

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΕΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΕ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ ΠΥΡΓΑΚΗ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΠΑΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΑΙΓΙΟ - 2013

**PREVALENCE OF LOW BACK PAIN IN
THE AREA OF CORINTHIA**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα περισσότερο διαδεδομένα σύνδρομα μυοσκελετικού πόνου και μια αρκετά κοινή αιτία αναπηρίας ανά τον κόσμο. Σε πολλές περιπτώσεις μια συγκεκριμένη παθολογία είναι αδύνατο να ταυτοποιηθεί. Το γεγονός αυτό συνηγορεί υπέρ της υπόθεσης, ότι δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί, και ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνισή και τη σοβαρότητά της.

Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν υψηλή συχνότητα της οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό καθώς και σε επιμέρους εργασιακές ομάδες στην Ελλάδα.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αφορά την καταγραφή της οσφυαλγίας σε μια ημιαστική περιοχή της Ελλάδας, συγκεκριμένα στο Κιάτο Κορινθίας. Άμεσος σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η καταγραφή της οσφυαλγίας σε μια ημιαστική περιοχή της Ελλάδας, αλλά και η συλλογή και εκτίμηση συγκεκριμένων πληροφοριών και στοιχείων που πιθανόν να σχετίζονται με το ιστορικό, κατάσταση ή εξέλιξη της οσφυαλγίας.

Η συμβολή της συγκεκριμένης εργασίας του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πατρών έχει ως απώτερο σκοπό την αποκόμιση επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με την οσφυαλγία στην Ελλάδα για την ημιαστική περιοχή της Κορινθίας, που εν συνεχεία θα συμβάλλουν στην διαμόρφωση μίας γενικότερης επιδημιολογικής εικόνας για την οσφυαλγία στην Ελλάδα.

Από τη θέση αυτή η ερευνήτρια θέλει να εκφράσει τις θερμές της ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας και ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια Μπίλλη Ευδοκία για την πολύτιμη βοήθεια της και την υπομονή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανασκόπηση: Πολλές επιδημιολογικές μελέτες για την οσφυαλγία σε διαφορετικούς πληθυσμούς υποδεικνύουν μια υψηλή συχνότητα της κλινικής αυτής οντότητας στο γενικό πληθυσμό. Κοινωνικοοικονομικοί, δημογραφικοί, πολιτισμικοί, και ψυχολογικοί παράγοντες είναι πιθανό να επηρεάζουν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα αυτής. Οι επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα στο γενικό πληθυσμό προτείνουν ~30% μηνιαία επικράτηση (monthly prevalence rate).

Σκοπός: Εκτίμηση της επικράτησης της οσφυαλγίας σε μια ημιαστική περιοχή της Ελλάδας καθώς και συλλογή και εκτίμηση πληροφοριών που πιθανόν να σχετίζονται με το ιστορικό τη κατάσταση η την εξέλιξη της οσφυαλγίας.

Μέθοδος: 1168 άτομα (562 άνδρες, 606 γυναίκες) ηλικίας 14-76 ετών, επιλέχθηκαν τυχαία μέσα από τους προσερχόμενους στο κέντρο υγείας Κιάτου, από την 1^η Οκτωβρίου έως την 30^η Νοεμβρίου του 2012, και ρωτήθηκαν για την ύπαρξη οσφυαλγίας τον τελευταίο μήνα (μέσα από ερώτηση "φίλτρου"). Από αυτούς προέκυψε ένα δείγμα 87 ατόμων με οσφυαλγία, στους οποίους ζητήθηκε η συμπλήρωση μίας ολοκληρωμένης φόρμας αξιολόγησης η οποία συμπεριλάμβανε ερωτήσεις δημογραφικών, προσωπικών και κλινικών (π.χ. για το ιστορικό οσφυαλγίας κτλ.) στοιχείων, καθώς και 4 αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια STarT Back Tool (SBT), Roland Morris Disability (RMDQ), Hospital Anxiety Depressions Scale (HAD), SF-12. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε περιγραφικά καθώς και με την χρήση του δείκτη συσχέτισης Pearson, με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα - Συζήτηση: 87 άτομα ανέφεραν οσφυαλγία τον τελευταίο μήνα, ποσοστό επικράτησης 7,8%. Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η οσφυαλγία, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν το σύμπτωμα. Τα 2/3 των συμμετεχόντων επισκέφτηκαν επαγγελματία υγείας και δέχτηκαν φαρμακευτική θεραπεία. Το 40% είχε συμπεριλάβει στη θεραπεία του φυσικοθεραπεία και άσκηση. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας παρουσίασαν καλύτερη βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής και γενικής υγείας (SF12) και μικρότερη ανικανότητα. Μέτρια επίπεδα πόνου (VAS) κυριάρχησαν στη πλειοψηφία του πληθυσμού, ενώ η ανικανότητα (RMDQ) πήρε μέση τιμή $9,95 \pm 5,1$. Η συνύπαρξη ισχιαλγίας σχετίστηκε με μικρότερα επίπεδα πόνου και αναπηρίας. Οι συμμετέχοντες στη πλειοψηφία τους χαρακτηρίστηκαν «χαμηλού έως μέτριου κινδύνου», και βάσει προηγούμενων μελετών αρκετά κατάλληλοι για φυσικοθεραπεία.

Συμπέρασμα: Η επικράτηση της οσφυαλγίας ~8% σε ημιαστική περιοχή της Ελλάδας αποτελεί ένα αξιολογικό ποσοστό κλινικά σημαντικών περιπτώσεων οσφυαλγίας. Φύλο, ηλικία και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητά της. Μεγάλο ποσοστό κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας το οποίο σχετίζεται με καλύτερη προσαρμογή στο πόνο μικρότερη ανικανότητα και υψηλότερη ποιότητα ζωής. Ο πληθυσμός του δείγματος θα ευνοούνταν από φυσικοθεραπευτική παρέμβαση. Τα ευρήματα χρήζουν περαιτέρω έρευνας λόγω των περιορισμών της έρευνας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
---------------	---

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....	3
1.1 Γενικά δεδομένα.....	3
1.2 Η οσφυαλγία στον αναπτυσσόμενο κόσμο.....	6
1.3 Διάρκεια και πορεία της οσφυαλγίας.....	7
1.4 Φροντίδα και αποκατάσταση οσφυαλγίας.....	9
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα.....	10

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....	13
---	----

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....	19
3.1 Ορισμός.....	19
3.2 Χαρακτηριστικά οσφυαλγικού πόνου.....	20
3.3 Υποομάδες.....	22

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ.....	25
4.1 Σκοπός.....	25
4.2 Δείγμα.....	25

4.3	Δημιουργία της επιδημιολογικής φόρμας αξιολόγησης.....	26
4.4	Περιγραφή φόρμας αξιολόγησης (Ερωτηματολόγιο).....	29
4.5	Διαδικασία χορήγησης της φόρμας αξιολόγησης.....	30
4.6	Ανάλυση δεδομένων.....	30

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	32
5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα δείγματος.....	33
5.2 Αποτελέσματα αυτοαναφερόμενων κλιμάκων.....	46

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	50
6.1 Εξήγηση, ερμηνεία και σύγκριση αποτελεσμάτων.....	50
6.2 .Κλινική σημασία της έρευνας.....	55
6.3. Περιορισμοί έρευνας.....	56

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59
-------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	65
----------------	----

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα περισσότερο διαδεδομένα σύνδρομα μυοσκελετικού πόνου και μια αρκετά κοινή αιτία αναπηρίας ανά τον κόσμο. Σε πολλές περιπτώσεις μια συγκεκριμένη παθολογία είναι αδύνατο να ταυτοποιηθεί.

Ο υψηλός επιπολασμός της οσφυαλγίας διεθνώς και στην Ελλάδα, η μη ειδική αιτιολογία οσφυαλγία, που αποτελεί πρόβλημα διάγνωσης και αντιμετώπισης, καθώς και η ανάδειξη συσχέτισης προσωπικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων με την δημιουργία ή εξέλιξη της οσφυαλγίας, χρήζουν περαιτέρω έρευνας στον ελληνικό χώρο, δεδομένου ότι πολλά στοιχεία δεν έχουν διερευνηθεί όπως: η διάρκεια του πόνου, η παρουσία πόνου σε προηγούμενο χρόνο, η αντανάκλαση του πόνου προς τα πόδια, η αναπηρία που προκύπτει, η αυτό-βαθμολόγηση της γενικής υγείας, το κοινωνικό, πολιτισμικό και ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με οσφυαλγία.

Η ανωτέρω παρουσιαζόμενη έλλειψη έρευνας, αποτέλεσε ισχυρό κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η καταγραφή της οσφυαλγίας σε μια ημιαστική περιοχή της Ελλάδας, καθώς και η συλλογή και εκτίμηση συγκεκριμένων πληροφοριών και στοιχείων που πιθανόν να σχετίζονται με το ιστορικό, κατάσταση ή εξέλιξη της οσφυαλγίας.

Η συμβολή της συγκεκριμένης εργασίας του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πατρών, έχει ως απώτερο σκοπό την αποκόμιση επιδημιολογικών

δεδομένων σχετικά με την οσφυαλγία στην Ελλάδα για την ημιαστική περιοχή της Κορινθίας, που εν συνεχεία θα συμβάλλουν στην διαμόρφωση μίας γενικότερης επιδημιολογικής εικόνας για την οσφυαλγία στην Ελλάδα.

Η έρευνα διεξάχθηκε με τυχαία δειγματοληψία στο Κέντρο Υγείας της ημιαστικής περιοχής και όλες οι πληροφορίες συλλέχτηκαν μέσω φόρμας αξιολόγησης, με προσωπική συνέντευξη. Η φόρμα των ερωτήσεων, είχε δοκιμαστεί μέσω μικρής πιλοτικής μελέτης από τη δημιουργό της Μπίλλη Ευδοκία Λέκτορα του τμήματος φυσικοθεραπείας του Τ.Ε.Ι. Πατρών και περιλάμβανε όλα εκείνα τα στοιχεία για τα οποία έχουν αναδειχθεί ισχυρές συσχετίσεις με την δημιουργία ή εξέλιξη της οσφυαλγίας σε διεθνές ή/και ελληνικό επίπεδο. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Με την παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η επικράτηση** της οσφυαλγίας διάρκειας 4 εβδομάδων σε ένα τυχαίο δείγμα ημιαστικής περιοχής της Ελλάδας, καθώς και διάφοροι παράμετροι που πιθανόν επηρεάζουν ή σχετίζονται με τη συχνότητα και τη βαρύτητα αυτής.

***Επιπολασμός:** Ο αριθμός των υπαρχουσών περιπτώσεων μιας ασθένειας σε ορισμένο πληθυσμό και σε συγκεκριμένο χρόνο.

****Επικράτηση:** Εξάπλωση, διάδοση, κυριαρχία (prevalence).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

1.1 Γενικά δεδομένα :

Η οσφυαλγία είναι ένα κοινό πρόβλημα που επηρεάζει και τα δυο φύλα του ενήλικου πληθυσμού, για την οποία ένας στους τέσσερις ενήλικες θα αναζητήσουν φροντίδα σε περίοδο έξι μηνών. Καταλήγει δε, σε σημαντικές άμεσες και άμεσες δαπάνες σε οικονομικό, κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο (Kent & Keating 2006).

Η φροντίδα υγείας για την οσφυαλγία αποτελεί ένα σημαντικό ποσοστό φόρτου εργασίας για ορισμένους κλάδους υγείας. Όλο και περισσότερα πρόσφατα επεισόδια οσφυαλγίας εγκαθίστανται και μόνο ένας στους τρεις θα έχει επιλύσει πλήρως το πρόβλημά του σε μια περίοδο δώδεκα μηνών (Kent & Keating 2006).

Τρεις στους πέντε η οσφυαλγία τους θα πάρει μια υποτροπιάζουσα μορφή, με εξάρσεις και υφέσεις, και ένας στους δέκα δεν θα την επιλύσει καθόλου (Kent & Keating 2006). Οι τελευταίες περιπτώσεις συνιστούν μια ομάδα «επίμονης οσφυαλγίας» και είναι αυτοί που καταναλώνουν το μεγαλύτερο μέρος των πόρων στην φροντίδα και αποκατάσταση της οσφυαλγίας. Συχνά δε, δεν προκύπτουν για αυτούς θετικά αποτελέσματα (Kent & Keating 2006).

Περίπου το 33% των ενηλίκων θα αναφέρει οσφυαλγία τον περασμένο μήνα, το 39% θα αναφέρει ένα επεισόδιο τον προηγούμενο

έτος, ενώ το «σημείο επικράτησης» αναφέρεται μεταξύ 13% και 28% (Mc Beth & Jones 2007).

Υπάρχουν ποικίλες εκτιμήσεις επικράτησης της οσφυαλγίας για τον αναπτυγμένο κόσμο. Οι Loney & Stratford (1995) εκτιμούν ότι το επικρατέστερο ποσοστό (point prevalence) είναι 6,8% στην Βόρεια Αμερική, 12% στην Σουηδία, 13,7% στη Δανία, 14% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 28,4 στον Καναδά και 33% στο Βέλγιο. Στην Αυστραλία το σημείο επικράτησης βρίσκεται στο 25,5% (Loney & Stratford 1995). Σε έρευνα για την επικράτηση του χρόνιου πόνου και τις επιπτώσεις του στην Ευρώπη, επιβεβαιώνεται η υψηλή συχνότητα της οσφυαλγίας, (Breivik et al 2006).

Το 70-85% όλων των ανθρώπων θα παρουσιάσουν οσφυαλγία κάποια στιγμή στην ζωή τους (Anderson 1999). Η ετήσια συχνότητα κυμαίνεται από 15-45% με μέσο όρο επιπολασμού το 30% (Anderson 1999). Στην Αμερική αποτελεί την πιο συχνή αιτία περιορισμού της δραστηριότητας σε άτομα ηλικίας κάτω των 45 ετών και τη δεύτερη πιο συχνή αιτία για επίσκεψη στο γιατρό. Ενώ αποτελεί και την 5^η κατά σειρά αιτίας εισαγωγής στο Νοσοκομείο, (Anderson 1999).

Στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ, ως προς τους παράγοντες «φυλή» και «φύλο» και πως αυτοί επηρεάζουν την επικράτηση της οσφυαλγίας δεν προκύπτουν σημαντικές διαφορές, ενώ σε κάποιες αναδεικνύεται μια μικρότερη επικράτηση της οσφυαλγίας μεταξύ Αφροαμερικανών και Ισπανόφωνων (Lawrence 1998, Helmick et al 2007, Kent and Keating 2006).

Η επικράτηση της οσφυαλγίας αυξάνεται με την ηλικία, μέχρι την ηλικία των 65 ετών και μπορεί στην συνέχεια να παραμείνει στάσιμη, (Lawrence et al 1998). Η διακύμανση αυτή επιβεβαιώνεται σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες για την οσφυαλγία. Οι νεότεροι τείνουν να έχουν χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης σε σύγκριση με τους

μεγαλύτερους ως την ηλικία των 60 ετών(Leboeuf-Yde et al 2009). Πέρα από αυτή την ηλικία, η επικράτηση της οσφυαλγίας παρουσιάζει ύφεση. Τα μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης εμφανίζονται στις ηλικίες μεταξύ 30-60 ετών ανεξαρτήτων φύλου, ενώ οι γυναίκες είναι 1,6 φορές πιο πιθανό να έχουν γενικευμένο πόνο και για περισσότερες ημέρες από ότι οι άνδρες (Andersson 1999, Lawrence et al 1998, Breivik et al 2006, Mc Beth & Jones 1998, Leboeuf-Yde et al 2009).

Όπως αναφέρουν οι Mc Beth & Jones 1998, *η γήρανση συνδέεται με εκφυλιστικές διαδικασίες και αυτό μπορεί να εξηγήσει την παρατηρούμενη αύξηση των συμπτωμάτων της οσφυαλγίας, καθώς γερνάμε. Εναλλακτικά, μετά την έναρξη των συμπτωμάτων είναι πιθανό ότι τα συμπτώματα να γίνουν χρόνια και έτσι η αύξηση της οσφυαλγίας με την ηλικία, είναι το αποτέλεσμα μιας συσσώρευσης των υποθέσεων που έχουν διατηρηθεί στο χρόνο. Στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες η τάση διατήρησης και όχι αύξησης των συμπτωμάτων, θα μπορούσε να αποδοθεί στην αλλαγή των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την επιμονή των συμπτωμάτων. Θα μπορούσε να αποδοθεί στην αλλαγή των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την επιμονή των συμπτωμάτων (π.χ. συνταξιοδότηση) (McBeth & Jones 1998).*

Οι γυναίκες δε, μπορεί να εμφανίζονται πιο «ευπαθείς» για ανάπτυξη πόνου, λόγω ορμονικών παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να ενεργούν και να αυξάνουν την ευαισθησία, οπότε βιώνουν και μεγαλύτερη αναπηρία από ότι οι άνδρες (Mc Beth & Jones 1998, Cassidy et al 1998).

Σε μελέτη από τους Breivik et al 2006, μελετήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία του χρόνιου πόνου, και οι αιτίες τους στην Ευρώπη (δεν συμπεριλαμβάνεται η Ελλάδα). Η ηλικιακή ομάδα 41-60 ετών ήταν η πιο πιθανή από άλλους να υποφέρει από χρόνια πόνο, το 50% των ερωτηθέντων, δήλωσαν ως τοποθεσία πόνου την οσφύ, ενώ το

42% ανέφερε ως αιτία πόνου την οστεοαρθρίτιδα, κήλη δίσκου ή εκφύλιση.

Οι επιδημιολογικές έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, αναδεικνύουν αύξηση της επικράτησης της οσφυαλγίας τα τελευταία χρόνια σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, διάρκειας 24 ωρών ή και περισσότερο. Σύγκριση δυο σχετικών μελετών στη Βρετανία σε διάστημα 10 ετών, κατέδειξε μια αύξηση της επικράτησης κατά 12,7% ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου, κοινωνικής τάξης και περιοχής (Palmer et al 2000).

Οι McBeth & Jones (2007), αναφέρουν ότι το σύμπτωμα της οσφυαλγίας έχει συχνά μη επαρκώς καθορισμένη εμφάνιση. Το πρώτο επεισόδιο μπορεί να συμβεί νωρίς στην παιδική ηλικία, το χρόνο εκ τον οποίο είναι δύσκολο να θυμηθούμε άλλον, ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης ενός νέου επεισοδίου οσφυαλγίας είναι ένα εκ των προτέρων επεισόδιο.

Από τις επιδημιολογικές έρευνες για την οσφυαλγία, επισημαίνουμε ως στοιχεία σύγκρισης «point prevalence» δηλαδή το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν πόνο κατά την ημέρα της έρευνας, και την «περίοδο επικράτησης» της οσφυαλγίας, δηλαδή την παρουσία των συμπτωμάτων κατά την διάρκεια μιας δεδομένης χρονικής περιόδου (συνήθως 1 μήνα ή και 1 έτος).

1.2 Η οσφυαλγία στον αναπτυσσόμενο κόσμο

Οι χώρες με υψηλά σχετικά εισοδήματα αποτελούν το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού. Η βιβλιογραφία σχετικά με τον επικράτηση της οσφυαλγίας περιορίζεται, εκτός λίγων εξαιρέσεων, στις χώρες αυτές.

Λίγα είναι γνωστά σχετικά με την επιδημιολογία της οσφυαλγίας στον αναπτυσσόμενο κόσμο και πολλές φορές, ακόμα και αυτά είναι έντονα

αμφισβητήσιμα από τη διεθνή κοινότητα, λόγω μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε.

Τα ποσοστά επικράτησης της οσφυαλγίας σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως Ιράν, Πακιστάν, Τουρκία, Νιγηρία παρουσιάζονται πολύ χαμηλότερα από ότι στις αναπτυγμένες χώρες (Ghaffari et al 2006, Farooqi & Gibson 1998).

