφέρεται μόνο σε ασθενείς, αλλά και στον ευρύτερο γενικό πληθυσμό. Μετά από μετρήσεις των Michopoulos et al., (2008) σε ένα δείγμα του ελληνικού πληθυσμού (ασθενείς και μη), φάνηκε πως οι ασθενείς γενικότερα είναι πιο αγχώδεις και καταθλιπτικοί απ' ότι άτομα του γενικού πληθυσμού, το οποίο φαίνεται λογικό.

Κλίμακα SF-12

Η Κλίμακα SF-12 αποτελεί ένα γενικό ερωτηματολόγιο υγείας σχετικά με την άποψη των ίδιων των ασθενών για τη γενική τους υγεία, με σκοπό να συλλέξουμε πληροφορίες για το πώς αισθάνονται οι ασθενείς και κατά πόσο μπορούν να ασχοληθούν με τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες. Σε μία προσπάθεια να μειώσουν το βάρος των ερωτηθέντων, οι Ware et al. επέλεξαν ένα υποσύνολο των 12 ερωτήσεων από την SF-36 (των 36 ερωτήσεων) κλίμακα και κατασκεύασαν μία πιο σύντομη εκδοχή της έρευνας για την υγεία κλίμακας, την οποία ονόμασαν SF-12 κλίμακα. Όπως και η SF-36, έτσι και η SF-12 κλίμακα χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: περιληπτική βαθμολόγηση σωματικών παραμέτρων (Physical Component Summary ή PCS) και περιληπτική βαθμολόγηση ψυχικών παραμέτρων (Mental

Component Summary ή MCS). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της SF-12 κλίμακας, είναι καλά τεκμηριωμένη σε ένα γενικό πληθυσμό (Luo et al., 2003).

Επειτα από μια μελέτη των Kontodimopoulos et al., (2007) όπου χορήγησαν το SF-12 ερωτηματολόγιο σε ένα δείγμα 1005 ατόμων του ελληνικού πληθυσμού, αποδείχθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης του SF-12.

2.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Ο τρόπος με τον οποίο χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια, ήταν μέσω προσωπικής συνέντευξης σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού από τους ίδιους τους σπουδαστές. Η διαδικασία έγινε ως εξής:

Στην αρχή γινόταν μια διερευνητική ερώτηση για το αν έχουν οσφυαλγία, και όσοι δεν είχαν, απλά καταγραφόταν φύλο και ηλικία και τελείωνε εκεί η συνέντευξη. Τα άτομα έπρεπε να απαντήσουν σε προσωπικές ερωτήσεις, που είχαν να κάνουν με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και τις ώρες εργασίας ημερησίως. Επίσης, ερωτήσεις σχετικά με τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο, το ετήσιο εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση, την ασφάλεια υγείας, το κάπνισμα, καθώς και τα χόμπυ ή κάποιες δραστηριότητες. Έπειτα, για απομόνωση του δείγματος, ακολούθησε η ερώτηση σχετικά με τον πόνο στην οσφύ τον τελευταίο μήνα, ο οποίος δεν οφειλόταν σε πυρετό ή έμμηνο ρήση. Όσοι απάντησαν θετικά προχώρησαν στις επόμενες ερωτήσεις που αφορούσαν την ένταση του πόνου, τη συχνότητα, όπως και την αντανάκλασή του στο πόδι (ισχιαλγία) ή/και κάτω από το γόνατο. Στη συνέχεια κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την επίσκεψη σε κάποιον επαγγελματία υγείας, τις εξετάσεις που υποβλήθηκαν, τη διάγνωση και τη θεραπεία που ακολούθησαν. Εν συνεχεία, σειρά είχαν ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με το ιστορικό παλαιότερων επεισοδίων οσφυαλγίας, άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων και προηγούμενων χειρουργείων. Τέλος, δόθηκε ένας χάρτης σώματος, όπου ζητήθηκε να σημειώσουν τις περιοχές του πόνου και τα επιπλέον ερωτηματολόγια Start-Back, Roland-Morris, κλίμακα HAD και SF-12.

