

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καταγραφή οσφυαλγίας στην περιοχή της Θεσπρωτίας



Ονοματεπώνυμο σπουδάστριας: Παπαδοπούλου Ιωάννα

Εποπτεύων καθηγητής: Μπίλλη Ευδοκία

ΑΙΓΙΟ 2012

Prevalence of low back pain in the area of Thesprotia

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου κα. Ευδοκία Μπίλλη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης αυτής της εργασίας. Επίσης η βοήθειά της και η καθοδήγησή της ήταν πολύτιμη. Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές μου, που με τις γνώσεις που μου μετέδωσαν κατάφεραν να με κάνουν να αγαπήσω ακόμα περισσότερο τη φυσικοθεραπεία.

Ευχαριστώ πάρα πολύ τους γονείς μου, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μου, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μου και την υποστήριξή τους σε κάθε επιλογή μου.

Επίσης ένα ευχαριστώ σε όλους τους εθελοντές της έρευνας, οι οποίοι δέχτηκαν να με βοηθήσουν απαντώντας στο ερωτηματολόγιο για τη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους φυσικοθεραπευτές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, που μου έδωσαν τα καλύτερα εφόδια στην πρακτική μου άσκηση καθώς και τους ιατρούς της Α Ορθοπαιδικής Κλινικής και της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Ένα ευχαριστώ στους φίλους μου που με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια και με βοήθησαν στην περάτωση αυτής της εργασίας, Κυριαζή Σοφία, Κότσιφα Μαρία, Αγγελάκη Γεωργία και Καλίτση Χρήστο.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι *Καταγραφή οσφυαλγίας στην περιοχή της Θεσπρωτίας*. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μία μικρής εμβέλειας επιδημιολογικού τύπου ερευνητική μελέτη με στόχο την διερεύνηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας καθώς και άλλων παραμέτρων που την επηρεάζουν, στην περιοχή της Θεσπρωτίας. Το συγκεκριμένο θέμα επιλέχθηκε να λάβει χώρα στην συγκεκριμένη περιοχή λόγω α) της αγροτικής και ορεινής φύσεως της περιοχής (το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι αγρότες και κτηνοτρόφοι) και β) δεν έχει διεξαχθεί άλλη τέτοια έρευνα στην περιοχή. Η επιδημιολογική μελέτη θα διεξαχθεί μέσω χορήγησης ενός συνόλου ερωτήσεων και ερωτηματολογίων, τα οποία θα περιέχουν εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία και μία σειρά από αναγνωρισμένα διεθνή αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια που αναφέρονται στην λειτουργικότητα, ποιότητα ζωής & άλλων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης θα διερευνηθεί αν αυτά έρχονται σε αντίθεση ή συμφωνούν με παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο, και επίσης πιστεύεται ότι θα αναδειχθεί η σημαντικότητα του προβλήματος καθώς και οι τρόποι πρόληψης – αντιμετώπισής του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανασκόπηση: Ο επιπολασμό της οσφυαλγίας έχει ερευνηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και με βάση τη βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετοί παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η εθνικότητα, η φυλή, η καθημερινότητα των ατόμων κ.α. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τον περιορισμένο αριθμό επιδημιολογικού τύπου μελετών στην Ελλάδα, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας σε τυχαίο δείγμα κατοίκων του νομού Θεσπρωτίας κυρίως ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού καθώς και η διερεύνηση σχετικών με την οσφυαλγία παραγόντων κινδύνου.

Μέθοδος: Η εργασία πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο έως το Δεκέμβριο του 2012, έγινε με τη μορφή συνέντευξης, στηριζόμενη σε μια φόρμα αξιολόγησης που δημιουργήθηκε για αυτή την έρευνα κατόπιν ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς και στην χορήγηση των ερωτηματολογίων The Keele Start Back Screening Tool, Roland-Morris Disability Index για την ανικανότητα, Hospital Anxiety & Depression Scale (για άγχος και κατάθλιψη) και την SF-12 Health Survey. Το δείγμα των ερωτηθέντων ήταν τυχαίο και αποτελούνταν από ενήλικες, Έλληνες πολίτες με γνώση γραφής και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας, κάτοικοι των αγροτικών, ημιαστικών και αστικών περιοχών Ηγουμενίτσας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Επιπλέον, για τα περισσότερα δεδομένα έγιναν συσχετίσεις μέσω της στατιστικής δοκιμασίας Pearson's correlation coefficient. Η ανάλυση έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (Version 19.0).

Αποτελέσματα: Στην έρευνα αυτή από το 290 άτομα (186 άνδρες, 104 Γυναίκες) που ρωτήθηκαν οι 53 (34 άνδρες και 19 γυναίκες) είχαν οσφυαλγία με ποσοστό επιπολασμού 18.3%. Οι συσχετίσεις που έγιναν αφορούσαν την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το ετήσιο εισόδημα κλπ. και υπήρχαν άλλοτε αρνητικές και άλλοτε θετικές με το αν η ισχιαλγία περιόριζε την καθημερινότητα, αν έχουν επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας κ.α. Τα αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων δημογραφικών στοιχείων με ερωτηματολογία, επίσης στατιστικών συσχετίσεων δημογραφικών στοιχείων με ιστορικό και στατιστικών συσχετίσεων ιστορικού με ερωτηματολογία.

Συμπεράσματα: Η οσφυαλγία αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στη νοσηρότητα του πληθυσμού του Ν. Θεσπρωτίας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι αλληλοεξαρτώμενοι με την κάθε κοινωνία και τον τρόπο ζωής των ατόμων που την απαρτίζουν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Κεφαλαίο 1^ο	8
1.1 Επιδημιολογία στις αναπτυγμένες χώρες	8
1.2 Επιδημιολογία σε αναπτυσσόμενες χώρες:.....	10
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα	12
1.4 Ανασκόπηση ερωτηματολογίων	14
1.5 Παράγοντες κινδύνου οσφυαλγίας	16
Κεφαλαίο 2^ο	20
2.1 Εισαγωγή	20
2.2 Μέθοδος.....	21
2.2.1 Δείγμα.....	21
2.2.2 Δημιουργία φόρμας αξιολόγησης	21
2.2.3 Διαδικασία καταγραφής	23
2.2.4 Ανάλυση δεδομένων.....	23
Κεφάλαιο 3^ο	24
3.1 Αποτελέσματα	24
3.1.1 Δημογραφικά στοιχεία	24
3.1.2 Αποτελέσματα σχετικά με το ιστορικό και την συμπτωματολογία του δείγματος.....	28
3.2.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίων	33
Κεφάλαιο 4^ο	34
4.1 Συζήτηση.....	34
4.2 Συμπέρασμα	36
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	37
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	43
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	44

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα που θα ακολουθήσει αναφέρεται στην οσφυαλγία (συμπεριλαμβανομένου και της ισχιαλγίας), η οποία αποτελεί μια μάστιγα τις τελευταίες δεκαετίες.

Παρόλο ότι την σύγχρονη περισσότερο εποχή κυριαρχεί τόσο έντονα το πρόβλημα της οσφυαλγίας, γίνεται αναφορά από τα πρώιμα αιγυπτιακά, ελληνικά και ρωμαϊκά κείμενα (Igor de Castro, et al, 2005). Συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης (460 – 370 π.Χ) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «Οσφυαλγία» και «Ισχιαλγία» στο βιβλίο του «Περί άρθρων» (1990). Μετέπειτα το μεσαίωνα από τη γκραβούρα του Andrea Pralard στο σύγγραμμά του «Opusculum Hippocratis coi et Galeni» θα δούμε τη θεραπεία της οσφυαλγίας σαν ένα βασανιστήριο (Andrea Pralard, 1685).



Αρκετά αργότερα, ο Γάλλος Lasegue το 1864 θα περιγράψει το ομώνυμο τεστ για την παγίδευση του ισχιακού νεύρου. Από το 1975 και μετά με την είσοδο της αξονικής τομογραφίας (CT) και το 1989 της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) άρχισαν τα επιτηδευμένα χειρουργεία και η αναζήτηση τρόπων πρόληψης της εκφύλισης των σπονδυλικών δίσκων. Έτσι, το 2008 φάνηκε ότι η γονιδιακή θεραπεία και η θεραπεία με βλαστοκύτταρα είναι η λύση του μέλλοντος και θα στοχεύσει στην ανάπτυξη του δίσκου όπως δημοσίευσαν Ιάπωνες ορθοπαιδικοί ιατροί (Nishida et al, 2008). Τέλος, το 2012 ο Dr. Francis Williams στο Λονδίνο ανακάλυψε ότι το γονίδιο PARK2 ευθύνεται για τη δυσκοπάθεια (Williams, et al, 2012) και την ίδια χρονιά ο A. Kadi και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι το γονίδιο ERAP 1 ευθύνεται για τη

δισκοπάθεια – σπονδυλοαρθρίτιδα (Kadi et al, 2012).

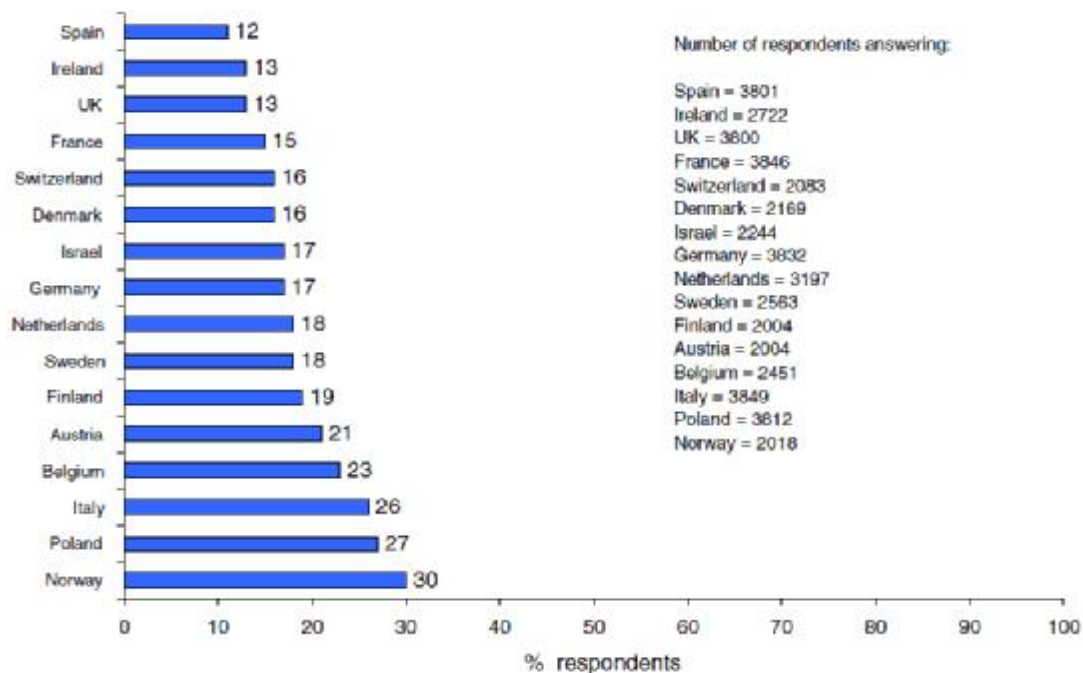
Η οσφυαλγία κατά τον Andrew J. Haig, M.D., διευθυντή του προγράμματος σπονδυλικής στήλης (Spine Program) του πανεπιστημίου Michigan της Αμερικής, εκδηλώνεται στο 50% ενηλίκων ετησίως και προσβάλλει το 75% - 100% των ανθρώπων σε όλη τη ζωή τους. Έρευνες στην Ελλάδα που πραγματοποιήθηκαν από τον Γκούβα, 2010 σε 18000 ασθενείς έδειξαν ότι είναι το πρώτο αίτιο προσέλευσης και αποτελεί το 40% των ασθενών που επισκέπτονται ορθοπαιδικό. Επίσης σύμφωνα με την έρευνα του (Polyzos, 2002) φαίνεται ότι η οσφυαλγία είναι η έκτη αιτία μεγαλύτερης παραμονής στο νοσοκομείο περίπου 6.5 μέρες με πρώτες αιτίες το έμφραγμα μυοκαρδίου και την υπερπλασία του προστάτη περίπου 8.7 μέρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Μετά τη σύντομη αναφορά στην ιστορία της οσφυαλγίας, παρακάτω θα γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά τον επιπολασμό της οσφυαλγίας καθώς και ποιοι παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο για τη διαμόρφωσή του.