Ο Volinn 1997, κάνοντας την υπόθεση ότι: *«τα ποσοστά επικράτησης της οσφυαλγίας θα ήταν αναμενόμενα αυξημένα, λόγω σκληρής σωματικής εργασίας που είναι διαδεδομένη και συχνά αναπόφευκτη σε αυτές τις χώρες, σε αντίθεση με υψηλών εισοδημάτων χώρες»*, βρίσκει (μετά από ανασκόπηση), υψηλότερα ποσοστά οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό, σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Ο ίδιος επισημαίνει ότι οι επιδημιολογικές έρευνες ανά τον κόσμο, αναφέρουν τα ποσοστά επικράτησης της οσφυαλγίας, 2-4 φορές υψηλότερα σε χώρες όπως Σουηδία, Γερμανία και Βέλγιο από ότι η Νιγηρία, Νότια Κίνα, Ινδονησία και Φιλιππίνες. Ο συγγραφέας συμπεραίνει ότι η διαφορά στα ποσοστά αυτά εφιστά την προσοχή για τις μελέτες εντός των χωρών αυτών που πιθανόν είναι μεθοδολογικά αμφισβητήσιμες. Στις χώρες δε, με χαμηλά εισοδήματα, υψηλότερα ποσοστά επικράτησης της οσφυαλγίας βρίσκονται μεταξύ των αστικών περιοχών από ότι σε αγροτικές περιοχές και πολύ υψηλότερα σε πληθυσμούς «κλειστών εργαστηρίων». Όπως π.χ. Υφαντουργία στην Κίνα κ.α. Αυτό, όπως συμπεραίνει ο ερευνητής, πιθανόν να συνδέεται με την αστικοποίηση και εκβιομηχάνιση (Volinn 1997).

1.3 Διάρκεια και πορεία της οσφυαλγίας

Από αναφορές του Manchikanti (2001), πιστεύεται ότι τα περισσότερα επεισόδια οσφυαλγίας θα είναι βραχύβια και το 80% - 90%

των επεισοδίων, επιλύονται από πλευράς πόνου σε περίπου 6 εβδομάδες ανεξαρτήτου από το είδος θεραπείας.

Ωστόσο πολλές μελέτες στα τέλη της δεκαετίας του 90, έδειξαν υποτροπιάζουσα, ή χρόνια οσφυαλγία, με μία συχνότητα επαναλήψεων των επεισοδίων σε 3, 6 ή 12 μήνες, που κυμαίνεται από 35% - 79% (Manchikanti 2001).

Οι Hoogen et al (1998) μελέτησαν την κλινική διάρκεια της οσφυαλγίας για ένα χρόνο στο Άμστερνταμ και τις γύρω περιοχές. Διαπιστώθηκε ότι ο διάμεσος χρόνος ανάκλησης ήταν περίπου 7 εβδομάδες. Το 35% του δείγματος χρειάστηκε 12 εβδομάδες, ενώ το 10% εξακολουθούσε να υποφέρει πέραν του έτους. Ο χρόνος ανάκτησης των ασθενών με υπάρχουσα χρόνια οσφυαλγία κατά την ένταξη υπερέβη το μέσο, απ ότι τα πρόσφατα επεισόδια. Τρεις στους τέσσερις ασθενείς υπέστησαν μια ή περισσότερες υποτροπές εντός του έτους. Η διάμεση διάρκεια υποτροπής ανήλθε στις 3 εβδομάδες, ενώ η διάρκεια της υποτροπής ήταν μικρότερη στις περιπτώσεις «μέσης σοβαρότητας πόνου και διάρκειας». Στις περιπτώσεις δε, «μέσης σοβαρότητας πόνου και αναπηρίας», κατά την αρχική επίσκεψη, η οσφυαλγία γρήγορα μειώνεται και υποχωρεί σε λίγες εβδομάδες. Οι ερευνητές της μελέτης συμπεραίνουν ότι ο χρόνος ανάκτησης, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και οι πιθανότητες μιας υποτροπής, είναι δείκτες πρόγνωσης της εξέλιξης της οσφυαλγίας με αυτή την έννοια η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι εξαιρετικά έγκυρη εάν αποτρέπονται οι υποτροπές, (Hoogen et al 1998).

Σε έρευνα ενός μεγάλου δείγματος στον Καναδά από τους Cassidy et al (1998) το 48,9% υποφέρει από οσφυαλγία «χαμηλής έντασης / χαμηλής ανικανότητας» ενώ μόνο το 11% του ενήλικου πληθυσμού είχε αναρρώσει από οσφυαλγία για τους προηγούμενους έξι μήνες. Οι ίδιοι μελετητές το 2005 μελετώντας την πορεία της οσφυαλγίας στο

γενικό πληθυσμό , βρίσκουν ότι λιγότερο από το ένα τρίτο των περιπτώσεων οσφυαλγίας επιλύθηκαν ετησίως και πάνω από 20% των περιπτώσεων επαναλήφθηκαν μέσα σε έξι μήνες . Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια σε ποσοστό 82,4% είναι ήπια ,μόνο το 1% αυτών ανέπτυξαν έντονο πόνο και το 0,4% ακινητοποιήθηκαν λόγω οσφυαλγίας. (Cassidy et al 2005).

1.4 Φροντίδα και αποκατάσταση οσφυαλγίας

Το είδος της φροντίδας που ζητείται από τους ασθενείς με οσφυαλγία , ποικίλει ανάλογα με το πολιτισμικό περιβάλλον , την ένταση του πόνου και τον περιορισμό της δραστηριότητας που προκύπτει.

Στις ΗΠΑ το 84,9% ζήτησαν ιατρική φροντίδα, το 30,9% από αυτούς επισκέφθηκαν το νοσοκομείο και το 11% αυτών είχαν χειρουργηθεί στην οσφυϊκή χώρα (Deyo & Tsui 1987). Η πρώτη προτίμηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας από τους ασθενείς με οσφυαλγία στις ΗΠΑ ήταν οι ειδικοί θεραπευτές φυσικοθεραπευτές κ.τ.λ.), γενικοί πρακτικοί, ορθοπεδικοί και χειροπράκτες . Η πιο δημοφιλής αναφορά θεραπείας ήταν η ξεκούραση και η φαρμακευτική αγωγή (20%). Η άσκηση ως μέθοδος θεραπείας φαίνεται να είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιηθεί μεταξύ των ατόμων μέσου μορφωτικού επιπέδου (47%) περισσότερο απ ό τι μικρότερου μορφωτικού επιπέδου (26%). Οι ερωτηθέντες με ισχιαλγία είχαν δοκιμάσει τις περισσότερες πιθανές προσεγγίσεις θεραπείας (Deyo & Tsui 1987).

Σε έρευνα για το χρόνιο πόνο στην Ευρώπη (Breivik et al 2006), όπου το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν ως τοποθεσία πόνου την οσφυϊκή χώρα, το 69% εξ αυτών απάντησαν ότι είχαν χρησιμοποιήσει μη φαρμακευτικές μεθόδους (30% μάλαξη, 21 % φυσικοθεραπεία, 13 % βελονισμό).

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Βέλγιο από τους Goubert et al (2004) το 45% των ασθενών με οσφυαλγία επισκέφθηκε ιατρό παθολόγο, στο 37 % είχε γίνει συνταγογράφηση φάρμακων για τον πόνο, το ένα τέταρτο εξ αυτών είχε λάβει συμβουλή κλινοστατισμού και μόνο το 14% αυτών είχε λάβει συμβουλή να παραμείνουν δραστήριοι. Το 30% δέχτηκε συμβουλή παρακολούθησης Back school και φυσικοθεραπεία. Φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία συνίσταται περισσότερο σε περιπτώσεις υψηλής έντασης πόνου. Η ίδια έρευνα τόνισε τις εσφαλμένες αντιλήψεις για την οσφυαλγία καθώς και τις υψηλές προσδοκίες του πληθυσμού. Π.χ. το 35% του πληθυσμού πίστευε ότι η ανάπαυση είναι η κύρια συνιστώσα της θεραπείας). Ο ασθενής λόγω των παραπάνω εγκλωβίζεται σε ένα φαύλο κύκλο από τον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας και των παρανοήσεων για την οσφυαλγία (Goubert et al 2004).

Στην Αυστραλία, οι χειροπράκτες, γενικοί ιατροί και φυσικοθεραπευτές είναι οι πιο δημοφιλείς μεταξύ των ασθενών με οσφυαλγία (Kent and Keating 2006, Walker et al 2000).

1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα

Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 2000 ατόμων στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας το 31,7% αναφέρουν οσφυαλγία και 46,6% ισχιαλγία το τελευταίο μήνα. Στις αστικές περιοχές τα ποσοστά ήταν σημαντικά χαμηλότερα από ότι στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (περίπου 29%). Φύλο, ηλικία και είδος εργασίας βρέθηκε να έχει ισχυρή συσχέτιση με τον κίνδυνο οσφυαλγίας. Το 28% των ασθενών επισκέφθηκε ιατρό, το 36% έλαβε φαρμακευτική αγωγή, το 1,3% χρειάστηκε νοσηλεία, το 1% χειρουργήθηκε, ενώ απουσία από την εργασία αφορούσε ένα 19,1%, από όσους εργάζονταν με μέση διάρκεια 4,5 ημέρες. Το ένα τρίτο (1/3) από τους πάσχοντες κλινοστατίστηκε με

μέση διάρκεια 5,5 ημέρες. Το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής και η οικογενειακή κατάσταση, σχετίζονται με την διάρκεια του πόνου (σε ημέρες). Ο ίδιος συγγραφέας τονίζει τις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ της Ελλάδας και των βόρειων χωρών της Ευρώπης και το πιθανό ρόλο τους στην επικράτηση της οσφυαλγίας (Stranjalis et al 2004).

Οι περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες για την οσφυαλγία στην Ελλάδα, έχουν ασχοληθεί με επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού, όπως ναυτεργάτες, νοσηλευτικό προσωπικό ή υπαλλήλους γραφείου. Θα πρέπει μάλλον να έχουμε υπόψη μας, τα ιδιαίτερα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της χώρας, τα οποία είναι παρόμοια με άλλες νότιες χώρες της Ευρώπης. Ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού ασχολείται με χειρονακτική εργασία και ένα 20% με την γεωργία (πολύ μεγαλύτερο από άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης και ακόμα μεγαλύτερο ποσοστιαία από τις βόρειες χώρες).

Σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Κρήτη, η οσφυαλγία κατείχε την πρώτη αναφορά σε ένα σύνολο μυοσκελετικών συνδρόμων πόνου σε ποσοστό 56,9% (Andonopoulou et al 2007), ενώ τα ρευματικά νοσήματα ήταν η πιο κοινή αιτία χρόνιων προβλημάτων υγείας (38,7%) ή μακροχρόνιας αναπηρίας.

Πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες στην οσφυϊκή χώρα ανέφεραν το 37,2% των συμμετεχόντων σε πιλοτική μελέτη 89 ατόμων. Στο δείγμα συμμετείχαν νοσοκόμες και ταχυδρομικοί υπάλληλοι, (Σολιδάκη Ελ. 2006).

Το ίδιο ποσοστό αναφέρεται και σε εργαζόμενους στη ναυπηγική βιομηχανία σε διάρκεια εντός 12μήνου (37%), (Αλεξόπουλος et al 2006) καθώς και σε υπαλλήλους γραφείου (37,8 %), (Spiropoulos et al 2007).

Μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού μεγάλων νοσοκομείων της χώρας αναφέρεται ποσοστό 75%, πολύ μεγαλύτερο από ότι αναφέρεται στο αντίστοιχο ολλανδικό νοσηλευτικό προσωπικό, (Alexopoulos et al 2003, 2005).

Όσον αφορά το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας, θα μπορούσαμε να το χαρακτηρίσουμε «αναπτυσσόμενο» σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρώπης σε σχέση με τις παροχές υπηρεσιών καθώς και από πλευράς αξιοπιστίας, λόγω μιας χρόνιας κακής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, καθώς και κακών πρακτικών διοίκησης.

Στη χώρα μας δεν υφίσταται δημόσια μέριμνα ως προς την εκπαίδευση και αποκατάσταση της οσφυαλγίας από πλευράς φυσικοθεραπείας (π.χ. Back school). Αυτή δεν καλύπτεται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα δημόσια ιδρύματα (εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων). Επιχορηγείται ελάχιστα μέσω των ασφαλιστικών ταμείων σε ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια.

Συνοψίζοντας, οι επιδημιολογικές μελέτες για την οσφυαλγία στην Ελλάδα, έχουν ερευνήσει κάποιους σχετιζόμενους παράγοντες, όπως φύλο ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και είδος εργασίας, κυρίως σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Σε ημιαστικές περιοχές, δεν υπάρχουν περισσότερα διαθέσιμα στοιχεία για την κατάσταση της οσφυαλγίας και δεν έχουν ερευνηθεί επιδημιολογικοί παράγοντες που πιθανόν να σχετίζονται με την επικράτηση, το ιστορικό και την εξέλιξη της οσφυαλγίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι η οσφυαλγία αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας που επηρεάζει τον πληθυσμό αδιακρίτως. Πρόκειται για μια διαταραχή με πολλές πιθανές αιτίες, συμβαίνει δε σε πολλές ομάδες πληθυσμού και δίνεται με πολλούς ορισμούς. Κατά συνέπεια, η διαθέσιμη τεράστια βιβλιογραφία για την επιδημιολογία της οσφυαλγίας, δεν είναι μόνο ετερογενής αλλά πολλές φορές αντιφατική (Manchichanti 2000).

Η γνώση του επιπολασμού της οσφυαλγίας καθώς και των παραμέτρων που σχετίζονται με αυτήν, θα μπορούσε να συμβάλει στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Οσφυαλγία συνήθως ορίζεται ως ο πόνος, μυϊκή ένταση, η δυσκαμψία που εντοπίζεται στο οπίσθιο μέρος του σώματος κάτω από τις κατώτερες πλευρές ως και τις κατώτερες γλουτιαίες πτυχές με ή χωρίς πόνο στο πόδι (ισχιαλγία), (Manek & MacGregor 2005).

Υπάρχουν πολλές παθήσεις τη σπονδυλικής στήλης αλλά και γειτονικών οργάνων που έχουν ως κύριο ενόχλημα την οσφυαλγία. Η δισκοπάθεια είναι η πιο ισχυρή πάθηση (καλύπτει το 70% των περιπτώσεων) και ακολουθούν εκφυλιστικές νόσοι, όπως σπονδυλαρθρίτιδα, στενός σπονδυλικός σωλήνας, αστάθεια οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης . Άλλοτε τραυματικές αιτίες είναι υπεύθυνες, όπως διάταση μυών και συνδέσμων σπονδυλικής στήλης, παλαιά κατάγματα, τραυματική σπονδυλόλυση ή σπονδυλολίσθηση, υπερξαρθρήματα σπονδυλικών αρθρώσεων. Άλλες αιτίες μπορεί να είναι φλεγμονώδεις ή μικροβιακές παθήσεις, όπως σπονδυλοδισκήτιδα,

οστεομυελίτιδα, και φυματιώδης σπονδυλίτιδα. Δεν αποκλείονται οι νεοπλασίες, συχνότερα μεταστατικές και λιγότερο συχνά πρωτοπαθείς του σκελετού (μυέλωμα) και των νεύρων (νευρίνομα).

Συγγενείς ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης και των γειτονικών αρθρώσεων μπορεί να είναι επίσης υπεύθυνες για πόνο στην οσφύ (Συμεωνίδης 2007).

Περίπου το ήμισυ του ενηλίκου πληθυσμού θα παρουσιάσει οσφυαλγία κατά την διάρκεια οποιαδήποτε δεδομένου έτους (Lawrence et al 1998) . Όμως η ακριβής αιτιολογία της νόσου είναι συνήθως ασαφής, υποθέτοντας ότι περισσότερα επεισόδια σχετίζονται με τραυματισμούς μυών και συνδέσμων, εκφυλιστικές αλλοιώσεις σε οστεώδεις δομές και μεσοσπονδύλιους δίσκους (Lawrence et al 1998). Από την άλλη πλευρά, απεικονιστικά ευρήματα σχετικά με εκφύλιση δίσκου, κοινή αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, συμπιεστικά κατάγματα, σπονδυλολίσηση, βάσει πληθυσμού, αναφέρονται σε λίγες περιπτώσεις. Επιπλέον πολλοί ασθενείς με αυτά τα απεικονιστικά ευρήματα, δεν έχουν συμπτώματα οσφυαλγίας. Έτσι τα κλινικά σημαντικά προβλήματα που προκύπτουν από την οσφυαλγία δεν συμβαδίζουν με ανάλογα απεικονιστικά ευρήματα.(Lawrence et al 2003).

Σε ανασκόπηση του Macfarlane (2004) αναφέρεται μελέτη της δεκαετίας του 50 από τους Lawrence και Kellgren (1952) για την επίδραση της εκφύλισης δίσκου στην οσφύ και τη συμπτωματολογία της, μεταξύ των ανθρακωρύχων με οσφυαλγία στο Leigh του Megastar. Εφόσον είχε διαπιστωθεί ότι η οσφυαλγία ήταν το πιο κοινό σύνδρομο πόνου και μια από τις κύριες αιτίες απουσίας από την εργασία. Οι μελετητές διαπίστωσαν αύξηση της επικράτησης της οσφυαλγίας συνδυασμένη με χειρότερα επίπεδα εκφύλισης δίσκου. Παρόλα αυτά, μεταξύ αυτών που δεν είχαν εκφυλιστικές αλλοιώσεις δίσκου, η οσφυαλγία ήταν ακόμα κοινή (~ 30%). Δε μεταξύ αυτών που είχαν πολύ

σοβαρά επίπεδα εκφύλισης δίσκου, η οσφυαλγία δεν ήταν αναπόφευκτη (επικράτηση 50%). Ερευνώντας την αιτιολογία, οι ερευνητές βρίσκουν ότι βαριά μηχανικά φορτία, η στάση του σώματος και το φυσικό περιβάλλον (υγρασία), σχετίζονται με την οσφυαλγία και κατ' επέκταση με τις ημέρες απώλειας εργασίας.(Macfarlane 2004).

Ήταν μια σημαντική αρχή για την μελέτη της αιτιολογίας της οσφυαλγίας. Ακολούθησαν μελέτες που επικεντρώθηκαν στους μηχανικούς παράγοντες αιτιολόγησης της οσφυαλγίας. Δεκαετή μελέτη των Palmer et al (2000) στη Βρετανία επικεντρώθηκε στους επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου και ιδιαίτερα στην έκθεση σε δονήσεις και συναφή καταπόνηση. Η μελέτη κατέδειξε αύξηση της επικράτησης της οσφυαλγίας κατά 12,7% σε διάστημα δέκα ετών. Μια τάση συνεπής σε όλες τις ηλικίες, ανεξαρτήτου φύλου, κοινωνικής τάξης και περιοχής, (Palmer et al 2000).

Οι υψηλές σωματικές απαιτήσεις επί σειρά ετών αλλά και η περιοδική βαριά σωματική εργασία αποδεικνύονται ως παράγοντες κινδύνου για οσφυαλγία και αύξηση γενικότερα του μυοσκελετικού πόνου (Harkness et al 2005). Θα αναμένονται ότι στις ομάδες πληθυσμού με φάσμα επαγγελμάτων λιγότερων σωματικών απαιτήσεων, όπως σε μια ημιαστική ή αστική περιοχή, ο επιπολασμός της οσφυαλγίας δεν θα είχε αυξητική τάση. Ωστόσο τα επαγγέλματα σήμερα έχουν περισσότερες ψυχοκοινωνικές ανάγκες οι οποίες πιθανόν να είναι ένας άλλος αιτιολογικός παράγοντας οσφυαλγίας, ανατρέπουν την αρχική υπόθεση (Harreby et al 1996, Harkness et al 2005).

Οι πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες για την οσφυαλγία αναδεικνύουν την συσχέτιση μεταξύ κοινωνικών, ψυχικών και προσωπικών παραγόντων με την εμφάνιση οσφυαλγίας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες περιλαμβάνουν: χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλή κοινωνική ομάδα, οικονομική κατάσταση, άγχος,

κατάθλιψη, συμπτώματα σωματοποίησης, αυξημένες ευθύνες, δυσαρέσκεια εργασίας, αρνητική εικόνα σώματος, κάπνισμα, παχυσαρκία, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (Anderson 1999, Harreby et al 1996, Harkness et al 2005, Vindigni et al 2005).

Για όσους έχουν προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας, ο κίνδυνος να παρουσιάσουν ξανά οσφυαλγία είναι σταθερά υψηλότερος (Hestbaek et al 2003).

Τα συμπεράσματα των ερευνών είναι συχνά αντικρουόμενα ως προς την αιτιότητα όσο και στην προγνωστική αξία αυτών των παραγόντων.