2.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Συγκεκριμένα, για αριθμητικά δεδομένα (interval data), όπως είναι η ηλικία και τα σκορ των επιμέρους ερωτηματολογίων που συμπεριλάβαμε στο τελικό ερωτηματολόγιο (STarT-Back, Roland-Morris, Κλίμακα HAD, Κλίμακα SF-12), χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (standard deviation), διακυμάνσεις (variance), καθώς και ελάχιστες (minimum) και μέγιστες (maximum) τιμές. Για δεδομένα που εμπίπτουν σε κατηγορίες (categorical and nominal data), όπως το φύλο, η μόρφωση, το κάπνισμα κ.ά., χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες (frequency) και ποσοστά (percent). Επιπλέον, για ορισμένα δεδομένα έγιναν συσχετίσεις μέσω της δοκιμασίας Pearson's correlation coefficient, προκειμένου να διευκρινιστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Συγκεκριμένα συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (STarT-Back, Roland-Morris, HAD, SF-12), της δεκαβάθμιας κλίμακας του πόνου (VAS), των προηγούμενων χειρουργείων, καθώς και της προοδευτικότητας της βελτίωσης με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το ετήσιο εισόδημα, το κάπνισμα, τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω πόνου στην περιοχή της οσφύος, την ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα, τον πόνο κάτω από το γόνατο, τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω ισχιαλγίας, τη συχνότητα του πόνου και των προηγούμενων χειρουργείων. Η ανάλυση έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (Version 19.0).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 124 άτομα, από τα οποία οι 66 (53.2%) ήταν άντρες και οι 58 (46.8%) γυναίκες. Το ποσοστό των ατόμων που παρουσίασαν οσφυαλγία, ήταν 48 άτομα (38.7%) και ηλικίας μεταξύ 19 και 84 ετών. Από αυτά τα 48 άτομα οι 22 (45.8%) ήταν άντρες και οι 26 (54.2%) γυναίκες. Παρατηρήθηκε ότι το 68.8% (33 άτομα) αυτών ζούσε σε αστική περιοχή. Επιπλέον, βρέθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση (47.9%), ακολουθούσαν τα άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (39.6%) και τέλος ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 12.5% ανήκαν στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (δημοτικό). Επίσης, τα περισσότερα άτομα που εμφάνισαν οσφυαλγία ήταν έγγαμοι, σε ποσοστό 47.9%. Αξίζει να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με οσφυαλγία, είχαν ετήσιο εισόδημα 7200€-14400€(29.2%). Τέλος, οι καπνιστές υπερिशύουν των μη καπνιστών, όσον αφορά την εμφάνιση οσφυαλγίας, καθώς το ποσοστό τους ανέρχεται σε 56.2%. Παρακάτω εμφανίζεται ένας πίνακας (Πιν. 4) με τα προσωπικά στοιχεία (προφίλ) του δείγματος.

Πίνακας 4. Προφίλ του δείγματος (n=48)

		Συχνότητα (Ποσοστό %)
Φύλο	Άντρες	22 (45.8%)
	Γυναίκες	26 (54.2%)
Περιοχή	Αστική	33 (68.8%)
	Ημιαστική	15 (31.2%)
Μόρφωση	Δημοτικό	6 (12.5%)
	Γυμνάσιο	3 (6.3%)
	Λύκειο	16 (33.3%)
	Τριτοβάθμια	23 (47.9%)
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος-η	18 (37.5%)
	Έγγαμος-η	23 (47.9%)
	Διαζευγμένος-η	5 (10.4%)
	Χήρος-α	2 (4.2%)
Ετήσιο εισόδημα	0	9 (18.8%)
	<7200€	9 (18.8%)
	7200€-14400€	14 (29.2%)
	14.400€-24000€	11 (22.9%)
	>24000€	5 (10.4%)
Κάπνισμα	Όχι	21 (43.8%)
	Λίγο(1-2	

	πακέτα/εβδομάδα)	10 (20.8%)
	Πολύ(1-2 πακέτα/ημέρα)	17 (35.4%)

Όσον αφορά το πρόβλημα της οσφυαλγίας και το συνοδό ιστορικό, το ποσοστό των ατόμων που είχαν οσφυαλγία, παρουσίασαν πόνο τον τελευταίο μήνα. Από αυτούς, το 60.4% περιόρισε τις δραστηριότητές του λόγω του πόνου, το 35.4% εμφάνισε πόνο στο κάτω άκρο (ισχιαλγία) και το 16.7% ανέφερε ότι ο πόνος απλώθηκε και κάτω από το γόνατο. Επί προσθέτως, ένα ποσοστό της τάξεως του 31.3% περιόρισε τις δραστηριότητές του λόγω της ισχιαλγίας. Όσον αφορά τη συχνότητα του πόνου, το 37.5% παρουσίαζε πόνο κάποιες μέρες, το 33.3% τις περισσότερες μέρες και το υπόλοιπο 29.2% κάθε μέρα. Αξίζει να σημειωθεί πως το 66.7% επισκέφθηκε κάποιον ειδικό για το πρόβλημά του. Οι εξετάσεις που υποβλήθηκαν οι ασθενείς, ήταν η ακτινογραφία (X-RAY) σε ποσοστό 27.1%, η μαγνητική (MRI) σε 14.6%, παραπάνω από δύο εξετάσεις σε 6.3%, και το 33.3% δεν υποβλήθηκε σε καμία εξέταση. Ένα ποσοστό 68.8% ακολούθησε κάποια θεραπεία και ένα 39.6% υπεβλήθη σε κλινοστατισμό για κάποιο χρονικό διάστημα. Επίσης το 33.3% πήρε αναρρωτική άδεια από την εργασία του, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που δεν παρουσίασε πόνο για πάνω από έναν μήνα, ανέφερε πως αυτό συνέβη σε διάστημα μικρότερο των τριών μηνών (31.3%). Παλαιότερα επεισόδια οσφυαλγίας ανέφεραν 8 μόνο άτομα (16.7%) και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα μόνο οι 11 (22.9%). Οι 34 (70.9%) από τους 48 ανέφεραν βελτίωση στο πρόβλημά τους, οι 11 (22.8%) στάσιμη κατάσταση και οι υπόλοιποι 3 (6.3%) επιδείνωση της κατάστασής τους. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί, ότι οι 27 (56.3%) είχαν υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο στο παρελθόν. Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 5) παρουσιάζονται τα παραπάνω στοιχεία αναλυτικότερα.

