

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΕ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Β. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ
ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΟΥΤΖΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, συνιστά ερευνητική μελέτη η οποία διεκπεραιώθηκε από τους σπουδαστές του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας, Βασιλόπουλο Αλέξανδρο και Γρηγορίου Παναγιώτη.

Επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε:

- Τον Προϊστάμενο του Τμήματος Φυσικοθεραπείας Dr. Ηλία Τσέπη για την συμβολή του στο καθορισμό του θέματος.
- Την καθηγήτρια Dr. Ευδοκία Μπίλλη για την συμβολή της στον καθορισμό του θέματος και τη βοήθεια που προσέφερε στην στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας.
- Την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας Μαρία Μουτζούρη για την πολύτιμη βοήθειά της και τη καθοδήγησή της σε όλα τα στάδια της εργασίας.
- Το Δ/ντή του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας Κ. Γρηγορίου για την παροχή των στατιστικών δεδομένων της κίνησης των ασθενών του νομού Καρδίτσας τόσο στα εξωτερικά ιατρεία της Ορθοπαιδικής Κλινικής όσο και των νοσηλευθέντων σε αυτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Οσφυαλγία (ορισμός)	7
1.2Επιδημιολογία	7
1.3 Μελέτες- Αποτελέσματα	8
1.4 Στόχοι εργασίας	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ: Αίτια – Κλινική Εικόνα – Επιδημιολογικά Στοιχεία

2.1.1 Αίτια.....	10
2.1.2 Κλινική Εικόνα	10
2.1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία	11

2.2 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ: Επιπρόσθετα Επιδημιολογικά Στοιχεία

2.2.1 Σχέση Οσφυαλγίας και Ψυχικής Υγείας	14
2.2.2 Σχέση Οσφυαλγίας και Ποιότητας Ζωής	16
2.2.3 Σχέση Οσφυαλγίας και Ηλικίας	17
2.2.4 Οικονομική Επιβάρυνση Ασθενών λόγω Οσφυαλγίας.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ-ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ (2010-2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ

4.1 Μεθοδολογία.....	24
4.2 Ερωτηματολόγια.....	24

4.3 Δείγμα.....	28
4.4 Τρόπος Χορήγησης	28
4.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων.....	29
4.6 Αποτελέσματα Στατιστικής Ανάλυσης.....	30
4.6.1 Δημογραφικά Στοιχεία Περιοχής Τρικάλων-Καρδίτσας- Πάτρας	30
4.6.2 Επιβαρυντικοί Παράγοντες.....	33
4.6.3 Αντιμετώπιση Οσφυαλγίας	34
4.6.4 Περιοχές Πόνου – Χάρτης Σώματος	36
4.6.5 Συχνότητα Φαινομένων Άλγους	39
4.6.6 Περιορισμός Κινητικότητας Λόγω Οσφυαλγίας	41
4.6.7 Βαθμολόγηση Βελτίωσης Άλγους	42
4.6.8 Περιγραφική Ανάλυση.....	43
4.6.9 Στατιστική ανάλυση.....	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	44

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η απεικόνιση των αποτελεσμάτων έρευνας σχετικά με την οσφυαλγία, που έγινε στις περιοχές της Καρδίτσας, των Τρικάλων καθώς και στην περιοχή της Πάτρας. Σημαντικές όμως πληροφορίες παίρνουμε και από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που παραθέτονται μέσα στην εργασία σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία (ηλικία βάρος φύλο ποιότητα ζωής).

Η έρευνα έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν δειγματοληπτικά στις αντίστοιχες περιοχές. Συμπληρώθηκαν 178 ερωτηματολόγια σε τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα. Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι ένα ποσοστό της τάξεως 9% πάσχει από οσφυαλγία. Επίσης μέσα από τους πίνακες μπορούμε να δούμε κατά πόσο κάθε παράγοντας ξεχωριστά έχει επίπτωση στην εμφάνιση της οσφυαλγίας. Ένα συνάμα σημαντικό εύρημα είναι κατά πόσο συμβάλλει η κατάθλιψη στην εμφάνιση της οσφυαλγίας η κατά πόσο επέρχεται από αυτή.

Στόχος της παρούσης εργασίας είναι να εκτιμηθεί το πρόβλημα της οσφυαλγίας σε περιοχές της Ελλάδος δείγματος ενήλικου πληθυσμού, αφού διερευνηθούν μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι πιθανότατα επηρεάζουν τόσο τον επιπολασμό όσο και την εξέλιξη της οσφυαλγίας. Επιπροσθέτως, τα στοιχεία που θα προκύψουν σε συνδυασμό με διάφορες πληροφορίες από έρευνες του εξωτερικού, θα χρησιμεύσουν στη δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης που θα χρησιμοποιηθεί στην ορθολογικότερη εκτίμηση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά

Οσφυαλγία

Παράγοντες Οσφυαλγίας

Επιπολασμός

Αποτελέσματα Ερευνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, με στόχο την καταγραφή της οσφυαλγίας στις περιοχές της Πάτρας, Τρικάλων και Καρδίτσας, εντάσσεται σε μία ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής της συγκεκριμένης πάθησης στην Ελληνική Επικράτεια. Πρόκειται για μια μελέτη η οποία διεξάγεται από μια ομάδα τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας υπό την εποπτεία του Εκπαιδευτικού Προσωπικού Του Τμήματος. Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με την οσφυαλγία τυχαίου δείγματος πολιτών της περιοχής. Τα άτομα αυτά, καλούνται να συμπληρώσουν ένα ειδικά διαμορφωμένο οκτασέλιδο (8) ερωτηματολόγιο, το οποίο εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της μέσης τους, τη λειτουργικότητά τους και άλλων στοιχείων που αφορούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες και τη γενικότερη ποιότητα ζωής τους. Στη μελέτη συμμετείχαν **178** άτομα γενικού πληθυσμού, **103** (57,9%) άνδρες και **75** (42,1%) γυναίκες, από τους οποίους οσφυαλγία είχαν οι **83** (ποσοστό: 46,6%). Επιπλέον, ενδιαφέροντα αποτελέσματα προκύπτουν συσχετίζοντας τα δεδομένα της έρευνας χρησιμοποιώντας την παραμετρική στατιστική δοκιμασία συσχέτισης ***Pearson'sr***.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Οσφυαλγία

Είναι σύμπτωμα που αφορά κάθε πόνο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (στη μέση), ανεξάρτητα από την αιτία που τον προκαλεί. Είναι πολύ συχνό σύμπτωμα στο γενικό πληθυσμό με σημαντικές συνέπειες σε ατομικό, ιατρικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Απαιτεί ειδικά μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης με κατάλληλα οργανωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.2 Επιδημιολογία

Η επιδημιολογία της οσφυαλγίας είναι σημαντική για τουλάχιστον τρεις αιτίες. Εάν γνωρίζουμε το μέγεθος της μπορούμε να προβλέψουμε τη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών. Γνωρίζοντας τη φύση των προβλημάτων της οσφυαλγίας η ιατρική επιστήμη μπορεί να παράσχει όλες εκείνες τις πληροφορίες για την πάθηση αυτή. Επίσης να συζητήσει όλες τις ενδείξεις καθώς και τα πιθανά αποτελέσματα μια προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής. Δεδομένα τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη νέων υποθέσεων θα αποτελέσουν εκείνες τις μελέτες οι οποίες θα συνδέουν την οσφυαλγία με το άτομο την εργασία του και άλλους παράγοντες. Όλες αυτές οι νέες υποθέσεις θα πρέπει να έχουν ελεγχθεί πειραματικά. Υπάρχουν πολλές διαφωνίες μεταξύ των ερευνητών σε ότι αφορά την διαπίστωση και την ταξινόμηση και γι αυτό το λόγο οι επιδημιολογία κρίνεται κατά προσέγγιση. Αυτό οφείλεται τόσο λόγω της δυσκολίας στη μελέτη του πόνου επιδημιολογικά όσο και λόγω του ότι πολλές φορές δεν υπάρχουν αντικειμενικά σημεία της οσφυαλγίας. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η επιδημιολογική έρευνα θα πρέπει να γίνεται σε περιπτώσεις όπου οι καταστάσεις είναι ποιο σταθερές, όπως σε περιπτώσεις ισχιαλγίας η προβολή δίσκου. Επίσης ένα άλλο πρόβλημα που προκύπτει σε αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες είναι το γεγονός ότι οι πηγές των πληροφοριών για τον επιπολασμό και τη συχνότητα είναι διαφορετικής ποιότητας. Πηγές οι οποίες θα μπορούσαν να δώσουν σωστές πληροφορίες δεν είναι εύκολα διαθέσιμες και καλύπτουν μόνο μέρος του προβλήματος κι αυτό διότι βρίσκονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς η σε φακέλους νοσηλείας των Νοσοκομείων. Τα ερωτηματολόγια είναι μια άλλη πηγή δεδομένων αλλά από πολλούς αμφισβητείται η αξιοπιστία τους διότι οι απαντήσεις που δίνονται εξαρτώνται τόσο από τη μορφή των ερωτήσεων όσο και από την παρερμηνεία που πολλές φορές συνεπάγεται. Επιπροσθέτως σε μελέτες όπου ερευνάται η σχέση ανάμεσα στην οσφυαλγία και σε επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε αυτή υπάρχει αντικειμενικά το πρόβλημα της μέτρησης της έκθεσης.

1.3 Μελέτες - Αποτελέσματα

Η οσφυαλγία είναι αρκετά συχνή. Διάφορες μελέτες ανάλογα με την ομάδα πληθυσμού που εξετάζουν εμφανίζουν ένα επιπολασμό της τάξης του 15% έως 56%, ανάλογα με τη μελέτη, καθώς και αναφορά πόνου τη στιγμή της συνέντευξης από 26% έως 41% (Leboeuf-YdeC., SchochatT., Reigo T, Picavet HS, . McKinnon M, etal. 1997- 1999). Έχει υπολογιστεί ότι το 50% έως 80% των ενηλίκων θα εμφανίσουν οσφυαλγία τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Το οικονομικό καθώς και το κοινωνικό κόστος είναι επίσης πολύ σημαντικό. Απουσία από την εργασία, παραμονή στο κρεβάτι, κατανάλωση φαρμάκων και χρήση πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι μερικές από τις παραμέτρους οι οποίες σχετίζονται με την οσφυαλγία (Lawrence RC, Alcouffe J, Macfarlane GJ. Hagen Ketal. 1998-1999). Η γνώση της συχνότητας της οσφυαλγίας, καθώς και των διαφόρων παραμέτρων που σχετίζονται με αυτήν μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά, τόσο στην προληπτική αντιμετώπιση του προβλήματος, όσο και στην ορθολογική οργάνωση των εμπλεκόμενων υπηρεσιών υγείας(McKinnonM. Etal. 1997). Κατά τον Andrew J. Haig, M.D., Διευθυντή του Spine Program, University of Michigan USA, εκδηλώνεται στο 50% των ενηλίκων κάθε χρόνο, και προσβάλλει τουλάχιστον το 75%-100% των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης, η οσφυαλγία είναι το δεύτερο αίτιο προσέλευσης στον γενικό ιατρό στις ΗΠΑ, μετά τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού. Κατά τους (Kirkaldy Willis, Frank Netteretal.1979), παγκοσμίως η οσφυαλγία ήταν το 1979 το δεύτερο αίτιο πόνου μετά τον πονοκέφαλο.

