

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

**ΑΤΣΑ ΖΩΟΠΗΓΗ
ΙΩΑΝΝΟΥ ΑΝΔΡΕΑΣ**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ.
Καθ. Εφαρμογών Τμήματος Φυσικοθεραπείας, Τ.Ε.Ι. Πάτρας**

ΑΙΓΙΟ-2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, για την αφοσίωση και το χρόνο που αφιέρωσαν για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Θα θέλαμε, επίσης, να ευχαριστήσουμε εκείνους που προσφέρθηκαν να διανείμουν το ερωτηματολόγιο σε υπαλλήλους στον εργασιακό τους χώρο.

Θα θέλαμε, πραγματικά, να ευχαριστήσουμε την Καθηγήτρια Εφαρμογών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας, Ευδοκία Μπίλλη, εισηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας για την ευκαιρία που μας έδωσε να συμμετέχουμε στην έρευνα, για την πολύτιμη καθοδήγηση σε όλη τη διάρκεια της μελέτης, για τη συμβολή της σε πτυχές του σχεδιασμού της μελέτης, για τις συμβουλές της σε θέματα που αφορούν τη στατιστική ανάλυση, καθώς και για την παροχή χρήσιμης βιβλιογραφίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1 Το πρόβλημα της οσφυαλγίας	3
1.1.1 Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας ανά τον κόσμο	3
1.1.2 Η οσφυαλγία στη Ελλάδα	6
1.2 Καταγραφή συγκεκριμένων επιδημιολογικών στοιχείων για την οσφυαλγία	11
1.2.1 Τι ξεχωρίζει στον κόσμο	11
1.2.2 Τι ξεχωρίζει στην Ελλάδα	17
1.3 Ανασκόπηση στα εργαλεία αξιολόγησης και καταγραφής της οσφυαλγίας	21
1.3.1 Ορισμός της οσφυαλγίας	28
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	
2.1 Δείγμα	31
2.2 Διαδικασία εξέλιξης ερωτηματολογίου	32
2.3 Διαδικασία ελέγχου ερωτηματολογίου	36
2.4 Ανάλυση δεδομένων	38
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	39
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	49
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1 Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας	5
Πίνακας 3.1 Προσωπικά στοιχεία δείγματος	40
Πίνακας 3.2 Προσωπικά στοιχεία δείγματος	41
Πίνακας 3.3 Περιγραφή οσφυαλγικού πόνου	43
Πίνακας 3.4 Διάγνωσή της οσφυαλγίας και φροντίδα από επαγγελματίες υγείας	45
Πίνακας 3.5 Θέματα ασφάλισης	46
Πίνακας 3.6 Ιστορικό προηγούμενων μυοσκελετικών προβλημάτων	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή & σκοπός. Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα μυοσκελετικά προβλήματα διεθνώς, με επιπολασμό 15-85%. Στον Ελλαδικό χώρο, παρά τις λιγοστές μελέτες που έχουν γίνει η οσφυαλγία έχει επίσης υψηλό ποσοστό προσβολής, της τάξεως του 50%, όμως η έκταση του προβλήματος χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Συγκεκριμένα, ύστερα από παρατήρηση της ελληνικής αρθρογραφίας, διαπιστώθηκε η ελλιπής διερεύνηση του θέματος στο γενικό πληθυσμό, καθώς οι περισσότερες έρευνες που έχουν, κατά καιρούς, πραγματοποιηθεί αφορούν συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες και περιορισμένα στοιχεία πληροφόρησης. Επομένως, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου (τύπου ερωτηματολογίου) για την επιδημιολογική μελέτη της ύπαρξη οσφυαλγίας και της έκτασης του προβλήματος αυτού, στο γενικό πληθυσμό.

Μέθοδος. Μέσα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση των επιδημιολογικών μελετών για την οσφυαλγία από το 1985 έως το 2011, στις βάσεις δεδομένων Medline, δημιουργήθηκε μία φόρμα αξιολόγησης η οποία αποτελούνταν από 6 ερωτήματα σχετικά με δημογραφικά στοιχεία, 5 ερωτήματα σχετικά με το επάγγελμα και την εργασία, 11 ερωτήματα που αφορούν στο ιστορικό για την οσφυαλγία, 5 ερωτήματα για την πιθανή θεραπεία της οσφυαλγίας και, τέλος, 5 ερωτήματα σχετικά με το ιστορικό του ερωτηθέντα για το αν έχει κάποια συνοδά μυοσκελετικά προβλήματα. Προκειμένου να ελεγχθεί η χρηστικότητα του ερωτηματολογίου, στην μελέτη συμμετείχαν 83 άτομα (εθελοντές) που πάσχουν από οσφυαλγία, οι οποίοι προήλθαν από διάφορα κέντρα, όπως νοσοκομεία, φυσικοθεραπευτήρια, ξενοδοχεία και εργοτάξια. Στα άτομα αυτά έγινε διανομή του ερωτηματολογίου από 2 φυσικοθεραπευτές και τους ζητήθηκε να το συμπληρώσουν μόνοι τους. Η ανάλυση δεδομένων έγινε με περιγραφικά μέσα.

Αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο αποτέλεσε ένα εύχρηστο εργαλείο αξιολόγησης, στο οποίο ανταποκρίθηκαν με ευκολία οι ερωτηθέντες. Φάνηκε πως πρόκειται για κατανοητές ερωτήσεις. Υπήρξε, παρόλα αυτά, ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων που ζήτησε περαιτέρω διευκρινήσεις, κυρίως, σε ερωτήματα που αφορούν στη θεραπεία της οσφυαλγίας. Το 78,3% του δείγματος αποτελούν οι κάτοικοι αστικής περιοχής και το 57,8% όσοι ακολουθούν ένα μοτίβο τρόπου ζωής που δεν περιλαμβάνει άσκηση. Το 38,6% των ερωτηθέντων εργάζεται περισσότερες από 8

ώρες ημερησίως, ενώ το 66,3% δεν έχει πάρει ποτέ αναρρωτική άδεια. Επιπλέον, το 69,9% ανέφερε πως έχει οξύ πόνο με συχνότητα επεισοδίων 2 φορές το χρόνο (30,1%) και πως ο ειδικός που επισκέφθηκε η πλειονότητα ήταν ο ορθοπεδικός (39,8%). Το 80,7% ακολουθεί κάποια θεραπεία για την οσφυαλγία, καθώς το 57,8% δεν έχει κάποιο άλλο μυοσκελετικό πρόβλημα.

Συμπεράσματα. Το εργαλείο που δημιουργήθηκε για την καταγραφή της οσφυαλγίας φάνηκε να ήταν κατανοητό, πρακτικό, εύχρηστο και εύκολο στη χρήση για τους έλληνες ασθενείς του δείγματος. Επίσης, φάνηκε, πως η έρευνα ήταν περισσότερο ευρωπαϊκών προδιαγραφών, αφού οι περισσότεροι ερωτηθέντες αγνοούσαν βασικά στοιχεία για το πρόβλημά τους. Συμπερασματικά, στον ελλαδικό χώρο οι πάσχοντες από οσφυαλγία υστερούν δικαιωμάτων στην εργασία τους και, επίσης, οι ίδιοι δεν δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την αποκατάσταση της οσφυαλγίας τους, παρόλο που συχνά αναγκάζονται να αλλάζουν ορισμένες από τις συνήθειες της καθημερινής τους ζωής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα του γενικού πληθυσμού και μία από τις σημαντικότερες αιτίες αναπηρίας, απουσίας από την εργασία, ανάγκης για ιατρική περίθαλψη καθώς και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες που έχουν κατά καιρούς η επικράτηση της οσφυαλγίας στην διάρκεια ζωής του ατόμου (lifetime prevalence) κυμαίνεται μεταξύ 50% και 85%, ενώ η ετήσια συχνότητα είναι περίπου 50% στο γενικό πληθυσμό (Alonso et al. 2004).

Αρκετά κοινωνικά, οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά έχουν μελετηθεί ως προγνωστικοί παράγοντες ή ως παράγοντες κινδύνου της οσφυαλγίας. Παρά το ότι τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ποικίλα και συχνά αμφιλεγόμενα, αποδεικνύεται ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και του προβλήματος της οσφυαλγίας (Holmberg et al. 2004). Έτσι, έρευνες που έγιναν στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών παρέχουν σημαντικές πληροφορίες τόσο για την επικράτηση και εξέλιξη της οσφυαλγίας, όσο και για την συσχέτισή της με διάφορους παράγοντες.

Στον παρόν κεφάλαιο, θα γίνει μία αναφορά με στοιχεία της επικράτησης της οσφυαλγίας σε όλο τον κόσμο, ταξινομώντας την μάλιστα με κριτήρια την περιοχή, το επάγγελμα και τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας.

1.1.1 Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας ανά τον κόσμο

Οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν σημαντικό πρόβλημα υγείας για το γενικό πληθυσμό, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής, την απαίτηση για αύξηση της φροντίδας στα κέντρα υγείας και την οργάνωση τόσο των ασθενών, όσο και των επαγγελματιών υγείας. Η οσφυαλγία είναι μια από τις πιο κοινές αιτίες αυτών των μυοσκελετικών

διαταραχών που επηρεάζουν την εργασία, την κοινωνική ζωή αλλά και άλλες καταστάσεις, ενώ πλήττουν ολόκληρο τον πλανήτη.

Πιο συγκεκριμένα, έρευνα το 2005 (Airaksinen et al. 2006), η οποία εξέτασε ευρωπαϊκές πόλεις αναφέρει ότι το 12-30% της Ευρώπης πάσχει από οσφυαλγία. Υψηλότερα ποσοστά φαίνεται να εμφανίζει η Νορβηγία, Πολωνία, Ιταλία, ενώ χαμηλότερα η Ισπανία, Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, τονίζοντας μάλιστα τις μεγάλες διαφορές που παρουσιάζει κάθε χώρα από περιοχή σε περιοχή (Hillman et al. 1996). Ειδικότερα, ο ετήσιος επιπολασμός στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 39% ενώ ο στιγμιαίος (point prevalence) 19% (Hillman et al. 1996) (ως στιγμιαίο επιπολασμό μιας ασθένειας ονομάζουμε το ποσοστό του πληθυσμού που έχει τη νόσο μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή t , ως επιπολασμό περιόδου μιας ασθένειας ονομάζουμε το ποσοστό (ή αναλογία) του πληθυσμού που έχει τη νόσο σε μια οποιαδήποτε χρονική στιγμή μέσα στο διάστημα t_0-t_1).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επικράτηση της οσφυαλγίας στη Σουηδία και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν το πρόβλημα οι δημόσιοι φορείς. Από μελέτη διαπιστώθηκε πως ο στιγμιαίος, μηνιαίος και εφ' όρου ζωής επιπολασμός είναι 15-30%, 19-43% και 60-85%, αντίστοιχα (Ekman et al. 2005). Πρωταρχικό ρόλο παίζουν τα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας αν και οι ασθενείς είναι απαραίτητο να παραπεμφθούν σε φυσικοθεραπευτή μετά από έγκριση ειδικού γιατρού. Παρόλα αυτά, στη Σουηδία το επίδομα ασθενείας για βραχυπρόθεσμες ασθένειες καλύπτει το 80% της απώλειας του εισοδήματος. Από ανάλογη μελέτη επισημάνθηκε, επίσης, πως το 83% όσων πάσχουν από οσφυαλγία έχουν επισκεφθεί γιατρό τουλάχιστον μια φορά, ενώ το 53% από αυτούς επισκέφθηκαν φυσικοθεραπευτή μέσα στο πρώτο εξάμηνο των συμπτωμάτων (Ekman et al. 2005). Επομένως, ανεξάρτητα από την κάλυψη που παρέχει το σουηδικό κράτος, οι ασθενείς της χώρας δεν παραμελούν την αποκατάσταση της οσφυαλγίας.

Μελέτες έγιναν σε αρκετές μη αγγλόφωνες χώρες, στην προσπάθεια ερευνητών να κατανοήσουν αν οι ασθενείς μπαίνουν στη διαδικασία διεξοδικής εξέτασης και αν φυσικά οι φορείς υγείας υπακούουν στις κατευθυντήριες γραμμές. Έτσι, λοιπόν, παρατηρούμε στη Μάλτα τα επεισόδια οσφυαλγίας μεταξύ εργατών από 9 εταιρίες να αγγίζουν τα 3.015 με διάρκεια 2,9 ημέρες (έρευνα 3 χρόνων). Άμεση συνέπεια ήταν η

αύξηση της συχνότητας των εργατικών ατυχημάτων και της απουσίας από την εργασία (Soler JK, 2003).

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα που δίνουν έρευνες σε Ιαπωνία και Ηνωμένες Πολιτείες. Παρότι είναι δύο χώρες ανεπτυγμένες με υψηλές οικονομικές απολαβές και μεγάλο αριθμό εργατικού προσωπικού βλέπουμε έντονες αντιφάσεις τόσο στην επικράτηση της οσφυαλγίας, όσο και στο πώς αξιώνουν και αντιλαμβάνονται τον πόνο. Πιο συγκεκριμένα εργάτες σε κατασκευαστικές εταιρίες στην Ιαπωνία έχουν στιγμιαίο επιπολασμό 53,2% ενώ ο ετήσιος στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι 22,6%. Το ποσοστό που ζητάει μισθό αποζημίωσης στην Ιαπωνία είναι 80%, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες 60-80% (διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία). Γενικά, οι απαιτήσεις για αποζημίωση στις Ηνωμένες Πολιτείες γίνονται πιο δεκτές σε σχέση με την Ιαπωνία (Volinn et al. 2005). Περισσότερα στοιχεία για τον επιπολασμό της οσφυαλγίας ανά τον κόσμο φαίνονται στον Πίνακα 1.1.

Για την οσφυαλγία πολλοί είναι οι διαφορετικοί τρόποι που επιλέγει κάθε ασθενής να την καταπολεμήσει. Οι γνώμες είναι διαφορετικές και εξαρτώνται από πολλούς εξωγενείς παράγοντες. Στη Νότια Καρολίνα, για παράδειγμα, το 91% επισκέπτονται γιατρούς γενικής ιατρικής, το 29% φυσικοθεραπευτές και το 25% χειροπρακτικούς, όταν πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία (Dagenais et al. 2008).

Πίνακας 1.1 Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας

Μελέτη	Στόχος μελέτης	Πληθυσμός	Στιγμιαίος επιπολασμός	Μηνιαίος επιπολασμός	Ετήσιος επιπολασμός	Εφ' όρου ζωής επιπολασμός
Louw et al. 2007	Επικράτηση οσφυαλγίας στην Αφρική	Έρευνα από 27 περιοχές της Αφρικής	32%	-	50%	62%

Gilgil et al. 2005	Επικράτηση οσφυαλγίας στην αγροτική Τουρκία	100	20,1%	-	35,9%	46%
Hillman et al. 1996	Οσφυαλγία στην Αγγλία	3184	19%	-	39%	59%
Walker et al. 2004	Οσφυαλγία στην Αυστραλία	3000	25,6%	-	67,6%	79,2%

1.1.2 Η οσφυαλγία στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια, καθώς στην Ελλάδα παρατηρούμε μια συνεχή προσπάθεια ανάπτυξης του τομέα της υγείας, το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στις μυοσκελετικές διαταραχές, οι οποίες είναι αιτία μεγάλου ποσοστού αναπηρίας, χαμένων ημερών εργασίας και αυξημένης ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη (Andrianakos et al. 2006). Αν και μεγάλη η επικράτηση της οσφυαλγίας στην Ελλάδα, το σύνολο του πληθυσμού της παρουσιάζει ανομοιομορφίες, θεωρώντας πως μεταβαίνει από αγροτικές σε αστικές περιοχές προσδίδοντας του έτσι ομοιότητες ως προς τα κοινωνικοοικονομικά, περιβαλλοντικά, πολιτιστικά χαρακτηριστικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Μελέτες σε ελληνικούς πληθυσμούς έχουν δείξει ότι ο τριμηνιαίος επιπολασμός της οσφυαλγίας είναι περίπου 50% (Spyropoulos et al. 2007). Παρά το μεγάλο αυτό ποσοστό, δεν έχουν γίνει επαρκείς έρευνες ώστε να διερευνηθεί η συχνότητα του πόνου, η σοβαρότητα της οσφυαλγίας και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της. Τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας, δηλώνουν ότι οι προσπάθειες που γίνονται ώστε να «καταπολεμηθεί» το πρόβλημα της οσφυαλγίας δεν είναι ακόμα οργανωμένες και δυναμικές.

Στον ελληνικό πληθυσμό αξιοπερίεργος είναι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς επιλέγουν τον ειδικό για τη θεραπεία τους. Ο τρόπος με τον οποίο οι ιατροί και οι φυσικοθεραπευτές αξιολογούν τους ασθενείς έχει ομοιότητες. Παρόλα αυτά οι Έλληνες ασθενείς εμπιστεύονται περισσότερο τους ιατρούς από ότι τους φυσικοθεραπευτές (Liaropoulos & Tragakes 1998). Φαίνεται επίσης, ότι οι ασθενείς που επηρεάζεται η συμπεριφορά τους και από τη δουλειά τους είναι πιο ανεκτικοί στις έρευνες και τις εφαρμογές τους κατά τη θεραπεία (π.χ. κατά την αξιολόγηση με ακτινογραφίες). Άμεση σχέση στην ανεκτικότητα αυτή έχει βέβαια και το τί καλύπτει η δημόσια υγεία (Liaropoulos & Tragakes 1998).

Διαφορετικό στην Ελλάδα είναι το σύστημα με το οποίο ένας ασθενής παραπέμπεται στον αρμόδιο γιατρό. Έτσι κι εδώ, μόνο το 51% απευθύνεται σε φυσίατρο ή άλλο ειδικό. Το 1/3 επισκέπτεται πάνω από ένα είδος ειδικού και οπωσδήποτε τα 4/5 υπαλλήλων με οσφυαλγία πήραν άδεια (αναρρωτική) τον τελευταίο χρόνο (Alexopoulos et al. 2005).

Οι πιο παλαιοί εργαζόμενοι και οι περισσότερο έμπειροι έχουν περισσότερα μυοσκελετικά παράπονα αλλά παρόλα αυτά παίρνουν λιγότερες άδειες. Η συχνότητα των παραπόνων και των αδειών φαίνεται να έχει μικρή σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες. Από τις άδειες το 92% επιστρέφει στη δουλειά μέσα σε 2 εβδομάδες, ενώ μόνο το 2,5% παίρνει άδεια για περισσότερο από 1 μήνα και κάτω από προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί είναι να δουλεύει στην εταιρία πάνω από 10 έτη, να έχει κάποιο συνοδό πρόβλημα από οσφυαλγία, να έχει ιστορικό προβλήματος κήλης δίσκου, να έχει παιδιά και να έχει συμπτώματα οσφυαλγίας τους τελευταίους 12 μήνες. Γίνεται φανερό, από υπάρχουσες έρευνες, πως υπάρχει πρόβλημα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Δεν προσφέρει ιατρική κάλυψη ή χρηματοδότηση. Η χρηματοδότηση είναι οπισθοδρομική αφού προϋποθέτει μια πλειάδα γραφειοκρατίας και υπάρχουν ανισότητες σε πρόσβαση, προμήθεια και ποιότητα υπηρεσιών.

Πιο συγκεκριμένα, μελέτη που έγινε το 2003 στη Αθήνα, όπου νοσηλευτές ρωτήθηκαν σχετικά με την εκπαίδευση που έχουν, την ειδικότητα, τις λεπτομέρειες της δουλειάς τους (π.χ. σε τι θέση δουλεύουν, πόσες ώρες την ημέρα, πόσες φορές την εβδομάδα, τι βάρδιες κάνουν κτλ) και την γενική ψυχολογία τους (σε σχέση με τη

δουλειά και την προσωπική ζωή), έδειξε ότι ο ετήσιος επιπολασμός των μυοσκελετικών παραπόνων είναι 75%. Από αυτούς το 11% πάσχει από οσφυαλγία, η οποία ήταν η κύρια υπαίτια για την απουσία τους από την εργασία (Alexopoulos et al. 2003). Βρέθηκε, μάλιστα ότι ο πόνος στη μέση προκαλεί σύνοδες μυοσκελετικές διαταραχές σε αυχένα και ώμο. Εκπληκτικά είναι τα ποσοστά που χαρακτηρίζουν την οσφυαλγία ως υπαίτια του συνόλου των διαταραχών. Δηλαδή, οι ασθενείς με οσφυαλγία εμφανίζουν πρόβλημα σε αυχένα κατά 53% και σε ώμο κατά 42%. Αναμενόμενο επακόλουθο της κατάστασης αυτής είναι οι συνεχείς απουσίες από τη δουλειά, η απαίτηση για καλύτερες συνθήκες εργασίας, η αίτηση για μισθό αποζημίωσης, αιτήματα που φαντάζουν αδύνατα για τις ελλειπείς υπηρεσίες. Από την παραπάνω έρευνα φάνηκε πως ο εξάμηνος επιπολασμός της οσφυαλγίας στο προσωπικό υγείας της Αθήνας είναι 67%. Στοιχεία σωματικής φόρτισης φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση της οσφυαλγίας, ενώ δεν αποδείχθηκε ότι οι ψυχοοικονομικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την χρονιότητα (Alexopoulos et al. 2003).

Νεότερη μελέτη της ίδιας ερευνητικής ομάδας (Alexopoulos et al. 2005) στα ελληνικά νοσοκομεία μεταξύ νοσοκόμων έδειξε ότι το 75% αυτών, κάνουν παράπονα για το μυοσκελετικό τους σύστημα, τους τελευταίους 12 μήνες, το 12% από αυτούς έχουν χρονιότητα και το 15% συχνές αναρρωτικές άδειες. Από τους ασθενείς-νοσοκόμους το 40% επισκέφτηκε ειδικό γιατρό και από αυτούς μόνο το 5% φυσικοθεραπευτή. Αναλύσεις πολλαπλών παραλλαγών οδήγησαν στο ότι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι επίπονες στάσεις (π.χ. λανθασμένη στάση κατά τη μεταφορά ασθενή) και μέτρια γενική υγεία. Περισσότερο εκτεθειμένες στον κίνδυνο είναι οι γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο που έχουν καταρτισμένη εκπαίδευση σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές (Alexopoulos et al. 2005).

Από μελέτη μεταξύ οδοντιάτρων στη Θεσσαλονίκη (Alexopoulos et al. 2004) βρέθηκε υψηλό ποσοστό να πάσχει από γενικές μυοσκελετικές διαταραχές. Δηλαδή, το 62% των οδοντιάτρων έχουν γενικά μυοσκελετικά προβλήματα και το 30% έχουν χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.. Η οσφυαλγία στην περίπτωση αυτή, παρουσιάζει συν-νοσηρότητα αφού με το πρόβλημα στη μέση φαίνεται να συνδέεται η βλάβη στον ώμο και στο χέρι. Μάλιστα, ο ετήσιος επιπολασμός της μέσης είναι το 46% (από δείγμα 198 ατόμων με συν-νοσηρότητα). Όσο οι διαταραχές και τα παράπονα πόνου

μένουν ανικανοποίητα, παρατηρείται συνεχής αύξηση των ποσοστών της επικράτησης της οσφυαλγίας και ταυτόχρονη αύξηση της συν-νοσηρότητας όσων αναφέρουν χρόνιες παθήσεις. Έτσι, λοιπόν, ενώ για τα υπόλοιπα μέλη του σώματος η επικράτηση διεκδικεί χαμηλά σχετικά ποσοστά, η επικράτηση της οσφυαλγίας στους οδοντιάτρους κυμαίνεται από 37% έως 55%, γεγονός που κάνει πιο έντονη την ανάγκη για ανάρρωση και βελτίωση της συνολικής υγείας (Alexopoulos et al. 2004).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μελετών στους υπαλλήλους πλοίων. Οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία μειωμένης δυνατότητας εργασίας των βιομηχανικών εργατών με δημο-οικονομικές συνέπειες λόγω αποζημιώσεων των εργαζομένων, ιατρικών εξόδων και απωλειών εργαζομένων. Εκτιμάται ότι το κόστος μιας εργάσιμης μέρας λόγω απουσίας ενός ατόμου είναι 450 ευρώ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ύστερα από ερωτήσεις σχετικές με την εκπαίδευση και την ειδικότητα, την εμπειροπραγματομωσύνη τους, τη διάρκεια εργασίας, το κάπνισμα, την ηλικία, βάρος, οικογενειακή, κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση, αποδείχθηκε ότι η οσφυαλγία πλήττει μεγάλο αριθμό εργαζομένων. Ο ετήσιος επιπολασμός της οσφυαλγίας είναι το 36,8%. Από τους πάσχοντες οι 16% ήταν δημόσιοι και οι 25,6% ιδιωτικοί υπάλληλοι. Και σε αυτές τις περιπτώσεις η οσφυαλγία παρουσιάζει συν-νοσηρότητα. Το φόρτο εργασίας στους υπαλλήλους διαφέρει πολύ (Alexopoulos et al. 2006).

Μια από τις πιο επίπονες για το σκελετό εργασίες είναι αυτή του υπαλλήλου γραφείου. Μεγάλος αριθμός εργονομικών λαθών όπως, η θέση του υπολογιστή, της καρέκλας, των χεριών, οι ώρες εργασίας στην καθιστή θέση και πολλά άλλα είναι αυτά που κάνουν τα ποσοστά επικράτησης της οσφυαλγίας όλο και πιο μεγάλα. Σχετική αλλά και πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ο στιγμιαίος, ετήσιος, διετής και εφ' όρου ζωής επιπολασμός είναι 33%, 37,8%, 41,8% και 61,6% αντίστοιχα. Το 37% των ασθενειών αυτών παραπονιούνται και για πόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου (Spyropoulos et al. 2007).

Πέρα από τις ελληνικές πόλεις, στις αγροτικές περιοχές παρατηρούνται το ίδιο σημαντικές μυοσκελετικές διαταραχές. Σε αγροτικές περιοχές της Κρήτης παρατηρήθηκε ότι το 82,6% του γενικού πληθυσμού έχει μυοσκελετικές διαταραχές τον τελευταίο χρόνο από τους οποίους το 56,9% πάσχει από οσφυαλγία. Το 48,6%

όσων έχουν οσφυαλγία αντιμετωπίζουν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, ενώ μεγάλη σημασία έχει η ηλικία και το φύλο. Η επικράτηση της οσφυαλγίας όσον αφορά στο φύλο είναι περίπου ίδια τόσο για τον άνδρα, όσο και για τη γυναίκα. Όμως, οι γυναίκες έχουν πιο πολύ πόνο και περισσότερη ανικανότητα. Υπάρχει έντονη συν-νοσηρότητα, όπου το 23,3% εμφανίζει νοσηρότητα εκτός από την οσφυ σε ακόμα ένα σημείο του σώματος, το 24% σε δύο επιπλέον σημεία και το 3,3% μπορεί να εμφανίσει διαταραχές σε 9 διαφορετικά σημεία (Antonopoulou et al. 2007).

Λίγοι είναι όσοι καταφεύγουν στα χέρια κάποιου ειδικού, ενώ επικίνδυνοι παράγοντες είναι το υπερβολικό βάρος, οι πολλές ώρες εργασίας και η περιοχή στην οποία ζουν. Πιο ευάλωτοι στην περίπτωση αυτή φαίνονται πως είναι οι άντρες κυρίως όταν έχουν ξεπεράσει τα 15 έτη δουλειάς. Στις περιοχές αυτές η συν-νοσηρότητα είναι ένας παράγοντας που τους ωθεί στους ειδικούς ιατρούς (Antonopoulou et al. 2007).

Είναι φανερό πως το πρόβλημα της οσφυαλγίας ταλαιπωρεί τον ελληνικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια. Οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την άρνηση τους, πλέον, να καταφύγουν σε δημόσιους φορείς. Έτσι, τα μυοσκελετικά προβλήματα παραβλέπονται από τη μεριά των ασθενών, με οδυνηρές συνέπειες για το ίδιο το άτομο και την κοινωνία.

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα της οσφυαλγίας και η έντασή του τόσο στον ελλαδικό χώρο όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα ποσοστά αποκαλύπτουν ένα υψηλό επίπεδο συν-νοσηρότητας. Η εκτίμηση του προβλήματος της οσφυαλγίας σπάνια γίνεται από τον ειδικό, ενώ η επίσκεψη σε φυσικοθεραπευτή και η σωστή αποκατάσταση σπανίζουν.

Εύκολα, παρόλα αυτά, φαίνεται πως η έρευνα σχετικά με την οσφυαλγία σε γενικούς πληθυσμούς είναι περιορισμένη αφού οι περισσότερες έρευνες αφορούν συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες. Το γεγονός αυτό κάνει εντονότερη την αναγκαιότητα μιας πιο σωστής κι ολοκληρωμένης διερεύνησης του θέματος στον ελλαδικό, κυρίως, χώρο.

1.2 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Από όσα ήδη αναφέρθηκαν, γίνεται φανερό πως τόσο η επικράτηση της οσφυαλγίας όσο και η αντιμετώπισή της διαφέρει από χώρα σε χώρα αλλά και από περιοχή σε περιοχή. Στο κεφάλαιο αυτό, καταγράφουμε μερικά από τα πιο χαρακτηριστικά στοιχεία που κάνουν την οσφυαλγία φλέγον ζήτημα κάθε κοινωνίας.

1.2.1 Τι ξεχωρίζει στον κόσμο

Φυσικό επακόλουθο ενός τόσο διαδεδομένου προβλήματος είναι η ενασχόληση και ο προβληματισμός πολλών διαφορετικών ιατρικών ομάδων με αυτό. Πολλές έρευνες έχουν γίνει ανά τον κόσμο σχετικά με τους ειδικούς που εμπιστεύονται οι ασθενείς με οσφυαλγία. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτη που έγινε στο σουηδικό πληθυσμό, βρέθηκε ότι περίπου το 15-30% του δυτικού μέρους της, πάσχει από οσφυαλγία, τα επίπεδα της οποίας, άλλοτε επιλύονται άμεσα και άλλοτε απαιτούν επαναλαμβανόμενη θεραπεία. Στη Σουηδία, τα πρωτοβάθμια κέντρα φροντίδας παίζουν ενεργό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη από μόνα τους. Οι Σουηδοί πολίτες, έχουν την ελευθερία να επιλέγουν το κέντρο που θα τους παρέχει φροντίδα. Έτσι, λοιπόν, το 83% των ασθενών φαίνεται να επισκέπτεται ιατρό γενικής ιατρικής, το 20% ορθοπεδικό, το 6% ειδικούς για τον πόνο (pain specialists), το 1% ρευματολόγο, το 20% χειροπρακτικό και το 53% φυσικοθεραπευτή (Ekman et al. 2005).

Διαφορετικά είναι τα αποτελέσματα στην Αυστραλία, η οποία έχει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που καλύπτει τη βασική νοσοκομειακή και ιατρική περίθαλψη υγείας για όλους τους πολίτες. Επιπλέον, υπάρχει ένα παράλληλο ιδιωτικό σύστημα υγείας που καλύπτει περίθαλψη σε ιδιωτικά νοσοκομεία και βοηθητικές παροχές για παρα-ιατρική βοήθεια όπως φυσικοθεραπεία και χειροπρακτική. Η ομάδα που επισκέπτεται γενικούς ιατρούς καλύπτει το 22,4% του πληθυσμού με οσφυαλγία, το 19,3% επισκέπτεται χειροπράκτες και το 13,4% φυσικοθεραπευτές, ενώ βλέπουμε την προτίμηση κάποιων να απευθύνονται σε άτομα που προσφέρουν μασάζ, σε φυσιολόγους ακόμα και σε απλές νοσοκόμες. Η αποκλειστική χρήση ενός

τύπου επαγγέλματος τους τελευταίους έξι μήνες αντιπροσωπεύει το 41% του συνόλου των επισκέψεων, αποκαλύπτοντας ότι το 59% επισκέφθηκε περισσότερο από ένα τύπο ειδικού για τον πόνο. Βρέθηκε, επίσης, πως οι γυναίκες αναζητούν περίθαλψη συχνότερα από τους άντρες, ενώ άτομα που έχουν παντρευτεί είναι λιγότερο πιθανό να καταφύγουν σε ειδικό. Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που επιτρέπει την επιλογή ιατρού παθολόγου και αυτό οφείλεται στη μακροχρόνια σχέση που έχουν τα μεγαλύτερα άτομα με τον παθολόγο τους (Walker et al. 2004).

Περισσότερο ελπιδοφόρα είναι τα αποτελέσματα που έδωσαν οι ασθενείς στο Ηνωμένο Βασίλειο. Από δείγμα 302 ατόμων, βρέθηκε ότι το 83% των ασθενών επισκέφθηκε τον γενικό ιατρό τουλάχιστον μία φορά, ενώ το 53% των ασθενών επισκέφθηκε τον φυσικοθεραπευτή κατά τους έξι προηγούμενους μήνες. Ωστόσο, οι επισκέψεις σε φυσικοθεραπευτή συσχετίστηκαν με υψηλότερο κόστος της συνολικής περίθαλψης (Frankel et al. 1999).

Παλαιότερη, έρευνα στην Αγγλία έδειξε πως μόνο το 3% από αυτούς που πάσχουν από οσφυαλγία επισκέφθηκαν έναν ιδιωτικό σύμβουλο και το 2% επισκέφθηκε ιατρό στο δικό του χώρο εργασίας (OPCS 1997). Το κόστος των ιδιωτικών συνεδριάσεων το 1993 ήταν 70 λίρες (Coyle and Richardsa. 1994), ενώ το 1998 ήταν 81 λίρες.

Μείζων θέμα για το πλήθος των ασθενών με οσφυαλγία είναι το κόστος της φροντίδας που τους παρέχεται. Παρατηρούμε τις μεγάλες αποκλίσεις από χώρα σε χώρα, γεγονός που φανερώνει και μια αιτία που η οσφυαλγία δεν αποκαθίσταται πλήρως.

Οι δαπάνες για οσφυαλγία στη Σουηδία αντιπροσωπεύουν το 14% του συνολικού κόστους και περίπου 13% του συνόλου πρόωρης συνταξιοδότησης γήρατος χορηγήθηκαν για τα προβλήματα πόνου στη μέση. Το 2-3% των επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αφορούν τον πόνο στη μέση (SBU. 2000). Το 2001 οι δαπάνες αυτές υπολογίστηκαν να είναι 30,7 εκατ. ευρώ. Το κόστος για τους εξωτερικούς ασθενείς από επισκέψεις στα ιατρεία για σωματική υγεία ήταν 2.044 εκατ. ευρώ, πράγμα που συνεπάγεται ότι το κόστος για την οσφυαλγία ήταν 51,1 εκατ. ευρώ (SBU. 2000).

Πιο πρόσφατη έρευνα στη Σουηδία αποκάλυψε πως για την επίσκεψη σε φυσικοθεραπευτή οι ασθενείς πληρώνουν το μικρότερο μέρος του συνόλου της θεραπείας. Ειδικότερα, στον γενικό πρακτικό καταβάλλουν 98 ευρώ, στον ορθοπεδικό 158 ευρώ και στον φυσικοθεραπευτή 61 ευρώ. Για τα διαγνωστικά τεστ δίνουν από 60 ως 440 ευρώ, ενώ η συνολική θεραπεία κοστίζει από 273 ως 455 ευρώ. Ταυτόχρονα με όσα πλήρωναν, απώλεια παρατηρείται και στο μισθό τους καθώς χάνουν 21 ευρώ την ώρα κατά μέσο όρο λόγω αδειών ασθενείας (Ekman et al. 2005).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2001 υπολογίστηκε πως οι δαπάνες για τον πόνο στη μέση αντιπροσωπεύουν το 11% του συνολικού κόστους για τη βραχυπρόθεσμη ασθένεια και το 13% όλων των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων. Βρέθηκε πως το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή για ιατρικές επισκέψεις ανήλθε στα 650 ευρώ, για δοκιμές και εξετάσεις 121 ευρώ, για σωματική και χειροπρακτική θεραπεία 1012 ευρώ. Σημαντικό είναι να τονισθεί πως στο συνολικό κόστος προστίθεται και η κατ' οίκον βοήθεια, τα ορθοπεδικά βοηθήματα και η νοσοκομειακή θεραπεία (Webb et al. 2003).

Σε παλαιότερες έρευνες που έγιναν στο γενικό πληθυσμό της Αγγλίας αναφέρεται ότι το 12-16% όλων των ενηλίκων επισκέπτεται τον ιατρό του κάθε χρόνο λόγω πόνου στη μέση (Wash et al. 1993). Το 1997-98 το κόστος μιας συνεδρίας με ιατρό στο ιατρείο του ήταν 14 λίρες και στο σπίτι 46 λίρες (Netten et al. 1998). Η ίδια έρευνα έδειξε ότι περίπου 9% των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία επισκέφθηκε έναν φυσικοθεραπευτή δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα.. Αυτό σημαίνει ότι 1,6 εκατ. ενήλικες λαμβάνουν φυσικοθεραπείες ετησίως. Οι ασθενείς παρίστανται σε 6-11 συνεδρίες (Croft et al. 1994). Το 1997-98 το κόστος μιας συνεδρίας φυσικοθεραπείας σε μια κλινική ήταν 18 λίρες και για μια κατ' οίκον επίσκεψη 40 λίρες (Netten et al. 1998). Οι ασθενείς με οσφυαλγία δεν παύουν, όμως, να αναζητούν φροντίδα και σε άλλους ειδικούς, όπως οστεοπαθητικούς και χειροπρακτικούς, οι οποίοι κοστίζουν 172,8 εκατ. λίρες και 69,1 εκατ. λίρες ετησίως.

Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το 1991 το κόστος για την οσφυαλγία στην Ολλανδία ήταν 5 δις δολάρια (5,2 δις ευρώ) (Van Tulter et al. 1995), ενώ οι συνολικές ετήσιες άμεσες δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στις Η.Π.Α που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με οσφυαλγία εκτιμήθηκαν σε 90 δις δολάρια το

1990, κατά 60% υψηλότερες σε σχέση με άτομα χωρίς οσφυαλγία. (Volinn et al. 2005).

Ένα μεγάλο κεφάλαιο στο πρόβλημα της οσφυαλγίας, αποτελεί το θέμα της αναρρωτικής άδειας, καθώς και της αποζημίωσης. Παρατηρούμε εδώ τις εντονότερες διαφορές όχι μόνο από χώρα σε χώρα αλλά και από επιχείρηση σε επιχείρηση.

Στη Σουηδία το 19% του συνόλου των ετήσιων ημερών αδείας ασθενείας από το 1961 μπορεί να αποδοθεί σε οσφυαλγία. (Ekman et al. 2005). Η πρώτη μέρα της απουσίας λόγω ασθενείας είναι μια ειδική μέρα που δεν καλύπτεται από το επίδομα ασθενείας. Μετά τη μέρα αυτή, το επίδομα ασθενείας για τις βραχυπρόθεσμες ασθένειες καλύπτει το 80% της απώλειας εισοδήματος. Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες δεν έχουν δυνατότητες ουσιαστικής αξιοποίησης της άδειας τους, μπορούν, όμως, να πάρουν τελικά προσωρινή σύνταξη αναπηρίας ή πρόωρη συνταξιοδότηση.

Παρόμοια, η οσφυαλγία υπολογίστηκε πως αντιπροσωπεύει το 12,5% του συνόλου της αναρρωτικής άδειας στο Ηνωμένο Βασίλειο, γεγονός που το καθιστά ως το μεγαλύτερο αίτιο απουσίας από την εργασία (Maniadakis & Gray. 2000).

Η πιστοποίηση αναρρωτικής άδειας αποτελεί μια μοναδική προοπτική για τη συχνότητα και τη διάρκεια των επεισοδίων οσφυαλγίας στη Μάλτα. Οι εργαζόμενοι εδώ, μπορούν να λάβουν πιστοποιητικό ασθενείας από προσωπικό αυτοαπασχολούμενο ιατρό της οικογένειας, από ιατρό της κυβέρνησης που εργάζεται σε κέντρο υγείας ή από συνεργαζόμενο της εταιρείας, αν αυτή παρέχει (Soler JK). Ο εργοδότης καταβάλλει τις 3 πρώτες μέρες άδεια ασθενείας για όλους τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης και συμμετέχει στις πληρωμές μαζί με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης για το υπόλοιπο της αναρρωτικής άδειας (κυμαίνεται από 15 ως 30 ημέρες για πλήρη αμοιβή). Για τραυματισμό στην ίδια την υπηρεσία ο εργαζόμενος δικαιούται αναρρωτική άδεια με πλήρεις αποδοχές για ένα έτος (Soler JK).

Τέλος, μελέτη που διεξήχθη στο Βέλγιο, έδειξε ότι το 29% του συνόλου των ημερών αναρρωτικής άδειας οφείλεται σε οσφυαλγία, ενώ άδεια είναι περισσότερο πιθανό να ζητηθεί από γυναίκα (61%) παρά από άντρα (39%) σε αντίθεση με τους μειωμένους

δασμούς όπου οι άντρες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν (60%) από ότι οι γυναίκες (40%).(Goubert et al. 2004)

Διαρκές θέμα συζήτησης είναι το θέμα της αποζημίωσης και κατά πόσο το δικαιούται ο κάθε εργαζόμενος. Ουσιαστική αποζημίωση που σχετίζεται με οσφυαλγία προσφέρεται σε Ιαπωνία και Η.Π.Α. Ο μισθός λόγω αποζημίωσης στην Ιαπωνία είναι 80% και δίνεται μετά την τρίτη μέρα απουσίας από την εργασία (για τις πρώτες 3 μέρες 60%), καθώς και επιδόματα παρέχονται τακτικά για να συμπληρώσουν τη αποζημίωση. Στις Η.Π.Α η αποζημίωση μισθών διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία και κυμαίνεται από 60 ως 80% (Volinn et al. 2005). Ο Hadler (2002) επισήμανε ότι ο ισχυρισμός για τον πόνο και η αποζημίωση όλων των εργαζομένων είναι πολύ μεγαλύτερος στις Η.Π.Α από ότι στην Ιαπωνία.

Η Ιαπωνία έχει ένα συγκεντρωτικό σύστημα που καλύπτει την ασφάλεια των εργαζομένων από ατυχήματα. Το 1999, το ασφαλιστικό αυτό σύστημα κάλυπτε το 71% του εργατικού δυναμικού. Μεταξύ αυτών που δεν καλύπτονται είναι οι δημόσιοι υπάλληλοι, οι ναύτες και μερικοί εργαζόμενοι στη γεωργία. Οι εργοδότες στην Ιαπωνία, καταβάλλουν πληρωμές για τις 3 πρώτες μέρες μετά από ζημιά και συνεχίζουν να συμβάλλουν στη χρηματοδότηση στο συνακόλουθο χρόνο απουσίας από την εργασία. Σε αντίθεση με το συγκεντρωτικό σύστημα στην Ιαπωνία, στις Η.Π.Α το κάθε κράτος έχει δικό του σύστημα αποζημίωσης. Στην Ουάσινγκτον, για παράδειγμα, η αναλογία αποζημίωση-μισθού είναι 60-75% ανάλογα με τη συζυγική ιδιότητα του εργαζομένου. Όλοι οι εργαζόμενοι, εδώ, εκτός από τους αυτοαπασχολούμενους καλύπτονται από βιομηχανική ασφάλεια. Ένα κρατικό ταμείο ασφαλίζει τα 2/3 περίπου των εργαζομένων (Violin et al.2005).

Μια σειρά αποτελεσμάτων καταγράφονται ως συνέπεια της οσφυαλγίας σε όλο τον κόσμο, ανάμεσα στα οποία είναι η απώλεια παραγωγής λόγω νοσηρότητας. Κατά τη διάρκεια του 1994-95 στη Μεγάλη Βρετανία περίπου 116 ημέρες πιστοποιημένης ανικανότητας σχετίζονται με πόνο στη μέση. Από αυτές οι 75,5 ημέρες είναι από ενήλικες άνδρες και οι 40,5 από ενήλικες γυναίκες. Το 1998 χάνονται 909 εκατ. λίρες λόγω της ανικανότητας για εργασία. Από αυτά, τα 65,38 εκατ. αφορούν ανήλικες άνδρες(Maniadakis & Gray 2000).

