

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΧΑΪΑΣ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΠΟΥΛΙΑΣΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΕΥΔΟΚΙΑ ΜΠΙΛΛΗ



ΑΠΡΙΛΙΟΣ – 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελέτη : Καταγραφή της οσφυαλγίας στην περιοχή της Αχαΐας

Στόχοι : Καταγραφή του επιπολασμού της οσφυαλγίας, αναζήτηση των παραγόντων που επηρεάζουν την οσφυαλγία, συσχέτιση του πόνου με την καθημερινότητα του ατόμου

Μέθοδος : Ένα δείγμα 120 ατόμων επιλέχθηκε μέσα από το προσωπικό και εργασιακό περιβάλλον της σπουδάστριας και τυχαία μέσα από τηλεφωνικό κατάλογο της περιοχής. Για την καταγραφή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν ένα καινούργιο ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε για την συγκεκριμένη έρευνα, το StartBack tool, το RMDQ, η HAD και το SF-12. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν ύστερα από προσωπικές και μέσω τηλεφώνου συνεντεύξεις. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο μέχρι τον Μάρτιο του 2012.

Αποτελέσματα : Από τα 120 άτομα που ρωτήθηκαν, τα 40 είχαν πρόβλημα στην μέση τους, οπότε ο επιπολασμός της οσφυαλγίας άγγιξε το 41,24%. Φάνηκε να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της ηλικίας, του φύλου και των λανθασμένων και μη εργονομικών θέσεων με την εμφάνιση της οσφυαλγίας. Επίσης, αυτοί που επισκέφτηκαν κάποιον ειδικό ήταν το 77,5%. Τα υποτροπιάζοντα επεισόδια αγγίζουν το 90% και σε αυτά το 52,5% παρουσιάζεται διαφορετικός ο πόνος σε σχέση με την προηγούμενη φορά. Το 65% δήλωσε ότι ανακουφίζεται από την άσκηση. Οι βαθμολογίες που σκόραραν στα αντίστοιχα ερωτηματολόγια είναι : στο StartBack total 3,03, στο StartBack subtotal 1,23, στο RMDQ 40,15, στη HAD-Anxiety subscale 6,83, στη HAD-Depression subscale 5,55, στο SF-12 Physical subscore 42,23 και στο SF-12 Mental subscore 47,63.

Συζήτηση : Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ο επιπολασμός της οσφυαλγίας φτάνει το 42 % και τα στοιχεία που επηρεάζουν πιο πολύ την οσφυαλγία είναι η ηλικία, το φύλο και οι λανθασμένες και μη εργονομικές θέσεις. Όσο πιο μικρή είναι η ηλικία τόσο πιο μεγάλος είναι ο βαθμός αναπηρίας που παρουσιάζεται αλλά δεν επηρεάζει την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ατόμων. Σημαντική παράμετρος στην αποκατάσταση η άσκηση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ :

1. **Εισαγωγή**-σελ. 5

1.1 Έννοια της οσφυαλγίας – σελ. 5

1.2 Αιτιολογία –σελ. 7

1.3 Κλινική εικόνα και διάγνωση –σελ. 9

1.4 Συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση –σελ. 12

1.5 Επιδημιολογία της οσφυαλγίας –σελ. 15

1.6 Οσφυαλγία στον διεθνή χώρο –σελ. 16

1.7 Οσφυαλγία στην Ελλάδα –σελ. 17

1.8 Παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία διεθνώς –σελ. 18

1.9 Παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία στην Ελλάδα – σελ. 19

1.10 Έρευνες – στατιστικά στοιχεία –σελ. 20

2. **Μέθοδος** –σελ. 26

2.1 Δείγμα –σελ. 26

2.2 Δημιουργία εργαλείου καταγραφής της οσφυαλγίας – σελ. 27

2.3 Πιλοτικός έλεγχος –σελ.42

2.4 Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίων –σελ. 43

2.5 Ανάλυση δεδομένων –σελ. 43

3. **Αποτελέσματα** –σελ. 45

4. **Συζήτηση** – σελ. 53

4.1 Εξήγηση και ερμηνεία αποτελεσμάτων – σελ. 53

4.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες – σελ. 55

4.3 Κλινική σημασία της ερευνάς – σελ. 57

4.4 Περιορισμοί της ερευνάς – σελ. 58

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – σελ. 61

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η οσφυαλγία αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα μετά την κεφαλαλγία, ενώ το 80-90% των ανθρώπων άνω των 30 ετών θα παρουσιάσουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους κρίση Οσφυαλγίας ή Οσφυοισχιαλγίας (Συμεωνίδης, 1996 ,Macfarlane GJ, 2012). Η οσφυαλγία ως όρος που περιγράφει ένα σύμπτωμα πολλών παθήσεων, συχνά συγχέεται και πολλοί άνθρωποι εκλαμβάνουν τον όρο αυτό ως ονομασία μίας πάθησης του Μυοσκελετικού Συστήματος. Στην ουσία ορίζεται ως ο πόνος ή άλλο σύμπτωμα, μεταξύ των πλευρών και των κατώτερων γλουτιαίων πτυχών, που θα μπορούσε να συνδέεται ή όχι με αντανάκλαση στο/α πόδι/α και το οποίο διαρκεί για τουλάχιστον έξι με επτά εβδομάδες (Manek & MacGregor 2003). Συνήθως συνυπάρχει δυσκαμψία, μειωμένη κίνηση του κάτω μέρους της πλάτης και δυσκολία του ασθενή να διατηρεί την σωστή όρθια θέση.

Ένα άλλο σύμπτωμα που παρατηρείται αρκετές φορές παράλληλα με την οσφυαλγία είναι η ισχιαλγία. Η ισχιαλγία ορίζεται ως ο πόνος που προέρχεται από τη μέση και αντανακλά από το γόνατο και κάτω, με ή χωρίς πόνο σε αυτή. Στην περίπτωση δε, που υπάρχει πόνος στη μέση αλλά και πόνος στη διαδρομή του ισχιακού νεύρου χαρακτηρίζεται ως «οσφυοϊσχιαλγία» και περιγράφει συνδυασμό των παραπάνω δύο καταστάσεων.

Αν και υπάρχουν πολλοί τρόποι ταξινόμησης της οσφυαλγίας οι πιο συχνοί είναι βάσει διάρκειας συμπτωμάτων και επεισοδίων εμφάνισης. Ανάλογα με τον χρόνο που διαρκούν τα συμπτώματα η οσφυαλγία διακρίνεται σε:

- **Οξεία φάση**, η οποία διαρκεί από έξι ως επτά εβδομάδες.
- **Υποξεία φάση**, η οποία διαρκεί από επτά μέχρι δώδεκα εβδομάδες.
- **Χρόνια φάση**, η οποία διαρκεί για περισσότερο από τρεις μήνες. (Pharm Assoc. 2003)

Επίσης η οσφυαλγία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με το αν υποτροπιάζει ο πόνος ή όχι, εάν δηλαδή έχουμε εξάρσεις και υφέσεις των συμπτωμάτων. Αυτή η ταξινόμηση θεωρείται αρκετά χρήσιμη βάσει του μεγάλου αριθμού υποτροπών που παρουσιάζουν οι περισσότεροι ασθενείς.

Αρκετοί ερευνητές, όπως οι Hestbeak et al (2003) και ο Korff M (2000), υποστηρίζουν ότι η κατηγοριοποίηση της οσφυαλγίας με βάση την διάρκεια των συμπτωμάτων είναι ανεπαρκής. Αυτό γίνεται διότι είναι αρκετές οι φορές που παρουσιάζεται ένα νέο οξύ επεισόδιο πόνου σε ασθενείς με χρόνια κατάσταση.

Η γνώση της φυσικής ιστορίας της οσφυαλγίας είναι πολύ σημαντική προκειμένου να μας καθοδηγήσει στο να πάρουμε τις όσο δυνατόν καλύτερες αποφάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της. Η πορεία του πόνου στην μέση δεν είναι σταθερή, διότι κάποιοι ασθενείς αναρρώνουν πλήρως, κάποιοι έχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια πόνου και κάποιοι άλλοι έχουν συνεχή συμπτώματα κατά τη διάρκεια του χρόνου-χρόνιο πόνο (Dunn and Croft, 2004). Σύμφωνα με τους Korff et al, κατά τις 4 πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, οι περισσότεροι ασθενείς βελτιώνονται σημαντικά. Το 66-75% των ασθενών αυτών βιώνουν ήπιο πόνο ή δυσφορία. Το 33% αυτών βιώνουν πόνο μέτριας έντασης, που πολλές φορές είναι αρκετός για να περιορίσουν σε μικρό βαθμό τις δραστηριότητές τους, ενώ το ποσοστό αυτών των ασθενών που

περιορίζεται σημαντικά η λειτουργική τους δραστηριότητα αγγίζει το 20-25%. Όσον αφορά την πορεία του πόνου κατά τη διάρκεια ενός έτους, το 33% των ασθενών εξακολουθεί να βιώνει διαλείποντα ή επίμονο πόνο μέτριας έντασης στην περιοχή της οσφύς. Τέλος, 1 στους 7 εξακολουθεί να βιώνει πόνο μεγάλης έντασης, ενώ 1 στους 5 περιορίζει σημαντικά τις δραστηριότητες του λόγω του πόνου αυτού (Korff et al, 1996) Επομένως, ο υψηλός αριθμός υποτροπιάζόντων περιστατικών οσφυαλγίας, σε συνδυασμό με τα μεγάλα ποσοστά χρόνιας οσφυαλγίας, καθιστά την οσφυαλγία για περαιτέρω διερεύνηση.

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πολλές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και των γειτονικών οργάνων έχουν ως κύριο σύμπτωμα τον πόνο στην μέση. Είναι δύσκολο κανείς να απαριθμήσει όλες αυτές τις παθήσεις, καθώς κάθε μία από αυτές χρειάζεται ίσως και διαφορετική θεραπεία. Η πιο συχνή πάθηση που προκαλεί συμπτώματα άλγους στην περιοχή της οσφύς, είναι η **δισκοπάθεια** (δισκοκήλη) η οποία καλύπτει το 70-75% των περιπτώσεων (Συμεωνίδης, 1996) Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό καλύπτει και η οσφυαλγία που προκαλείται ή επιδεινώνεται από **ψυχολογικά ή ψυχοκοινωνικά αίτια** (Dunn and Croft, 2004, Grotle et al., 2005). . Συνολικά από τις υπόλοιπες παθήσεις που προκαλούν οσφυαλγία οι πιο συχνές είναι:

- παθήσεις σπονδυλικής στήλης μηχανικής αιτιολογίας, είναι οι οσφυαλγίες που οφείλονται σε παρεκκλίσεις της σπονδυλικής στήλης, της λεκάνης και των κάτω άκρων από το φυσιολογικά τους όρια π.χ. σκολίωση
- Τραυματικές παθήσεις: Διάταση ή ρήξη μυικών ινών ή συνδέσμων, υπεξαρθρήματα των σπονδυλικών αρθρώσεων, παλαιά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, τραυματική σπονδυλόλυση - σπονδυλολίσθηση

- Εκφυλιστικές παθήσεις: Σπονδυλοαρθρίτιδα, στενός σπονδυλικός σωλήνας, εκφυλιστική σπονδυλολίσθηση, αστάθεια οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ)
- Φλεγμονώδεις μικροβιακές παθήσεις: φυματιώδης σπονδυλίτιδα, σπονδυλοδισκίτιδα, οστεομυελίτιδα
- Νεοπλασίες σπονδυλικής στήλης: Συχνότερα μεταστατικές και λιγότερο συχνά πρωτοπαθείς του σκελετού (μυέλωμα) και των νευρών (νευρίνωμα)
- Συγγενείς ανωμαλίες σπονδυλικής στήλης: ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου.
- Παθήσεις των ιερολαγονίων αρθρώσεων - λεκάνης - ισχίων: φλεγμονές, όγκοι, εκφυλιστική αρθρίτιδα κλπ.
- Παθήσεις νεφρών & ουρητήρων: λιθιάσεις, φλεγμονές, όγκοι
- Παθήσεις ωοθηκών - μήτρας - προστάτη : φλεγμονές, όγκοι
- Παθήσεις εντέρου φλεγμονές, όγκοι
- Παθήσεις αορτής-λαγόνιων αρτηριών: ανεύρυσμα, απόφραξη

Άλλος ενοχοποιητικός παράγοντας πρόκλησης οσφυαλγίας είναι η **ηλικία** (Dunn and Croft, 2004).. Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, η αντοχή των οστών, η ελαστικότητα και ο μυϊκός τόνος μειώνονται. Οι Μεσοσπονδύλιοι δίσκοι, αρχίζουν να χάνουν τα υγρά τους με αποτέλεσμα να γίνονται πιο ανελαστικοί και πιο ευάλωτοι σε τραυματισμούς. Επίσης σημαντικό αίτιο στην εκδήλωση οσφυαλγίας αποτελεί και η **εγκυμοσύνη** καθώς στην περίπτωση αυτή, η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης επιβαρύνεται και χάνει την φυσιολογική της καμπυλότητα με αποτέλεσμα την εμφάνιση της υπερλόρδωσης, λόγω της διευρυμένης μήτρας και του εμβρύου . Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το 50% των γυναικών υποφέρουν από οσφυαλγία, η

οποία πολλές φορές επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο πόνος αυτός θα μπορούσε να οδηγήσει σε χρόνια αϋπνία και σε μείωση της αποδοτικότητας τους στη δουλειά αλλά και στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Schmerz, 2012).

Από τα παραπάνω αίτια, τα πιο κρίσιμα για να προκαλέσουν **οξεία οσφυαλγία** είναι τα τραυματικά (έμμεσος τραυματισμός), από καταπόνηση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (διάταση ή ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων της σπονδυλικής στήλης) ή και οξύς τραυματισμός. Σε ένα μεγάλο ποσοστό η οξεία οσφυαλγία υποχωρεί χωρίς να καθοριστεί το ακριβές αίτιο που την προκάλεσε. Παρ' όλα αυτά η αναζήτηση του αιτίου δεν πρέπει να παραλείπεται, όταν η οξεία οσφυαλγία παρατείνεται πέραν των 3-4 ημερών, χωρίς βελτίωση. Όσον αφορά τα αίτια που προκαλούν την **χρόνια οσφυαλγία** είναι δυνατό να προέρχονται από χρόνια διάταση των μυών, των τενόντων και των συνδέσμων της μέσης, από εκφυλιστικές παθήσεις του μεσοσπονδύλιου δίσκου, του ινώδους δακτυλίου, των αρθρικών αποφύσεων, καθώς και από αστάθεια της ,ΟΜΣΣ. Ακόμα, ένα σημαντικό ποσοστό της χρόνιας οσφυαλγίας όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, μπορεί να οφείλεται σε ψυχοσωματικά αίτια ή σε επιδίωξη αποζημίωσης ή συνταξιοδότησης. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι χρήσιμα τα ψυχολογικά τεστ όπως αυτό της Μινεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory ή M.M.P.I.) (Συμεωνίδης 1996, Αθανασόπουλος 1989)

1.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε περίπτωση οσφυαλγίας υπάρχει ποικιλία συμπτωμάτων που μπορεί να νιώσει ο ασθενής, όπως μούδιασμα, κάψιμο, ένα θαμπό συναίσθημα άλγους ή ακόμα και οξύ πόνο στην περιοχή της ΟΜΣΣ. Σε περίπτωση Οσφουοισχιαλγίας, είναι πιθανόν ο ασθενής να εμφανίζει συμπτώματα αδυναμίας στο/α πόδι/α,

συγκεκριμένα στην κατανομή του μυοτομίου της εμπλεκόμενης ρίζας ή/και να εμφανίζει πόνο ή/και αισθητικές διαταραχές (υπαισθησία, αιμωδία, αναισθησία κτλ.) κατά την πορεία του δερμοτομίου ισχιακού νεύρου.