1.1 Επιδημιολογία στις αναπτυγμένες χώρες

Οσφυαλγία είναι μια διαταραχή με πολλές αιτιολογίες που συμβαίνει σε αρκετές ομάδες του πληθυσμού (Manchikanti, 2000). Εκτός αυτού εντάσσεται στις 4 μυοσκελετικές διαταραχές που σχετίζονται με την μεγαλύτερη πληθυσμιακή ανικανότητα, οι άλλες 3 είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση (Woolf & Pfleger, 2003). Σύμφωνα με την έρευνα των Breivik, et al, (2006) που έγινε σε 15 ευρωπαϊκές χώρες συν το Ισραήλ, φαίνεται ότι το 19% των Ευρωπαίων πάσχει από χρόνια πόνο, ο οποίος έχει επιδράσει στην ποιότητα ζωής τους και κοινωνικά αλλά και εργασιακά. Στον παρακάτω πίνακα θα δούμε τον επιπολασμό της κάθε χώρας αναλυτικά σε δείγμα 46.394 ενηλίκων. Φαίνεται ότι οι χώρες που έχουν τον μεγαλύτερο επιπολασμό οσφυαλγίας είναι η Νορβηγία με 30%, η Πολωνία με 27% και ακολουθεί η Ιταλία με 26% σε αντίθεση με την Ισπανία 12%, Ιρλανδία Αγγλία 13% οι οποίες βρίσκονται στα κατώτατα όρια επιπολασμού στην Ευρώπη (Πίνακας 1.1).



1.1 Επιπολασμός του χρόνιου πόνου σε 46.394 ενήλικους (>18 χρονών) σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες συν το Ισραήλ.

Η έρευνα του Breivik και των συνεργατών του συμφωνεί με άλλες μεγάλες έρευνες σε Ευρώπη και Αμερική. Σε έρευνα που έγινε στη Δανία σε δείγμα 12.333 ατόμων με χρόνια πόνο διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών και όριο ηλικίας πάνω από 16 ετών, βρέθηκε επιπολασμός 19% (Eriksen et al, 2003). Επίσης σε έρευνα στη Νορβηγία που διεξήχθη με ερωτηματολόγια σε δείγμα 4.000 ενήλικων ο επιπολασμός ήταν 24.4% (Rustoen et al, 2004). Στη Σουηδία σε δείγμα 2.006 εργαζόμενων ατόμων ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια ζωής ήταν 69.6%, ο ετήσιος ήταν 47.2 % και ο επιπολασμός τώρα είναι 18.2%(Ihlebaek, et al, 2006). Σύμφωνα με τους Saastamoinen et al, 2005 στο Ελσίνκι σε έρευνα που διεξήχθη σε ενήλικες εργαζομένους ηλικίας 40 – 60 ετών και δείγμα 8970 βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου (διάρκειας πόνου πάνω από 3 μήνες) είναι 29% και ο επιπολασμός χρόνιου πόνου και ανικανότητας είναι 7% για τις γυναίκες και 24% με 5% για τους άνδρες αντίστοιχα. Έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από οσφυαλγία αλλά και από χρόνια πόνο είναι μεγαλύτερο από των αντρών (Wijnhoven, et al, 2006). Στην Ισπανία σε δείγμα 2998 ενηλίκων ο επιπολασμός βρέθηκε 14.8% σύμφωνα με τους Carmona et al, 2001 μια έρευνα η οποία έγινε σε 20 νομούς και επιβεβαιώνει την έρευνα των Breivik, et al, (2006). Σύμφωνα με τον McBeth (2007), ένας στους δυο πάσχει από οσφυαλγία, επίσης τόνισε ότι ο μυοσκελετικός πόνος είναι δύσκολο να υπολογισθεί και να ερευνηθεί, γιατί κάθε έρευνα χρησιμοποιεί διαφορετικό πληθυσμό, διαφορετικές μεθοδολογίες και οι παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο είναι πολλοί.

Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός κυμαίνεται από 8% - 56% σε ένα χρόνο, και της εμμένουσας οσφυαλγίας είναι 15% (Manchikanti, 2000). Με βάση την έρευνα του Cassidy και των συνεργατών του (1998) στον Καναδά ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια ζωής τους είναι 84%. Σε 6 μήνες τον κατηγοριοποίησε σε τέσσερις βαθμούς ανάλογα την σοβαρότητα και την ανικανότητα του ατόμου, ο βαθμός 1 περιγράφει χαμηλή ένταση πόνου και ανικανότητα και ο επιπολασμός φτάνει στο 47%, ο βαθμός 2 περιγράφει υψηλή ένταση και χαμηλή ανικανότητα και είναι 12%, ο βαθμός 3 και 4 περιγράφει υψηλή ένταση με μέτρια και σοβαρή αντίστοιχα ανικανότητα και ο επιπολασμός είναι 13% και στο σύνολό τους είναι 72%.

Οι Gureje et al (1998) ανέφεραν ότι η οσφυαλγία είναι ο τρίτος συχνότερος αναφερόμενος πόνος μετά τον πονοκέφαλο και τις αρθραλγίες, την ίδια χρονιά όμως ο Lawrence και οι συνεργάτες του είπαν ότι είναι η πρώτη διαταραχή σε επιπολασμό με διαφορά με ποσοστό 56% ενώ δεύτερη με ποσοστό 15% είναι η περιστασιακή και συχνή οσφυαλγία.

1.2 Επιδημιολογία σε αναπτυσσόμενες χώρες:

Η επιδημιολογία ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες και τις αναπτυσσόμενες διαφέρει αρκετά. Αυτό συμβαίνει από την επίδραση πολλών παραγόντων, όπως δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών κ.α. Παρακάτω θα αναφερθούν κάποιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Με βάση μια έρευνα που έγινε στο Ιράν, σε 13.776 εργαζόμενους σε ένα εργοστάσιο αυτοκινήτων, ο ετήσιος επιπολασμός (annual prevalence) είναι 21% (20.5% άνδρες και 27.2% γυναίκες). Από την έρευνα αυτή αποκλείστηκαν όσοι δούλευαν για λιγότερο από ένα χρόνο εκεί (Ghaffari, et al, 2006). Στη Σαγκάη σε έρευνα που έγινε σε 3 διαφορετικά επαγγέλματα δείγματος 383 ατόμων (εργάτες παραγωγής ενδυμάτων, εργάτες παραγωγής μπαταρίας, δασκάλους) βρέθηκε ο ετήσιος επιπολασμός οσφυαλγίας 50%, με τον επιπολασμό των εργατών να είναι 74% και των δασκάλων 40% (Jin, et al, 2004). Στην Αντάλια της Τουρκίας σε δείγμα 3.173 ατόμων, που πάσχουν από οσφυαλγία, με ηλικία 16 και άνω ο επιπολασμός στη διάρκεια ζωής βρέθηκε 46.6%, ενός έτους 35.9%, και τώρα είναι 20.1%. Η έρευνα αυτή έγινε με συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο από 30 ερευνητές (Gilgil, et al, 2005). Στην Ινδία σε έρευνα που έγινε σε 4092 ενήλικους αγροτικής περιοχής έδειξε ότι 11.4% πάσχουν από οσφυαλγία με διάρκεια πόνου πάνω από 2 χρόνια. (Chopra, et al, 2002). Σε έρευνα που έγινε σε χωριά στο Θιβέτ σε δείγμα 499 ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω, βρέθηκε ότι πάσχει από οσφυαλγία το 34.1%, και σε επιπολασμό ενός χρόνου βρέθηκε το 41.9%. Επίσης το 20% ανέφερε ανικανότητα η οποία σχετίζεται με την οσφυαλγία (Hoy, et al, 2003). Στο Βιετνάμ σε έρευνα που έγινε σε 2119 εργάτες αστικής περιοχής, ηλικίας 16 ετών και άνω βρέθηκε ο επιπολασμός 11.2% (Hoa, et al, 2003).

Στην Αφρική διεξήχθη μια διαφορετική έρευνα, η οποία περιλαμβάνει βιβλιογραφική ανασκόπηση στον επιπολασμό της οσφυαλγίας, χρησιμοποιώντας όλες τις βάσεις δεδομένων για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας (Louw, et al, 2007). Βρέθηκε ότι η οσφυαλγία αυξάνεται με την ηλικία και η μέση τιμή για τον επιπολασμό τώρα είναι 32% για τους ενήλικες. Χαρακτηριστικό είναι ο επιπολασμός 59% στη Νιγηρία σε εύρος ηλικίας από 20 – 60 ετών, οποίος παραμένει σταθερός και σε επιπολασμό ενός χρόνου. Ο ετήσιος επιπολασμός έχει μέση τιμή 50%, ενώ ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια ζωής έχει μέση τιμή 62% στους ενήλικες. Φαίνεται ότι ο επιπολασμός αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου.

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των ατόμων που πλήττονται από οσφυαλγία είναι υψηλό και στις αναπτυγμένες (συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας), αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό οφείλεται σε διαφορετικούς και αντικρουόμενους παράγοντες που παίζουν ρόλο σε κάθε μια κατηγορία ξεχωριστά. Παράδειγμα στις αναπτυγμένες χώρες η οσφυαλγία φαίνεται να οφείλεται στην καθιστική ζωή και στην καθημερινή ρουτίνα του ατόμου, σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες χώρες που οφείλεται περισσότερο στην χειρωνακτική εργασία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο το οποίο είναι χαμηλότερο.

1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα

Η οσφυαλγία και άλλες διάφορες μυοσκελετικές διαταραχές έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό τις τελευταίες δεκαετίες και στον Ελλαδικό χώρο. Συχνός παράγοντας είναι το επάγγελμα και οι οικονομικές συνέπειες αυτού. Παρακάτω αναφέρονται μερικά επαγγέλματα και το ποσοστό που πάσχει από οσφυαλγία σε κάθε ένα από αυτά.

Σύμφωνα με την έρευνα των Stranjalis, et al, 2004 η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ελληνικού γενικού πληθυσμού 2000 ατόμων, έδειξε ότι ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια ζωής κυμαίνεται από 50% - 85%, ενώ ο ετήσιος επιπολασμός είναι περίπου 50%. Ανέφεραν επίσης ότι οι Έλληνες έχουν μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές σε σύγκριση με άλλους πληθυσμούς όπως της Β. Αμερικής και ότι μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων έχει χειρωνακτική εργασία. Τέλος διαπίστωσαν ότι στην παρούσα έρευνα η οσφυαλγία σχετίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες.

Σε έρευνα των Alexoroulos et al, 2003 που διεξήχθη σε νοσηλευτικό προσωπικό δείγματος 351 ατόμων, σε έξι νοσοκομεία στην Αθήνα, έδειξε ότι το 75% αναφέρει σε ένα χρόνο πρόβλημα οσφυαλγίας (ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό), το 11% αναφέρει χρόνιο πρόβλημα διάρκειας 3 μηνών και άνω και το 17% αναφέρει απουσία από τη δουλειά. Η παραπάνω έρευνα συμφωνεί με παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες χώρες όπως η Σουηδία (Josephson et al, 1997) και η Ολλανδία (Engels, et al, 1996). Επίσης σε έρευνα των Alexoroulos et al (2005) που συγκρίθηκαν οι μυοσκελετικές διαταραχές Ελλήνων δείγματος 351 ατόμων και Δανών δείγματος 393 ατόμων φαίνεται ότι τα προβλήματα οσφυαλγίας σε ετήσιο επιπολασμό στους Δανούς είναι 62% σε αντίθεση με την Ελλάδα που είναι 75%, ενώ το χρόνιο πρόβλημα πάνω από 3 μήνες στους Δανούς είναι 12% και στους Έλληνες είναι 11%.

Φαίνεται ότι το ποσοστό του ελληνικού νοσηλευτικού προσωπικού είναι μεγαλύτερο από της Δανίας. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στα έτη εργασιακής απασχόλησης του δείγματος, που στην Ελλάδα είναι 12.7 έτη (μέσος όρος) ενώ στην Ολλανδία είναι 8.4 έτη (μέσος όρος πάλι). Στην Ελλάδα αναφέρουν συχνότερη άρση ή μετακίνηση βάρους, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι παρόμοιοι για τις δυο χώρες. Επίσης και στις δυο χώρες περίπου το 45% αναζητά ιατρική φροντίδα και αποκατάσταση, όμως στην Ελλάδα ο ένας στους 4 επισκέπτονται ιατρό και το 5% φυσικοθεραπευτή, ενώ στη Δανία λιγότεροι επισκέπτονται κάποιον επαγγελματία υγείας και το 20% φυσικοθεραπευτή. Τέλος οι χαρακτηριστικές διαφορές που παρατηρούνται στην Ελλάδα και τη Δανία οφείλονται στη δομή και στη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος.

Σε άλλη μια έρευνα των Alexoroulos et al. (2004) σε 430 οδοντίατρους στη Θεσσαλονίκη βρέθηκε ότι το 45% αναφέρει σε ένα χρόνο πρόβλημα

οσφυαλγίας, το 12% αναφέρει χρόνιο πρόβλημα διάρκειας 1 μηνός και άνω, το 10% αναφέρει απουσία από τη δουλειά και το 19% αναφέρει ότι χρειάστηκε ιατρική φροντίδα. Η παραπάνω έρευνα έδειξε ότι το 60% των οδοντιάτρων επισκέφτηκε 2 φορές ορθοπαιδικό και πάνω από 6 φορές φυσικοθεραπευτή. Τέλος σύγκριναν τα ποσοστά των οδοντιάτρων με το νοσηλευτικό προσωπικό και διαπίστωσαν ότι υπάρχει διαφορά στα ποσοστά οσφυαλγίας και αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω του διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού 'status' και τον τύπο της εργασίας.