Από πολλούς ερευνητές εξετάσθηκε η επίδραση της ηλικίας του φύλλου, μορφολογικών χαρακτηριστικών και γενετικών παραγόντων ως προς την επικράτηση της οσφυαλγίας. Οι Manek & Mac Gregor (2005) αναφέρουν ότι υπάρχουν δεδομένα που προκύπτουν από μελέτες υποψηφίων γονιδίων που αναδεικνύουν μια συσχέτιση μεταξύ οσφυϊκής δισκοπάθειας και μεταλλάξεις γονιδίων που κωδικοποιούν το A-2 και A-3 υποομάδες του κολλαγόνου X.

Ως προς τον παράγοντα «φύλο» οι μελέτες παρουσιάζουν διαφορές, με μια έντονη τάση το γυναικείο φύλο να αναφέρει υψηλότερα ποσοστά οσφυαλγίας. (Harreby et al 1996, Stranjalis et al 2004, Carmona et al 2001).

Από τις επιδημιολογικές έρευνες προκύπτει ότι τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες οσφυαλγικού επεισοδίου.

Οι Goubert et al (2004) μελέτησαν στο Βέλγιο την αλληλεπίδραση των παρανοήσεων περί οσφυαλγίας σε σχέση με την επικράτηση αυτής, καθώς και την αναπηρία που πρόκυπτε από την οσφυαλγία. «Οι εσφαλμένες αντιλήψεις και οι παρανοήσεις για την αιτιολογία της οσφυαλγίας, καθώς και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για την θεραπεία, κατέχουν μια δυναμική και σύνθετη θέση συσχέτισης με την επικράτηση της

οσφυαλγίας, αλλά κυρίως με την αναπηρία από αυτήν» συμπεραίνουν οι Goubert et al (2004).

Από την άλλη, η ηλικία, προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας και ψυχοκοινωνικές διαταραχές προσδίδουν μια αρνητική επίδραση στην ανάρρωση (Andersson 1999).

Επίσης στην παγκόσμια αρθρογραφία αναφέρεται ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές καθώς και διαταραχές προσωπικότητας είχαν μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης οσφυαλγίας αλλά και γενικότερα χρόνιο πόνο, από ότι ο γενικός πληθυσμός. (Andersson 1999, Breivik et al 2006, Currie & Nang 2004, Sarafis et al 2008)

Οι Currie and Nang (2004) μελετώντας τον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης και χρόνιας οσφυαλγίας, διαπίστωσαν ότι η χρόνια οσφυαλγία ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της μείζονος κατάθλιψης. Τα συμπτώματα των δυο αλληλεπικαλύπτονται, μη μπορώντας να διαφοροποιήσουν πολλές φορές αν η μείζων κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα ή ο αιτιολογικός παράγοντας της χρόνιας οσφυαλγίας.

Από όλα αυτά διαπιστώνεται σύνθετη σχέση ψυχολογικής και σωματικής κατάστασης που πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη από τους επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με ασθενείς με οσφυαλγία.

Οι προσωπικοί παράγοντες κινδύνου, όπως κάπνισμα, έλλειψη φυσικής κατάστασης και πιθανοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, πιθανόν ή δυνατόν να σχετίζονται με την οσφυαλγία, ακόμα και αν η αιτιότητά τους δεν έχει αποδειχθεί. Παρόλα αυτά η καλή υγεία (φυσική άσκηση, διατροφή) ενός ασθενή, σίγουρα έχει μια έμμεση επιρροή στην σωματική του κατάσταση και άρα και στην οσφυαλγία (Manchichanti 2000).

Εξετάζοντας συνοπτικά τους αναφερόμενους παράγοντες κινδύνου για την οσφυαλγία ο Manchichanti (2000) αναφέρει ότι κύριος ενοχοποιητικός παράγοντας κινδύνου δεν είναι κανένας. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου είναι: γενετικοί, ηλικία, κάπνισμα. Σχετικοί παράγοντες κινδύνου είναι: ανύψωση βαρέων αντικειμένων, δόνηση, βαριά σωματική εργασία, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, παχυσαρκία, φύλο, στατικές στάσεις εργασίας, ιστορικό οσφυαλγίας, δυσαρέσκεια εργασίας. Άσχετοι παράγοντες είναι: ύψος σώματος, σκολίωση, κύφωση, ανισοσκελία , φυσική άσκηση. (Manchichanti 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

3.1 Ορισμός

Στη βιβλιογραφία βρίσκουμε πολλούς όρους για την οσφυαλγία όπως « οξεία», «χρόνια», «μη ειδική οσφυαλγία » και ανάλογους ορισμούς.

«Χρόνια οσφυαλγία ορίζεται ως ο πόνος στην οσφυϊκή χώρα που διαρκεί περισσότερο από 7-12 εβδομάδες» ή «ο πόνος που διαρκεί πέραν του χρόνου της αναμενόμενης θεραπείας» ή «ο επαναλαμβανόμενος πόνος στην οσφυϊκή χώρα που επηρεάζει το άτομο κατά διαστήματα , ή για μεγάλο χρονικό διάστημα » (Andersson 1999). Ο Hillmans (1996) ορίζει ως «χρόνια οσφυαλγία» όταν το επεισόδιο κρατά περισσότερο από 3 μήνες, ενώ σε άλλες επιδημιολογικές έρευνες τα επεισόδια αυτά αναφέρονται ως «υποξεία». Είναι αυτά που απαντώνται πιο συχνά και ο κανόνας « επαναλαμβανόμενα επεισόδια οσφυαλγίας» δίνουν την μεγαλύτερη ανικανότητα στον ασθενή (Manek & Mc Gregor 2005).

Ενδιαφέροντα συμπεράσματα αναδεικνύονται σε μελέτη για την πορεία της οσφυαλγίας για πάνω από 5 έτη στο γενικό πληθυσμό της Δανίας. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, *η οσφυαλγία δεν πρέπει να θεωρείται παροδική και ως εκ τούτου παραμελημένη, η κατάσταση αυτή σπάνια αυτοπεριορίζεται , αλλά απλώς παρουσιάζεται με εξάρσεις και υφέσεις. Η δε « χρονιότητα» της οσφυαλγίας όταν ορίζεται μόνο από τη διάρκεια των συμπτωμάτων δεν πρέπει να θεωρείται « χρόνια »* (Heasteak et al 2003) .

Αν ως «ειδική οσφυαλγία» ορίζεται εκείνη που προκύπτει από συγκεκριμένες οργανικές νόσους της σπονδυλικής στήλης (μολύνσεις, καρκίνους, ιπυριδική συνδρομή), που εντοπίζονται και δύναται να αντιμετωπισθούν κατάλληλα για τους περισσότερους ασθενείς με οσφυαλγία μια ακριβή παθολογοανατομική διάγνωση είναι αδύνατη.

Περίπου το 90% των περιπτώσεων δεν έχει αναγνωρίσιμα αντικειμενικά ευρήματα. Ως εκ τούτου η οσφυαλγία αυτών χαρακτηρίζεται ως «μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία» (non-specific low back pain). Η διάγνωση της «non-specific low back pain», είναι ασυνήθης σε σχέση με άλλες διαγνώσεις της σπονδυλικής στήλης, δεδομένου ότι βασίζεται σε ένα σύνολο συμπτωμάτων παρά σε μία συγκεκριμένη παθολογία. Σε κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες η «non-specific low back pain», θεωρείται ως ενιαία οντότητα, ακόμα κι αν οι ασθενείς με αυτή τη διάγνωση πιθανόν να αποτελούν μια ετερογενή ομάδα (Manek & Mac Gregor 2005, Axen et al 2011).

Παίρνοντας υπόψη τα παραπάνω, η μη ειδική οσφυαλγία αφορά το μεγαλύτερο μέρος του οσφυαλγικού πληθυσμού, άρα αποτελεί εκ των πραγμάτων και το αντικείμενο της παρούσας έρευνας, εφόσον θα ήταν ιδιαίτερα χρηστικό να συλλεχθούν και να μελετηθούν στοιχεία που να αφορούν την συγκεκριμένη οντότητα.

3.2 Χαρακτηριστικά οσφυαλγικού πόνου

Το μοτίβο πόνου στην οσφύ ακολουθεί ένα παρόμοιο ανατομικό με ακτινοβολία ή όχι του πόνου στα κάτω άκρα, ανεξαρτήτου ηλικίας. Η ένταση του πόνου έχει μια θετική συσχέτιση με την αύξηση της ηλικίας, ξεκινώντας από την ηλικία των 20 ετών και αυξάνεται σιγά-σιγά, μέχρι τα μεσαία χρόνια, για να κατέβει και πάλι τα γηραιότερα χρόνια. Ο πόνος μπορεί να είναι πιο έντονος τα μεσαία χρόνια, ως

αποτέλεσμα κακής ισορροπίας μεταξύ ικανοτήτων σπονδυλικής στήλης και απαιτήσεων της καθημερινής ζωής.

Από τις τώρα έρευνες αναδεικνύεται μια θετική συσχέτιση, μεταξύ ηλικίας και διάρκειας πόνου στην οσφύ, ενώ οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες ο πόνος τους να ακτινοβολεί και να διαρκεί περισσότερες ημέρες. Τα άτομα ηλικίας 24-44 ετών έχουν υψηλότερα ποσοστά υποτροπής (Leboeuf Yde et al 2004, Mc Beth & Jones 2007, Heasteak et al 2003).

Δεν έχουν την ίδια άποψη οι Cassidy et al (1998, 2005), που πιστεύουν ότι οι νεότεροι άνθρωποι είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επίμονη οσφυαλγία και πιο πιθανό να έχουν πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων τους.

Από ανασκόπηση των Heasteak et al (2003), προκύπτει ότι τα μισά από τα επεισόδια είναι διάρκειας μικρότερης των 2 εβδομάδων. Το 14% των επεισοδίων είναι διάρκειας μεγαλύτερης των 2 εβδομάδων και μόνο το 5-10 % είναι διάρκειας πάνω από 3 μήνες .

Οι Cassidy et al (2005) χρησιμοποιώντας την κλίμακα Chronic Pain Questionnaire (CPQ), για να εκφράσει τη σοβαρότητα της οσφυαλγίας (συνδυάζει ένταση πόνου και δραστηριότητα) αναδεικνύει την επαναληψιμότητα των επεισοδίων οσφυαλγίας (λιγότερο του ενός τρίτου επιλύθηκαν ετησίως, και πάνω από 20% επαναλήφθηκαν μετά από 6 μήνες). Αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι τα νέα επαναλαμβανόμενα επεισόδια είναι ήπια σε ποσοστό 82,4% και μόνο το 1% ανέπτυξαν έντονο πόνο, ενώ το 0,4% απενεργοποιήθηκε λόγω οσφυαλγίας . Ο ίδιος ερευνητής σε παλαιότερη έρευνά του (1998) στον Καναδά, βρίσκει ότι σε ποσοστό 48,9% στο γενικό πληθυσμό τα επεισόδια οσφυαλγίας κατατάσσονται στην κατηγορία (Ήπιας έντασης-ήπιας ανικανότητας) .

Ο πόνος είναι κάτι υποκειμενικό που ο καθένας το βιώνει με τον δικό του μοναδικό τρόπο , επηρεάζεται δε , από τη συναισθηματική και κατ επέκταση ψυχολογική κατάσταση του ατόμου που τον βιώνει, με μία σχέση μάλλον αμφίδρομη.

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο κοινά μεταξύ αυτών που υποφέρουν από χρόνια ή επαναλαμβανόμενη οσφυαλγία. Από την άλλη η παρουσία χρόνου πόνου στην οσφύ αποτελεί ένα ισχυρό προγνωστικό δείκτη της μείζονος κατάθλιψης (Currie and Nang 2004, Σαράφης et al 2008, Breivek et al 2006).

Η αντίληψη του πόνου, καθώς και το προφίλ κινδύνου, δεν μένουν ανεπηρέαστα από διαπολιτισμικά στοιχεία. Π.χ. εμφανίζονται υψηλά ποσοστά έντονου πόνου (8-10) στις νότιες χώρες της Ευρώπης (Breivek et al 2006, Rospe et al 2004)

Ενδιαφέροντα αποτελέσματα προκύπτουν από μελέτη των Goubert et al (2004) στο Βέλγιο. Διερευνήθηκε η αλληλεπίδραση μεταξύ οσφυαλγίας και πεποιθήσεων προς αυτήν. Τα άτομα κατατάχθηκαν ανάλογα με την ένταση του πόνου και το βαθμό αναπηρίας. Οι ερωτηθέντες με υψηλό βαθμό πόνου κατείχαν και τις περισσότερες παρανοήσεις για την οσφυαλγία και ήταν αυτοί, που περισσότερο από τους άλλους, έτειναν να υποστηρίζουν τις πεποιθήσεις του πόνου που συνδέονται με κακή προσαρμογή στο χρόνιο πόνο.

3.3 Υποομάδες

Τα τελευταία χρόνια από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την οσφυαλγία έχουν γίνει προσπάθειες για τον εντοπισμό υποομάδων στον ετερογενή πληθυσμό με μη ειδική οσφυαλγία . Μέσω αξιόπιστων και αξιολογημένων αυτοαναφερόμενων εργαλείων ανίχνευσης όπως STarT Back Tool (SBT) & Musculoskeletal

Pain Screening Questionnaire (OMPSQ), έχουν προσδιοριστεί υποομάδες ασθενών βάση ψυχολογικών προφίλ και κλίμακας πόνου και αναπηρίας.

Η κατανομή σε τρεις βασικές υποομάδες, χαμηλού, μεσαίου και υψηλού κινδύνου ασθενείς, καθώς και η ψυχοκοινωνική υποκλίμακα (SBT) για την ομάδα υψηλού κινδύνου, δίνει την δυνατότητα (προγνωστικά σημεία) να γνωρίζουμε τις πιθανότητες ανταπόκρισης των ασθενών με μη ειδική οσφυαλγία στη φυσικοθεραπεία και πιθανόν μια δυνατότητα περισσότερο στοχευόμενης θεραπείας σε ασθενείς με υψηλό σκορ στην ψυχοκοινωνική υποκλίμακα, με μία προσέγγιση τροποποίησης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συνδέονται με την οσφυαλγία (Hill et al 2008, 2010).

Οι Axen et al (2011) σε μελέτη τους, ομαδοποίησαν τους ασθενείς με μη ειδική οσφυαλγία, βάση την ατομική κλινική τους πορεία για μια περίοδο έξι μηνών. Εντόπισαν 4 υποομάδες ασθενών με διαφορετικά κλινικά στοιχεία (α. σε σχέση με φύλλο, ηλικία, ένταση πόνου, παρουσία πόνου στα πόδια, β. διάρκεια LBP το προηγούμενο έτος και γ. αυτοβαθμολογία υγείας). Οι μεταβλητές αποτελέσματος ήταν: α) βελτίωση στην 4^η επίσκεψη, β) πόνος μετά από 26 εβδομάδες. Ένα τέτοιο σύστημα κλινικά σημαντικών ομάδων ασθενών με οσφυαλγία, βάση την ατομική τους πορεία, μπορεί να έχει σημασία για την μελλοντική έρευνα, πρόβλεψη, πρόγνωση και τελικά μεταχείριση του ασθενή με οσφυαλγία (Axen et al 2011).

Στην Ελλάδα μετά από έρευνα των Billis et al (2007), αναπτύχθηκε μια λίστα από κλινικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας, για τον προσδιορισμό ομοιογενών υποομάδων ασθενών με οσφυαλγία.

Συμπερασματικά, ο υψηλός επιπολασμός της οσφυαλγίας διεθνώς και στην Ελλάδα η μη ειδική αιτιολογία οσφυαλγία που αποτελεί πρόβλημα διάγνωσης και αντιμετώπισης, καθώς και η ανάδειξη

συσχέτισης προσωπικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων με την δημιουργία η εξέλιξη της οσφυαλγίας, χρήζουν περεταίρω έρευνας στον ελληνικό χώρο, δεδομένου ότι πολλά στοιχεία δεν έχουν διερευνηθεί όπως: η διάρκεια του πόνου, η παρουσία πόνου σε προηγούμενο χρόνο, η αντανάκλαση του πόνου προς τα πόδια, η αναπηρία που προκύπτει, η αυτό-βαθμολόγηση της γενικής υγείας, το κοινωνικό, πολιτισμικό και ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με οσφυαλγία.

Η ανωτέρω παρουσιαζόμενη έλλειψη έρευνας, αποτέλεσε ισχυρό κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΚΟΠΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η καταγραφή της οσφυαλγίας σε μια ημιαστική περιοχή της Ελλάδας, καθώς και η συλλογή και εκτίμηση συγκεκριμένων πληροφοριών και στοιχείων που πιθανόν να σχετίζονται με το ιστορικό, κατάσταση ή εξέλιξη της οσφυαλγίας.

Η συμβολή της συγκεκριμένης εργασίας του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πατρών έχει ως απώτερο σκοπό την αποκόμιση επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με την οσφυαλγία στην Ελλάδα για την ημιαστική περιοχή της Κορινθίας

4.2 Δείγμα

Αυτή η καταγραφή πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.) Κιάτου. Στο Κ.Υ. προσέρχονται καθημερινά περίπου 250 άτομα, για διάφορους λόγους υγείας (εργαστηριακές εξετάσεις, κλινική εξέταση, συνταγογράφηση, ανοσοθεραπείες, περιποίηση τραυμάτων, έκτακτα περιστατικά) . Το δείγμα ήταν τυχαίο, και συλλέχθηκε από άτομα που επισκέφτηκαν το Κ.Υ. Κιάτου στο διάστημα από 1 Οκτωβρίου έως 30 Νοεμβρίου 2012 τις πρωινές ώρες, ανά 5 προσερχόμενους στην είσοδο του κτηρίου του κέντρου υγείας..

Κάθε άτομο που επισκεπτόταν το Κ.Υ. (ασθενής ή συνοδός) ρωτούνταν για οσφυαλγία (με την ερώτηση ‘φίλτρου’). Τα κριτήρια εισαγωγής της έρευνας ήταν ηλικίας 14-76 ετών, Έλληνες υπήκοοι (για να μπορούν να

κατανοούν, να διαβάζουν και να απαντούν στις ερωτήσεις). Στο δείγμα γενικού πληθυσμού εξαιρέθηκαν τα μικρά παιδιά και οι υπερήλικοι >76 ετών.

Η βασική ερώτηση φίλτρου, στην οποία ρωτήθηκαν όλοι, ήταν η εξής: *Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, είχατε πόνο στη μέση σας;* (στη περιοχή που φαίνεται στο διάγραμμα).

Όσοι δεν είχαν οσφυαλγία τον τελευταίο μήνα, ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης ενώ όσοι είχαν, τους ζητήθηκε η γραπτή συναίνεσή τους από τη γράφουσα. Δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα όλα τα άτομα που είχαν οσφυαλγία.

4.3 Δημιουργία της επιδημιολογικής φόρμας αξιολόγησης.

Οι διαφορές στον ορισμό της οσφυαλγίας στις επιδημιολογικές μελέτες επικράτησης, οδηγούν σε ετερογένεια των ευρημάτων τους και κατά συνέπεια αδυναμία σύγκρισης των αποτελεσμάτων τους.

Το ιστορικό αυτό οδήγησε τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και ειδικότερα τους Dionne et al (2008) στην ανάγκη προσδιορισμού τυποποιημένων ορισμών για την οσφυαλγία που θα μπορούν να χρησιμοποιούν στις μελέτες επικράτησης, ώστε να παρέχονται από αυτές συγκρίσιμα στοιχεία. Στη παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε το προτεινόμενο από τους παραπάνω συγγραφείς, αναγνωρισμένο πρότυπο ερωτηματολόγιο βασικού ορισμού οσφυαλγίας. (βλέπε παράρτημα εικόνα 1)

Τα 3 πρώτα μέρη του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν από στοιχεία προηγούμενων επιδημιολογικών μελετών, τα οποία έδειξαν ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία (π.χ. φύλο ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, κάπνισμα, εισόδημα ,προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας κτλ.) έχουν ισχυρές συσχετίσεις με την δημιουργία ή εξέλιξη της οσφυαλγίας σε διεθνές ή/και ελληνικό επίπεδο, όπως αναφέρονται στην εισαγωγή.

Το τέταρτο μέρος της φόρμας αξιολόγησης αποτελείται από αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια που αφορούν ανικανότητα, πρόγνωση, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και ποιότητα ζωής.

Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο **STarT Back Tool** (SBT), ως εργαλείο ανίχνευσης και προσδιορισμού υποομάδων. Το εργαλείο έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και έγκυρο (Hill et al 2008 , 2010), περιλαμβάνει 9 αντικείμενα: αναφερόμενος πόνος στο πόδι, συνυπάρχουν πόνος, δύο στοιχεία για αναπηρία- καταστροφολογία, φόβος, άγχος, κατάθλιψη. Τα τελευταία πέντε αντικείμενα αποτελούν και την ψυχοκοινωνική υποκλίμακα.

Οι ασθενείς με σκορ 0-3 ταξινομούνται ως «χαμηλού κινδύνου». Εκείνοι που το σκορ τους είναι 4-5 στην ψυχοκοινωνική υποκλίμακα χαρακτηρίζονται ως «υψηλού κινδύνου» . Οι υπόλοιποι ταξινομούνται ως «μέσου κινδύνου». Το SBT έχει αποδείξει από άλλες έρευνες, προγνωστική εγκυρότητα με μια μικρή επίδραση της διάρκειας της οσφυαλγίας (1-6 μήνες), (Hill et al 2008, 2010).

Η υποκειμενική μέτρηση ανικανότητας και αναπηρίας, που προκύπτει από την οσφυαλγία μετρήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Roland –Morris Disability Questionnaire (RMDQ) (περιέχει 24 στοιχεία). Η ελληνική μετάφρασή του έχει επιδείξει την υψηλότερη εγκυρότητα περιεχομένου και την αξιοπιστία του μέσα από έρευνα σε 697 ασθενείς με οσφυαλγία (Boscainos et al 2003) . Είναι άλλωστε, ένα εξ αυτών (Roland Morris Disability Index & Oswestry Disability) που χρησιμοποιούνται ευρύτατα σε επιδημιολογικές και κλινικές έρευνες για την οσφυαλγία (Boscainos et al 2003, Riddle et al 1998).

Λαμβάνοντας υπόψη από τη διεθνή βιβλιογραφία τη σημασία των πιθανών παραγόντων διαταραχής και διάθεσης, άγχους και κατάθλιψης και θέλοντας να διερευνηθεί, αν σχετίζεται και πως, η οσφυαλγία με τη συναισθηματική κατάσταση, στην υποκείμενη μελέτη θεωρήθηκε

απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), (Snaith P 2003 , Wilkinson & Barczak 1998, Georgousis et al 2001). Η Ελληνική έκδοσή της έχει εμφανίσει υψηλή εσωτερική συνοχή και υψηλή εγκυρότητα σε 521 συμμετέχοντες στο Αττικό νοσοκομείο (Mihopoulos et al 2008). Η κλίμακα περιέχει 7 στοιχεία προτάσεις που χαρακτηρίζουν αγχωτική κατάσταση, και 7 προτάσεις που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη σε μία αναλογική κλίμακα από 0 έως 3. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 – 21 για το καθένα, δίνοντας τέσσερις σειρές, φυσιολογική, ήπια, μέτρια και σοβαρή. (Snaith P 2003).

Ως εργαλείο μέτρησης για την γενική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με οσφυαλγία χρησιμοποιήθηκε το γενικό ερωτηματολόγιο υγείας Medical Outcomes Study – Short Form 12 (SF-12). Το SF -12 αναπτύχθηκε ως εναλλακτική λύση (για μεγάλης κλίμακας μελέτες) αντί του SF-36 που χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της υγείας των γενικών και ειδικών πληθυσμών. Έχει κατασκευαστεί για να ικανοποιήσει τα ελάχιστα ψυχομετρικά πρότυπα: σωματική υγεία, πόνος, γενική αντίληψη υγείας, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, περιορισμός λόγω συναισθηματικού προβλήματος. Οι επί μέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες : σωματικής και ψυχικής υγείας ([www SF 36 org/ tools /SF36/s](http://www.SF36.org/tools/SF36/s)). Επιλέχτηκε γιατί είναι συντομότερο (από το SF-36), παρουσιάζει την ίδια αξιοπιστία και η ελληνική έκδοση του έχει δοκιμαστεί σε Ελληνικό πληθυσμό 1005 ατόμων και έχει αξιολογηθεί η εγκυρότητά του (Kontodimopoulos et al 2001).

Η φόρμα των ερωτήσεων έχει δοκιμαστεί, ως προς την ορθότητα και εύκολη κατανόηση των ερωτήσεων, μέσω μικρής πιλοτικής μελέτης σε ετερογενές (όσον αφορά την μόρφωση) δείγμα ασθενών, από τη δημιουργό της, Μπίλλη Ευδοκία Λέκτορα του τμήματος

Φυσικοθεραπείας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

4.4 Περιγραφή φόρμας αξιολόγησης (Ερωτηματολόγιο).

Η φόρμα αξιολόγησης της παρούσας μελέτης (βλ. Παράρτημα) αποτελούνταν από 4 βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήματα για προσωπικά στοιχεία (όπως ηλικία, επάγγελμα, ώρες εργασίας, ετήσιο εισόδημα, κάπνισμα χόμπι). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει στοιχεία δημογραφικά, όπως φύλο, μορφωτικό επίπεδο, τόπος κατοικίας. (π.χ. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: 1-Αγροτική, 2- Αστική, 3-ημιαστική).

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά ερωτήματα σχετικά με την οσφυαλγία καλύπτει κατά προτεραιότητα «ανατομική περιοχή συμπτωμάτων» (χρησιμοποιείται χάρτης σώματος) , και θέτει ένα μέτρο χρονικό (οσφυαλγία διάρκειας 4 εβδομάδων). Εν συνεχεία τα επόμενα ερωτήματα καλύπτουν τη βαρύτητα, (π.χ. ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μια μέρα; 1-Ναι, 2-Όχι), την διάρκεια, (π.χ. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε; 1-κάποιες μέρες, 2-τις περισσότερες μέρες, 3-κάθε μέρα), ύπαρξη ισχιαλγίας και βαρύτητα αυτής, καθώς και την επανάληψη των επεισοδίων οσφυαλγίας (ερωτήματα 1, 2 ,3 ,4, 5 ,6 ,14, 18) . Ακολουθεί ερώτηση αξιολόγησης έντασης του πόνου με αριθμητική κλίμακα (0-10) Visual Analogue Scales (VAS), (ερώτημα 7). Τα ερωτήματα: 8,10,11,12,15,16,17 καλύπτουν στοιχεία όπως: προτίμηση επαγγελματία υγείας, διάγνωση, θεραπεία, άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, χειρουργεία, αναρρωτική άδεια κλινοστατισμό.

Το τέταρτο μέρος της φόρμας αξιολόγησης αποτελείται από τα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια που αφορούν ανικανότητα,

πρόγνωση, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και ποιότητα ζωής. {STarT Back Tool (SBT), Roland –Morris Disability Questionnaire (RMDQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Medical Outcomes Study – Short Form 12 (SF-12).}

4.5 Διαδικασία χορήγησης της φόρμας αξιολόγησης.

Στο κάθε άτομο του πληθυσμού του δείγματος που προέκυψε με οσφυαλγία, έγινε ενημέρωση από τη γράφουσα, για το σκοπό της μελέτης, τη σημαντικότητα της συμμετοχής τους, καθώς και για τον τύπο των ερωτήσεων (π.χ. θα σας κάνω ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημα στη μέση σας, τις καθημερινές σας δραστηριότητες, τη διάθεση σας το τελευταίο καιρό). Επίσης στο κάθε άτομο επισημάνθηκε ότι τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι εμπιστευτικά και απόρρητα.

Τέλος υποβλήθηκε εκ νέου στο κάθε άτομο η ερώτηση 1. της φόρμας αξιολόγησης: Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, είχατε πόνο στη μέση σας; (στη περιοχή που φαίνεται στο διάγραμμα), (βλέπε παράρτημα: Φόρμα αξιολόγησης).

Όλες οι πληροφορίες συλλέχτηκαν μέσω του ερωτηματολογίου στο δείγμα των 87 ατόμων (N=87) με οσφυαλγία, από τη γράφουσα, με προσωπική συνέντευξη, (βλέπε παράρτημα: Φόρμα αξιολόγησης).

4.6 Ανάλυση δεδομένων

Μετά τη συλλογή των πληροφοριών έγινε καταγραφή σε βάση δεδομένων και στατιστική ανάλυση, με το πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (standard deviation), διακυμάνσεις (variance), ελάχιστες (minimum) και μέγιστες (maximum) τιμές για δεδομένα αριθμητικά (interval data).

Έγινε ανάλυση των δεδομένων σε συχνότητες (frequency) και ποσοστά (percent) για δεδομένα που εμπίπτουν σε κατηγορίες (categorical and nominal data) .Αναλύθηκαν έτσι (π.χ. φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ετήσιο εισόδημα, κάπνισμα).

Για ορισμένα δεδομένα έγιναν και συσχετίσεις μέσω της παραμετρικής στατιστικής δοκιμασίας Pearson's correlation coefficient προκειμένου να διευκρινιστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Συγκεκριμένα συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (STarT Back Tool , HAD, SF-12, Rolland-Morris Disability Q,κλίμακα πόνου VAS χειρότερος, κλίμακα πόνου VAS συνήθης, προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας , επίσκεψη σε ειδικό, κλινοστατισμός), με τις μεταβλητές, (φύλο, ηλικία, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, ατομικό εισόδημα, κάπνισμα, οσφυαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες, ισχιαλγία τον προηγούμενο μήνα, πόνος κάτω από το γόνατο, άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, επίσκεψη σε ειδικό, προηγούμενο χειρουργείο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο χρονικό διάστημα από την 1^η Οκτωβρίου έως την 30^η Νοεμβρίου 2012, επιλέχθηκαν τυχαία μέσα από τους προσερχόμενους στο κέντρο υγείας (ΚΥ) Κιάτου, 1168 άτομα (562 άνδρες, 606 γυναίκες), οι οποίοι και ερωτήθηκαν (ερώτηση φίλτρου) αν έχουν οσφυαλγία ως εξής: *Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, είχατε πόνο στη μέση σας; (στη περιοχή που φαίνεται στο διάγραμμα),* (βλέπε παράρτημα: Φόρμα αξιολόγησης).

Από τα 1168 άτομα τα 87 απάντησαν θετικά (ότι είχαν οσφυαλγία τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες) (Πίνακας 1), άρα το ποσοστό επικράτησης οσφυαλγίας ήταν 7,8%.

Πίνακας 1. : Προφίλ ερωτηθέντων (n=1168)

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ									
	<16	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	
άτομα	77	98	151	220	189	268	104	61	1168
ποσοστό	6,50%	8,50%	12,90%	18,80%	16,10%	22,90%	8,95%	5,35%	100,00%
Με οσφυαλγία	0	<2%	<2%	4,40%	11%	10,80%	15,30%	13,10%	
ΦΥΛΟ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ					ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ				
άνδρες	562(48,1%)			άνδρες	ναι	33(37,9%)	5,80%		
γυναίκες	606(51,9%)			γυναίκες	ναι	54(62,1%)	8,90%		
σύνολο	1168(100,00)			σύνολο		87(7,8%)	1168(100,00%)		

5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα δείγματος.

Η επικράτηση της οσφυαλγίας ανά φύλο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό που ρωτήθηκε ήταν 8,9% γυναίκες και 5,8% άνδρες.

Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 52±13,3. Ο μισός σχεδόν πληθυσμός του δείγματος n =87 ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 45- 60 ετών (42 άτομα). Η επικράτηση της οσφυαλγίας ανά ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων ήταν: <16 ετών κανένας, 16~30 ετών λιγότερο από 2%, 31~40 ετών 4,4%, 41~50 ετών 11%, 51~60 ετών 10,8%, 61~70 ετών 15,3%, >70 ετών 13,1%.

Πινάκας 2.: Προφίλ του δείγματος (n=87).

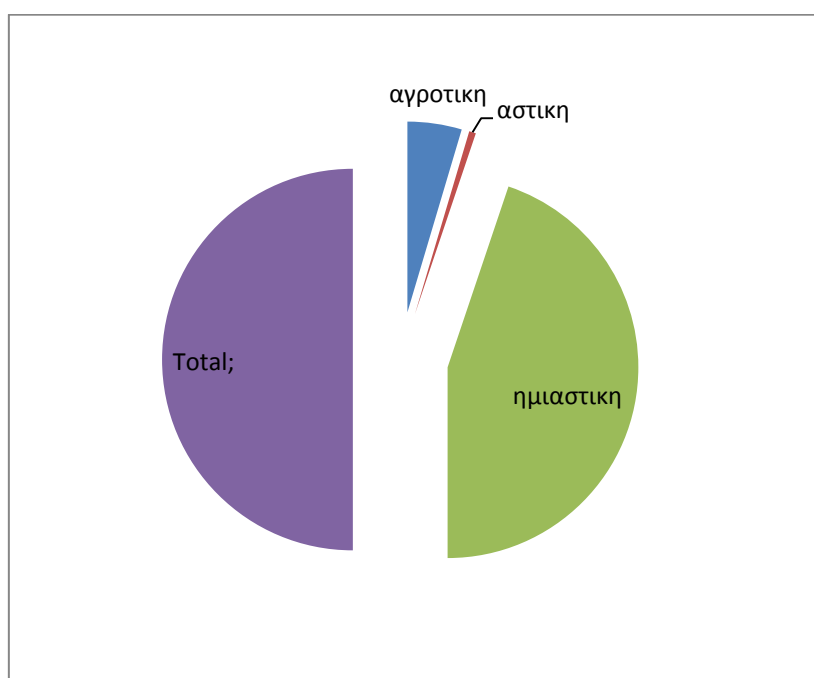
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ N=87				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΕΡΙΟΧΗ		
αγρότες	13%	αγροτική	9.00%	
άνεργοι	8%	αστική	1.15	
έμποροι	10%	ημιαστική	89.75	
οικιακά	13.50%		100	
καθιστική εργασία	11.50%			
άλλο	45%			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ		
		0		1.10%
ελεύθερος	18.40%	<7.200 euro		25.30%
παντρεμένος	65.55%	7.200-14.400 euro		54%
χωρισμένος	9.20%	14.400-24.000 euro		12.60%
χήρος	5.70%	>24.000 euro		6.90%
ολικό	100.00%	ολικό		100.00%
ΚΑΠΝΙΣΜΑ		ΜΟΡΦΩΣΗ		
			ποσοστό	
όχι	52.90%	δημοτικό	27.60%	
λίγο 1-2 πακ/εβδομ	26.40%	γυμνάσιο	23%	
πολύ 1-2 πακ/ημέρα	19.50%	λύκειο	35.60%	
πάρα πολύ>2πακ/ημ	1.10%	3 βάρθια	13.80%	
ολικό	100.00%	ολικό	100.00%	

Από τους 87 συμμετέχοντες το 13,7% ήταν αγρότες , το 8% άνεργοι , το 10% έμποροι, το 13,7% δήλωσαν οικιακή απασχόληση και το 11,5% απασχολούνταν σε καθιστική εργασία . Το υπόλοιπο 45% είχαν ποικίλα επαγγέλματα (τεχνίτες κ.α.), (πίνακας 2).

Στην πλειονότητά τους τα άτομα του δείγματος εργάζονταν 7-12 ώρες ημερησίως, ενώ οι οικιακά απασχολούμενοι δεν δήλωσαν ώρες εργασίας.

Το 89,1% του δείγματος διέμενε σε ημιαστική περιοχή και το 9,2% σε αγροτική περιοχή, (πίνακας 2),(γράφημα 1).

Γράφημα 1.:Τόπος διαμονής



Το 65,5% ήταν έγγαμοι, το 18,45% ήταν άγαμοι,το 9,2% διαζευγμένοι και το 5,7% χήροι.

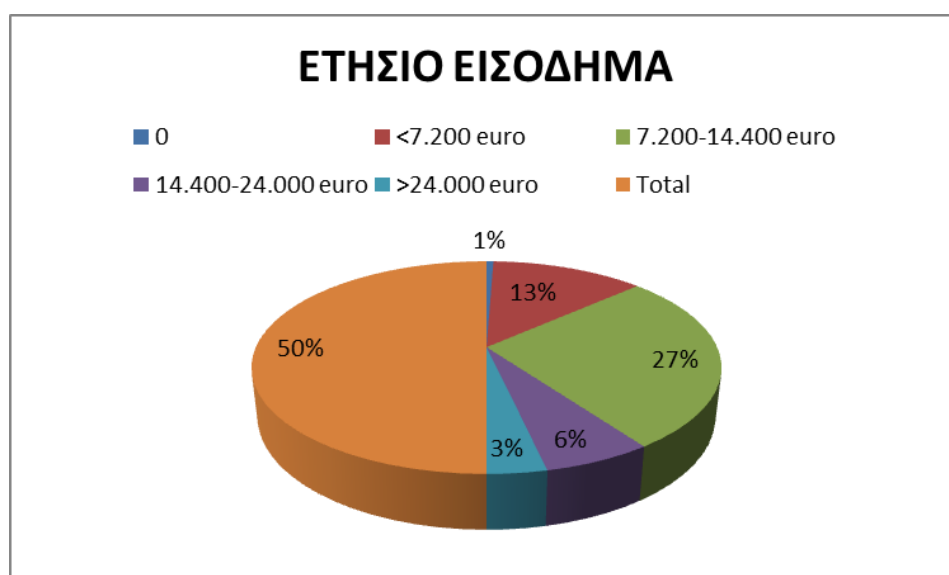
Το 1/3 των συμμετεχόντων ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (35%), το 59% (44) πρωτοβάθμιας (δημοτικό και γυμνάσιο) και το 13% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, (πίνακας 2, γράφημα 2).

Γράφημα 2.: Μορφωτικό επίπεδο



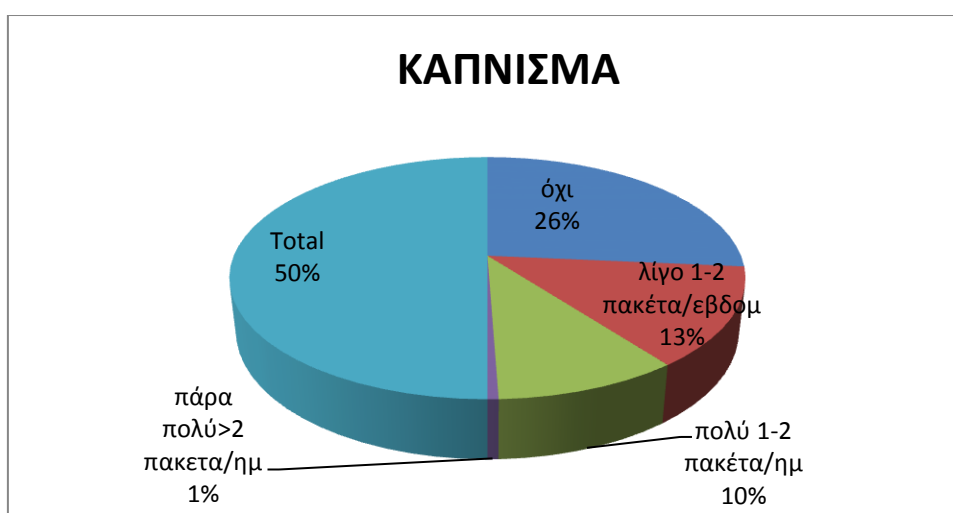
Το προσωπικό ετήσιο εισόδημα στο 54% του δείγματος κυμαίνεται από 7.250 – 14.400 € . Το 1/3 του δείγματος δήλωσε εισόδημα < 7.250 € .

Γράφημα 3.:Ετήσιο εισόδημα



Ο μισός πληθυσμός του δείγματος με οσφυαλγία ανήκε στους μη καπνιστές. «Λίγο (1~2 πακέτα την εβδομάδα)» δήλωσαν περίπου το 27%, και το 20% ανέφερε «πολύ (1~2 πακέτα την ημέρα)» έως «πάρα πολύ(>2 πακέτα)», (πίνακας 2), (γράφημα 4).