Όσον αφορά την κλινική διάγνωση, ένα λεπτομερές ιστορικό καθώς και η φυσική εξέταση μπορεί να εντοπίσει τυχόν επικίνδυνα σημεία ή οικογενειακό ιστορικό που μπορεί να σχετίζεται με τον επικείμενο οσφυαλγικό πόνο. Ο ασθενής περιγράφει την θέση του πόνου, τη σοβαρότητα του πόνου, τη διάρκεια των συμπτωμάτων, το πόσο συχνά εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας, το αν επηρεάζει την κίνησή του και το αν υπήρχαν παρόμοια επεισόδια στο παρελθόν. Ο αρμόδιος επαγγελματίας υγείας (ιατρός κτλ.) θα εξετάσει κλινικά την σπονδυλική στήλη και θα πραγματοποιήσει λεπτομερή νευρολογική εξέταση για την αξιολόγηση των τενόντιων αντανακλαστικών, την εν τω βάθει και επιπολής αισθητικότητα και τη μυική δύναμη ανά μυοτομιακή κατανομή για να διαπιστωθεί η αιτία του πόνου (π.χ. εμπλοκή ρίζας, μη νευρολογική εμπλοκή κτλ.) και να βρεθεί η καταλληλότερη θεραπεία για την πάθησή του [2,6].

Οι εξετάσεις που μπορούν να γίνουν για να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής τελικά πάσχει από οσφυαλγία είναι οι ακόλουθες :

- Ακτινογραφία: συμπεριλαμβάνονται οι συμβατικές και οι βελτιωμένες μέθοδοι που μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της αιτίας αλλά και στην τοποθεσία του πόνου στην πλάτη. Συχνά είναι η πρώτη μορφή απεικόνισης που χρησιμοποιείται και αναζητά σπονδυλικά κατάγματα ή ένα τραυματισμένο σπόνδυλο. Με αυτές τις συμβατικές ακτινογραφίες είναι σχεδόν αδύνατο να εντοπίσουμε τραυματισμένους μαλακούς ιστούς και συνδέσμους ή επώδυνες καταστάσεις όπως η διόγκωση του δίσκου. Είναι όμως μία γρήγορη, μη επεμβατική διαδικασία.
- Δισκογραφία: περιλαμβάνει την ένεση μίας χρωστικής ουσίας στην

σπονδυλική στήλη που πιθανόν να προκαλέσει πόνο. Η χρωστική ουσία περιγράφει τις πληγείσες περιοχές σε ακτινογραφίες που θα ληφθούν μετά την ένεση. Η διαδικασία αυτή προτείνεται σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή που δεν έχουν ανταποκριθεί σε συμβατικές θεραπείες.

- Αξονική τομογραφία (CT): είναι μία εύκολη και ανώδυνη διαδικασία που χρησιμοποιείται όταν υποψιαζόμαστε ότι υπεύθυνα για την συγκεκριμένη οσφυαλγία είναι κάποια ρήξη μεσοσπονδύλιου δίσκου ή μία σπονδυλική στένωση.
- Μαγνητική τομογραφία (MRI): χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί τυχών εκφύλιση των οστών, τραυματισμός ή κάποια πάθηση των νεύρων, των μυών, των συνδέσμων και των αιμοφόρων αγγείων. Επειδή όμως αρκετές φορές τα ευρήματα της MRI δεν συνάδουν με τα συμπτώματα του ασθενή, η ανεύρεση της σωστής θεραπείας είναι αρκετά δύσκολη [4].
- Ηλεκτρομυογράφημα: αξιολογεί την ηλεκτρική δραστηριότητα σε ένα νεύρο. Με αυτόν τον τρόπο μας δίνεται η δυνατότητα να διαπιστώσουμε εάν η αδυναμία του μυός οφείλεται σε τραυματισμό του ή σε τραυματισμό του νεύρου ή της νευρικής ρίζας που τον νευρώνει.
- Σπινθηρογραφήματα οστών: χρησιμοποιούνται για την διάγνωση μιας λοίμωξης, ενός κατάγματος ή για τυχόν διαταραχές στο μυελό των οστών.
- Θερμογραφία: χρησιμοποιείται για να ανιχνεύσει μικρές αλλαγές στη θερμοκρασία του σώματος και τυχόν συμπίεση κάποιων νευρικών ριζών.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι γιατροί θα πρέπει να εκτελούν διαγνωστικές επεμβάσεις για ασθενείς με οσφυαλγία όταν υπάρχουν σοβαρά ή επιδεινούμενα νευρολογικά ελλείμματα ή όταν υπάρχει η υποψία για

σοβαρές υποκείμενες καταστάσεις με βάση το ιστορικό και την φυσική εξέταση (Roger Chou et al, 2007) ή όταν υπάρχει η πιθανότητα της χειρουργικής παρέμβασης ή υπάρχουν οι υποψίες για συστηματική νόσο. Η μαγνητική τομογραφία φαίνεται να απεικονίζει καλύτερα τα προβλήματα στους μεσοσπονδύλιους δίσκους, όπως συμπίεσεις, εκφυλίσεις και αλλοιώσεις σε σχέση με την αξονική τομογραφία, ενώ όσον αφορά την στένωση της σπονδυλικής στήλης έχουν σχεδόν την ίδια απόδοση στην απεικόνισή της (Jarvik and Deyo, 2002). Θα πρέπει να τονιστεί επίσης, ότι τα περισσότερα απεικονιστικά μέσα δεν βοηθούν στην διάγνωση ή στην εύρεση της αιτίας της οσφυαλγίας, γι' αυτό τα υποκείμενα και τα κλινικά ευρήματα της αξιολόγησης του ασθενούς είναι πολύ σημαντικά.

1.4 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι περισσότερες οσφυαλγίες μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά, χωρίς δηλαδή χειρουργική παρέμβαση (Dandy, Edwards, 2010) Η θεραπεία αυτή περιλαμβάνει τη χρήση αναλγητικών, τη μείωση της φλεγμονής, την αντιμετώπιση των επώδυνων σημείων στην περιοχή της ΟΜΣΣ, την απόκτηση της δύναμης στους μύες της οσφύος και την πρόληψη της υποτροπής της οσφυαλγίας. Αρκετοί ασθενείς με πόνο στην περιοχή της οσφύος μετά από 1 μήνα θεραπείας παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση χωρίς καμία απώλεια της λειτουργικότητας (Korff, 1996).

Η χρήση ζεστών και κρύων επιθεμάτων φαίνεται ότι μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου και της φλεγμονής και ότι μπορεί να επιτρέψει σε κάποια άτομα να έχουν μεγαλύτερη κινητικότητα. Σε περιπτώσεις οξέων κυρίως τραυματισμών της οσφυικής μοίρας καλό θα ήταν ο ασθενής να εφαρμόσει στην περιοχή αυτή ένα κρύο επίθεμα, αρκετές φορές την ημέρα για περίπου 20 λεπτά

την κάθε φορά. Μετά από 2 με 3 ημέρες, καλό θα ήταν να εφαρμόζεται ένα θερμό επίθεμα ή θερμά λουτρά για σύντομο χρονικό διάστημα για να χαλαρώσουν οι μύες και να αυξηθεί η ροή του αίματος.

- Όσον αφορά την ανάπαυση, ο μέγιστος χρόνος κατάκλισης θα πρέπει να είναι 1-2 μέρες. Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς που συνέχισαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες χωρίς ξεκούραση στο κρεβάτι φάνηκε να έχουν καλύτερη ευεξία σε σχέση με αυτούς που έμειναν στο κρεβάτι για κάποιο χρονικό διάστημα (Korff, 1994). Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η κατάκλιση όχι μόνο χειροτερεύει την κατάσταση του ασθενή αλλά οδηγεί και σε δευτερογενείς επιπλοκές, όπως η κατάθλιψη, ο μειωμένος μυϊκός τόνος και οι θρόμβοι αίματος στα πόδια.

Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση της οξείας και της χρόνιας οσφυαλγίας. Οι ασθενείς θα πρέπει πάντα να συμβουλευονται τον γιατρό τους πριν την χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου για την ανακούφιση του πόνου διότι, είναι αρκετά αυτά που προκαλούν παρενέργειες όπως υπνηλία ή ηπατική βλάβη. Κάποια από τα φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν σε περιπτώσεις οσφυαλγίας είναι :

- η ασπιρίνη που μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο, με λίγες παρενέργειες
- μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπως η ιβουπροφαίνη και η ωαπροξένη που μειώνουν το πρήξιμο και τον πόνο
- ναρκωτικά αναλγητικά όπως η κωδεΐνη και η μορφίνη
- στεροειδή που λαμβάνονται από το στόμα ή με ένεση στην σπονδυλική στήλη.

Πολλές φορές, για να έχει καλύτερα αποτελέσματα ο ασθενής θα πρέπει σε συνδυασμό με τα φάρμακα να ακολουθήσει και ένα πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, το οποίο θα περιλαμβάνει :

- Ήπιες χειρομαλάξεις,
- διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS) : ηλεκτρόδια τοποθετούνται στο δέρμα στην περιοχή του πόνου ή κοντά σε αυτή τα οποία παράγουν νευρικές ώσεις που μπλοκάρουν τα σήματα πόνου που στέλνουν τα περιφερικά νεύρα προς τον εγκέφαλο.
- Υπέρηχος : χρησιμοποιείται για να μεταδώσει θερμότητα στους ιστούς του σώματος και να τους βοηθήσει να χαλαρώσουν
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης και διατάσεις : είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να επανακτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του και να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες(Korff and Moore, 2001).. Τον κύριο λόγο σε αυτές τις ασκήσεις έχει η ενδυνάμωση των κοιλιακών και των ραχιαίων για να εξασφαλιστεί η εξωτερική σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης. Οι μύες αυτοί πρέπει να γυμνάζονται κυρίως ισομετρικά. Αυτές πρέπει να γίνονται αφού έχει υποχωρήσει ο πόνος και έχει δώσει την έγκρισή του ο θεράπων ιατρός, διότι αν δεν έχει αποκατασταθεί η βλάβη σωστά, είναι πιθανόν να χειροτερέψουν τα συμπτώματα του ασθενή. Οι ασκήσεις που πρέπει να αποφεύγονται είναι όσες δημιουργούν μεγάλες ροπές και όσες ενεργοποιούν το λαγονοψοίτη (Αθανασόπουλος, 1989).

Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις οσφυαλγίας όπου δεν ανταποκρίνονται στις παραπάνω θεραπείες, ακολουθείται η χειρουργική επέμβαση. **Η σπονδυλική στήλη θα πρέπει να υποβάλλεται σε επέμβαση μόνο εάν δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι η μοναδική λύση.** Οι ενδείξεις για επέμβαση στην σπονδυλική στήλη είναι οι ακόλουθες :

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

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η Οσφυαλγία είναι ένα εξαιρετικά σύνηθες πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι τουλάχιστον για μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Τα τελευταία χρόνια, ανήκει στην ομάδα με τις συχνότερες ασθένειες που φέρουν σοβαρές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις στα άτομα που πάσχουν από αυτή. Σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, το 70% του πληθυσμού θα παρουσιάσει πόνο στη μέση για τουλάχιστον μία εβδομάδα στην διάρκεια της ζωής του, ενώ το 15-40% παρουσιάζει ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κάθε χρόνο. Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, έρευνα του 2007 έδειξε ότι το 44% των εργαζομένων σε γραφείο πάσχει από οσφυαλγία (Spyropoulos et al, 2007). Κορυφαία νοσηρότητα παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 35-55 ετών, αλλά μια πρόσφατη ιαπωνική μελέτη παρουσιάζει στοιχεία ότι το 66,7% των παιδιών αντιμετωπίζουν ήδη πόνο στην μέση για τουλάχιστον μία εβδομάδα και το ποσοστό υποτροπής υπερβαίνει το 60% (Kiwinski JE, 2011).

Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και το είδος εργασίας του κάθε ανθρώπου. Για παράδειγμα, τα άτομα που ασχολούνται με εργασία που απαιτεί ανύψωση αντικειμένων με ή χωρίς συνδυασμένη στροφή, ή εργασία που προκαλεί δονήσεις σε ολόκληρο το σώμα και που απαιτεί στατικές ή ακατάλληλες θέσεις, έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν επεισόδιο οσφυαλγίας (Skonron ML, 1992). Ο πόνος αυτός στην μέση εκτός από την ηλικία και το είδος

εργασίας οφείλεται και σε άλλα αίτια όπως, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το άγχος, το στρες, τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας, η αλλαγή χόμπι, το τσιγάρο και η μειωμένη άσκηση από μικρή ηλικία (Hoy D. et al, 2010). Ακόμα, οι Chan et al (2011) έδειξαν ότι άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν παρουσιάσει ένα επεισόδιο οσφυαλγίας στο παρελθόν. Σε ότι αφορά στους χρόνιους ασθενείς με οσφυαλγία, υπάρχουν κάποιες υποθέσεις ότι η ευλυγισία της σπονδυλικής στήλης, η δύναμη του κορμού, ο φόβος, η αποφυγή του πόνου ή της κίνησης και η εσφαλμένη απόδοση γενικά σχετίζονται με την αποτυχία της θεραπείας του άλγους (Skonron ML, 1992). Οι περισσότεροι άνθρωποι που περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω του πόνου στη μέση συνεχίζουν να έχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια και εκτιμάται ότι το ποσοστό υποτροπής σε διάστημα ενός έτους αγγίζει το 24-80%. Τέλος, η οσφυαλγία, έχει μεγάλο αντίκτυπο στα άτομα καθώς επηρεάζει τη ζωή τους τόσο στον οικογενειακό χώρο όσο και στο χώρο εργασίας, γεγονός που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από την πολιτεία και τις επιχειρήσεις στο σχεδιασμό και την πρόληψη των μυοσκελετικών ασθενειών.