Στη Σουηδία, για ακόμα μία φορά γίνονται έντονα φανερές οι επιπτώσεις της οσφυαλγίας στην εργασία. Έτσι, λοιπόν, οι υπάλληλοι με άδεια ασθενείας λόγω ανικανότητας φτάνουν το 57,2% των εργαζομένων, ενώ η διάρκεια άδειας είναι 33,4 ημέρες. Οι ασθενείς με ανικανότητα που δεν μπορούν να κάνουν οποιαδήποτε άλλη καθημερινή δραστηριότητα είναι 61,3% και τα άτομα με ανικανότητα που λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι από την οικογένεια ή φίλους αγγίζουν το 42,7%. Ανάλογα με την ανικανότητα που προέρχεται από οσφυαλγία, το κράτος χάνει συνολικά, από 12.690 € όντας μεταξύ 0-7 στην κλίμακα ανικανότητας, έως 29.790 € όντας από 16-24 στην κλίμακα. (Ekman et al. 2005).

Μια μελέτη που εξέτασε το συνολικό κόστος που δαπανάται ανικανότητα από οσφυαλγία και διεξήχθη σε τέσσερα κράτη των Η.Π.Α κατά τα έτη 1992-93, έδειξε πως η διάρκεια ανικανότητας ήταν 30 ημέρες, 30-40 ημέρες, 91-180 και πάνω από 180 ημέρες. Οι δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια αυτή (Volinn et al. 2005).

Παλαιότερη έρευνα έδειξε πως άτομα ηλικίας 25-45 ετών ανέφεραν ανικανότητα 4-5 (σε κλίμακα 0-20) και άτομα 55-65 ετών δήλωσαν ανικανότητα κλίμακας 15-20. Αξιοσημείωτη παρατήρηση της ίδιας μελέτης είναι πως όσοι έχουν ετήσιο εισόδημα 0-7.000 δολάρια αναφέρουν ανικανότητα κοντά στο 20 σε μεγάλη αντίθεση όσων δηλώνουν 25.000 δολάρια και άνω, οι οποίοι έχουν ανικανότητα κάτω από 5 (Cats-Baril and Frymoyer, 1991).

Συμπερασματικά, καταλαβαίνουμε πως η έκταση της οσφυαλγίας ποικίλλει, καθώς και οι ασθενείς την αντιμετωπίζουν και τη θεραπεύουν με διαφορετικά μέσα. Ένα πλήγμα που δέχεται η οικονομία κάθε χώρας, οφείλεται στις απουσίες από την εργασία και τις αποζημιώσεις που δίνονται κάθε χρόνο. Οι ειδικοί υγείας που επιλέγονται είναι διαφορετικών ειδικοτήτων και η επιλογή τους έχει άμεση εξάρτηση από το κόστος του κάθε ενός.

1.2.2 Τι ξεχωρίζει στην Ελλάδα

Λιγότερα είναι τα στοιχεία που έχουμε για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας στον ελλαδικό χώρο, παρότι το πρόβλημα έχει πάρει ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Οι Έλληνες φαίνεται να φροντίζουν λιγότερο τη γενική τους υγεία σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ οι λιγότερο μορφωμένοι έχουν πιο πολύ ανάγκη για ανάκτηση της σωματικής τους υγείας. Στην Ελλάδα, το 60% του πληθυσμού έχει υψηλή μόρφωση (3 βαθμούς εκπαίδευσης), αλλά παρόλα αυτά οι μεγάλες εργασιακές απαιτήσεις και ο χαμηλός εργονομικός έλεγχος εργασίας, κάνουν επιτακτική την ανάγκη να επισκεφθούν κάποιον ειδικό για την αποκατάσταση της οσφυαλγίας. Πιο συγκεκριμένα, το 45% των εργαζομένων που πάσχουν από οσφυαλγία αναζήτησε ιατρική φροντίδα. Οι περισσότεροι Έλληνες επισκέπτονται αμέσως κάποιον ειδικό ιατρό και όχι πρώτα γενικό ιατρό που τους παραπέμπει σε εξειδικευμένο. Το ¼ των Ελλήνων παρακολουθούνται από πάνω από τρεις ιατρούς μέσα σε ένα έτος, ενώ μόνο το 5% καταφεύγει σε φυσικοθεραπευτή (Ferrari et al. 2001).

Μία άλλη έρευνα έδειξε πως οι ασθενείς με πολλαπλές συνοσηρότητες, δηλαδή οσφυαλγία με άλλα συνοδά μυοσκελετικά προβλήματα, είναι πιο πιθανό να επισκεφθούν ειδικό. Το 41,7% ανέφεραν συμπτώματα οσφυαλγίας κατά την τελευταία εβδομάδα αλλά μόνο το 17,5% επισκέφθηκε ιατρό. Όσοι κατέφυγαν σε ειδικό σε σχέση με εκείνους που δεν έλαβαν καθόλου θεραπεία κατά τη διάρκεια ενός έτους, διαπιστώθηκε πως οι νεότεροι ασθενείς με περιορισμένη παιδεία δεν συμβουλευόταν ειδικό για τα μυοσκελετικά τους προβλήματα. Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να ζητούν πιο συχνά βοήθεια από ιατρό. Παράγοντες όπως ο χρόνος εργασίας, το φύλο και το επάγγελμα φάνηκε να έχουν μικρή σημασία (Antonopoulou Maria et al. 2007).

Αξιοπρόσεκτο στην Ελλάδα είναι το κόστος θεραπείας της οσφυαλγίας με δεδομένο ότι αυτή δεν καλύπτεται από μόνο έναν τομέα αλλά συνυπάρχει σχεδόν πάντα με άτυπες πληρωμές. Στην Ελλάδα, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας με περίπου 200 αγροτικά και ημιαστικά κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, 1000 αγροτικές θέσεις για την υγεία και το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΙΚΑ) με περίπου 250 δικά του αστικά μέσα. Άλλοι φορείς παροχής περίθαλψης είναι τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων,

διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, ο ιδιωτικός τομέας, οι τοπικές αρχές και οι υπηρεσίες υγείας της πόλης (Mosialos et al. 2005)

Η Ελλάδα έχει το πιο ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έρευνα έδειξε ότι από το σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών, το 66% αφορά υπηρεσίες υγείας. Οι κάτοικοι επαρχίας ζητούν πιο συχνά ιδιωτική περίθαλψη λόγω ανεπαρκούς δημόσιας πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο τομέας των νοσοκομείων απορροφά λιγότερο από το 15% της νοσοκομειακής δαπάνης των νοικοκυριών. Σημαντικό μέρος, δηλαδή το 20% της νοσοκομειακής περίθαλψης αφορά άτυπες πληρωμές εντός των δημόσιων νοσοκομείων (Mosialos et al. 2005).

Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα συνδέεται με την δημόσια υποχρηματοδότηση και την ταυτόχρονη συνεχή επένδυση ώστε να εξασφαλισθούν αναβαθμισμένες παροχές και τεχνολογίες. Η κατανομή των πληρωμών ποικίλλει ανάλογα με την ειδικότητα, ενώ μεγάλα ποσά δίνονται σε φάρμακα που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία ή που χορηγούνται σε ανασφάλιστους ασθενείς (Mosialos et al. 2005).

Διαφορετικά αποτελέσματα έδωσε μια έρευνα, κατά την οποία μία στις τέσσερις οικογένειες είχε τουλάχιστον μία εισαγωγή σε νοσοκομείο το τελευταίο έτος. Σύμφωνα με αυτήν, το 81% των ασθενών νοσηλεύεται σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ μόνο το 16% σε ιδιωτικό και το υπόλοιπο 3% σε νοσοκομείο του εξωτερικού. Ο μικρός αριθμός, εδώ, που προτιμά ιδιωτικά νοσοκομεία πιθανά οφείλεται στο υψηλό κόστος τους. Οι πιθανότητες θεραπείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο είναι 2,2 φορές πιο μεγάλη για όσες οικογένειες καλύπτονται από ασφάλιση υγείας, σε σχέση με εκείνες που δεν ασφαλίζονται. Αυτές, όμως, οι οικογένειες είναι λίγες, το 64% των οποίων αφορά χειρουργικές περιπτώσεις (Liaropoulos et al. 2008).

Στην Ελλάδα, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής το θέμα των άτυπων πληρωμών. Λόγω της ανομοιογενούς κάλυψης της υγείας και το γεγονός ότι ποτέ δεν υπήρξε πλήρης κάλυψη, οι άτυπες πληρωμές αναπτύχθηκαν ως συμπλήρωμα της δημόσιας χρηματοδότησης. Παρά το γεγονός ότι το ιδιωτικό ιατρείο έχει απαγορευτεί για τους δημόσιους ιατρούς, πολλοί από αυτούς διατηρούν παράνομα ή ζητούν επιπλέον

πληρωμές. Στα δημόσια νοσοκομεία το 36% ανέφερε το λιγότερο ένα «φακελάκι». Από αυτό, το 42% το έδωσε από φόβο μήπως δεν δοθεί η απαραίτητη φροντίδα και το 20% επειδή του ζητήθηκε(Siskou et al. 2008).

Μια ομάδα ξένων εμπειρογνομόνων μελέτησαν το ελληνικό σύστημα υγείας και ανέφεραν πως το κύριο πρόβλημα είναι το «φακελάκι» το οποίο χαρακτήρισαν ως «πανταχού παρόν». Οι άτυπες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία αποτελεί το 10% του συνόλου της 'μαύρης' οικονομίας στο ελληνικό κράτος (Liaropoulos et al. 2008). Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που εισάγονται με τις απλές διαδικασίες δε δίνουν φακελάκι. Δηλαδή, υπάρχει 1,72 φορές πιο μεγάλη πιθανότητα να δοθεί άτυπη πληρωμή για διαμεσολάβηση, ώστε να μπει ο ασθενής στο νοσοκομείο συντομότερα και άμεσα. Τα ποσά πληρωμής κυμαίνονται από 350 ευρώ ως και 3.500 ευρώ ή και 8.000 ευρώ. Συνήθως, είναι 500 ευρώ και είναι ανεξάρτητα κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.(Liaropoulos et al. 2008)

Ελλιπή είναι τα στοιχεία που αφορούν στις αναρρωτικές άδειες και την απουσία από τη δουλειά. Έρευνα σε εργατές ναυπηγείου αποκάλυψε ότι το 14% βρισκόταν σε αναρρωτική άδεια τουλάχιστον μία φορά με οσφυαλγία, ενώ υποτροπή έκανε το 41%. Φάνηκε, επίσης, ότι ατομικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά της δουλειάς (αν ζουν μόνοι τους, αν κάνουν νυχτερινή βάρδια, κατώτερη εκπαίδευση), επηρέασε την απόφαση να λάβουν άδεια απουσίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η επιστροφή στη δουλειά μετά από άδεια λόγω οσφυαλγίας συμβαίνει μέσα σε ένα μήνα, αν και υπάρχουν αποδείξεις ότι η γρηγορότερη επιστροφή είναι αποτελεσματική (Alexopoulos et al, 2006 and 2008).

Η οσφυαλγία είναι η αιτία απουσίας του 14% των υπαλλήλων στα ναυπηγεία της Ελλάδας. Η αναζήτηση φροντίδας έχει σημαντικές επιρροές. Δηλαδή, όσοι ζουν στον ίδιο χώρο με άλλους και όσοι κάνουν νυχτερινές βάρδιες σχετίζονται με μείωση απουσιών λόγω οσφυαλγίας. Αυτοί που κατέχουν θέση επιβλέποντα έχουν λιγότερες αναρρωτικές άδειες, ενώ εργασίες που σχετίζονται με φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες δεν επιφέρουν απουσίες από την εργασία τους. Το 92% των εργαζόμενων επιστρέφει εντός δύο εβδομάδων. Μόνο το 2,5% επέστρεψε μετά από ένα μήνα. Όσοι έχουν ιστορικό κήλης δίσκου έχουν μειωμένο ποσοστό επιστροφής, ενώ άμεση σχέση φαίνεται να έχει η νοσηρότητα (Alexopoulos et al, 2006 and 2008).

Μελέτη στη αγροτική Κρήτη, έδειξε ότι το 82,6% ανέφερε τουλάχιστον ένα μυοσκελετικό πρόβλημα στο προηγούμενο έτος. Από αυτά, η οσφυαλγία είναι το πιο συχνό με ποσοστό 56,9% και συνοσηρότητα εμφάνισε το 24% των ασθενών (Antonopoulou Maria et al, 2007). Η οσφυαλγία είναι το πιο εξουθενωτικό σύμπτωμα παρουσιάστηκε (28,6%), προκαλώντας περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες. Χαμηλά στην πλάτη και τον αυχένα ήταν ο πιο συχνός συνδυασμός που αναφέρθηκε με αποτέλεσμα το αυξημένο ποσοστό αναπηρίας, ενώ ασθενείς με πόνο στον ώμο και οσφυαλγία ανέφεραν τις πιο πολλές αναπηρίες. Τα πρότυπα νοσηρότητας διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η οσφυαλγία φαίνεται να είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα αλλά στις γυναίκες είναι πιο έντονα τα συμπτώματα και οι αναπηρίες. Παρόλα αυτά, σε όλα τα επαγγέλματα, παρά τον παράγοντα κινδύνου από την παρουσία μυοσκελετικών, η πλειοψηφία διατηρεί κάθε χρόνο τις ίδιες καθημερινές δραστηριότητες με το προηγούμενο έτος, δηλαδή δεν λαμβάνει πρόληψη. Οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι έχουν την τάση να προκαλούν πιο συχνά προβλήματα, δημιουργώντας περιορισμούς σε δραστηριότητες κυρίως από ελλείμματα σε ώμο, αγκώνα, καρπό και άκρα πόδα.

Μεταξύ νοσηλευτών, σε νοσοκομείο της Αθήνας βρέθηκε πως η φυσική φόρτιση είναι η κύρια αιτία για τον πόνο στη μέση. Δεν αποδείχθηκε καμία επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στις καταγγελίες, τη χρονιότητα ή την απουσία λόγω ασθένειας. Σημαντικοί παράγοντες για την οσφυαλγία και την απώλεια εργασιακών ημερών είναι οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, ο μειωμένος εργονομικός έλεγχος, η μειωμένη μόρφωση και κυρίως η κακή ή μέτρια γενική υγεία. Οι γυναίκες έχουν περισσότεροι ανάγκη για αναρρωτικές άδειες (Alexopoulos et al, 2003).

Συνοψίζοντας, κατανοούμε πως ο μυοσκελετικός πόνος και ειδικά η οσφυαλγία είναι πολύ κοινός στον ελληνικό πληθυσμό. Είναι απαραίτητο, οι ασθενείς να παρακολουθούνται από εξειδικευμένο προσωπικό και όχι από γενικούς ιατρούς, κάτι που στην Ελλάδα δεν θεωρείται δεδομένο. Τα πρότυπα συνοσηρότητας και οι αναπηρίες που προκύπτουν αναδεικνύουν την ανάγκη για οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα, προσανατολισμένη στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών.

1.3 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Θεωρώντας δεδομένο ότι η οσφυαλγία εμφανίζεται σε ένα υψηλό ποσοστό του πληθυσμού επηρεάζοντας πολλές φορές σε σημαντικό βαθμό την υγεία και τον τρόπο ζωής του ατόμου, γίνεται επιτακτικότερη η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και δημιουργία κατάλληλων εργαλείων , τα οποία θα μπορούν να αξιοποιηθούν από τους φορείς υγείας, για ορθότερη αξιολόγηση και γενικότερη εκτίμηση του προβλήματος και συνεπώς αποτελεσματικότερη θεραπεία. Στο παρόν κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά σε παράγοντες που διάφοροι ερευνητές βρίσκουν να είναι προγνωστικοί για εμφάνιση του πόνου στη πλάτη αλλά και σε διάφορα ερωτηματολόγια που δίνονται από τους φορείς υγείας για αξιολόγηση και καταγραφή του προβλήματος της οσφυαλγίας.

Κατά καιρούς έχουν γίνει κάποιες αξιόλογες ερευνητικές προσπάθειες που μελετούν κάποιους πιθανούς παράγοντες κινδύνου. Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί σε κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες κινδύνου, όπως φύλο, ηλικία κοινωνικοοικονομική κατάσταση , ως προς το κατά πόσο συντείνουν στην εμφάνιση της οσφυαλγίας και της αναπηρίας, αλλά και σε ψυχοσωματικούς παράγοντες , όπως άγχος , υπερένταση κ.α. (Van der Giezen et al. 2000).

Παράλληλα με τα πιο πάνω γίνονται και κάποιες ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό του/των επεισοδίων, π.χ. την περίοδο εμφάνισης του επεισοδίου, τον τρόπο πρόκλησης αν αυτό είναι εφικτό, την περιοχή και την ένταση του πόνου και κατά πόσο επισκέφτηκαν ιατρό, φυσιοθεραπευτή ή άλλο ειδικό για το πρόβλημα τους και αν πήραν ποτέ αναρρωτική άδεια (Holmberg et al. 2004, Goubert et al. 2004 , Lebouef-Yde et al.1998).

Μέσω ερευνών διαφαίνεται ότι από τα πιο πάνω στοιχεία , ως επί το πλείστον κάποια επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό και αλλά λιγότερο την πρόκληση και επιδείνωση του προβλήματος.

Πέραν τούτων έχουν κατασκευαστεί και κάποια άλλα επικυρωμένα και έγκυρα ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν τυποποιημένες ερωτήσεις αναφορικά με την

επίδραση της οσφυαλγίας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την αναπηρία που προκαλεί. Τέτοιου είδους ερωτηματολόγια είναι τα ακόλουθα:

Τυποποιημένα εργαλεία αξιολόγησης της οσφυαλγίας :

Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) : Αποτελείται από μια λίστα είκοσι τεσσάρων ερωτήσεων που αντανakλούν τον περιορισμό που προκύπτει σε διάφορες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Oswestry Disability Index (ODI) : Αποτελείται από δέκα κλίμακες έξι σημείων με την πρώτη βαθμολογία να αναφέρεται στην ένταση του πόνου και τις υπόλοιπες εννιά στη μέτρηση της αναπηρίας σε διάφορα πλαίσια της καθημερινής ζωής.

Euroqol Questionnaire (EQ): περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής. Συμπληρώνεται από τον ασθενή και καλύπτει τις εξής πέντε διαστάσεις της υγείας : κινητικότητα , προσωπική φροντίδα / υγεία, κύρια απασχόληση, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες αναψυχής , πόνος και διάθεση.

Πέραν των ερωτηματολογίων αυτών για να εκτιμηθεί η συσχέτιση μεταξύ του πόνου, της αναπηρίας, και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με οσφυαλγία έχουν φτιαχτεί και κάποιες κλίμακες οι οποίες αξιολογούν τον πόνο του ασθενούς.

Οπτικοαναλογική Κλίμακα VAS: ένα ευρέως χρήσεως εργαλείο για τη μέτρηση του πόνου. Είναι μια οπτική αναλογική κλίμακα εκατόν χιλιοστών οριζόντιας γραμμής , όπου το αριστερό άκρο αντιπροσωπεύει τον μηδενικό πόνο ενώ το δεξί, το χειρότερο πόνο που μπορεί να φανταστεί κάποιος. Ο ασθενής σηματοδοτεί το σημείο που αντιστοιχεί πιο πολύ στη δική του κατάσταση.

Με βάση τα πιο πάνω ερωτηματολόγια και κλίμακες, ο φορέας υγείας μπορεί να σχηματίσει μια πιο αντικειμενική εικόνα για την κατάσταση του ασθενούς, αφού θα έχει στα χέρια του αρκετά στοιχεία ούτως ώστε να μπορεί να παράσχει τη καταλληλότερη θεραπεία που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή του.

Παράλληλα έχουν γίνει και κάποιες έρευνες , στις οποίες έχουν προστεθεί νέα στοιχεία που εξακολουθούν να είναι υπό μελέτη για το κατά πόσον μπορούν να θεωρηθούν προγνωστικοί παράγοντες κινδύνου.

Προγνωστικοί παράγοντες κινδύνου

Η οσφυαλγία είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή με πάρα πολλές πιθανές αιτιολογίες , κάτι που κάνει πιο δύσκολο το έργο ανίχνευσης και ανάλυσης των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση και επιδείνωση του πόνου στην πλάτη.

Πάρα πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν γίνει με σκοπό να εντοπιστούν αυτοί οι παράγοντες κινδύνου , με αποτέλεσμα να διχάζονται πολλές φορές οι απόψεις μεταξύ των ερευνητών . Συγκεκριμένα:

Δημογραφικοί παράγοντες

Ένας πολυσυζητημένος παράγοντας που πιθανολογείται για την πρόκληση της οσφυαλγίας είναι η **εργασία** και η συνεπακόλουθη φυσική και ψυχοκοινωνική έκθεση.

Ο Ghaffari στην έρευνά του σε βιομήχανους εργάτες χρησιμοποίησε ερωτήσεις από το Nordic questionnaire, η ισχύς και η αξιοπιστία του οποίου έχουν διερευνηθεί και εγκριθεί σε διάφορες μελέτες (Hereby et al. 1996 ,Walker et al. 2004, Lebouef-Yde & Lauritsen 1995 , Griffiths et al. 2007). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την οσφυαλγία κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών, της τελευταίας εβδομάδας , και σοβαρή οσφυαλγία που τους απέτρεψε από την εργασία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η φυσική και ψυχολογική έκθεση στην εργασία διέφερε ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες, αλλά η επικράτηση της οσφυαλγίας ήταν παρόμοια. Αυτό δείχνει ότι η οσφυαλγία είναι ένα κοινό βάρος στην κοινωνία, ανεξάρτητα από παράγοντες εργασίας βάση αυτής της μελέτης.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες (Nachemson et al. 2000) η ανύψωση βαρέων αντικειμένων , η καθιστή θέση και η επαναλαμβανόμενη εργασία ήταν σημαντικοί

παράγοντες κινδύνου για την οσφυαλγία, αλλά η άρση βαρών ήταν ο μόνος παράγοντας που αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο της απουσίας λόγω οσφυαλγίας κατά το προηγούμενο έτος. Μεταξύ των ψυχοκοινωνικών εκθέσεων, η μονότονη εργασία ήταν ένας παράγοντας κινδύνου για οσφυαλγία

Ο Goubert et al. (2004) προσθέτει και μια καινούρια παράμετρο η οποία φαίνεται να επιδρά στην εμφάνιση της οσφυαλγίας και της αναπηρίας της. Πρόκειται για τον παράγοντα **γλώσσα**. Σε μια έρευνα του στο Βέλγιο διαπίστωσε ότι οι γαλλόφωνοι ερωτηθέντες είχαν ελαφρώς υψηλότερο επιπολασμό οσφυαλγίας 48,3% σε σχέση με τους ολλανδόφωνους ερωτηθέντες 36,8%. Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σύμφωνες με τα αποτελέσματα μιας έρευνας για την υγεία της βελγικής κυβέρνησης στο οποίο οι συμμετέχοντες από τη γαλλόφωνη κοινότητα ανέφεραν χαμηλότερη σωματική και ψυχική υγεία, υψηλότερη αναπηρία και λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής σε σχέση με την ολλανδόφωνη κοινότητα.

Μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Δανούς τριανταοκτάχρονους, σε μια περίοδο εικοσιπέντε ετών με ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την οσφυαλγία σε διάφορους σταθμούς της ζωής τους. (Hereby et al. 1996). Μεταξύ άλλων οι άντρες ρωτήθηκαν για τις στρατιωτικές τους υπηρεσίες και οι γυναίκες για **γυναικολογικά θέματα**. Όσον αφορά τα αποτελέσματα στους άντρες δε βρέθηκε κάποια ιδιαίτερη σύνδεση μεταξύ οσφυαλγίας και στρατιωτικής θητείας ενώ στις γυναίκες το 56% φάνηκε ότι κατά την περίοδο της εμμήνου ρύσης έπασχαν από οσφυαλγία. Με το συμπέρασμα ότι η έμμηνη ρύση συντείνει στην εμφάνιση και επιδείνωση της οσφυαλγίας συμφωνούν και άλλες έρευνες (Biering-Sorensen 1983, Svensson et al. 1990). Ταυτόχρονα βρέθηκε ότι μετά από κάθε εγκυμοσύνη η γυναίκα παρουσίαζε μεγαλύτερη συχνότητα οσφυαλγίας κάτι το οποίο βρίσκει σύμφωνους και άλλους ερευνητές (Ostgaard et al. 1991).

Το **εκπαιδευτικό επίπεδο** είναι ένα στοιχείο το οποίο εντάσσουν αρκετοί ερευνητές στις μελέτες τους, χωρίς ωστόσο να βγαίνουν ξεκάθαρα συμπεράσματα για το αν επηρεάζει την οσφυαλγία. Ο Von Korff et al. (1998) βρήκε ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο δεν ήταν παράγοντας κινδύνου για οσφυαλγία, αλλά παράγοντας επιδείνωσης της αναπηρίας της. Με αυτά τα συμπεράσματα συμφώνησαν

και άλλοι ερευνητές (Mason 1994, Goubert et al. 2004) ενώ κάποιιοι άλλοι δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση μεταξύ αυτών (Holmberg et al. 2004).

Ένας άλλος παράγοντας που περιλαμβάνεται σε αρκετές μελέτες είναι το **κάπνισμα**. Αρκετοί ερευνητές το έχουν βρει ως παράγοντα κινδύνου για οσφυαλγία. (Croft et al. 1994, Biering-Sørensen et al. 1986, Goldberg et al. 2000), ενώ άλλοι ερευνητές έχουν εντοπίσει μια μικρή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στην αναπηρία της οσφυαλγίας. Βέβαια ο Lebouef – Yde διαπίστωσε ότι το κάπνισμα δε μπορεί να θεωρηθεί αιτία πρόκλησης οσφυαλγίας και ο βαθμός επικινδυνότητας του είναι χαμηλός. Από την άλλη διαπιστώθηκε ότι άτομα που καπνίζουν πέραν των δεκαπέντε τσιγάρων ημερησίως διπλασιάζουν (Heliovaara), ή αυξάνουν (Hereby et al. 1996) τον κίνδυνο για οσφυαλγία

Επιπλέον κάτι που μελετήθηκε στα προηγούμενα έτη αλλά πλέον δεν χρησιμοποιείτε συχνά στις έρευνες που γίνονται, είναι η ανισότητα στο μήκος ποδιών, στοιχείο που ίσως συμβάλλει στη χαμηλή οσφυαλγία (Rush et al 1946, Giles et al. 1981, Nichols 1960, Biering-Sørensen 1984, Friberg 1984, Mahar 1985) κάτι που δεν βρίσκει σύμφωνους άλλους ερευνητές (Soukka 1991, Froh 1988, Grundy 1983).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Η **κατάθλιψη** φαίνεται μέσα από αρκετές έρευνες να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε άτομα με χρόνια πόνο στην πλάτη (Dworkin & Gitlin 1991, Fishbain et al. 1997, Rush et al. 2000). Σε πανομοιότυπα συμπεράσματα κατέληξαν και άλλες έρευνες όπου διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πιο συχνά σε άτομα με χρόνια πόνο σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς πόνο (Von Korff et al. 1998, Croft et al., 1995

Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου που έχει διαπιστωθεί ότι είναι προγνωστικός για οσφυαλγία και αναπηρία είναι **λανθασμένες αντιλήψεις** που έχουν οι πλείστοι ασθενείς για τον πόνο στην πλάτη. (Picavet et al 2002)

Έτσι ο Goubert et al. (2004) σε μια έρευνα σχετικά με την επικράτηση του πόνου και της αναπηρίας λόγω οσφυαλγίας και γενικά τους μύθους που αφορούν το πρόβλημα αυτό συμπεριέλαβε στην μελέτη του ένα ερωτηματολόγιο (LBP Beliefs

Questionnaire) με έξι ερωτήσεις που αποτυπώνουν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με την οσφυαλγία. Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν είναι αξιοπερίεργα. Πολλοί από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με την οσφυαλγία, υψηλές προσδοκίες για την αιτιολογία, την διάγνωση και τη θεραπεία. Για παράδειγμα το 77% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι, εάν κάποιος έχει πόνο στην πλάτη, μια λάθος κίνηση μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα. Σχετικά με την διάγνωση, το 42% πιστεύει ότι οι ακτινογραφίες και άλλες απεικονιστικές εξετάσεις μπορούν πάντα να προσδιορίσουν την αιτία του πόνου στην πλάτη. Όσον αφορά την θεραπεία, το 35% πιστεύει ότι η ανάπαυση στο κρεβάτι είναι βασική για τη θεραπεία. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι οι λανθασμένες αυτές αντιλήψεις σχετικά με την οσφυαλγία διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στην ανάπτυξη των προβλημάτων της.

Εκτενώς ερευνάται η **οικογενειακή κατάσταση** ως παράγοντας πρόκλησης. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση με το αν κάποιος ζει μόνος ή είναι παντρεμένος, χωρισμένος αλλά και με το αν έχει παιδιά στο σπίτι και ποσά είναι αυτά. Ο Goubert βρήκε ότι τα άτομα που ζουν μόνα τους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για οσφυαλγία απ' ότι οι παντρεμένοι, ενώ ακόμη μεγαλύτερη επίδραση είχε βρει για τους παντρεμένους με παιδιά, σε σύγκριση και με τις δυο προηγούμενες ομάδες.

Πάρα πολλά είναι τα στοιχεία που μελετώνται κατά καιρούς από αρκετούς ερευνητές, τα αποτελέσματα των οποίων είναι αμφιλεγόμενα, αν και υποδεικνύουν μια σχέση μεταξύ οσφυαλγίας και κοινωνικό-δημογραφικών και άλλων παραγόντων. Μέσα από περαιτέρω έρευνα, ενσωματώνουν καινούργια στοιχεία στα ερωτηματολόγια που αποτελούν πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες κίνδυνου ούτως ώστε να διαπιστώσουν τι είναι αυτό που συντελεί στον πόνο της μέσης.

Στοιχεία καταγραφής της οσφυαλγίας στην Ελλάδα

Ενδιαφέρον έχει να ερευνήσουμε το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων που δίνονται στην Ελλάδα από τους φορείς υγείας έτσι ώστε συγκρίνοντας τα με τα αντίστοιχα άλλων χωρών να δούμε που υστερούν και μέσα από έρευνα να μπορέσουμε να τα αναπτύξουμε.

Στην Ελλάδα καταρχήν δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες σε εθνικό επίπεδο που να ερευνούν το θέμα διεξοδικά, παρά μόνο σε επιλεγμένους πληθυσμούς. Έτσι θα ήταν σφάλμα να γενικεύσουμε τα οποιαδήποτε συμπεράσματα έχουν εξαχθεί από ορισμένες μελέτες για το σύνολο του πληθυσμού.

Μια έρευνα που έχουμε στα χέρια μας και αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα, έχει δείξει ότι το φύλο είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση της οσφυαλγίας, με τις γυναίκες να είναι πιο επιρρεπείς στο πρόβλημα αυτό. (Stranjalis et al. 2004). Στην ίδια έρευνα έχει βρεθεί ότι η χειρονακτική εργασία, η άρση βαρέων αντικειμένων, κυρίως στις γυναίκες και η κατ'οίκον φροντίδα των παιδιών συχνά είναι σοβαρός προγνωστικός παράγοντας για εμφάνιση οσφυαλγίας.

Από λίγες μελέτες που έχουν γίνει, κυρίως σε εργασιακούς τομείς στην Ελλάδα (Alexopoulos et al. 2004, 2006, Spyropoulos et al. 2007) δεν φαίνεται να υπάρχουν αρκετές αξιοσημείωτες διαφορές στο περιεχόμενο των ερωτηματολογίων σε σχέση με αυτά των ξένων.

Παράγοντες όπως δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, φύλο, δείκτης μάζας σώματος, άσκηση κ.α.) αλλά και κοινωνικοοικονομικές παράμετροι (οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, εισόδημα, εκπαίδευση, τόπος κατοικίας κ.α.) και κυρίως συνθήκες εργασίας και επίπονες στάσεις σε αυτή, φαίνεται να είναι σχεδόν τα ίδια στις περισσότερες μελέτες. Βεβαίως δεν θα μπορούσαν να λείπουν ερωτήσεις που αφορούν το πρόβλημα άμεσα, όπως συχνότητα και άλλες πτυχές της οσφυαλγίας (περιοχή και διάρκεια του πόνου, απουσία από την εργασία, εισαγωγή στο νοσοκομείο, χειρουργική επέμβαση κ.α.).

Ακόμη οι Έλληνες δεν φαίνεται να αγνοούν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, και συμπεριλαμβάνουν στις μελέτες τους, τόσο το άγχος και την ευχαρίστηση της εργασίας όσο και τον θυμό (Spyropoulos et al. 2007)

Το κάπνισμα περιλαμβάνεται και αυτό ως ερώτηση αλλά όχι με συχνότητα και αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα, ούτως ώστε να μπορούν να βγουν πιο ξεκάθαρα συμπεράσματα (Alexopoulos et al. 2008).

Ένας προγνωστικός παράγοντας που παρατηρήθηκε να επηρεάζει την ανάπτυξη της οσφυαλγίας είναι η εγκυμοσύνη και έμμηνος ρύση, τα οποία βρέθηκαν να απουσιάζουν από τις πλείστες μελέτες των Ελλήνων ερευνητών.

Σε γενικές γραμμές λοιπόν τα ελληνικά ερωτηματολόγια δεν διαφέρουν κατά πολύ σε σχέση με τα αντίστοιχα των ξένων χωρών ως προς την ποιότητα ,αλλά ενδεχομένως να διαφέρουν στην μεθοδολογία. Επομένως φαίνεται να είναι απαραίτητη η εντατικότερη και πιο ουσιαστική ενασχόληση των ελλήνων ερευνητών με το ζήτημα της οσφυαλγίας ώστε να μπορούμε να εξάγουμε πιο ασφαλή και αντικειμενικά συμπεράσματα, τα οποία κατ'επέκταση θα βοηθήσουν σε μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση.

1.3.1 Ορισμός της οσφυαλγίας

Οσφυαλγία είναι ένα σοβαρό κλινικό κοινωνικό , οικονομικό και δημόσιο πρόβλημα υγείας στο βιομηχανοποιημένο κόσμο ,που μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργική κατάσταση του ατόμου, την εργασία αλλά και δραστηριότητες όπως το περπάτημα ,ντύσιμο κ.α.

Ο πόνος όμως αυτός στην μέση δεν μπορεί να είναι κατάσταση απειλητική για τη ζωή, αλλά αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας στις δυτικές βιομηχανικές κοινωνίες και παρουσιάζει διαστάσεις επιδημίας (Deyo 1998). Σε ένα σημείο που οι πλείστοι ερευνητές συμφωνούν, είναι ότι η οσφυαλγία δεν αποτελεί πάθηση, αλλά σύμπτωμα άλλων παθήσεων.

Κάποιες διαφωνίες υπάρχουν όμως σχετικά με το τι αποτελεί 'ειδική' και 'μη ειδική' οσφυαλγία και σχετικά με τα χρονικά πλαίσια της οξείας, υποξείας και χρόνιας οσφυαλγίας. Χαμηλή οσφυαλγία (LBP) είναι ένα από τα πιο κοινά για την υγεία προβλήματα στην κοινωνία και προκαλεί σημαντική αναπηρία, απουσίες από την εργασία, και χρήση των υπηρεσιών υγείας.(Croft et al. 2005)

Οσφυαλγία ορίζεται συνήθως ως ο πόνος ή άλλο σύμπτωμα , μεταξύ των πλευρικών διαστημάτων και κατώτερων γλουτιαίων πτυχών ,που θα μπορούσε να συνδέεται ή

όχι με τυχών αντανάκλαση στο/α πόδι/α (Van Tulder & Waddell 2005 , Manek & MacGregor 2003)

Ο Frymoyer αναφέρεται στην προϋπόθεση που ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα εργασίας εξαιτίας του πόνου στην πλάτη για τουλάχιστον επτά εβδομάδες.

Όσον αφορά το διαχωρισμό της , βάσει αιτιολογίας έχουμε :

‘Ειδική’ οσφυαλγία ορίζεται ως αυτή που προκαλείται από ένα συγκεκριμένο παθοφυσιολογικό μηχανισμό όπως η πρόπτωση δίσκου, κήλη πηκτοειδούς πυρήνα, λοίμωξη, φλεγμονώδη αρθροπάθεια, όγκο, οστεοπόρωση ή κάταγμα (Van Tulder & Waddell 2005).

Manek & Macgregor την ορίζουν ως σύμπτωμα, εξαιτίας ‘red flags’. Αυτοί είναι προάγγελοι οργανικών νόσων όπως , κατάγματα μυελού, καρκίνους, μολύνσεις και ιππουριδική συνδρομή ,τα οποία πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα.

Ενώ ο Cedrashi αναφέρεται σε ένα σύμπτωμα ή σε ένα σύνδρομο και όχι σε μια διάγνωση.

Όσον αφορά την **‘μη ειδική’** οσφυαλγία οι ερευνητές αναφέρονται σε μια από τις πιο συχνές ασθένειες στον βιομηχανοποιημένο κόσμο που μπορεί να έχει αντίκτυπο στην λειτουργική κατάσταση των ατόμων με LBP, χωρίς όμως να έχει αναγνωρίσιμη παθολογία.

Εκτός από το διαχωρισμό με βάση την αιτιολογία έχουμε και κατηγοριοποίηση ανάλογα με τη διάρκεια των συμπτωμάτων ,κάτι που προκαλεί μεγάλες ασυμφωνίες και διαμάχες για αρκετά χρόνια μεταξύ των ερευνητών.

Έτσι οξεία οσφυαλγία περιγράφεται συχνά αν κράτησε δυο μέχρι τέσσερις εβδομάδες, υποξεία μέχρι δώδεκα εβδομάδες και χρόνια πάνω από δώδεκα.

Παρόλο που έχουν δοθεί αυτοί οι ορισμοί που ακολουθούνται πιστά από αρκετούς ιατρούς και θεραπευτές , αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η οσφυαλγία είναι συχνά

μια χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από ένα κυμαινόμενο πρότυπο και όχι μια αυτοπεριορισμένη κατάσταση (Von Korff 1994, Seferlis et al. 1999 , Croft et al.1998). Έτσι ίσως να είναι λάθος να βάζουμε την ‘ετικέτα’ οξεία και χρόνια χωρίς πρώτα ο ιατρός ή θεραπευτής αναζητήσει το καλύτερο αποδεικτικό στοιχείο σχετικά με την κλινική ερώτηση που να αξιολογεί τα εν λόγω αποδεικτικά στοιχεία και να τα εφαρμόσει στην καθημερινή πρακτική όπως πρότεινε ο Sackett (1997).

Μια έρευνα που ενισχύει το συμπέρασμα ότι η οσφυαλγία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση με ακριβής πρότυπο είναι αυτή του Waxman et al. 2000 όπου έδειξε ότι το 31 % των ατόμων με χρόνια οσφυαλγία είχε βελτιωθεί τρία χρόνια αργότερα. Κατά συνέπεια ο όρος χρόνια θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή για να μην προκαλέσει περιττή ηττοπάθεια και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να απορριφτεί η οσφυαλγία ως παροδική αλλά απλώς παρουσιάζεται με περιοδικές επιθέσεις και προσωρινές υφέσεις (Hestbaeck et al.2000).

Επιπλέον θα πρέπει να γίνεται μια καλύτερη επεξήγηση όταν δίνετε ο όρος χρόνια οσφυαλγία . Δηλαδή να υπάρχει μια διάκριση ανάμεσα σε χρόνιο πόνο και αναπηρία, διότι ο χρόνιος πόνος μπορεί να έχει μικρό αντίκτυπο στη λειτουργία του ατόμου ενώ η χρόνια αναπηρία έχει πολύ πιο σοβαρές επιπτώσεις , που τελικά επηρεάζουν τη ζωή του ασθενούς και λειτουργικά και ψυχολογικά.

Όπως καταλαμβάνουμε περιπλέκονται πολύ τα πράγματα όταν προσπαθήσουμε να δώσουμε ένα ορισμό στη χρόνια οσφυαλγία που κατά βάση αποτελεί τη διάρκεια των συμπτωμάτων αλλά επιπλέον περιλαμβάνει και τις επιπτώσεις της LBP σχετικά με την ψυχική υγεία και ευεξία του ασθενούς.

Όλα αυτά πριν ξεκαθαρίσουν εντελώς όσον αφορά τους ορισμούς , ο κάθε ένας που ασχολείται με άτομα με οσφυαλγία , έχει την υποχρέωση να αναζητά και να ερευνά όλα τα στοιχεία που έχει στα χέρια του, ούτως ώστε να καταλήξει στο καλύτερο δυνατό συμπέρασμα σχετικά με το πρόβλημα του ασθενή του. Έτσι αναγνωρίζοντας το ακριβές πρόβλημα θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τον ασθενή του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο παρέχοντάς του την κατάλληλη θεραπεία.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ανάπτυξη ενός πρωτότυπου εργαλείου αξιολόγησης για την επιδημιολογική ανάλυση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, έγινε μια προσπάθεια να μελετηθεί η οσφυαλγία και η σχέση της με το πολιτισμικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον στην εργασία, καθώς και το ενδιαφέρον και η δυνατότητα των ασθενών για θεραπεία και αποκατάσταση.

2.1 ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα περιελάμβανε ένα δείγμα ανδρών και γυναικών ηλικίας από 18 έως 65 ετών, οι οποίοι ενημερώθηκαν για το ύφος και το σκοπό της έρευνας και κλήθηκαν να υπογράψουν έντυπο συναίνεσης της συμμετοχής τους στην έρευνα, με δεδομένο την άμεση αποχώρησή τους αν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν. Πρόκειται για ένα δείγμα ευκολίας, το οποίο περιελάμβανε κατοίκους αστικής, ημιαστικής και αγροτικής περιοχής της επαρχιακής πόλης της Ρόδου, καθώς και της επαρχιακής Λεμεσού της Κύπρου.

Για την διεξαγωγή της έρευνας απευθυνθήκαμε σε προσωπικό νοσοκομείου και ξενοδοχείου, στο οποίο περιλαμβάνονται νοσηλευτές, βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς, φυσικοθεραπευτές, υπάλληλοι γραφείου, μάγειρες, καθαρίστριες κηπουροί, καμαριέρες, αποθηκάριοι, σερβιτόροι και διοικητικοί υπάλληλοι, ενώ κομμάτι της έρευνας αποτελούν και οι υπάλληλοι σούπερ μάρκετ. Επίσης, σε εργάτες εργοταξίου κυρίως οικοδόμων αλλά και πολιτικών μηχανικών. Ένας αριθμός ερωτηματολογίων (35) δόθηκε σε δύο και ένα φυσικοθεραπευτήρια σε Ρόδο και Λεμεσό αντίστοιχα. Οι επισκέπτες των φυσικοθεραπευτηρίων αποτελούνται από δασκάλους, μουσικούς, φοροτεχνικούς, αισθητικούς πωλητές, ηλεκτρολόγους, κομμωτές και άλλους ελεύθερους επαγγελματίες. Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί πως μέρος του δείγματος αποτελεί το οικογενειακό και φιλικό μας περιβάλλον, το οποίο αποτελείται από επαγγελματίες, φοιτητές και πρόσφατα συνταξιούχους και οι οποίοι δεν ανάγονται στις προαναφερθείσες επαγγελματικές ομάδες.

Το ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα 5.1) κλήθηκαν να απαντήσουν άτομα που έχουν αναφέρει τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας, το οποίο μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από πόνο ή άλλο σύμπτωμα στα κάτω άκρα τα τελευταία χρόνια. Έτσι, απαραίτητο κριτήριο αποδοχής στην έρευνα ήταν η ύπαρξη οσφυαλγικού πόνου ή άλλων συμπτωμάτων οσφυαλγίας.

Τις ερωτήσεις απάντησαν άτομα ανεξαρτήτου οικογενειακής κατάστασης και ανεξαρτήτου ετησίου εισοδήματος. Επιλέχθηκαν άτομα που είτε γυμνάζονται, είτε όχι και που έχουν πόνο που δεν έχει αποδοθεί απαραίτητα σε κάποια αιτιολογία αλλά μπορεί να είναι και απλά προσωρινός πόνος εγκυμοσύνης.

Το εύρος του δείγματος επιλέχθηκε έτσι ώστε να καλύψουμε ένα μεγάλο μέρος ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία και δεν ανήκουν απαραίτητα σε κάποια επαγγελματική και κοινωνική ομάδα. Στόχος αυτής της επιλογής είναι να αποκτήσουμε μια σφαιρική άποψη για το αν οι ασθενείς είναι άμεσα εξαρτώμενοι από τις ομάδες στις οποίες συγκαταλέγονται και επίσης, να κατανοήσουμε κατά πόσο προχωρούν στην αποκατάσταση του προβλήματός τους.

2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Από την πρώτη απόπειρα σύνταξης του ερωτηματολογίου, οι πληροφορίες που συλλέγαμε φαίνονταν, τελικά, ελλιπείς. Έτσι, αρχίσαμε να αναζητούμε πηγές σε ξένη και ελληνική βιβλιογραφία, οι οποίες θα μας βοηθούσαν να κατανοήσουμε καλύτερα τις ανάγκες μιας ελληνικής μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά, κάναμε βιβλιογραφική ανασκόπηση από το 1985 ως το 2011 και χρησιμοποιήσαμε τις βάσεις δεδομένων Medline, ώστε να καταλήξουμε σε παραμέτρους που επηρεάζουν σημαντικά την οσφυαλγία. Συγκρίνοντας δεδομένα που μας έδιναν άρθρα ξένης βιβλιογραφίας, συντάξαμε τα πρώτα ερωτήματα. Παρατηρήσαμε, παρόλα αυτά, πως τα ελληνικά άρθρα υστερούσαν σε βασικά ερωτήματα, γεγονός που ανάπλασε τον προβληματισμό μας. Επόμενος στόχος, δηλαδή, δεν ήταν μόνο να δημιουργήσουμε

ένα ερωτηματολόγιο από το οποίο θα συλλέγουμε πληροφορίες για τον επιπολασμό της οσφυαλγίας αλλά να ξεκαθαρίσουμε το ποιες ομάδες βλέπει συχνότερα ο πόνος στην πλάτη, στην Ελλάδα. Ως εξέλιξη του δεδομένου αυτού, ήταν η απόφασή μας να μοιραστεί το ερωτηματολόγιο, τελικά, σε άτομα με απαραίτητο κριτήριο την ύπαρξη οσφυαλγίας.

Το γεγονός πως η έρευνα θα αφορούσε αποκλειστικά και μόνο πάσχοντες από πόνο στην πλάτη μας ώθησε στο αναπτύξουμε πιο ειδικά ερωτήματα. Καταγράφοντας, λοιπόν, λεπτομερώς τις πληροφορίες που αντλούσαμε από την ελληνική βιβλιογραφία, συγκρίναμε και βρήκαμε βασικά ερωτήματα που υπολείπονται, ενώ στην ξένη βιβλιογραφία θεωρούνταν δεδομένα. Ερωτήματα που αφορούσαν θέματα εργασίας όπως αποζημιώσεις και αναρρωτικές άδειες φαίνονταν να εκλείπουν από τις ελληνικές μελέτες. Οι ασθενείς ήταν ολοφάνερο πως αγνοούσαν τυχόν δικαιώματα ή απαιτήσεις που θα μπορούσαν να έχουν στον εργασιακό τους χώρο.

Στη συνέχεια, κατηγοριοποιήσαμε τις παραμέτρους που καταγράψαμε πως μας ενδιαφέρουν, καταλήγοντας πως θέλουμε να εξετάσουμε την κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση του ερωτηθέντος, τις περιοχές και το είδος του πόνου, την επίσκεψη και θεραπεία από επαγγελματίες υγείας, καθώς και το ιστορικό πιθανών προηγούμενων μυοσκελετικών ή άλλων παθήσεων.

Έτσι, λοιπόν, το ερωτηματολόγιο άρχισε να αποκτά μια ακόμα πιο ολοκληρωμένη μορφή. Οι εθελοντές καλούνταν να απαντήσουν σε ερωτήματα που αφορούσαν στα χαρακτηριστικά τους, όπως ηλικία, φύλο, επάγγελμα και οικογενειακή κατάσταση. Στα στοιχεία αυτά, προσαρτήθηκαν ερωτήσεις που αναφέρονταν στις ώρες εργασίας ημερησίως, σε πιθανή αποζημίωση από την εργασία τους, σε αναρρωτικές άδειες, αλλά ερωτήθηκαν ακόμα και για το αν γνώριζαν σε ποιες περιπτώσεις δικαιούνταν αναπηρική σύνταξη.

Παίρνοντας ως δεδομένο πως τα άτομα που θα συμμετέχουν στην έρευνα θα έχουν ως βασικό κριτήριο τον πόνο στην πλάτη, θεωρήσαμε απαραίτητο να ορίσουμε την έννοια της οσφυαλγίας ώστε να επιβεβαιώσουμε την ορθότητα των πληροφοριών που θα συλλέξουμε. Στη συνέχεια, επίσης, ζητήσαμε μέσω άμεσης ερώτησης να

οριστικοποιήσουν το γεγονός πως ο πόνος που έχουν συμπίπτει με την περιγραφή που δώσαμε.

Κάνοντας μια επιπρόσθετη ανασκόπηση στην ελληνική βιβλιογραφία και πάλι, έγινε φανερό ένα άλλο διαφορούμενο σημείο. Αντιληφθήκαμε πως οι ασθενείς δεν επισκέπτονταν απαραίτητα κάποιον ειδικό ώστε να διαγνώσουν ή ακόμα και να αποκαταστήσουν το πρόβλημά τους. Επιπλέον, οι ομάδες ειδικών που ήταν διαδεδομένες στον ελλαδικό χώρο υστερούσαν σε σχέση με αυτές που εμπιστεύονταν οι ασθενείς στο εξωτερικό. Κι έτσι, εύλογα τέθηκαν τα ερωτήματα που αφορούσαν στην επισκεψιμότητα των ειδικών καθώς και το είδος των ειδικών που προτιμώνται στην Ελλάδα. Για την κατηγορία επίσκεψης και θεραπείας από επαγγελματίες υγείας δημιουργήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με το τι ειδικό επισκέφθηκαν (ιατρό ορθοπαιδικό, παθολόγο, φυσικοθεραπευτή κτλ.), πόσες ήταν οι επισκέψεις στον ειδικό και ποιος έκανε τη διάγνωση για οσφυαλγία. Ως σημαντική παράμετρος θεωρήθηκε το αν είχαν ή όχι κάνει κάποια θεραπεία, το είδος και η συχνότητα της θεραπείας αυτής και το αν είχαν επισκεφθεί φυσικοθεραπευτή για το πρόβλημά τους.

Πιο κάτω, αναγκαίο μας φάνηκε να περιγράψουμε τον πόνο. Έτσι, δημιουργήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την αιτία προέλευσης του πόνου (εγκυμοσύνη, έμμηνο ρήση, καταπόνηση, τραυματισμό ή άλλο), με το είδος του πόνου, αν ήταν, δηλαδή, οξύς ή χρόνιος καθώς και με την ένταση του πόνου, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 0 ως το 10 (όπου 0 αντιστοιχούσε σε καθόλου πόνο και 10 σε μέγιστο πόνο). Επιπλέον, αξιολογος παράγοντας θεωρήθηκε πως ήταν η συχνότητα των επεισοδίων οσφυαλγίας και η διάρκεια κάθε επεισοδίου. Επίσης, για να τονισθεί η περιοχή του πόνου τοποθετήσαμε στο ερωτηματολόγιο ένα ανθρωπάριο στην πρόσθια και οπίσθια όψη του, ώστε να μπορεί ο ασθενής που μελετάται να σημειώσει ακριβώς τα σημεία που εμφανίζεται ο πόνος ή κάποιο άλλο σύμπτωμα. Με τον τρόπο αυτό, εξυπηρετηθήκαμε κι εμείς στην καλύτερη κατανόηση.

Με όλα τα παραπάνω στοιχεία το ερωτηματολόγιο άρχισε να αποκτά μια πιο ολοκληρωμένη μορφή. Ο προβληματισμός μας, όμως, δεν περιορίστηκε εκεί καθώς θέλαμε να αναζητήσουμε πληροφορίες σχετικά με τις τυχόν ανικανότητες που δημιουργεί η οσφυαλγία στον πάσχοντα πληθυσμό. Οι εθελοντές ερωτήθηκαν για τις αλλαγές που μπορεί να έκαναν στη ζωή τους προκειμένου να συνυπάρξουν με το

πρόβλημα, καθώς και αν κάποια φαρμακευτική αγωγή ήταν αυτή που τους ανακούφιζε από τον πόνο ή όχι.

Ύστερα από την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου, μια πρόχειρη ματιά στις σημειώσεις που είχαμε καταγράψει από τις ελληνικές μελέτες, τέθηκαν κάποια επιπλέον ερωτήματα που σχετίζονταν με συνοδά μυοσκελετικά προβλήματα ή συνοδές παθήσεις που μπορεί να έχει ο πάσχοντας από πόνο στην πλάτη. Τα τελευταία ερωτήματα προστέθηκαν για να ολοκληρώσουν τη συνοχή και την ακρίβεια των όσων θέλαμε να αντλήσουμε από την έρευνα.

Για κάθε μία από τις παραμέτρους που επιλέχθηκαν, δημιουργήθηκε μια ερώτηση εύκολη και κατανοητή για τον απλό πολίτη. Ύστερα, επιλέξαμε το είδος των ερωτήσεων, δηλαδή, αν θα είναι κλειστού ή ανοιχτού τύπου. Σημειώσαμε τις περισσότερες ερωτήσεις να είναι κλειστού τύπου, όπου η απάντηση θα περιοριζόταν σε ένα «ναι» ή «όχι», ή στο να επιλεγεί κάποια από τις ήδη δοσμένες απαντήσεις. Για παράδειγμα, στην ερώτηση για το ετήσιο εισόδημα, η απάντηση περιοριζόταν στις εξής ομάδες: α)ως 10.000 ευρώ, β)10.000-15.000 ευρώ, γ) 15.000-25.000 ευρώ και δ)>30.000 ευρώ. Με αυτόν τον τρόπο θεωρήσαμε πως κατευθύνουμε και καθοδηγούμε το συμμετέχοντα και έτσι, απλοποιούμε και τη δική του και τη δική μας δουλειά. Κάποιες άλλες ερωτήσεις, όμως, επιλέχθηκαν να είναι ανοιχτού τύπου, όπως η περιγραφή κάποιας πιθανής θεραπείας ώστε ο συμμετέχοντας να καταγράψει τη θεραπεία με τον τρόπο που ο ίδιος αντιλαμβανόταν.

Καθ' όλη τη διάρκεια της δημιουργίας και της εξέλιξης του εργαλείου αξιολόγησης, γινόταν σε ενδιάμεσα στάδια συμβούλιο με την εισηγήτρια και εμάς, ώστε να πάρουμε κάποιες αποφάσεις, να κάνουμε συμφωνίες και να δοθούν συμβουλές και λύσεις για τυχόν θέματα και προβλήματα που προέκυπταν. Έτσι, στο τελικό συμβούλιο, αποφασίστηκε ομόφωνα να καταχωρηθούν όλες οι ερωτήσεις και τα υπο-ερωτήματα που προέκυψαν από την αναζήτησή μας.

Έτσι, καταλήξαμε στην ημι-τελική μορφή του ερωτηματολογίου, η οποία θα δινόταν σε δείγμα ευκολίας που έπασχε από οσφυαλγία για να διευκρινιστεί κατά πόσο το εργαλείο αυτό είναι κατανοητό, εύχρηστο, ευανάγνωστο και εμπεριέχονται θετικές απαντήσεις σχετικά με το πρόβλημα του ασθενή, καθώς αν δεν είχαμε θετικές

απαντήσεις θα σήμαινε ότι οι υπο-ερωτήσεις δεν σχετίζονταν πλήρως με το πρόβλημα. Η ημι-τελική αυτή μορφή αποτέλεσε τη μορφή στην οποία στηρίχθηκε η μελέτη μας

Συνοψίζοντας, δημιουργήσαμε ένα εργαλείο το οποίο είχε ως βασική δομή την εξής: γενικά χαρακτηριστικά ασθενή, στοιχεία για την εργασία του, επιβεβαίωση ύπαρξης πόνου στην πλάτη, περιγραφή πόνου, θεραπεία οσφυαλγίας, περιγραφή τυχόν θεραπείας, πιθανότητα ύπαρξης συνοδών προβλημάτων και ερώτηση για το πόσο εμπιστεύονται οι ασθενείς τους φυσικοθεραπευτές για την αποκατάσταση. Οι ερωτηθέντες, μπορούσαν οποιαδήποτε στιγμή να αναζητήσουν περαιτέρω διευκρινίσεις στα τηλέφωνα που αναφέρονταν στο τέλος των ερωτήσεων.

2.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η πιλοτική μελέτη αποτελείται από δύο στάδια, ένα αρχικό κι ένα τελικό.

Αρχικά τα ερωτηματολόγια, μοιράστηκαν σε μια ομάδα ατόμων ανεξάρτητα από το αν πάσχουν από οσφυαλγία ή όχι. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε για να διαπιστώσουμε αν τα ερωτήματα ήταν σαφή κι εύκολα κατανοητά ακόμα και από τον πληθυσμό που δεν έχει ειδικές γνώσεις στο θέμα της οσφυαλγίας. Κάποια άτομα συμπλήρωσαν μόνα τους το ερωτηματολόγιο χωρίς περαιτέρω διευκρινίσεις, ενώ κάποια άλλα ζητούσαν επιπλέον πληροφορίες και τη δική μας βοήθεια. Το αρχικό αυτό στάδιο, πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Ρόδου και διήρκεσε περίπου 15 ημέρες. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας αυτής, συλλέξαμε τα ερωτηματολόγια και καταγράψαμε τις ερωτήσεις που υστερούσαν, καθώς και τις ασάφειές τους. Παρατηρήσαμε πως οι ασάφειες ήταν αποτέλεσμα λάθους ή μη κατανοητής διατύπωσης ορισμένων ερωτήσεων. Γι' αυτό, λοιπόν, αναδιαμορφώσαμε τα ερωτηματολόγια κάνοντας μικρές αλλαγές.

Κατά το δεύτερο στάδιο, η μελέτη αφορούσε την περιοχή της Ρόδου και τη Λεμεσό της Κύπρου. Ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηματολογίων και στις δύο περιοχές μοιράστηκε άμεσα από εμάς σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Ένα άλλο κομμάτι

της μελέτης έδωσε τις απαντήσεις τηλεφωνικά ύστερα από «τηλεφωνικό ραντεβού», γεγονός που-παρά το τι αναμέναμε-, τα αποτελέσματα ήταν επαρκώς ικανοποιητικά. Αυτό, ίσως, να οφείλεται στο ότι και πάλι απλουστεύαμε προφορικά τη διατύπωση της ερώτησης. Αρκετά μεγάλο μέρος των ερωτηματολογίων τόσο στη Ρόδο, όσο και στην Κύπρο μοιράστηκε σε πελάτες φυσικοθεραπευτηρίων. Στην περίπτωση αυτή, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ασθενείς από τους φυσικοθεραπευτές και όχι από εμάς τους ίδιους. Μετά τη συλλογή τους, διαπιστώσαμε και στις δύο περιοχές πως τα εργαλεία της έρευνας, λανθασμένα μοιράστηκαν και σε ασθενείς που δεν έπασχαν από οσφυαλγία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επανατυπώσουμε τα ερωτηματολόγια αυτά και να τα διανέμουμε εκ νέου σε επαγγελματικές ομάδες, ακόμα και στο οικογενειακό μας περιβάλλον. Σε σύντομο χρονικό διάστημα ολοκληρώθηκε και αυτή η διαδικασία. Ο συνολικός χρόνος που διήρκησε το δεύτερο στάδιο ήταν 40 ημέρες, παρά τις προσδοκίες μας να το ολοκληρώσουμε σε 30 ημέρες.

Καταγράφοντας ένα-ένα τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, επιβεβαιώσαμε πως όλα, τελικά, αφορούσαν ασθενείς με οσφυαλγία. Ένας μικρός αριθμός αυτών περιείχαν μερικές μη απαντημένες ερωτήσεις, ενώ διαπιστώσαμε πως οι ερωτήσεις που αφορούσαν την εργασία ή την αποκατάσταση εξακολουθούσαν να μην είναι κατανοητές παρά την απλούστευση της διατύπωσής τους.

Συμπερασματικά, η διαδικασία ελέγχου ήταν εντός των προσδοκιών μας χρονικά, παρά τη μικρή καθυστέρηση. Παρόλα αυτά, καταλήξαμε πως πιθανά οι ερωτήσεις να είναι περισσότερων ευρωπαϊκών προδιαγραφών παρά ελληνικών καθώς βρέθηκαν μη απαντημένες ή ασαφείς οι ερωτήσεις που αφορούν στην εργασία (αναρρωτικές άδειες, αποζημιώσεις κτλ). Κάποιες ερωτήσεις, παρά τις διευκρινίσεις που δόθηκαν επιπρόσθετα εξακολουθούσαν να μην έχουν ξεκάθαρη απάντηση, γεγονός που πιθανά να μην οφείλεται στη διατύπωση της ερώτησης αλλά στο ότι οι ασθενείς φάνηκαν να αγνοούν βασικά στοιχεία για το πρόβλημά τους.

2.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την δημιουργία της τελικής μορφής του εργαλείου αξιολόγησης, οι ασθενείς της πιλοτικής μελέτης αφ' ενός ερωτήθηκαν για την κατανόηση και σχετικότητα του ερωτηματολογίου και αφ' ετέρου χρησιμοποιήθηκε και περιγραφική στατιστική ανάλυση. Ανάλογα με το είδος των δεδομένων (π. χ. interval, scale or categorical data) χρησιμοποιήθηκαν μία σειρά περιγραφικών στατιστικών. Συγκεκριμένα, για interval, ή scale data (π.χ. ηλικία), χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις και εύρος (μεταξύ ελάχιστης & μέγιστης τιμής). Ενώ, για categorical data (π.χ. φύλο, μόρφωση, οικογενειακή κατάσταση), καθώς και για σχεδόν όλα τα ερωτήματα του εργαλείου αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε ο ποσοστιαίος υπολογισμός (% βάσει του συνολικού δείγματος) και η συχνότητα. Η ανάλυση έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (version 19.0).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης ήταν να δημιουργήσουμε ένα εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο θα αποτελούνταν από ερωτήματα που υστερούν στην ελληνική βιβλιογραφία αλλά είναι απαραίτητα και αποτελούν σημαντικό οδηγό για την κατανόηση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην Ελλάδα. Κατόπιν του τελευταίου συμβουλίου με την εισηγήτρια, δημιουργήθηκε η ημι-τελική μορφή του ερωτηματολογίου, αφού εισηγήτρια και σπουδαστές συμφώνησαν ομόφωνα για κάθε υπο-ερώτηση που περιλαμβανόταν στο εργαλείο αξιολόγησης. Τη μορφή αυτή, όμως, έπρεπε να πιλοτάρουμε.

Κατά το αρχικό στάδιο της πιλοτικής μελέτης, παρουσιάστηκαν κάποιες ασάφειες καθώς παρατηρήθηκε πως τα άτομα που συμμετείχαν στη δοκιμή αυτή κι ερωτήθηκαν τηλεφωνικά με εμάς να αναδιαμορφώνουμε τις ερωτήσεις κατανοούσαν ευκολότερα τις ερωτήσεις κι έδιναν πιο συγκεκριμένες απαντήσεις. Αντίθετα, μια ομάδα ατόμων στα οποία δόθηκαν τα ερωτηματολόγια χωρίς την παρουσία μας έδωσε απαντήσεις ελλιπείς και που συχνά δεν είχαν άμεση σχέση με το ερώτημα. Το φαινόμενο αυτό παρατηρήθηκε κυρίως στις ερωτήσεις που αναφέρονταν σε πιθανή θεραπεία της οσφυαλγίας και στην περιγραφή αυτής. Ύστερα από την αναδιαμόρφωση του ερωτηματολογίου κάνοντας μικρές αλλαγές και έχοντας περάσει στο δεύτερο στάδιο όπου η μελέτη αναφερόταν πλέον σε κατοίκους της Ρόδου και της Λεμεσού της Κύπρου, φάνηκε πως τα ερωτήματα πλέον ήταν πιο σαφή, αφού πολύ μικρός ήταν ο αριθμός που ζήτησε διευκρίνιση, η οποία, μάλιστα, ήταν μείζονος σημασίας. Έτσι, από τη διαδικασία αυτή, φάνηκε πως για το δείγμα μας, το ερωτηματολόγιο ήταν κατανοητό, εύχρηστο, πρακτικό, γρήγορο, εύκολο στη χρήση και είχε πολλές θετικές απαντήσεις, γεγονός που υποστηρίζει την ύπαρξή του για την συγκεκριμένη πάθηση (πρόβλημα).

Στην πιλοτική έρευνα, συμμετείχαν 83 άτομα που έπασχαν από οσφυαλγία ηλικίας 18-65 ετών με ελάχιστο τα 20 έτη και μέγιστο τα 63 έτη (μέσος όρος: 43 έτη, τυπική απόκλιση: 12,5). Το ερωτηματολόγιο αρχικά μοιράστηκε σε 90 άτομα, από τα οποία μόνο τα 83 συμφώνησαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Το μεγαλύτερο ποσοστό (56.6%) αποτελούνταν από άντρες και, μάλιστα, κατοίκους αστικής περιοχής

(78,3%). Η πλειονότητα (50,2%) απάντησε πως ήταν έγγαμοι με παιδιά, ενώ πάνω από το ήμισυ του δείγματος (57,8%) ανέφερε πως δεν αθλείται καθόλου. Στον Πίν. 3.1 απεικονίζονται τα προσωπικά στοιχεία του δείγματος.

Πίνακας 3.1. Προσωπικά στοιχεία δείγματος (n=83)

	Συχνότητα (ποσοστό)
-Φύλο	
Άνδρες	47 (56,6%)
Γυναίκες	36 (43,4%)
-Περιοχή κατοικίας	
Αστική	65 (78,3%)
Ημιαστική	14 (16,9%)
Αγροτική	4 (4,8%)
-Επίπεδο μόρφωσης	
Δημοτικό	7 (8,4%)
Γυμνάσιο	13 (15,7%)
Λύκειο	28 (33,7%)
3βάθμια εκπαίδευση	35 (42,2%)
-Οικογενειακή κατάσταση	
Παντρεμένοι	7 (8,4%)
Παντρεμένοι με παιδιά	50 (60,2%)
Ελεύθεροι	22 (26,5%)
Άλλο	3 (3,6%)
-Συχνότητα άθλησης	
Δεν αθλούνται	48 (57,8%)
Αθλούνται 1φορά/εβδομ.	8 (9,6%)
Αθλούνται 3φορ./εβδομ.	11 (13,3%)
Αθλούνται >3φορ./εβδομ.	16 (19,3 %)

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ως χόμπι τους, δραστηριότητες τόσο ελαφριές, όσο και βαριές. Συγκεκριμένα, μεγάλος αριθμός ανδρών (24) ανέφερε το ψάρεμα και το κυνήγι ως συχνή ενασχόλησή τους, αλλά και την κηπουρική (13), την ενασχόληση με

μηχανές και αυτοκίνητα (7), το ποδόσφαιρο (7), τη μουσική (9), το τάβλι (6), την ποδηλασία(4). Οι γυναίκες από την άλλη ανέφεραν χόμπι μικρότερης σωματικής δραστηριότητας, όπως το διάβασμα (8), τη ζωγραφική και γλυπτική (5), τη μαγειρική(12), τους περιπάτους(7), τη φωτογραφία, τη μουσική, το χορό(3), το τραγούδι(3) αλλά και κάποια είδη άθλησης σαν το βόλεϊ(4), το γκολφ(3), την κολύμβηση και το μπαλέτο(5).

Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν άτομα ποικίλων επαγγελματικών ομάδων, όπως υπάλληλοι νοσοκομείου, στους οποίους περιλαμβάνονται νοσοκόμοι (4), φυσικοθεραπευτές (1), τραυματιοφορείς (3), βοηθοί θαλάμου (3), υπάλληλοι γραφείου (6) και καθαρίστριες (5). Επίσης, στη μελέτη συμμετείχαν εργάτες εργοταξίου, όπως οικοδόμοι (4), πολιτικοί μηχανικοί (2), εργολάβοι (2) και μηχανικοί οχημάτων (2). Μεγάλος ήταν ο αριθμός των υπαλλήλων ξενοδοχείων, δηλαδή, μαγειρών (2), ζαχαροπλαστών (1), καμαριέρων (3), συντηρητών (2), αποθηκάρων (3), σερβιτόρων (3) και καθαριστών (4). Επιπλέον, μεγάλο τμήμα της μελέτης αποτελούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως μουσικοί (3), υπάλληλοι γραφείου (7), οδηγοί ταξί και φορτηγών (5), συμβολαιογράφοι (2), κηπουροί (2), αισθητικοί (3), ηλεκτρολόγοι (2), ασφαλιστικοί υπάλληλοι (2), φωτογράφοι (1), οδοντίατροι (2), δάσκαλοι (3), κομμωτές (2) αλλά και νοικοκυρές (12). Από τους συμμετέχοντες, η πλειονότητα (77,9%) δήλωσε πως δουλεύει από 5 ώρες και άνω ημερησίως, ενώ το 89,2% ανέφερε ότι δεν έχει πάρει ποτέ αποζημίωση από την εργασία και το 66,3% δεν έχει πάρει ποτέ αναρρωτική άδεια. Το μεγαλύτερο κομμάτι της έρευνας (51,8%), δήλωσε πως έχει ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 10.000 ευρώ. Στον Πίνακα 3.2, συνοψίζονται ορισμένα στοιχεία του δείγματος που αφορούν το επάγγελμά τους.

Πίνακας 3.2. Επαγγελματικά στοιχεία του δείγματος

	Συχνότητα (ποσοστό)
-Ημερήσιες ώρες εργασίας	
Δεν εργάζομαι	13 (15,7%)
4 ώρες/ημέρα	7 (8,4%)
5-8 ώρες/ημέρα	31 (37,3%)

>8 ώρες/ημέρα	32 (38,6%)
-Αποζημίωση από εργασία	
Έχουν πάρει	8 (9,6%)
Δεν έχουν πάρει	74 (89,2%)
-Λόγος αποζημίωσης	
Διακοπή εργασίας	9 (10,8%)
Εργατικό ατύχημα	4 (4,8%)
-Αναρρωτική άδεια	
Έχουν πάρει	28 (33,7%)
Δεν έχουν πάρει	55 (66,3%)
- Διάρκεια αναρρωτικής	
<7 ημέρες	8 (9,6%)
15 ημέρες	9 (10,8%)
30 ημέρες και άνω	11 (13,2%)
-Οικονομική κάλυψη αναρρωτικής	
Ναι	15 (18,1%)
Όχι	5 (6,0%)
Μερικώς	8 (9,6%)
-Ειδικός που έδωσε άδεια από τη δουλειά	
Κανένας	16 (19,3%)
Νευροχειρουργός	6 (7,2%)
Άλλο	5 (5,8%)
-Ετήσιο εισόδημα	
Δεν έχουν	2 (2,4%)
< 10.000 ευρώ	43 (51,8%)
10.000-15.000 ευρώ	19 (22,9%)
15.000-20.000 ευρώ	13 (15,7%)
> 30.000 ευρώ	6 (7,2%)
Γνωρίζουν για αναπηρική σύνταξη	

Ναι	32 (38,6%)
Όχι	49 (59,0%)

Στο ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν την περιοχή του πόνου τους, σημειώνοντας τις αντίστοιχες περιοχές πάνω σε ένα ανθρωπάριο (body chart) στην πρόσθια και οπίσθια μεριά του (βλ. παράρτημα). Συγκεκριμένα, ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στην αριστερή οσφύ, ο αριθμός 2 στη δεξιά οσφύ, ο αριθμός 3 στην αριστερή γλουτιαία περιοχή και ο 4 στη δεξιά γλουτιαία περιοχή. Το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό ανέφερε πόνο στην αριστερή (89,2%) και δεξιά (88,0%) οσφύ, ενώ το 71,1% δήλωσε πως ο πόνος προερχόταν από καταπόνηση και πως επρόκειτο για οξύ πόνο (69,9%). Μεγάλος αριθμός (47%), απάντησε θετικά στο ότι ο πόνος στην οσφύ συνυπήρχε με πόνο στο ισχίο. Στον Πίνακα 3.3, περιγράφεται αναλυτικά ο οσφυαλγικός πόνος.

Πίνακας 3.3. Περιγραφή οσφυαλγικού πόνου

	Συχνότητα (ποσοστό)
Περιοχή πόνου	
Αριστερή οσφύ (BC 1)	74 (89,2%)
Δεξιά οσφύ (BC 2)	73 (88,0%)
Αριστερή γλουτιαία περιοχή (BC 3)	37 (44,6%)
Δεξιά γλουτιαία περιοχή (BC 4)	46 (55,4%)
-Πιθανή προέλευση πόνου	
Εγκυμοσύνη	6 (7,2%)
Καταπόνηση	59 (71,1%)
Τραυματισμό	7 (8,4%)
Άλλο	11 (13,2%)
-Είδος πόνου	
Οξύς	58 (69,9 %)
Χρόνιος	25 (30,1%)
Ένταση πόνου (0-10)	
4	5 (6,0%)

5	16 (19,3%)
6	16 (19,3%)
7	16 (19,3%)
8	14 (16,9%)
9	7 (8,4%)
10	9 (10,8%)
-Συχνότητα επεισοδίων	
1 φορά το χρόνο	16 (19,3%)
2/χρόνο	25 (30,1%)
3/χρόνο	22 (26,5%)
>4/χρόνο	20 (24,1%)
-Διάρκεια επεισοδίου	
1 εβδομάδα	45 (54,2%)
1 μήνας	26 (31,3%)
3 μήνες	8 (9,6%)
> 3 μήνες	4 (4,8%)
-Πόνος στο ισχίο	
	39 (47%)

Απαραίτητο κριτήριο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν οι συμμετέχοντες να πάσχουν από οσφυαλγία. Έτσι, λοιπόν, και οι 83 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά στο αν είχαν ή όχι ποτέ πρόβλημα οσφυαλγίας. Ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων (39,8%) ανέφερε πως ο ειδικός που επισκέφθηκε πρωτίστως ήταν ο ορθοπεδικός και το 62,2% πως επισκέφθηκε ως 5 φορές κάποιον ειδικό για το πρόβλημά του. Το 80,7% έκανε θεραπεία για την οσφυαλγία, ενώ το 63,9% από αυτούς επισκέφθηκε φυσικοθεραπευτή. Στον Πίνακα 3.4, αναφέρονται αναλυτικότερα, στοιχεία σχετικά με τη διάγνωση της οσφυαλγίας και της φροντίδας της από επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 3.4. Διάγνωση της οσφυαλγίας και φροντίδα από επαγγελματίες υγείας

	Συχνότητα (ποσοστό)
-Επίσκεψη σε ειδικό	82 (98,8%)
-Τι ειδικό επισκέφθηκαν	
Παθολόγο	19 (22,9%)
Ορθοπεδικό	33 (39,8%)
Νευροχειρουργό	4 (4,8%)
Φυσικοθεραπευτή	10 (12,0%)
Ορθοπεδικό και φυσικοθεραπευτή	12 (14,5%)
Άλλο	2 (2,4%)
Συχνότητα επισκέψεων	
ως 5 φορές	52 (62,6%)
6-10 φορές	20 (24%)
11-20 φορές	11 (13,2%)
-Ειδικός που έκανε τη διάγνωση	
Ορθοπεδικός	60 (72,3%)
Φυσικοθεραπευτής	12 (14,5%)
Νευροχειρουργός	7 (8,4%)
Άλλο	4 (9,6%)
-Θεραπεία για οσφυαλγία	
Ναι	67 (80,7%)
Όχι	16 (19,3%)
-Επίσκεψη σε φυσικοθεραπευτή	
Ναι	53 (63,9%)
Όχι	30 (36,1%)

Στην ερώτηση για τον αν οι συμμετέχοντες κάνουν κάποια θεραπεία για το πρόβλημα της οσφυαλγίας, όσοι από αυτούς απάντησαν θετικά (67) ανέφεραν τη φυσικοθεραπεία ως βασική τους θεραπεία. Ειδικότερα, ανέφεραν μάλαξη (18),

ηλεκτροθεραπεία (15), ειδικές ασκήσεις (19), ενώ πολλοί από αυτούς είπαν πως βρίσκουν ανακούφιση με τη γυμναστική (23), με ειδική ζώνη (5), με μασάζ (16) αλλά πολλοί από αυτούς καταφεύγουν και σε φαρμακευτική αγωγή (26).

Η πλειονότητα των πασχόντων από οσφυαλγία απάντησαν πως το πρόβλημά τους δεν έχει αποδοθεί σε κάποια αιτιολογία ή ακόμα και πως δεν γνώριζαν κάτι τέτοιο. Ωστόσο, σε μερικά ερωτηματολόγια αναφέρθηκε ως αιτιολογία η ύπαρξη κήλης (3), παλαιό χειρουργείο σκολίωσης (1), σύνδρομο Crown (1), καθίζηση σπονδύλου (2), κάταγμα σπονδύλου (2), ατροφία μυών (2), πρόπτωση δίσκου (1), σπονδυλολίσηση (1), δισκοκήλη (1) και φθορά μεσοσπονδύλιου δίσκου (1).

Από τους ερωτηθέντες που είπαν πως παρακολουθούν πρόγραμμα αποκατάστασης της οσφυαλγίας, το 67,5% δεν έχει ασφάλεια για τη θεραπεία του, ενώ μόλις το 32,5% ασφαρίζει τη θεραπεία του. Συγκεκριμένα, ο Πίνακας 3.5 συνοψίζει τα θέματα ασφάλισης της θεραπείας της οσφυαλγίας.

Πίνακας 3.5. Θέματα ασφάλισης

	Συχνότητα (ποσοστό)
-Ασφάλιση θεραπείας	
Έχουν	27 (32,5)
Δεν έχουν	56 (67,5)
-Είδος ασφάλισης	
Δημόσια	19 (22,9)
Ιδιωτική	8 (9,6)

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου τέθηκαν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το αν έχουν επισκεφτεί οι ασθενείς φυσικοθεραπευτή στο παρελθόν. Το 68,7% ανέφερε πως δεν έχει επισκεφθεί, ενώ το 31,3% απάντησε θετικά. Όσοι απάντησαν πως έχουν επισκεφθεί, ανέφεραν τενοντίτιδες σε χέρι (3), γόνατο (1) και ώμο (2), αυχενικό (2), χειρουργείο σκολίωσης (1), αποκατάσταση σε κάκωση μηνίσκων (2), οσφυαλγία (3), κατάγματα σπονδύλων (3), θλάση γαστροκνημίου (1), επικονδυλίτιδα (1) και

αρθρίτιδες (3). Έτσι, λοιπόν, μόνον το 31,3% έχουν επισκεφθεί φυσικοθεραπευτή στο παρελθόν, έναντι του 68,7% που δεν έχει επισκεφθεί, ενώ το 57,8% αναφέρει πως δεν έχει άλλα μυοσκελετικά προβλήματα. Στον Πίνακα 3.6, συνοψίζονται στοιχεία σχετικά με το ιστορικό προηγούμενων μυοσκελετικών προβλημάτων.

Πίνακας 3.6. Ιστορικό προηγούμενων μυοσκελετικών προβλημάτων

	Συχνότητα (ποσοστό)
-Επίσκεψη φυσικοθεραπευτή στο παρελθόν	
Ναι	26 (31,3%)
Όχι	57 (68,7%)
-Εμφάνιση άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων	
Δεν έχουν	48 (57,8%)
Πριν την οσφυαλγία	13 (15,7%)
Μετά την οσφυαλγία	14 (16,9%)
Ταυτόχρονα με οσφυαλγία	8 (9,6%)
-Χειρουργείο στο παρελθόν	
Ναι	28 (33,7%)
Όχι	55 (66,3%)
-Φαρμακευτική αγωγή	
Ναι	36 (43,4%)
Όχι	47 (56,6%)

Ο μεγαλύτερος αριθμός των εξεταζόμενων δεν ανέφεραν σημαντικές ανικανότητες στην καθημερινή ζωή. Τόνισαν πως δεν πραγματοποίησαν μεγάλες αλλαγές στις συνήθειες της καθημερινότητας τους καθώς περιορίστηκαν σε διαλειμματική εργασία (10), σε εργονομικές καρέκλες στην εργασία τους (2), σε ανατομικά παπούτσια (4), σε ασφαλέστερη στάση κατά τον ύπνο και το κάθισμα (3), σε ειδικά μαξιλαράκια κατά την οδήγηση (2), σε μείωση του βάρους στην εργασία τους (5), ενώ ελάχιστοι ήταν όσοι ανέφεραν ανικανότητες στην απόδοση της εργασίας τους (2). Μικρότερο είναι, επίσης το ποσοστό όσων ανέφεραν ψυχολογικές επιπτώσεις (της τάξεως του 21%) σε σχέση με όσους απάντησαν αρνητικά (78.3%)

Όσον αφορά την εμπιστοσύνη των ασθενών στο πρόσωπο των φυσικοθεραπευτών, η άποψη είναι θετική για τους φυσικοθεραπευτές και τη φυσικοθεραπεία ως θεραπεία της οσφυαλγίας. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων αναφέρουν μεγάλη διαφορά μετά την αποκατάσταση (40), ενώ πολλοί λίγοι είναι αυτοί που απάντησαν πως δεν είδαν σημαντικά αποτελέσματα (7). Δεν εκλείπει, φυσικά, και ένας αριθμός που απάντησαν πως δεν μπορούν να εκφέρουν άποψη για τους φυσικοθεραπευτές, καθώς δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ (5).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διαμορφώσουμε ένα εργαλείο αξιολόγησης, τύπου ερωτηματολογίου, το οποίο να εξετάζει στοιχεία για την οσφυαλγία που σπανίζουν ή εκλείπουν εντελώς από τα ελληνικά δεδομένα και είναι εξαιρετικής σημασίας στην κατανόηση του προβλήματος της οσφυαλγίας. Με αφορμή την πιλοτική μελέτη που κάναμε διαπιστώσαμε πως υπάρχει άμεση ανάγκη να μελετηθεί ο πόνος στην πλάτη σε άτομα του γενικού πληθυσμού και όχι μόνο σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες. Επίσης, αξιολογής σημασίας θα ήταν να μελετηθεί μέσω ενός τέτοιου τύπου ερωτηματολογίου το αν οι ασθενείς καταφεύγουν ή όχι σε θεραπεία και μέσω ποιων επαγγελματιών υγείας.

Κατά την πιλοτική μελέτη που κάναμε, οι συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν στο ερωτηματολόγιο θετικά και με ιδιαίτερη, τελικά, ευκολία. Κατά το δεύτερο στάδιο της μελέτης δεν ζητούσαν διευκρινήσεις, αφού ήταν σε θέση να απαντήσουν μόνοι τους. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις απαντήσεις που έδωσαν δηλώνουν πως το εργαλείο που φτιάξαμε ήταν εύχρηστο, γρήγορο, κατανοητό και κατάλληλο προς χρήση για Έλληνες ασθενείς που πάσχουν από οσφυαλγία. Η χρησιμότητα του εργαλείου γίνεται κατανοητή από το ότι οι πάσχοντες φάνηκαν να ρωτούνται για πρώτη φορά για στοιχεία που σχετίζονται με το πρόβλημά τους και πολλά από αυτά αγνοούσαν ή παραμελούσαν.

Απαραίτητο κριτήριο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν η ύπαρξη τουλάχιστον ενός επεισοδίου οσφυαλγίας. Έτσι, λοιπόν, από τους 83 ερωτηθέντες που απάντησαν θετικά διαπιστώθηκε πως το 56,6% που πάσχει από πόνο στην πλάτη είναι άνδρες, ενώ το 98,8% επισκέφθηκε κάποιον ειδικό για το πρόβλημα. Αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων (Πίνακας 1.), βρέθηκε ότι το 78,3% των ασθενών είναι κάτοικοι αστικών περιοχών, ενώ μόνο το 4,8% όσων πάσχουν κατοικούν σε αγροτική περιοχή. Το αποτέλεσμα αυτό, όμως, φαίνεται πως οφείλεται στο γεγονός ότι πρόκειται για δείγμα ευκολίας και στο ότι τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε αστικές κυρίως περιοχές. Έτσι, μια σύγκριση με άλλες έρευνες πιθανόν να μην έχει υπόσταση. Παρόλα αυτά παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό όσων εμφάνιζαν επεισόδια οσφυαλγίας

προέρχονται από ημιαστικές περιοχές (36,6%) ή αγροτικές (34,5%) σε σχέση με τους κατοίκους αστικών περιοχών (29,1%) (Stranjalis et al, 2004). Αντίθετα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο φάνηκε πως στην Γερμανία το 88% όσων εμφανίζουν πόνο στην πλάτη είναι κάτοικοι αστικής περιοχής, γεγονός που οφείλεται στους γρήγορους ρυθμούς ζωής (Raspe et al). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2006 στην Αφρική, αναφέρει πως το μεγαλύτερο ποσοστό κατοικεί σε αστική περιοχή (Louw et al, 2007).

Το επίπεδο μόρφωσης όσων πάσχουν από οσφυαλγία στην παρούσα έρευνα, φάνηκε να είναι 42,2% αυτοί που έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση και μόνο 8,4% όσοι έχουν εκπαιδευτεί ως το δημοτικό. Σε μεγάλη αντίθεση έρχονται έρευνες που έχουν γίνει πανελλαδικά, σε Ευρώπη αλλά και διεθνώς, οι οποίες υποστήριζαν πως όσοι έχουν χαμηλότερη εκπαίδευση είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν οσφυαλγία λόγω των βαρύτερων εργασιών που αναλαμβάνουν στο επάγγελμά τους (Carmono et al, 2001). Ταυτόχρονα, όμως, έρευνα στο Βέλγιο έδειξε πως το 6,6% έχει φοιτήσει ως το δημοτικό, ενώ το 34,7% έχει αποφοιτήσει από κάποιο πανεπιστήμιο (Goubert et al, 2004).

Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση έδειξαν πως το 60,2% όσων εμφάνιζαν οσφυαλγία είναι παντρεμένοι με παιδιά ενώ το 26,5% αυτών είναι ελεύθεροι, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στις αυξημένες υποχρεώσεις των πρώτων. Η αναλογία των παραπάνω ποσοστών βρίσκει σύμφωνες και έρευνες που έχουν γίνει σε Ελλάδα και Ολλανδία, όπου το 66% των ασθενών είναι έγγαμοι με παιδιά και το 28% ζουν μόνοι τους (Alexopoulos et al, 2005).

Στοιχεία, επίσης, δόθηκαν και για τη συχνότητα άθλησης των ερωτηθέντων (Πίνακας 1.), όπου διαπιστώθηκε ότι το 57,8% δεν αθλείται καθόλου, το 13,3% αθλείται ως 3 φορές την εβδομάδα και το 19,9% αθλείται πάνω από 3 φορές την εβδομάδα. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η ελληνική έρευνα που ανέφερε πως μόνο το 17,9% αθλείται πάνω από 3 φορές την εβδομάδα (Spyropoulos et al, 2007). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο το 50% όσων έχουν πόνο στην πλάτη γυμνάζονται, σε αντίθεση με το 23% που δεν γυμνάζεται καθόλου (Alonso et al. 2004).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα επαγγελματικά στοιχεία του δείγματος (Πίνακας 2.), όπου περιγράφονται οι απαιτήσεις που έχουν οι εργαζόμενοι σε σχέση με το πρόβλημα της οσφυαλγίας και τα όσα, τελικά, δικαιούνται. Έτσι, λοιπόν, το

38,6% απάντησαν πως εργάζονται περισσότερες από 8 ώρες ημερησίως παρά την ύπαρξη πόνου στην πλάτη και το 37,3% ότι εργάζεται από 5 ως 8 ώρες την ημέρα. Μόνο το 8,4% ανέφερε ότι εργάζεται 4 ώρες την ημέρα. Βέβαια, το γεγονός ότι δεν διερευνήθηκε το ποσοστό και το μέγεθος της ανικανότητας (disability) του δείγματος, περιορίζει την περαιτέρω εκτίμηση των αποτελεσμάτων αυτών.

Αξιόλογης σημασίας είναι, επίσης, τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την αποζημίωση των ασθενών από τον εργασιακό τους χώρο. Πολλοί από αυτούς ζήτησαν, αλλά μόλις το 9,6% κατόρθωσε να πάρει αποζημίωση, σε αντίθεση με το 89,2% που δεν έχει αποζημιωθεί ποτέ για την οσφυαλγία ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο. Από τους λίγους που δήλωσαν πως έχουν αποζημιωθεί, το 10,8% δήλωσε πως συνέβη ύστερα από διακοπή της εργασίας και μόνο το 4,8% ύστερα από εργατικό ατύχημα.

Σχετικά με την εργασία των ασθενών, αξιοπρόσεκτα είναι τα αποτελέσματα σε σχέση με την αναρρωτική άδεια. Το 33,7% όσων εργάζονται ανέφερε πως έχει πάρει άδεια λόγω οσφυαλγίας, ενώ το συντριπτικό διπλάσιο (66,3%) δεν έχει πάρει ποτέ παρά του ότι το ζήτησε. Το παράξενο, βέβαια, φαίνεται να είναι πως όσοι δικαιούνταν αναρρωτική άδεια πήραν για περισσότερο από 30 ημέρες, ενώ το 9,6% και το 10,8% πήρε λιγότερες από 7 και 15 ημέρες, αντίστοιχα. Το παραπάνω γεγονός είναι πιθανό να οφείλεται στο ότι μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις ισχυρού πόνου δίνεται αναρρωτική άδεια από τη δουλειά.

Πιο ελπιδοφόρα φαίνεται πως είναι τα αποτελέσματα της οικονομικής κάλυψης της άδειας, όπου αναφέρεται πως στο 18,1% καλύπτεται η άδεια οικονομικά, ενώ μόνο στο 6% δεν καλύπτεται καθόλου. Ένα ενδιαμέσο ποσοστό (9,6%), δήλωσε μερική κάλυψη της αναρρωτικής άδειας. Οι ερωτήσεις αποκάλυψαν πως το 19,3% ζητάει την άδεια με δική του βούληση χωρίς κάποια παραπομπή από ειδικό και μόνο το 7,2% ισχυρίζεται πως τη ζητάει ύστερα από προτροπή νευροχειρουργού.

Ιδιαίτερης προσοχής είναι το γεγονός πως από αυτούς που πάσχουν από οσφυαλγία, το 51,8% έχει εισόδημα μικρότερο από 10.000 ευρώ ετησίως, το 22,9% από 10.000-15.000 ευρώ και το 7,2% μεγαλύτερο από 30.000 ευρώ ετησίως. Το δείγμα αυτό αποκαλύπτει, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, πως όσοι κάνουν σκληρότερη δουλειά

και αμείβονται λιγότερο πάσχουν πιο συχνά από οσφυαλγία. Από τους εργαζόμενους, επιπλέον, το 59% ανέφερε πως δεν γνωρίζει πότε και αν δικαιούται αναπηρική σύνταξη και το 38,6% είναι πληροφορημένο ακόμα και αν δεν δικαιούται. Το παράδοξο είναι πως στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες που να ασχολούνται και να αναλύουν τις συνθήκες εργασίας των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία, σε αντίθεση με το εξωτερικό όπου επανειλημμένα διερευνούνται τα δικαιώματα που έχουν οι εργαζόμενοι όταν έχουν πόνο στην οσφύ. Συγκεκριμένα μόνο μια μικρή αναφορά έγινε σε ελληνική έρευνα σύμφωνα με την οποία το 16% ζητάει αναρρωτική άδεια αλλά μόνο το 10% καταφέρνει, τελικά, να την πάρει (Alexopoulos et al, 2004), ενώ άλλη έρευνα ανέφερε πως το 37,8% των εργαζομένων που πάσχουν από οσφυαλγία έχουν πάρει αναρρωτική άδεια (Alexopoulos et al, 2008). Στη Σουηδία οι εργαζόμενοι που παίρνουν αναρρωτική άδεια αγγίζουν το 57,2%, ενώ η διάρκεια της άδειας είναι 23 μέρες μέσο όρο. Μάλιστα, η πρώτη μέρα της άδειας δεν καλύπτεται οικονομικά. Όμως, το επίδομα ασθενείας για βραχυπρόθεσμες ασθένειες καλύπτει το 80% της απώλειας εισοδήματος. Φαίνεται πως το σουηδικό κράτος προορίζει το 13% των συνολικών δαπανών του για πρόωρες αναπηρικές συντάξεις, κάτι εντελώς αντίθετο με τα ελληνικά δεδομένα (Ekman et al, 2005). Σε διεθνές επίπεδο, μάλιστα, μελέτη που διεξήχθη σε Ιαπωνία και Ηνωμένες Πολιτείες, έδειξε διαφορές στον τρόπο που ζητούν ή δικαιούνται αποζημίωση από την εργασία τους. Εκεί, όσο πιο υψηλόμισθοι είναι, τόσο πιο πιθανό είναι να ζητήσουν μισθό αποζημίωσης, ενώ στην Ιαπωνία το 80% ζητάει αποζημίωση την τρίτη ημέρα απουσίας από τη δουλειά του (Violin et al, 2005).

Στο ερωτηματολόγιο, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να περιγράψουν για την περιοχή του πόνου που ένιωθαν στην οσφύ (Πίνακας 3.). Συγκεκριμένα, σχεδόν ίσο είναι το ποσοστό όσων παραπονιούνται για μονόπλευρο πόνο, στη δεξιά και αριστερή οσφύ, δηλαδή το 88% και 89,2%, αντίστοιχα. Οι περισσότεροι, μάλιστα, ασθενείς ανέφεραν πως ο πόνος στην οσφύ συνδέεται με τον πόνο στη γλουτιαία περιοχή. Στην ερώτηση αν ο πόνος προέρχεται από καταπόνηση ή τραυματισμό το 71,1% απάντησε πως η οσφυαλγία εγκαταστάθηκε ύστερα από έντονη καταπόνηση και μόνο το 8,4% ανέφερε πως τραυματίστηκε. Παράλληλα, στην Αυστραλία οι ασθενείς ανέφεραν κατά 31,1% καταπόνηση στην εργασία τους, 21,6% ατύχημα στην εργασία τους και 24,6% ατύχημα ή καταπόνηση στο σπίτι (Walker et al. 2004). Σ' αυτή τη μελέτη, το 69,9% δήλωσε πως ο πόνος στη οσφύ είναι οξύς, δηλαδή, διαρκεί λιγότερο από 6

εβδομάδες και το 30,1% πως είναι χρόνιος και διαρκεί περισσότερο από 6 εβδομάδες. Τα ποσοστά αυτά δηλώνουν πως καθόλου μικρός δεν είναι ο αριθμός όσων πάσχουν από χρόνια οσφυαλγικό πόνο, σε αντίθεση με άλλη ελληνική έρευνα με συμμετοχή μόνο νοσηλευτικού προσωπικού ελληνικού νοσοκομείου που απέδειξε πως μόλις το 11,1% πάσχει από χρόνια πόνο (Alexopoulos et al, 2003). Παράλληλο, μελέτη που διεξήχθη σε 11 ευρωπαϊκές πόλεις, απέδειξε πως ο χρόνιος πόνος πλήττει το 19% των ενηλίκων επηρεάζοντας τη ζωή και τη δουλειά τους (Breivik et al, 2006).

Αναφορικά με τη ένταση του πόνου (Πίνακας 3.), οι ερωτηθέντες με κλίμακα από το 0 ως το 10, απάντησαν με ποσοστό 19,3% πως η ένταση του πόνου τους φτάνει το 5, 6 ή 7, ενώ δεν ήταν μικρός ο αριθμός όσων ανέφεραν ακόμα και 10 (10,8%) σε σχέση με τους ελάχιστους που ανέφεραν από 4 και κάτω (6%). Σε μέτρια επίπεδα κυμαίνονται τα ποσοστά που αφορούν τη συχνότητα των επεισοδίων οσφυαλγίας, σύμφωνα με τα οποία οι περισσότεροι (30,1%) είχαν 2 επεισόδια το χρόνο και οι λιγότεροι (19,3%) έχουν 1 επεισόδιο το χρόνο. Δεν πρέπει, παρόλα αυτά, να παραλείψουμε πως το 24,1% έχει περισσότερα από 4 επεισόδια ετησίως, πράγμα που αποτελεί πρόσθετο δεδομένο που τονίζει τον υψηλό επιπολασμό της οσφυαλγίας στην Ελλάδα. Αυτό που ίσως φαίνεται πιο ανακουφιστικό είναι πως στο 54,2% το κάθε επεισόδιο διαρκεί ως μία εβδομάδα και μόνο στο 4,8% διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες, αποτέλεσμα παρόμοιο με άλλη ελληνική έρευνα που αναφέρει πως το 43% έχει διάρκεια επεισοδίου ως μια εβδομάδα και το 7% περισσότερο από ένα μήνα (Spyropoulos et al, 2007). Ταυτόχρονα, ερωτήθηκαν για το αν η οσφυαλγία συνοδεύεται και από πόνο στο ισχίο, όπου το 47% απάντησε καταφατικά.

Σχετικά με τη διάγνωση της οσφυαλγίας από ειδικό και της φροντίδας της από επαγγελματία υγείας (Πίνακας 4.), το 98,8% απάντησε πως έχει επισκεφθεί κάποιον ειδικό. Μάλιστα, το 39,8% ανέφερε τον ορθοπεδικό ως τον πρώτο ειδικό που επισκέφθηκε, το 12% τον φυσικοθεραπευτή, ενώ το 14,5% πως επισκέφθηκε και τους δύο. Παράξενο φαίνεται να είναι πως το 22,9% επισκέφθηκε μόνο παθολόγο και συμβιβάστηκε με κάποια αλοιφή ή παυσίπονα ως θεραπεία. Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005 στη Ελλάδα, απέδειξε πως το 40% των ασθενών που πάσχουν από οσφυαλγία επισκέπτονται ειδικευμένο στην οσφυαλγία ορθοπεδικό και μόνο το 5% καταφεύγει σε φυσικοθεραπευτή, ενώ στη Ολλανδία οι πάσχοντες επισκέπτονται κατά 33% ιατρό γενικής ιατρικής και 20% φυσικοθεραπευτή και τη

μετέπειτα αποκατάσταση του προβλήματος τους (Alexopoulos et al,2005). Πιο ικανοποιητικά φαίνεται να είναι τα πράγματα στη Σουηδία για τους φυσικοθεραπευτές αφού το 53% έχει επισκεφθεί τουλάχιστον μία φορά φυσικοθεραπευτή και το 20% ορθοπεδικό, ενώ παρόμοια με τη δική μας έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό (83%) καταλαμβάνουν οι παθολόγοι σε επισκεψιμότητα (Ekman et al, 2005). Η σύγκριση σε διεθνές επίπεδο πάλι δίνει διαφορετικά από τα δικά μας συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα 3 μελέτες ανέφεραν πως στις Ηνωμένες Πολιτείες μεγάλο ποσοστό επισκέπτεται απλά χειροπρακτικούς για την οσφυαλγία, ενώ στη Νότια Καρολίνα το 91% επισκέπτεται πάλι ιατρούς γενικής ιατρικής, το 29% φυσικοθεραπευτές και το 25% χειροπρακτικούς. Συγκεκριμένα τους χειροπρακτικούς στην Αυστραλία επιλέγει το 40% από το πρώτο επεισόδιο και στο δεύτερο τους προτιμά το 92%, ποσοστό που τονίζει την τεράστια διαφορά που η δική μας έρευνα αποδίδει στους χειροπρακτικούς (2,4%)(Walker et al,2004).

Στην παρούσα έρευνα, ωστόσο, όσοι ανέφεραν πως έχουν επισκεφθεί κάποιον ειδικό (Πίνακας 4.), λίγοι ήταν όσοι ισχυρίστηκαν πως οι επισκέψεις τους ξεπέρασαν τις 5. Το 62,6% επισκέφθηκε ως 5 φορές κάποιον ειδικό, το 24% συμπλήρωσε 6-10 συνεδρίες αποκατάστασης και μόλις το 13,2% προέβει σε μια πιο μακροσκελή θεραπεία 11-20 επισκέψεων. Ο ειδικός που έκανε τη διάγνωση είναι ο ορθοπεδικός που υπερτερεί με 72,3% έναντι του φυσικοθεραπευτή με 14,5% ενώ ακόμα μικρότερος αριθμός ασθενών (8,4%) διέγνωσε την οσφυαλγία του σε νευροχειρουργό. Αυτοί που, τελικά, ύστερα από επίσκεψη σε διάφορους επαγγελματίες υγείας, ακολούθησαν θεραπεία για την οσφυαλγία αποτέλεσαν το 80,7% των ερωτηθέντων με το 63,9% από αυτούς να προτιμά τη φυσικοθεραπεία ως θεραπεία. Ειδικότερα ανέφεραν τη μάλαξη, την ηλεκτροθεραπεία, τις ειδικές ασκήσεις αλλά και τη φαρμακευτική αγωγή ως αναπόσπαστο κομμάτι της αποκατάστασης τους.

Στον Πίνακα 5., παραθέτονται πληροφορίες σχετικά με το αν καλύπτεται η θεραπεία τους από κάποια ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση. Έτσι, λοιπόν, το 67,5% δήλωσε πως μόνο του πληρώνει τη θεραπεία και δεν καλύπτεται από κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Το 32,5% φαίνεται να καταφέρνει να καλύψει τις θεραπείες του μέσω δημόσιας (22,9%) ή ιδιωτικής ασφάλισης (9,6%).

Τέλος, οι ερωτηθέντες απάντησαν ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν στο ιστορικό προηγούμενων μυοσκελετικών προβλημάτων (Πίνακας 6.). Η πλειοψηφία (68,7%) δήλωσε πως δεν έχει επισκεφθεί φυσικοθεραπευτή στο παρελθόν για οποιονδήποτε άλλο λόγο πέρα από την οσφυαλγία, ενώ το 31,3% απάντησε καταφατικά. Επίσης, το 57,8% δεν ανέφερε κάποιο συνοδό μυοσκελετικό πρόβλημα. Όσοι ανέφεραν πως έχουν, τόνισαν τότε εμφανίστηκαν αυτά, δηλαδή, πριν την οσφυαλγία (15,7%), μετά από αυτή (16,9%) ή ταυτόχρονα με αυτή (9,6%). Σε άλλη έρευνα, ωστόσο, στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε αυξημένο το ποσοστό αυτών που παραπονιούνται για πόνο και σε άλλο μέρος εκτός από την οσφύ, όπως για τον αυχένα (47%) και τον ώμο (37%). Επιπρόσθετα, στην Ολλανδία για τον αυχένα παραπονιέται το 39% και για τον ώμο το 41% (Alexopoulos et al, 2005).

Σχετικά με το αν έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν για οποιονδήποτε λόγο, το 66,3% δεν ανέφερε κανένα χειρουργείο και το 33,7% είπε πως έχει χειρουργηθεί. Αναφορικά με το αν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή που σχετίζεται με την οσφυαλγία ή με κάποια άλλη πάθηση το 43,4% απάντησε αρνητικά, έναντι του θετικού 56,6%.

Όσον αφορά στις ανικανότητες που ανέφεραν οι ερωτηθέντες, κανένας δεν δήλωσε σοβαρές αλλαγές στη ζωή του, παρά μόνο κάποιες αλλαγές εργονομικού χαρακτήρα στην εργασία του ή ανέφεραν πως ξεκίνησαν να γυμνάζονται και να κάνουν διαλείμματα στην εργασία τους.

Συμπερασματικά, πολύ μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν ορισμένα μη αναμενόμενα αποτελέσματα που αφορούν τόσο στη θεραπεία, όσο και στα χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία. Για παράδειγμα, βρέθηκε πως οι κάτοικοι αστικών περιοχών παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό επεισόδια οσφυαλγίας σε σχέση με τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Παρότι, λοιπόν, θεωρούσαμε πως λόγω των έντονων εργασιών στα χωράφια και σε άλλες χειρονακτικές εργασίες που απαιτούν συνεχώς την άρση βαρών ή σκύψιμο, οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών θα αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό όσων παραπονιούνται από πόνο στην πλάτη. Φαίνεται, όμως, πως πιθανόν λόγω του τρόπου ζωής, όπου στην πόλη οι ρυθμοί είναι ταχύτεροι, οι περισσότεροι που πάσχουν από οσφυαλγία είναι οι κάτοικοι αστικής περιοχής.

Τα επαγγελματικά, επίσης, στοιχεία του δείγματος είναι αυτά που μας αποκαλύπτουν δεδομένα που αντί να μειώνουν τον επιπολασμό της οσφυαλγίας, τον κάνουν διαρκώς και μεγαλύτερο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός πως το 89,2% των εργαζομένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν έχουν αποζημιωθεί ποτέ από τη δουλειά τους. Όσοι, μάλιστα, από αυτούς έχουν πάρει αποζημίωση (9,6%) ανέφεραν ως αιτία τη διακοπή εργασίας στο διπλάσιο ποσοστό από ότι το εργατικό ατύχημα. Πολλοί είναι όσοι ανέφεραν την εργασία τους ως μοναδική αιτία της ύπαρξης οσφυαλγίας και παρόλα αυτά δεν έχουν αποζημιωθεί ποτέ και συνέχισαν να εργάζονται.

Αδικημένοι φαίνεται πως είναι οι εργαζόμενοι της μελέτης και στο θέμα των αναρρωτικών αδειών, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό δεν δικαιούται αναρρωτική άδεια ακόμα και όταν κατατάσσει τον πόνο του σε υψηλά επίπεδα. Έτσι, λοιπόν, το 66.3% δεν έχει πάρει ποτέ αναρρωτική άδεια για οποιονδήποτε λόγο. Το παράξενο, όμως, είναι πως όσοι, τελικά, έχουν πάρει άδεια από την εργασία τους για οσφυαλγία ή άλλη ασθένεια δηλώνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό (13,2%) έχει περισσότερες από 30 ημέρες και το μικρότερο ποσοστό (9,6%) έχει πάρει μέχρι 7 ημέρες. Το γεγονός αυτό, αποκαλύπτει πως στην περιοχή που μελετήσαμε, αναρρωτικές άδειες δίνονται σε εξαιρετικά βαριές περιπτώσεις. Αυτό, όμως, που ίσως λίγο δικαιολογεί τα πράγματα από τη μεριά των εργοδοτών είναι πως το 19,3%, δηλαδή το υψηλότερο ποσοστό όσων ζητούν αναρρωτική άδεια δεν προσκόμιζαν χαρτί ειδικού αλλά παίρνουν την πρωτοβουλία να ζητήσουν αυτόβουλα άδεια. Στο επαγγελματικό κεφάλαιο ελλιπής φαίνεται πως είναι η ενημέρωση και όσων γνώριζαν πληροφορίες σχετικά με την αναπηρικά σύνταξη και υπό ποιες προϋποθέσεις την δικαιούνται, αφού το 59% δεν γνώριζε καν αν τη δικαιούται.

Γίνεται εύκολα φανερό πως στα ελληνικά πλαίσια, τα εργασιακά θέματα σε σχέση με όσους πάσχουν από κάποιο μυοσκελετικό πρόβλημα ή ασθένεια άλλης φύσεως, υστερούν σε σημείο που αδικούν τους εργαζόμενους. Οι εργαζόμενοι από τη μεριά τους χαρακτηρίζονται πιθανόν από έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με όσα δικαιούνται στον εργασιακό τους χώρο.

Απορία προκαλεί, ακόμα, το γεγονός της επίσκεψης στους διάφορους ειδικούς. Η συντριπτική πλειοψηφία (98,8%) ανέφερε πως ο παθολόγος ήταν αυτός που επισκέφθηκε, ενώ πολλοί από αυτούς παρά τον πόνο και την ανάγκη αποκατάστασης δεν πραγματοποίησαν επιπλέον επίσκεψη σε κάποιον πιο καταρτισμένο επαγγελματία υγείας στο θέμα της οσφυαλγίας. Το γεγονός αυτό, όμως. Ίσως να οφείλεται στην απουσία ασφάλισης της θεραπείας, αφού στο μεγαλύτερο κομμάτι της μελέτης (67,5%) δεν υπάρχει ταμείο που να καλύπτει οικονομικά την αποκατάσταση της οσφυαλγίας με αποτέλεσμα ο ασθενείς να το παραβλέπει ή να περιορίζεται στη χρήση παυσίπονων και διάφορων αναλγητικών αλοιφών.

Παρόλο που πρόκειται για πιλοτική μελέτη, μπορούμε από την έρευνα να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα που έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία. Καταφέραμε να δημιουργήσουμε ένα αυτοσχέδιο εργαλείο που βασίζεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία, γεγονός που το καθιστά πολύ βασικό καθώς περιλαμβάνει στοιχεία από ποικίλες ελληνικές και ξένες μελέτες. Επίσης, αφού πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη, βρήκαμε κάποιες παραμέτρους που είναι χρήσιμες για τους ασθενείς με οσφυαλγία στον ελλαδικό χώρο και που πιθανόν ως τώρα να μην έχουν μελετηθεί. Τέλος, δημιουργήθηκε ένα εργαλείο αξιολόγησης εύχρηστο, εύκολο, κατανοητό, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από άλλες μελέτες.

Παρά την κλινική σημασία που είχε η μελέτη, είχε και ορισμένους περιορισμούς. Ένας από αυτούς ήταν το δείγμα που χρησιμοποιήσαμε, καθώς επρόκειτο για δείγμα ευκολίας. Το γεγονός αυτό δεν μπορεί να μας δώσει αντικειμενικά αποτελέσματα για μερικά στοιχεία, όπως για την περιοχή κατοικίας αφού τα περισσότερα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε αστική περιοχή. Επιπρόσθετα, η μελέτη έγινε στα πλαίσια μιας πτυχιακής εργασίας, με περιορισμένα μέσα και μικρό χρονικό περιθώριο, οπότε πρόκειται για ένα εργαλείο που χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να αναπτυχθεί. Έναν ακόμα περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι στο ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνονται παράμετροι όπως το μέγεθος της ανικανότητας ή κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον ασθενή. Δεν πρέπει να παραλείψουμε, επίσης, πως έγινε πιλοτική μελέτη, στην οποία, όμως, δεν εξετάσαμε την εγκυρότητά της.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διαμορφώσουμε ένα ολοκληρωμένο εργαλείο αξιολόγησης που να μελετά στοιχεία σχετικά με την οσφυαλγία, τα οποία δεν περιλαμβάνονται επαρκώς στην ελληνική βιβλιογραφία. Έκδηλο είναι το γεγονός ότι η ελληνική βιβλιογραφία υστερεί σε παρόμοιες μελέτες και περιορίζεται σε μελέτες κυρίως που επικεντρώνουν την προσοχή τους σε μεμονωμένες ομάδες. Στόχος μας είναι, λοιπόν, να προωθηθεί το μήνυμα διεξαγωγής αντίστοιχων ερευνών σε όλη την Ελλάδα, ώστε να έρθουν στην επιφάνεια στοιχεία που στον ελλαδικό χώρο είναι ελλιπή και δυσχεραίνουν τον επιπολασμό της οσφυαλγίας.

Η παρούσα έρευνα, ολοκληρώθηκε ύστερα από διανομή και συλλογή ερωτηματολογίων σε διάστημα 40 περίπου ημερών. Μοιράστηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια, από τα οποία τα 50 δόθηκαν σε κατοίκους της Ρόδου και τα υπόλοιπα 50 σε κατοίκους της Λεμεσού. Καταφέραμε, τελικά, να πάρουμε πίσω 90 ερωτηματολόγια, καθώς οι 10 αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Από αυτά τα 90, όμως, τα 83 θεωρήθηκαν έγκυρα διότι οι υπόλοιποι 7 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια χωρίς να έχουν καθόλου επεισόδια οσφυαλγίας, ενώ εμείς είχαμε τονίσει προφορικά και γραπτά πως απαραίτητο κριτήριο συμμετοχής στη μελέτη ήταν η ύπαρξη οσφυϊκού πόνου.

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, δηλαδή το ότι το εργαλείο αξιολόγησης που διαμορφώσαμε ήταν εύχρηστο και κατάλληλο για τους Έλληνες ασθενείς και το ότι η παρουσία ερωτηματολογίου σαν αυτού στη ελληνική βιβλιογραφία είναι σημαντική, αποδεικνύουν ότι η οσφυαλγία είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Φαίνεται πως συνδέεται με κοινωνικούς, οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες και κρίνεται απαραίτητα να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση της τόσο σε προσωπικές όσο και σε συλλογικό επίπεδο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **O. Airaksinen, J.I. Brox, C.Cedrashi, J.Hildebrandt, J. Klaber-Moffett, F. Kovacs, A.F. Mannion, S. Reis, J.B. Staal, H. Ursin & G. Zanoli. 2006.** European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain.
2. **Evangelos C. Alexopoulos, Alex Burdorf & Athena Kalokerinou. 2003.** Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. (Int Arch Occup Envirom Health)
3. **Evangelos C. Alexopoulos, Ioanna-Christina Stathi & Fotini Charizani. 2004.** Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. (BMC MSD).
4. **Evangelos C. Alexopoulos, Alex Burdorf & Athena Kalokerinou. 2005.** A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel (musculoskeletal x-cultural).
5. **Evangelos C. Alexopoulos, Dimitra Tanagra, Eleni Konstantinou & Alex Burdorf. 2006.** Musculoskeletal disorders in shipyard industry: prevalence, health care use, and absenteeism. (BMC Musculoskeletal Disorders).
6. **Evangelos C. Alexopoulos, Eleni C. Konstantinou, Giorgos Bakoyannis, Dimitra Tanagra & Alex Burdorf. 2008.** Risk factors for sickness absence due to low back pain and prognostic factors for return to work in a cohort of shipyard work (Eur Spine J).
7. **Jordi Alonso, Montserrat Ferrer, Barbara Gandek, John E.Ware Jr.Neil K.Aaronson, Paola Mosconi, Niels K.Rasmussen, Monika Bullinger, Shunichi Fukuhara, Stein Kaasa, Alain Leplege & IQOLA Project Group. 2004.** Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project (Quality of Life Research).
8. **A. A.Andrianakos, S.Miyakis, P.Trontzas, G.Kaziolas, F.Christoyannis, D.Karamitsos & G.Karanikolas. 2005.** The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study (Rheumatology).

9. **Maria Antonopoulou, N Antonakis, A Hadjipavlou & C Lionis 2007.** Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece (Family Practice Advance Access).
10. **Harald Breivik, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen & Derek Gallacher. 2006.** Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment (Eur J Pain).
11. **L Carmona, J Ballina, R Gabriel & A Laffon. 2001.** The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey (Ann Rheum Dis).
12. **Cats-Baril & Frymoyer 1991.** Research Methods of Predicting Occupational Low-Back Pain. (Spine).
13. **Peter R.Croft & Kate M.Dunn. 2006.** Course and prognosis of back pain in primary care: The epidemiological perspective.
14. **Peter R.Croft & Kate M.Dunn. 2008.** Chronic pain syndromes: You can't have one without another-Editorial.
15. **Simoni Dagenais, Jaime Caro & Scott Haldeman. 2008.** A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally (Spine J).
16. **Richard A. Deyo & Yuh-Jane Tsui-Wu. 1987.** Descriptive Epidemiology of Low-Back Pain and Its Related Medical Care in the United States. (Spine).
17. **Matias Ekman, Sven Jonhagen, Elke Hunsche & Linus Jonsson. 2005.** The economic cost of low back pain in Sweden in 2001 (Acta Orthopeda).
18. **Robert Ferrari, Constantine Constantoyannis & Nikolas Papadakis. 2001.** Cross-cultural study of symptom expectation following minor head injury in Canada and Greece.
19. **Ben SM Frankel, Jennifer Klaber Moffett, Steven Keen & David Jackson. 1999.** Guidelines for low back pain: changes in GP management. (UK-Family Practice).
20. **Mostafa Ghaffari, Akbar Alipour, Irene Jensen, Ali Asghar Farshad & Eva Vingard. 2006.** Low back pain among Iranian industrial workers (Occupational Medicine).
21. **Erdal Gilgil, Chit Kacar, Bulent Butun, Tiranje Tuncer, Sevgi Urhan, Cinar Yildirim, Gungel Sunbuloglu, Volkan Arikan, Ibrahim Tekeoglu,**

- Mehmet C.Oksuz & Umit Dundar. 2005.** Prevalence of Low Back Pain in a Developing Urban Setting (Spine).
- 22. Liesbet Goubert, Geert Grombez & Ilse De Bourdeaudhuij. 2004.** Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships (LBP & disability in Belgium).
- 23. Lauren E.Griffiths, Sheilah Hogg-Johnson, Donald C. Cole, Niklas Krause, Jill Hayden, Alex Burdorf, Annette Leclerc, David Coggon, Paulien Bongers, Stephen D. Walter & Harry S. Shannonet. 2007.** Low-back pain definitions in occupational studies were categorized for a meta-analysis using Delphi consensus methods (Journal of Clinical Epidemiology).
- 24. Nortin M Hadler & Timothy S Carrey. 1998.** Low back pain: an intermittent and remittent predicament of life (Ann Rheum Dis).
- 25. M. Hereby, J. Kjer, G.Hesselsoe & K Neergaard. 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 school children (Eur Spine J).
- 26. Lise Hestbaek, Charlotte Leboeuf-Yde & Claus Manniche. 2003.** The Course of Low Back Pain in a General Population. Results From a 5-year Prospective Study (Denmark).
- 27. M Hillman, A Wright, G Rajaratnam, A Tennant & M A Chamberlain. 1996.** Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK (Journal of Epidemiology & Community Health).
- 28. Sara Holmberg, Anders Thelin, Eva-Lena Stierntrom & Kurt Svardsuddet. 2004.** Psychosocial Factors and Low Back Pain, Consultations, and Sick Leave Among Farmers and Rural Referents: A Population-Based Study.
- 29. Quinette A. Louw, Linzette D Morris & Karen Grimmer-Somers. 2007.** The Prevalence of low back pain in Africa: a systematic review (BMC Musculoskeletal).
- 30. Charlotte Leboeuf-Yde, Jan Nielsen, Kirsten O Kyvik, Rene Fejer & Jan Hartvigsen. 2009.** Pain in the lumbar, thoracic or cervical regions: do age and gender matter? A population-based study of 34,902 Danish twins 20–71 years of age (BMC Musculoskeletal Disorders).

31. **Lycourgos Liaropoulos, Olga Siskou, Daphne Kaitelidou, Mamas Theodorou & Theofanis Katostaras. 2008.** Informal payments in public hospitals in Greece (Health Policy).
32. **Lycurgus Liaropoulos & Ellie Tragakes. 1998.** Public: private financing in the Greek health care system: implications for equity (Health Policy).
33. **Nisha J. Manek & A.J. MacGregor. 2004** Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis (Current Opinion in Rheumatology, 2005).
34. **Nikolaos Maniadakis & Alastair Gray. 2000.** The economic burden of back pain in the UK (Pain).
35. **Elias Mosialos, Sara Allin & Konstantina Davaki. 2005.** Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia (Health Economics).
36. **Heiner Raspe, Christine Matthis, Peter Croft, Terry O'Neill & European Vertebral Osteoporosis Study Group. 2004.** Variation in Back Pain Between Countries. The Example of Britain and Germany (SPINE).
37. **Olga Siskou, Daphne Kaitelidou, Vasiliki Papakonstantinou & Lycourgos Liaropoulos. 2008.** Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins (Health Policy).
38. **Jean Karl Soler. 2003.** Sick leave certification: a unique perspective on frequency and duration of episodes - a complete record of sickness certification in a defined population of employees in Malta (BMC Family Practice).
39. **Panagiotis Spyropoulos, George Papathanasiou, George Georgoudis, Efstathios Chronopoulos, Harilaos Koutis & Fotini Koumoutsou. 2007.** Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers (Pain Physician).
40. **George Stranjalis, Kiki Tsamandouraki, Damianos E. Sakas & Yannis Alamanos. 2004.** Low Back Pain in a Representative Sample of Greek Population (SPINE).
41. **Maurits Van Tulder, Annette Becker, Trudy Bekkering, Alan Breen, Maria Teresa Gil del Real, Allen Hutchinson, Bart Koes, Even Laerum & Antti Malmivaara. 2006.** European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care (Eur Spine J).

- 42. M. Van Tulder & G. Waddell. 2005.** Evidence-based medicine for non-specific low back pain (Best Practice & Research Clinical Rheumatology).
- 43. Ernest Volinn, Mariko Nishikitani, Weining Volinn, Yoshio Nakamura & Eiji Yano. 2005.** Back Pain Claim Rates in Japan and the United States: Framing the Puzzle (SPINE).
- 44. Michael Von Korff & Saunders Kathleen. 1996.** The Course of Back Pain in Primary Care (SPINE)
- 45. Bruce F. Walker, Reinhold Muller & William D. Grant. 2004.** Low Back Pain in Australian Adults. Health Provider Utilization And Care Seeking (Journal Manipulation & Physiology Therapy).
- 46. Roger Webb, Therese Brammah, Mark Lunt, Michelle Urwin, Tim Allison & Deborah Symmons. 2003.** Prevalence and Predictors of Intense, Chronic, and Disabling Neck and Back Pain in the UK General Population (SPINE).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα 6.1

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΙΓΙΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σας καλούμε να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει στόχο την συλλογή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της οσφυαλγίας σας και διεξάγεται από τους τελειόφοιτους του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας σπουδαστές Ζ. Ατσά και Α. Ιωάννου υπό την εποπτεία της κ. Μπίλλη Ε. (Καθ. Εφαρμογών του Τμήματος). Τα στοιχεία που θα συλλέξουμε θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και απόρρητα, ενώ έχετε τη δυνατότητα να αποσυρθείτε από την μελέτη σε οποιαδήποτε στιγμή. Παρακαλώ, αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, συμπληρώστε τα στοιχεία σας παρακάτω και εν συνεχεία, προχωρήστε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η οποία δεν θα σας πάρει πάνω από 5-10 λεπτά. Σας ευχαριστούμε.

Υπογραφή συμμετέχοντα

Ημερομηνία:.....

1. Φύλο: α) Άνδρας, β) Γυναίκα
2. Ηλικία:.....
3. Επάγγελμα:.....
4. Τόπος κατοικίας:..... Περιοχή: α) αστική, β) ημι-αστική, γ) αγροτική
5. Επίπεδο μόρφωσης: α)δημοτικό, β)γυμνάσιο, γ)λύκειο, δ)τριτοβάθμια εκπαίδευση
6. Οικογενειακή κατάσταση: α)έγγαμος, β)έγγαμος με παιδιά, γ) άγαμος δ) άλλο
7. Ετήσιο εισόδημα: α)ως 10.000€, β)10.000-15.000€ γ)15.000-25.000€δ) >30.000€

8. Τι χόμπι έχετε;.....

9. Αθλείστε; Ναι - Όχι

- αν ναι, πόσο συχνά; α)1 φορά/εβδομ., β)3 φορές/εβδομ., γ)περισσότερο από 3

10.Πόσες ώρες εργάζεστε; α)ως 4ώρες/ημέρα, β)5-8ώρες/ημέρα, γ) >8 ώρες/ημέρα

11.Έχετε πάρει ποτέ αποζημίωση από τη δουλειά σας; Ναι - Όχι

- αν ναι, για ποιο λόγο; α) λόγω διακοπής εργασίας, β) λόγω εργατικού ατυχήματος

12.Έχετε πάρει ποτέ αναρρωτική άδεια; Ναι - Όχι

- αν ναι, για ποιο λόγο;.....
- διάρκεια της άδειας; α)≤ 7 ημέρες, β)15 ημέρες, γ)30 ημέρες, δ>30 ημερών
- καλύπτεται οικονομικά η άδειά σας; α) Ναι β) μερικώς γ) Όχι
- ποιος/οι ειδικός σας έδωσε εντολή για άδεια από τη δουλειά;.....
.....

13.Γνωρίζεται σε ποιες περιπτώσεις δικαιούστε αναπηρική σύνταξη;

Ναι - Όχι

- αν ναι, από ποιο ταμείο;.....

Οσφυαλγία συνήθως ορίζεται ως ο πόνος ή άλλο σύμπτωμα , μεταξύ των πλευρικών διαστημάτων και κατώτερων γλουτιαίων πτυχών, που θα μπορούσε να συνδέεται ή όχι με τυχόν αντανάκλαση στο/α πόδι/α (Manek & MacGregor 2003) και το οποίο διαρκεί τουλάχιστον επτά εβδομάδες.

14.Είχατε ποτέ πρόβλημα οσφυαλγίας(πόνος στη μέση); Ναι - Όχι

- αν ναι, έχετε δει κάποιον ειδικό; Ναι - Όχι
- τι ειδικό επισκεφθήκατε; α)ιατρό ορθοπεδικό, β)νευροχειρουργό , γ)παθολόγο, δ)φυσίατρο, ε)φυσικοθεραπευτή, στ) χειροπρακτικό, ζ) μασέρ, η)άλλο
- πόσες φορές επισκεφθήκατε τον ειδικό;.....
- ποιος ήταν ο ειδικός που έκανε τη διάγνωση της οσφυαλγίας;
.....
- σας έχει αποδώσει το πρόβλημα σε κάποια αιτιολογία πχ παθολογία;
.....

15.Ο πόνος που είχατε προερχόταν από α)εγκυμοσύνη, β)έμμηνο ρήση, γ)καταπόνηση, δ)τραυματισμό, ε)άλλο.....

16.τι είδος πόνου είχατε; α)οξύ (πόνος λιγότερο από 6 εβδομάδες),

β)χρόνιο (πόνος περισσότερο από 6 εβδομάδες)

18.Ποια ήταν η ένταση του πόνου; Βαθμολογείστε από το 0 ως το 10, όπου 0 αντιστοιχεί σε καθόλου πόνο και 10 σε μέγιστο πόνο .

.....
19. Ποια ήταν η συχνότητα των επεισοδίων οσφυαλγίας; α) 1 φορά το χρόνο,

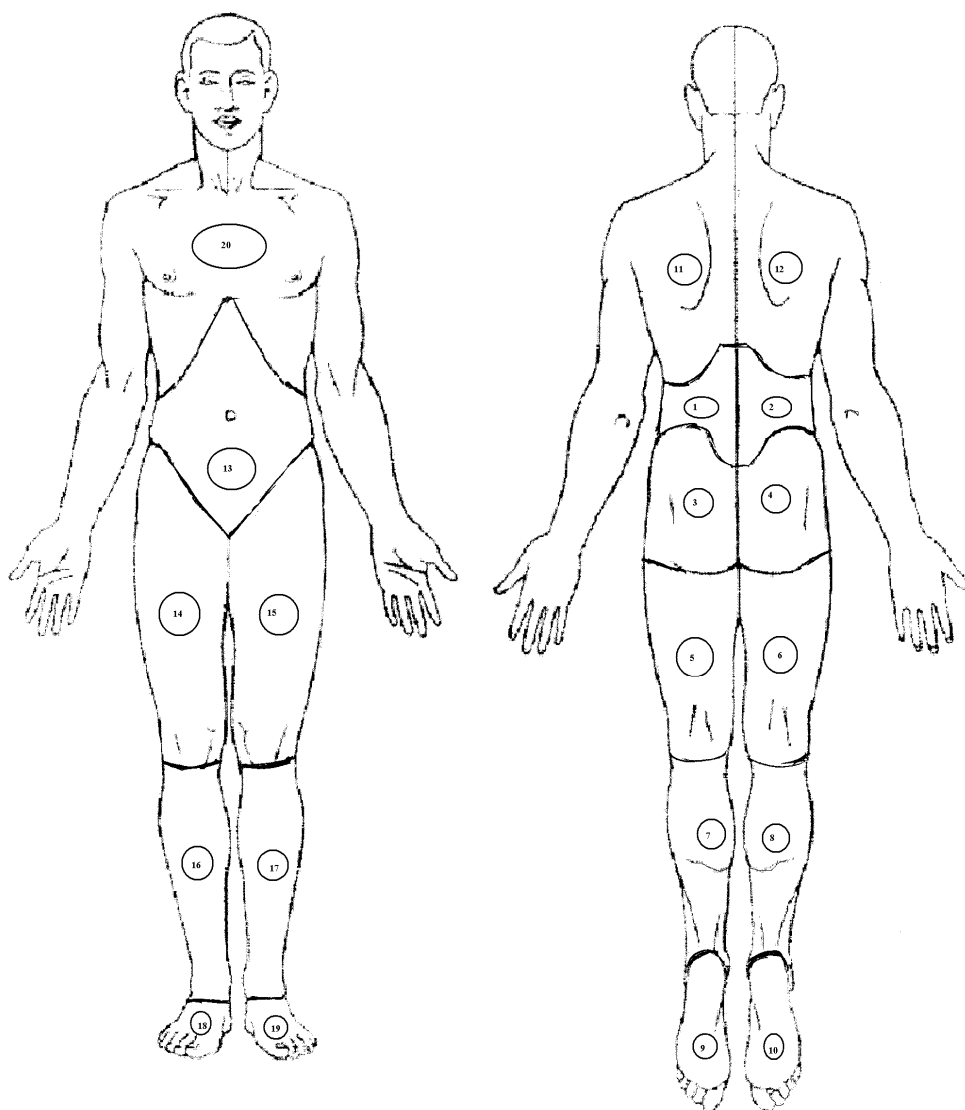
β) 2 φορές/χρόνο, γ) 3 φορές/χρόνο, δ) περισσότερο.....

20. Πόσον καιρό κρατάει το κάθε επεισόδιο; α) 1 εβδομάδα, β) 1 μήνα, γ) 3 μήνες, δ) πάνω από 3 μήνες

- ο πόνος στη μέση συνυπήρχε με πόνο στο/α ισχίο/α; α) ναι, β) όχι

21. Ποια ήταν η περιοχή του πόνου; Παρακαλώ σημειώστε την περιοχή (ή τις περιοχές)

όπου αισθάνεστε πόνο ή άλλα συμπτώματα (π.χ. μούδιασμα κτλ.).



22. Έχετε κάποια θεραπεία για το πρόβλημά; Ναι - Όχι

- αν ναι, τι θεραπεία;.....
- πόσο συχνά κάνετε τη θεραπεία σας;.....

- 23.Κάνετε κάποια θεραπεία τον τελευταίο μήνα; Ναι - Όχι
- 24.Έχετε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο που καλύπτει τη θεραπεία σας;
Ναι - Όχι
- αν ναι, έχετε δημόσια ή ιδιωτική ασφάλεια;.....
- 25.Έχετε επισκεφθεί φυσικοθεραπευτή για το πρόβλημά σας; Ναι - Όχι
- αν ναι. Για ποιο λόγο και τι θεραπεία κάνατε;
 -
 -
- 26.Είχατε επισκεφθεί στο παρελθόν φυσικοθεραπευτή; Ναι - Όχι
- αν ναι, για ποιο λόγο και τι θεραπεία κάνατε;
 -
 -
- 27.Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Ναι - Όχι
- αν ναι, ποια είναι αυτά;.....
 - εμφανίστηκαν πριν, μετά ή ταυτόχρονα με την οσφυαλγία;.....
 -
- 28.Έχετε κάποια άλλη πάθηση;.....
- 29.Παίρνετε φάρμακα για την οσφυαλγία ή για άλλη πάθηση;.....
-
- 30.Έχετε κάνει κάποιο χειρουργείο ποτέ; Αν ναι, τι χειρουργείο;.....
-
- 31.Για το πρόβλημα τις οσφυαλγίας, έχετε κάνει επιπλέον ιατρικές εξετάσεις; Ναι - Όχι
- αν ναι, τι εξετάσεις; α)ακτινογραφία, β)μαγνητική, γ)αξονική, δ)άλλο.....
- 32.Η οσφυαλγία έχει δημιουργήσει ανικανότητες στην καθημερινή σας ζωή;
Αν ναι, τι έχετε αλλάξει στις συνήθειές σας;.....
-
-
- 33.Η οσφυαλγία είχε ψυχολογικές επιπτώσεις;.....
-
- 34.Ποια είναι η γνώμη σας για τη φυσικοθεραπεία και κατά πόσο εμπιστεύεστε τους φυσικοθεραπευτές για την αποκατάσταση σε σχέση με τους ιατρούς;.....
-
-

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας.

*Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση ή πληροφορία, μπορείτε να απευθυνθείτε
στους: Ζωή Ατσά, τηλ 6971799456, Ανδρέα Ιωάννου, τηλ. +35799341943
(τελειόφοιτοι σπουδαστές Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Πάτρας*