Γράφημα 4.: Κάπνισμα



Από τους 87 συμμετέχοντες μόνο 34 (39%) είχαν ως χόμπι κάποια αθλητική δραστηριότητα έστω και περιστασιακά. Σημειωτέον από αυτούς, οι 29 (85%), έμειναν χωρίς πόνο για διάστημα από 7 μήνες – 3 έτη ή και παραπάνω από 3 έτη, αναδεικνύοντας μια τάση, ότι η φυσική κατάσταση έχει ένα θετικό ρόλο στις περιόδους ύφεσης της οσφυαλγίας.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά δείγματος (n=87)

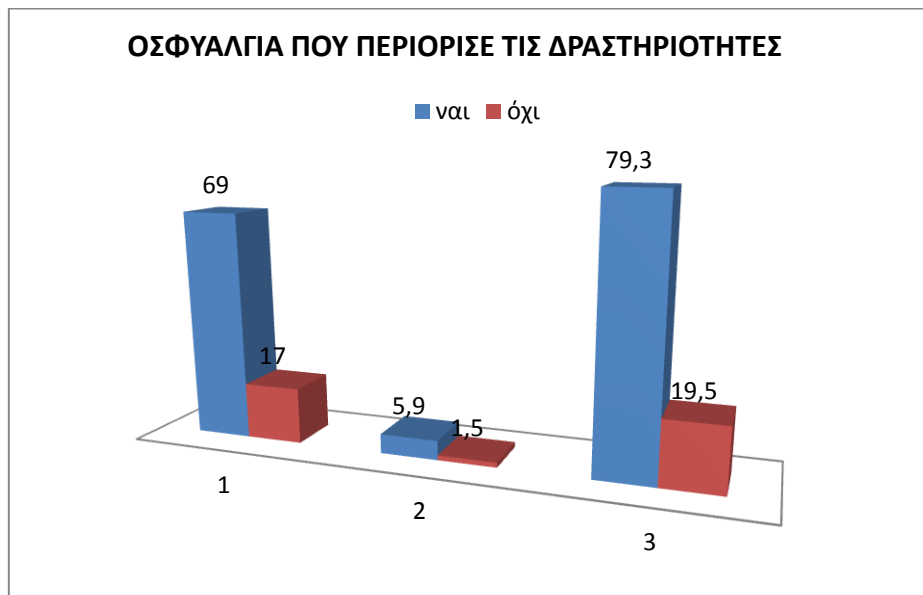
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ		ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ			μέση τιμή	τυπ. απόκλιση
κάποιες μέρες	48%					
τις περισ/ρες μέρες	33%		σύνηθες VAS		4.49	1.5
κάθε μέρα	16%		Καλύτερος VAS		2.87	1.6
			Χειρότερος VAS		7.5	1.6
ΠΕΡΙΟΔ/ΤΑ LBP		ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ				
<1 μήνα	26.40%		ναι	όχι		
3-7 μήνες	24.10%		79,3(69)	19,5(17)		
7 μήνες-3 χρόνια	19.50%					
>3 χρόνια	29.85%					
	N	μικρότερο	μεγαλύτερο	μέση τιμή	τυπ. απόκλιση	
ΗΛΙΚΙΑ	87	16	76	52.1	13.399	
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	87	0	10	4.56	4.248	
STarTBacksub total	87	0	5	1.77	1.412	
Roland-Morris Disability Questionnaire	87	1	19	9.95	5.106	
HAD-Anxiety subscale (1+3+5+7+9+11+13)	87	1	17	8.64	3.927	
HAD-Depression subscale (2+4+6+8+10+12+14)	87	1	51	6.92	6.189	
SF-12 Physical subscore	87	19.1	64.3	40.4356	10.9723 1	
SF-12 Mental subscore	87	19.5	75.5	45.9977	12.5651 5	

Πίνακας 4.Περιγραφικά χαρακτηριστικά (n=87).

ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ		ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	
ναι	όχι	ναι	όχι
65,5%(57)	32,25(28)	39%(35)	9,2%(8)
ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΩ ΑΠΌ ΤΟ ΓΟΝΑΤΟ		ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	
ναι	όχι	ναι	όχι
28,7%(25)	50,6%(44)	29,9%(24)	65,5%(57)
ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΑΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	
ναι	όχι	ναι	όχι
74,2%(63)	24,1%(21)	29,3%(26)	64,4%(56)
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΠΕΙΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ		ΑΝΑΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	
ναι	όχι	ναι	όχι
84,00%	15%	27,6(24)	58,6%(51)
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓ ΥΓΕΙΑΣ		ΕΙΔΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	
ναι	όχι		
74,7%(65)	24,1%(21)	0	43,70%
		κανένα	0,0465
		ακτιν/ια	48,30%
		MRI	2,30%
		εξετ.αίματ	1,10%
		ολικο	100,00%

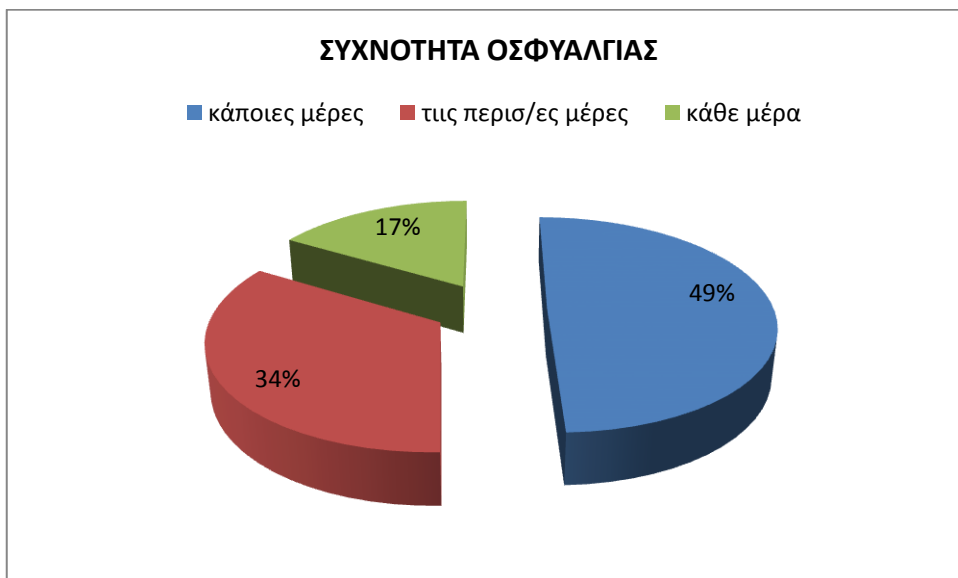
Η οσφυαλγία περιόρισε τις δραστηριότητες πάνω από μία μέρα σε ποσοστό 79,3%,(πίνακας 3, γράφημα 5).

Γραφημα 5. :Οσφυαλγία που περιορίσε δραστηριότητες.



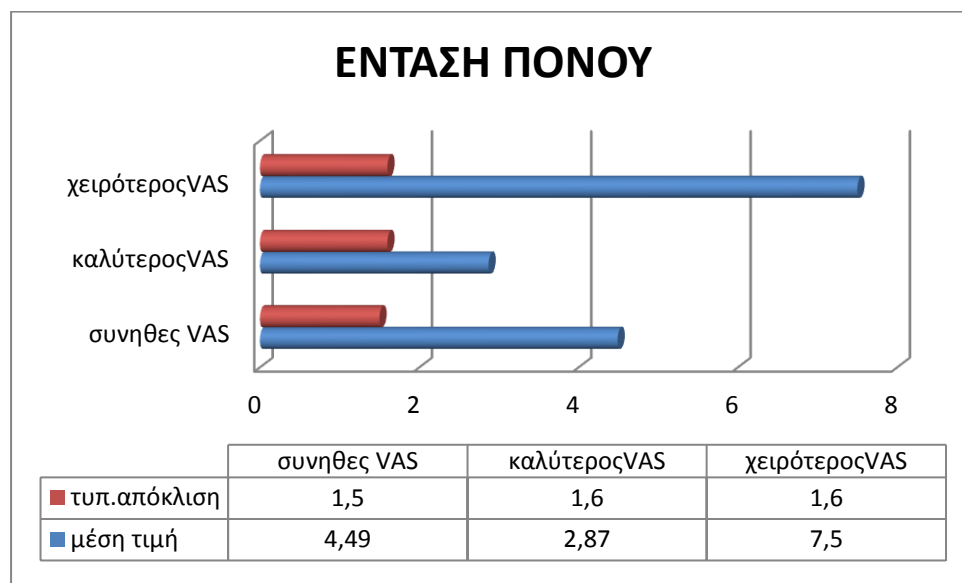
Ο μισός πληθυσμός του δείγματος (48%), (44 άτομα) βρέθηκε ότι πονούσε « κάποιες μέρες » τον τελευταίο μήνα, το 33 % (29 άτομα) τις « περισσότερες μέρες » και μόνο το 18 % (16 άτομα) δήλωσαν ότι πονούσαν «κάθε μέρα ».(γράφημα 6)

Γράφημα 6. : Συχνότητα πόνου.



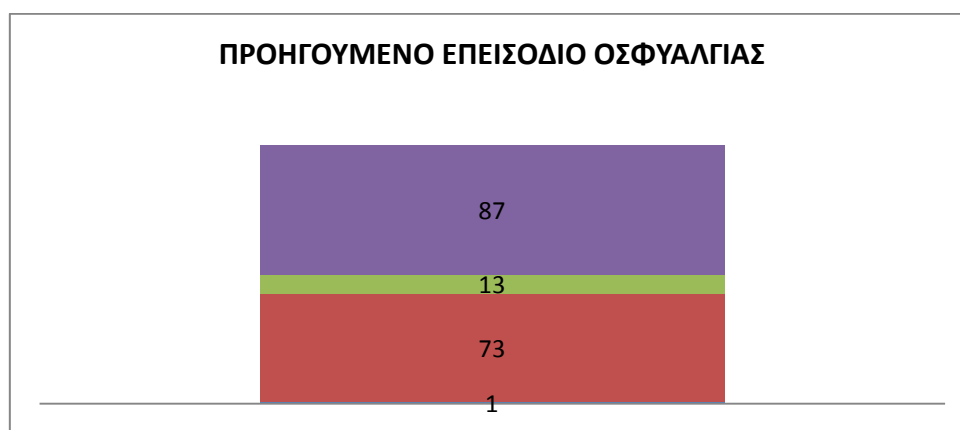
Όσον αφορά τη βαθμολογία έντασης του πόνου στο δείγμα, με την κλίμακα VAS, η συνήθης ένταση του πόνου ήταν $4,45 \pm 1,6$ (μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση). Οι ασθενείς με οσφυαλγία βαθμολόγησαν τον χειρότερο τους πόνο με $7,5 \pm 1,6$ και τον καλύτερο πόνο με $2,87 \pm 1,6$.

Γράφημα 7. Ένταση πόνου.



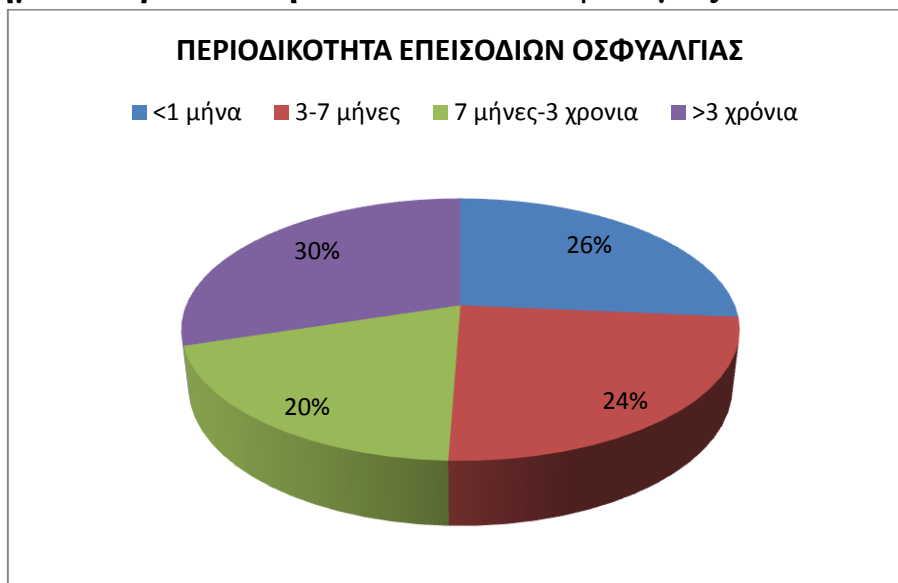
Το συγκεκριμένο επεισόδιο οσφυαλγίας ήταν το πρώτο για το 15% (13) του δείγματος, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (83,9%), ανέφερε παλαιότερο επεισόδιο.

Γράφημα 8. Προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας



Από αυτούς που είχαν προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας, το 30% παρέμεινε χωρίς πόνο για διάστημα >3 χρόνια. Το 20% για διάστημα από 7 μήνες~3χρόνια, το24% από 3~7 μήνες και το υπόλοιπο 26% για λιγότερο από ένα μήνα.

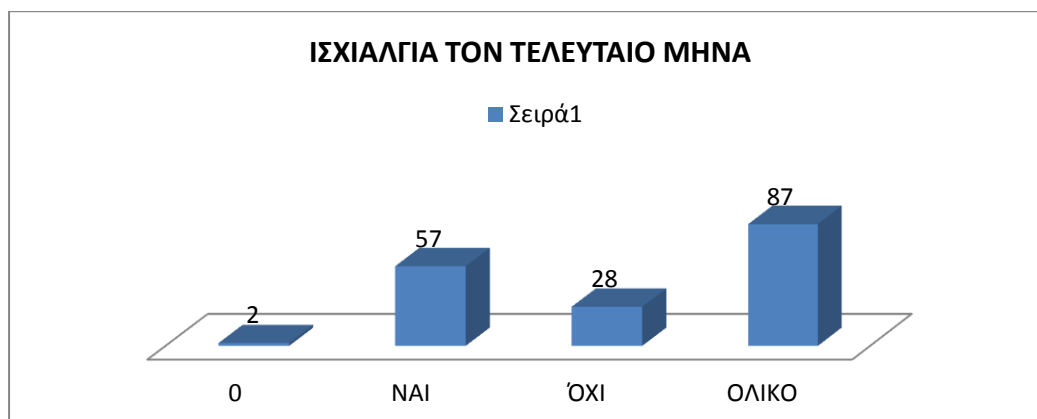
Γράφημα 9.Περιοδικότητα επεισοδίων οσφυαλγίας



Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα παρουσίασε το 65,5% (57) του δείγματος. Ποσοστό αρκετά υψηλό, (γράφημα 10).

Αλλά η ισχιαλγία περιόρισε τις δραστηριότητες μόνο στους 35 (39%) από αυτούς, (γράφημα 11).

Γράφημα 10.:Ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα.



Γράφημα 11.:Ισχιαλγία που περιορίσει δραστηριότητες.

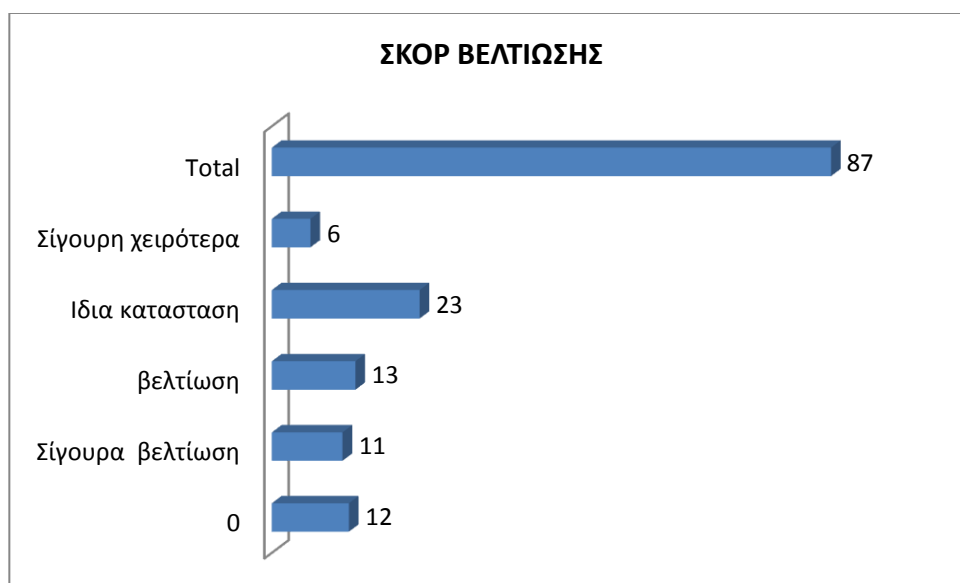


Πόνο κάτω από το γόνατο δήλωσε το 28,7%.

Το 1/3 των ερωτηθέντων με προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας δήλωσαν «βελτίωση» ή «σίγουρα βελτίωση» (12,6 %) και (14,9%) αντίστοιχα .

Το 1/3 δήλωσαν «στάσιμη κατάσταση », (26,4 %) και το άλλο 1/3 δήλωσαν επιδείνωση (25,3) και « σίγουρα επιδείνωση » (6,9%) .

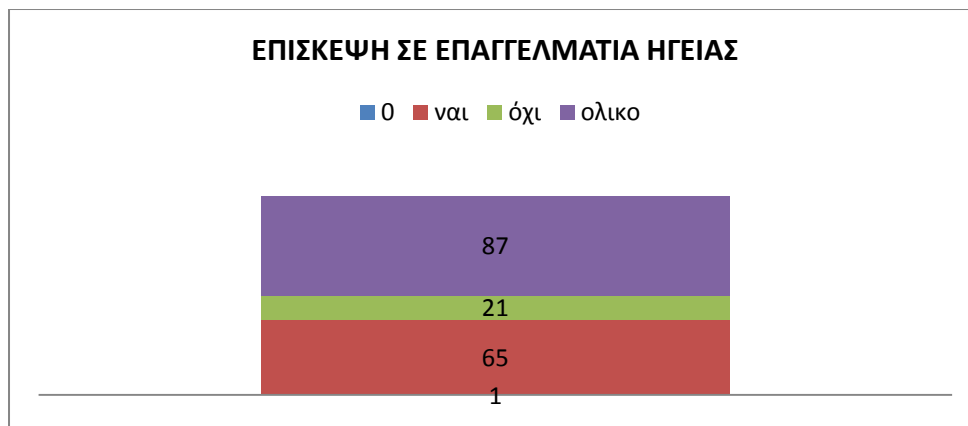
Γράφημα 12.:Βαθμολογία βελτίωσης.



Αναρρωτική άδεια λόγω οσφυαλγίας χρησιμοποίησε μόνο το 30% του δείγματος.

Επαγγελματία υγείας για την οσφυαλγία τους έχει επισκεφθεί το 75% (65), με προτίμηση: ορθοπεδικό, γενικό ιατρό, παθολόγο, νευροχειρουργό, φυσικοθεραπευτή, (γράφημα 13).

Γράφημα 13.Επισκεψη σε επαγγελματία υγείας.



Θεραπεία για την οσφυαλγία έχει λάβει το 72% (63) των ερωτηθέντων. Όλοι τους έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή (αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, μυοχαλαρωτικά).

Μόνο 36 άτομα (41,4%) του ολικού δείγματος με οσφυαλγία έχουν συμπεριλάβει στη θεραπεία τους φυσικοθεραπεία και άσκηση.

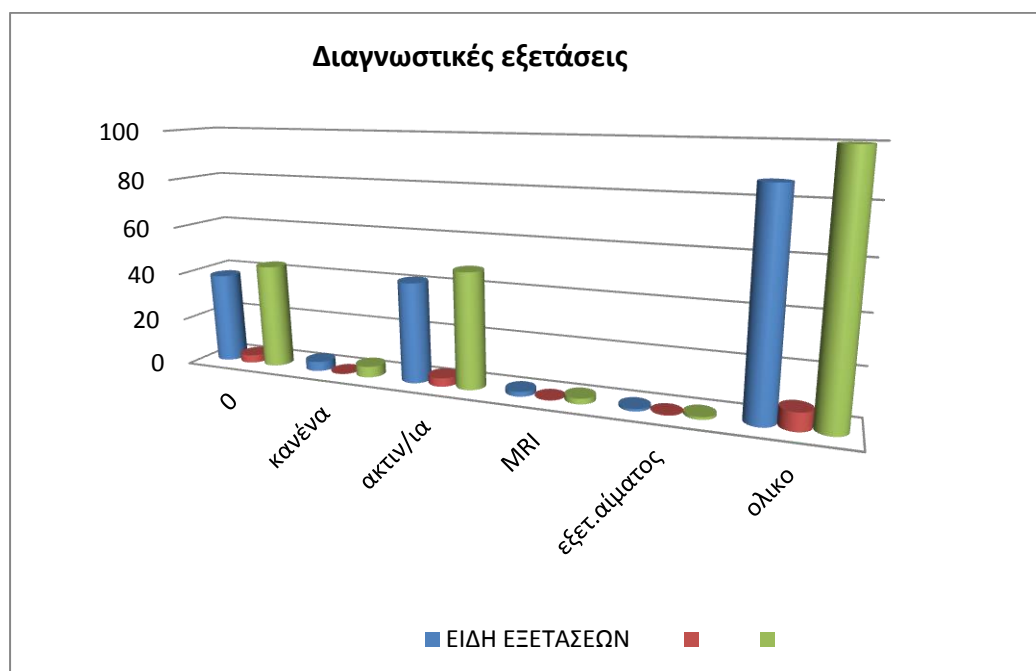
Γράφημα14.:Θεραπεία για την οσφυαλγία.