1.6 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι η οσφυαλγία είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Έρευνες έχουν δείξει, ότι το 19% του ενήλικου πληθυσμού στην Ευρώπη, πάσχει από πόνο στη μέση που επηρεάζει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Ακόμα, το 40% αυτών είναι ανίκανοι να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. Σημαντικό ρόλο, όμως και στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας παίζει και η περιοχή όπου ζουν οι ασθενείς αυτοί. (Breivik et al, 2006). Επιπρόσθετα, οι Walker et al (2004), ύστερα από μία έρευνα που πραγματοποίησαν στην Αυστραλία, στην οποία πήραν μέρος 3000

άτομα, βρήκαν ότι το 25,6% του πληθυσμού, παρουσίασε μία φορά πόνο στη μέση κατά τη διάρκεια της ζωής του, το 67,6% παρουσίασε πόνο τον τελευταίο χρόνο και το 79,2% έχει παρουσιάσει πόνο για παραπάνω από έναν χρόνο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Τέλος, οι Webb et al (2003), ύστερα από έρευνα που πραγματοποίησαν σε 5752 άτομα, διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός της οσφυαλγίας για έναν μήνα αγγίζει το 29%.

1.7 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η οσφυαλγία στην Ελλάδα είναι ένα συχνό φαινόμενο που συνδέεται άμεσα με σωματικούς, εργονομικούς και ψυχολογικούς παραμέτρους του ατόμου, ενώ έχει επίσης μεγάλες επιπτώσεις στην οικονομία της χώρας (Spyropoulos et al, 2007). Ύστερα από μία έρευνα που πραγματοποίησαν οι Stranjalis et al (2004), μελέτησαν 2000 άτομα τα οποία επιλέχθηκαν με βάση τα δημογραφικά τους στοιχεία και βρήκαν ότι το 33% του ελληνικού πληθυσμού έχει εμφανίσει επεισόδιο οσφυαλγίας μία φορά στη ζωή του, το 37,8% έχει παρουσιάσει πόνο στη μέση τον τελευταίο χρόνο, το 41,8% έχει παρουσιάσει τα τελευταία δύο χρόνια πόνο και το 61,6% παρουσιάζει πόνο στην οσφύ για μεγαλύτερο διάστημα των δύο χρόνων. Μία άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 455 άτομα, από τους Antonopoulou et al (2007), έδειξε ότι 82,6% από τους συμμετέχοντες είχαν παρουσιάσει τουλάχιστον μία φορά πόνο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Πιο συγκεκριμένα, το 56,9% παρουσίασε πόνο στην μέση, το 34,1% στον αυχένα, το 29,9% στον ώμο και το 27,9% στο γόνατο. Επίσης το 48,6% δήλωσε ότι έχει περιορίσει σημαντικά τις δραστηριότητές του. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των συμπτωμάτων έπαιξε το φύλο και η ηλικία του ατόμου, δηλαδή ήταν πιο επιρρεπής οι γυναίκες και τα άτομα μεγάλης ηλικίας. Τέλος σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι μόνο το 1/3 των ασθενών αναζήτησε βοήθεια σε κάποιον

ειδικό για το πρόβλημα που είχε. Παρ' όλο λοιπόν που η συχνότητα της οσφυαλγίας στην Ελλάδα είναι μεγάλη, δεν υπάρχουν έρευνες σε μεγάλες περιοχές στην Ελλάδα, όπως π.χ. στην περιοχή της Αχαΐας, μια περιοχή τόσο μεγάλη, αρκετά βιομηχανική και παλιά. Επομένως, κρίθηκε αναγκαίο να διεξαχθεί μία μικρής εμβέλειας επιδημιολογικού τύπου μελέτη προκειμένου να καταγραφεί ο επιπολασμός καθώς και άλλα σχετικά στοιχεία που αφορούν τη οσφυαλγία

1.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΔΙΕΘΝΩΣ

Η ανάγκη για την εύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν την οσφυαλγία ήταν μεγάλη. Λόγω του υψηλού επιπολασμού της οσφυαλγίας, καθώς και του μεγάλου ποσοστού υποτροπών και χρονιότητας της οσφυαλγίας, είναι σημαντική η διερεύνηση των παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν την εξέλιξη της οσφυαλγίας. Αν κατάφερναν να εντοπίσουν τους ακριβείς παράγοντες που σχετίζονται με τον πόνο τότε θα ήταν πολύ πιο εύκολη η πρόληψή και η αποθεραπεία του. Έτσι, άρχισαν να γίνονται πολλές έρευνες προκειμένου να απαντηθεί αυτή η ερώτηση. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, κατέληξαν ότι οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι οι εξής:

- Η περιοχή που κατοικούν τα άτομα (για παράδειγμα, έχει περισσότερες πιθανότητες ένας κάτοικος της ανατολικής Τουρκίας να εμφανίσει πρόβλημα οσφυαλγίας) (Breivik et al, 2006, Gilgi et al, 2005),
- Η ηλικία τους (όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του πόνου) (Ghaffari et al 2006, Gilgi et al, 2005, Leoboeyf-Yde et al, 2009, Stranjalis et al, 2004, Webb et al, 2003),
- Το φύλο (οι γυναίκες πονάνε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους άντρες) (Alexopoulos et al, 2008, Ghaffari et al 2006, Gilgi et al, 2005, Leoboeyf-Yde et al, 2009, Stranjalis et al, 2004, Webb et al, 2003),

- Ο δείκτης μάζας σώματος (όσο πιο μεγάλος τόσο πιο επιρρεπείς είναι) (Webb et al, 2003),
- Η ψυχολογία του ατόμου (η κακή ψυχολογία μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μία κατάσταση πόνου π.χ. κατάθλιψη, στρες, fear of movement /fear-avoidance) (Alexopoulos et al, 2003, Ghaffari et al, 2006, Spurooulos et al, 2007),
- Το είδος δουλειάς (κακή θέση εργασίας ισοδυναμεί με την εμφάνιση του πόνου στη οσφύ αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος) (Alexopoulos et al, 2004, Alexopoulos et al, 2005, Alexopoulos et al, 2008, Holmerg et al, 2004, Stranjalis et al, 2004),
- Ο πόνος σε άλλα σημεία του σώματος (είναι χειρότερη η πρόγνωση εκτός από τον πόνο στη μέση συνυπάρχει και πόνος σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος) (Webb et al, 2003),
- Το κάπνισμα (αφυδατώνει τους μεσοσπονδύλιους δίσκους) (Ghaffari et al, 2006, Gilgi et al, 2005) και
- Η θρησκεία με έμμεσο τρόπο (έρευνες έχουν δείξει ότι οι θρησκευόμενοι άνθρωποι έχουν την τάση να εμφανίζουν σημάδια οσφυαλγίας) (Gilgi et al, 2005).

1.9 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παρά το μικρό ποσοστό Ελληνικών επιδημιολογικών μελετών, μία σειρά παραγόντων φαίνεται ότι επηρεάζουν την εξέλιξη ή/και δημιουργία της οσφυαλγίας, οι οποίοι συνοψίζονται παρακάτω.

- Η ηλικία των ατόμων (όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο μεγαλύτερη

είναι η διάρκεια του πόνου) (Antonopoulou et al, 2007, Stranjalis et al, 2004),

- Το είδος της εργασίας (εάν δηλαδή είναι χειρονακτική η εργασία ή καθιστική, κ.λ.π.) (Alexopoulos et al. 2004, Alexopoulos et al, 2005, Alexopoulos et al, 2008, Stranjalis et al, 2004),
- Οι λανθασμένες και μη εργονομικές θέσεις κατά τη διάρκεια της εργασίας (Alexopoulos et al. 2004, Spuroopoulos et al, 2007),
- Η ψυχολογία των ατόμων (η κακή ψυχολογία μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μία κατάσταση πόνου) (Alexopoulos et al, 2003, Spuroopoulos et al, 2007),
- Τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (Alexopoulos et al, 2008),
- Η χαμηλή αντίληψη για την γενική υγεία (Alexopoulos et al, 2005) και
- Η λανθασμένη συμπεριφορά μετά την αποθεραπεία (αρκετές είναι οι φορές που οι ασθενείς μετά την αποθεραπεία επιστρέφουν αμέσως στις δουλειές τους χωρίς να υπολογίζουν τον πρόβλημά τους) (Alexopoulos et al, 2008).

1.10 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Στην προσπάθεια αυτή με στόχο τον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση συμπτωμάτων οσφυαλγίας στην καθημερινότητα των ατόμων, έχουν δημοσιευτεί πολλές έρευνες. Παρακάτω φαίνεται ο πίνακας 1.1 όπου δείχνει κάποια στοιχεία από τις έρευνες αυτές.

Πίνακας 1.1. Περιγραφή επιδημιολογικών μελετών

ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ /ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΑΞΙΟΣΗΜΕΙΩΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Alexopoulos et al, 2003	Αθήνα/ 351 άτομα	Νοσηλευτικό προσωπικό σε 6 Γ.Ν. της Αθήνας	1 ερωτηματολόγιο για σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση, ανάγκη για αποθεραπεία, μυοσκελετικά προβλήματα τον τελευταίο χρόνο, χρόνιες παθήσεις τους τελευταίους 3 μήνες και απουσία από τη δουλειά	Κυριότερη αιτία απουσίας από τη δουλειά ο πόνος στον αυχένα, ακολουθεί ο πόνος στον ώμο και μετά ο πόνος στην μέση	-	Η χρονιότητα των καταστάσεων και η απουσία από τη δουλειά σχετίζονται με την αντίληψη που έχουν για την γενική υγεία παρά με σωματικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.
Alexopoulos et al, 2004	Θεσσαλονίκη/ 430 άτομα	Οδοντίατροι	1 ερωτηματολόγιο για σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση, ανάγκη για αποθεραπεία, μυοσκελετικά προβλήματα τον τελευταίο χρόνο, χρόνιες παθήσεις τους τελευταίους 3 μήνες και απουσία από τη δουλειά	<ul style="list-style-type: none"> 62% 1 μυοσκελετικό πρόβλημα, 30% χρόνιες παθήσεις, 16% απουσίασε από τη δουλειά, 32% αναζήτησαν ιατρική βοήθεια. 	Είδος δουλειάς και λανθασμένες στάσεις εργασίας	Με εξαίρεση τις παθήσεις του καρπού, οι φυσικοί παράγοντες δεν σχετίζονται με χρόνια και μυοσκελετικά προβλήματα
Alexopoulos et al, 2005	Ολλανδία και Ελλάδα/ 393 και 351 άτομα αντίστοιχα	Νοσηλευτικό προσωπικό σε γενικά νοσοκομεία και σε σπίτια	1 ερωτηματολόγιο για σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση, ανάγκη για αποθεραπεία, μυοσκελετικά προβλήματα τον τελευταίο χρόνο, χρόνιες παθήσεις τους τελευταίους 3 μήνες και απουσία από τη δουλειά	<ul style="list-style-type: none"> Οι Έλληνες με οσφυαλγία ήταν 75% vs Ολλανδοί με 62%, αλλά η χρονιότητα και η απουσία από τη δουλειά ήταν σχεδόν τα ίδια. Επίσκεψη σε ειδικό 40% οι Έλληνες με 33% οι Ολλανδοί 	Είδος εργασίας και ελλιπής γνώση της γενικής υγείας	Οι διαφορές ανάμεσα στις 2 χώρες είναι μικρές σε σχέση με τους παράγοντες που προκαλούν οσφυαλγία και τα μυοσκελετικά προβλήματα και μεγάλες σε σχέση με τις επιπτώσεις και την αποθεραπεία
Alexopoulos et al, 2006	853 άτομα	Υπάλληλοι σε ναυπηγεία	1 ερωτηματολόγιο για σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση, ανάγκη για αποθεραπεία, μυοσκελετικά προβλήματα τον τελευταίο χρόνο, χρόνιες παθήσεις τους τελευταίους 3 μήνες και απουσία από τη δουλειά	<ul style="list-style-type: none"> 37% έχουν οσφυαλγία, 22% πόνο σε αυχένα/ώμο, 15% στον καρπό τους τελευταίους 12 μήνες. 27% επισκέφτηκαν τουλάχιστον μία φορά κάποιον ειδικό, 20% πήρε αναρρωτική άδεια 	Απουσία από τη δουλειά και χρονιότητα	Πρέπει να προσδιοριστούν οι ακριβείς παράγοντες πρόκλησης πόνου
Alexopoulos et al, 2008	853 άτομα	Υπάλληλοι ναυπηγείου	1 ερωτηματολόγιο για σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση, ανάγκη για αποθεραπεία, μυοσκελετικά προβλήματα τον τελευταίο χρόνο, χρόνιες παθήσεις τους τελευταίους 3 μήνες και απουσία από τη δουλειά	14% ήταν με αναρρωτική άδεια ενώ το 41% είχε πάλι επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια του χρόνου.	Ατομικά χαρακτηριστικά και είδος δουλειάς επηρεάζουν την απουσία από τη δουλειά	Προσοχή μετά την αποθεραπεία
Antonopoulou et al, 2007	455 άτομα	Γενικός πληθυσμός της	Ερωτηματολόγιο Nordic	<ul style="list-style-type: none"> 82,6% επαναλαμβανόμενα επεισόδια Πόνος στη μέση (56,9%) Πόνος στον αυχένα (34,1%) Πόνος στον ώμο (29,9%) Πόνος στο γόνατο (27,9%) 48,6% είχαν περιορισμό στις δραστηριότητες του 	<ul style="list-style-type: none"> Ηλικία και φύλο σημαντικοί παράγοντες 1/3 των ασθενών επισκέφτηκαν ειδικό 	<ul style="list-style-type: none"> Οι χρόνιες καταστάσεις οφείλονται σε συνδυασμό μυοσκελετικών προβλημάτων Πολύ λίγοι αναζητούν ιατρική φροντίδα