Η συχνότητα της οσφυαλγίας στις ΗΠΑ κυμαίνεται από το 1-10%, ενώ στην Ολλανδία που έχει περίπου τον ίδιο πληθυσμό με την Ελλάδα είναι 0,5%(Jacqueline A. Hartetal. 2008) .Το ετήσιο κόστος της θεραπείας των ατόμων με οσφυαλγία - ισχιαλγία στην Ολλανδία είναι αστρονομικό, περί τα 1.180.000.000 ευρώ, σε άμεσο και έμμεσο κόστος νοσηλείας και στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος διάγνωσης και θεραπείας ασθενών με Οσφυαλγία ανέρχεται στα 50.000.000.000 δολάρια. Στις ΗΠΑ έρευνες παρουσιάστηκαν το 1970 που περιλάμβαναν ερωτήσεις γύρω από την οσφυαλγία. Αυτές ήταν το National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1) που πραγματοποιήθηκε το 1970-74, και NHANES 2 που πραγματοποιήθηκε το 1976-80. Στο NHANES 1, ο επιπολασμός των αυτόνομα αναπαραγομένων συμπτωμάτων ήταν 17% ενώ στο1% εκτιμήθηκαν αυτοί που είχαν μια πάθηση δίσκου. Αυτή είναι μια αρκετά χαμηλή εικόνα συγκρινόμενη με άλλες μελέτες επιπολασμού, ο οποίος εξηγήθηκε από το γεγονός ότι η οσφυαλγία καθορίστηκε έχοντας διάρκεια 2 εβδομάδων. Στην NHANES 2 ο αθροιστικός επιπολασμός ημιζωής της οσφυαλγίας 2 εβδομάδων ήταν 13% ενώ στο 1,6% αναφέρθηκε ότι είχε προοδευτική ή προηγούμενη ισχιάδα. Στην NHANES 2 το peak επιπολασμού της οσφυαλγίας συμβαίνει σε άτομα 55-64 ετών ενώ το υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού της, συμβαίνει σε άτομα 45-54 ετών(14). Αυτό δείχνει τη διαφορά ανάμεσα στην οσφυαλγία και την ισχιαλγία σε σχέση με τον επιπολασμό, όσον αφορά την ηλικία. Πιο πρόσφατα δεδομένα από την National Health Interview Surveys (1985-88) δείχνουν ότι οι παθήσεις της

οσφύος σε μεγάλη κλίμακα καταλήγουν σε 175 εκατομμύρια χαμένες εργάσιμες μέρες το χρόνο. Η πιο κοινή διάγνωση γι' αυτούς τους ασθενείς ήταν η δισκοπάθεια, που κάθε χρόνο έχει ως αποτέλεσμα τη νοσηλεία περισσότερων από 100.000 ασθενών. Για τις δισκοπάθειες, οι ίδιες μελέτες αποκαλύπτουν ότι ετησίως 4,1 εκατομμύρια άνθρωποι ενέχονται.

Στατιστικά βρέθηκε ότι το 95% των ασθενών με κήλη δίσκου έχει οσφυαλγία, ενώ το αντίθετο είναι σπανιότατο, δηλαδή ασθενείς με κήλη δίσκου χωρίς οσφυαλγία είναι μία στις πεντακόσιες περιπτώσεις. Σε ό,τι αφορά τη χώρα μας δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες σε πανελλαδικό επίπεδο αποκλειστικά για τη μελέτη της οσφυαλγίας. Έτσι, η εικόνα που προκύπτει από μελέτες νοσηρότητας επιμέρους πληθυσμών, είναι πολύ πιθανό να μην αποδίδει το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος (Φιλαλήθης Α, ΤσαμανδουράκηΚ. Και συν 1990-1993). Έρευνες στην Ελλάδα που έγιναν από το (Χαράλαμπο Γκούβα και συν.2010) σε 18.000 ασθενείς έδειξαν ότι η οσφυαλγία από νοσήματα των δίσκων αποτελεί το πρώτο αίτιο προσέλευσης στον Ορθοπεδικό, με ποσοστό 40% των προσερχομένων ασθενών. Έρευνα που έγινε από τον (Γεώργιο Στράτζαλη και συν.), σχετικά με παραμέτρους που επηρεάζουν την οσφυαλγία σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού έδειξε ότι ατομική και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά τη συχνότητα και τη βαρύτητα της νόσου καθώς και την αντίστοιχη χρήση υπηρεσιών υγείας. Μελέτες έχουν γίνει από Βασιλειάδου και συν, Καγιαλάρη και συν, Αλεξόπουλου και συν, και από το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας(Καγιαλάρης Γ, VasiliadouΑ. Και συν.1997)

1.4 Στόχοι

Στόχος της παρούσης εργασίας είναι να εκτιμηθεί το πρόβλημα της οσφυαλγίας σε περιοχές της Ελλάδος δείγματος ενήλικου πληθυσμού, αφού διερευνηθούν μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι πιθανότατα επηρεάζουν τόσο τον επιπολασμό όσο και την εξέλιξη της οσφυαλγίας. Επιπροσθέτως, τα στοιχεία που θα προκύψουν σε συνδυασμό με διάφορες πληροφορίες από έρευνες του εξωτερικού, θα χρησιμεύσουν στη δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης που θα χρησιμοποιηθεί στην ορθολογικότερη εκτίμηση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ: Αίτια – Κλινική Εικόνα – Επιδημιολογικά Στοιχεία

2.1.1 Αίτια

Ο όρος οσφυαλγία σημαίνει άλγος στην οσφύ, πόνος δηλαδή στη μέση, και δεν είναι πάθηση αλλά σύμπτωμα που υποδηλώνει λειτουργικές διαταραχές που οφείλονται σε κάποια αίτια.

Χαρακτηρίζεται από επώδυνο αίσθημα στην περιοχή της μέσης, που ποικίλλει σε διάρκεια (οξεία ή χρόνια) και σε ένταση (βύθιος έως αφόρητος πόνος). Μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και των παρακείμενων μυών (σπονδυλαρθρίτιδα, οστεοπόρωση, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, διάστρεμμα ή διάταση) ή να αποτελεί εκδήλωση πάθησης κάποιου ενδοκοιλιακού οργάνου (νεφροί, έσω γεννητικά όργανα).

Είναι δυνατό να αποτελεί τη μοναδική εκδήλωση της υποκείμενης διαταραχής ή να συνδυάζεται με άλλα συμπτώματα (περιορισμός της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης, εκδηλώσεις από την πίεση κάποιας νευρικής ρίζας κ.λ.π)

Αιτιολογικά, η οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ως ειδική ή μη ειδική. Περίπου το 90% των περιπτώσεων της οσφυαλγίας δεν παρουσιάζουν αναγνωρίσιμη αιτία και προσδιορίζονται ως μη ειδικές (Manek και MacGregor, 2005) .

2.1.2 Κλινική Εικόνα

Η τυπική εικόνα είναι χαρακτηριστική : Πόνος στη μέση, συνήθως ισχυρός, που αρχίζει συνήθως μετά από μία απότομη κίνηση ή άρση κάποιου βάρους. Ο πόνος μπορεί να είναι τοπικός ή να αντανακλά στα πόδια. Συχνά επίσης ο πόνος ξεκινά «χωρίς αιτία» και χωρίς ιστορικό τραυματισμού. Άλλοτε πάλι ξεκινά από τη γάμπα ή το μηρό ή τους γοφούς κι επεκτείνεται στη μέση. Κατά την ιατρική εξέταση παρατηρείται συνήθως εξάλειψη της φυσιολογικής λόρδωσης της σπονδυλικής στήλης και αντιαλγική σκολίωση (κλίση σώματος προς τη μία πλευρά λόγω του πόνου που νιώθουμε στην άλλη).

Οι κινήσεις είναι περιορισμένες κι ο πάσχοντας δυσκολεύεται να σκύψει προς τα μπρος και προς τα πλάγια. Οι στροφικές κινήσεις της μέσης δεν

προκαλούν, συνήθως, κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα πόνου. Παρατηρείται αυξημένη ευαισθησία στη μέση (προς τους γοφούς), πόνος αν πιεστούν οι γλουτοί και, συνηθέστατα, πόνος κι ευαισθησία στο ένα πόδι.

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει μείωση της δύναμης και αδυναμία πραγματοποίησης συγκεκριμένων κινήσεων χωρίς πόνο.

Τα παρουσιαζόμενα συμπτώματα μπορεί να έχουν οξεία ή χρόνια διάρκεια. Συχνά αναφέρεται, πως πάνω από το 90% των περιπτώσεων οσφυαλγίας, υποχωρούν αυτόματα μέσα στον πρώτο μήνα (Hestbaeck, Leboeuf – Yde κ.α. , 2003) .

Η κλινική εικόνα της οσφυαλγίας, διαφοροποιείται ανά ειδικές πληθυσμιακές υποομάδες. Ομαδικοί παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, οι εθνικότητα και η φυλή αλλά και ατομικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες και η ψυχολογική κατάσταση συνδέονται με τις αναφορές οσφυαλγίας.

Μολαταύτα, όπως αναφέρεται και στο άρθρο των McBeth και Jones, με τίτλο “Epidemiology of chronic musculoskeletal pain”, Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2007 η ακριβής φύση της συσχέτισης όλων αυτών των παραγόντων με την οσφυαλγία, κρύβει ακόμα ασάφειες και απαιτεί επιπρόσθετη μελέτη.

2.1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Όπως τα προαναφερθέντα στοιχεία φανερώνουν, τόσο τα αίτια όσο και η κλινική εικόνα της οσφυαλγίας παρουσιάζονται διαφορετικά ανά πληθυσμιακή ομάδα. Εδώ λοιπόν έγκειται ο ρόλος της Επιδημιολογίας, επιστήμης η οποία μελετά την κατανομή ασθενειών στον πληθυσμό εφαρμόζοντας τη μελέτη αυτή στον έλεγχο προβλημάτων υγείας (Manchikanti, 2000) .

Σύμφωνα με το άρθρο του Manchikanti, 2000 με τίτλο “ Epidemiology of Low Back Pain” , η οσφυαλγία είναι μία ανωμαλία με πολλές πιθανές αιτιολογίες, απαντημένη σε πολλές πληθυσμιακές ομάδες και με πολλούς ορισμούς. Η οσφυαλγία αποτελεί συνηθισμένο πρόβλημα, με επιπολασμό που ποικίλει από το 8% στο 56% στις Η.Π.Α. Εκτιμάται πως 28% του γενικού πληθυσμού θα βιώσουν περιοριστικά φαινόμενα οσφυαλγίας κάποια στιγμή στη ζωή τους, 14% θα βιώσουν φαινόμενα διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων, ενώ 8% του συνολικού πληθυσμού εργαζομένων ατόμων θα βιώσει σημαντικά φαινόμενα περιορισμού διάρκειας ενός έτους κάποια στιγμή στη ζωή τους. Το 65% με 80% του γενικού πληθυσμού θα παρουσιάσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους φαινόμενα οσφυαλγίας. Πιστεύεται πως η πλειοψηφία των περιπτώσεων οσφυαλγίας είναι μικρής διάρκειας και πως το 80% με 90% των περιπτώσεων θα υποχωρήσουν σε διάστημα 6 εβδομάδων, ανεξαρτήτως από την ύπαρξη ή τον τρόπο θεραπείας. Προκύπτει πως η

οσφυαλγία είναι πολυπαραγοντικό σύμπτωμα, εξαρτώμενο από φυσικές, κοινωνικές, δημογραφικές, ψυχοκοινωνικές παραμέτρους και συνήθειες.