Προηγούμενο χειρουργείο έχουν υποστεί το 40,2% του δείγματος. Από αυτούς 12 άτομα (13,8%) έχουν χρειαστεί ορθοπεδικά χειρουργεία και 6 άτομα (7%) έχουν χειρουργηθεί στην οσφυϊκή χώρα, (δισκεκτομή, σπονδυλοδεσία), (γράφημα 14).

Οι πιο διαδεδομένες διαγνωστικές εξετάσεις για την οσφυαλγία είναι οι ακτινογραφίες σε ποσοστό 48,3% (42) και ακολουθούν η μαγνητική τομογραφία, (γράφημα 15).

Γράφημα 15.: Προτίμηση διαγνωστικών εξετάσεων.

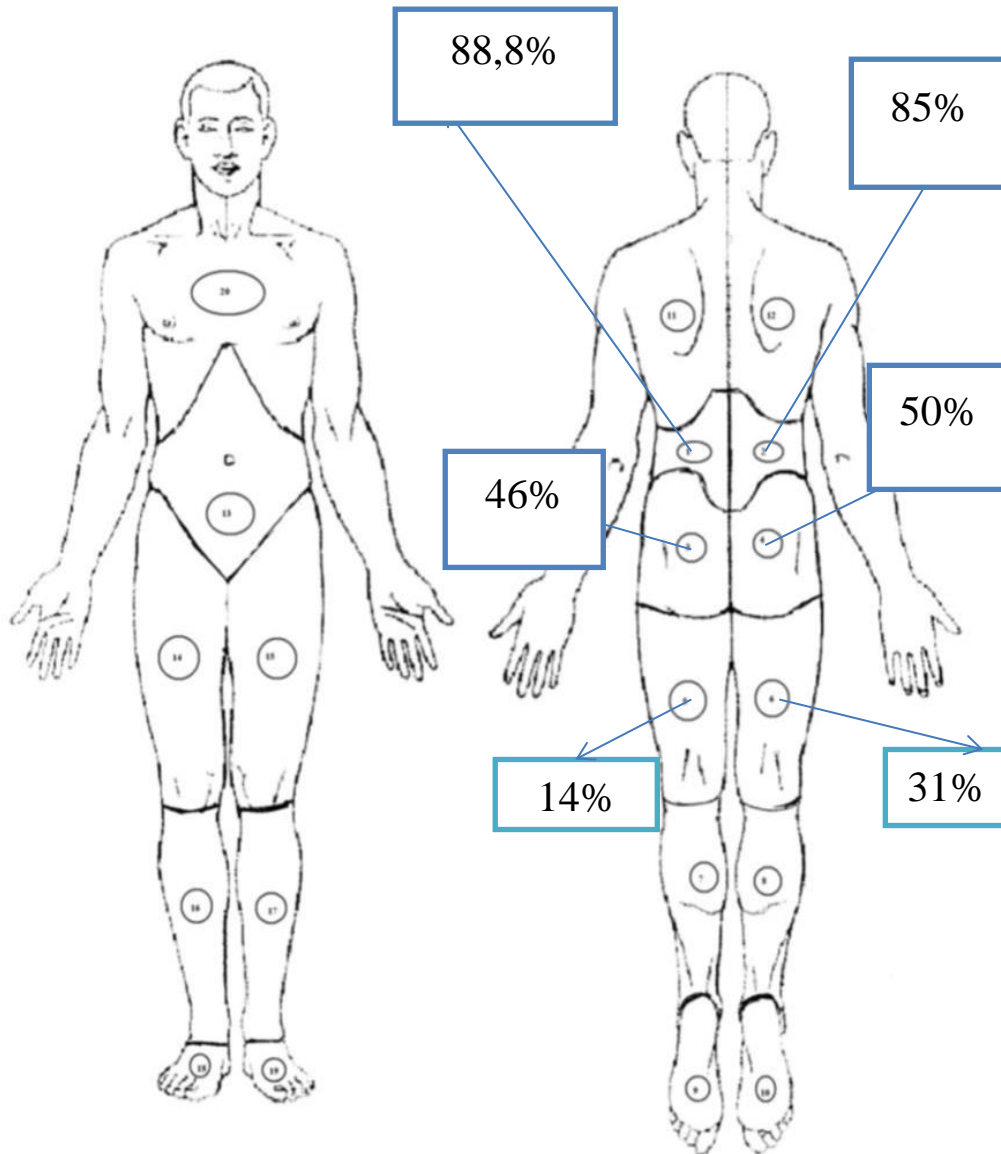


Πλήρη ακινητοποίηση έχει υποστεί λόγω οσφυαλγίας μόνο το 1/3 του δείγματος κάποια στιγμή της ζωής του.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,5%) δεν ανέφερε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα.

Οι περιοχές που αισθάνονταν το πόνο τους οι ερωτηθέντες ήταν: περιοχή 1 (88,8%), περιοχή 2 (85%), περιοχή 3 (46%), περιοχή 4 (50%), περιοχή 5 (14%),περιοχή 6 (31%) και σε άλλες περιοχές σε συνολικό ποσοστό 25%.(Εικόνα 1)

Εικόνα 1.: Κατανομή περιοχών πόνου στο δείγμα.



5.2 Αποτελέσματα αυτοαναφερόμενων κλιμάκων.

Όσον αφορά την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική στατιστική δοκιμασία συσχέτισης Pearson's r.

Τιμή του r μπορεί να είναι από -1 έως 1 (όσο πιο κοντά στο +/-1 τόσο ισχυρότερη και καλύτερη η συσχέτιση). Ενδεικτικά, τιμές συσχετίσεων Pearson φαίνονται παρακάτω:

Συσχέτιση	Αρνητική	Θετική
Καμία	-0.09 to 0.0	0.0 to 0.09
Μικρή	-0.3 to -0.1	0.1 to 0.3
Μέτρια	-0.5 to -0.3	0.3 to 0.5
Μεγάλη (ισχυρή)	-1.0 to -0.5	0.5 to 1.0

Στο πίνακα 5 απεικονίζονται οι συσχετίσεις των αυτοαναφερόμενων κλιμάκων με άλλες μεταβλητές του δείγματός.

Πίνακας 5.:Συσχετίσεις αυτοαναφερόμενων κλιμάκων με στοιχεία του δείγματος.

		VAS - average pain intensity	VAS - pain at worst	Have you visited specialist	Have you done any bed rest	LBP recurrent episodes	STarTB	Roland-Morris Disability	HAD-Anxiety subscale	HAD-Depression subscale	SF-12 Physical subscore	SF-12 Mental subscore
							total					
sex	Pearson C	,225*	0.119	-0.128	-,224*	0.098	0.123	0.086	0.135	-0.033	-0.169	0.014
	Sig. (2-tail)	0.036	0.274	0.238	0.037	0.369	0.257	0.427	0.213	0.759	0.117	0.896
age	Pearson C	0.167	0.086	-,218*	0.005	-0.129	,227*	,268*	0.005	0.177	-,367**	0.081
	Sig. (2-tail)	0.121	0.431	0.042	0.961	0.234	0.035	0.012	0.964	0.101	0	0.457
area	Pearson C	-,269*	-,244*	0.04	-0.1	0.018	-0.109	-0.073	0.015	-0.011	0.082	0.015
	Sig. (2-tail)	0.012	0.023	0.713	0.357	0.868	0.316	0.503	0.892	0.921	0.45	0.891
education	Pearson C	-0.136	-,211*	,222*	0.034	0.14	-,297**	-0.193	-0.026	0.079	,283**	-0.025
	Sig. (2-tail)	0.21	0.05	0.039	0.753	0.195	0.005	0.073	0.814	0.467	0.008	0.818
marital status	Pearson C	0.082	0.009	0.104	0.155	0.041	-0.057	0.095	0.115	0.111	-0.09	-0.127
	Sig. (2-tail)	0.45	0.932	0.339	0.151	0.706	0.598	0.384	0.289	0.308	0.407	0.241
Annual income	Pearson C	0.068	0.004	0.068	0.013	-0.104	-0.204	-0.065	-,297**	0.085	0.087	0.156
	Sig. (2-tail)	0.53	0.97	0.529	0.902	0.336	0.058	0.55	0.005	0.436	0.421	0.149
smoking	Pearson C	0.161	0.011	0.132	0.043	-,270*	0.084	0.005	,224*	0.084	,218*	-,397**
	Sig. (2-tail)	0.136	0.917	0.224	0.694	0.011	0.442	0.964	0.037	0.44	0.042	0
LBP which is limiting activities	Pearson C	-0.2	-,464**	0.205	0.075	0.132	-,475**	-,431**	0.076	-0.111	,352**	-0.069
	Sig. (2-tail)	0.063	0	0.057	0.491	0.225	0	0	0.486	0.306	0.001	0.527
Sciatica during last month	Pearson C	-,345**	-,464**	,306**	,295**	,266*	-,473**	-,425**	-0.028	-0.122	,269*	-0.063
	Sig. (2-tail)	0.001	0	0.004	0.006	0.013	0	0	0.8	0.262	0.012	0.565
Pain below the knee	Pearson C	0.011	,273*	-0.162	0.165	-0.177	,222*	,247*	-0.133	0.137	-,214*	0.048
	Sig. (2-tail)	0.919	0.01	0.134	0.128	0.101	0.039	0.021	0.218	0.204	0.047	0.658
Have you visited specialist?	Pearson C	-,237*	-,308**	1	,313**	,221*	-,329**	-,314**	0.073	-0.027	,401**	-,290**
	Sig. (2-tail)	0.027	0.004		0.003	0.04	0.002	0.003	0.5	0.806	0	0.006
Have you done any bed rest?	Pearson C	-,258*	-0.13	,313**	1	0.202	-0.143	-0.154	-0.132	-0.043	,265*	-0.122
	Sig. (2-tail)	0.016	0.231	0.003		0.06	0.185	0.155	0.223	0.69	0.013	0.262
LBP recurrent episodes	Pearson C	-0.1	-0.201	,221*	0.202	1	-0.15	-0.063	-0.107	-0.04	0.004	0.023
	Sig. (2-tail)	0.358	0.062	0.04	0.06		0.166	0.563	0.323	0.714	0.97	0.832
Other musculoskeletal problems	Pearson C	-0.029	-0.014	0.171	0.065	-,229*	0.047	-0.057	,230*	0.15	0.143	-0.119
	Sig. (2-tail)	0.789	0.895	0.114	0.552	0.033	0.665	0.597	0.032	0.164	0.186	0.27
Have you had surgery in the past?	Pearson C	0.004	0.016	0.111	0.035	-0.127	0.125	0.025	0.159	0.069	0.05	-0.05
	Sig. (2-tail)	0.974	0.887	0.308	0.746	0.242	0.248	0.821	0.142	0.528	0.644	0.645

Στο STarT Back Tool (SBT) ολικό βρέθηκε μέση τιμή δείγματος $3,89 \pm 2,17$ και στην ψυχοκοινωνική υποκλίμακα μέση τιμή $= 1,77 \pm 1,42$, (πίνακας 3).

Από τις δοκιμασίες συσχέτισης μεταξύ των SBT και των μεταβλητών: φύλλο, ηλικία, περιοχή, μορφωτικό επίπεδο, ετήσιο εισόδημα, κάπνισμα, προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας, ύπαρξη άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων, δεν προέκυψε καμία συσχέτιση, (πίνακας 5).

Μέτρια ως ισχυρή αρνητική συσχέτιση, στατιστικά σημαντική προέκυψε μεταξύ του SBT και της μεταβλητής «οσφυαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες», καθώς και την μεταβλητή «ύπαρξη ισχιαλγίας τον προηγούμενο μήνα» και της μεταβλητής «επίσκεψη σε ειδικό», (πίνακας 5).

Το Roland Morris Disability ερωτηματολόγιο πήρε μέση τιμή δείγματος $9,95 \pm 5,1$. (πίνακας 3). Από τις δοκιμασίες συσχέτισης προέκυψε ισχυρή αρνητική συσχέτιση, στατιστικά σημαντική με τις μεταβλητές «οσφυαλγία που περιορίζει τις δραστηριότητες» και «ύπαρξη ισχιαλγία τον τελευταίο μήνα» και μέτρια αρνητική με τη μεταβλητή «επίσκεψη σε ειδικό» (Πίνακας 5).

Τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους συμμετέχοντες εκτιμούμενα με την κλίμακα Hospital Anxiety Depressions Scale (HAD), ήταν για HAD Anxiety $8,64 \pm 3,92$ και HAD Depression $6,92 \pm 6,18$. (πίνακας 3). Από τις δοκιμασίες συσχέτισης δεν προέκυψε καμία συσχέτιση στατιστικά σημαντική μεταξύ της κλίμακας HAD και άλλων μεταβλητών (πίνακας 5).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, η εικόνα σωματικής υγείας, καθώς και ψυχοκοινωνικής υγείας μετρήθηκε μέσω της κλίμακας Medical Outcomes Study – Short Form 12 (SF-12). Το-SF12 Physical και

SF-12 Mental βρέθηκε $40,43 \pm 10,99$ και $45,99 \pm 12,56$ αντίστοιχα (πίνακας 3).

Η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά, (μέτρια ως ισχυρή συσχέτιση) στατιστικά σημαντική, με την κλίμακα σωματικής υγείας του SF-12. Άρα όσο η ηλικία αυξάνεται η εικόνα σώματος και γενικότερα η ποιότητα ζωής λόγω σωματικών αλλαγών μειώνεται. Από την άλλη πλευρά οι απαντούντες «Η οσφυαλγία περιορίσε τις δραστηριότητές τους», καθώς και όσοι έχουν επισκεφθεί επαγγελματία υγείας για την οσφυαλγία τους, βρέθηκε να έχουν μια ισχυρή θετική συσχέτιση στατιστικά σημαντική με την κλίμακα σωματικής υγείας του SF-12 (πίνακας 5).

Τέλος, υπήρχε και κάποια συσχέτιση της ποιότητας ζωής με το κάπνισμα. Οι καπνίζοντες ασθενείς με οσφυαλγία έχουν μια αρνητική ισχυρή συσχέτιση, στατιστικά σημαντική με το SF-12 Mental.

Η ένταση του πόνου με τη κλίμακα VAS «VAS σύνηθες», «VAS χειρότερος» βρέθηκε να έχει αρνητική ισχυρή συσχέτιση με όσους είχαν και ισχιαλγία τον προηγούμενο μήνα, ενώ είναι αυτοί που σχετίζονται θετικά με την μεταβλητή «επίσκεψη σε ειδικό». Οι τελευταίοι δε, βρέθηκαν να έχουν κάποια συσχέτιση με τον κλινοστατισμό (πίνακας 5)

Συμπερασματικά, όσον αφορά την στατιστική ανάλυση βρέθηκαν τα ακόλουθα:

- α) η μεταβλητή «οσφυαλγία που περιορίσε δραστηριότητες» σχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα RMDQ και με SBT.
- β) οι ασθενείς με ισχιαλγία σχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα πόνου την προγνωστική κλίμακα SBT και το RMDQ.
- γ) οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται θετικά με την κλίμακα σωματικής υγείας του SF-12 και αρνητικά με τα επίπεδα πόνου και το RMDQ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Εξήγηση, ερμηνεία και σύγκριση αποτελεσμάτων.

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα στο γενικό πληθυσμό και μια σημαντική αιτία αναπηρίας, είναι συχνή αιτία απουσίας από την εργασία και αυξημένης χρήσης των υπηρεσιών υγείας,(Cassidy et al 1998). Οι εκτιμήσεις των επιδημιολογικών μελετών σε διαφορετικούς πληθυσμούς για την επικράτηση της οσφυαλγία ποικίλλουν ευρέως. Τα 2/3 του ενήλικου πληθυσμού υπολογίζεται ότι θα παρουσιάσει οσφυαλγία κάποια στιγμή στη ζωή τους και ένα ποσοστό από αυτούς (ανάλογα με τη μελέτη) θα νοσήσουν στη διάρκεια ενός χρόνου, (Anderson 1999). Η ετήσια επικράτηση κυμαίνεται από 22% έως 65%,(Walker 2000) Περίπου το 33% των ενηλίκων θα αναφέρει οσφυαλγία τον περασμένο μήνα (McBeth & Jones 2007)

Κοινωνικά οικονομικά δημογραφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά έχουν μελετηθεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου.

Στη παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επικράτηση της οσφυαλγίας διάρκειας 4 εβδομάδων σε ένα τυχαίο δείγμα ημιαστικής περιοχής της Ελλάδας, καθώς και διάφοροι παράμετροι που πιθανόν επηρεάζουν ή σχετίζονται με τη συχνότητα και τη βαρύτητα αυτής.

Το δείγμα ήταν ετερογενές ως προς τις παραμέτρους: επαγγελματική απασχόληση, οικογενειακό εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο και στην πλειοψηφία του διέμενε στην ημιαστική περιοχή του Κιάτου Κορινθίας.

Το 7,8% των ερωτωμένων ανέφερε οσφυαλγία, τον τελευταίο μήνα. Το ποσοστό είναι πολύ μικρότερο σε σύγκριση με άλλες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό. Οι Stranjalis et al (2004) σε μελέτη στον ενήλικο γενικό πληθυσμό, αναφέρουν 32% μηνιαία επικράτηση, ενώ σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού τα ποσοστά επικράτησης σε διάρκεια 1 – χρόνου, είναι ακόμα μεγαλύτερα, (Alexopoulos et al 2003, 2005).

Το γεγονός αυτό εξηγείται μέσω της ερώτησης “φίλτρου” στους ερωτώμενους, η οποία επικεντρωνόταν στη διάρκεια του συμπτώματος (~4 εβδομάδες). Κατά αυτό τον τρόπο αποκλείστηκαν από το δείγμα όλοι εκείνοι που πιθανόν είχαν κάποια ενόχληση στην οσφύ το τελευταίο μήνα, αλλά το σύμπτωμα δε είχε διάρκεια για να χαρακτηριστεί κλινικά σημαντικό. Το στοιχείο αυτό ήταν και ζητούμενο της έρευνας. Θα ήταν σκόπιμο να τονίσουμε πως στους ερωτώμενους, συμμετείχαν ένα μεγάλο ποσοστό (15%) 1~20 ετών, που η επικράτηση της οσφυαλγίας κυμαίνεται από 0 έως <2%.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες πάσχουν πιο συχνά από οσφυαλγία σε σχέση με τους άντρες, 8,9% και 5,8% αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα συμβαδίζει με τα ευρήματα των περισσότερων επιδημιολογικών μελετών που παρουσιάζουν το γυναικείο πληθυσμό ανεξαρτήτου ηλικίας να υποφέρει συχνότερα από οσφυαλγία. (Stranjalis et al 2004, Cassidy et al 2005, Mc Beth & Jones 2007). Πιθανόν οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ευπαθείς για ανάπτυξη πόνου λόγω ορμονικών παραγόντων που μπορεί να ενεργούν και να αυξάνουν την ευαισθησία, σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς. Μια άλλη εξήγηση θα μπορούσε να είναι, οι αυξημένες απαιτήσεις από το γυναικείο φύλο (εργασία, οικογένεια και οικιακή απασχόληση) ιδιαίτερα στην ελληνική κοινωνία.

Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η επικράτηση της οσφυαλγίας έως την ηλικία των 70 ετών. Τα μεταγενέστερα χρόνια (70~76ετών, για τη παρούσα έρευνα), παραμένει στάσιμη ή εμφανίζεται λιγότερο συχνά. Το εύρημα συμφωνεί με αρκετές μελέτες (Palmer et al 2000, Andersson 1999, Alexopoulos et al 2006, Mc Beth & Jones 1998). Οι τελευταίοι εξηγούν την παρατηρούμενη αύξηση του συμπτώματος της οσφυαλγίας, ως αποτέλεσμα της διαδικασίας της γήρανσης και της συσσώρευσης των συμπτωμάτων στο χρόνο, ενώ για τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες η τάση διατήρησης και όχι αύξησης των συμπτωμάτων, θα μπορούσε να αποδοθεί στην αλλαγή των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την επιμονή των συμπτωμάτων.

Τα 2/3 του δείγματος με οσφυαλγία είχαν εισόδημα < 14000 ευρώ, και ήταν υποχρεωτικής εκπαίδευσης (δημοτικό, γυμνάσιο). Τα δύο αυτά στοιχεία συμβάλουν προς επιβεβαίωση του συμπεράσματος άλλων ερευνών, ότι η οσφυαλγία είναι περισσότερη κοινή στα χαμηλά οικονομικά στρώματα του πληθυσμού, και σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο. (Stranjalis et al 2004).

Το κάπνισμα δεν συνδέεται με την οσφυαλγία από τη παρούσα έρευνα. Ας υπενθυμίσουμε όμως, ότι συνδέεται με την καλή σωματική υγεία γενικότερα.

Αναρρωτική άδεια λόγω οσφυαλγίας είχε χρησιμοποιήσει ένα μικρό ποσοστό των ερωτώμενων, αλλά ας σημειώσουμε εδώ, ότι στα περισσότερα επαγγέλματα του δείγματος δε δικαιολογείται αναρρωτική άδεια (έμποροι, αγρότες, επαγγελματίες τεχνίτες). Άρα δε θεωρείται αξιόπιστο εύρημα.

Τα 2/3 των ατόμων με οσφυαλγία επισκέφτηκαν επαγγελματία υγείας κατά προτεραιότητα ορθοπεδικό, γενικό γιατρό. Ως προς τη διάγνωση (παρατήρηση από τη γράφουσα), επικρατούσε μεγάλη

ασάφεια στις απαντήσεις. Αυτό πιθανόν αντανακλά την άποψη, ότι για πολλούς μια ακριβή παθολογοανατομική διάγνωση είναι αδύνατη.(Lawrence et al 2008). Η θεραπευτική παρέμβαση ήταν κυρίως φαρμακευτική και ανάπαυση, ενώ η φυσικοθεραπεία και η άσκηση δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, σε αντίθεση με άλλες χώρες, όπως Αμερική Αυστραλία, βόρειες χώρες τις Ευρώπης (Leboeut Yde et al 2004, Deyo & Tsui-Wu 1987, Kent & Keating 2006). Τα παραπάνω ευρήματα, τονίζουν τις πολιτισμικές διαφορές, το ιατροκεντρικό σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα μας και την αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων. Αξιοσημείωτο εύρημα η συσχέτιση κλινοστατισμού και επίσκεψης σε ειδικό, δίνοντας την εντύπωση ότι αποτελεί πρόταση θεραπείας.

Από την άλλη αυτοί που έχουν επισκεφτεί επαγγελματία υγείας, βαθμολογούν το χειρότερο πόνο τους ηπιότερο, παρουσιάζουν μικρότερη ανικανότητα και αναπηρία και η αυτοβαθμολογία της υγείας τους είναι υψηλότερη.

Προηγούμενο επεισόδιο οσφυαλγίας είχε το 85% του δείγματος. Το στοιχείο επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά συμπεράσματα επιδημιολογικών ερευνών, πως ένα εκ των προτέρων επεισόδιο, αυξάνει το κίνδυνο να παρουσιαστεί ξανά οσφυαλγία. (Hestbaek et al 2003, Andersson 1999).

Μόνο το 1/3 όσων είχαν προηγούμενο επεισόδιο βλέπουν βελτίωση της κατάστασή τους.

Η συχνότητα του πόνου στο ½ πληθυσμό του δείγματος ήταν «κάποιες μέρες» και στο άλλο ½ «τις περισσότερες μέρες» και «κάθε μέρα» για τον τελευταίο μήνα. Σε μελέτη των Stranjalis et al (2004) στον ελληνικό πληθυσμό, η διάρκεια πόνου στην οσφύ ανέρχεται σε ~7 ημέρες τον τελευταίο μήνα.

Η βαθμολογία πόνου με την κλίμακα VAS στο δείγμα βρέθηκε σε μέσα επίπεδα. Σε έρευνα των Breivek et al (2006), για την επικράτηση του χρόνιου πόνου στην Ευρώπη, στις νότιες χώρες (Ισπανία, Ιταλία) αναφέρονται υψηλά επίπεδα πόνου (8~10), συγκριτικά με τις χώρες του βορά (5~7). Παρόλο που η χώρα ανήκει στο νότο, το εύρημα πιθανόν αντικατοπτρίζει τις διαπολιτισμικές διαφορές στην αντίληψη του πόνου μεταξύ των χωρών. Οι διαπολιτισμικές διαφορές αναδεικνύονταν και σε μελέτη των Rospe et al (2004), που βρίσκει διαφορές στο προφίλ κινδύνου (αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία και αναπηρία), ακόμα και σε διαφορετικές περιοχές εντός μιας χώρας.

Η αυτοβαθμολογία υγείας ήταν SF-12 Physical score $40,43 \pm 10,97$ και το SF-12 Mental score $45,99 \pm 12,56$. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες μελέτες σε πληθυσμό με οσφυαλγία στην Ελλάδα που να έχει μετρηθεί το SF-12.

Η οσφυαλγία περιορίσε τις δραστηριότητες σε ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος, αλλά οι τελευταίοι παρουσιάζουν καλύτερη αυτοβαθμολογία υγείας (SF12) και μικρότερη ανικανότητα (RMDQ).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η οσφυαλγία του δείγματος μπορεί να περιορίζει τις δραστηριότητες για πάνω από μία μέρα, αλλά η συχνότητα του πόνου δεν είναι καθημερινή για τους περισσότερους, η ένταση του πόνου βρίσκεται σε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα, η ανικανότητα και αναπηρία που προκύπτει αναλογεί από 20%~60% της κλίμακας RMDQ.

Στο STB ολικό βρέθηκε μέση τιμή δείγματος $3,85 \pm 2,17$ και στη ψυχοκοινωνική υποκλίμακα $1,77 \pm 1,42$. Άρα θα χαρακτηρίζαμε τη πλειοψηφία του δείγματος «χαμηλού έως μέσου κινδύνου», με υψηλές πιθανότητες ανταπόκρισης στη φυσικοθεραπεία. (Hill et al 2008)

Αξιοσημείωτο εύρημα της παρούσας εργασίας είναι τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που αναδεικνύουν ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν και ισχιαλγία (4,8% του συνόλου των ερωτώμενων) βαθμολογούν τον πόνο τους σε χαμηλότερα επίπεδα(VAS), άρα είχαν ηπιότερο πόνο ή μεγαλύτερες ‘αντοχές’, παρουσιάζουν μικρότερη ανικανότητα(RMDQ) και είναι χαμηλότερου κινδύνου στο STB.

Στη έρευνα αυτή δεν προέκυψε κάποια συσχέτιση των παραμέτρων της οσφυαλγίας με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, επιφυλασσόμενη από τους περιορισμούς της έρευνας. Η μέση τιμή στο δείγμα με την κλίμακα HAD θα χαρακτηρίζονταν «ήπια» και για τις δύο υποκλίμακες, με λίγο υψηλότερα τα επίπεδα άγχους. (Snaithe 2003).

6.2 Κλινική σημασία της έρευνας.

Το 7,8% ως επικράτηση της οσφυαλγίας το τελευταίο μήνα στη περιοχή του Κιάτου Κορινθίας, μπορεί να θεωρηθεί ένα αξιόλογο ποσοστό «κλινικής σημαντικότητας», με την έννοια της διάρκειας του συμπτώματος (~4 εβδομάδες) και της ανάλογης έντασης πόνου, και ανάλογης δυσλειτουργίας. Σε αυτή την κατηγορία ασθενών απαιτείται να δοθεί έμφαση και να αξιολογηθεί η ανάλογη θεραπευτική παρέμβαση από τους επαγγελματίες υγείας, παίρνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με την οσφυαλγία, άλλωστε μόνο το 1/3 από όσους είχαν προηγούμενο επεισόδιο δήλωσαν βελτίωση.

Στο γενικότερο πληθυσμό η παρέμβαση με την έννοια της πρόληψης (π.χ. ενημερώσεις, εργονομικές συμβουλές, αξία της άσκησης) θα ήταν ιδιαίτερα χρηστική.

Τα αποτελέσματα στο SBT δείχνουν να ευνοούν τη φυσικοθεραπευτική παρέμβαση, η οποία δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Η φυσικοθεραπεία δεν κατέχει μια δυναμική θέση στο ιατροκεντρικό σύστημα υγείας στη χώρα μας και πολλές φορές αποτελεί την τελευταία

πρόταση μετά τη φαρμακευτική αγωγή που δεν απέδωσε τα αναμενόμενα για τους ασθενείς με οσφυαλγία. Παρόλο αυτά, όσοι επεσκέφθησαν κάποιο επαγγελματία υγείας, είχαν μικρότερη ανικανότητα και υψηλότερη αυτοβαθμολογία υγείας, στοιχείο που αξιολογεί εν μέρει την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας στο πρόβλημα της οσφυαλγίας. Παίρνοντας υπόψη τα παραπάνω φανερώνονται οι δυνατότητες βελτίωσης της όλης παρέμβασης.

Ο κλινοστατισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί θεραπευτική παρέμβαση, η είναι αποτέλεσμα της αυξημένης ανικανότητας.

Το ποσοστό ισχιαλγίας καθώς και οι αρνητικές συσχετίσεις που προέκυψαν με τα ερωτηματολόγια RMDQ, SBT, και κλίμακα πόνου VAS, αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό στοιχείο που προβληματίζει και κρίνεται σκόπιμο περαιτέρω διερεύνησης.

Οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν μέσω των ερωτηματολογίων θα δώσουν τη δυνατότητα συγκρίσεων με άλλες μελέτες κοινής μεθόδου.

6.3 Περιορισμοί έρευνας.

Η συγκεκριμένη μελέτη εμφανίζει ορισμένους περιορισμούς που σχετίζονται κυρίως με το μικρό αριθμό του δείγματος, (αποτελεί έρευνα στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας). Επιπλέον πρέπει να αναλογιστεί κανείς πως δεν θα μπορούσαν να συμμετέχουν εκείνοι που δεν ήταν ικανοί να προσέλθουν στο χώρο του κέντρου υγείας. Βέβαια το γεγονός της τυχαιοποίησης του δείγματος είναι ένα ιδιαίτερα δυνατό σημείο της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επικράτηση της οσφυαλγίας διάρκειας ενός μήνα στην ημιαστική περιοχή του Κιάτου Κορινθίας δεν ήταν τόσο υψηλή όσο υποδεικνύουν άλλες έρευνες 7,8%). Παρόλο αυτά αποτελεί ένα μεγάλο ποσοστό κλινικά σημαντικών περιπτώσεων. Ο γυναικείος πληθυσμός παρουσιάζει περισσότερο το σύμπτωμα της οσφυαλγίας. Όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα να παρουσιαστεί επεισόδιο οσφυαλγίας. Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακό εισόδημα) πιθανόν να σχετίζεται με την επικράτηση της οσφυαλγίας.

Το 70% επισκέφθηκε επαγγελματία υγείας και η θεραπευτική παρέμβαση ήταν κυρίως φαρμακευτική. Μόνο το 40% είχε συμπεριλάβει στη θεραπεία του φυσικοθεραπεία και άσκηση. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται με υψηλότερη ποιότητα υγείας, μικρότερη ανικανότητα και καλύτερη προσαρμογή στο πόνο.

Για την πλειοψηφία των ατόμων με οσφυαλγία, η συχνότητα του πόνου δεν ήταν καθημερινή, η ένταση του πόνου ήταν σε μέτρια επίπεδα, ενώ η ανικανότητα κυμαίνεται από 20%~60% των 24 βαθμών της κλίμακας RMDQ. Τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης χαρακτηρίστηκαν «ήπια» και δεν βρέθηκε να σχετίζονται με παραμέτρους της οσφυαλγίας. Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους βρέθηκαν «χαμηλού έως μέτριου κινδύνου» με τη προγνωστική κλίμακα SBT, στοιχείο που θα ευνοούσε την φυσικοθεραπευτική παρέμβαση να είναι επιτυχής.

Η συνύπαρξη οσφυαλγίας σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα πόνου, μικρότεροι ανικανότητα και καλύτερη αυτοβαθμολογία υγείας.

Το κάπνισμα δεν βρέθηκε να σχετίζεται με άλλους παράγοντες της οσφυαλγίας. Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, τα ευρήματα χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΡΘΡΑ

Alexopoulos Evangelos, Burdorf Alex, Kalokerinou Athena. 2003, *Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals.* Environ Health 76: 289–294

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

Alexopoulos Evangelos, Tanagra Dimitra, Konstantinou Eleni and Burdorf Alex. 2006, *musculoskeletal disorders in shipyard industry: prevalence, health care use, and absenteeism.* BMC Musculoskeletal Disorders 7:88 <http://www.biomedcentral.com/>

Alonso Jordi, Ferrer Montserrat, Gandek Barbara, John E., Ware Jr Aaronson Neil K., Mosconi Paola, Niels K., Bullinge Monika r, Shunichi Fukuhara, Stein Kaasa, Alain Leple geand the IQOLA Project Group. 2004, *Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA).* Quality of Life Research 13: 283–298, Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.

Andersson Gunnar B. 1999, *Epidemiological features of chronic low-back pain.* Lancet 354: 581–85. Department of Orthopedic Surgery, Rush-Presbyterian-St Luke’s Medical Center, Chicago, IL 60612, USA

Antonopoulou Maria, Antonakis N, Hadjipavlou A d and Lionis C. 2007, *Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece* Oxford University Press

Axen Iben , Bodin Lennart , Bergström Gunnar , Halasz Laszlo , Lange Fredrik , Lövgren Peter , Rosenbaum Annika Leboeuf-Yde, Charlotte and Jensen Irene. 2011. *Clustering patients on the basis of their individual course of low back pain over a six month period.* Musculoskeletal Disorders, 12:99. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/99>.

Bejia Ismail, Abid Nabiha, Ben Salem Kamel, Letaief Mondher, Younes Mohamed, Touzi Mongi. 2005, *Low back pain in a cohort of*

622 *Tunisian schoolchildren and adolescents: an epidemiological study.*
Eur Spine J 14: 331–336

Billis Evdokia, McCarthy Christopher, Stathopoulos Ioannis, Kapreli Eleni, Pantzou Paulina, Oldham Jacqueline. 2007. *The clinical and cultural factors in classifying low back pain patients within Greece: a qualitative exploration of Greek health professionals* Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 1356-1294

Boscainos Petros, Sapkas George, Stilianessi Eugenia, Prouska Konstantinos, and Papadakis Stamatios A., 2003, *Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires* Clinical orthopaedics and related research. Number 411, pp. 40–53. Lippincott Williams & Wilkins.

Breivik Harald, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen, Gallacher. 2006. *Derek Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment* European Journal of Pain 10. 287–333

Brekke Mette, Hjortdahl Per, and Kpvient Tore .2001. *Involvement and Satisfaction: A Norwegian Study of Health Care Among 1,024 Patients With Rheumatoid Arthritis and 1,509 Patients With Chronic Non-inflammatory Musculoskeletal Pain.* ARTHRITIS CARE & RESEARCH 45:8–15

Carmona Ballina, Gabriel R, Laffon A, on behalf of the EPISER Study Group. 2001. *The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey.* Ann Rheum Dis 60:1040–1045

Cassidy J. David, Cote Pierre, Carroll Linda J., and Kristman Vicki. 2005, *Incidence and Course of Low Back Pain Episodes in the General Population.* SPINE Volume 30, Number 24, pp. 2817–2823

Currie Shawn, Wang JianLi. 2004. *Chronic back pain and major depression in the general Canadian population.* Pain 107:54–60.
www.elsevier.com/locate/pain

Deyo Richard and Tsui Yuh-Jane. 1986, *Descriptive Epidemiology of Low-back Pain and Its Related Medical Care in the United States.* SPINE Volume 12, number 3.

Dionne Clermont E, Dunn Kate M, Croft Peter R, ‡ Nachemson Alf, Buchbinder Rachelle, Walker Bruce, Wyatt Mary, Cassidy David, Rossigno Michel, Leboeuf-Yde Charlotte, Hartvigsen Jan, Leino-Arjas Päivi, Latza Ute, Reis Shmuel, Gil del Real Maria Teresa, Kovacs Francisco, Öberg Birgitta, Cedraschi Christine, Bouter Lex, Koes Bart, Picavet Susan, Waddell Gordon, Shekelle Paul, Volinn Ernest, Von Korff Michael.2008 *A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies.* SPINE Volume 33, Number 1, pp. 95–103, Lippincott Williams & Wilkins

Farooqi A and Gibson T. 1998. *Prevalence of the major rheumatic disorders in the adult 495opulation of north Pakistan.* British Journal of Rheumatology 37:491–17.

Ghaffari Mostafa, Alipour Akbar, Jensen Irene, Farshad Ali Asghar and Vingard Eva. 2006. *Low back pain among Iranian industrial workers.* Occupational Medicine 56:455–460.

Goubert Liesbet, Crombez Geert, Bourdeaudhuij Ilse De.2004, *Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationship.* European Journal of Pain 8 385–394. Διαθέσιμο από www.EuropeanJournalPain.com

Harkness E, Macfarlane G, Silman A and McBeth J.2005 *Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: two population-based cross-sectional studies,* Rheumatology 44:890–895. Oxford University Press.

Harreby M., Kjer J., Hesselsoe G., Neergaard K.1996. *Epidemiological aspects and risk factors for low back pain in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 school children.* Eur Spine J 5:312-318.

Helmick Charles, Felson David, Lawrence Reva, Gabriel Sherine, Hirsch Rosemarie, Kwoh Kent, Liang Matthew, Kremers Maradit, Mayes Maureen, Merkel Peter, Pillemer Stanley, Reveille John, and Stone John.2008, *Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States.* ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 58, No. 1, pp. 15–25 American College of Rheumatology.

Hestbaek Lise, Leboeuf-Yde Charlotte, Engberg Marianne, Lauritzen Torsten, Henrike Bruun Niels, and Manniche Claus.2003. *The course of low back pain in a general population. results from a 5-year prospective study* .Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics Vol. 26, Number 4.

Hill Jonathan, Dunn Kate, Lewis Martyn, Mullis Ricky, Main Chris, Foster Nadine and Hay Elaine.2008, *A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment*. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 59, No. 5, May 15, pp. 632–641, American College of Rheumatology.

Hill Jonathan, Dunn Kate, Main Chris and Hay Elaine.2010, *Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Φrebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*. European Journal of Pain 14pp: 83–89.

Hillman M, Wright A, Rajaratnam G, Tennant A, Chamberlain M A. 1996. *Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK*. Journal of Epidemiology and Community Health 50:347-352.

Hoogen Hans, Koes Bart, Eijk Jacques, Bouter Lex, Devillé Walter.1998. *On the course of low back pain in general practice: a one year follow up study*. Ann Rheum Dis 57:13–19.

Macfarlane G. 2000. *Looking back: developments in our understanding of the occurrence, aetiology and prognosis of chronic pain 1954–2004*.2005. Rheumatology 44(Suppl. 4):iv23–iv26.

Kent Peter M and Keating Jennifer L.2005. *The epidemiology of low back pain in primary care*. Chiropractic & Osteopathy. Διαθέσιμο από (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).

Kontodimopoulos Nick, Pappa Evelina, Niakas Dimitris and Tountas Yannis.2007 *Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population*. Health and Quality of Life 5:55.

Lawrence Reva, Felson David, Helmick Charles , Arnold Lesley, Choi Hyon, Deyo Richard, Gabriel Sherine, Hirsch Rosemarie, Hochberg Marc, Hunder Gene, Jordan Joanne, Katz Jeffrey Kremers Hilal Maradit and Wolfe Frederick.2008. *Estimates of the*

Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States. ARTHRITIS & RHEUMATISM. Vol. 58, No. 1, pp. 26–35

Lawrence Reva, Helmick Charles, Arnett Frank, Deyo Richakd, Nfelso Davis , Giannini Edward, Stephen Heyse, Hirsch Rosemarie, Hundek Gene, Liang Matthew, Yillemer Stanley, Steen and Wolfe Frederick . 1998. *Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the united states* Arthritis & Rheum1 vol. 41, no. 5, pp. 778-799 American College of Rheumatology

Leboeuf-Yde Charlotte, Nielsen Zan, Kyvik Kirsten O, Fejer René and Hartvigsen Jan. 2009, *Pain in the lumbar, thoracic or cervical regions: do age and gender matter? A population-based study of 34,902 Danish twins 20–71 years of age.* BMC Musculoskeletal Disorders, 10:39. Διαθέσιμο από <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/39>

Loney Patricia, Stratford Paul.1999. *The Prevalence of Low Back Pain in Adults: A Methodological Review of the Literature.* Physical Therapy. Volume 79. Number 4.

Manchikanti Laxmaiah. 2000. *Epidemiology of Low Back Pain.* Pain Physician, Volume 3, Number 2, pp 167-192. Association of Pain Management Anesthesiologists.

Manek Nisha J and Macgregor A. 2005, *Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis.* Rheumatology 17:134—140. Lippincott Williams & Wilkins

McBeth John, Jones Kelly.2007. *Epidemiology of chronic musculoskeletal pain.* Best Practice & Research Clinical Rheumatology Vol. 21, No. 3, pp. 403–425. Διαθέσιμο απ <http://www.sciencedirect.com>

Michopoulos Ioannis, Athanasios Douzenis, Kalkavoura Christina Christodoulou Christos, Michalopoulou Panayiota, Kalemi Georgia, Fineti Katerina, Patapis Paulos, Protopapas Konstantinos and Lykouras Lefteris. 2008. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample.* Annals of General Psychiatr7:4. Διαθέσιμο από <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/7/1/4>

Palmer Keith T, Walsh Kevin, Bendall Holly, Cooper Cyrus, Coggon, David.2000, *Back pain in Britain: comparison of two prevalence surveys*

at an interval of 10 years. BMJ VOLUME 320 320:1577–8practice: a one year follow up study. Ann Rheum Dis 57:13–19

Riddle Daniel, Stratford Paul, Binklq Jill.1998, *Sensitivity to Change of the Roland- Morris Back Pain Questionnaire: Part 2.* Physical Therapy. Volume 78. Number 11.

Snaith Philip.2003. *The Hospital Anxiety and Depression Scale.* Health and Quality of Life. <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>.

Spyropoulos Panagiotis, Papathanasiou George, Georgoudis George, Chronopoulos Efstathios, Koutis Harilaos and Koumoutsou Fotini. 2007. *Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers Pain.* Pain Physician 10:651-660.

Stranjalis George, Tsamandouraki Kiki, Sakas Damianos E and Alamanos Yannis. 2004. *Low Back Pain in a Representative Sample of Greek Population* SPINE Volume 29, Number 12, pp. 1355–1361.

Vindigni Dein, Walker Bruce F, Jamison Jennifer, Da Costa Cliff, Parkinson Lynne and Blunden Steve.2005. *Low back pain risk factors in a large rural Australian Aboriginal community. An opportunity for managing co-morbidities?* Chiropractic & Osteopathy, 13:21

Volinn, Ernest. 1997. *The Epidemiology of Low Back Pain in the Rest of the World: A Review of Surveys in Low- and Middle-Income Countries.* Spine Volume 22(15), pp. 1747-1754. © Lippincott-Raven Publishers

Walker Bruce, Muller Mullera and Grant William.2004. *Low back pain in Australian adults. Prevalence and associated disability.* Australia. National University of Health Science. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics Volume 27, Number 4

Wedderkopp Niels, Leboeuf-Yde Charlotte, Andersen Lars Bo, Froberg Karsten and Hansen Henrik Steen.2001. *Back Pain Reporting Pattern in a Danish Population- Based Sample of Children and Adolescents* SPINE Volume 26, Number 17, pp. 1879–1883. © Lippincott Williams & Wilkins.

Wilkinson M.Z, Barczak P.1988. *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, 1988, 38, 311-313.

Σαράφης Π, Αρβανίτη Μ, Ξένου Ε, Μήτσιου Κ, Ρόκα Β, Γαϊτάνου Κ, Δάλας Δ, Μάλλιαρου Μ.2008,*Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και τις κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία* .Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Τεύχος 1 σελ.3

ΠΗΓΕΣ

www.sf36

www.iatrikionline-gr/Respiratory_49/5(σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Από τη θεωρία στη πράξη)

Σολιδάκη Ελένη.2006, *Πιλοτική μελέτη στην Κρήτη διεθνούς έρευνας για τα μυοσκελετικά προβλήματα*. Μεταπτυχιακή μελέτη .Πανεπιστήμιο Κρήτης-τμήμα Ιατρικής. Ηράκλειο.

BIBΛΙΑ

Bradley Walter, Daroff Robert, Fenichel Gerald, Marsden David.2009.*Pocket Companion to Neurology in Clinical Practice*. Third edition. μετάφραση από τα αγγλικά από Παπαδημητρίου Αλέξανδρο. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Συμεωνίδης Παναγιώτης.1997, *Κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος* .Δεύτερη έκδοση. Θεσσαλονίκη. UNIVERSITY STOUDIO PRESS.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Φόρμα αξιολόγησης.

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:

.....

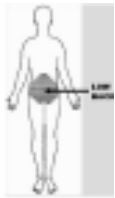
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; Όχι Λίγο (<20τσιγ/εβδ) Πολύ (20-40 τσιγ/ημ) Πάρα
πολύ (>40 τσιγ/ημ)

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) Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη
μέση σας; Ναι Όχι

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

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

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

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

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

- Ναι Όχι

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

15. Πώς θα βαθμολογούσατε την βελτίωσή σας;

- Σίγουρη βελτίωση Βελτίωση Στάσιμη κατάσταση Επιδείνωση Σίγουρη επιδείνωση

16. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; Ναι Όχι

Αν ναι, αναφέρατε το/α προβλήματα

.....

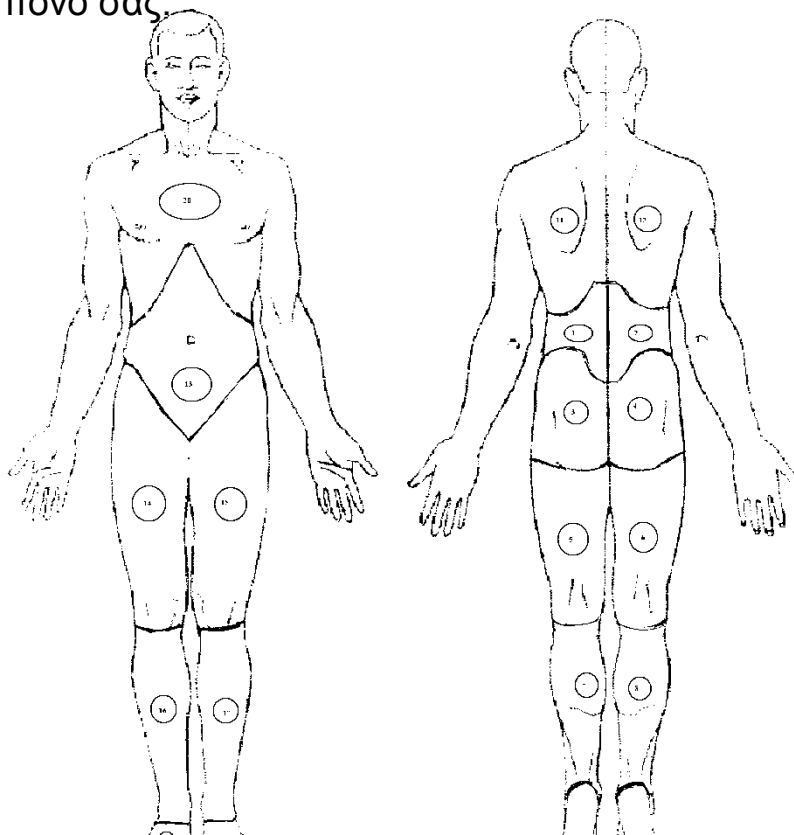
17. Έχετε χειρουργηθεί (για οποιονδήποτε λόγο) στο παρελθόν;

- Ναι Όχι

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

.....

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



The Keele STarT Back Screening Tool

Όνομα ασθενή: _____

Ημερομηνία: _____

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

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

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

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

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

Roland-Morris Disability Index

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους, άτομα με πόνο στη μέση. Διαβάζοντας τις παρακάτω προτάσεις ενδεχομένως να βρείτε ότι κάποιες από αυτές εκφράζουν και εσάς, σήμερα. Αν κάποια από τις προτάσεις σας εκφράζει σήμερα, σημειώστε ένα \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 αναπνευστική καρέκλα.	
8	Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα.	
9	Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.	
10	Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.	
11	Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω.	
12	Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω της μέσης μου.	
13	Η μέση μου πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα.	
14	Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου.	
15	Η όρεξή μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου.	
16	Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου.	

17	Περπατώ μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου.	
18	Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου.	
19	Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια από κάποιον άλλο.	
20	Κάθομαι την περισσότερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου.	
21	Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου.	
22	Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως.	
23	Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες περισσότερο αργά από ότι συνήθως.	
24	Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω της μέσης μου.	

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:

Τις περισσότερες φορές	3
Αρκετές φορές	2
Περιστασιακά	1
Καθόλου	0

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

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

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

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

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

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

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

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

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η

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

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

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

8(D) Αισθάνομαι με “πεσμένη” διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς	3
Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι

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

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

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

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

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

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

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

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

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

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

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

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
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

- a. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία 1 2 3
- b. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1 2 3

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

- | | | |
|--|-----|-----|
| | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
- a. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε..... 1 2
- b. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας..... 1 2

Περιγραφική ανάλυση.

Descriptive Statistics Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
age	87	16	76	52,10	13,399
daily working hours	87	0	10	4,56	4,248
VAS -average pain intensity	87	0	9	4,49	1,516
VAS -pain at best	87	0	8	2,87	1,612
VAS -pain at worst	87	4	10	7,49	1,670
STarTBacktotal	87	0	9	3,89	2,175
STarTBacksubtotal	87	0	5	1,77	1,412
Roland-Morris Disability Questionnaire	87	1	19	9,95	5,106
HAD-Anxiety subscale (1+3+5+7+9+11+13)	87	1	17	8,64	3,927
HAD-Depression subscale (2+4+6+8+10+12+14)	87	1	51	6,92	6,189
SF-12 Physical subscore	87	19,10	64,30	40,4356	10,97231
SF-12 Mental subscore	87	19,50	75,50	45,9977	12,56515
Valid N (listwise)	87				

sex

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	33	2,8	37,9	37,9
	Female	54	4,6	62,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

area

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	agricultural	8	,7	9,2	9,2
	city	1	,1	1,1	10,3
	suburb /outside of the city	78	6,7	89,7	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

education

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primary (δημοτικό)	24	2,1	27,6	27,6
	high school (γυμνάσιο)	20	1,7	23,0	50,6
	high school-late (λύκειο)	31	2,7	35,6	86,2
	higher education (3βάθμια)	12	1,0	13,8	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

maritalstatus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,1	1,1	1,1
	not in marriage (ελεύθερος)	16	1,4	18,4	19,5
	married	57	4,9	65,5	85,1
	divorced	8	,7	9,2	94,3
	widow	5	,4	5,7	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Annual income

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,1	1,1	1,1
	<7.200 euro	22	1,9	25,3	26,4
	7.200-14.400 euro	47	4,0	54,0	80,5
	14.400-24.000 euro	11	,9	12,6	93,1
	>24.000 euro	6	,5	6,9	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

smoking

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	46	3,9	52,9	52,9
	little, 1-2 packets/wk	23	2,0	26,4	79,3
	a lot, 1-2 packets/day	17	1,5	19,5	98,9
	too much, >2packets/day	1	,1	1,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

LBP during last month

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yes	87	7,4	100,0	100,0
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

LBP which is limiting activities

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,1	1,1	1,1
	yes	69	5,9	79,3	80,5
	no	17	1,5	19,5	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Sciatica during last month

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	,2	2,3	2,3
	yes	57	4,9	65,5	67,8
	no	28	2,4	32,2	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain below the knee

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	1,5	20,7	20,7
	yes	25	2,1	28,7	49,4
	no	44	3,8	50,6	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Sciatica which is limiting activities

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	45	3,9	51,7	51,7
	yes	34	2,9	39,1	90,8
	no	8	,7	9,2	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Have you visited specialist?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
		1	,1	1,1	1,1
	yes	65	5,6	74,7	75,9
	no	21	1,8	24,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	Valid	0	92,6		
Total		1168	100,0		

Types of investigations

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	38	3,3	43,7	43,7
	none	4	,3	4,6	48,3
	X-ray	42	3,6	48,3	96,6
	MRI	2	,2	2,3	98,9
	Blood tests	1	,1	1,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Have you followed any treatment?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	,3	3,4	3,4
	yes	63	5,4	72,4	75,9
	no	21	1,8	24,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Have you done any bed rest?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	,4	5,7	5,7
	yes	26	2,2	29,9	35,6
	no	56	4,8	64,4	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Sick leave

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	1,0	13,8	13,8
	yes	24	2,1	27,6	41,4
	no	51	4,4	58,6	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

LBP recurrent episodes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,1	1,1	1,1
	yes	73	6,3	83,9	85,1
	no	13	1,1	14,9	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Scoring improvement

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	1,0	13,8	13,8
	definite improvement	11	,9	12,6	26,4
	improvement	13	1,1	14,9	41,4
	same condition	23	2,0	26,4	67,8
	exacerbation	22	1,9	25,3	93,1
	definite exacerbation	6	,5	6,9	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Other musculoskeletal problems

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	,3	4,6	4,6
	yes	26	2,2	29,9	34,5
	no	57	4,9	65,5	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Have you had surgery in the past?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	,3	3,4	3,4
	yes	35	3,0	40,2	43,7
	no	49	4,2	56,3	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain in BC area 1 (L sided LBP)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yes	77	6,6	88,5	88,5
	no	10	,9	11,5	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain in BC area 2 (R sided LBP)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yes	74	6,3	85,1	85,1
	no	13	1,1	14,9	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain in BC area 3 (L sided buttock pain)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yes	40	3,4	46,0	46,0
	no	47	4,0	54,0	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain in BC area 4 (R sided buttock pain)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yes	44	3,8	50,6	50,6
	no	43	3,7	49,4	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain in BC area 5 (R sided buttock pain)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,1	1,1	1,1
	yes	12	1,0	13,8	14,9
	no	74	6,3	85,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Pain in BC area 6 (R sided buttock pain)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	,1	1,1	1,1
	yes	27	2,3	31,0	32,2
	no	59	5,1	67,8	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
Missing	System	1081	92,6		
Total		1168	100,0		

Other body chart areas of pain?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	65	5,6	74,7	74,7
	7	5	,4	5,7	80,5
	8	9	,8	10,3	90,8
	11	1	,1	1,1	92,0
	12	1	,1	1,1	93,1
	14	3	,3	3,4	96,6
	15	2	,2	2,3	98,9
	16	1	,1	1,1	100,0
	Total	87	7,4	100,0	
	Missing	System	1081	92,6	
Total		1168	100,0		

Στατιστική ανάλυση.

		VAS - average pain intensity	VAS - pain at worst	Have you visited specialist?	Have you done any bed rest?	LBP recurrent episodes	STarTBack total	Roland-Morris Disability Questionnaire	HAD-Anxiety subscale	HAD-Depression subscale	SF-12 Physical subscore	SF-12 Mental subscore
sex	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,225 ,036	,119 ,274	-,128 ,238	-,224 ,037	,098 ,369	,123 ,257	,086 ,427	,135 ,213	-,033 ,759	-,169 ,117	,014 ,896
age	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,167 ,121	,086 ,431	-,218 ,042	,005 ,961	-,129 ,234	,227 ,035	,268 ,012	,005 ,964	,177 ,101	-,367 ,000	,081 ,457
area	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,269 ,012	-,244 ,023	,040 ,713	-,100 ,357	,018 ,868	-,109 ,316	-,073 ,503	,015 ,892	-,011 ,921	,082 ,450	,015 ,891
education	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,136 ,210	-,211 ,050	,222 ,039	,034 ,753	,140 ,195	-,297 ,005	-,193 ,073	-,026 ,814	,079 ,467	,283 ,008	-,025 ,818
maritalstatus	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,082 ,450	,009 ,932	,104 ,339	,155 ,151	,041 ,706	-,057 ,598	,095 ,384	,115 ,289	,111 ,308	-,090 ,407	-,127 ,241
Annual income	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,068 ,530	,004 ,970	,068 ,529	,013 ,902	-,104 ,336	-,204 ,058	-,065 ,550	-,297 ,005	,085 ,436	,087 ,421	,156 ,149
smoking	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,161 ,136	,011 ,917	,132 ,224	,043 ,694	-,270 ,011	,084 ,442	,005 ,964	,224 ,037	,084 ,440	,218 ,042	-,397 ,000
LBP which is limiting activities	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,200 ,063	-,464 ,000	,205 ,057	,075 ,491	,132 ,225	-,475 ,000	-,431 ,000	,076 ,486	-,111 ,306	,352 ,001	-,069 ,527
Sciatica during last month	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,345 ,001	-,464 ,000	,306 ,004	,295 ,006	,266 ,013	-,473 ,000	-,425 ,000	-,028 ,800	-,122 ,262	,269 ,012	-,063 ,565
Pain below the knee	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,011 ,919	,273 ,010	-,162 ,134	,165 ,128	-,177 ,101	,222 ,039	,247 ,021	-,133 ,218	,137 ,204	-,214 ,047	,048 ,658

Have you visited specialist?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.237 ,027	-.308 ,004	1 ,003	.313 ,003	.221 ,040	-.329 ,002	-.314 ,003	.073 ,500	-.027 ,806	.401 ,000	-.290 ,006
Have you done any bed rest?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.258 ,016	-.130 ,231	.313 ,003	1 ,060	.202 ,185	-.143 ,155	-.154 ,223	-.132 ,690	-.043 ,013	.265 ,013	-.122 ,262
LBP recurrent episodes	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.100 ,358	-.201 ,062	.221 ,040	.202 ,060	1 ,166	-.150 ,563	-.063 ,323	-.107 ,714	-.040 ,970	.004 ,970	.023 ,832
Other musculoskeletal problems	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.029 ,789	-.014 ,895	.171 ,114	.065 ,552	-.229 ,033	.047 ,665	-.057 ,597	.230 ,032	.150 ,164	.143 ,186	-.119 ,270
Have you had surgery in the past?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.004 ,974	.016 ,887	.111 ,308	.035 ,746	-.127 ,242	.125 ,248	.025 ,821	.159 ,142	.069 ,528	.050 ,644	-.050 ,645

Example 1. If the investigator is interested in the prevalence of severe long-standing low back pain and conducts a survey using postal questionnaires, the following questions should be asked:

Q1-In the past 4 weeks, have you had pain in your low back (in the area shown on the diagram)? Please do not report pain from feverish illness or menstruation.

Yes No

Q2-If yes, was this pain bad enough to limit your usual activities or change your daily routine for more than one day?

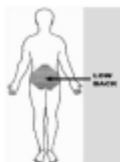
Yes No

Q3-If you had low back pain in the past 4 weeks, how long was it since you had a whole month without any low back pain? (Please tick only one box).

Less than 3 months
 3 months or more but less than 7 months
 7 months or more but less than 3 years
 3 years and more

Q4-If you had low back pain in the past 4 weeks, please indicate what was the usual intensity of your pain on a scale of 0 to 10, where 0 means "no pain" and 10 means "the worst pain imaginable"? (Please circle your answer).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No pain Worst pain



Example 2. If the investigator is interested in the prevalence of sciatica and conducts a telephone interview, the following questions should be asked:

Q1-In the past 4 weeks, have you had pain that goes down the leg?

Yes No

Q2-If yes, was this pain bad enough to limit your usual activities or change your daily routine for more than one day?

Yes No

Q3-If you had pain that goes down the leg in the past 4 weeks, has this pain spread below the knee?

Yes No

Q4-If you had pain that goes down the leg in the past 4 weeks, how often did you have the pain?

On some days On most days Every day

Dionne et al 2008 A Consensus Approach toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies Spine • Volume 33 • Number 1