Breivik et al, 2006	15 Ευρωπαϊκές χώρες και στο Ισραήλ/ 4839 άτομα	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • 66% μέτριο πόνο, 34% σοβαρό πόνο, 46 % σταθερό πόνο, 54% διαλείπων πόνο, 59% είχαν πόνο για 2-15 χρόνια, • 21% είχαν κατάθλιψη λόγω του πόνου, 61% ανίκανο να δουλέψει, 19% έχασαν την δουλειά τους και 13% άλλαξαν δουλειά. • 60% επισκέφτηκα 2-9 φορές κάποιον ειδικό και μόλις 2% ένιωσε καλύτερα για λίγο. • 1/3 δεν θεραπεύτηκε, 2/3 ακολούθησαν εναλλακτικές μορφές θεραπείας. • Σχεδόν το 50% έπαιρνε μη συνταγογραφημένα φάρμακα. 	<ul style="list-style-type: none"> • 40% ανίκανοι να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. • Διαφορετική αντιμετώπιση ανάλογα με την περιοχή που ζούν. 	19% του ενήλικου ευρωπαϊκού πολιτισμού πάσχει από μέτριο έως σοβαρό χρόνιο πόνο που επηρεάζει την ζωή τους
Ghaffari et al, 2006	Ιράν/ 18031 άτομα	Εργάτες εργοστασίων	Nordic questionnaire, δημογραφικά στοιχεία και προσωπικά δεδομένα	<ul style="list-style-type: none"> • 21% έχουν οσφυαλγία, ο ετήσιος • επιπολασμός απουσίας από τη δουλειά αγγίζει το 5% 	Κάπνισμα, ηλικία, φύλο, ορισμένοι σωματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες	30% άντρες- 4% γυναίκες πήραν μέρος στην έρευνα
Gilgi et al, 2005	Τουρκία/ 3.215 άτομα > 16 ετών	Κάτοικοι της Ατάλια	-	Crude lifetime 46,6%, 12 μήνες 35,9% και point prevalences of lbp	Ηλικία, γυναικείο φύλο, multiparity, οικιακά, κάτοικος ανατολικής Τουρκίας, κάπνισμα και θρησκεία	<ul style="list-style-type: none"> • Κάπνισμα μπορεί να συνδέεται με την σοβαρότητα και την εμφάνιση της. • Αν και η θρησκεία δεν σχετίζεται άμεσα με την οσφυαλγία, οι θρήσκοι είναι επιρρεπείς στην εμφάνισή της.
Holmberg et al, 2004	1809 άτομα	1013 αγρότες και 769 matched referents	Στοιχεία για την οσφυαλγία, consultations, απουσία από τη δουλειά, προσωπικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία	Θα μπορούσε να εξηγηθεί μόνο οριακά.	Η απουσία από τη δουλειά εξαρτάται από το είδος εργασίας	-
Leboeyf-Yde et al, 2009	Δανία/ 43.902 άτομα	Δίδυμα από 20 έως 70 ετών	Ερωτηματολόγια για πόνο στη μέση, στον θώρακα και στην πνευλική περιοχή	<ul style="list-style-type: none"> • Στον τελευταίο χρόνο για τουλάχιστον 1 μήνα, παρουσίασαν πόνο 12% στη μέση, 10% στον αυχένα και 4% στον θώρακα. • Παρουσίασαν σε 1 σημείο του σώματος 20%, σε 2 σ. 13% και σε 3 σ. 8%. 	Φύλο και ηλικία	<ul style="list-style-type: none"> • Οι γυναίκες πονάνε για περισσότερο χρονικό διάστημα. • Οι ηλικιωμένοι σε λίγες περιοχές αλλά για μεγάλο χρονικό διάστημα.
Spuropoulos et al, 2007	Ελλάδα/ 771 άτομα	Υπάλληλοι γραφείου	1 ερωτηματολόγιο προκειμένου να καταγράψουν τις αιτίες της οσφυαλγίας, προσωπικά στοιχεία, εργονομία εργασίας και ψυχοκοινωνικά στοιχεία.	<ul style="list-style-type: none"> • 75.8% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. • 33% παρουσίασαν πόνο μία φορά στη ζωή τους, 37,8% τον τελευταίο χρόνο, 41,8% τα τελευταία 2 χρόνια και 61,6% 	Η οσφυαλγία επηρεάζει την ελληνική οικονομία.	Η οσφυαλγία σχετίζεται άμεσα με ανθρωπομετρικούς, εργονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες

				<ul style="list-style-type: none"> για περισσότερο από 2 χρόνια. Ο πόνος επηρέασε τον ύπνο στο 37% των συμμετεχόντων. 		
Stranjalis et al, 2004	Ελλάδα/ 2000 άτομα	Γενικό πληθυσμό με βάση δημογραφικών στοιχείων	Μέσω προσωπικών συνεντεύξεων συλλέχθηκαν κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία	<ul style="list-style-type: none"> Τον τελευταίο μήνα το 31,7% είχαν οσφυαλγία μεταξύ των οποίων 19,9% μείναμε στο κρεβάτι για 5,5 μέρες κατά μέσο όρο. Απουσία από τη δουλειά άγγιξε το 19,1% των ατόμων κάτω από 65 χρονών με μέσο όρο ημερών τις 4,52. 	Φύλο, ηλικία και είδος δουλειάς είναι σημαντικοί παράγοντες για εμφάνιση οσφυαλγίας.	Συχνό φαινόμενο στον ελληνικό πληθυσμό.
Walker et al, 2004	Αυστραλία/ 3000 άτομα	Ενήλικες από τον εκλογικό κατάλογο	Chronic Pain Grade	<ul style="list-style-type: none"> 25,6% είχαν πόνο για μία φορά στη ζωή τους, 67,6% για ένα χρόνο, 79,2% για παραπάνω χρονικό διάστημα. Τους τελευταίους 6 μήνες το 42,6% παρουσίασε μικρής έντασης πόνο και μικρή ανικανότητα, το 10,9% παρουσίασε υψηλής έντασης όνο και μικρή ανικανότητα και το 10,5% παρουσίασε υψηλή ανικανότητα 		<ul style="list-style-type: none"> Η οσφυαλγία στον πληθυσμό της Αυστραλίας είναι χαμηλής έντασης και ανικανότητας, Υπάρχει όμως και ένα 10% που παρουσιάζει σημαντική ανικανότητα.
Webb et al, 2003	Νότια Ασία/ 5752 άτομα	Ενήλικες	Ερωτηματολόγια μέσω mail για την σοβαρότητα του πόνου και τον επιπολασμό της οσφυαλγίας.	<ul style="list-style-type: none"> Ο επιπολασμός για ένα μήνα ήταν 29% (μισοί οξύ πόνο και οι άλλοι μισοί χρόνια), 40% ήταν ανίκανοι λόγω του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> Πόνος και σε άλλες περιοχές εκτός από την μέση. Ηλικία, φύλο (γυναίκες για πόνο στον αυχένα), υψηλός δείκτης μάζας σώματος, κάτοικοι σε φτωχές γειτονίες και εθνικότητα είναι σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης οσφυαλγίας 	Ηλικία και παχυσαρκία σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση και τη σοβαρότητα της οσφυαλγίας

Συνοψίζοντας τα παραπάνω στοιχεία, η οσφυαλγία αποτελεί το πρώτο μετά την κεφαλαλγία πιο συχνό σύμπτωμα ενώ παράλληλα με αυτή συχνά παρατηρείται και ισχιαλγία. Ο σημαντικότερος τρόπος ταξινόμησή της είναι σχετικά με το αν υποτροπιάζει ή όχι καθώς και βάση των εξάρσεων και υφέσεων των συμπτωμάτων. Η πορεία του πόνου και το φυσικό ιστορικό των συμπτωμάτων βοηθούν στην σωστή πρόληψη και αντιμετώπιση. Φαίνεται ότι η δυσκοπάθεια (δυσκοκήλη) στη χώρα μας αποτελεί τον βασικό παράγοντα εκδήλωσης των συμπτωμάτων πόνου στη μέση. Αυτή μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας ανατομικής ή μηχανικής αιτιολογίας ή ακόμα και λόγω τραυματικής κάκωσης. Άλλες δευτερεύουσες παθήσεις καθώς και το φύλο, η ηλικία και τα ψυχοκοινωνικά αίτια αποτελούν μικρότερο ποσοστό των παραγόντων που συμβάλλουν στην οσφυαλγία. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστεί ότι η ηλικία καθώς και το φύλο του ατόμου αποτελούν μάλλον παράγοντες κινδύνου παρά γενεσιουργό αίτια στην εκδήλωση των συμπτωμάτων πόνου. Επειδή, τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν την οσφυαλγία είναι πάρα πολλά γι' αυτό ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ελέγχει όλα τα ενδεχόμενα πρόκλησης του πόνου προτού καταλήξει στο ακριβές αίτιο. Αυτό μπορεί να γίνει με την κλινική εξέταση του ασθενή αλλά και με περαιτέρω εξετάσεις, όπως για παράδειγμα η απλή ακτινογραφία, η μαγνητική τομογραφία, κ.α.. Ωστόσο τα ευρήματα των απεικονιστικών μεθόδων δε συνάδουν πάντα με τα κλινικά ευρήματα και πολλές από αυτές τις μεθόδους δεν μας δίνουν ακριβή στοιχεία για τα αίτια της εκδήλωσης πόνου. Τα υποκειμενικά και κλινικά ευρήματα της αξιολόγησης του ασθενή βοηθούν σημαντικά και όταν ο θεράπων ιατρός καταλήξει στο ακριβές αίτιο το οποίο προκαλεί την οσφυαλγία, μόνο και μόνο τότε θα είναι σε θέση να αποφασίσει εάν ο ασθενής πρέπει να οδηγηθεί σε χειρουργική επέμβαση ή όχι. Γενικά, η θεραπεία της οσφυαλγίας στις περισσότερες των περιπτώσεων, έχει σημαντικά αποτελέσματα εντός των 4 πρώτων εβδομάδων. Το σημαντικότερο στοιχείο όμως που προκύπτει από τις παραπάνω αναφορές και αποτελεί την ουσία στην

ασφαλή αλλά και ουσιαστική έκβαση των ασθενών είναι ότι οι περισσότερες οσφυαλγίες μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά. Το στοιχείο αυτό που ενισχύει σημαντικά τον ουσιαστικό ρόλο της φυσικοθεραπείας και των φυσικών μέσων στην αντιμετώπιση του χρόνιου προβλήματος της οσφυαλγίας που ταλανίζει ανθρώπους όλων των ηλικιών. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι παρ' όλο που η οσφυαλγία, τα χαρακτηριστικά & επιδημιολογικά της στοιχεία, οι παράγοντες κινδύνου και τα ενοχοποιητικά της αίτια έχουν διερευνηθεί αρκετά σε διεθνές επίπεδο, οι μελέτες στην Ελλάδα είναι πολύ λίγες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η καταγραφή και επιδημιολογία του προβλήματος της οσφυαλγίας στην Ελλάδα να χρήζει περαιτέρω διερεύνηση. Λαμβάνοντας υπ' όψιν λοιπόν τα προηγούμενα, στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή βασικών επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της οσφυαλγίας στην περιοχή της Αχαΐας.

2 ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να γίνει μία καταγραφή του προβλήματος της οσφυαλγίας στην περιοχή της Αχαΐας. Πιο συγκεκριμένα, ο στόχος ήταν να βρεθεί το ποσοστό ύπαρξης της οσφυαλγίας στην περιοχή αυτή και να μελετηθούν οι ψυχοκοινωνικές, λειτουργικές και σωματικές επιπτώσεις της στους ασθενείς.

2.1 ΔΕΙΓΜΑ

97 άτομα-εθελοντές έλαβαν μέρος στη μελέτη. Το δείγμα αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω, τα οποία κατοικούν στην περιοχή της Αχαΐας. Η δυνατότητα συμμετοχής στην μελέτη έγινε με τους εξής τρόπους α) αποτελούνταν από δείγμα ευκολίας από το κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον της σπουδάστριάς και β) ήταν από άτομα που επιλέχθηκαν τυχαία από τον τηλεφωνικό κατάλογο Αχαΐας. Τα άτομα αυτά ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, για το ότι η συμμετοχή τους σε αυτή θα ήταν εθελοντική και τα στοιχεία τους απόρρητα. Επίσης, τους δόθηκε η δυνατότητα της άμεσης αποχώρησής τους, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσουν.

Το ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να το απαντήσουν άτομα ανεξαρτήτου οικογενειακής και επαγγελματικής κατάστασης, επίπεδο μόρφωσης και ετήσιου εισοδήματος. Ο μόνος περιορισμός ήταν στον τόπο κατοικίας, αφού η μελέτη εστιάστηκε στην περιοχή της Αχαΐας.

2.2 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η δημιουργία του εργαλείου καταγραφής της οσφυαλγίας έγινε με τα εξής βήματα:

1. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας
2. Επιλογή στοιχείων σχετικά με τα παρόντα συμπτώματα του ασθενή
3. Διατύπωση ερωτήσεων
4. Επιλογή αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων

Το καθένα από τα παρακάτω στάδια περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω:

Αρχικά, διεξάχθηκε μία εκτενής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην διεθνή βάση δεδομένων Pub Med. Συλλέχθηκαν πληροφορίες από ξένους και Έλληνες ερευνητές σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της οσφυαλγίας και για το πόσο αυτοί είναι ικανοί να επηρεάσουν τις καθημερινές δραστηριότητες και την εξέλιξη της πορείας των ασθενών. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1.1., ανατρέξαμε σε έρευνες της τελευταίας δεκαετίας με σκοπό την συλλογή των πιο πρόσφατων και έγκυρων παραμέτρων που αφορούν τον πόνο στη μέση έτσι ώστε να φτιάξουμε ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης.

Όσον αφορά τα παρόντα συμπτώματα του ασθενή, κρίθηκε αναγκαίο, να συμπεριληφθεί στο αρχικό ερωτηματολόγιο ένας χάρτης του ανθρώπινου σώματος με πρόσθια και οπίσθια όψη (γνωστό ως body chart), προκειμένου οι ασθενείς να μπορέσουν να σημειώσουν ακριβώς τα σημεία του πόνου. Ακόμα, θεωρήθηκε απαραίτητο να ενσωματωθεί μια κλίμακα καταγραφής του πόνου. Έτσι επιλέχθηκε η 10βάθμια οπτικοαναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale ή VAS), η οποία ζητάει από τον ασθενή να αναφέρει την παρούσα κατάσταση

του πόνου του, την συνηθισμένη έντασή του πόνου καθώς και να χαρακτηρίσει τον πόνο στα καλύτερα του και στα χειρότερα του. Η κλίμακα αυτή, αποτελεί ένα σημαντικό και αξιόπιστο εργαλείο για την καταγραφή του πόνου σε ασθενείς με οσφυαλγία (Ohnmeiss, 2000).

Η διατύπωση των ερωτήσεων έγινε με ερωτήσεις κλειστού αλλά και ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είναι αυτές που παίρνουν για απάντηση το Ναι ή Όχι και οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου είναι αυτές που χρειάζεται να απαντήσει κανείς με παραπάνω στοιχεία. Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου ήταν 16 και αφορούσαν το φύλο, ηλικία, επάγγελμα, χόμπυ, ημερήσιο ωράριο εργασίας, επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας, διάγνωση, προηγούμενος οσφυαλγικός πόνος και αν ήταν ίδιου τύπου με τον παρόντα πόνο, διάρκεια πόνου, αν επηρεάζει καθημερινές δραστηριότητες, άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, άλλες παθήσεις, προηγούμενα χειρουργεία και ιατρικές εξετάσεις. Για τον έλεγχο της σωστής διατύπωσης των ερωτήσεων διεξήχθη μικρή πιλοτική μελέτη, η οποία περιγράφεται πιο κάτω.