Την οσφυαλγία ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο πρώτοι μελέτησαν τη δεκαετία του 1950 οι Kellgreen και Lawrence στο γενικό πληθυσμό του Leigh, στο Manchester. Ανέλυσαν τους ρόλους της στάσης, της μηχανικής φόρτισης και του περιβάλλοντος στη δημιουργία πόνου στη μέση. Τη μελέτη αυτή, ακολούθησε η έρευνα Calderdale τη δεκαετία του 1980, εξετάζοντας τη σχέση οσφυαλγίας και ανικανότητας σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Πιο πρόσφατες μελέτες του 1990 και των αρχών του 21^{ου} αιώνα μας επέτρεψαν να ορίσουμε τους ατομικούς και ομαδικούς παράγοντες, που πιθανώς καταλήγουν στη δημιουργία των συμπτωμάτων της οσφυαλγίας. Ο Macfarlane, στην ανασκόπησή του με τίτλο " Looking back: development sinourunder standing of the occurrence, aetiology and prognosi of chronicpain 1954 – 2004 " , 2005 αναφέρει πως βασική πρόκληση των ερχόμενων δεκαετιών είναι η χρησιμοποίηση της ήδη υπάρχουσας γνώσης ως προς την αιτιολογία της οσφυαλγίας και την κλινική της εκδήλωση, με στόχο το σχεδιασμό στρατηγικών αντιμετώπισης αυτής.

Μία άλλη ερευνητική ανασκόπηση, των Hestbaek, Leboeuf – Ydek.a. , 2003 με τίτλο " Low Back Pain: Whatisthelong-termcourse? A review of studies of general patient populations" βασισμένη στη χρησιμοποίηση του Medline και της βάσης δεδομένων EMBASE, παρέχει σημαντικές επιδημιολογικές πληροφορίες. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης 36 επιστημονικών επιδημιολογικών άρθρων με θέμα την οσφυαλγία, φανερώνουν πως η οσφυαλγία δεν παρέρχεται αυτομάτως αν αγνοηθεί. Παρά το ότι συχνά αναφέρεται πως πάνω από το 90% των περιπτώσεων οσφυαλγίας υποχωρούν μέσα σε ένα μήνα, η έρευνα αναφέρει πως σε διάστημα 12 μηνών, ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό οσφυαλγίας παρουσίασαν πόνο σε ποσοστό 56% (εύρος 14% με 93%) .

Είναι σαφές πως ανά επιδημιολογική μελέτη, τα ποσοστά οσφυαλγίας τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε υποομάδες αυτού παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις. Γι αυτό ευθύνεται τόσο η ύπαρξη και η χρησιμοποίηση διαφορετικών ερευνητικών μεθοδολογιών όσο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της όποις επιδημιολογικής ομάδας. Στο άρθρο των P. Loney και P. Stratford, 1999 με τίτλο: " The Prevalence of Low Back Pain in Adults: A Methodological Review of the Literature", σε μία ανασκόπηση επιδημιολογικών μελετών οσφυαλγίας από το 1981 έως το 1998, όπου τελικώς 13 μελέτες λήφθηκαν εξ' ολοκλήρου υπ' όψιν, εκτιμήθηκε πως το ποσοστό οσφυαλγίας στη Βόρεια Αμερική ήταν της τάξεως του 5,6%. Αντίστοιχα, στο άρθρο των D.Cassidy, P. Cotek.a. με τίτλο " Incidence and Course of Low Back Pain Episodes in the General Population" , 2005 το ποσοστό οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό του Καναδά, ήταν της τάξεως του 18,6%. Βλέπουμε δηλαδή πως για το ίδιο φαινόμενο, δύο διαφορετικές μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς, διαφορετικές χρονικές στιγμές και ακολουθώντας διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία, δίνουν δύο σημαντικά διαφορετικά αποτελέσματα. Είναι συνεπώς σημαντική η συνεισφορά της Επιδημιολογίας, τόσο στην κατανόηση όσο και στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας.

Η προαναφερθείσα μελέτη των D.Cassidy, P. Coteκ.α, 2005, πέραν του ότι μας βοήθησε μέσω του επιπολασμού που μας παρείχε να αναγάγουμε από μία σύγκριση ένα χρήσιμο συμπέρασμα, περιλαμβάνει και μία άλλη σημαντική πληροφορία. Τα 318 άτομα τα οποία παρακολουθήθηκαν για 6 και 8 μήνες, απατώντας στο ερωτηματολόγιο Χρόνιου Πόνου, δείχνουν πως τόσο τα νέα όσο και τα επαναλαμβανόμενα φαινόμενα οσφυαλγίας ήταν στην πλειοψηφία τους ήπια. Λιγότερο από το 1/3 των περιπτώσεων υποχώρησαν με το πέρασ του έτους, ενώ πάνω από το 20% αυτών ξαναπαρουσιάστηκαν μέσα στους 6 μήνες. Τα επεισόδια οσφυαλγίας είναι πιο επίμονα και επαναλήψιμα στους γηραιότερους ενήλικες.

Παραπλήσια αποτελέσματα, παρουσιάζει η 5ετής μελέτη των L. Hestbaek, C. Leboeuf – Υdek.α. 2002, με τίτλο “The Course of Low Back Pain in a General Population. Results from a 5-Year Prospective Study” . Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άτομα ηλικίας από 30 έως 50 στην πόλη Ebeltoft της Δανίας. Δείγμα αποτέλεσαν 1370 άτομα το 59% των οποίων, δηλαδή 813, ακολουθήθηκαν για 5 χρόνια μέσω ταχυδρομικών ερωτηματολογίων. Το δείγμα χωρίστηκε σε 3 ομάδες, άτομα χωρίς οσφυαλγία, άτομα παρουσιάζοντας οξεία φαινόμενα οσφυαλγίας και ασθενείς με χρόνιο πόνο στη μέση. Το σύνολό τους παρακολουθήθηκε για 5 έτη. Οι ερευνητές συμπέραναν πως η οσφυαλγία δε θα πρέπει να θεωρείται παροδική ούτε να παραμελείται αφού ως κατάσταση σπανίως χαρακτηρίζεται από ανικανότητα ή σημαντικούς περιορισμούς, αλλά παρουσιάζεται με περιοδικές επιθέσεις και προσωρινές αναρρώσεις. Από την άλλη, η “χρονιότητα” ως ορισμένη μόνο από τη διάρκεια των συμπτωμάτων δε θα πρέπει να θεωρείται χρόνια (J. Manipulative Physiol Ther 2003; 26: 21 3-9) .

Η οσφυαλγία παρ’ ότι σε γενικές γραμμές παρουσιάζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες αποτελεί σύμπτωμα αρκετών παιδιών και εφήβων. Μικρότερες ηλικίες παρουσιάζουν συχνότερα πόνο στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, ενώ στους εφήβους το ποσοστό πόνου στην οσφυϊκή και τη θωρακική μοίρα είναι παραπλήσιο. Αγόρια και κορίτσια δε φαίνεται να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εκδήλωση πόνου στη μέση. Τα στοιχεία αυτά πηγάζουν από το άρθρο των N. Wedderkopp, C. Leboeuf – Υde, κ.α. , 2000 για το οποίο παρακολουθήθηκαν για ένα μήνα 806 μαθητές, στην πόλη Odense της Δανίας, ηλικίας 8 με 10 και 14 με 16. Συνολικά, 39% αυτών ανέφεραν πόνο στην περιοχή της πλάτης ή του θώρακός τους, κατά τον πρώτο μήνα διάρκειας της μελέτης.

Τέλος, ενδιαφέροντα συμπεράσματα προσφέρει, το άρθρο της IASP (International Association for the Study of Pain), με τίτλο “Chronic pain syndroms: You can’t have one without an other” , 2007 των Wiesinger κ.α. Ο μέσος ασθενής αναφέρεται, δεν είναι ούτε μονο-συμπτωματικός ούτε μονο-παθολογικός, που σημαίνει πως στην πλειοψηφία τους οι άνθρωποι αναφέρουν περισσότερα του ενός συμπτώματα την οποιαδήποτε στιγμή (Aggarwal et al. , 2006; Hiller et al. , 2006) . Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνιο πόνο, επισημαίνουν την παρουσία του σε περισσότερες περιοχές του σώματος (Picavet and Schouten, 2003) . Συμπερασματικά λοιπόν, πολλές μελέτες οδηγούν στο συμπέρασμα πως η ύπαρξη ενός περιφερικού πόνου, υποθάλλει τον κίνδυνο εμφάνισης πόνου σε κάποια άλλη περιοχή του σώματος. Έτσι η οσφυαλγία ως σύμπτωμα πιθανώς να αποτελεί αιτία

δημιουργίας τοπογραφικά διαφορετικών συμπτωμάτων άλγους (Parageorgiouetal. , 1996; Smithetal. , 2004) .

2.2 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ: Επιπρόσθετα Επιδημιολογικά Στοιχεία

2.2.1 Σχέση Οσφυαλγίας και Ψυχικής Υγείας

Μελέτες που έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία και ασχολήθηκαν με την οσφυαλγία κατέληξαν σε διάφορα ευρήματα. Σε τηλεφωνική έρευνα του *H.BREIVIK* κ.α. (2005) που έγινε σε 15 ευρωπαϊκές χώρες και στο Ισραήλ συμμετείχαν 46.394 άτομα ηλικίας 18 ετών που παρουσίαζαν χρόνιο πόνο στη μέση. Η καταγραφή του πόνου έγινε σε κλίμακα 1 έως 10 όπου 1=ελάχιστο και 10=μέγιστο. Το 66% των ερωτηθέντων δήλωσαν μέτριο πόνο (κλίμακα 5-7), το 34% παρουσίασαν έντονο πόνο (κλίμακα 8-10), το 46% δήλωσε συνεχή πόνο και το 54% διαλείποντα. Συνάμα, το 21% παρουσίασε κατάθλιψη λόγω πόνου, το 61% αδυναμία εργασίας εντός σπιτιού, το 19% είχε χάσει τη δουλειά του και το 13% άλλαξε εργασία. Επιπροσθέτως, το 1/3 του δείγματος με χρόνιο πόνο δε χρησιμοποίησε καθόλου φαρμακευτική αγωγή και τα 2/3 του δείγματος έκαναν χρήση μη φαρμακευτικής θεραπείας (φυσικοθεραπεία , βελονισμό, μασάζ). Το γενικό συμπέρασμα της έρευνας αυτής ήταν ότι, το 19% των ευρωπαίων ενηλίκων παρουσιάζει μέτρια έως έντονη ένταση πόνου σε διάφορες περιπτώσεις οσφυαλγίας.