Σε έρευνα των Stergioulas, et al, 2004 σε καθηγητές φυσικής αγωγής βρέθηκε να πάσχουν από οσφυαλγία το 63%. Οι Spyropoulos, et al. (2007) σε έρευνά τους σε 771 Έλληνες δημοσίους υπαλλήλους βρήκαν ότι 61.6% πάσχουν από οσφυαλγία σε όλη τη διάρκεια ζωής τους, ενώ στον ετήσιο επιπολασμό το ποσοστό είναι 37.8%. Ακόμα παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα στη συγκεκριμένη έρευνα με το ποσοστό των γυναικών να φτάσει στο 63.3%, ενώ των ανδρών να είναι 56.1% Επίσης το 37% των ατόμων με χρόνιο πρόβλημα ανέφερε και διαταραχές στον ύπνο.

1.4 Ανασκόπηση ερωτηματολογίων

Ένας από τους πιο διαδεδομένους, αξιόπιστους, πρακτικούς, χρήσιμους και σημαντικούς τρόπους εκτίμησης των ασθενών με οσφυαλγίας είναι μέσω χορήγησης αυτοαναφερόμενων (self-reported) ερωτηματολογίων.

Αυτή η μελέτη έγινε με ερωτηματολόγια που καταγράφουν πέραν από τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, τον πόνο στην περιοχή της οσφύος και πώς επιδρά στη λειτουργικότητα με *Roland – Morris Disability Index*, πώς επηρεάζει ο πόνος την ψυχολογία του ατόμου με την κλίμακα *HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)* αλλά και πώς περιγράφει το άτομο την υγεία του με *SF-12 Health Survey Scoring Demonstration*. Όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ερωτηματολογίων έχουν γίνει οι αντίστοιχες έρευνες που το αποδεικνύουν.

Roland – Morris Disability Index: Εισήχθη πριν το 1980 για την εκτίμηση της ανικανότητας (disability) ατόμων με οσφυαλγία ενώ το ερωτηματολόγιο αυτό δεν δίνει έμφαση σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Είναι απλό, εύκολα κατανοητό και μικρό, απαρτίζεται από 24 ερωτήσεις. Η μετάφραση στα ελληνικά πέρασε από διάφορα στάδια και ο έλεγχός της έγινε σε δείγμα 20 ασθενών, με αποτέλεσμα να γίνουν μικρές αλλαγές στην αρχική μορφή του ερωτηματολογίου. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του *Roland – Morris Disability Questionnaire (RMDQ)* στους Έλληνες δοκιμάστηκε σε δείγμα 697 ασθενών μέσα σε 5 χρόνια (με εύρος ηλικίας R: 18 – 80 ετών και μέσο όρο 45.9 ετών, 235 άνδρες) με οσφυαλγία, ενώ αποκλείστηκαν οι ψυχιατρικοί ασθενείς. Η αξιοπιστία του *RMDQ* (εσωτερική συνοχή) μέσω του δείκτη Cronbach κυμάνθηκε από 0.877 έως 0.886, υποδηλώνοντας πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή-αξιοπιστία. (R: 0 – 1, υψηλή τιμή συντελεστή έχουμε υψηλή αξιοπιστία). Επίσης η αξιοπιστία δεν εξασφαλίζει και εγκυρότητα. Έτσι η εγκυρότητα προσώπου (face validity) ενισχύθηκε από το σχεδιάγραμμα, τη σαφή δομή και τη σαφήνεια των ερωτήσεων, η εγκυρότητα περιεχομένου αξιολογήθηκε από ορθοπαιδικούς και έναν κλινικό, ειδικό στην διερεύνηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτηματολογίων (psychometrician) και βρέθηκε ότι περιλαμβάνουν τα απαραίτητα στοιχεία για την ακριβή εντύπωση της ανικανότητας και τέλος η ταυτόχρονη εγκυρότητα έγινε χρησιμοποιώντας μια εξαβάθμια κλίμακα πόνου ως κριτήριο (Boscainos, et al, 2003).

Κλίμακα *HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)*: αναπτύχθηκε το 1983 από τους Zigmond and Snaitz, πλέον είναι μεταφρασμένη σε 25 χώρες. Δημιουργήθηκε για να παράσχει στους ιατρούς ένα αποδεκτό, αξιόπιστο, έγκυρο, εύχρηστο και πρακτικό εργαλείο για την κατάθλιψη και την ανησυχία. Η κλίμακα αυτή δεν χρησιμοποιείται για διάγνωση αλλά για τον προσδιορισμό των ασθενών που χρειάζονται περαιτέρω βοήθεια. Μεταφράστηκε στα ελληνικά από τους 'nFer Nelson Publishing (the Chiswick Centre, 414 Chiswick High Road, London, UK). Η κλίμακα αυτή έχει 14 στοιχεία που κάθε στοιχείο βαθμονομείται με την κλίμακα Likert από το 0 – 3, μετράει ανησυχία και κατάθλιψη. Από τα 14 στοιχεία τα 7 αναφέρονται στην κατάθλιψη και τα άλλα 7 στην ανησυχία. Έτσι το συνολικό αποτέλεσμα των 14 είναι το αντίστοιχο ποσό των 7 στοιχείων με εύρος από 0 – 21. *Να σημειωθεί ότι στα στοιχεία κατάθλιψης δεν περιγράφονται σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία, απώλεια βάρους κ.α.* (Michopoulos, et al, 2008).

SF-12 Health Survey Scoring Demonstration: Η φόρμα αυτή πριν το 1998 – 2001 δεν είχε αξιολογηθεί σε ασθενείς με οσφυαλγία ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητα. Για την αξιολόγησή της συμμετείχαν 2520 ασθενείς, από την Πανεπιστημιακή Κλινική Σπονδυλικής Στήλης στην νοτιοανατολική Αμερική, που τη συμπλήρωναν κατά τον τακτικό τους έλεγχο εκεί. Οι 506 ασθενείς συμπλήρωσαν άλλη μια φόρμα μέσα στους επόμενους 3 – 6 μήνες, η οποία περιλήφθηκε και αυτή για την αξιολόγηση της SF- 12. Η φόρμα αυτή αποτελείται από 12 στοιχεία, που 6 αναφέρονται στη σωματική υγεία και 6 στην ψυχική. Τα συγκεντρωτικά σκορ της ψυχικής υγείας (PCS -12) και σωματικής υγείας (MCS- 12) υπολογίζονται αυτόματα, όσο πιο υψηλά είναι τόσο πιο υγιές είναι το άτομο. Με την αξιολόγηση φόρμας που έγινε ο δείκτης Cronbach με συντελεστή α' ήταν πάνω από 0.70. (Luo, et al, 2003)

1.5 Παράγοντες κινδύνου οσφυαλγίας

Η οσφυαλγία όπως έχει αποδειχθεί από πληθώρα ερευνών σχετίζεται με πολλούς παράγοντες κινδύνου, είτε αυτοί αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά είτε ψυχολογικά είτε κοινωνικοοικονομικά. Ο χρόνιος πόνος είναι ο πόνος που διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες, μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα όμως μπορεί να υπάρξουν εξάρσεις και υφέσεις και δεν πρέπει να υπάρξει σύγχυση με το να περιγραφθεί ως οξύς. Παρακάτω θα αναφερθούν μερικά από αυτά και πως επηρεάζει το καθένα από αυτά το χρόνιο πόνο της οσφύος.

Ο McBeth, 2007 στην έρευνά του κατηγοριοποίησε τους παράγοντες που σχετίζονται με οσφυαλγία σε 3 μέρη:

- i. Ηλικία και φύλο: και στα δυο φύλα ο επιπολασμός της οσφυαλγίας αυξάνεται με την ηλικία. Αναφέρθηκε επίσης ότι σε επιπολασμό μιας εβδομάδας ο μέγιστος ήταν στις γυναίκες ηλικίας 64 – 66 και στους άνδρες ηλικίας 54 – 56 (Natvig, et al, 2001). Η παρουσία των συμπτωμάτων αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι με την αύξηση της ηλικίας προοδεύει και ο εκφυλισμός.
- ii. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, εθνικότητα και φυλή: το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Roth, et al, 2001), το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία (Portenoy, et al, 2004) σχετίζονται με την αύξηση του πόνου. Οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές σχετίζονται με την αύξηση επιπολασμού χρόνιου πόνου και στα δυο φύλα, ακόμα σχετίζεται και με έναν αριθμό ψυχολογικών παραγόντων (Bergman, et al, 2001). Έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ φυλής, εθνικότητας και πόνου. Συγκρίθηκαν οι Καυκάσιοι με τους Αφροαμερικάνους και τους Ισπανούς και βρέθηκε ότι οι πρώτοι αναφέρουν πιο σοβαρό πόνο με μικρότερη ανοχή σε αυτόν και αναζητούν πιο εύκολα θεραπεία (Edwards, et al, 2001; McCracken, et al, 2001).
- iii. Κάπνισμα, δείκτης μάζας σώματος (BMI), ψυχολογικό στάτους: σε έρευνες βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και οσφυαλγίας (Palmer, et al, 2003). Επίσης έχει αναφερθεί ότι υπάρχει συσχέτιση οσφυαλγίας με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και ιδιαίτερα από τον χώρο εργασίας (Manek & MacGregor, 2005).

Σε έρευνα του Goubert, et al, 2004 στο Βέλγιο με εξαμηνιαίο επιπολασμό 41.8% σε δείγμα 1624 ατόμων, οι παράγοντες που φαίνονται να συσχετίζονται με οσφυαλγία είναι πολλοί. Μερικοί από αυτούς είναι η ηλικία που σχετίζεται όπως φαίνεται σε πληθώρα ερευνών, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα κ.α. Στο Βέλγιο χαρακτηριστικό επίσης είναι η διαφορά γλώσσας σε Ολλανδόφωνους και Γαλλόφωνους που όπως βρέθηκε σχετίζεται και αυτή με την οσφυαλγία. Βρέθηκε ότι στον εξάμηνο επιπολασμό οι

Γαλλόφωνοι φαίνεται να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό 48.3% από τους Ολλανδόφωνους 36.8%.

Έρευνα του Currie & Wang, 2004 στον Καναδά έδειξε ότι η κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο, και θα δούμε πως επηρεάζεται η ένταση του πόνου με το ποσοστό κατάθλιψης. Στην ίδια έρευνα σύγκριναν αυτούς που δεν έχουν κατάθλιψη με τους πάσχοντες και βρέθηκε ότι τα άτομα με χρόνια πόνο και κατάθλιψη είναι νέες ανύπαντρες γυναίκες. Βρέθηκε ότι αυτοί που δεν έχουν χρόνια πόνο έχουν μικρό ποσοστό κατάθλιψης περίπου 6% σε αντίθεση με αυτούς που έχουν σοβαρό πόνο και έχουν κατάθλιψη περίπου 25%. Η κατάθλιψη με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) είναι η τέταρτη διαταραχή παγκοσμίως και προβλέπεται μέχρι το 2020 να είναι η δεύτερη (Parikh and Lam, 2001). Ο συνδυασμός κατάθλιψης και χρόνιου πόνου στον γενικό πληθυσμό είναι 2%. Στην έρευνα των Currie & Wang, 2004 στον Καναδά, βρέθηκε επίσης και το πώς επηρεάστηκε η εργασία των ατόμων στις τρεις κατηγορίες ηλικιών, με βάση τη σοβαρότητα του πόνου, σε διάστημα 2 εβδομάδων. Φαίνεται ότι ο επιπολασμός των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία άνω των 65 ετών, οι οποίοι είναι άνεργοι, είναι υψηλός περίπου 85% σε αντίθεση με τις ηλικίες 20 – 64 ετών που είναι 15%. Επίσης αυτοί που ανέφεραν ανικανότητα εργασίας τουλάχιστον μια ημέρα είναι αυτοί που είναι από 20 – 64 ετών και ο επιπολασμός είναι 40% σε αντίθεση με αυτούς που είναι 65 ετών και άνω που ο επιπολασμός είναι στο 30%.

Ο Manchikanti, 2000 κατηγοριοποίησε τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οσφυαλγία σύμφωνα με το ποιοί παράγοντες ευθύνονται και τους κατέταξε ως εξής: παράγοντες συνήθεις και ανεξάρτητοι. Αυτά φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1.2).

Causal	Probable	Possible	Nonrelated
None	Genetic	Lifting	Body height
	Age	Vibration	Scoliosis
	Smoking	Psychosocial factors	Kyphosis
		Gender	Leg-length discrepancy
		Obesity	Physical activity
		Heavy physical work	
		Static work postures	
		Back pain history	
		Job dissatisfaction	

1.2 Παράγοντες κινδύνου οσφυαλγίας

Οι Manek & MacGregor, 2005 κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες κινδύνου ανάλογα με αυτούς που σχετίζονται με περιστασιακή οσφυαλγία και αυτούς που σχετίζονται με χρόνια οσφυαλγία (πίνακας 1.3)..

	Συχνότητα	Χρονιότητα
Ανεξάρτητοι παράγοντες	<p>Ηλικία</p> <p>Φύλο</p> <p>Κάπνισμα</p> <p>Γενική υγεία</p> <p>Αυξημένο βάρος γέννησης (άνδρες)</p>	<p>Παχυσαρκία</p> <p>Μορφωτικό επίπεδο</p> <p>Υψηλά επίπεδα πόνου / ανικανότητας</p> <p>Υγειονομική περίθαλψη</p> <p>Ανεργία</p>
Ψυχολογικοί παράγοντες	<p>Άγχος</p> <p>Συμπεριφορά πόνου</p> <p>Κατάθλιψη</p> <p>Γνωστική λειτουργία</p>	<p>Άγχος</p> <p>Κατάθλιψη</p> <p>Somatization</p> <p>Μακράς διάρκειας πόνος</p> <p>Φόβος</p> <p>Επαγγελματική δυσαρέσκεια</p>
Επαγγελματικοί παράγοντες	<p>Χειρωνακτική εργασία</p> <p>Μονότονη εργασία</p> <p>Επαγγελματική δυσαρέσκεια</p> <p>Κοινωνική υποστήριξη / εργασιακές σχέσεις</p> <p>Νυχτερινές βάρδιες</p> <p>Κάμψη και στροφή</p> <p>Δόνηση σε όλο το σώμα</p>	<p>Αδιαθεσιμότητα ελαφρών καθηκόντων</p> <p>Άρση βάρους για περισσότερο από τρία τέταρτα την ημέρα</p>

Με βάση των παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία είναι οι ανεξάρτητοι (ηλικία, φύλο κ.α.), οι ψυχολογικοί (άγχος, κατάθλιψη κ.α.) και οι επαγγελματικοί (χειρωνακτική εργασία, βάρδιες κ.α.). Επίσης δείχνει ποιοι είναι αυτοί που ευθύνονται για τη χρονιότητα της οσφυαλγίας και ποιοι για ένα περιστασιακό συμβάν το οποίο αν εξακολουθήσει να συμβαίνει μπορεί να οδηγήσει στη χρονιότητα.

Στην έρευνα των Vindigni, et al, 2005 με δείγμα 189 ατόμων, σε αγροτική κοινότητα Αβοριγίνων στην Αυστραλία, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίστηκαν με την οσφυαλγία ήταν:

- i. το κάπνισμα με υψηλό επιπολασμό 46%, 38% αυτοί που κάπνιζαν 10 – 20 τσιγάρα καθημερινώς και 8% αυτοί που κάπνιζαν πάνω από 20 τσιγάρα καθημερινώς. Το ποσοστό ιθαγενών που καπνίζουν πάνω από 18 χρονών είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σύγκριση με των ενδογενών, 51% με 24% αντίστοιχα (Australian Bureau of Statistics, 1995).
- ii. Χαμηλή φυσική κατάσταση: 16% δεν γυμνάζονται καθόλου ενώ 35.9% ξοδεύουν λιγότερο από 30 λεπτά / βδομάδα για γυμναστική.
- iii. Παχυσαρκία: ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι υψηλός 45% ενώ οι υπέρβαροι είναι 26%. Μεγαλύτερες τιμές παρατηρούνται μεταξύ 26 – 45 ετών με τους άνδρες να είναι πιο υπέρβαροι (26%) και γυναίκες (18%), ενώ στην παχυσαρκία και οι άνδρες και οι γυναίκες είναι (23%) στο ίδιο εύρος ηλικίας. Σε αντίθεση με ηλικία πάνω από 45 ετών που οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά και στις δυο κατηγορίες. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι ανησυχητικός, γιατί αφενός είναι ένας δείκτης οσφυαλγίας, αφετέρου έχει αντίκτυπο σε παγκόσμιο επίπεδο (Webb, et al, 2004).

Με βάση τις παραπάνω έρευνες και τα αποτελέσματα αυτών, φαίνεται ότι η οσφυαλγία σχετίζεται με πολλούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Μερικοί από τους παράγοντες που ευθύνονται για την οσφυαλγία είναι η ηλικία, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται και τα συμπτώματα οσφυαλγίας λόγω εκφύλισης, επίσης βρέθηκε ότι ευθύνεται το βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, όσο χαμηλότερο είναι τόσο μεγαλύτεροι οι δείκτες οσφυαλγίας. Τέλος ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η κατάθλιψη και γενικότερα η ψυχολογία του ατόμου που όπως βρέθηκε είναι η μάλιστα των τελευταίων δεκαετιών και επιδρά αρνητικά και στα σωματικά συμπτώματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Εισαγωγή

Βάσει της ανασκόπησης σχετικά με την οσφυαλγία, παρατηρούμε τα εξής:

1. κυριαρχεί υψηλό ποσοστό οσφυαλγίας στην Ελλάδα
2. δεν έχουν διερευνηθεί αρκετά οι ημιαστικές και αγροτικές περιοχές
3. δεν έχουν διερευνηθεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου σε ελλαδικό γενικό πληθυσμό

Επομένως, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι:

1. Η καταγραφή επιπολασμού οσφυαλγίας των κατοίκων του νομού Θεσπρωτίας (κυρίως ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού).

και

2. Η διερεύνηση παραγόντων κινδύνου σχετικών με την οσφυαλγία .

2.2 Μέθοδος

2.2.1 Δείγμα

Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελούνταν από ενήλικες (άνω των 18 χρόνων) άτομα, Έλληνες πολίτες με γνώση γραφής και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας, κάτοικοι των ημιαστικών περιοχών Ηγουμενίτσας, Παραμυθιάς και χωριά Προδρομίου και Χρυσαιγής του νομού Θεσπρωτίας, καθώς θέλαμε αντιπροσώπευση από ημιαστική (μεταξύ 2000 & 10000 κατοίκων) & από αγροτική περιοχή (< 2000 κατοίκων). Μοναδικό κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η ηλικία των ατόμων (<18 & >75).

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και πραγματοποιήθηκε από μία τελειόφοιτη σπουδάστρια. Συγκεκριμένα, η δειγματοληψία ξεκίνησε από το σημείο αναφοράς μηδέν (0), που ήταν ο κεντρικός πεζόδρομος της Ηγουμενίτσας, το σημείο μηδέν της ημιαστικής περιοχής στην Παραμυθιά είναι η κεντρική πλατεία της και στα χωριά αντίστοιχα είναι η κεντρική πλατεία τους. Με αναφορά τα σημεία μηδέν από κάθε περιοχή, ρωτούνταν όλοι όσοι βρισκόταν στα καταστήματα και στις καφετέριες – καφενεία πάνω στην κάθε κεντρική πλατεία. Κατόπιν προσέγγισης του κάθε πολίτη & ενημέρωσής του για τον σκοπό της μελέτης, γινόταν μία ερώτηση φίλτρου, αν έχει ή είχε το κάθε ερωτηθέν άτομο τον τελευταίο μήνα ενόχληση στην περιοχή της μέσης του. Αν η απάντηση ήταν θετική, γινόταν πλήρη ενημέρωση και πρόσκληση για συμμετοχή στη μελέτη, μέσω προφορικής καθώς και γραπτής συγκατάθεσης. Η συμμετοχή των πολιτών ήταν απολύτως εθελοντική, εμπιστευτική και απόρρητη, ενώ υπήρχε η δυνατότητα απόσυρσης της συμμετοχής τους οποιαδήποτε στιγμή το ήθελαν.

2.2.2 Δημιουργία φόρμας αξιολόγησης

Η φόρμα αξιολόγησης που χορηγήθηκε για την έρευνα αυτή δημιουργήθηκε για να καλύψει όλους τους παράγοντες που μπορεί να οφείλεται ή να επηρεάζεται η οσφυαλγία και να μετρήσει την ένταση και σοβαρότητα του χρόνιου πόνου με διάφορα διεθνή ερωτηματολόγια που εξυπηρετούν αυτούς τους σκοπούς. Η φόρμα αξιολόγησης κατασκευάστηκε από την εποπτεύουσα καθηγήτρια κ. Μπίλλη Ευδοκία, καθηγήτρια εφαρμογών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών κατόπιν εκτενούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η φόρμα αυτή αποτελείται από:

1. **11 ερωτήσεις** που αφορούσαν προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία, όπως ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής (αγροτική, ημιαστική, αστική περιοχή), εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση, κάπνισμα, ασφάλεια, δραστηριότητες ατόμου

2. **18 ερωτήσεις** που αφορούσαν το ιστορικό & την κλινική συμπτωματολογία του ασθενούς, όπως αν πονάει μόνο στην περιοχή της οσφύς (οσφυαλγία) ή αν ο πόνος εξαπλώνεται και στο κάτω άκρο (ισχιαλγία), πόσες φορές πονάει, την ένταση του πόνου, αν επισκέφτηκε κάποιον επαγγελματία υγείας, αν έχει κάνει εξετάσεις όπως ακτινογραφία, μαγνητική κ.α., αν έχει κάνει κάποιο χειρουργείο για οποιονδήποτε λόγο
3. **4 σε σύνολο διεθνή ερωτηματολόγια** σχετικά με την ανικανότητα, την ψυχοκοινωνική κατάσταση, την ποιότητα ζωής & ορισμένους προγνωστικούς δείκτες για την οσφυαλγία. Τα επιλεγμένα ερωτηματολόγια ήταν μεταφρασμένα και διασκευασμένα στα ελληνικά και χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή την έρευνα γιατί είναι απλά, κατανοητά, μικρά, έγκυρα και αξιόπιστα όπως διαπιστώθηκε από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα εξής:
 - The Keele Start Back Screening Tool: κατατάσσει τους ασθενείς με 9 ερωτήσεις ανάλογα με τον κίνδυνο χαμηλής πρόγνωσης οσφυαλγίας
 - Roland-Morris Disability Index: αποτελεί συγκριμένο για την οσφυαλγία (disease-specific measure), το οποίο μετρά την σωματική ανικανότητα του ατόμου με 24 ερωτήσεις. Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη είναι η ανικανότητα.
 - HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale): μετρά την ανησυχία και την κατάθλιψη με 14 ερωτήσεις, 7 για την κατάθλιψη και 7 για την ανησυχία
 - SF-12 Health Survey: μετρά τη γενική υγεία με 12 ερωτήσεις, 6 που αναφέρονται που αφορούν τη σωματική υγεία και άλλες 6 που αναφέρονται στην ψυχική.

2.2.3 Διαδικασία καταγραφής

Η εργασία πραγματοποιήθηκε από τον Ιούνιο έως το Δεκέμβριο του 2012 στο νομό Θεσπρωτίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μορφή συνέντευξης ώστε η φόρμα να συμπληρώνεται πιο γρήγορα και να είναι πιο κατανοητή από το άτομο. Επίσης με τη μορφή συνέντευξης δεν φαινόταν τόσο τυποποιημένη και κουραστική η όλη διαδικασία και το άτομο ήταν πιο πρόθυμο να απαντήσει γιατί ήταν διάλογος και αισθανόταν ότι κάποιος ακούει το πρόβλημά του και μπορεί να τον βοηθήσει, κάτι το οποίο το ανέφεραν πολλοί από τους ερωτηθέντες. Η γραπτή συγκατάθεση των ασθενών γινόταν στην αρχή της συνέντευξης με την υπογραφή τους, κατόπιν ενημέρωσης για την συμμετοχή και διαδικασία της μελέτης. Η συνέντευξη διαρκούσε περίπου 15' λεπτά και η ερώτηση φίλτρου με την οποία γινόταν η επιλογή του δείγματός ήταν η εξής: «Έχετε ή είχατε καθόλου τον τελευταίο μήνα κάποια ενόχληση από την περιοχή της μέσης σας;». Ανάλογα λοιπόν με την απάντηση συνεχιζόταν ή σταματούσε η διαδικασία.

2.2.4 Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Συγκεκριμένα, για αριθμητικά δεδομένα (interval data), όπως είναι η ηλικία και τα σκορ των επιμέρους ερωτηματολογίων που συμπεριλάβαμε στο τελικό ερωτηματολόγιο (STarT-Back, Roland-Morris, Κλίμακα HAD, Κλίμακα SF-12), χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (standard deviation), διακυμάνσεις (variance), καθώς και ελάχιστες (minimum) και μέγιστες (maximum) τιμές. Για δεδομένα που εμπίπτουν σε κατηγορίες (categorical and nominal data), όπως το φύλο, η μόρφωση, το κάπνισμα κ.ά., χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες (frequency) και ποσοστά (percent).

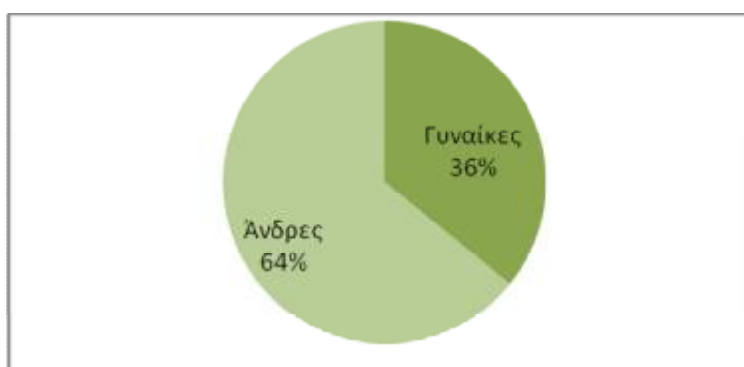
Επιπλέον, για ορισμένα δεδομένα έγιναν συσχετίσεις μέσω της δοκιμασίας Pearson's correlation coefficient, προκειμένου να διευκρινιστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Συγκεκριμένα συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (STarT-Back, Roland-Morris, HAD, SF-12), της δεκαβάθμιας κλίμακας του πόνου (VAS), των προηγούμενων χειρουργείων, καθώς και της προοδευτικότητας της βελτίωσης με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το ετήσιο εισόδημα, το κάπνισμα, τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω πόνου στην περιοχή της οσφύος, την ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα, τον πόνο κάτω από το γόνατο, τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω ισχιαλγίας, τη συχνότητα του πόνου και των προηγούμενων χειρουργείων. Η ανάλυση έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (Version 19.0).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Αποτελέσματα

3.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

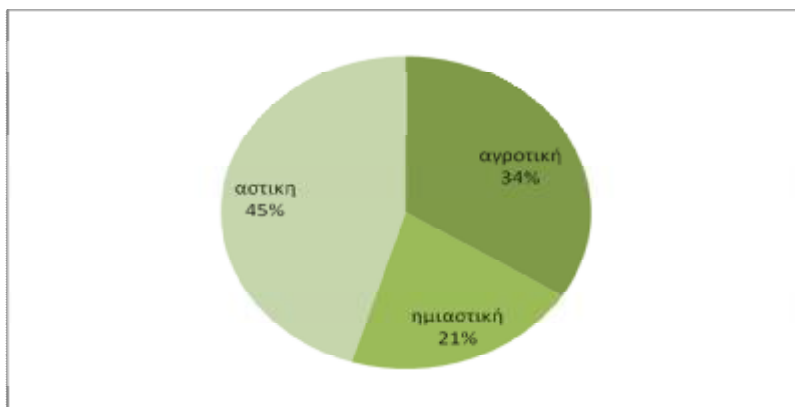
Στην έρευνα αυτή από τα 290 άτομα γενικού πληθυσμού που ρωτήθηκαν 186 ήταν άνδρες (64,1%) & 104 ήταν γυναίκες (35,9%), (πίνακας 3.1). Οι 53 είχαν οσφυαλγία (34 άνδρες και 19 γυναίκες) με ποσοστό επιπολασμού 18,3%. Η ηλικία κυμαινόταν από 19 ετών ως 75 ετών με μέση τιμή $43,43 \pm 14,05$ έτη . Η ηλικία βρέθηκε ότι έχει μέτρια αρνητική συσχέτιση με το αν έχει χειρουργηθεί το άτομο για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν με $r = -0.358$ ($p = 0.008$), δηλαδή περισσότερα χειρουργεία φαίνεται να είχαν οι μικρότεροι σε ηλικία σε σχέση με τους μεγαλύτερους.



3.1 Ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με το φύλο

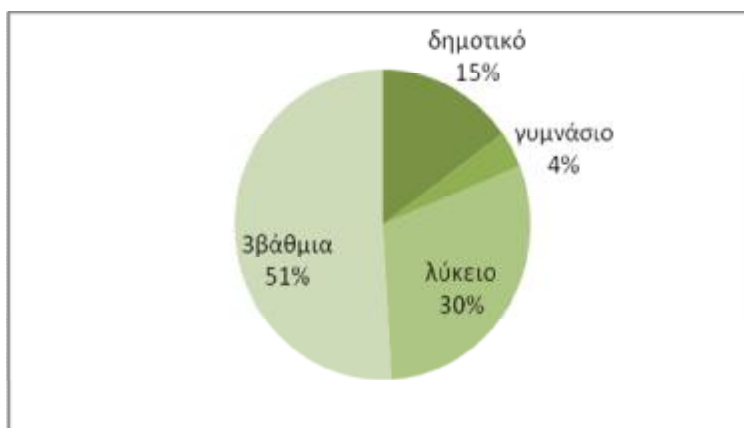
Ερευνήθηκαν 3 περιοχές στο νομό Θεσπρωτίας (πίνακας 3.2):

- Αγροτική: συμπεριλήφθηκαν τα χωριά Προδρόμι και Χρυσαιγή με ποσοστό 34%
- Ημιαστική: συμπεριλήφθηκε η Παραμυθιά με ποσοστό 20.8%
- Αστική: η Ηγουμενίτσα με ποσοστό 45.3%



3.2 ποσοστιαία κατανομή περιοχών

Βρέθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος ήταν υψηλό με το ποσοστό της 3βάθμιας εκπαίδευσης να φτάνει το 50.9%, δηλαδή 27 από τους 53 του δείγματος, επίσης μεγάλη διαφορά φαίνεται στο ποσοστό της δημοτικής εκπαίδευσης 15.1% σε σύγκριση με το γυμνάσιο 3.8% (πίνακας 3.3). Η στατιστική συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με τον αν έχει χειρουργηθεί το άτομο στο παρελθόν βρέθηκε μετρίως ισχυρή με $r= 0.355$ ($p= 0.009$), δηλαδή όσο πιο υψηλό το μορφωτικό επίπεδο τόσο περισσότερα χειρουργεία έχει κάνει ο πάσχων. Η άλλη συσχέτιση που βρέθηκε σε σχέση με το σκορ της κλίμακας HAD (άγχους και κατάθλιψης) είναι αρνητική με $r= -0.376$ ($p= 0.005$), δηλαδή όσο υψηλό μορφωτικό επίπεδο τόσο λιγότερο το άγχος του ερωτηθέντος.

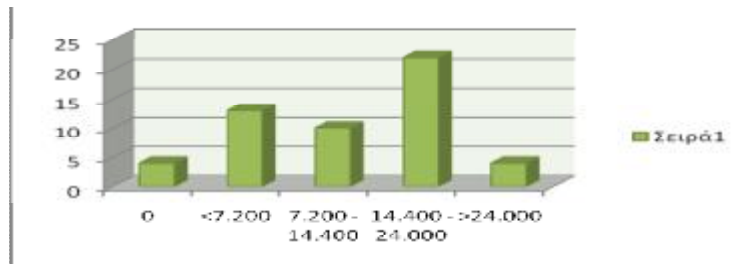


3.3 ποσοστιαία κατανομή μορφωτικού επιπέδου

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, βρέθηκε ότι το 69.8% είναι παντρεμένοι, το οποίο έρχεται σε μεγάλη αντίθεση και με τους χωρισμένους με ποσοστό 5.7% αλλά και με τους ελεύθερους με ποσοστό 24.5% και δεν βρέθηκε καμία στατιστική συσχέτιση.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3.4) φαίνεται το ετήσιο εισόδημα του δείγματος, το οποίο βρέθηκε ότι έχει αρνητική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index με $r= -0.343$ ($p=0.012$). Επίσης συσχετίστηκε με την SF-12 Health Survey και βρέθηκε ότι σχετίζεται

θετικά τόσο με το σωματικό μέρος (physical subscale) της φόρμας με $r= 0.377$ ($p= 0.005$) όσο και με το ψυχολογικό μέρος (mental subscale), $r= 0.473$ ($p<0.001$).

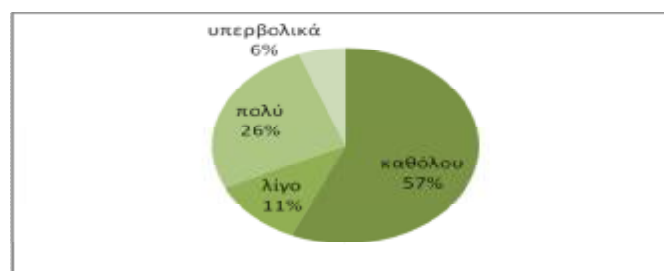


3.4 κατανομή ετήσιου εισοδήματος

Σχετικά με τις ώρες εργασίας στον Πίνακα 3.5 φαίνεται το ποσοστό των εργαζομένων ωρών ημερησίως. Αυτοί που δουλεύουν οχτάωρο είναι περίπου 22.6% ενώ δεύτεροι έρχονται οι συνταξιούχοι ή άνεργοι με 0 ώρες εργασίας και ποσοστό 18.9%. Ενδιαφέρον έχουν τα ποσοστά με 14 ώρες και άνω που φαίνεται ότι ξεπερνούν το 6%.



3.5 κατανομή εργαζομένων ωρών ημερησίως Σχετικά με το κάπνισμα, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το ποσοστό των μη καπνιζόντων είναι μεγάλο 56.6% και έρχεται σε αντίθεση με τους βαριούς καπνιστές με ποσοστό 5.7%. Επίσης δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση που να ενοχοποιεί το κάπνισμα με κάποιον παράγοντα οσφυαλγίας (πίνακας 3.6).



3.6 κατανομή καπνίσματος

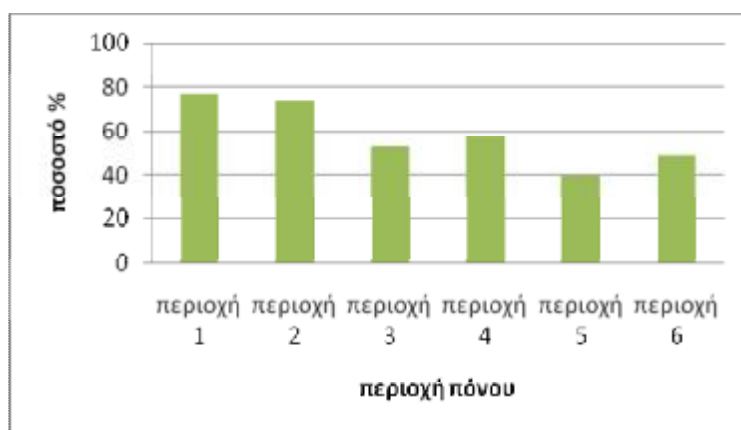
		Προηγούμενα χειρουργεία	Roland-Morris Disability Index	HAD-Anxiety subscale	SF-12 Physical subscore	SF-12 Mental subscore
Φύλο	Pearson	-,048	,091	,204	-,273	-,224
	Sig. (2-tailed)	,734	,515	,143	,048	,107
Ηλικία	Pearson	-,358	,081	,147	,027	-,076
	Sig. (2-tailed)	,008	,564	,294	,845	,588
Περιοχή	Pearson	-,043	,077	,176	-,065	-,179
	Sig. (2-tailed)	,759	,583	,209	,646	,199
Μορφωτικό επίπεδο	Pearson	,355	-,219	-,376	,203	,343
	Sig. (2-tailed)	,099	,115	,005	,144	,012
Εισόδημα	Pearson	,100	-,343	-,284	,377	,473
	Sig. (2-tailed)	,477	,012	,039	,005	,000
Κάπνισμα	Pearson	-,018	,076	,074	-,127	-,047
	Sig. (2-tailed)	,900	,590	,597	,363	,738

3.7 Αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων δημογραφικών στοιχείων με ερωτηματολόγια

3.1.2 Αποτελέσματα σχετικά με το ιστορικό και την συμπτωματολογία του δείγματος

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η ένταση του πόνου κυμάνθηκε, με βάση την δεκαβάθμια κλίμακα πόνου VAS, από 1 (ελάχιστος πόνος) έως 10 (χειρότερος) με μέση τιμή 5.68 και τυπική απόκλιση 1.49. Επίσης όταν ο πόνος ήταν στα καλύτερά του δηλαδή από 0 – 5 της κλίμακας η μέση τιμή ήταν 2.06 και τυπική απόκλιση 1.26 και όταν ο πόνος ήταν στα χειρότερά του από 5 – 10 η μέση τιμή ήταν 9.11 και η τυπική απόκλιση 1.07. Η ένταση του πόνου δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία από της παραμέτρους.

Το μέρος του σώματος που πονάει φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3.8) με βάση τη φόρμα συνέντευξης που είχαμε κωδικοποιήσει τον χάρτη σώματος. Βρέθηκε ότι από τους 53 του δείγματός μας οι 41 πονούσαν στην περιοχή 1 (αρ. πλευρά οσφυϊκής μοίρας) με ποσοστό 77,4% , οι 39 πονούσαν στην περιοχή 2 (δ. πλευρά οσφυϊκής μοίρας) με ποσοστό 73.6%, οι 28 πονούσαν στην περιοχή 3 (αρ. γλουτός) με ποσοστό 52.8, οι 31 πονούσαν στην περιοχή 4 (δ. γλουτός) με ποσοστό 58.5, οι 21 πονούσαν στην περιοχή 5 (αρ. μηρός) με ποσοστό 39.6% και οι 26 πονούσαν στην περιοχή 6 (δ. μηρός) με ποσοστό 49.1%.

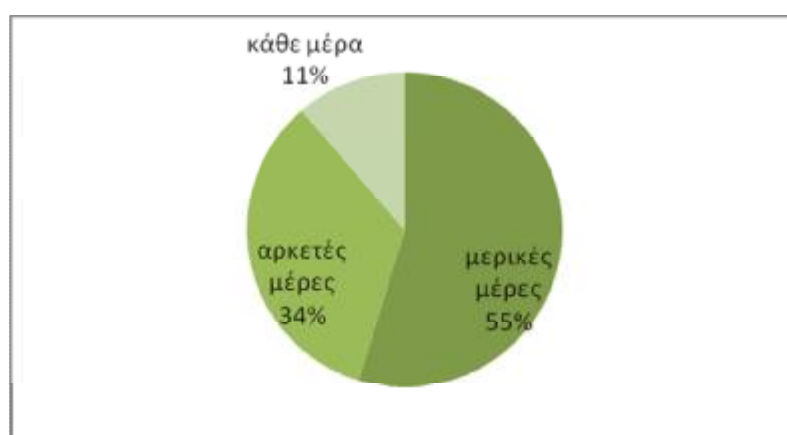


3.8 ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με την περιοχή πόνου

Βρέθηκε ότι οι 52 στους 53 πονούσαν τον τελευταίο μήνα στην οσφυϊκή μοίρα, εκ των οποίων οι 45 με ποσοστό 84.9% περιόρισαν τις δραστηριότητές τους λόγω πόνου, ενώ ισχιαλγία στο ίδιο χρονικό διάστημα εμφάνισαν οι 40 με ποσοστό 75.5% και πόνο κάτω από το γόνατο οι 27 με ποσοστό 50.9%. Οι 28 από αυτούς που έπασχαν από ισχιαλγία με ποσοστό 52.8% περιόρισαν τις δραστηριότητές τους. Βρέθηκε ότι η ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα έχει

αρνητική συσχέτιση με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω ισχιαλγίας με $r = -0.355$ ($p=0.009$), καθώς επίσης βρέθηκε ότι έχει θετική συσχέτιση με το αν έχουν επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας με $r= 0.501$ ($p<0.001$) και αρνητική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index με $r= -0.352$ ($p=0.010$).

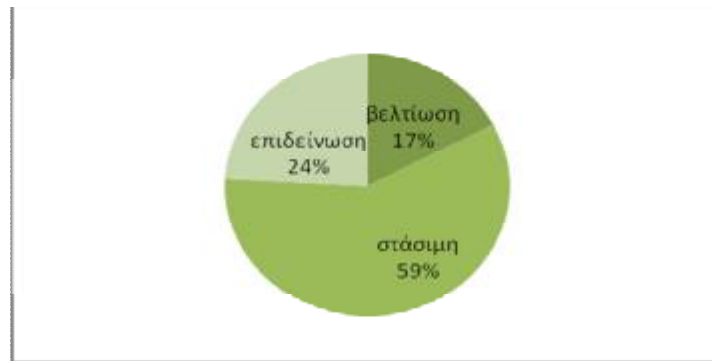
Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3.9) φαίνεται η συχνότητα πόνου, οι 29 πονούσαν μερικές μέρες, οι 18 πονούσαν κάποιες μέρες και οι 6 πονούσαν καθημερινώς. Βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση με την SF-12 Health Survey στο ψυχικό μέρος με $r= -0.355$ ($p=0.009$), δηλαδή πιο πολλές μέρες λιγότερο σκορ στην SF-12 Health Survey στο ψυχικό μέρος.



3.9 ποσοστιαία κατανομή συχνότητας πόνου

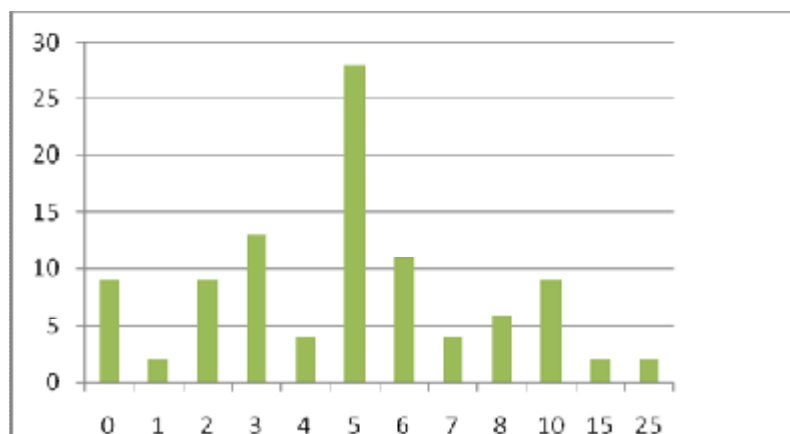
Βρέθηκε ότι 73.6%, οι 39 του δείγματος, υποβλήθηκαν σε κλινοστατισμό με τους 19 (35.8%) να έμειναν στο κρεβάτι 2-3 μέρες, οι 12 (22.6%) να έμειναν μια εβδομάδα, οι 3 (5.7%) να έμειναν 2 εβδομάδες και οι 5 (9.4%) να έμειναν 1 μήνα. Στην ερώτηση για πόσο χρονικό διάστημα δεν πονούσαν για πάνω από ένα μήνα, φάνηκε ότι οι 9 (17%) ήταν <3 μήνες, οι 22 με ποσοστό 41.5% ήταν μεταξύ 3-7 μηνών, οι 13 (24.5%) μεταξύ 7 μηνών και 3 χρόνων και οι 9 (17%) ήταν >3 χρόνια.

Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό 88.7% (47 του δείγματος) είχαν προηγούμενο επεισόδιο πόνου οσφυαλγίας και η βαθμολόγηση της βελτίωσης αυτού φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 3.10). Βρέθηκε ότι συσχετίστηκε θετικά το υπάρχον προηγούμενο επεισόδιο με το αν έχουν επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας με $r= 0.370$ ($p= 0.006$) και συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαθμολόγηση της βελτίωσης με $r= -0.531$ ($p<0.001$), δηλαδή βρέθηκε ότι το υπάρχον προηγούμενο επεισόδιο οδήγησε περισσότερους σε κάποιον επαγγελματία υγείας και η βελτίωση ήταν μικρότερη.



3.10 κατανομή σχετικά με τη βελτίωση από το προηγούμενο επεισόδιο

Στην ερώτηση που έγινε, αν επισκεφτήκαν κάποιον επαγγελματία υγείας οι 49 απάντησαν θετικά με ποσοστό 92.5% ενώ οι 4 αρνητικά εκ των οποίων οι 3 ήταν γιατροί. Υπήρξε αρνητική μετρίως ισχυρή συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index με $r = -0.424$ ($p = 0.002$). Στη συνέχεια ρωτήθηκαν πόσες φορές επισκέφτηκαν κάποιον επαγγελματία υγείας (ορθοπαιδικό, νευροχειρουργό, φυσικοθεραπευτή, φυσίατρο) και όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα (Πίν. 3.11) οι 15 με ποσοστό 28.3% απάντησαν 5 φορές, οι 7 με ποσοστό 13.2% απάντησαν 3 φορές και οι 6 με ποσοστό 11.3% απάντησαν 6 φορές.



3.11 κατανομή ανάλογα με την επισκεψιμότητα ανά χρόνο

Βρέθηκε ότι το 94.3% ακολούθησε κάποια μορφή θεραπείας όπως φάρμακα (μυοχαλαρωτικά, αντιφλεγμονώδεις, παυσίπονα), ενέσεις και φυσικοθεραπείες. Επίσης αρκετοί ήταν αυτοί που έκαναν κάποια διαγνωστική εξέταση όπως ακτινογραφία (13.2%) και μαγνητική τομογραφία (7.5%).

Το ποσοστό στο αν είχαν άλλα μυοσκελετικά προβλήματα είναι 56.6% για αυτούς που απάντησαν θετικά και 43.4% για αυτούς που είπαν πως δεν έχουν άλλα προβλήματα. Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων με την κλίμακα Keele Start Back Screening Tool με $r = -0.367$ ($p=0.007$). Τέλος στην ερώτηση αν έχουν χειρουργηθεί για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν βρέθηκε ότι οι 29 (54.7%) είχαν χειρουργηθεί ενώ οι 24 (45.3%) απάντησαν αρνητικά και δεν βρέθηκε καμιά συσχέτιση με τους παράγοντες.

		Ισχιαλγία που περιορίζει την καθημερινότητα	Έχετε επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας;	Έχετε χειρουργηθεί για κάποιον λόγο στο παρελθόν;	Βαθμολόγηση προηγούμενου επεισοδίου οσφυαλγίας
Ηλικία	Pearson Sig. (2-tailed)	,159 ,255	-,307 ,026	-,358 ,008	,219 ,116
Μορφωτικό επίπεδο	Pearson Sig. (2-tailed)	-,031 ,827	,156 ,263	,355 ,009	-,170 ,223
Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα	Pearson Sig. (2-tailed)	-,355 ,009	,501 ,000	,098 ,485	-,145 ,302
Προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας	Pearson Sig. (2-tailed)	-,191 ,171	,370 ,006	,022 ,877	-,531 ,000
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα	Pearson Sig. (2-tailed)	-,246 ,076	,326 0,17	,198 ,156	-,217 ,119

3.12 Αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων δημογραφικών στοιχείων με ιστορικό

		STarT Back Total	Roland-Morris Disability Index	HAD-Anxiety subscale	SF-12 Physical subscore	SF-12 Mental subscore
Μορφωτικό	Pearson	-,116	-,219	-,376	,203	,343

επίπεδο	Sig. (2-tailed)	,407	,115	,005	,144	,012
Ετήσιο εισόδημα	Pearson	-,321	-,343	-,284	,377	,473
	Sig. (2-tailed)	,019	,012	,039	,005	,000
Ισχυαλγία τον τελευταίο μήνα	Pearson	-,325	-,352	-,313	,126	,219
	Sig. (2-tailed)	,018	,010	,022	,368	,115
Συχνότητα πόνου	Pearson	,188	,163	,206	,049	-,355
	Sig. (2-tailed)	,179	,244	,139	,725	,009
Έχετε επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας;	Pearson	-,306	-,424	-,202	,274	,077
	Sig. (2-tailed)	,026	,002	,146	,075	,585
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα	Pearson	-,367	-,233	-,157	,152	,165
	Sig. (2-tailed)	,007	,093	,262	,278	,239

3.13 Αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων ιστορικού με ερωτηματολόγια

3.2.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίων

Στην έρευνα αυτή τα διεθνή ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν όπως ήδη έχει αναφερθεί, συσχετίστηκαν με τους παράγοντες που αναφέρονται στον πίνακα 2.12, με μεγαλύτερη θετική συσχέτιση να έχει το ετήσιο εισόδημα με το ψυχολογικό μέρος της SF-12 Mental subscore με $r= 0.473$ ($p<0.001$) και μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση το μορφωτικό επίπεδο με την κλίμακα HAD-Anxiety subscale με $r= -0.376$ ($p=0,005$).

Τα αποτελέσματα από κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά είναι:

- The Keele Start Back Screening Tool: βρέθηκε ότι η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη 8, με μέση τιμή 4.40 και τυπική απόκλιση 1.790
- Roland-Morris Disability Index: βρέθηκε ότι η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη 24, με μέση τιμή 15,21 και τυπική απόκλιση 5,242.
- HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale): για το μέρος της ανησυχίας που ήταν οι ερωτήσεις (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) βρέθηκε ότι η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη 14, με μέση τιμή 6.74 και τυπική απόκλιση 3.898, ενώ για το μέρος της κατάθλιψης που ήταν οι ερωτήσεις (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) βρέθηκε ότι η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη 18 με μέση τιμή 3.89 και τυπική απόκλιση 3.646.
- SF-12 Health Survey: για το σωματικό μέρος (SF-12 Physical subscore) η ελάχιστη τιμή ήταν 22.00 και η μέγιστη 53.20 με μέση τιμή 36.10 και τυπική απόκλιση 7.762, ενώ για το ψυχολογικό μέρος (SF-12 Mental subscore) η ελάχιστη τιμή ήταν 28.10 και η μέγιστη 68.70 με μέση τιμή 48.54 και τυπική απόκλιση 9.133.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Συζήτηση

Σε αυτή την έρευνα μελετήθηκε ο επιπολασμός και η επίδραση των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την οσφυαλγία, σε ένα τυχαίο δείγμα πληθυσμού από το Ν. Θεσπρωτίας. Ο επιπολασμός σε αυτή την περιοχή βρέθηκε 18.3% με το ποσοστό των ανδρών που πάσχουν να είναι 64%, αυτό έρχεται αντιμέτωπο με πολλές έρευνες οι οποίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες είναι αυτές που πάσχουν περισσότερο, αυτό μπορεί να ευθύνεται στην εργασία των ανδρών, που κατά κύριο λόγο είναι αγρότες. Επίσης το ποσοστό αυτό του επιπολασμού έρχεται σύμφωνο με άλλες έρευνες που έγιναν παγκοσμίως (Ihlebaek, et al, 2006; Eriksen et al, 2003; Alexopoulos et al, 2003). Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι και οι παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία είναι παρόμοιοι. Ο McBeth (2007) στην έρευνά του βρήκε ότι και στα δυο φύλα ο επιπολασμός της οσφυαλγίας αυξάνεται με την ηλικία, ενώ, σε αυτή την έρευνα βρέθηκε ότι περισσότερα χειρουργεία φαίνεται να τα είχαν οι μικρότεροι σε ηλικία σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Roth, et al, 2001), το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία (Portenoy, et al, 2004) σύμφωνα με τις αναφερόμενες έρευνες βρέθηκε ότι σχετίζονται με την αύξηση του πόνου ενώ στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι όσο πιο υψηλό το μορφωτικό επίπεδο τόσο λιγότερο το άγχος του ερωτηθέντος με το σκορ της κλίμακας HAD (άγχους και κατάθλιψης).

Το χαμηλό ετήσιο εισόδημα του δείγματος, βρέθηκε ότι επηρεάζει το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index αυξάνοντας το σκορ της σωματικής ανικανότητας. Σχετικά με το κάπνισμα, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το ποσοστό των μη καπνιζόντων είναι μεγάλο 56.6% και έρχεται σε αντίθεση με τους βαριούς καπνιστές με ποσοστό 5.7%. Επίσης δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση που να ενοχοποιεί το κάπνισμα με κάποιον παράγοντα οσφυαλγίας σε αντίθεση με άλλες έρευνες που βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και οσφυαλγίας (Palmer, et al, 2003). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, βρέθηκε ότι το 69.8% είναι παντρεμένοι, το οποίο έρχεται σε μεγάλη αντίθεση, με τους χωρισμένους με ποσοστό 5.7% αλλά και με τους ελεύθερους με ποσοστό 24.5% όμως δεν βρέθηκε καμία στατιστική συσχέτιση σε αντίθεση με την έρευνα του Currie & Wang (2004) στον Καναδά που έδειξε ότι τα άτομα με χρόνια πόνο και κατάθλιψη είναι νέες ανύπαντρες γυναίκες.

Η ένταση του πόνου δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καμία από της παραμέτρους της έρευνας αυτής. Βρέθηκε ακόμα ότι η ισχιαλγία τον τελευταίο

μήνα δεν επηρεάζει τον περιορισμό των δραστηριοτήτων αλλά υπάρχει αύξηση επισκέψεων σε κάποιον επαγγελματία υγείας και αύξηση του σκορ με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index. Ακόμα η συχνότητα πόνου βρέθηκε ότι επηρεάζει την SF-12 Health Survey στο ψυχικό μέρος, δηλαδή πιο πολλές μέρες πόνου λιγότερο σκορ στην SF-12 Health Survey στο ψυχικό μέρος. Στην παρούσα έρευνα έγινε συσχέτιση με το προηγούμενο επεισόδιο και βρέθηκε ότι το υπάρχον προηγούμενο επεισόδιο οδήγησε περισσότερους σε κάποιον επαγγελματία υγείας και η βελτίωση ήταν μικρότερη. Στην ερώτηση που έγινε, αν επισκεφτήκαν κάποιον επαγγελματία υγείας οι 49 απάντησαν θετικά με ποσοστό 92.5% ενώ οι 4 αρνητικά εκ των οποίων οι 3 ήταν γιατροί, βρέθηκε ότι υπήρξε συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index και φάνηκε ότι αυτοί που επισκέφτηκαν κάποιον είχαν μικρότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο. Όσο για τη μορφή θεραπείας που ακολούθησαν δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση. Τέλος στην ερώτηση αν έχουν χειρουργηθεί για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν βρέθηκε ότι το 54.7% είχαν χειρουργηθεί ενώ το 45.3% απάντησαν αρνητικά και δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση με τους παράγοντες. Όπως φαίνεται οι στατιστικές συσχετίσεις παραγόντων με ερωτηματολόγια είναι λίγες τόσο στη σωματική ανικανότητα με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index, όσο και στην ανησυχία και κατάθλιψη με την κλίμακα HAD (άγχους και κατάθλιψης). Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο δείγμα που λήφθηκε να μην βρέθηκε κάποια συσχέτιση, είτε στο γενικό πληθυσμό του νομού που μόνο το 11% είχε χρόνια πόνο, αυτό έρχεται σύμφωνο με την έρευνα του Currie & Wang, (2004) στον Καναδά, η οποία έδειξε ότι αυτοί που δεν έχουν χρόνια πόνο έχουν μικρό ποσοστό κατάθλιψης περίπου 6% σε αντίθεση με αυτούς που έχουν σοβαρό πόνο και έχουν κατάθλιψη περίπου 25%.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι όσο ψηλότερο είναι το ετήσιο εισόδημα τόσο μικρότερο είναι το σκόρ της ανικανότητας στο ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index, η οποία συμφωνεί με την έρευνα των Stranjalis, et al, (2004), αλλά και με την έρευνα των Alexopoulos et al, (2004), οι οποίοι σύγκριναν τα ποσοστά των οδοντιάτρων με το νοσηλευτικό προσωπικό και διαπίστωσαν ότι υπάρχει διαφορά στα ποσοστά οσφυαλγίας και αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω του διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού 'status' και τον τύπο της εργασίας.

Τα θετικά σημεία αυτής της έρευνας είναι ότι λήφθηκε τυχαίο δείγμα αγροτικού πληθυσμού, κάτι το οποίο δεν έχει ερευνηθεί στον Ελλαδικό χώρο και μελετήθηκαν πολλοί παράγοντες, που σε άλλες έρευνες έχουν δείξει πως επηρεάζουν την οσφυαλγία, ενώ σε αυτή είτε βρέθηκε κάποια συσχέτιση, όπως το ετήσιο εισόδημα με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Index, το μορφωτικό επίπεδο με την κλίμακα HAD (άγχους και κατάθλιψης), είτε όχι όπως η ηλικία, το φύλο και η περιοχή.

Τα αρνητικά σημεία ήταν ότι το δείγμα ήταν μικρό, 290 άτομα (186 άνδρες, 104 Γυναίκες) που ρωτήθηκαν και οι 53 (34 άνδρες και 19 γυναίκες) είχαν οσφυαλγία. Επίσης το μέγεθος της φόρμας με την οποία έγινε η έρευνα ήταν μεγάλο, και αυτό πιθανόν να κούρασε τους ερωτηθέντες, παρόλο που κάλυπτε όλα τα πεδία. Η φόρμα συμπληρωνόταν μετά από ερώτηση φίλτρου, που ήταν: «Έχετε ή είχατε καθόλου τον τελευταίο μήνα κάποια ενόχληση από την περιοχή της μέση σας;», η οποία απέκλειε μεγάλος μέρος του πληθυσμού καθώς και η ηλικία, που ζητούνταν να απαντήσουν μόνο ενήλικες.

4.2 Συμπέρασμα

Τέλος, αυτή η έρευνα έδειξε την επίπτωση της οσφυαλγίας σε δείγμα αγροτικού πληθυσμού του Ν. Θεσπρωτίας με χρόνιο πρόβλημα και τους παράγοντες κινδύνου που την επηρεάζουν. Βρέθηκε ότι πάσχουν περισσότεροι άνδρες σε αντίθεση με άλλες έρευνες που υπερτερούν οι γυναίκες, αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άντρες ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες, ενώ οι γυναίκες κατά κύριο λόγο με τα οικιακά. Άλλοι παράγοντες όπως το κάπνισμα δεν συσχετίστηκαν με τα ερωτηματολόγια τα οποία περιείχε η φόρμα, αλλά βρέθηκε ότι τα επίπεδα ανησυχίας στο Ν. Θεσπρωτίας ήταν μικρά, αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στα χαμηλά ποσοστά χρόνιο πόνου που είναι ο πιθανότερος λόγος, είτε στην περιοχή της έρευνας όπου οι ρυθμοί της καθημερινότητας δεν είναι υψηλοί. Παρόλα αυτά όμως καλό θα είναι μελλοντικά να γίνουν και άλλες έρευνες σε αγροτικές περιοχές, ώστε να μπορεί να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων και να γίνει η αξιολόγηση και η σύγκριση με τις άλλες περιοχές της Ελλάδος. Γιατί η χειρωνακτική εργασία στις αγροτικές περιοχές είναι μεγάλη σε σχέση με τα αστικά κέντρα, αλλά ο τρόπος ζωής είναι καλύτερος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Χαράλαμπος Γκούβας: "Χειρουργική Νευροανατομία και Ορθοπαιδική Νευρολογία" Β έκδοση, 2010

Ιπποκράτης: «Περί άρθρων», εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα 1990

Alexopoulos C. E., Burdorf A., Kalokerinou A. Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Occup Environ Health* 2003, 76: 289–294.

Alexopoulos C. E., Burdorf A., Kalokerinou A. A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health*, 2005.

Alexopoulos C. E., Stathi I., Charizani F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2004, 5:16.

Andrea Pralard: "Operum Hippocratis coi et Galeni", Bibliopolam, M.DC.LXXIX, Italia, 1685

Australian Bureau of Statistics: National Aboriginal and Torres Strait Islander survey detailed findings: 1995. Canberra, Australian Bureau of Statistics; 1994.

Bejia I, Abid N, Salem K, Letaief M, Younes M, Touzi M, Bergaoui N: Low back pain in a cohort of 622 Tunisian schoolchildren and adolescents: an epidemiological study. *European Spine* 2005, 14:331-336.

Bejia I, Younes M, Jamila H, Khalfallah T, Salem K, Touzi M, Akrouit M, Bergaoui N: Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine* 2005, 72:254-259.

Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K et al. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *Journal of Rheumatology* 2001, 28(6): 1369– 1377.

Boscainos J. P., Sapkas G., Stilianessi E., Prouskas K., Papadakis A. S. Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2003, 411:40–53.

Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006, 10: 287–333.

Carmona L, Ballina J, Gabriel R & Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of Rheumatic Diseases* 2001 Nov; 60(11):1040–1045

Cassidy D, Carroll L, Cote P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. *Spine* 1998; 23:1860-1867.

Chopra A, Saluja M, Patil J, Tandale HS. Pain and disability, perceptions and beliefs of a rural Indian population: a WHO-ILAR COPCORD study. *J Rheumatol* 2002;29:614–21.

Currie R. S., Wang JianLi. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain* 2004; 107: 54–60

Edwards R, Suresh R, Lynch S et al. Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 2001, 50(2): 65–68.

Engels JA, Gulden JWJ, Senden TF, Hof B. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occup Environ Med* 1996, 53:636–641

Eriksen J, Jensen MK, Sjørgen P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221–8.

Fabunmi AA, Aba SO, Odunaiya NA: Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South West Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 2005, 34(3):259-262.

Josephson M, Lagerström M, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occup Environ Med* 1997,54:681–685

Francis W., et al, King's College Medical School, London: "Gen mutation PARK2 causes to Disc degeneration", *Annals of Rheumatic Diseases*, Sept 2012.

Ghaffari M., Alipour A., Jensen I., Farshad A. A., Vingard E. Low back pain among Iranian industrial workers. *Occupational Medicine* 2006;56:455–460.

Galukande M, Muwazi S, Mugisa D: Aetiology of low back pain Mulago Hospital, Uganda. *African Health Sciences* 2005, 5(2):164-167.

Gilgil E., Kacar C., Butun B., Tuncer T., Urhan S., Yildirim C., Sunbuloglu G., Arikan V., Tekeoglu I., Oksuz C. M., Dundar U. Prevalence of Low Back Pain in a Developing Urban Setting. *SPINE* 2005 30(9):1093–1098.

Goubert L., Crombez G., De Bourdeaudhuij I. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. *European Journal of Pain* 2004; 8: 385–394

Gureje O, Von Korff M, Simon GE et al. Persistent pain and well being. A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998; 280:147-151.

Minh Hoa TT, Darmawan J, Chen SL, Van Hung N, Thi Nhi C, Ngoc An T. Prevalence of the rheumatic diseases in urban Vietnam: a WHO-ILAR COPCORD study. *J Rheumatol* 2003;30:2252–6.

Hoy D, Toole MJ, Morgan D, et al. Low back pain in rural Tibet. *Lancet* 2003;361:225–6.

Ihlebaek C, Hansson TH, Laerum E et al. Prevalence of low back pain and sickness absence: a 'borderline' study in Norway and Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34(5): 555–558.

Igor de Castro, Daniel Paes dos Santos, Daniel de Holanda Cristoph, Lose Alberto Landeiro: “ Η ιστορία των επεμβάσεων σπονδυλικής στήλης για τη δισκοπάθεια”. *Arquives Neuropsychiatriques* 2005;63 3-A: 701-706

Igumbor E, Useh U, Madzivire D: An epidemiological study of work-related low back pain among Physiotherapists in Zimbabwe. *South African Journal of Physiotherapy* 2003, 59(3):7-14.

Jin K, Sorock GS, Courtney TK. Prevalence of low back pain in three occupational groups in Shanghai, People's Republic of China. *J Safety Res* 2004;35:23–28.

Jordaan R, Kruger M, Stewart A, Becker P: The association between low back pain, gender and age in adolescents. *South African Journal of Physiotherapy* 2005, 61(3):15-20.

Kadi A, Izac B, Said-Nahal R, Leboime A, Van Praet L, de Vlam K, Elewaut D, Chiocchia G, Breban M; Annals of the Rheumatic Diseases (ARD Online): "Investigating the genetic association between ERAP1 and spondyloarthritis"; *Ann Rheum Dis* (Aug 2012)

Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis & Rheumatism* 1998; 41:778-799.

Louw A. Q., Morris1 D. L., Grimmer-Somers K. The Prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007, 8:105.

Luo X., George L. M., Kakouras I., Edwards L. C., Pietrobon R., Richardson W., Hey L. Reliability, Validity, and Responsiveness of the Short Form 12-Item Survey (SF-12) in Patients With Back Pain. *SPINE* 2003, 28 (15):1739–1745.

Manchikanti L. Epidemiology of Low Back Pain. *Pain Physician* 2000; 3 (2): 167 – 192.

Manek J. N., MacGregor J.A. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors and prognosis. *Current Opinion in Rheumatology* 2005, 17:134 —140.

McBeth J: “Epidemiology of chronic musculoskeletal pain”. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2007; 21(3): 403–425

McCracken LM, Matthews AK, Tang TS & Cuba SL. A comparison of blacks and whites seeking treatment for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 2001 Sep; 17(3): 249–255.

Michopoulos I., Douzenis A., Kalkavoura C., Christodoulou C., Michalopoulou P., Kalemi G., Fineti K., Patapis P., Protopapas K., Lykouras L. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry* 2008, 7:4.

Natvig B, Bruusgaard D & Eriksen W. Localized low back pain and low back pain as part of widespread musculoskeletal pain: two different disorders? A cross-sectional population study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001; 33: 21–25.

Nishida K, Suzuki T, Kakutani K, Yurube T, Maeno K, Kurosaka M, Doita M. Department of Orthopaedic Surgery, Kobe University Graduate School of Medicine, 7-5-1 Kusunoki-cho, Chuo-ku, Kobe, 650-0017, Japan, kotaro@med.kobe-u.ac.jp. : “Gene therapy approach for disc degeneration and associated spinal disorders”. *European Spine Journal*. 2008 Nov 13.

Omokhodion F, Umar U, Ogunnowo B: Prevalence of low back pain among staff in a rural population hospital in Nigeria. *Occupational Medicine* 2000, 50(2):107-110.

Omokhodion FO: Low back pain in a rural community in South West Nigeria. *West Afr J Med* 2002, 21(2):87-90.

Omokhodion F: Low back pain in an urban population in Southwest Nigeria. *Tropical Doctor* 2004, 34:17-20.

Palmer KT, Syddall H, Cooper C & Coggon D. Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2003, 62(1): 33–36.

Parikh SV, Lam RW. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders I. Definitions, prevalence, and health burden. *Can J Psychiatry* 2001;46(Suppl. 1):13–28.

Polyzos M. N. Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications. *Health Policy* 2002, 61: 305–328

Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I & Haas G. Population-based survey of pain in the United States: Differences among White, African American, and Hispanic subjects. *The Journal of Pain* 2004; 5(6): 317–328

Prista A, Balagui F, Nordin M, Skovron : Low back pain in Mozambican adolescents. *European Spine Journal* 2004, 13:341-345

Roth RS, Punch MR & Bachman JE. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 563–569.

Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004;8:555–65.

Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M & Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005; 114: 364–371.

Sanya AO, Ogwumike OO: Low back pain prevalence amongst industrial workers in the private sector in Oyo State, Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 2005, 34(3):245-249.

Schierhout G, Myers J, Bridger R: Musculoskeletal pain and workplace ergonomic stressors in manufacturing industry in South Africa. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1993, 23:3-11.

Spyropoulos P., Papathanasiou G., Georgoudis G., Chronopoulos E., Koutis H., Koumoutsou F. Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers. *Pain Physician* 2007, 10:651-660.

Stergioulas A., Filippou D. K., Triga A., Grigoriadis E., Shipkov C. D. Low back pain in physical education teachers. *Folia Med (Plovdiv)*. 2004, 46(3):51-5.

Stranjalis G., Tsamandouraki K., Sakas E. D., Alamanos Y. Low Back Pain in a Representative Sample of Greek Population. Analysis According to Personal and Socioeconomic Characteristics. *SPINE* 2004,29(12):1355–1361.

Vindigni D., Walker F. B., Jamison R. J., Da Costa C., Parkinson L., Blunden S. Low back pain risk factors in a large rural Australian Aboriginal community. An opportunity for managing co-morbidities? *Chiropractic & Osteopathy* 2005, 13:21.

Webb R., Brammah T., Lunt M., Urwin M., Allison T., Symmons D. Opportunities for prevention of 'clinically significant' knee pain: results from a

population-based cross sectional survey. *J Public Health (Oxf)* 2004, 26(3):277-84.

Wijnhoven HA, de Vet HC & Picavet HS. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *The Clinical Journal of Pain* 2006 Oct; 22(8): 717–724

Woolf A, Pfleger B: Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003, 81(9):646-656.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΙΝΑΚΕΣ

1.1	Επιπολασμός του χρόνιου πόνου σε 46.394 ενηλίκους (>18 χρονών) σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες συν το Ισραήλ.	Σελ. 8
1.2	Παράγοντες κινδύνου οσφυαλγίας	Σελ. 17
1.3	Παράγοντες κινδύνου οσφυαλγίας	Σελ. 18
3.1	Ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με το φύλο	Σελ. 24
3.2	Ποσοστιαία κατανομή περιοχών	Σελ. 25
3.3	ποσοστιαία κατανομή μορφωτικού επιπέδου	Σελ. 25
3.4	κατανομή ετήσιου εισοδήματος	Σελ. 26
3.5	κατανομή εργάσιμων ωρών ημερησίως	Σελ. 26
3.6	κατανομή καπνίσματος	Σελ. 26
3.7	Αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων δημογραφικών στοιχείων με ερωτηματολόγια	Σελ. 27
3.8	ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με την περιοχή πόνου	Σελ. 28
3.9	ποσοστιαία κατανομή συχνότητας πόνου	Σελ. 29
3.10	κατανομή σχετικά με τη βελτίωση από το προηγούμενο επεισόδιο	Σελ. 30
3.11	κατανομή ανάλογα με την επισκεψιμότητα ανά χρόνο	Σελ. 30
3.12	Αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων δημογραφικών στοιχείων με ιστορικό	Σελ. 31
3.13	Αποτελέσματα στατιστικών συσχετίσεων ιστορικού με ερωτηματολόγια	Σελ. 32

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Κωδικός συμμετέχοντα:

ΕΝΤΥΠΟ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Πάτρας)

Σας καλούμε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη που διεξάγεται από μία ομάδα τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας υπό την εποπτεία του εκπαιδευτικού προσωπικού του Τμήματος. Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία) και η συμμετοχή σας σε αυτήν κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Καλείστε να συμπληρώσετε το παρακάτω έντυπο, το οποίο εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας, την λειτουργικότητά σας κ.α. στοιχεία που αφορούν τις καθημερινές σας δραστηριότητες και την γενικότερη ποιότητα ζωής σας. Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και απόρρητα, ενώ έχετε την δυνατότητα να αποσύρετε την συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή (αν το θελήσετε). Παρακαλώ, αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, σημειώστε τα στοιχεία σας παρακάτω και προχωρήστε στην συμπλήρωση του εντύπου η οποία δεν θα σας πάρει πάνω από 10-15 λεπτά. Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 26910-61150 (Τμήμα Φυσικοθεραπείας) ή ηλεκτρονική διεύθυνση της κ. Μπίλλης, Καθηγήτριας Εφαρμογών του Τμήματος (email: ebillis@teipat.gr), υπεύθυνης συντονισμού της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Υπογραφή συμμετέχοντα **Ημερομηνία:.....**

Στοιχεία επικοινωνίας:

Σε περίπτωση ηλεκτρονικής συμπλήρωσης του εντύπου, παρακαλώ συμπληρώστε:

Έχω κατανοήσει τον σκοπό της παρούσας μελέτης και

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ

Γενικές πληροφορίες

ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ **ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ:

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Αγροτική Αστική Ημιαστική

ΜΟΡΦΩΣΗ: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Τριτοβάθμια εκπαίδευση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος
 Χήρος

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

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:

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

ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ:

.....

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

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε **πόνο στην μέση σας**; (στην περιοχή που φαίνεται στο διάγραμμα). Παρακαλώ μην σημειώσετε πόνο από πυρετό ή από έμμηνο ρήση. Ναι Όχι
2. Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα; Ναι Όχι
3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε **πόνο που απλώθηκε κάτω στο πόδι** σας; Ναι Όχι
4. Αν ναι, απλώθηκε ο πόνος κάτω από το γόνατό σας; Ναι Όχι
5. Αν ναι, ήταν ο πόνος αυτός (του ποδιού) αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα; Ναι Όχι
6. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε;
 Κάποιες μέρες Τις περισσότερες ημέρες Κάθε μέρα
7. Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 (όπου 0 καθόλου πόνος και 10 ο χειρότερος πόνος που έχετε φανταστεί ποτέ), πείτε μας
α) τη συνηθισμένη ένταση του πόνου σας
0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
β) τον πόνο όταν είναι στα καλύτερα του
0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
γ) τον πόνο όταν είναι στα χειρότερα του
0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
8. Επισκεφτήκατε κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο σας; Ναι Όχι
α) Αν ναι, ποιον (ποιους);
β) Πόσες φορές τον/τους επισκεφτήκατε;

9. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει;

.....

10. Τι ιατρικές εξετάσεις έχετε κάνει;

Καμία Ακτινογραφία Μαγνητική Αξονική Εξετάσεις αίματος Άλλο

11. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Ναι Όχι

α) Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά τι θεραπεία κάνατε.

.....

.....

β) Υποβλήθηκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας;

Ναι Όχι

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

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

Ναι Όχι

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

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

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

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

15. Πώς θα βαθμολογούσατε την βελτίωσή σας;

Σίγουρη βελτίωση Βελτίωση Στάσιμη κατάσταση Επιδείνωση

Σίγουρη επιδείνωση

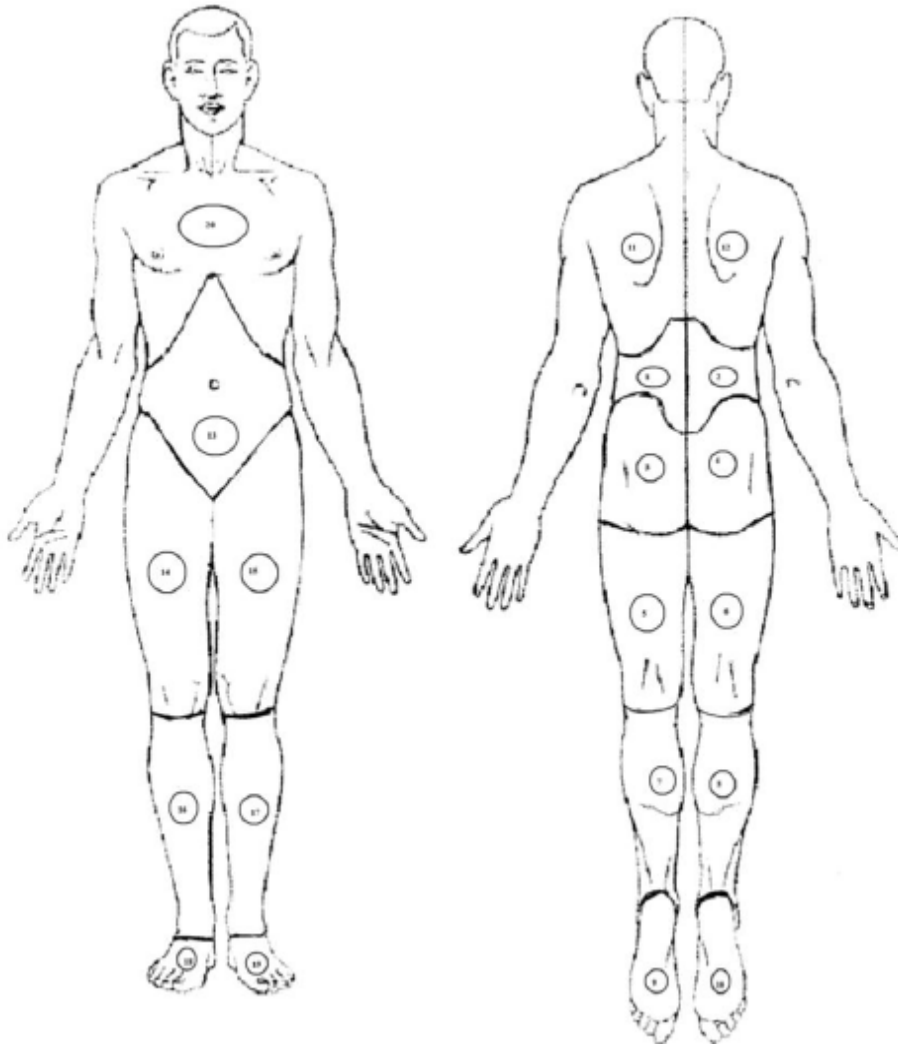
16. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Ναι Όχι

Αν ναι, αναφέρατε το/α προβλήματα

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

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

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



The Keele STarT Back Screening Tool

Όνομα ασθενή: _____

Ημερομηνία: _____

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

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

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

Καθόλου

Λίγο

Μετρίως

Πάρα πολύ

Υπερβολικά

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

Roland-Morris Disability Index

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

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

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω αγχος η νιωθω σασιτισμενος:

Τις περισσότερες φορές	3
Αρκετές φορές	2
Περιστασιακά	1
Καθόλου	0

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

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

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

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

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

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

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

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

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η

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

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

Πάντα.....	0
Συνήθως.....	1
Όχι συχνά.....	2
Καθόλου.....	3

8(D) Αισθάνομαι με "πεσμένη" διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς	3
Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι

Καθόλου.....	0
Περιστασιακά.....	1
Αρκετά συχνά.....	2
Πολύ συχνά.....	3

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

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

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

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

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

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

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

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

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

Συχνά.....	0
Μερικές φορές	1
Όχι συχνά.....	2
Πολύ σπάνια.....	3

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

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

	Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
α. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
β. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

	Ναι	Όχι
α. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
β. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

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

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

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

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

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

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

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

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