Αποφασίστηκε και η χορήγηση επιπλέον ερωτηματολογίων, όλων διασκευασμένων στα ελληνικά με επίσημες μεταφραστικές διαδικασίες, προκειμένου να καταγραφεί το επίπεδο της ανικανότητας του κάθε ασθενή, να είναι δυνατή η ομαδοποίηση του σε συγκεκριμένες ομάδες προκειμένου να του παραχθεί η κατάλληλη φροντίδα, να καταγραφεί η ψυχοκοινωνική του κατάσταση και να μπορεί το άτομο αυτό να καταγράψει την εικόνα που έχει το ίδιο για την γενική κατάσταση της υγείας του. Αυτά είναι τα εξής:

1. το The Keele Start Back Screening Tool
2. το Roland-Morris Disability Index
3. η κλίμακα HAD και
4. το SF-12.

Όσον αφορά το Start Back Tool, είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 9 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στα εξής : εάν ο πόνος επεκτάθηκε στο/α πόδι/α , εάν συνυπήρχε πόνος στον αυχένα ή στον ώμο παράλληλα με την μέση, εάν ο πόνος που ένιωθαν ήταν ικανός να περιορίσει τις καθημερινές τους δραστηριότητες (2 ερωτήσεις), εάν πιστεύουν ότι η κατάσταση τους είναι χειρότερη από ότι είναι στην πραγματικότητα (bothersomeness), εάν είναι ασφαλές να ασκούνται στην κατάσταση τους (catastrophizing), εάν φοβούνται, εάν έχουν άγχος και εάν έχουν κατάθλιψη. Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να κατηγοριοποιήσει τους ασθενείς σε τρεις ομάδες, η μία είναι η ομάδα χαμηλής επικινδυνότητας (low risk) για αποκατάστασης άλλη είναι η ομάδα μέσου κινδύνου (medium risk) ανάγκης για φροντίδα και η τελευταία είναι η ομάδα υψηλής επικινδυνότητας (high risk) που έχει άμεση ανάγκη για φροντίδα. Με αυτόν τον τρόπο, μας είναι πολύ εύκολο να διακρίνουμε τους ασθενείς που χρειάζονται άμεσα κάποιου είδους αποθεραπεία. Τέλος, το Start Back Tool, είναι ένα νέο αξιόπιστο εργαλείο το οποίο σε σύγκριση με άλλα αντίστοιχα ερωτηματολόγια είναι πολύ εύχρηστο και απόλυτα κατανοητό (Hill et al, 2010).

Όσον αφορά το Roland-Morris Disability Index, είναι μία λίστα που περιλαμβάνει ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους άτομα με πόνο στη μέση. Επίσης, είναι μία κλίμακα που μπορεί να προβλέψει το ποσοστό αναπηρίας του κάθε ασθενή μετά την θεραπεία (Riddle et al, 1998). Έρευνες όπως αυτή των Boscainos et al (2003), έδειξαν ότι η ελληνική μετάφραση του εν λόγω ερωτηματολογίου, αποτελεί ένα αξιόπιστο, έγκυρο αλλά και χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση του επιπέδου της ανικανότητας που μπορεί να προκληθεί από επεισόδια οσφυαλγίας σε ελληνόφωνους ασθενείς. Έτσι θεωρήθηκε ότι αυτή η κλίμακα θα μας βοηθούσε πολύ στο να καταγράψουμε σε τι βαθμό επηρεάζει η

οσφυαλγία την καθημερινότητα του ασθενή.

Όσον αφορά την κλίμακα HAD, είναι μια κλίμακα που μας βοηθάει να κατανοήσουμε την σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους των ασθενών. Η κλίμακα αυτή θεωρείται από πολλούς ερευνητές ένα αξιόπιστο εργαλείο για την μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς αλλά και στο γενικότερο πληθυσμό (Bjelland et al, 2002, Michopoulos et al, 2008).

Όσον αφορά την κλίμακα SF-12, είναι ένα ερωτηματολόγιο Γενικής υγείας , που αποτελείται από 12 ερωτήσεις, το οποίο ο ασθενής καλείται να απαντήσει προκειμένου να συλλέξουμε πληροφορίες για το πώς αισθάνεται και το πόσο καλά μπορεί να ασχοληθεί με τις συνηθισμένες δραστηριότητές του. Έρευνες έχουν δείξει ότι το SF-12 είναι μία σύντομη, πρακτική αλλά έγκυρη εναλλακτική λύση για το SF-36 (Gandek et al, 1998, Ruo et al, 2003, Kontodimopoulos et al, 2007).

Οπότε, αφού συλλέχθηκαν όλα τα απαραίτητα στοιχεία, και ακολουθήθηκαν τα παραπάνω βήματα, διαμορφώθηκε και ολοκληρώθηκε το ερωτηματολόγιο (βλ. Εικόνα 1).

Εικόνα 1. Ερωτηματολόγιο οσφυαλγίας

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις

1. Θα θέλατε να πάρετε μέρος στην παρακάτω έρευνα; α) Ναι, β) Όχι
2. Φύλο
3. Ηλικία

4. Επάγγελμα
5. Τόπος κατοικίας: α) αγροτική, β) αστική, γ) ημιαστική
6. Μόρφωση: α) δημοτικό, β) γυμνάσιο, γ) λύκειο, δ) τριτοβάθμια εκπαίδευση
7. Οικογενειακή κατάσταση: α) άγαμος, β) έγγαμος, γ) διαζευγμένος, δ) χήρος, ε) άλλο
8. Έχετε κάποιο χόμπι-δραστηριότητα-ψυχαγωγία
9. Πόσες ώρες δουλεύετε την ημέρα:
10. Ετήσιο εισόδημα: α) <7.200 €, β) 7.201-14.400 €, γ) 14.401-24.000 €, δ) > 24.000 €
11. Καπνίζετε; α) όχι, β) λίγο (1-2 πακέτα την εβδομάδα), γ) πολύ (1-2 πακέτα την ημέρα), γ) πάρα πολύ (>2 πακέτα την ημέρα)
12. Είχατε πόνο στην περιοχή της μέσης την τελευταία: α) εβδομάδα, β) μήνα, γ) χρόνο & πόσο καιρό τον έχετε α) < 6-7 εβδομάδες, β) > 7 εβδομάδες

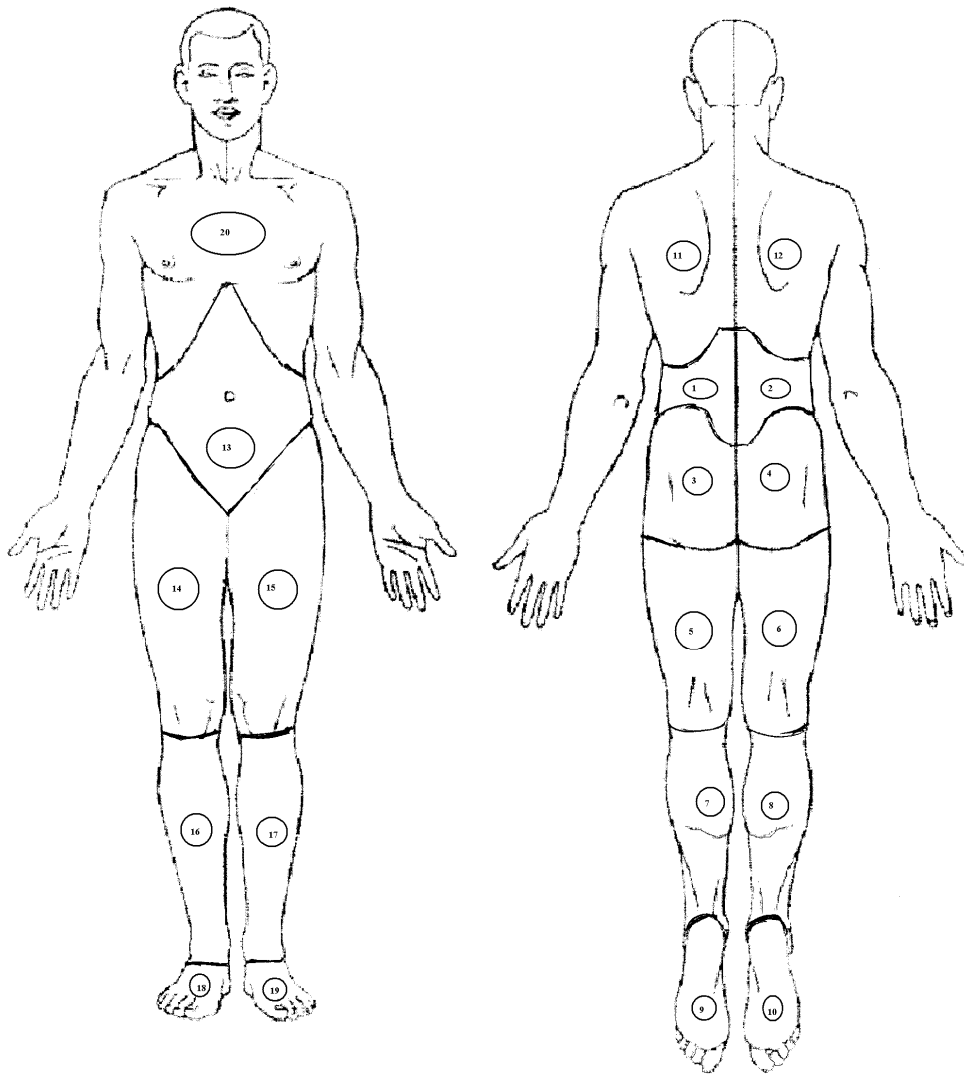
Οσφυαλγία συνήθως ορίζεται ως ο πόνος ή άλλο σύμπτωμα π.χ. μούδιασμα), μεταξύ των πλευρών και των κατώτερων γλουτιαίων πτυχών, με ή χωρίς αντανάκλαση στο/α πόδι/α και το οποίο διαρκεί τουλάχιστον για 6 ή 7 εβδομάδες.

Ισχιαλγία συνήθως ορίζεται ως ο πόνος που προέρχεται από τη μέση και αντανακλά από το γόνατο και κάτω, με ή χωρίς πόνο σε αυτή.

Αν δεν έχετε πόνο στην μέση σας τότε δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε τα παρακάτω (ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας). **Αν έχετε πόνο στην μέση σας**, παρακαλώ συνεχίστε με την συμπλήρωση των παρακάτω

13. Επισκεφτήκατε κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο που προαναφέρατε;.

14. Αν ναι, τι διάγνωση σας έδωσε;
15. Ξανα-είχατε πόνο (τύπου οσφυαλγίας ή/και ισχιαλγίας) στο παρελθόν;
.....
16. Αν ναι, ήταν ο ίδιος;
17. Ο πόνος που είχατε προερχόταν από: α) εγκυμοσύνη, β) έμμηνο ρήση, γ) καταπόνηση, δ) τραυματισμό, ε) άλλο
18. Πόσες μέρες διήρκεσε ο πόνος αυτός;
19. Ο πόνος αυτός επηρέασε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;
20. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα;.....
21. Έχετε κάποια άλλη πάθηση;.....
22. Έχετε χειρουργηθεί (για οποιονδήποτε λόγο) στο παρελθόν;
.....
23. Αν ναι, σε τι χειρουργείο έχετε υποβληθεί;
24. Για το πρόβλημα της οσφυαλγίας, έχετε κάνει επιπλέον ιατρικές εξετάσεις;.....
25. Αν ναι, τι εξετάσεις; α) ακτινογραφία, β) μαγνητική, γ) αξονική, δ) άλλο
26. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας: α) φυσικοθεραπεία, β) φαρμακευτική αγωγή, γ) και τα 2, δ) κάτι άλλο
27. Παρακαλώ σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα που αισθάνεστε τον πόνο σας (σημειώστε τις περιοχές από 1 έως 20).



28.Πείτε μας την συνηθισμένη ένταση του πόνου ή τον πόνο που έχετε συνήθως βαθμολογώντας το από το 1 μέχρι το 10 (όπου 1 καθόλου πόνος και όπου 10 ο χειρότερος πόνος που έχετε νοιώσει ποτέ) 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

29.Πείτε μας πώς είναι ο πόνος σας όταν είναι στα καλύτερα του βαθμολογώντας το από το 1 μέχρι το 10. 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

30.Πείτε μας πώς είναι ο πόνος σας όταν είναι στα χειρότερά του βαθμολογώντας από το 1 μέχρι το 10. 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

31.Ο πόνος επηρεάζει τις καθημερινές σας δραστηριότητες; α) Ναι, β) Όχι, γ) Λίγο

32.Πότε είναι εντονότερος ο πόνος την ημέρα: α) πρωί, β) μεσημέρι γ) βράδυ δ) άλλο

33.Ανακουφίζεστε κατά την άσκηση;

Το ερωτηματολόγιο «The Keele STarT Back Screening Tool» είναι το ακόλουθο:

Όνομα ασθενή: _____ Ημερομηνία: _____

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

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

7 Νιώθω ότι ο πόνος στη μέση μου είναι φοβερός και δεν πρόκειται ποτέ να καλυτερέψει

8 Γενικά δεν έχω ευχαριστηθεί όλα τα πράγματα που συνήθιζαν να με ευχαριστούν

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

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

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

Το ερωτηματολόγιο «Roland-Morris Disability Index» είναι το εξής:

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

1	Μένω στο σπίτι τον περισσότερο χρόνο λόγω της μέσης μου.	<input type="checkbox"/>
2	Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου.	<input type="checkbox"/>
3	Περπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.	<input type="checkbox"/>
4	Λόγω της μέσης μου δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι.	<input type="checkbox"/>
5	Λόγω της μέσης μου χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα.	<input type="checkbox"/>
6	Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ περισσότερο συχνά.	<input type="checkbox"/>

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

Η κλίμακα HAD είναι η ακόλουθη:

Έχω άγχος ή νιώθω
σαστισμένος:

Τις περισσότερες φορές
.....

Αισθάνομαι με “πεσμένη”
διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς
.....

Αρκετές φορές
.....
Περιστασιακά
.....
Καθόλου
.....

Πολύ συχνά
.....
Κάποιες φορές
.....
Καθόλου
.....

Εξακολουθώ να απολαμβάνω πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν:

Σίγουρα το ίδιο.....
Όχι τόσο πολύ.....
Μόνο κάποιες φορές.....
Σχεδόν καθόλου.....

Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι:

Καθόλου.....
.....
Περιστασιακά.....
.....
Αρκετά συχνά.....
Πολύ συχνά.....

Αισθάνομαι ένα άσχημο προαίσθημα σαν κάτι το «κακό» πρόκειται να συμβεί:

Πολύ συγκεκριμένα και έντονα.....
Ναι αλλά όχι τόσο έντονα.....
Ελάχιστα αλλά δεν με απασχολεί.....
Καθόλου.....
.....

Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου:

Σίγουρα.....
.....
Δεν φροντίζω τον εαυτό μου όπως θα έπρεπε..
Πιθανόν δεν τον φροντίζω αρκετά.....
Τον φροντίζω όπως πάντοτε.....

Μπορώ να γελάω και εξακολουθώ να διακρίνω την αστεία πλευρά των γεγονότων

Τόσο όσο μπορούσα.....
Όχι και τόσο πολύ τώρα.....
Σίγουρα όχι τόσο πολύ τώρα.....

Νιώθω υπερκινητικός σαν να έπρεπε διαρκώς να κάνω κάτι:

Πραγματικά πολύ.....
Αρκετά.....
.....
Όχι πολύ.....
.....

Καθόλου.....

Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου:

Το περισσότερο καιρό.....

Αρκετό καιρό.....

...

Από καιρό σε καιρό αλλά όχι πολύ συχνά

Μόνο περιστασιακά.....

....

Αισθάνομαι χαρούμενος -η Καθόλου.....

.....

Όχι συχνά.....

.....

Κάποιες φορές.....

Το περισσότερο καιρό.....

.....

Πάντα.....

.....

Συνήθως.....

.....

Όχι συχνά.....

.....

Καθόλου.....

.....

Καθόλου.....

Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

Όπως έκανα πάντα.....

Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως....

...

Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθως....

Σχεδόν καθόλου.....

....

Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

Πραγματικά πολύ συχνά.....

Αρκετά συχνά.....

.....

Όχι πολύ συχνά.....

Καθόλου.....

.....

Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ένα ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα:

Συχνά.....

.....

Μερικές φορές.....

.....

Όχι συχνά.....

.....

Πολύ σπάνια.....

Το ερωτηματολόγιο SF-12 είναι το εξής:

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

b Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια 1..... 2..... 3

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

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

Ναι	Όχι
-----	-----

a Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε..... 1

b Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.... 1

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

Ναι	Όχι
-----	-----

a Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε..... 1

b Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως 1

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

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

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
---------	------------------------	---------------	-------------	---------

- a Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; 1 2 3 4 5
- b Είχατε πολλή ενεργητικότητα; 1 2 3 4 5
- c Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; 1 2 3 4 5

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

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

Εικόνα 1.1

Αρχικά, οι εθελοντές, κλίθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δικά τους χαρακτηριστικά, όπως, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση, το ετήσιο εισόδημά τους και το αν καπνίζουν ή όχι. Στη συνέχεια, επειδή θέλαμε να συνεχίσουν να απαντάνε το ερωτηματολόγιο άτομα που είχαν αποκλειστικά πόνο στην περιοχή της μέσης, με ή χωρίς αντανάκλαση στα κάτω άκρα, θεωρήσαμε απαραίτητο να

εισάγουμε στο ερωτηματολόγιο, τους ορισμούς της οσφυαλγίας και της ισχιαλγίας, ώστε να επιβεβαιώσουμε την ορθότητα των πληροφοριών που θα συλλέξουμε. Έτσι, όσοι είχαν πόνο στη μέση συνέχισαν να απαντούν τις ερωτήσεις, οι οποίες είχαν να κάνουν με τον αν είχαν επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο αυτό και αν ναι τι διάγνωση τους έδωσε, για το είδος του πόνου αυτού και για το αν αυτός υποτροπίασε με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, κρίθηκε σημαντικό να ρωτήσουμε και την αιτία πρόκλησης του πόνου καθώς και αν ακολουθήθηκε κάποια μορφή θεραπείας για την αντιμετώπισή του. Ακόμα, μία άλλη ερώτηση που δεν γινόταν να παραλειφθεί ήταν το αν αυτός ο πόνος ήταν αρκετός έτσι ώστε να περιοριστούν οι καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Στη συνέχεια κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα που είχαν να κάνουν με ένα μικρό ιστορικό για υπάρχουσες παθήσεις και προηγούμενα χειρουργεία. Μετά ακολούθησε ο χάρτης σώματος, όπου οι ασθενείς έπρεπε να σημειώσουν τα σημεία του πόνου τους και στη συνέχεια να βαθμολογήσουν την σοβαρότητά του αλλά και να μας πουν και πότε ήταν εντονότερος κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τέλος, μία σημαντική ερώτηση που δεν γινόταν να παραλειφθεί, διότι είναι πιθανόν να μας οδηγήσει σε μία μορφή αποθεραπείας της οσφυαλγίας, ήταν εάν ανακουφίζονται οι ασθενείς με την άσκηση.

2.3 ΠΙΛΟΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Αρχικά, προκειμένου να ελεγχθούν τα ερωτηματολόγια για την σαφήνεια και την κατανόησή τους, διεξάχθηκε μία μικρή πιλοτική μελέτη. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε άτομα ανεξάρτητα από το αν πάσχουν από οσφυαλγία ή όχι. Με αυτόν τον τρόπο, διαπιστώθηκε αν οι ερωτήσεις μας είχαν διατυπωθεί σωστά και αν ήταν εύκολα κατανοητές. Τα άτομα αυτά, τα οποία ήταν άτομα από το κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον της ερευνήτριας., δεν χρειάστηκαν

κάποιες περαιτέρω διευκρινήσεις και συμπλήρωσαν μόνα τους τα ερωτηματολόγια. Η συνολική διαδικασία συλλογής δεδομένων διήρκεσε 1 εβδομάδα

και δεν φάνηκε να χρειάστηκαν αλλαγές λόγω έλλειψης καθαρότητας και κατανόησης κατά την μετάφραση.

2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν με 3 διαφορετικούς τρόπους, μέσω προσωπικής συνέντευξης, μέσω τηλεφώνου, καθώς και μέσω ανεξάρτητης χορήγησης.

2.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Ανάλογα με το είδος των δεδομένων (π. χ. συνεχή) χρησιμοποιήθηκαν μία σειρά περιγραφικών στατιστικών. Συγκεκριμένα, για συνεχή δεδομένα (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. Επιπλέον, για ορισμένα δεδομένα έγιναν και συσχετίσεις μέσω της δοκιμασίας Pearson's correlation coefficient, προκειμένου να διευκρινιστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (STarTBack, HAD, SF-12, Rolland-Morris) καθώς και του ισχιαλγικού πόνου στην περιοχή του μηρού οπισθίως (περιοχές Body Chart 5 & 6) με το φύλο, ηλικία, περιοχή κατοικίας, ετήσιο εισόδημα, κάπνισμα, χρονιότητα οσφυαλγίας, υποτροπιάζοντα επεισόδια

και παρουσία ισχιαλγίας. Η ανάλυση έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (version 19.0).

3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 120 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν, επιστράφηκαν απαντημένα τα 97 (80,8% ανταπόκριση). Από αυτά τα 97 άτομα, τα 50 (51,5%) απάντησαν τα ερωτηματολόγια μέσω προσωπικής συνέντευξης, τα 27 (27,8%) απάντησαν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια χωρίς κάποια βοήθεια και τα υπόλοιπα 20 (20,6%) απάντησαν μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Τα άτομα όμως που είχαν οσφυαλγία, τα οποία είχαν ηλικία από 14 έως 75 ετών, ήταν 40, δηλαδή το 33,3% των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα. Από αυτά οι 15 ήταν άντρες (37,5%) και οι άλλοι 25 ήταν γυναίκες (62,5%). Παρατηρήθηκε ότι το 80% των ατόμων αυτών ζούσε σε αστική περιοχή. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν πόνο στη μέση, ανήκει σε άτομα που η εκπαίδευσή τους είναι τριτοβάθμια και αγγίζει το 55%, ακολουθούν τα άτομα που η εκπαίδευσή τους είναι δευτεροβάθμια με ποσοστό 35% και τέλος ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 10% ανήκει σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, από αυτά τα άτομα, 18 είχαν καθιστική δουλειά, άλλα 18 χειρονακτική και τα υπόλοιπα 4 ήταν συνταξιούχοι. Σημαντικό όμως είναι να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (65%) ήταν παντρεμένοι. Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν μη καπνιστές, δηλαδή το 57,7%. Στον Πίνακα 2 απεικονίζονται οι προσωπικές πληροφορίες (προφίλ) του δείγματος,

Πίνακας 3 : προφίλ δείγματος

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	
Φύλο	Άντρας	15	37,5	
	Γυναίκα	25	62,5	
Περιοχή	Αστική περιοχή	32	80,0	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	2	5,0	
	Γυμνάσιο	2	5,0	
	Λύκειο	14	35,0	
	3βάθμια	22	55,0	
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος	10	25,0	
	Παντρεμένος	26	65,0	
	Χωρισμένος	3	7,5	
	Χήρος	1	2,5	
Εισόδημα	<7.200 ευρώ	6	15,0	
	7.200-14.400 ευρώ	12	30,0	
	14.400-24.000 ευρώ	11	27,5	
	>24.000 ευρώ	11	27,5	
Κάπνισμα	Όχι	23	57,5	
	Λίγο, 1-2 πακέτα/εβδομάδα	11	27,5	Ημιασ περιο
	πολύ, 1-2 πακέτα/ημέρα	6	15,0	

Όσον αφορά το ιστορικό των ασθενών, οι περισσότεροι παρουσίασαν οξεία επεισόδια πόνου. Πιο αναλυτικά, οι 25 (62,5%) είχαν οξύ πόνο, και οι υπόλοιποι 15 (37,5%) παρουσίασαν χρόνια πόνο,. Επίσης, οι 31 από τους 40 ασθενείς (77,5%) επισκέφτηκαν κάποιον ειδικό για το πρόβλημά τους. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι το 90% των ασθενών παρουσίασαν υποτροπιάζοντα επεισόδια με το 52,5% να ισχυρίζεται ότι ο πόνος ήταν διαφορετικός. Ακόμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών το οποίο αγγίζει το 42,5% , ισχυρίστηκε ότι ο πόνος στην μέση τους προκλήθηκε από καταπόνησή. Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί ότι 30 άτομα δήλωσαν ότι η οσφυαλγία επηρέασε τις λειτουργικές τους δραστηριότητες. Στον Πίνακα 3 συνοψίζονται τα στοιχεία ιστορικού της οσφυαλγίας.

Πίνακας 3 : Στοιχεία ιστορικού οσφυαλγίας i

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Χρονιότητα οσφυαλγίας	Οξεία	25	62,5
	χρόνια (>7 εβδομάδα)	15	37,5
Υποτροπιάζοντα επεισόδια	Ναι	36	90,0
Είδος πόνου	Ίδιος με πριν	21	10,0
	Διαφορετικός από πριν	15	52,5
Πιθανές πηγές πόνου	Εγκυμοσύνη	1	2,5
	menstrual (period pain)	2	5,0
	Καταπόνηση	17	42,5
	Τραυματικής αιτιολογίας	3	7,5
	Άλλοι λόγοι	11	27,5
Πόσο επηρεάζει η οσφυαλγία τις καθημερινές δραστηριότητες	Ναι	30	75,0
	Όχι	1	2,5
	Λίγο	9	22,5

Ένα άλλο στοιχείο που βρέθηκε είναι ότι το 32,5% των ασθενών δήλωσε ότι έκανε παραπάνω από μία εξέταση για το πρόβλημά του, ακολουθεί το 30% όπου έκανε μόνο απλή ακτινογραφία, το 12,5% όπου έκανε μόνο μαγνητική και το 2,5% όπου επέλεξε να μην κάνει καμία εξέταση. Επίσης, το 35% των ασθενών ακολούθησαν τον συνδυασμό φυσικοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι το 37,5% των ασθενών δήλωσαν ότι η μέση τους πονάει πιο πολύ το βράδυ, το 25% δήλωσε ότι πονάνε πιο πολύ το μεσημέρι, το 20% δήλωσε ότι πονάει καθ'όλη την διάρκεια της ημέρας και το 17,5% δήλωσε ότι πονάει πιο έντονα το πρωί. Ένα σημαντικό στοιχείο για την αποθεραπεία της οσφυαλγίας που παρατηρήσαμε, είναι ότι το 65% δήλωσε ότι ο πόνος του ανακουφιζόταν από την άσκηση. Στον Πίνακα 4 συνοπτικά απεικονίζονται κάποια στοιχεία που έχουν να κάνουν με τις εξετάσεις που έγιναν, την μέθοδο αποθεραπείας που χρησιμοποιήθηκε και με την 24ωρη συμπεριφορά του πόνου.

Πίνακας 4 : Στοιχεία ιστορικού της οσφυαλγίας ii

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Εξετάσεις	X-ray και MRI	13	32,5
	X-ray	12	30,0
	MRI	5	12,5
Θεραπεία	Φυσικοθεραπεία	7	17,5
	Φαρμακευτική αγωγή	11	27,5
	Φυσ/πεια και φαρμ. Αγωγή	14	35,0
	Άλλο	5	12,5
Μεγαλύτερη ένταση πόνου ανά 24ωρο	Πρωί	7	17,5
	Μεσημέρι	10	25,0
	Βράδυ	15	37,5
	Άλλο	8	20,0
Ανακούφιση με την άσκηση		26	65,0

Στην ερώτηση εάν έχουν οσφυαλγία 29 ασθενείς, δηλαδή το 72,5%, μας απάντησαν θετικά και από αυτούς οι 12, δηλαδή το 30%, απάντησε θετικά και στο αν έχει ισχιαλγία. Στον Πίνακα 5 παρατηρείται το ποσοστό των ασθενών που είχαν συμπτώματα οσφυαλγίας και ισχιαλγίας.