Έρευνα επίσης έγινε και στην Κρήτη από τον κύριο Χρίστο Λιόνη και τους συναδέλφους του το έτος 2000. Σε συνεργασία με άλλους φορείς έχουμε σημαντικά ευρήματα για την οσφυαλγία. Με τη βοήθεια των ερωτηματολογίων σε δείγμα 455 ασθενών από Κέντρα Υγείας της Κρήτης έχουμε τα εξής αποτελέσματα. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 20 ετών έως 79. Το 57% από αυτούς ήταν γυναίκες. Ο επιπολασμός γύρω στο 82.6%, δηλαδή 376 ασθενείς δήλωσαν έστω και μια φορά στη ζωή τους πω είχαν ενόχληση στη μέση, τους τελευταίους 12 μήνες. Το 56.9% δήλωσε πόνο στην οσφυϊκή μοίρα, το 34.1 δήλωσε πόνο στην αυχενική και το 29,9 δήλωσε πόνο στους ώμους. Ένα ποσοστό 27,9 % δήλωσε πόνο στα γόνατα. Περίπου το μισό δείγμα 48,6% περιόρισαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Μόνο το 32% επισκέφτηκαν ιατρό. Παρουσιάστηκαν συμπτώματα κατάθλιψης αλλά και περιορισμού κινητικότητας. Η ηλικία λοιπόν αλλά και το φύλο κυρίως γυναίκες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η ποιότητα ζωής καθώς και η ψυχική υγεία.

Εξ ορισμού ο πόνος είναι το πρωταρχικό σύμπτωμα σε ασθενείς με οσφυαλγία(DeyroRA.,1998). Ο πόνος είναι πολύ δυσάρεστη εμπειρία η οποία μπορεί να έχει συντριπτικά αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί στον καθημερινό, κοινωνικό του ρόλο. Έρευνες έχουν δείξει ότι άνθρωποι που ζούνε με μόνιμο πόνο στη μέση είναι

τέσσερις φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη η άγχος και παραπάνω από δύο φορές πιο πιθανό να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στη δουλειά τους, σε σχέση με αυτούς χωρίς πόνο (Cureje O. Και συν.,1998). Άλλοι ερευνητές έχουν δείξει επίσης ότι ο πόνος επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (health-related quality of life), συμπεριλαμβανομένης της φυσικής λειτουργίας, του κοινωνικού του ρόλου, των καθημερινών δραστηριοτήτων, της ενέργειας και της κούρασης καθώς και των συναισθηματικών λειτουργιών. (BeckerN και συν 1997, WonA και συν 1999 ArnoldLM και συν 2000). Γενικά ο χρόνιος πόνος, όταν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση σε όλους τους τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αναφέρουν χαμηλότερες επιδόσεις σε όλες τις διαστάσεις της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής, συγκεκριμένοι με υγιείς η με άλλες ομάδες ασθενών ενώ το φύλο , η διάρκεια και η ένταση του πόνου είναι διαγνωστικοί παράγοντες της φυσικής διάστασης της υγείας (DysvikE. Και συν. 2004). Τέλος υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν την επίδραση ψυχοκοινωνικών και φυσικών παραγόντων στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Nickel R. Και συν, 2003), όπως και επίσης την αρνητική επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων και μιας συναισθηματικής αστάθειας στο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα ασθενών με δισκογενή χρόνια οσφυαλγία, μέσω της επίδρασης στο SF-36 (Derby R και συν, 2005).

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 116 ασθενείς, 65 γυναίκες και 51 άνδρες, ηλικίας από 24 έως 82 ετών, οι οποίοι προσήλθαν στα τακτικά ιατρεία της κλινικής την περίοδο Σεπτεμβρίου 2007 και Ιουνίου 2009. Στην έρευνα συμμετείχαν μόνο όσοι είχαν πρόβλημα οσφυαλγίας. Οι ασθενείς που πού πληρούσαν τα κριτήρια συμπλήρωσαν το SF-36. Οι ασθενείς εξετάζονταν νευρολογικά. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 5 ηλικιακές ομάδες ξεκινώντας από τη δεκαετία 21-30 και φτάνοντας στα 61.στο επίπεδο εκπαίδευσης 4.3 % ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης 23.3% απόφοιτοι γυμνασίου 36.2% απόφοιτοι λυκείου και 36.2% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. 19.8% ήταν άγαμοι 67.2 % έγγαμοι 6% διαζευγμένοι και 7% χήροι. Επίσης 65.5% ανέφεραν λήψη φαρμακευτικής αγωγής και 43% ήταν καπνιστές. Μέσα λοιπόν από αυτή την έρευνα που έγινε βγαίνει το συμπέρασμα πως σημαντικό ρόλο στην οσφυαλγία παίζει η ποιότητα ζωής καθώς και η σωματική καταπόνηση. Επίσης στα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάστηκαν και προβλήματα στην ψυχική τους υγεία.

Σε μελέτη που έγινε σε άτομα που νοσηλεύτηκαν με χρόνια οσφυαλγία στη Νευροχειρουργική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής παίρνουμε επίσης σημαντικά πορίσματα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ατομικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας μια συντόμευση του ερωτηματολογίου McGill για τα δημογραφικά στοιχεία και τα δεδομένα που σχετίζονται με τον πόνο, την τροποποιημένη αναλογική κλίμακα Hamiltonγια την κατάθλιψη και την αναλογική κλίμακα Hamilton για το άγχος. Μελετήθηκαν 40 ασθενείς, 16 άνδρες και 24 γυναίκες με οσφυαλγία. Το μέσο επίπεδο κατάθλιψης σε μία κλίμακα έντασης 3-40 ήταν 15.15 (SD=10.13), οπότε η κατάθλιψη θεωρείται ήπια. Το μέσο επίπεδο άγχους σε μία κλίμακα έντασης 2-26 αξιολογήθηκε στο 7,40 (SD=6.52), τα οποίο είναι μικρότερο από εκείνο που αντιστοιχεί στο μέτριο άγχος. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ έντασης

της κατάθλιψης, του άγχους και του πόνου. Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η ένταση του πόνου σχετίζεται θετικά με τη νεαρή ηλικία και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, η διάρκεια του πόνου σχετίζεται θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ως εκ τούτου εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης. Επίσης ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από κατάθλιψη. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του πόνου, τόσο η ένταση του αποδίδεται ως σοβαρότερη. Σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν πιο συχνά κοντά σε αγχώδεις ασθενείς.

2.2.2 Σχέση Οσφυαλγίας και Ποιότητας Ζωής

Σε μια άλλη έρευνα του Meter M. Kent κ.α. περιγραφικής επισκόπησης που διεξήχθη σε διάφορες χώρες παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την επικράτηση, τον περιορισμό, τη δραστηριότητα, τη φυσική ιστορία καθώς και την κλινική πορεία της νόσου. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής σε ότι αφορά το ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από τη νόσο σε ανεπτυγμένες χώρες : Το 6,8% του πληθυσμού πάσχει στη Βόρεια Αμερική, το 14% στη Δανία, το 12% στη Σουηδία, το 13,7% στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 28,4% στο Καναδά και το 33% στο Βέλγιο. Μέσω της έρευνας αυτής παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό επικράτησης της οσφυαλγίας σε μη ανεπτυγμένες χώρες.

Τον Απρίλιο του 2006 έρευνα επίσης διεξήχθη στην Νότια Αφρική και στη Νιγηρία. Οι βάσεις δεδομένων οι Pedrosience, Direct Sport Discus. Η πλειοψηφία των μελετών 63% διεξήχθησαν στη Νότιο Αφρική 37% ενώ το 26% διεξήχθη στη Νιγηρία. Η μέση επικράτηση της οσφυαλγία μεταξύ των εφήβων ήταν της τάξεως του 12% και μεταξύ των ενηλίκων της τάξεως του 32%. Επίσης η μέση επικράτηση ενός έτους μεταξύ εφήβων κυμαινόταν στο 33% στους έφηβους ενώ στους ενήλικες ήταν 50%. Γενικά η μέση επικράτηση ήταν 36% στους έφηβους και 62% στους ενήλικες. Μέσα από την έρευνα τα πορίσματα που προέκυψαν ήταν ότι η παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου της οσφυαλγίας που υποδηλώνει ο επιπολασμός των Αφρικανών αυξάνεται και είναι ανησυχητική.

Στη συνέχεια από έρευνα που έγινε από τον Γεώργιο Στράτζαληκ.α το έτος 2001 προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με την οσφυαλγία. Η μελέτη έγινε σε άτομα (άντρες- γυναίκες) από 15 ετών και άνω σε αστικές ημιαστικές καθώς και σε αγροτικές περιοχές, συμπεριλαμβανομένων των νήσων του Ιονίου και του Αιγαίου. Το δείγμα ήταν 2000 άτομα τα οποία επιλέχθηκαν τυχαία από ηλεκτρονικό υπολογιστή και χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής: Το 49% ήταν άνδρες και το 51% ήταν γυναίκες. Κυριαρχούσε ηλικιακή ομάδα 15 έως 45 ετών(56%)και άτομα με εκπαίδευση 6-12 ετών(51%)η πλειοψηφία των ατόμων ήταν έγγαμοι και ένα ποσοστό της τάξεως του 43% ανέφερε μηνιαίο εισόδημα ύψους 1000-1500 Ευρώ. Το 40% ασκούσε χειρωνακτικό επάγγελμα ενώ το 30% μη χειρωνακτικό. Το 59% διέμενε σε αστικές περιοχές. Γενικό

συμπέρασμα ήταν ότι τι 32% του Ελληνικού πληθυσμού βάση δείγματος πάσχει από οσφυαλγία.

2.2.3 Σχέση Οσφυαλγίας και Ηλικίας

Σε έρευνα επίσης που έγινε από τον Κ. Λιαρόπουλο Κωνσταντίνο το έτος 2003 βρίσκουμε σημαντικά ευρήματα σχετικά με την οσφυαλγία. Το δείγμα αποτελούνταν από 64 άτομα εκ των οποίων 43 ήταν άνδρες και 21 ήταν γυναίκες. Το ανάλογο ποσοστό ήταν αντίστοιχα 67% και 33%. Οι ηλικίες ήταν από 20 έως 50 ετών. Από τους 64 ασθενείς οι 57, ήτοι ποσοστό 90% είχαν χειρουργηθεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών ενώ 7 σε κλινικές άλλων Νοσοκομείων. Επίσης από τους 64 ασθενείς οι 59 είχαν ξανά υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και οι 5 από αυτούς δε κρίθηκαν κατάλληλοι για επανεγχείρηση. Από ανάλυση δεδομένων της έρευνας προέκυψε ότι το 27% ήταν αγρότες και εργάτες. Από τα ποσοστά της ηλικίας παίρνουμε επίσης την πληροφορία ότι το 22% κυμαινόταν από 31 έως 40 ετών, από 41 έως 50 ήταν το 34.8% και από 51 έως 60 ετών ήταν το 25%. Παρατηρούμε λοιπόν ότι σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου διαδραματίζει η ηλικία.

Επίσης σε έρευνα που έγινε στο Saskatchewan του Torondo το 1997 από το Ινστιτούτο Υγείας και το τμήμα Κλινικής Υγείας και Ψυχολογίας μας δίνει σημαντικά ευρήματα σχετικά με την οσφυαλγία. Η έρευνα έγινε σε δείγμα 2.184 ατόμων ηλικίας μεταξύ 20 και 69 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 84.1 % του δείγματος είχε πόνο στη μέση κατά τη διάρκεια της ζωής του ενώ το 15.1% έπασχε από πόνο στη μέση εκείνη τη στιγμή. Επίσης το 48.9% έπασχε από πόνο τους τελευταίους 6 μήνες, το 12,3% έπασχε από παλιότερα και ένα ποσοστό της τάξεως 10.7% έπασχε εκείνη τη στιγμή. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι το 23.4% των ανθρώπων που πάσχουν από οσφυαλγία έχει χρόνιο πόνο, ενώ το 64.2% έχει διαλειπόμενο πόνο.

2.2.4 Οικονομική Επιβάρυνση Ασθενών λόγω Οσφυαλγίας

Αντίστοιχα σε έρευνα της Σχολής Επιστημών Υγείας La-trobe και άλλων Οργανισμών (1993-94) που έγινε σε δείγμα πληθυσμού της Αυστραλίας 19,5 εκ. ατόμων προέκυψε ότι, 3,6 εκ. πραγματοποίησαν επισκέψεις σε ιατρούς εκ των οποίων έλαβαν 2,9 εκ. συνταγές για φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να αντιμετωπίσουν τον πόνο στη μέση. Συνάμα, δεδομένα από το σύστημα υγείας έδειξαν ότι το 8% των πασχόντων απουσίασαν πάνω από 6 μήνες από τη δουλειά τους και ήταν υπεύθυνοι για το 73% των ιατρικών εξόδων και για το 76% του κόστους αποζημίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ-ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ (2010-2011)

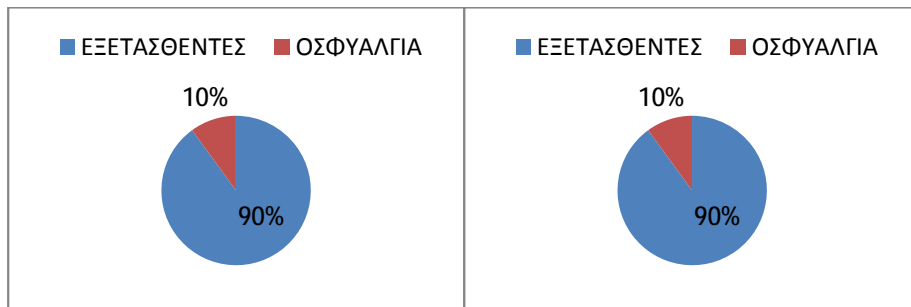
Οι παρακάτω πίνακες και τα σχετικά γραφήματα (πίτες) μας δείχνουν το σύνολο των εξετασθέντων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Ορθοπαιδικής Κλινικής κατά τα έτη 2010 και 2011 και πόσοι από αυτούς βρέθηκαν να πάσχουν από οσφυαλγία.

Πίνακας 1(2011)

ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ	6854
ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	765

Πίνακας 1(2010)

ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΩΝ	10587
ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	902



Όπως προκύπτει από τους πίνακες και τα γραφήματα παρά το γεγονός ότι η εξετασθέντες στα Εξωτερικά Ιατρεία μειώθηκαν το 2011 το ποσοστό πασχόντων από οσφυαλγία παραμένει σταθερό.

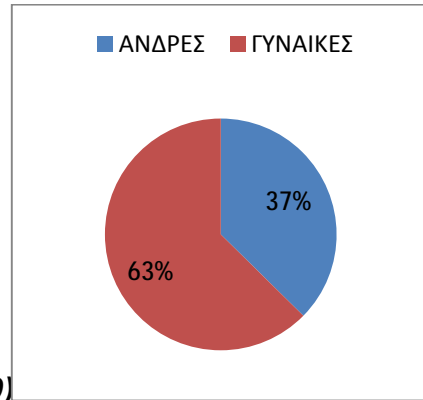
Στους πίνακες 2 και στα γραφήματα 2 καταγράφεται ο αριθμός και το ποσοστό των ασθενών ανάλογα με το φύλλο τους. Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των γυναικών είναι σχεδόν διπλάσιο εκείνου των ανδρών.

Πίνακας 2(2011)

ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ	765
ΑΝΔΡΕΣ	286
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	479

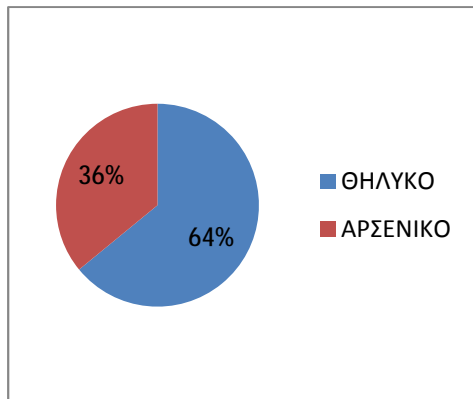
Πίνακας 2(2010)

ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ	902
ΑΝΔΡΕΣ	325
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	577



Γράφημα 2 (2011)

Γράφημα 2 (2010)



Στους πίνακες 3 και στα γραφήματα 3 εμφανίζεται ο αριθμός και τα ποσοστά των πασχόντων από οσφυαλγία κατά ηλικιακή ομάδα και παρατηρούμε ότι μεγαλύτερη συχνότητα στην εμφάνιση της νόσου, παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα των 46-65 ετών και ακολουθεί εκείνη των 66-80 ετών ,και στα 2 έτη.

Πίνακας 3 (2011)

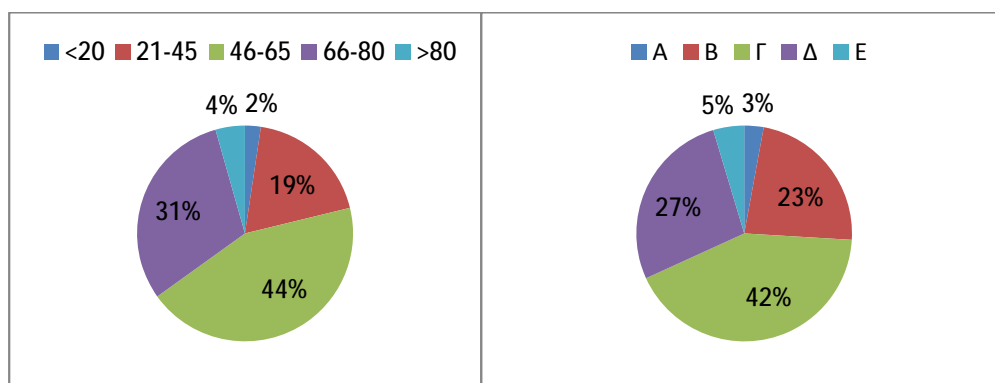
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
<20	18
21-45	144
46-65	336
66-80	233
>80	34

Πίνακας 3 (2010)

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
<20	27
21-45	207
46-65	379
66-80	244
>80	45

Γράφημα 3 (2011)

Γράφημα 3 (2010)



Στους πίνακες 4 και στα γραφήματα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών ανάλογα με τον ασφαλιστικό τους φορέα. Είναι αυτονόητο ότι υπερτερούν συντριπτικά οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, μιας και ο νομός της

Καρδίτσας θεωρείται κατεξοχήν αγροτικός νομός. Ακολουθούν οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ με υπερδιπλάσιο ποσοστό.

Πίνακας 4(2011)

ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΟΓΑ	416
ΙΚΑ	186
ΔΗΜΟΣΙΟ	83
ΤΕΒΕ	18
ΤΑΠΟΤΕ	12
ΑΠΟΡΟΙ	38
ΑΛΛΟ	12

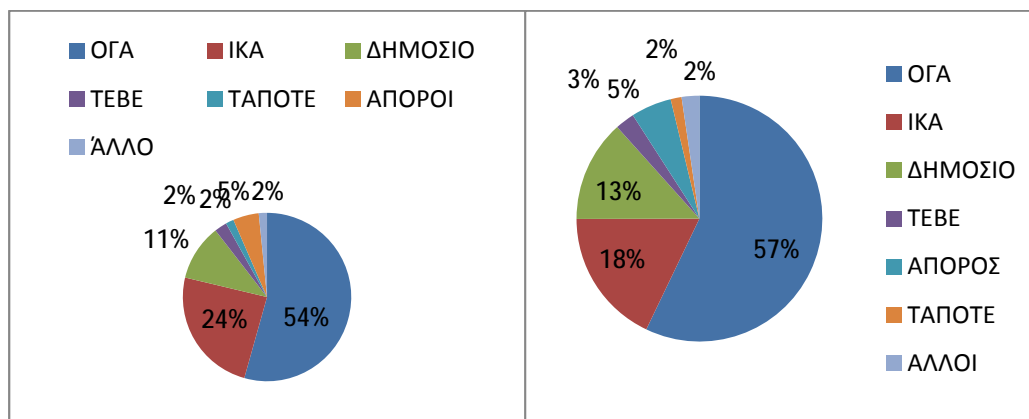
Πίνακας 4(2010)

ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΟΓΑ	514
ΙΚΑ	162
ΔΗΜΟΣΙΟ	117

ΤΕΒΕ	27
ΤΑΠΟΤΕ	18
ΑΠΟΡΟΙ	46
ΆΛΛΟ	18

Γράφημα 4 (2011)

Γράφημα 4(2010)



Επίσης, σύμφωνα με τα τηρούμενα στατιστικά στοιχεία κατά τη χρονική περίοδο από 1-1-2009 έως και 30-6-2012 νοσηλεύτηκαν στην Ορθοπαιδική Κλινική και στο Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας (Χειρουργικό) του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας συνολικά 5198 ασθενείς. Από αυτούς ποσοστό 4.8% ήτοι 250 ασθενείς βρέθηκαν να πάσχουν από οσφυαλγία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ

4.1 Μεθοδολογία

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, με στόχο την καταγραφή της οσφουαλγίας στις περιοχές της Πάτρας, Τρικάλων και Καρδίτσας, εντάσσεται σε μία ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής της συγκεκριμένης πάθησης στην ελληνική επικράτεια. Πρόκειται για μια μελέτη η οποία διεξάγεται από μια ομάδα τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας υπό την εποπτεία του εκπαιδευτικού προσωπικού του Τμήματος. Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με την οσφουαλγία τυχαίου δείγματος πολιτών της περιοχής. Τα άτομα αυτά, καλούνται να συμπληρώσουν ένα ειδικά διαμορφωμένο οκτασέλιδο (8) ερωτηματολόγιο, το οποίο εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της μέσης τους, τη λειτουργικότητά τους και άλλων στοιχείων που αφορούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες και τη γενικότερη ποιότητα ζωής τους.

4.2 Ερωτηματολόγια

Τα οκτασέλιδα (8) αυτά έντυπα οσφουαλγίας, απαρτίζονται από επιμέρους τμήματα, η επιλογή και η ένταξη των οποίων στα ερωτηματολόγια, θα αιτιολογηθεί στην συνέχεια της παρούσας μελέτης.

Συνοπτικά:

- 1^η σελίδα: Γενικές Πληροφορίες Δείγματος
- 2^η, 3^η σελίδα: Γενικό Ερωτηματολόγιο Οσφουαλγίας.
- 4^η – 8^η σελίδα: Ειδικά Ερωτηματολόγια Οσφουαλγίας.

1^ησελίδα: Γενικές Πληροφορίες

Πρόκειται για το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου το οποίο αρχίζει περιγράφοντας τον σκοπό της συμπλήρωσης του συγκεκριμένου εντύπου.

Σημειώνεται η ημερομηνία και η υπογραφή του άτομου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, καθιστώντας ευκολότερη τη μετέπειτα ταξινόμηση και κωδικοποίηση των εντύπων.

Επιπλέον, ζητώντας κάποιες γενικές πληροφορίες, οι οποίες έχουν σημαντικό επιδημιολογικό ενδιαφέρον. Σημειώνονται το φύλο, η ηλικία, η

επαγγελματική ιδιότητα, οι ημερήσιες ώρες εργασίας, το επίπεδο μόρφωσης, ο τόπος κατοικίας, η οικογενειακή κατάσταση, το ετήσιο εισόδημα, η ασφάλεια υγείας, η σχέση με το κάπνισμα, οι δραστηριότητες και τα χόμπι.

2^η, 3^η σελίδα: Γενικό Ερωτηματολόγιο Οσφυαλγίας

Πρόκειται για ένα σύνολο 18 ερωτήσεων οι οποίες προσδιορίζουν την τοπογραφική κατανομή, την ένταση και την συχνότητα του άλγους τις τελευταίες 4 εβδομάδες από την ημερομηνία συμπλήρωσης του εντύπου. Κάποιες από τις ερωτήσεις αφορούν προσπάθειες αντιμετώπισης της οσφυαλγίας στο παρελθόν από επαγγελματίες υγείας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως η μορφή του γενικού αυτού εντύπου των 18 ερωτήσεων δεν αποτελεί καινοτομία των τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 2008 στην επιστημονική κοινότητα στο άρθρο του Dionne κ.α. με τίτλο «A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies». Είναι το αποτέλεσμα της συνεργασίας 28 ερευνητών από 12 χώρες σε μία έρευνα τύπου «Delphi», με στόχο την αναγνώριση σταθερών ορισμών του πόνου στη μέση, για τη χρησιμοποίηση αυτών σε επιδημιολογικές μελέτες.

Μέχρι τότε υπήρχε μια ευρεία ετερογένεια σε αναφορές πόνου στη μέση στο γενικό πληθυσμό η οποία περιόριζε ή καθιστούσε αδύνατη την έγκυρη σύγκριση ή περίληψη των αποτελεσμάτων διαφορετικών ερευνών. Για την πλειοψηφία των ερευνητών (82%) της μελέτης του Dionne (2008), η έκφραση «πόνος πλάτης» είχε τη μοναδική σημασία του «πόνου μέσης» και δε θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την περιγραφή αυχενικού, θωρακικού και οσφυϊκού άλγους.

Εν τέλει, 2 ορισμοί συμφωνήθηκαν, παρέχοντας σταθερές, οι οποίες θα μπορούσαν να βελτιώσουν την εγκυρότητα μελλοντικών συγκρίσεων ποσοστών οσφυαλγίας και να διευκολύνουν τις στατιστικές περιλήψεις. Ένας «ελάχιστος», για χρήση σε μεγάλου εύρους πληθυσμιακές μελέτες με χώρο για μόνο 1 ή 2 ερωτήσεις. Ένας «βέλτιστος», για μελέτες όπου οι ερευνητές έχουν χώρο ή χρόνο για περισσότερες ερωτήσεις.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, οι δεκαοκτώ (18) γενικές ερωτήσεις οσφυαλγίας στηρίζονται στο «βέλτιστο» ορισμό της οσφυαλγίας.

4^η σελίδα : The Keele STarT Back Screening Tool

Ο ασθενής, σκεπτόμενος τις 2 τελευταίες εβδομάδες, απαντά σε 9 ερωτήσεις, για τις οποίες λαμβάνει 2 τελικά σκορ αξιολόγησης. Το Keele StarT Back Screening Tool αποτελεί ένα σύντομο και πρακτικό εργαλείο αξιολόγησης της οσφυαλγίας.

Η εγκυρότητα κι η αξιοπιστία του, αποδείχθηκαν στο επιστημονικό άρθρο του Hill κ.α. (2010) με τίτλο «Subgroup in glow back pain: Acomparison of the StarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire». Στη μελέτη αυτή ο Hill κ.α. συγκρίνουν το Keele StarT Back ScreeningTool(SBT) με ένα άλλο ειδικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της οσφυαλγίας, το Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ) , ευρέως αποδεκτό ως έγκυρο. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 244 άτομα ηλικίας 18-59, τα οποία απάντησαν τόσο των εννέα ερωτήσεων SBT όσο και των εικοσιπεντάριων ερωτήσεων OMPSQ και τα οποία ένοιωθαν πόνο στη μέση. Το 53% του δείγματος (δηλαδή 130/244 ασθενείς) απάντησε στο σύνολο των ερωτήσεων οι οποίες σχετίζονταν με την παρουσία κινητικών περιορισμών, πόνου, φοβίας ενώ ζητούσαν και πληροφορίες δημογραφικού περιεχομένου. Ο συσχετισμός των αποτελεσμάτων από τα 2 αυτά Test ήταν εξαιρετικός ($r_s=0,80$).Ενώ το OMPSQαπεδείχθη καλύτερο στον εντοπισμό της έντασης του άλγους, το SBT φάνηκε πιο κατάλληλο για τον εντοπισμό της οσφυαλγίας και της ισχιαλγίας.

Συμπερασματικά, το SBT είναι έγκυρο και αξιόπιστο ενώ το ότι αποτελείται από μόνο 8 ερωτήσεις, το καθιστά πιο εύχρηστο και ταχύ στην αξιολόγηση και τον εντοπισμό ασθενών με οσφυαλγία.

5^η σελίδα: The Roland-Morris Disability Index

Πρόκειται για μια λίστα εικοσιπεντάριων εκφράσεων τις οποίες έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους άτομα με πόνο στη μέση. Οι απαντώντας το ερωτηματολόγιο, καλούνται να επιλέξουν τις προτάσεις εκείνες οι οποίες ενδεχομένως να τους εκφράζουν την ημέρα συμπλήρωσης του εντύπου. Αν κάποια πρόταση δεν αντιστοιχεί σε αυτό που βιώνει ο ασθενής, δεν επιλέγεται.

Όπως αναφέρουν οι Riddle, Stratfordκαι Binkley, στην ερευνητική αναφορά τους με τίτλο: “Sensitivity to Change of the Ronald – Morris Bach Pain Questionnaire: Part 2”, το Ronald – Morris Bach Pain Questionnaire (RMG) συνιστά μία εκ των πιο ευρέως χρησιμοποιούμενων μεθόδων αξιολόγησης της γενικής ανικανότητας ατόμων με οσφυαλγία. Οι θεράποντες οι οποίοι χρησιμοποιούν το RMQ συχνά ενδιαφέρονται στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρερχόμενης θεραπείας με βάση τη μεταβολή της ανικανότητας των ασθενών τους.

Η ερευνητική μελέτη των Riddle, Stratfordκαι Binkley, έγινε σε σύνολο 243 ασθενών, 204 εκ των οποίων πραγματοποίησαν τους στόχους του θεραπευτικού τους προγράμματος. Τα βασικά συμπεράσματα είναι πως το RMQτων ασθενών οι οποίοι ακολούθησαν το πρόγραμμα θεραπείας τους είχε βελτιωμένο σκορ, σε αντίθεση με όσους δε το ακολούθησαν, ενώ δε μπόρεσαν να βρουν κάποιον αξιόπιστο συσχετισμό μεταξύ του αρχικού σκορ του RMGκαι της μετέπειτα εξέλιξης της ανικανότητας των ασθενών. Φαίνεται έτσι η αξιοπιστία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου αφού σε αντικειμενική βελτίωση της ανικανότητας των ασθενών, το ερωτηματολόγιο παρουσίασε επίσης βελτίωση των σκορ των ασθενών.

Αξίζει να σημειωθεί πως η ελληνική εκδοχή του RMQ αποτελεί προϊόν της εργασίας των Boscainosk.α., όπως περιγράφεται στο άρθρο με τίτλο : “Greek Version of the Oswstryand Roland- Morris Disability Questionnaires”, (2003) . Οι συγκεκριμένοι ερευνητές, μετέφρασαν το RMQ για χρήση αυτού στον ελληνικό πληθυσμό κι αφού έλεγξαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του σε ένα δείγμα 697 ασθενών, διαμόρφωσαν την τελική ελληνική εκδοχή του, η οποία χρησιμοποιείται στην παρούσα ερευνητική μελέτη. Η εγκυρότητα του περιεχομένου της ελληνικής εκδοχής, έλαβε τιμή συσχέτισης με αυτής της πρωτότυπης, “0,885 = Cronbach’s alphas efficient”, ενώ κι η αντικειμενικότητα και αξιοπιστία του περιεχομένου εξασφαλίστηκαν πλήρως.

6^η σελίδα: Κλίμακα HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Η συγκεκριμένη κλίμακα, αποτελείται από 24 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων περιγράφουν κάποια γενικότερα συναισθήματα ασθενών με οσφυαλγία. Το ερωτηματολόγιο αυτό ανέπτυξαν οι Zigmond και Snaithe, το 1983.

Έκτοτε, αποτελεί για τους κλινικούς, ένα αποδεκτό, έγκυρο, αξιόπιστο κι εύκολο στη χρήση εργαλείο για τον εντοπισμό και τη βαθμονόμηση της κατάθλιψης και του άγχους. Είναι συνετό, να μην χρησιμοποιείται για τη διάγνωση ψυχιατρικών παθήσεων, αλλά για τον εντοπισμό γενικότερων νοσοκομειακών ασθενών, οι οποίοι χρειάζονται περισσότερη ψυχιατρική αξιολόγηση και βοήθεια.

Η κλίμακα HADS, μεταφράστηκε και αποδείχθηκε επιστημονικά επαρκής, με τη δημοσίευση του Michalopoulosk.α. το 2008, από άρθρο τους με τίτλο: “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) : validation in a Greek general hospital sample” . Τα μεταφρασμένα στα ελληνικά ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε δείγμα 521 ατόμων, στο “Αττικόν” Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, οι απαντήσεις των οποίων παρουσίασαν υψηλή εσωτερική περιεκτικότητα και σταθερότητα με το συντελεστή “Cronbach’s coefficient” να ισούνται με 0,884. Συνεπώς, η ελληνική εκδοχή του HADS θεωρήθηκε αποδεκτή, αξιόπιστη και έγκυρη.

Η μελέτη των Wilkinson και Barczak, με τίτλο: “Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale”, συγκρίνει σε ένα δείγμα 100 ασθενών την αποτελεσματικότητα του HADS και ενός ερωτηματολογίου γενικής υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το HADS είναι απλούστερο στη συμπλήρωσή του από τους ασθενείς ενώ φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητο από έναν γενικό ερωτηματολόγιο (90% έναντι 77%) .

Τέλος, το άρθρο του Saith, με τίτλο “The Hospital Anxiety and Depression Scale” , ο οποίος ανέπτυξε την κλίμακα HADS, σχολιάζει πως αν και ο πρωτότυπος τίτλος του HADS περιέχει τον όρο “Hospital” δηλαδή “Νοσοκομείο”, πολλές ερευνητικές μελέτες ανά τον κόσμο επιβεβαιώνουν την εγκυρότητά του όταν αυτό χρησιμοποιήθηκε σε ομαδοποιημένες μελέτες και σε γενικότερες περιπτώσεις παροχής πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.

7^η, 8^η σελίδα: Η υγεία και η ευημερία

Το ειδικό αυτό ερωτηματολόγιο, ζητά τις απόψεις των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, για την υγεία τους. Οι πληροφορίες αυτές, θα συνεισφέρουν στην εξακρίβωση του τι αισθάνονται οι ασθενείς με οσφυαλγία καθώς και στο πόσο καλά μπορούν να ασχοληθούν με τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους.

4.3 Δείγμα

Οι συγγραφείς της παρούσας εργασίας κλήθηκαν να μοιράσουν 100 ερωτηματολόγια στην περιοχή της Πάτρας και 100 άλλα στα Τρίκαλα και την Καρδίτσα. Τα έντυπα αυτά συμπληρώθηκαν από ενήλικες, έχοντες βιώσει φαινόμενα πόνου στην περιοχή της μέσης τους, τουλάχιστον τις τελευταίες 4 εβδομάδες, από την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Το δείγμα ήταν τυχαίο και ο τρόπος εύρεσης αυτού περιγράφεται λεπτομερώς στο ακόλουθο κεφάλαιο με τίτλο “Τρόπος Χορήγησης”.

4.4 Τρόπος Χορήγησης Ερωτηματολογίων

Για την εύρεση ενός όσο το δυνατόν πιο τυχαίου δείγματος κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων από τους τελειόφοιτους σπουδαστές, οι επόπτες καθηγητές του Τμήματος Φυσικοθεραπείας, πρότειναν να ακολουθηθεί ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Για κάθε σπουδαστή, ορίστηκε ένα σημείο εκκίνησης της διανομής, ως “σημείο 0”. Από το σημείο αυτό, οι σπουδαστές εισήλθαν σε κάθε 3^ο κατά σειρά οίκημα και από τις δύο πλευρές του δρόμου. Το οίκημα μπορεί να είναι σπίτι, γραφείο, μαγαζί ή κάτι άλλο χωρίς η ιδιότητά του να επηρεάζει την ερευνητική μελέτη.

Για την περιοχή της Πάτρας, “σημείο 0” αποτέλεσε η “Πλατεία Αγίου Γεωργίου”, στο κέντρο της πόλης, με αφετηρία τις οδούς Κορίνθου και Μαιζώνος και κατεύθυνση δυτική (προς Πύργο) ενώ ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και στην οδό Καραϊσκάκη.

Παρομοίως, για τις περιοχές των Τρικάλων και της Καρδίτσας, σημείο αφετηρίας αποτέλεσαν οι κεντρικές πλατείες των πόλεων, ενώ τα ερωτηματολόγια οσφυαλγίας μοιράστηκαν προς τις δύο κατευθύνσεις του κύριου δρόμου και των βασικών παραλλήλων του.

Οι σπουδαστές ακολουθώντας το πρωτόκολλο διανομής που τους υπέδειξαν οι επόπτες καθηγητές του Τμήματος Φυσικοθεραπείας, γνωστοποιούσαν την ιδιότητα τους στο σύνολο των ατόμων τα οποία συναντούσαν.

Από το σύνολο των ατόμων αυτών, κλήθηκαν να απαντήσουν, εφόσον το επιθυμούσαν, άτομα ηλικίας από 28-70 ετών, ελληνικής ιθαγένειας και τα οποία παρουσίαζαν τουλάχιστον κάποια ενόχληση στην περιοχή της μέσης τους κατά τον τελευταίο μήνα.

Τα άτομα αυτά, αφού υπέγραψαν την 1^η σελίδα του εντύπου, αφιέρωσαν 10-15 λεπτά, απαντώντας τις ερωτήσεις του εντύπου οσφυαλγίας, με τη βοήθεια των σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας των ΤΕΙ Πάτρας, οι οποίοι τους παρείχαν τις απαραίτητες διευκρινίσεις, όταν αυτές χρειάστηκαν.

Τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν, είναι απολύτως εμπειρικά και απόρρητα, και οι ερωτηθέντες, είχαν τη δυνατότητα απόσυρσης της συμμετοχής τους στην έρευνα, οποιαδήποτε στιγμή, εάν τον ήθελαν.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έλαβε τέλος όταν ικανοποιητικός αριθμός αυτών είχε απαντηθεί.

4.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων 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 συγκεκριμένα δεδομένα (π.χ. φύλο, μόρφωση, οικογενειακή κατάσταση), καθώς και για σχεδόν όλα τα ερωτήματα των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο ποσοστιαίος υπολογισμός (%) καθώς 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 οπισθίων (περιοχές **BodyChart 5 & 6** του ερωτηματολογίου) σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την περιοχή κατοικίας, το ετήσιο εισόδημα, το κάπνισμα, τη χρονιότητα οσφυαλγίας, τα υποτροπιάζοντα επεισόδια και την παρουσία ισχιαλγίας. Η ανάλυση έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (version 19.0).

4.6 Αποτελέσματα Στατιστικής Ανάλυσης

Ρωτήθηκαν 178 γενικού πληθυσμού, 103 (57,9%) άνδρες, 75 (42,1%) γυναίκες. Από αυτούς οι 83 είχαν οσφυαλγία (ποσοστό: 46,6%)

Το σύνολο των συμπληρωμένων πλήρως ερωτηματολογίων (N=83) κωδικοποιήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Microsoft Office Excel και στη συνέχεια επεξεργάστηκε στο spss (version 19.3). Από την συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα.

4.6.1 Δημογραφικά Στοιχεία Περιοχής Τρικάλων-Καρδίτσας- Πάτρας

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΦΥΛΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άρρεν	28	33,7	33,7	33,7
Θήλυ	55	66,3	66,3	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τον αριθμό των ανδρών και αντίστοιχα των γυναικών που απάντησαν πλήρως τα ερωτηματολόγια οσφυαλγίας. Το γενικό σύνολο είναι 83. Το ποσοστό που προκύπτει είναι 33.7% άνδρες και 66.3 % γυναίκες. Όπως λοιπόν βλέπουμε σε τυχαίο δείγμα το ποσοστό των γυναικών με οσφυαλγία στις περιοχές Τρικάλων, Καρδίτσας και Πάτρας είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό των ανδρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<7.200 euro	31	37,3	37,3	37,3
7.200-14.400 euro	25	30,1	30,1	67,5
14.400-24.000 euro	23	27,7	27,7	95,2
>24.000 euro	4	4,8	4,8	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

Στο παραπάνω πίνακα φαίνεται το ετήσιο εισόδημα του δείγματος το οποίο χωρίζεται σε 4 κατηγορίες. Δεν παρατηρείται κάποια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και οσφυαλγίας διότι τα ποσοστά είναι σχεδόν ομοιόμορφα κατανεμημένα στο σύνολο των κατηγοριών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	54	65,1	65,1	65,1
Λίγο, 1-2 πακέτα/εβδ.	12	14,5	14,5	79,5
Πολύ, 1-2 πακέτα/ημ.	17	20,5	20,5	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα καπνίσματος τόσο μεγαλύτερη είναι η εμφάνιση οσφυαλγίας. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από ένα δείγμα 83 ατόμων .

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
	Δημοτικό	8	9,6	9,6	9,6
	Γυμνάσιο	4	4,8	4,8	14,5
	Λύκειο	32	38,6	38,6	53,0
	3βάθμια	39	47,0	47,0	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0		

Ο παραπάνω πίνακας μας παραθέτει πληροφορίες σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Το μορφωτικό επίπεδο κατηγοριοποιείται σε 4 βαθμίδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ελεύθερος	24	28,9	28,9	28,9
Παντρεμένος	49	59,0	59,0	88,0
Διαζευγμένος	4	4,8	4,8	92,8
Χήρος	6	7,2	7,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

Ο παραπάνω πίνακας συσχετίζει την οικογενειακή κατάσταση με την εμφάνιση της οσφυαλγίας.

4.6.2 Επιβαρυντικοί Παράγοντες

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	44	53,0	53,0	53,0
Όχι	37	44,6	44,6	97,6
3	2	2,4	2,4	100,0
Total	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	2	2,4	2,4	2,4
Ναι	34	41,0	41,0	43,4
Όχι	46	55,4	55,4	98,8
3	1	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

Οι παραπάνω πίνακες συσχετίζουν την κατάσταση υγείας με την εμφάνιση της οσφυαλγίας.

4.6.3 Αντιμετώπιση Οσφυαλγίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	2	2,4	2,4	2,4
Ναι	62	74,7	74,7	77,1
Όχι	18	21,7	21,7	98,8
4	1	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	18	21,7	21,7	21,7
Καμία	25	30,1	30,1	51,8
1	1	1,2	1,2	53,0
X-ray	22	26,5	26,5	79,5
2	7	8,4	8,4	88,0
3	2	2,4	2,4	90,4
MRI	6	7,2	7,2	97,6
4	1	1,2	1,2	98,8
CT	1	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ10.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	1	1,2	1,2	1,2
Ναι	57	68,7	68,7	69,9
Όχι	25	30,1	30,1	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΣΕ ΚΛΙΝΟΣΤΑΤΙΣΜΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	41	49,4	49,4	49,4
Όχι	42	50,6	50,6	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

4.6.4 Περιοχές Πόνου – Χάρτης Σώματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ 1 (body chart image)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	65	78,3	78,3	78,3
Όχι	18	21,7	21,7	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ 2 (body chart image)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	1	1,2	1,2	1,2
Ναι	65	78,3	78,3	79,5
Όχι	17	20,5	20,5	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ 3 (body chart image)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	37	44,6	44,6	44,6
Όχι	46	55,4	55,4	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ 4 (body chart image)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	33	39,8	39,8	39,8
Όχι	50	60,2	60,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ 5 (body chart image)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	31	37,3	37,3	37,3
Όχι	52	62,7	62,7	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ 6 (body chart image)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	1	1,2	1,2	1,2
Ναι	26	31,3	31,3	32,5
Όχι	56	67,5	67,5	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

4.6.5 Συχνότητα Φαινομένων Άλγους

ΠΙΝΑΚΑΣ 18.

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΑΛΓΟΥΣ ΤΟΝ ΤΕΛΑΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	77	92,8	92,8	92,8
Όχι	6	7,2	7,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΛΓΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΝΟΣ ΜΗΝΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	1	1,2	1,2	1,2
< 3 Μήνες	50	60,2	60,2	61,4
3-7 Μήνες	22	26,5	26,5	88,0
7Μήνες-3 Έτη	6	7,2	7,2	95,2
>3 Έτη	4	4,8	4,8	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 20.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΑΛΓΟΥΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	66	79,5	79,5	79,5
Όχι	16	19,3	19,3	98,8
3	1	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

4.6.6 Περιορισμός Κινητικότητας Λόγω Οσφυαλγίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 21.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	2	2,4	2,4	2,4
Ναι	46	55,4	55,4	57,8
Όχι	35	42,2	42,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 22.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	3	3,6	3,6	3,6
Ναι	34	41,0	41,0	44,6
Όχι	46	55,4	55,4	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 23.

ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΓΟΝΑΤΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0	4	4,8	4,8	4,8
Ναι	38	45,8	45,8	50,6
Όχι	41	49,4	49,4	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

4.6.7 Βαθμολόγηση Βελτίωσης Άλγους

ΠΙΝΑΚΑΣ 24.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Σίγουρη Βελτίωση	9	10,8	10,8	10,8
Βελτίωση	18	21,7	21,7	32,5
Ίδια Κατάσταση	43	51,8	51,8	84,3
Επιδείνωση	12	14,5	14,5	98,8
Σίγουρη Επιδείνωση	1	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	83	100,0	100,0	

4.6.8 Περιγραφική Ανάλυση

ΠΙΝΑΚΑΣ 25.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Απόκλιση
Ηλικία	83	21	81	43,18	13,702
Ώρες Ημερησίας Εργασίας	83	0	16	6,65	4,326
VAS –Μέση Ένταση Άλγους	83	0	10	5,02	2,095
VAS –Πόνος στα Καλύτερα	83	0	7	2,73	1,808
VAS – Πόνος στα Χειρότερα	83	0	10	7,63	2,251
STaTBacktotal	83	0	9	3,88	2,638
Roland- MorrisDisabilityQuestionnaire	83	0	24	8,99	5,662
HAD-Anxietysubscale (1+3+5+7+9+11+13)	83	0	17	7,81	3,918
HAD-Depressionsubscale (2+4+6+8+10+12+14)	83	0	21	6,31	4,434
SF-12 Physicalsubscore	83	21,10	58,80	41,1590	9,17438
SF-12 Mentalsubscore	83	20,30	63,90	42,8518	10,60095
N (Σύνολο Πληθυσμού)	83				

4.6.9 Στατιστική ανάλυση

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. **Alamanos Y, Tsamandouraki K, Tountas Y.** Assessing health status and service utilization in Athens: the implications for policy and planning. *Health Prom Intern* 1993, 8 (4): 263-270dy of 29.424 individuals aged 12-41 years. *Spine* 1998,23 (2): 228-234.
2. **Alcouffe J, Manillier P, Brehier M, et al.**Analysis by sex of low back pain among workers from small companies in the Paris area: severity and occupational consequences. *Occup Environ Med* 1999, 56: 696-701.
3. **Alexopoulos EE, Burdorf A, Kalokerinou A.** Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Occup Environ Health* 2003, 76:289–294.
4. **Axen I, Bodin L., Bergstrom G., Halasz L.,** Clustering patients on the basis of their individual course of low back pain over a six month period, Axen et al. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12:99, 2011.
5. **Boscainos P., Sapkas G., Stilianessi E., Prouskas K., Papadakis S.,** Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Number 411, pp. 40-53, 2003.
6. **Cassidy D. Cote P,** Incidence and Course of Low Back Pain Episodes in the General Population, *SPINE* Vol 30, Nb 24, pp. 2817-2823, 2005
7. **Deyo RA, Tsui-Wu- Y-J.**Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medicl care in the United States 1987; 12:264-268.
8. **Dionne C., Dunn K., Croft p., Nachemson A.,** A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies, *SPINE* Volume 33, number 1, pp. 95-103, 2008.
9. **Dysvik E, Lindstrøm TC, Eikeland OJ, Natvig GK.** Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs.* 2004 Jun;5(2):66-74.
10. **Editorial,** Chronic pain syndromes: You can't have one without another, *Pain* 131 237-238, 2007.
11. **Goubert, Grombez, Bourdeauhuig,** Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships, *European Journal of Pain* 8 385-394, 2004.
12. **Hagen K, Thunet O.** Work incapacity from low back pain in the general population. *Spine* 1998, 23 (19): 2091-2095.
13. **Harald Breivik , Beverly Collet, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen , Derek Gallacher.** Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of pain* 10(2006) 287-333.
14. **Hestbaek L., Leboeuf-Yde C. Engberg M.,** The Course of Low Back Pain in a General Population, Results from a 5-year Prospective Study, *JMPT*, 2002.
15. **Hestbaek, Leboeuf-Yde, Manniche,** Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general populations, *Eur Spine J* (2003) 12: 149-165.

16. **Hill J., Dunn K., Main C., Hay E.**, Subgrouping low back pain: A comparison of the Start Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, *European Journal of Pain*, 14, 83-89, 2010.
17. **Jacqueline A. Hart, MD** : "Sciatica and Low Back Pain: Does Physical Therapy Provide Long-Term Benefits? A Best Evidence Review" From *Medscape Family Medicine*, Posted 01/11/2008.
18. **Kirkaldy Willis and Frank Netter**: "Low Back Pain", εκδόσεις Ciba Geigy, USA, 1979
19. **Lawrence RC, Helmick C, Arnett FC, et al.** Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998, 41 (4): 778-799.
20. **Leboeuf-Yde C, Kyvik OK.** At what age does low back pain become a common problem? A study of 29.424 individuals aged 12-41 years. *Spine* 1998, 23 (2): 228-234.
21. **Loney Stratford**, The Prevalence of Low Back Pain in Adults: A Methodological Review of the Literature, *Physical Therapy* Vol 79, Nb 4, April 1999.
22. **Macfarlane G.J.**, Locking back: developments in our understanding of the occurrence, aetiology and prognosis of chronic pain 1954-2004, *Rheumatology* 2005, 44 (Suppl.4): iv 23-iv26.
23. **Macfarlane GJ, Thomas E, Croft PR, et al.** Predictors of early improvement in low back pain amongst consulters to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors. *Pain* 1999, 80 (1-2): 113-119.
24. **Manchikanti L.**, Epidemiology of Low Back Pain, *Pain Physician*, Vol. 3, Number 2, pp. 167-192.
25. **Manek N.J., MacGregor A.J.**, Epidemiology of back disorders: prevalence, risk, factors and prognosis, *Current Opinion in Rheumatology*, 17:134-140, 2005.
26. **McBeth J. Jones K.**, Epidemiology of chronic musculoskeletal pain, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, Vol. 2, No. 3, pp. 403-425, 2007.
27. **McKinnon M, Vickers M, Ruddock V, et al .** Community studies of the health service implication of low back pain. *Spine* 1997, 22 (18): 2161-2166.
28. **Michalopoulos I., Douzenis A., Kalkavoura C., Christopoulou C., Michalopoulos P., Kalemi G., Fineti K., Patapis P., Protopapas K. and Lykouras L.**, HADS: validation in a Greek General Hospital sample, *Annals of General Psychiatry*, 7:4, 2008.
29. **NielsBecker, AnnemarieBondegaard, Thomsen, AlfKorneliusOlsen, PerSjogren, PerBech, JørgenEriksen**, Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Volume 73, Issue 3, December 1997, Pages 393–400.*
30. **Peter M Kent and Jennifer L Keating.** Review the epidemiology of low back pain in primary care. Published: 26 July 2005. *Chiropractic and Osteotherapy* 2005 13:13.
31. **Phyllis Schneider, Andrew J. Haig**: "Oh, My Aching Back", *New York Times*, 2004.

32. **Picavet HS, Schouten JS, Smit HA.** Prevalence and consequences of low back problems in The Netherlands, working vs non-working population, in the MORGRN-Study. Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Disease. Public Health 1999, 113 (2): 73-77.
33. **Quinette A Louw, Linzette D Morris and Karen Grimmer-Somers.** The Prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. Published: 1 November 2007. BMC Musculoskeletal Disorders 2007, 8:105.
34. **Reigo T, Timpka T, Tropp H.** The epidemiology of back pain in vocational age groups. Scand J Prim Health Care 1999, 17 (1): 17-21.
35. **Riddle D., Stratford P., Binkley J.,**Sensitivity to Change of the Roland-Morris Back Pain Questionnaire: Part 2, Physical Therapy, Volume 78. Number 11, November 1998
36. **R.Ruiz, B.Nickel, N.Koch, G.Scoles, L.C.Feldman, R.F.Haglund, A.Kahn,**
Pentacene ultrathin film formation on reduced and oxidized Si surfaces
Phys. Rev. B 67, 125406 (2003).
37. **Schochat T, Jackel WH.** Prevalence of low back pain in the population. Rehabilitation 1998, 37 (4): 216-223.
38. **Snaith Philip R.,**The Hospital Anxiety And Depression Scale, Health and Quality of Life Outcomes, 1:29, 2003.
39. **Vasiliadou A, Karvountzis G, Roumeliotis D, Soumilas A, Plati C, Nomikos I.** Factors associated with back pain in nursing staff: a survey in Athens, Greece. Int J NursPract 1997, 3:15–20.
40. **Wedderkopp N., Leboeuf-Yde C. et al.**Back Pain Reporting Pattern in a Danish Population – Based Sample of Children and Adolescents, SPINE Vol 26, Nb 17, pp. 1879-1883, 2003.
41. **Wilkinson M.S.B., Barczak P.,** Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale, Journal of the Royal College of General Practitioners, 38, 311-313, 1988.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. **Αντωνοπούλου Μαρία Δ.** Οι Μυοσκελετικές διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Κρήτη και η Διαχείριση τους. Τμήμα Ιατρικής Κρήτης, Ηράκλειο Ιούνιος 2008.
2. **Γκούβας Χ.:** "Χειρουργική Νευροανατομία και Ορθοπαιδική Νευρολογία" Β έκδοση, 2010.
3. **Καγιαλάρης Γ, Ξυδέα-Κικεμένη Α.** Μυοσκελετική καταπόνηση νοσηλευτών. Πρακτικά νοσηλευτικής ημερίδας για την Υγιεινή και Ασφάλεια των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας, Αθήνα, 2005:25–29.
4. **Λιαρόπουλος Κωνσταντίνος.** Σύνδρομο αποτυχημένης οσφυϊκής δισκεκτομής. Σχολή Επιστημών Υγείας. Πάτρα 2003.
5. **Μυριοκεφαλιτάκης Ε., Κ. Παπαναστασόπουλος, Ι. Σαρατσιώτης, Κ. Κατέρος.** Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία ORTHOPAEDICS & TRAUMATOLOGY ΤΕΥΧΟΣ 56 ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2009.
6. **Σαράφης Π., Μ. Αρβανίτη, Ε. Ξένου, Κ. Μήτσιου, Β. Ρόκα, Κ. Γαϊτάνου, Δ. Δάλλας, Μ. Μαλλιαρού.** Χρόνια Οσφυαλγία Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια Οσφυαλγία. Ene_newsletter_τεύχος 11/26/08.
7. **Στράντζαλης Γ. , Κική Τσαμανδουράκη, Γ. Αλαμάνος και Δ. Σακάς.** Οσφυαλγία και παράμετροι που την επηρεάζουν www.evagelismos-hosp.gr
8. **Συμεωνίδης Π.,** σ. 315, Ορθοπαιδική, 2^η Έκδοση, 1997.
9. **Τσαμανδουράκη Κ, Αλαμάνος Ι, Τούντας Ι.** Μελέτη νοσηρότητας και χρήσης υπηρεσιών υγείας στο Δήμο Αργυρούπολης, Αττικής. Αρχεία Ελλ. Ιατρικής 1992, 9 (2): 91-96.
10. **Τσαμανδουράκη Κ, Αλαμάνος Γ, Τούντας Γ.** Μελέτη νοσηρότητας και χρήσης υπηρεσιών υγείας στο Δήμο Περάματος. Mat Med Greca 1992, 20: 321-326.
11. **Φιλαλήθης Α, Βλαχονικολής Ι, Κουκούλη-Γραβάνη Σ.** Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες. Μέρος Α': Οι δείκτες υγείας. Mat Med Greca 1990, 18: 330-333.