Πίνακας 5. Στοιχεία ιστορικού της οσφυαλγίας του δείγματος (n=48)

		Συχνότητα (Ποσοστό %)
Περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω οσφυαλγίας	Ναι	29 (60.4%)
Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα	Ναι	17 (35.4%)
Πόνος κάτω από το γόνατο	Ναι	8 (16.7%)
Περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω ισχιαλγίας	Ναι	15 (31.3%)

Συχνότητα πόνου	Κάποιες μέρες	18 (37.5%)
	Τις περισσότερες μέρες	16 (33.3%)
	Κάθε μέρα	14 (29.2%)
Επίσκεψη σε ειδικό	Ναι	32 (66.7%)
Εξετάσεις	Καμία	25 (52.1%)
	Ακτινογραφία	13 (27.1%)
	Μαγνητική (MRI)	7 (14.6%)
	≥2	3 (6.2%)
Θεραπεία	Ναι	33 (68.8%)
Κλινοστατισμός	Ναι	19 (39.6%)
Αναρρωτική άδεια	Ναι	16 (33.3%)
Διάστημα χωρίς πόνο για έναν ολόκληρο μήνα	<3 μήνες	15 (31.3%)
	3-7 μήνες	11 (22.8%)
	7 μήνες-3 χρόνια	14 (29.2%)
	>3 χρόνια	8 (16.7%)
Προηγούμενα επεισόδια οσφυαλγίας	Ναι	8 (16.7%)
Βελτίωση	Σίγουρη βελτίωση	9 (18.8%)
	Βελτίωση	25 (52.1%)
	Στάσιμη κατάσταση	11 (22.8%)
	Επιδείνωση	3 (6.3%)
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα	Ναι	11 (22.8%)
Προηγούμενα χειρουργεία	Ναι	27 (56.3%)

Από τις μετρήσεις βρέθηκε ότι τα άτομα που εμφάνιζαν οσφυαλγία ήταν ηλικίας 19-84 ετών με μέσο όρο 47.44 ± 17.52 . Όσον αφορά τις ώρες εργασίας ημερησίως, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 ώρες και η μέγιστη έφτανε τις 14 ώρες με μέσο όρο 4.56 ± 4.78 . Έπειτα αναλύσαμε τις μετρήσεις από την κλίμακα VAS, όπου όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω, είναι μία κλίμακα βαθμονόμησης του πόνου από 0 έως 10 και τα αποτελέσματα που πήραμε ήταν τα εξής:

- Η συνηθισμένη ένταση του πόνου είχε μέσο όρο 5.79 ± 1.92
- Ο μέσος όρος του πόνου στα καλύτερά του ήταν 1.79 ± 1.68 και
- Ο μέσος όρος του πόνου στα χειρότερά του ήταν 8.67 ± 1.62

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου STarT Back, το οποίο διαχωρίζει τους ασθενείς σε τρεις ομάδες κινδύνου (χαμηλού-μέσου-υψηλού), έδειξαν πως κατά μέσο όρο τα άτομα ανήκουν σε ομάδα χαμηλού κινδύνου, με τιμή 2.58 ± 2.08 .

Από το ερωτηματολόγιο Roland-Morris, όπου μετράται το ποσοστό ανικανότητας/αναπηρίας των ασθενών, προέκυψε ότι ο μέσος όρος αυτού ήταν 7.88 ± 6.08 .

Όσον αφορά την κλίμακα HAD, η οποία αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών με το σκορ να κινείται μεταξύ 0-21 και οι ασθενείς να χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Στην κλίμακα μέτρησης του άγχους ο μέσος όρος ήταν 19.98 ± 1.9 και
- Στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης ο μέσος όρος ήταν 15.54 ± 1.13

Τέλος, τα αποτελέσματα της κλίμακας SF-12, το οποίο αποτελεί ένα γενικό ερωτηματολόγιο υγείας, έχουν ως εξής:

- Στη βαθμολόγηση σωματικών παραμέτρων (Physical Component Summary ή PCS) ο μέσος όρος ήταν 45.1 ± 9.3 και
- Στη βαθμολόγηση ψυχικών παραμέτρων (Mental component Summary ή MCS) ο μέσος όρος ήταν 54.7 ± 7

Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 6) εμφανίζονται τα παραπάνω αποτελέσματα συγκεντρωτικά.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα ερωτηματολογίων και εντάσεως πόνου (n=48)

	Ελάχιστη-Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)
Ηλικία	19-84	47.44 (17.52)
VAS-Πόνος στα καλύτερα	0-6	1.79 (1.68)
VAS-Πόνος στα χειρότερα	4-10	8.67 (1.62)
Start Back Total (1-9)	0-8	2.58 (2.08)
Start back Subtotal (5-9)	0-4	0.96 (1.17)
Roland-Morris	0-22	7.88 (6.08)
HAD-Anxiety subscale	15-21	19.98 (1.9)
HAD-Depression subscale	13-19	15.54 (1.13)
SF-12 (PCS)	23.1-59.6	45.1 (9.3)
SF-12 (MCS)	35.3-64.9	54.7 (7)

Όσον αφορά τη στατιστική ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε ένα στατιστικό τεστ, η παραμετρική δοκιμασία συσχέτισης Pearson's r . Με τις συσχετίσεις προσπαθούμε να δούμε αν 2 ή και περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές (στο ίδιο δείγμα) έχουν κάποιας μορφής συσχέτιση. Δηλαδή, αν για παράδειγμα όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η οσφυαλγία, τότε έχουμε θετική συσχέτιση και αν όσο αυξάνεται η ηλικία, μειώνονται τα επεισόδια οσφυαλγίας, τότε έχουμε αρνητική συσχέτιση. Επίσης, μπορούμε να μην έχουμε και καθόλου συσχέτιση. Η τιμή του r μπορεί να είναι από -1 έως 1 (όσο πιο κοντά στο +/-1 είμαστε, τόσο ισχυρότερη και καλύτερη η συσχέτιση). Ενδεικτικά, τιμές συσχετίσεων φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 7).

Πίνακας 7. Τιμές συσχετίσεων Pearson's r

Συσχέτιση	Αρνητική	Θετική
Καμία	-0.09 έως 0.0	0.0 έως 0.09
Μικρή	-0.3 έως -0.1	0.1 έως 0.3
Μέτρια	-0.5 έως -0.3	0.3 έως 0.5
Μεγάλη	-1 έως -0.5	0.5 έως 1

Παρακάτω φαίνεται αναλυτικά ο πίνακας των συσχετίσεων (Πιν. 8). (Στατιστικά σημαντική συσχέτιση όταν $p < 0,05$ και πολύ σημαντική όταν $p < 0,01$).

Πίνακας 8. Αποτελέσματα συσχέτισης Pearson's *r*

	VAS- Συνηθισμένη ένταση	Προηγούμενα χειρουργεία	STarT Back Total	RMDQ	HAD- Άγχος	HAD- Κατάθλιψη	SF- 12(PCS)	SF- 12(MCS)	Βαθμός βελτίωσης
Φύλο	-,167	,137	-,186	-,290*	-,211	-,153	,006	-,103	-,134
Ηλικία	,438**	-,240	,330*	,481**	,207	,131	-,487**	-,060	,556**
Οικογενειακή Κατάσταση	,324*	-,003	,197	,292*	-,273	-,146	-,283	-,068	,375**
Ετήσιο εισόδημα	,138	-,147	-,020	,045	,070	-,071	-,163	,125	,307*
Κάπνισμα	-,121	-,107	-,019	-,143	-,101	-,144	,059	,009	-,155
Περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω οσφυαλγίας	-,449**	,231	-,312*	-,337*	,327*	,027	,314*	,061	-,250
Ισχυαλγία τον τελευταίο μήνα	-,309*	,104	-,476**	-,381**	,013	,010	,439**	,000	-,187
Πόνος κάτω από το γόνατο	,000	-,137	,106	,050	-,225	-,171	,165	-,166	-,048
Περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω ισχυαλγίας	,094	,070	-,124	-,130	-,138	-,215	,228	-,175	-,137
Συχνότητα πόνου	,689**	-,013	,627**	,706**	-,083	,050	-,330*	-,201	,436**
Προηγούμενα χειρουργεία	-,124	1	-,331*	-,198	,032	,174	,192	,106	,090

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$

Από τις μετρήσεις που κάναμε και με τη χρήση της δοκιμασίας συσχέτισης Pearson's *r*, βρήκαμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

- Μέτρια θετική συσχέτιση ($r=0.438$ και $p<0.01$) μεταξύ της ηλικίας και της συνηθισμένης έντασης του πόνου VAS
- Μέτρια θετική συσχέτιση ($r=0.481$ και $p<0.01$) μεταξύ της ηλικίας και του ερωτηματολογίου Roland-Morris
- Μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r=-0.487$ και $p<0.01$) μεταξύ της ηλικίας και του SF-12 PCS (κλίμακα σωματικών παραμέτρων)
- Μεγάλη θετική συσχέτιση ($r=0.556$ και $p<0.01$) μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού βελτίωσης της κατάστασης
- Μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r=-0.449$ και $p<0.01$) μεταξύ του περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω οσφυαλγίας και της συνηθισμένης έντασης του πόνου VAS
- Μεγάλη θετική συσχέτιση ($r=0.689$ και $p<0.01$) μεταξύ της συχνότητας του πόνου και της συνηθισμένης έντασης του πόνου VAS

- Μεγάλη θετική συσχέτιση ($r=0.627$ και $p<0.01$) μεταξύ της συχνότητας του πόνου και του ερωτηματολογίου Start Back Total
- Μεγάλη θετική συσχέτιση ($r=0.706$ και $p<0.01$) μεταξύ της συχνότητας του πόνου και του ερωτηματολογίου Roland-Morris και
- Μέτρια θετική συσχέτιση ($r=0.436$ και $p<0.01$) μεταξύ της συχνότητας του πόνου και του βαθμού βελτίωσης της κατάστασης.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Πάτρας, είχε σκοπό την καταγραφή του ποσοστού των ατόμων με πόνο στην περιοχή της οσφύος και διεξήχθη κατά την περίοδο Μαΐου-Ιουλίου 2012 σε ένα τυχαίο δείγμα του γενικού πληθυσμού της πόλης.

4.1 ΕΞΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Πάτρας είναι τα εξής. Τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν 124 - από τα οποία οι περισσότεροι ήταν άντρες (66) - και μόλις οι 48 ήταν εκείνοι που εμφάνισαν οσφυαλγία με μέσο όρο ηλικίας τα 47.44 χρόνια. Είναι πολύ σημαντικό το στοιχείο που βρέθηκε πως το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν, φαίνεται πολύ αυξημένο στην περιοχή της Πάτρας (αστική περιοχή) (68.8%), κάτι που μπορεί να οφείλεται στους έντονους ρυθμούς της πόλης και στη μονότονη καθημερινότητα, σε σχέση με αυτούς που ζουν σε ημιαστική περιοχή (Ρίο-Ακταίο). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι οι έγγαμοι (47.9%) ήταν εκείνοι που εμφάνιζαν πιο συχνά οσφυαλγία σε σχέση με τους άγαμους, και αυτό δικαιολογείται ίσως λόγω των πολλών υποχρεώσεων που έχουν οι έγγαμοι σε σχέση με τους ελεύθερους. Ακόμα, βρέθηκε ότι το κάπνισμα επηρεάζει την εμφάνιση της οσφυαλγίας, μιας και το 56.2% των ατόμων ήταν καπνιστές. Επίσης, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση κάλυπταν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών με οσφυαλγία (47.9%). Τέλος, είναι πολύ σημαντικό το στοιχείο που αφορά το ετήσιο εισόδημα και την σχέση του με την εμφάνιση οσφυαλγίας, μιας και αυτό που βλέπουμε είναι πως η πλειοψηφία των ατόμων ανήκει στην μεσαία τάξη, δηλαδή το εισόδημά τους κυμαίνεται από 7.200€ – 14.400€, κάτι που δείχνει ότι οι υψηλής τάξης είναι πιο ευνοημένοι.

Όσον αφορά το ιστορικό του ασθενή, τα αποτελέσματα και εδώ ήταν πολύ ενδιαφέροντα. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 60.4% αναγκάστηκε να περιορίσει τις καθημερινές του δραστηριότητες λόγω του πόνου στην περιοχή της οσφύος. Επιπρόσθετα, αρκετοί ήταν εκείνοι που δήλωσαν ότι ο πόνος απλωνόταν κάτω στο πόδι τους (35.4%) (ισχιαλγία), λιγότεροι όμως αυτοί στους οποίους ο πόνος

απλώθηκε κάτω από το γόνατό (16.7%). Ένα καλό στοιχείο που βρέθηκε ήταν πως τα περισσότερα άτομα με οσφυαλγία δεν παρουσίαζαν πόνο σε καθημερινή βάση αλλά κάποιες μόνο μέρες, και πως οι περισσότεροι είχαν επισκεφθεί κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο τους (66.7%). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η καλύτερη διάγνωση έγγυται στα κλινικά ευρήματα και στο ιστορικό του κάθε ασθενούς ξεχωριστά, μιας και βρέθηκε ότι το 33.3% δεν είχε υποβληθεί σε καμία εξέταση όσον αφορά τα απεικονιστικά μέσα. Ακόμα, πολλοί ήταν εκείνοι που ακολούθησαν κάποια θεραπεία (68.8%), αλλά μόνο το 39.6% υποβλήθηκε σε πλήρη ακινητοποίηση για τον πόνο στην οσφύ και λίγοι ήταν και εκείνοι που πήραν αναρρωτική άδεια από την δουλειά τους (33.3%). Αξιοσημείωτο είναι πως ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων (83.3%) δεν παρουσίαζε κάποιο προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας στο παρελθόν, και ένα ποσοστό ατόμων (70.8%) δεν είχε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα. Τέλος, οι 27 (56.3%) από τους 48 είχαν υποβληθεί σε προηγούμενο χειρουργείο, ανεξαρτήτως τύπου.

Πολύ χρήσιμος ήταν επίσης και ο χάρτης σώματος που δόθηκε στα άτομα, καθώς είχαν τη δυνατότητα να σημειώσουν ακριβώς τα σημεία του πόνου, κάτι το οποίο, εκτός από τους ασθενείς βοήθησε και τους ίδιους τους σπουδαστές να έχουν μια σαφή εικόνα για την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Από τους ασθενείς που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα οσφυαλγίας στο παρελθόν, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι βελτιώθηκε η κατάστασή τους (25 άτομα), ενώ αρκετοί ήταν και εκείνοι που ισχυρίστηκαν πως η κατάστασή τους έμεινε στάσιμη (10 άτομα).

Για να αξιολογηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η ένταση του πόνου χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα βαθμολόγησής της (VAS), από 0 έως 10. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η συνηθισμένη ένταση του πόνου ξεπερνούσε το 5, καθώς είχε μέση τιμή 5.79, ο πόνος στα καλύτερά του άγγιζε το 6 με μέση τιμή 1.79, ενώ στα χειρότερα του έφτανε και το 10 και η μέση τιμή του ήταν αρκετά υψηλή (8.67). Αντίθετα με τη VAS, το ερωτηματολόγιο StarT Back έδειξε πως οι ασθενείς δεν είχαν ανάγκη άμεσης φροντίδας, καθώς κατατάσσονταν στην ομάδα χαμηλού κινδύνου με μέση τιμή 2.58. Επίσης, φάνηκε πως η οσφυαλγία προκαλούσε σε μεγάλο βαθμό άγχος ή/και κατάθλιψη, ενώ πολύ μικρός ήταν ο βαθμός ανικανότητας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλίμακας HAD και του ερωτηματολογίου Roland-Morris αντίστοιχα. Τέλος, από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου SF-12,

διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς ήταν αρκετά θετικοί ως προς την άποψή τους για τη γενική τους υγεία.

4.2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έχουν αρκετές ομοιότητες, αλλά και διαφορές με παλαιότερες έρευνες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Ξεκινώντας από τις ομοιότητες, βρέθηκαν τα εξής:

- Η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει την οσφυαλγία (*Currie & Wang, 2004, Ghaffari et al., 2006, Gilgil et al., 2005, Stranjalis et al., 2004, Webb et al., 2003*)
- Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση οσφυαλγίας, καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν πόνο στην οσφύ σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες (*Antonopoulou et al., 2007, Ghaffari et al., 2006, Gilgil et al., 2005, Stranjalis et al., 2004, Webb et al., 2003*)
- Το κάπνισμα επηρεάζει την εμφάνιση οσφυαλγίας (*Ghaffari et al., 2006, Gilgil et al., 2005*)
- Μικρό είναι το ποσοστό που απουσίασε από τη δουλειά λόγω της οσφυαλγίας (*Alexopoulos et al., 2004, Stranjalis et al., 2004*)
- Συνύπαρξη ισχιαλγίας ή/και πόνου στο γόνατο (*Antonopoulou et al., 2007, Webb et al., 2003*)
- Επίσκεψη σε κάποιον ειδικό υγείας για το πρόβλημά τους (*Alexopoulos et al., 2004, Antonopoulou et al., 2007*)
- Η ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση οσφυαλγίας (*Alexopoulos et al., 2003, Alexopoulos et al., 2004, Holmberg et al., 2004, Ghaffari et al., 2006, Spyropoulos et al., 2007*)

Εν συνεχεία, οι διαφορές με τις υπόλοιπες μελέτες είναι οι εξής:

- Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν διαφορετικά (π.χ. *Antonopoulou et al., 2007* και *Ghaffari et al., 2006* - Nordic ερωτηματολόγιο, *Currie & Wang, 2004* - CCHS-1.1. ερωτηματολόγιο κ.ά.)
- Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν κατά πολύ μικρότερο σε σχέση με αυτό των άλλων ερευνών (όπως π.χ. *Currie & Wang, 2004* – 130000 άτομα, *Ghaffari et al., 2006* – 18031 άτομα, *Stranjalis et al., 2004* - 2000 άτομα κ.ά.)

- Το δείγμα της έρευνας αυτής ήταν τυχαίο, ενώ σε κάποιες άλλες συγκεκριμένο (όπως των *Alexopoulos et al., 2003*, *Alexopoulos et al., 2004*, *Ghaffari et al., 2006*, *Spyropoulos et al., 2007*)

4.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με σκοπό την καταγραφή της οσφυαλγίας στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας και συγκεκριμένα στην περιοχή της Αχαΐας (Πάτρα-αστική περιοχή, Ρίο/Ακταίο-ημιαστική), καθώς και τη δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου μέτρησης των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή και ο βαθμός περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων. Το ποσοστό λοιπόν που πάσχει από οσφυαλγία στην περιοχή αυτή είναι αρκετά υψηλό (38.7%) και από αυτούς το 68.8% ζει στην περιοχή της Πάτρας (αστική). Οι κυριότερες αιτίες πρόκλησης της οσφυαλγίας βρέθηκε πως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ατόμου. Επίσης, σημαντικός παράγοντας εμφάνισης οσφυαλγίας φαίνεται να είναι η ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου, καθώς μεγάλο ποσοστό του δείγματος είχε αρκετό άγχος ή/και κατάθλιψη.

Τέλος, η έρευνα αυτή χρήζει σημαντικότητας, καθώς στην περιοχή της Αχαΐας δεν έχουν γίνει πολλές σχετικές μελέτες.

4.4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σημαντικός περιορισμός της έρευνας αυτής, ήταν ο αριθμός του δείγματος, ο οποίος ήταν αρκετά μικρός (124 άτομα) σε σχέση με το πρόβλημα που εξετάστηκε. Αυτό σημαίνει ότι είναι δύσκολο να βγει ένα τελικό συμπέρασμα και υπάρχουν αμφιβολίες για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς. Επίσης, λόγω του ότι το δείγμα ήταν τελείως τυχαίο και οι σπουδαστές έπρεπε να καλύψουν συγκεκριμένες περιοχές, πολλά άτομα αρνήθηκαν να συμμετέχουν εξ' αρχής, με αποτέλεσμα να μειώνεται συνεχώς ο αριθμός του δείγματος.

Έπειτα, το τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούταν από πολλές ερωτήσεις, πράγμα που σημαίνει πως χρειαζόταν αρκετός

χρόνος για τη συμπλήρωσή του (20-25 λεπτά) και είχε ως αποτέλεσμα, πολλοί από τους ερωτώμενους να αφήσουν το ερωτηματολόγιο στη μέση ή ακόμα και στην αρχή του. Επιπλέον, λόγω της ομοιότητας κάποιων ερωτήσεων, πολλοί διέκοψαν τη συνέντευξη, καθώς το θεωρούσαν αρκετά κουραστικό.

Τέλος, κάποιες ερωτήσεις (π.χ. ετήσιο εισόδημα) «ενόχλησαν» τους ερωτώμενους με αποτέλεσμα να αρνούνται τελικά τη συμμετοχή τους.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της οσφυαλγίας φαίνεται να είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, αλλά και το κάπνισμα, αφού βρέθηκε πως σχεδόν οι μισοί (47.9%) ήταν έγγαμοι και περισσότεροι από τους μισούς (56.2%) ήταν καπνιστές. Επιπλέον, οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους, έδειξαν πως σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και τη χρονιότητα της οσφυαλγίας, εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά, παίζουν οι ψυχοκοινωνικοί (άγχος, στρες, καταθλιπτική διάθεση κτλ.), αλλά και οι επαγγελματικοί παράγοντες (χειρονακτική εργασία, δυσαρέσκεια από τη δουλειά, άρση βάρους, κραδασμοί σε όλο το σώμα κτλ.). Αυτό επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που αφορούν τους εν λόγω παράγοντες. Επίσης, μεγάλο ποσοστό των ασθενών (66.7%) επισκέφθηκαν κάποιον επαγγελματία υγείας για το πρόβλημά τους, ενώ περισσότεροι από αυτούς (68.8%) ακολούθησαν κάποια μορφή θεραπείας.

Παρόλα αυτά το δείγμα που μελετήθηκε ήταν αρκετά μικρό, σε αντίθεση με άλλες έρευνες και τα αποτελέσματά της είναι δύσκολο να γενικευτούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Σίγουρα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, καθώς η οσφυαλγία αποτελεί μείζον πρόβλημα για μεγάλο ποσοστό ανθρώπων ανά τον κόσμο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αθανασόπουλος Σ. (1989) *Κινησιοθεραπεία*, Αθήνα
2. Λαμπίρης Η. (2007) *Ορθοπαιδική & Τραυματολογία*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
3. Συμεωνίδης Π. Π. (1997) *Ορθοπαιδική*, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη
4. Dandy J. D. & Edwards J. D. (2010), Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης από Κορρές Δ. & Ξενάκης Θ., Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

ΑΡΘΡΑ

1. Alexopoulos, C. E., Burdorf, A. & Kalokerinou, A. 2003, Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals, *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 76: 289-294
2. Alexopoulos, C. E., Stathi, I. C. & Charizani F. 2004, Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5: 16
3. Antonopoulou, M., Antonakis, N., Hadjipavlou, A. & Lionis, C. 2007, Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece. *Family Practice*, 24: 209-216
4. Billis, V. E., McCarthy, J. C., Stathopoulos, I., Kapreli, E., Pantzou, P. & Oldham, A. J. 2007, The clinical and cultural factors in classifying low back pain patients within Greece: a qualitative exploration of Greek health professionals, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ISSN, 13: 337-345
5. Boscainos, J. P., Sapkas, G., Stilianessi, E., Prouskas, K. & Papadakis A. S. 2003, Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires, *Clinical orthopaedics and related research*, (411): 40-53
6. Croft, P. 2008, Chronic pain syndromes: You can't have one without another, *J. Pain*, 131: 237-8
7. Currie, R. S. & Wang, J. 2004, Chronic back pain and major depression in the general Canadian population, *J. Pain*, 107: 54-60

8. Deyo, A. R. & Tsui-Wu, J. Y. 1987, Descriptive Epidemiology of Low-back Pain and Its Related Medical Care in the United States, *Spine*, 12(3): 264-268
9. Ghaffari, M., Alipour, A., Jensen, I., Farshad, A. A. & Vingard, E. 2006, Low back pain among Iranian industrial workers, *Occupational Medicine*, 56: 455-460
10. Gilgil, E., Kacar, C., Butun, B., Tuncer, T., Urhan, S., Yildirim, C., Sunbuloglu, G., Arikan, V., Tekeoglu, I., Oksuz, C. M. & Dundar, U. 2005, Prevalence of Low Back Pain in a Developing Urban Setting, *Spine*, 30(9): 1093-98
11. Goubert, L., Crompez, G. & Bourdeaudjuj, D. I. 2004, Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships, *European Journal of Pain*, 8: 385-394
12. Hareby, M., Kjer, J., Hesselsoe, G. & Neergaard, K. 1996, Epidemiological aspects and risk factors for low back pain in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 children, *Eur. Spine J.*, 5: 312-8
13. Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C. & Manniche, C. 2003, Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations, *Eur. Spine J.*, 12: 149-165
14. Hill, C. J., Dunn, M. K., Lewis, M., Mullis, R., Main, J. C., Foster, E. N. & Hay, M. E. 2008, A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment, *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59(5): 632-641
15. Holmberg, S., Thelin, A., Stiernstrom, L. E. & Svardsudd, K. 2004, Psychosocial Factors and Low Back Pain, Consultations, and Sick Leave Among Farmers and Rural Referents: A Population-Based Study, *JOEM*, 46(9): 993-8
16. Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D. & Tountas, Y. 2007, Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population, *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(55): 1-9
17. Luo, X., George, L. M., Kakouras, I., Edwards, L. C., Pietrobon, R., Richardson, W. & Hey, L. 2003, Reliability, Validity, and Responsiveness of the Short Form 12-Item Survey (SF-12) in Patients With Back Pain, *Spine*, 28(15): 1739-1745
18. Manchikanti, L. 2000, Epidemiology of Low Back Pain, *Pain Physician*, 3(2): 167-192
19. Manek, J. N. & MacGregor, J. A. 2005, Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis, *Current Opinion in Rheumatology*, 17: 134-140
20. Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. & Lykouras, L. 2008, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample, *Annals of General Psychiatry*, 7(4): 1-5

21. Papageorgiou, C. A., Croft, R. P., Ferry, S., Jayson, V. I. M. & Silman, J. A. 1995, Estimating the Prevalence of Low Back Pain in the General Population, *Spine*, 20(17): 1889-1894
22. Raspe, H. 2008, Management of chronic low back pain in 2007–2008, *Current Opinion in Rheumatology*, 20: 276-281
23. Riddle, L. D., Stratford, W. P. & Binkley, M. J. 1998, Sensitivity to Change of the Roland-Morris Back Pain Questionnaire: Part 2, *Physical Therapy*, 78(11): 1197-1207
24. Snaith, R. P. 2003, The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29): 1-4
25. Spyropoulos, P., Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Chronopoulos, E., Koutis, H. & Koumoutsou, F. 2007, Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers, *Pain Physician*, 10: 651-660
26. Stranjalis, G., Tsamandouraki, K., Sakas, E. D., Alamanos, Y. 2004, Low Back Pain in a Representative Sample of Greek Population, *Spine*, 29(12): 1355-1361
27. Walsh, K., Cruddas, M. & Coggon, D. 1992, Low back pain in eight areas of Britain, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46: 227-230
28. Webb, R., Brammah, T., Lunt, M., Urwin, M., Allison, T. & Symmons, D. 2003, Prevalence and Predictors of Intense, Chronic, and Disabling Neck and Back Pain in the UK General Population, *Spine*, 28(11): 1195-1202
29. Weiser, S. & Rossignol, M. 2006, Triage for Nonspecific Lower-back Pain, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, (443): 147-155

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

(Ερωτηματολόγιο οσφυαλγίας)

Κωδικός συμμετέχοντα:

ΕΝΤΥΠΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Πάτρας)

Σας καλούμε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη που διεξάγεται από μία ομάδα τελιόφοιτων 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).

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 πόνος 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.

.....

β) Υποβλήθηκατε 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

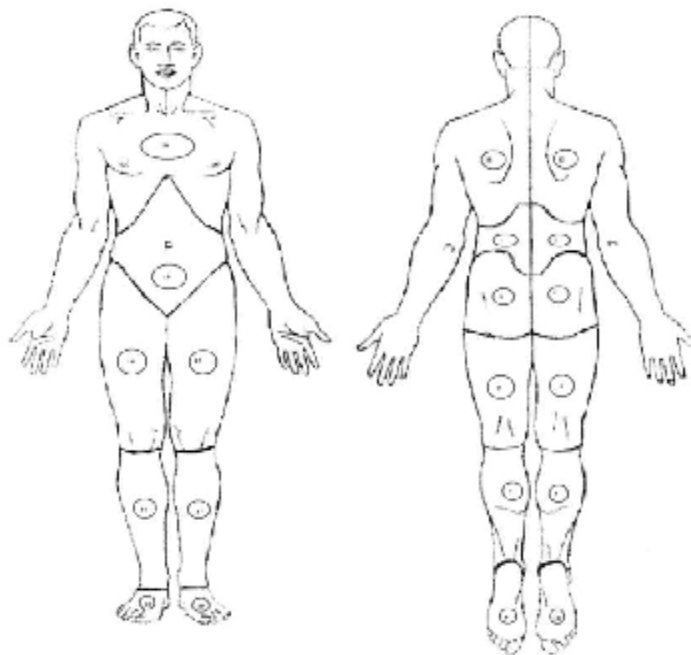
16. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Ναι Όχι

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 **V** 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 σφιξίματος 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

Κλίμακα SF-12: 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 (X) το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

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

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
1.....	2.....	3.....	4.....	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 τραπέζιου, 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 (ίδια με την 3) 1..... 2.....
- b) Κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως 1..... 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
---------	------	--------	-----------------	------------

1..... 2..... 3..... 4..... 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 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....
- b) Είχατε πολλή ενεργητικότητα 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....
- c) Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 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
---------	------------------------	---------------	-------------	---------

1..... 2..... 3..... 4..... 5.....