Πίνακας 5 : η οσφυαλγία και η ισχιαλγία με %

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Οσφυαλγία	Ναι	29	72,5
	Όχι	10	25,0
Ισχιαλγία	Ναι	12	30,0
	Όχι	28	70,0

Αργότερα τους δόθηκε ένας χάρτης του σώματος και τους ζητήθηκε να σημειώσουν που πονάνε. Το 87,5% σημείωσε ότι πονάει στην περιοχή της μέσης. Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που έπασχαν και από ισχιαλγία

παρουσίαζαν πιο συχνά πόνο στη δεξιά πλευρά σε σχέση με την αριστερή. Στον Πίνακα 6, απεικονίζονται οι συνηθέστερες περιοχές πόνου

Πίνακας 6 : Περιοχές πόνου

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αριστερή οσφυαλγία (BC 1)	35	87,5
Δεξιά οσφυαλγία (BC 2)	35	87,5
Πόνος αριστερού γλουτού (BC 3)	14	35,0
Πόνος δεξιού γλουτού (BC 4)	16	40,0
Πόνος αριστερού γοφού & μηρού (BC 5)	7	17,5
Πόνος δεξιού γοφού & μηρού (BC 6)	8	20,0
Πόνος δεξιάς γάμπας (BC 8)	3	7,5
Πόνος αριστερής ωμοπλάτης (BC 11)	1	2,5
Πόνος κάτω κοιλίας (BC 13)	1	2,5
Πόνος δεξιού μηρού –πρόσθια (BC 14)	2	5

Όσον αφορά τώρα την κλίμακα VAS, η οποία είναι μία κλίμακα καταμέτρησης του πόνου, τα αποτελέσματα που πήραμε ήταν τα εξής:

- Ο μέσος όρος της συνηθισμένης έντασης του πόνου είναι 6,07 με τυπική απόκλιση 1,7
- Ο μέσος όρος του πόνου στα καλύτερα του είναι 2,88 με τυπική απόκλιση 1,6
- Ο μέσος όρος του πόνου στα χειρότερα του είναι το 8,30 με τυπική απόκλιση 1,3

Όσον αφορά τώρα το StartBack, όπως προαναφέρθηκε, είναι ένα ερωτηματολόγιο που φτιάχτηκε για να κατηγοριοποιήσει τους ασθενείς σε 3 ομάδες. Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι ο μέσος όρος των ασθενών ανήκει σε ομάδα χαμηλού κινδύνου.

Όσον αφορά το RMDQ, είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 24 ερωτήσεις. Αφού συλλέχθηκαν όλες οι απαντήσεις, προέκυψε ο μέσος όρος των απαντήσεων να είναι 40,15 με τυπική απόκλιση 4,8.

Τώρα όσον αφορά την HAD, είναι μία κλίμακα που μετράει το άγχος και την κατάθλιψη του ασθενή. Το υψηλότερο σκορ που μπορεί να σχηματιστεί σε κάθε μία κατηγορία είναι το 21. Η βαθμολογία έχει ως εξής:

- 7-8 είναι δυνατόν να εμφανίσουν διαταραχές,
- 10-11 είναι πιθανόν να εμφανίσουν διαταραχές,
- Από 14 και πάνω είναι σοβαρή διαταραχή.

Στην κατηγορία του άγχους, ο μέσος όρος είναι 6,8 με τυπική απόκλιση 3,5 και στην κατηγορία της κατάθλιψης ο μέσος όρος είναι 5,5 με τυπική απόκλιση 3,5.

Όσον αφορά το SF-12, είναι ένα ερωτηματολόγιο που μετράει εάν ο ασθενής μπορεί να είναι λειτουργικός. Χωρίζεται και αυτό σε 2 κατηγορίες. Η πρώτη είναι η φυσική κατάσταση του ατόμου και αποτελείται από τις 6 πρώτες ερωτήσεις και η δεύτερη είναι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και αποτελείται από τις υπόλοιπες 6 ερωτήσεις. Όσο πιο χαμηλό είναι το σκορ συγκεντρώσει στο ερωτηματολόγιο, τόσο χειρότερα είναι ο ασθενής. Τέλος, ο μέσος όρος του σωματικού τελικού σκορ είναι 42,2 με τυπική απόκλιση 9,6 και ο μέσος όρος του ψυχολογικού τελικού σκορ είναι 47,6 με τυπική απόκλιση 10,9. Στον πίνακα 7, παρατηρούνται συγκεντρωμένα όλα τα αποτελέσματα των υπόλοιπων ερωτηματολογίων

Πίνακας 7 : Συγκεντρωτικά αποτελέσματα λοιπών ερωτηματολογίων

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
VAS –συνηθισμένη ένταση του πόνου	2	10	6,07	1,73
VAS –ο πόνος στα καλύτερά του	1	8	2,88	1,62
VAS –ο πόνος στα χειρότερά του	3	10	8,30	1,28
STarTBacktotal	0	8	3,03	2,31
STarTBacksubtotal	0	5	1,23	1,37
Roland-Morris Disability Questionnaire	30	47	40,15	4,78
HAD-Anxiety subscale	0	15	6,83	3,54
HAD-Depression subscale	0	12	5,55	3,52
SF-12 Physical subscore	21,00	62,60	42,2300	9,62
SF-12 Mental subscore	23,40	65,90	47,6375	10,92

Από την στατιστική ανάλυση με την χρήση της δοκιμασίας συσχέτισης Pearson's correlation coefficient για τις συσχετίσεις των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων και του οσφυαλγικού πόνου με διάφορους δημογραφικούς και ατομικούς παράγοντες βρέθηκαν τα εξής:

- § Μέτρια συσχέτιση ($r=0,416$ & $0,491$, $p<0,01$) μεταξύ παρουσίας ισχιαλγίας στο δείγμα και πόνου στον μηρό
- § Μέτρια συσχέτιση μεταξύ ένταση πόνου και φύλου ($r=0,571$, $p<0,01$), με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερες εντάσεις πόνου
- § Μέτρια συσχέτιση (αρνητική) της ηλικίας με τα αποτελέσματα του Roland-Morris ($r=-0,518$, $p<0,01$),. Δηλαδή, όσο μικρότερο ήταν το δείγμα, τόσο μεγαλύτερη ήταν η ανικανότητα με βάσει την εκτίμηση του ερωτηματολογίου Roland-Morris
- § Σχεδόν μέτρια συσχέτιση μεταξύ της ισχιαλγίας και του ερωτηματολογίου STarTBack ($r=-0,351$, $p<0,05$),

Όλες οι υπόλοιπες συσχετίσεις ήταν μη ισχυρές ($r<0,350$, $p>0,05$), υποδηλώνοντας καθόλου ή μηδαμινή συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων που συσχετίστηκαν. Στον Πίνακα 8 απεικονίζονται οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης Pearson.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και παραγόντων που σχετίζονται με τον πόνο.

	Πόνος στον αριστερό μηρό (οπίσθια) (BC 5)	Πόνος στον δεξιό μηρό (οπίσθια) (BC 6)	Ένταση πόνου	STarTBa ck	Roland- Morris	HAD- Anxiety	HAD- Depessi on	SF-12 Physical	SF-12 Mental
Φύλο	-,085	,000	,571**	,234	-,052	,256	,137	,181	-,303
Ηλικία	-,241	-,215	,142	,310	-,518**	-,226	,236	-,197	-,085
Περιοχή κατοικίας	,066	,094	-,113	-,005	,063	-,243	-,169	,114	,162
Εκπαίδευση	-,016	,094	-,239	-,115	,110	-,029	-,070	-,016	,248
Οικογενειακή κατάσταση	,013	-,098	,157	,173	-,242	-,211	,256	-,139	,018
Κάπνισμα	,002	,051	-,095	-,053	,133	-,145	-,162	,111	,071
Ετήσιο εισόδημα	-,145	-,097	-,248	,014	-,230	-,099	,265	-,055	-,134
Χρονιότητα οσφυαλγίας	-,051	-,129	,104	,059	-,374*	-,153	-,137	-,032	,025
Υποτροπιάζοντα επεισόδια	,154	,167	-,201	-,040	,183	-,150	-,077	-,028	,241
Ισχιαλγία	,416**	,491**	,011	-,351*	,217	-,064	,009	,107	,100

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 ΕΞΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα αυτή που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αχαΐας, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία, είναι 43,6 ετών. Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας τα αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα. Από τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα και βρέθηκε να πάσχουν από οσφυαλγία (40 άτομα από τα 97), τα 25 ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 15 ήταν άντρες. Αυτό το αποτέλεσμα έδειξε ότι οι γυναίκες πάσχουν πιο συχνά σε σχέση με τους άντρες από πόνο στην μέση. Ένα άλλο αξιοσημείωτο αποτέλεσμα είναι ότι βρέθηκε ότι το είδος εργασίας δεν επηρεάζει άμεσα τον πόνο στην μέση. Αυτό το συμπέρασμα βγήκε επειδή τα άτομα που έκαναν χειρονακτική εργασία (n=18) ήταν ακριβώς ίσα με τα άτομα που έκαναν κάποιο είδος καθιστικής δουλειάς (n=18). Αυτό οδηγεί στην σκέψη ότι τελικά υπεύθυνος για την πρόκληση πόνο στην περιοχή της οσφύς είναι ο τρόπος εργασίας και όχι το είδος της. Δηλαδή τα περισσότερα άτομα δουλεύουν σε μη εργονομικές θέσεις που βλάπτουν σοβαρά την σπονδυλική τους στήλη. Ακόμα, βρέθηκε ότι το 80% των ασθενών κατοικούσε σε αστική περιοχή και το 65% αυτών ήταν παντρεμένοι. Τέλος, στο εξωτερικό πιστεύεται ότι το κάπνισμα είναι παράγοντας που σχετίζεται με την οσφυαλγία. Στην έρευνα αυτή όμως, η απάντηση που δόθηκε στο αντίστοιχο ερώτημα ήταν τελείως αντίστροφη, δηλαδή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (57,5%), δήλωσε ότι δεν καπνίζει, οπότε όσον αφορά την έρευνα αυτή το κάπνισμα δεν φαίνεται να σχετίζεται απόλυτα με την εμφάνιση της οσφυαλγίας.

Πολύ σημαντικές πληροφορίες δόθηκαν με τις απαντήσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν όσον αφορά το ιστορικό του κάθε ασθενή για το πρόβλημα της

οσφυαλγίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δήλωσε ότι ο πόνος στη μέση προερχόταν κυρίως από καταπόνηση στην περιοχή (42,5%). Αυτό δηλώνει ότι πιθανόν η αρχική υποψία που υπήρχε ότι υπεύθυνη για τον πόνο στην συγκεκριμένη περιοχή είναι η λανθασμένη στάση στη δουλειά επιβεβαιώνεται. Ακόμα, επειδή το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι παντρεμένοι και γυναίκες, θα μπορούσαν οι δουλειές του σπιτιού και η φροντίδα των παιδιών να επιβαρύνουν την όχι και τόσο καλή κατάσταση της σπονδυλικής στήλης. Επιπρόσθετα, το 62,5% των ασθενών δήλωσε ότι ο πόνος που ένιωθε ήταν οξύς, δηλαδή διήρκεσε λιγότερο από 7 εβδομάδες. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι το 90% των ασθενών παρουσίασε υποτροπιάζοντα επεισόδια με το 52,5% αυτών να δηλώνει ότι ο πόνος ήταν διαφορετικός με τον προηγούμενο που είχε νιώσει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις δραστηριότητες του ασθενή. Αυτό επιβεβαιώνεται μέσα από την αντίστοιχη ερώτηση που τέθηκε όπου το 77.5% απάντησε θετικά.

Επίσης, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που συλλέχθηκε ήταν ότι το 90% των ασθενών επισκέφτηκε κάποιον ειδικό για το πρόβλημά τους. Αυτό όμως που διαπιστώθηκε ύστερα από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς ήταν ότι το 72,5% δήλωσε ότι έπασχε από οσφυαλγία για περισσότερο από 7 εβδομάδες ενώ το 27,5% δήλωσε ότι πάσχει από οσφυαλγία κάτω των 6-7 εβδομάδων. Αυτός ο διαχωρισμός έγινε επειδή στο ερωτηματολόγιο υπήρχε ο ορισμός της οσφυαλγίας με βάση τους Manek and MacGregor (2003). Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι το 70% των ασθενών δεν έπασχε και από ισχιαλγία που με βάση το φαινόμενο επικέντρωσης του πόνου του McKenzie, έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που παρουσιάζουν και σημεία πόνου περιφερικότερα της σπονδυλικής στήλης. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι το 35% των ασθενών, ακολούθησε για αποθεραπεία τον συνδυασμό φυσικοθεραπείας και φαρμάκων.

Όσον αφορά τις περιοχές του πόνου χρησιμοποιήθηκε ένας χάρτης σώματος για να γίνει η καταγραφή των σημείων όσο πιο σωστά γινόταν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι πλειοψηφία των ασθενών έπασχε από ομόπλευρη οσφυαλγία. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι η δεξιά ισχιαλγία ήταν πιο συχνή σε σχέση με την αριστερή. Ακόμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (37.5%) δήλωσε ότι ο πόνος του ήταν χειρότερος το βράδυ. Τέλος ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που συλλέχθηκε από αυτή την έρευνα είναι ότι η άσκηση βοηθά σημαντικά στην μείωση του πόνου. Γι' αυτό, ο ασθενής δεν πρέπει να μένει κλινήρης προκειμένου να περάσει ο πόνος αλλά να ασκείται όσο του επιτρέπεται.

Γενικότερα, από τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια παρατηρήθηκε ότι όσο πιο μεγάλη ηλικία έχει ο ασθενής, τόσο λιγότερο επηρεάζει την καθημερινές του δραστηριότητες. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι παρόλο που ο μέσος όρος των ασθενών παρουσιάζει σχετικά μεγάλο ποσοστό ανικανότητας, δεν τον έχει επηρεάσει ψυχολογικά. Αυτό φαίνεται από απαντήσεις που έδωσαν σε σχετικά ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη και το άγχος όπου τα αποτελέσματα ήταν χαμηλά. Επίσης, παρατηρήθηκε με βάση την κλίμακα VAS, ο μέσος όρος του πόνου στην περιοχή της οσφύς άγγιζε το 8,3, όπου ο χειρότερος πόνος που είχαν νιώσει μπορούσαν να τον βαθμολογήσουν μέχρι το 10, πράγμα που έρχεται αντίθετο με τα αποτελέσματα του StartBack, όπου οι ασθενείς, κατά μέσο όρο δεν έχουν ανάγκη για άμεση φροντίδα. Τέλος, τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς στο ερωτηματολόγιο SF-12 έδειξαν ότι τα άτομα αυτά θεωρούν πως η γενική τους υγεία είναι σχετικά καλή.

4.2 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν από την έρευνα αυτή δεν διαφέρουν πολύ

από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σε Ελλάδα και εξωτερικό. Αρχικά, τα κοινά σημεία της συγκεκριμένης έρευνας με άλλες είναι τα εξής:

- Ότι η γυναίκα έχει περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει επεισόδιο οσφυαλγίας σε σχέση με τους άντρες (Alexopoulos et al, 2008, Antonopoulou et al, 2007, Ghaffari et al, 2006, Gilgi et al, 2005, Leboeuf-Yde et al, 2009, Stranjalis et al, 2004, Webb et al, 2003),
- Ότι το είδος της δουλειάς και η λανθασμένη στάση εργασίας είναι παράγοντες που σχετίζονται με την οσφυαλγία (Alexopoulos et al, 2004, Alexopoulos et al, 2005, Alexopoulos et al, 2008, Gilgi et al, 2005, Holberg et al, 2004, Stranjalis et al, 2004),
- Ότι η ηλικία επηρεάζει την οσφυαλγία (Alexopoulos et al, 2008, Ghaffari et al, 2006, Gilgi et al, 2005, Leboeuf-Yde et al, 2009, Stranjalis et al, 2004, Webb et al, 2003),
- Ότι είναι αρκετές οι φορές που εκτός από τον πόνο στη μέση υπάρχει και σε άλλα σημεία του σώματος πόνος π.χ. στον μηρό (Antonopoulou et al, 2007, Webb et al, 2003),
- Ότι είναι πολύ έντονο το στοιχείο των υποτροπιαζόντων περιπτώσεων (Alexopoulos et al, 2008, Breivik et al, 2006),
- Ότι οι ασθενείς επισκέπτονται για το πρόβλημά τους κάποιο ειδικό (Antonopoulou et al, 2007, Alexopoulos et al, 2004, Alexopoulos et al, 2005, Alexopoulou et al, 2006, Breivik et al, 2006).

Τα σημεία που διαφέρουν οι έρευνες είναι τα παρακάτω:

- Δεν χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια ερωτηματολόγια σε όλες τις έρευνες,
- Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν σχετικά μικρό σε σύγκριση με αυτά από τις έρευνες που μελετήθηκαν,
- Στην έρευνα αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση της οσφυαλγίας με το κάπνισμα, ενώ έρευνες όπως των Ghaffari et al (2006) και των Gilgi et al (2005) δείχνουν άμεση συσχέτιση αυτών των δύο,
- Σημαντικό ρόλο σε άλλες έρευνες όπως αυτές των Ghaffari et al (2006) και Spyropoulos et al (2007), βρέθηκε να παίζει και η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή σε αντίθεση με την έρευνα αυτή που φάνηκε ότι δεν σχετίζονται άμεσα αυτές οι δύο καταστάσεις.

4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η σημασία αυτής της έρευνας ήταν να βρεθεί το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία στην περιοχή της Αχαΐας αλλά και να δημιουργηθεί ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης για την καταγραφή των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή και σε τι βαθμό μπορούν να επηρεαστούν οι καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων. Βρέθηκε λοιπόν ότι το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία στην περιοχή αυτή είναι 41,24%. Ακόμα, βρέθηκε ότι οι κυριότερες αιτίες πρόκλησης της οσφυαλγίας είναι η ηλικία, το φύλο, οι λανθασμένες εργονομικές θέσεις και η οικογενειακή κατάσταση του κάθε

ατόμου. Ακόμα μέσα από αυτή την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι όσο πιο μικρή είναι η ηλικία τόσο πιο καλή είναι η πρόγνωση. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που βρέθηκε μέσα από αυτή την έρευνα είναι ότι η άσκηση βοηθά πολύ στην πορεία της οσφυαλγίας, δηλαδή όσο πιο πολύ ασκείται ο ασθενής τόσο καλύτερα αποτελέσματα θα έχει στην αποθεραπεία του. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι αν και το ποσοστό αναπηρίας στον πληθυσμό της Αχαΐας ήταν σχετικά μεγάλο δεν έχει επηρεάσει την ψυχοκοινωνική τους κατάσταση. Τέλος, επειδή δεν υπάρχουν έρευνες για την Αχαΐα, κρίθηκε αναγκαίο να πραγματοποιηθεί μία τέτοια έρευνα προκειμένου να υπάρχουν στοιχεία για την περιοχή αυτή.

4.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αρχικά το δείγμα που εξετάστηκε ήταν πολύ μικρό. Μοιράστηκαν 120 ερωτηματολόγια από τα οποία απαντήθηκαν τα 97. Περαιτέρω έρευνα με σημαντικά μεγαλύτερο δείγμα πρέπει να διεξαχθεί.

Ακόμα, το δείγμα δεν ήταν απόλυτα τυχαίο, δηλαδή δεν είχε επιλεγεί τυχαία από τον τηλεφωνικό κατάλογο π.χ. ανά πέντε άτομα, αλλά ήταν από συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες [κοινωνικό περιβάλλον της φοιτήτριας (n=70), προσωπικό που εργάζεται στην κλινική αποκατάστασης όπου εργάζεται η φοιτήτρια (n=30) και ένα πολύ μικρό δείγμα πάρθηκε τυχαία από τον τηλεφωνικό κατάλογο (n=20)]. Ενώ αρχικά ο στόχος ήταν να διερευνηθεί η επίπτωση (incidence) της οσφυαλγίας σε τυχαίο δείγμα, λόγω πρακτικών δυσκολιών (περιορισμένος χρόνος, μεγάλο ερωτηματολόγιο για συμπλήρωση κτλ.) διευρύνθηκε μόνο ο επιπολασμός.

Τέλος, το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελείτο από πολλές ερωτήσεις, πράγμα

που σημαίνει ότι ήθελε αρκετή ώρα για να απαντηθεί. Συγκεκριμένα χρειάστηκε 20 – 30 λεπτά για να απαντηθεί, ανάλογα με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ασθενή. Αυτό οδήγησε 23 άτομα στο να μην πάρουν μέρος στην έρευνα αυτή.

Επομένως, βάσει των περιορισμών της μελέτης φαίνεται πως η εξωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου είναι περιορισμένη, και επομένως τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης πρέπει να αναλυθούν με πολύ προσοχή.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, παρατηρείται μέσα από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τα ερωτηματολόγια που εξετάζεται η ανικανότητα, ότι πιθανόν η οσφυαλγία πλήττει ιδιαίτερα τους νέους που εργάζονται και είναι σωματικά δραστήριοι. Παρόλο όμως τα υψηλά σκορ αναπηρίας που συγκεντρώθηκαν, δεν παρατηρείται και αντίστοιχα μεγάλο σκορ στα ερωτηματολόγια που έχουν να κάνουν με την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου, δηλαδή διαπιστώθηκε ότι αν και ο πόνος στη μέση επηρεάζει την καθημερινότητα του ατόμου, δεν είναι ικανός να επηρεάσει και την ψυχολογία του. Αυτό είναι πιθανόν να συμβαίνει λόγω της κουλτούρας του ελληνικού πληθυσμού και την αντιμετώπιση που έχουν στα προβλήματα που τους απασχολούν. Ένα άλλο εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι το φύλο του κάθε ατόμου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την οσφυαλγία. Αυτό το στοιχείο επιβεβαιώνεται και σε πολλές ακόμα μελέτες. Επίσης, σε αντίθεση με άλλες έρευνες δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της οσφυαλγίας και του καπνίσματος και του ετήσιου εισοδήματος. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή σχεδόν το 60% του δείγματος της συγκεκριμένης έρευνα ήταν αντικαπνιστές και δεν ήταν δυνατή η αντικειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του τσιγάρου στην οσφυαλγία. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι το 77,5% του δείγματος είχε επισκεφτεί κάποιο ειδικό για τον πόνο στην μέση του. Συγκρίνοντας το

ποσοστό αυτό με άλλα ποσοστά αντίστοιχα ερευνών, παρατηρείται ότι είναι αρκετά υψηλό. Ακόμα, διαπιστώθηκε ότι η άσκηση συμβάλει σημαντικά στην αποκατάσταση της οσφυαλγίας. Παρόλα αυτά, το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας είναι πολύ μικρό και τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα ευρήματά της χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση. Εν κατακλείδι, η έρευνα αυτή θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πιλοτική έρευνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BIBΛΙΑ

1. Αθανασόπουλος Σπ. 1989. Κινησιοθεραπεία. Αθήνα
2. Συμεωνίδης Π. 1997. Ορθοπαιδική. Θεσσαλονίκη : UNIVERSITY STUDIO PRESS
3. Λαμπίρης Η. 2007. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
4. Rpland McRae. 2009. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης από Παπαγγελόπουλος Π. και Βλάσης Κ. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
5. Hamill J. and Knutzen K. 2007. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης από Μπουντόλος Κ. Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
6. Dandy D. and Edwards D. 2010. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης από Κορρές Δ. και Ξενάκης Θ. Αθήνα : Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

ΑΡΘΡΑ

1. Alexopoulos, E. C. 2006, "Occupational health services in Greek hospitals", *Med Sci.Monit.*, vol. 12, no. 10, p. LE20-LE21.
2. Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. 2006, "A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel", *Int.Arch.Occup.Environ.Health*, vol. 79, no. 1, pp. 82-88.
3. Alexopoulos, E. C., Konstantinou, E. C., Bakoyannis, G., Tanagra, D., & Burdorf, A. 2008, "Risk factors for sickness absence due to low back pain and prognostic factors for return to work in a cohort of shipyard workers", *Eur.Spine J*, vol. 17, no. 9, pp. 1185-1192.
4. Alexopoulos, E. C., Stathi, I. C., & Charizani, F. 2004, "Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists", *BMC.Musculoskelet.Disord.*, vol. 5, p. 16.

5. Alexopoulos, E. C., Tanagra, D., Konstantinou, E., & Burdorf, A. 2006, "Musculoskeletal disorders in shipyard industry: prevalence, health care use, and absenteeism", *BMC.Musculoskelet.Disord.*, vol. 7, p. 88.
6. Andrianakos, A., Trontzas, P., Christoyannis, F., Dantis, P., Voudouris, C., Georgountzos, A., Kaziolas, G., Vafiadou, E., Pantelidou, K., Karamitsos, D., Kontelis, L., Krachtis, P., Nikolia, Z., Kaskani, E., Tavaniotou, E., Antoniadis, C., Karanikolas, G., & Kontoyanni, A. 2003, "Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study", *J.Rheumatol.*, vol. 30, no. 7, pp. 1589-1601.
7. Andrianakos, A., Trontzas, P., Christoyannis, F., Kaskani, E., Nikolia, Z., Tavaniotou, E., Georgountzos, A., & Krachtis, P. 2006, "Prevalence and management of rheumatoid arthritis in the general population of Greece--the ESORDIG study", *Rheumatology.(Oxford)*, vol. 45, no. 12, pp. 1549-1554.
8. Andrianakos, A. A., Miyakis, S., Trontzas, P., Kaziolas, G., Christoyannis, F., Karamitsos, D., Karanikolas, G., & Dantis, P. 2005, "The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study", *Rheumatology.(Oxford)*, vol. 44, no. 7, pp. 932-938.
9. Antonopoulou, M., Antonakis, N., Hadjipavlou, A., & Lionis, C. 2007, "Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece", *Fam.Pract.*, vol. 24, no. 3, pp. 209-216.
10. Billis, E. V., McCarthy, C. J., & Oldham, J. A. 2007, "Subclassification of low back pain: a cross-country comparison", *Eur.Spine J.*, vol. 16, no. 7, pp. 865-879.
11. Billis, E. V., McCarthy, C. J., Stathopoulos, I., Kapreli, E., Pantzou, P., & Oldham, J. A. 2007, "The clinical and cultural factors in classifying low back pain patients within Greece: a qualitative exploration of Greek health professionals", *J.Eval.Clin.Pract.*, vol. 13, no. 3, pp. 337-345.

12. Cedraschi, C., Robert, J., Goerg, D., Perrin, E., Fischer, W., & Vischer, T. L. 1999, "Is chronic non-specific low back pain chronic? Definitions of a problem and problems of a definition", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 49, no. 442, pp. 358-362.
13. Croft, P. R., Macfarlane, G. J., Papageorgiou, A. C., Thomas, E., & Silman, A. J. 1998, "Outcome of low back pain in general practice: a prospective study", *BMJ*, vol. 316, no. 7141, pp. 1356-1359.
14. Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., Engberg, M., Lauritzen, T., Bruun, N. H., & Manniche, C. 2003, "The course of low back pain in a general population. Results from a 5-year prospective study", *J.Manipulative Physiol Ther.*, vol. 26, no. 4, pp. 213-219.
15. Kontodimopoulos, N., Moschovakis, G., Aletras, V. H., & Niakas, D. 2007, "The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece", *Cost.Eff.Resour.Alloc.*, vol. 5, p. 14.
16. Kontodimopoulos, N., Nanos, P., & Niakas, D. 2006, "Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece", *Health Policy*, vol. 76, no. 1, pp. 49-57.
17. Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K., & Lykouras, L. 2008, "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample", *Ann.Gen.Psychiatry*, vol. 7, p. 4.
18. Spyropoulos, P., Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Chronopoulos, E., Koutis, H., & Koumoutsou, F. 2007, "Prevalence of low back pain in greek public office workers", *Pain Physician*, vol. 10, no. 5, pp. 651-659.
19. Stranjalis, G., Tsamandouraki, K., Sakas, D. E., & Alamanos, Y. 2004, "Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics", *Spine*, vol. 29, no. 12, pp. 1355-1360.

20. Von Korff M. 1994, "Studying the natural history of back pain", *Spine*, vol. 19, no. 18 Suppl, pp. 2041S-2046S.
21. Von Korff M. & Saunders, K. 1996, "The course of back pain in primary care", *Spine*, vol. 21, no. 24, pp. 2833-2837.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Cedraschi, C., Robert, J., Goerg, D., Perrin, E., Fischer, W., & Vischer, T. L. 1999, "Is chronic non-specific low back pain chronic? Definitions of a problem and problems of a definition", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 49, no. 442, pp. 358-362.
2. Croft, P. R., Macfarlane, G. J., Papageorgiou, A. C., Thomas, E., & Silman, A. J. 1998, "Outcome of low back pain in general practice: a prospective study", *BMJ*, vol. 316, no. 7141, pp. 1356-1359.
3. Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., Engberg, M., Lauritzen, T., Bruun, N. H., & Manniche, C. 2003, "The course of low back pain in a general population. Results from a 5-year prospective study", *J.Manipulative Physiol Ther.*, vol. 26, no. 4, pp. 213-219.
4. Von Korff M. 1994, "Studying the natural history of back pain", *Spine*, vol. 19, no. 18 Suppl, pp. 2041S-2046S.
5. Von Korff M. & Saunders, K. 1996, "The course of back pain in primary care", *Spine*, vol. 21, no. 24, pp. 2833-2837.

ΑΡΘΡΑ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. MedlinePlus, low back pain- acute. Διαθέσιμο από : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007425.htm>
2. Everett C Hills, MD, MS; Chief Editor: Rene Cailliet, MD, 2012. MedScape reference, mechanical low back pain

3. Jo DH, Jang S, 2012. Korean Journal of Pain, The Correlation between Caudal Epidurogram and Low Back Pain.
4. William C. and Shiel Jr, MedicineNet.com, low back pain Διαθέσιμο από : http://www.medicinenet.com/low_back_pain/page3.htm#tocd
5. Atul T. Patel, MD and ABNA A. OGLE, MD του πανεπιστημίου του Κάνσας Ιατρικό Κέντρο, Kansas City, Kansas, Διάγνωση και αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας