

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΝΟΣ  
ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΥ ΟΔΗΓΙΩΝ ΚΑΙ  
ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ  
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ: ΚΑΒΒΑΔΑΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ  
ΚΟΥΣΤΟΥΛΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ**  
Επικ. Καθηγήτρια Τμήματος Φυσικοθεραπείας  
Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας

**ΑΙΓΙΟ 2014**

**EFFECTIVENESS OF A CLINICAL  
HANDOUT OF ADVICE AND  
THERAPEUTIC EXERCISES IN  
IMPROVING FUNCTIONALITY OF LOW  
BACK PAIN PATIENTS**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους εθελοντές που βοήθησαν με την συμμετοχή τους στο να πραγματοποιηθεί αυτή η ερευνά.

Επίσης, θέλουμε να ευχαριστήσουμε το ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος (Τμήμα Φυσικοθεραπείας) και όλους τους καθηγητές ξεχωριστά για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.

Τα ιδρύματα Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης (Ε.Ι.Α.) και Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (Γ. Γεννηματάς) για την ‘φιλοξενία’ κατά την διάρκεια των μετρήσεων μας.

Τέλος, οφείλουμε ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Μπίλλη Ευδοκία, για την πολύτιμη βοήθεια, υποστήριξη αλλά και τον χρόνο που διέθεσε καθ’ όλη την διάρκεια της συγκεκριμένης εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Παρ' όλο που ο επιπολασμός της οσφυαλγίας είναι μεγάλος στον Ελληνικό πληθυσμό, η αποτελεσματικότητα διαφόρων φυσικοθεραπευτικών μέσων δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Συγκεκριμένα, η χρήση κλινικών εγχειριδίων για οσφυαλγία, με οδηγίες και ασκήσεις για την βελτίωση της λειτουργικότητας ασθενών με οσφυαλγία δεν έχει μελετηθεί στην αστική περιοχή της Αττικής.

**Στόχος μελέτης:** Η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών της οσφυαλγίας σε μία ομάδα ασθενών που πάσχουν από οσφυαλγία και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός κλινικού εγχειριδίου οδηγιών και ασκήσεων, με την συνεισφορά του στην βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών με οσφυαλγία.

**Μέθοδος:** Ένα δείγμα 20 ασθενών με οσφυαλγία από την περιοχή της Αττικής συμμετείχε εθελοντικά στην συγκεκριμένη έρευνα. Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αυτή ήταν μία αξιόπιστη φόρμα αξιολόγησης οσφυαλγίας που είχε δημιουργηθεί σε προηγούμενες έρευνες, καθώς και έξι διεθνή ερωτηματολόγια, ευρέως γνωστά στην επιστημονική κοινότητα για την καταλληλότητά τους σε προβλήματα οσφυαλγίας. Τα ερωτηματολόγια ήταν τα εξής: The Start Back Screening Tool (SBST), Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ), Sciatica Bothersomeness Index (SBI), Roland-Morris Disability Index, Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale και τέλος SF-12 Health Survey – Υγεία και ευημερία. Εγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση με εκατοστιαία ποσοστά και συχνότητες.

**Αποτελέσματα:** Από τους 20 ασθενείς, οι 9 ήταν άνδρες (45%) και οι 11 γυναίκες (55%), με μέσο όρο ηλικίας 45,6 έτη. Φαίνεται επίσης ότι η οικογενειακή κατάσταση έπαιξε ρόλο αφού οι έγγαμοι σε ποσοστό 55% εμφάνισαν οσφυαλγία έναντι 30% των άγαμων. Επιπλέον το 45% αυτών είχαν ακολουθήσει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία για τον πόνο στην μέση τους ενώ το 55% δεν ακολούθησε κάποια μορφή θεραπείας αν και όλοι είχαν επισκευθεί κάποιον ειδικό γιατρό για το πρόβλημά τους. Επιπλέον, όλοι οι ασθενείς χρησιμοποίησαν το φυλλάδιο οδηγιών και ασκήσεων. Ένα περίπου μήνα μετά την χορήγησή του, το 90% του δείγματος χαρακτήρισαν το εγχειρίδιο χρήσιμο και 75% αποτελεσματικό, κάτι το οποίο έδειξε πως εκπληρώθηκαν κάποιοι στόχοι της εργασίας οι οποίοι είχαν τεθεί από την αρχή.

**Συζήτηση-Συμπεράσματα:** Η έρευνα συμπεριλάμβανε 20 ασθενείς με οσφυαλγία και τα αποτελέσματα σχετικά με τη δημιουργία και την χρήση του εγχειριδίου ήταν ενθαρρυντικά, εκπληρώνοντας έτσι κάποιους στόχους της εργασίας οι οποίοι είχαν τεθεί από την αρχή. Χρειάζεται βέβαια περαιτέρω μελέτη, με μεγαλύτερα δείγματα Ελλήνων οσφυαλγικών ασθενών για να επαληθευτούν τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης.

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

## **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – σελ. 1**

- 1.1.** Επιδημιολογία της οσφυαλγίας σε Ελλάδα και εξωτερικό – σελ. 1
- 1.2.** Ορισμός οσφυαλγίας-ισχιαλγίας – σελ. 3
- 1.3.** Αίτια μηχανικής οσφυαλγίας ή/και ισχιαλγίας – σελ. 4
- 1.4.** Κλινική εικόνα οσφυαλγίας-ισχιαλγίας – σελ. 6
- 1.5.** Θεραπεία οσφυαλγίας – σελ. 7
- 1.6.** Κλινική αξιολόγηση οσφυαλγίας – σελ. 16
- 1.7.** Αξιολόγηση μέσω αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων – σελ. 19

## **2. ΜΕΘΟΔΟΣ – σελ. 22**

- 2.1.** Σκοπός έρευνας – σελ. 22
- 2.2.** Δείγμα – σελ. 22
- 2.3.** Μέσα αξιολόγησης – σελ. 23
- 2.4.** Διαδικασία αξιολόγησης των ασθενών – σελ. 26
- 2.5.** Ανάλυση δεδομένων – σελ. 38

## **3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – σελ. 39**

## **4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – σελ. 51**

- 4.1.** Ερμηνεία των αποτελεσμάτων – σελ. 51
- 4.2.** Σύγκριση με άλλες μελέτες – σελ. 53
- 4.3.** Περιορισμοί της ερευνάς – σελ. 54

## **5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – σελ. 55**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – σελ. 56**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – σελ. 61**

# **1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## **1.1 Επιδημιολογία της οσφυαλγίας σε Ελλάδα και εξωτερικό**

### **ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

Η οσφυαλγία παγκοσμίως από το 1979 μέχρι και τις μέρες μας είναι το δεύτερο αίτιο πόνου μετά τον πονοκέφαλο κάτι που διατυπώθηκε πρώτα από τους Kirkaldy Willis και Frank Netter. Η οσφυαλγία στο εξωτερικό κατά τον Haig εκδηλώνεται στο 50% των ενηλίκων κάθε χρόνο και προσβάλλει τουλάχιστον το 75%-100% των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (*Schneider & Haig, 2004*). Επίσης, έχει αποδειχτεί ότι η οσφυαλγία είναι το δεύτερο αίτιο προσέλευσης στον γενικό ιατρό στις ΗΠΑ, μετά τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού (*Schneider & Haig, 2004*). Ακόμα, διάφορες μελέτες από το National Health and Nutrition Examination Survey II (NHANES II) ορίζουν την οσφυαλγία σαν πάθηση με διάρκεια πέραν των δύο εβδομάδων και δείχνουν επικράτηση (prevalence) γύρω στο 16% - 20% σε άτομα ηλικίας 25–74 ετών.

Γενικότερα, ο επιπολασμός των μυοσκελετικών νοσημάτων τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, είναι υψηλός και σύμφωνα με μελέτες αγγίζει το 60% (*Μέλλου & Σουρτζή, 2003*). Επιπλέον, μελέτες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν διεξαχθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία δείχνουν ότι οι ευρωπαίοι εργαζόμενοι αναφέρουν συχνά τα μυοσκελετικά νοσήματα μεταξύ των παθήσεων που σχετίζονται με την εργασία. Συγκεκριμένα, σε σχετικά πρόσφατη μελέτη το 30% των συμμετεχόντων παραπονέθηκε για οσφυαλγία και το 17% για μυϊκούς πόνους στα χέρια και στα πόδια (*OSHA, 2000*).

Προσθέτως, για την ισχιαλγία έχει βρεθεί ότι η συχνότητα της στις ΗΠΑ κυμαίνεται από το 1-10%, ενώ στην Ολλανδία που έχει περίπου τον ίδιο πληθυσμό με την Ελλάδα είναι 0,5% . Αναφορικά, το ετήσιο κόστος της θεραπείας των ατόμων με οσφυαλγία - ισχιαλγία στην Ολλανδία είναι αστρονομικό, περί τα 1.180.000.000

ευρώ σε άμεσο και έμμεσο κόστος νοσηλείας (*Hart, 2008*) και στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος διάγνωσης και θεραπείας ασθενών με οσφυαλγία ανέρχεται στα 50.000.000.000 δολάρια (*Luijsterburg et al. 2007*). Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ότι στατιστικά το 95% των ασθενών με κήλη δίσκου έχει ισχιαλγία, ενώ το αντίθετο είναι σπανιότατο, δηλαδή ασθενής με κήλη δίσκου χωρίς ισχιαλγία είναι μία στις πεντακόσιες περιπτώσεις (*Desiree Lie, 2007*).

## ΕΛΛΑΔΑ

Η οσφυαλγία στην Ελλάδα είναι ένα πολύ συχνό σύμπτωμα που περίπου το 65%-80% των ατόμων του γενικού πληθυσμού έχει παρουσιάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής του, ενώ στο 75% των περιπτώσεων η οσφυαλγία υποτροπιάζει τουλάχιστον μία φορά μέσα σε ένα χρόνο (*Ανδριανάκος 2003*). Σε πρόσφατη πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα για τις ρευματικές παθήσεις που οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών βρέθηκε ότι στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων της χώρας μας, ο επιπολασμός της οσφυαλγίας, δηλαδή η συχνότητά της, βρέθηκε στο επίπεδο του 11% των ενηλίκων της Ελλάδας. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η οσφυαλγία είναι σημαντικά συχνότερη μεταξύ των γυναικών παρά μεταξύ των ανδρών, ενώ η συχνότητά της αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας. Επιπρόσθετα, η οσφυαλγία είναι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία επίσκεψης των ασθενών στον ιατρό, μετά από το συνηθισμένο κρουλόγημα (*Adrianakos et al., 2003*).

Ακόμα, θεωρείται η δεύτερη σε συχνότητα αιτία αποχής εργαζομένων από την εργασία, με τη μεγαλύτερη επικράτηση (prevalence) να βρίσκεται στις ηλικίες 45-64. Το 85% αυτών των ασθενών παρουσίαζαν οσφυαλγία στους κατώτερους σπονδύλους, 10% παρουσίαζαν οσφυαλγία στους Ο3, Ο4 και μόνο 5% παρουσίαζαν οσφυαλγία στους Ο1, Ο2 (*Alexoroulos et al., 2005*). Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε από το Εργαστήριο Κλινικής Εργοφυσιολογίας του Ινστιτούτου Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας βρέθηκε ότι σε δείγμα 60 εθελοντών νοσηλευτών το 50% των νοσηλευτών έπασχαν από σοβαρή χρόνια οσφυαλγία (*Σακκάς et al., 2013*).

Γενικότερα, στην Ελλάδα η οσφυαλγία αποτελεί το πρώτο αίτιο μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας σε άτομα παραγωγικών ηλικιών και μάλιστα σε ποσοστό 25% (Ανδριανάκος *et al.*, 2003). Ειδικότερα, έρευνες στην Ελλάδα που έγιναν σε 18.000 ασθενείς έδειξαν ότι η οσφυαλγία από νοσήματα των δίσκων αποτελεί το πρώτο αίτιο προσέλευσης στον ορθοπεδικό, με ποσοστό 40% των προσερχόμενων ασθενών (Γκούβας, 2010).

Συγκριτικά, η επίπτωση της οσφυαλγίας στους νοσηλευτές μεταξύ 40-44 ετών ήταν διπλάσια από την επίπτωση σε νοσηλευτές ηλικίας μικρότερης των 35 ετών στη Γαλλία (Niedhammer *et al.*, 1994). Στη χώρα μας μελέτες σε νοσηλευτικό προσωπικό έδειξαν υψηλό επιπολασμό μυοσκελετικών νοσημάτων (Alexopoulos *et al.*, 2005). Οι Έλληνες νοσηλευτές ανέφεραν τη μέγιστη συχνότητα οσφυαλγίας (63% και 67%) κατά την περίοδο 2 εβδομάδων και 6 μηνών αντίστοιχα (Vasileiadou *et al.*, 1997).

## **1.2 Ορισμός οσφυαλγίας-ισχιαλγίας**

Ο όρος οσφυαλγία περιλαμβάνει κάθε άλγος το οποίο εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα, ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί. Όταν ο πόνος διαφοροποιείται με την κίνηση ορίζεται ως «μηχανικός πόνος». Ο πόνος εκδηλώνεται στην οσφυϊκή μοίρα στην περιοχή του ιερού οστού, στους μηρούς και στους γλουτούς. Σε περίπτωση που ο πόνος επεκτείνεται στους γλουτούς και κατά μήκος της πορείας του ισχιακού νεύρου ονομάζεται ισχιαλγία ή ριζίτικο άλγος. **Η οσφυαλγία και η ισχιαλγία αποτελούν συμπτώματα πολλών παθήσεων και όχι πάθηση** (Κοτσαηλίας, 2011).



### **1.3 Αιτία και αιτιολογία μηχανικής οσφυαλγίας ή/και ισχιαλγίας**

Ο πόνος στην οσφύ από μηχανική αιτιολογία είναι συνηθέστερος και εξ' ορισμού προκύπτει και επιδεινώνεται από μηχανικούς παράγοντες (καταπόνηση). Δύναται να διακριθεί σε δυο τύπους:

α) Οσφυαλγία με ή χωρίς αναφερόμενο πόνο αλλά χωρίς αντανάκλαση πόνου στο κάτω άκρο. Ο αναφερόμενος πόνος εστιάζεται συνήθως στους γλουτούς ή στους μηρούς, ενώ συχνά συνυπάρχει πόνος στην οσφύ που είναι εντονότερος.

β) Οσφυαλγία με ριζίτικο πόνο, που αντανακλάται στο γλουτό, στο μηρό, στη γαστροκνήμια και στη ποδοκνημική με παραισθήσεις στον άκρο πόδα. Ο πόνος στο κάτω άκρο είναι εντονότερος από αυτόν στην οσφύ (Λαμπίρης, 2007).

Οι παθήσεις που ευθύνονται για την πρόκληση οσφυαλγίας-ισχιαλγίας είναι πολλές γι' αυτό είναι δύσκολο να απαριθμηθούν. Η κύρια πάθηση της Σ.Σ. που καλύπτει περίπου το 70% των περιπτώσεων είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου (δισκοκήλη), (Κοτζαηλίας, 2011).

Αίτια πρόκλησης οσφυαλγίας ή/και ισχιαλγίας είναι:

#### **Εκφυλιστικές παθήσεις τις Σ.Σ.**

- Εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα.
- Εκφυλιστική σπονδυλολίθωση.
- Στένωση σπονδυλικού σωλήνα.

#### **Κακώσεις της Σ.Σ.**

- Ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων.
- Θλάση μαλακών μορίων στην οσφυϊκή μοίρα.
- Κατάγματα σπονδύλων (ακανθωδών και εγκάρσιων αποφύσεων).

## **Φλεγμονώδεις παθήσεις της Σ.Σ.**

- Φυματιώδης σπονδυλίτιδα.
- Σηπτική σπονδυλοδισκίτιδα.
- Αγκυλωτική σπονδυλίτιδα.

## **Συγγενείς ανωμαλίες της Σ.Σ.**

- Ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου.
- Οσφυοποίηση του Ι1 σπονδύλου.
- Δισχιδής ράχη.

## **Νεοπλασίες**

- Όγκοι των οστών (πρωτογενής ή μεταστατικός).
- Καρκίνος του προστάτη.
- Καρκίνος Παχέος εντέρου.

## **Διάφορες άλλες παθήσεις**

- Ινομυαλγία.
- Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής.
- Ψυχιατρικές παθήσεις.

**Προδιαθεσικοί παράγοντες** για την εμφάνιση οσφυαλγίας-ισχιαλγίας αποτελούν: Η μυική αδυναμία των ραχιαίων και κοιλιακών μυών, η αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση, η παχυσαρκία, η βαριά χειρωνακτική εργασία, το κάπνισμα και η λανθασμένη στάση σώματος (π.χ. καθιστική εργασία), (Κοτζαηλίας, 2011).

Συνοψίζοντας, από όλα αυτά τα αιτία συνηθέστερα είναι τα **μηχανικά**, όπως: Μυοσυνδεσμική βλάβη, δισκοκήλη, σπονδυλολίσηση, διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική

υπερόστωση, στένωση σπονδυλικού σωλήνα, οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ. που είναι υπεύθυνα για το 90% και πλέον όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας (Ανδριανάκος, 2007).

#### **1.4 Κλινική εικόνα οσφυαλγίας-ισχιαλγίας**

Η πιο χαρακτηριστική εικόνα ενός ασθενή με οσφυαλγία (οξύ στάδιο) είναι, πόνος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (συνήθως ισχυρός), ο οποίος αρχίζει να εγκαθίσταται προοδευτικά ή μετά από άρση βάρους ή μία απότομη κίνηση. Ο πόνος μπορεί να είναι τοπικός (οσφυαλγία), πολλές φορές όμως αντανακλά σε κάποιο σκέλος (ισχιαλγία). Σχεδόν πάντα ο πόνος επιτείνεται με τον βήχα ή το φτέρνισμα, παρατηρείται εξάλειψη της φυσιολογικής οσφυϊκής λόρδωσης με αποτέλεσμα τον ευθειασμό της σπονδυλικής στήλης και ανταλγική σκολίωση, προς τη μια ή την άλλη πλευρά, που πραγματοποιεί ο ασθενής στην προσπάθεια του να ‘απομακρύνει’ τη νευρική ρίζα από τον δίσκο που την πιέζει. Η παραμόρφωση αυτή διορθώνεται με τον ασθενή ξαπλωμένο. Η δοκιμασία **Laseque** ή η **δοκιμασία διάτασης της O3-O4 ρίζας (βλέπε παράρτημα 1)** είναι θετικά, ενώ συχνά συνυπάρχει μυϊκή αδυναμία ή υπαισθησία στο αντίστοιχο δερμοτόμιο (Λαμπίρης, 2007; Κοτζαηλίας, 2011).

Σε περίπτωση ενός ασθενή με οσφυαλγία (χρόνιο στάδιο) υπάρχει χρόνιος πόνος που είναι πιο δύσκολο να καθοριστεί, διότι η αιτία θεωρείται ότι επικεντρώνεται σε ένα σύστημα τριών αρθρώσεων που αποτελείται, από δυο παρακείμενους σπόνδυλους με τον ενδιάμεσο μεσοσπονδύλιο δίσκο και τις δυο οπίσθιες σπονδυλικές αρθρώσεις (facet). Όταν εκφυλιστεί κάποια από τις παραπάνω δομές επηρεάζονται και οι παρακείμενες, με συνηθέστερο το φαινόμενο της εκφύλισης του δίσκου αρχικά, που ακολουθείται στη συνέχεια από αρθρίτιδα των οπίσθιων αρθρώσεων.

Οι μηχανισμοί του χρόνιου πόνου είναι δυο:

- α) Ο πόνος προκαλείται από υπερβολική κίνηση των δομών που προαναφέρθηκαν, με πηγή πόνου τις αρθρώσεις, το θύλακο και τους συνδέσμους ή τον ινώδη δακτύλιο.
- β) Ο πόνος προέρχεται από τις τελικές πλάκες των σπόνδυλων και προκαλείται από μηχανική υπερφόρτιση των παραπάνω δομών που έχουν εκφυλιστεί (Λαμπίρης, 2007).

Όταν η οσφυαλγία προκαλείται από βλάβη στο μεσοσπονδύλιο δίσκο τότε η κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης είναι περιορισμένη· περισσότερο επηρεάζεται και είναι επώδυνη η κάμψη της σπονδυλικής στήλης σε σχέση με την έκταση. Οι στροφικές κινήσεις συνήθως είναι ελεύθερες. Η πλάγια κάμψη είναι περιορισμένη όταν υπάρχει προβολή της κήλης στη σύστοιχη πλευρά. Επιπλέον, υπάρχει ευαισθησία στην πίεση στο κάτω τμήμα της οσφυϊκής μοίρας, έξω από τις ακανθώδεις αποφύσεις (οσφυολαγόνιος γωνία), όπως και κατά την πίεση στο γλουτό αντίστοιχα στο σημείο εξόδου του ισχιακού νεύρου και κατά μήκος αυτού. Επίσης, κατά μήκος της λαγονοκνημιαίας ταινίας και κατά μήκος της λαγόνιας ακρολοφίας (Κοτσαηλίας, 2011).

### **1.5 Θεραπεία οσφυαλγίας**

Η σωστή θεραπεία δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην αντιμετώπιση του επερχόμενου πόνου, αλλά στην αντιμετώπιση της υπάρχουσας βλάβης-αιτίας που έχει ως συνέπεια τη δημιουργία φλεγμονώδους αντίδρασης του οργανισμού, τη δημιουργία οιδήματος στην περιοχή που πιέζονται οι νευρικές ίνες και κατ' επέκταση την αναπαραγωγή του πόνου. Η θεραπεία πρώτης επιλογής για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας εκτός από συγκεκριμένες περιπτώσεις είναι η συντηρητική. Παρόλα αυτά, σε επιδεινούμενη νευρολογική συμπτωματολογία, σε σοβαρό κάταγμα, σε ιππουριδική συνδρομή και σε επανειλημμένα σοβαρά επεισόδια που κρατούν το άτομο για καιρό μακριά από την εργασία του, με ανάλογα σοβαρά κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα ο γιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή ενδέχεται να συστήσει χειρουργείο (Μεντζελοπούλου, 2010).

## Συντηρητική θεραπεία

Στη συντηρητική αντιμετώπιση της οσφυαλγίας τα πιο φερέγγυα μέσα είναι τα εξής:

### Οξύ στάδιο:

- **Ανάπαυση**, σε αυτό το στάδιο εφόσον υπάρχει έντονος πόνος ενδείκνυται η ξεκούραση στο κρεβάτι, πρέπει να **τονιστεί** όμως ότι η παραμονή στο κρεβάτι δεν πρέπει να υπερβαίνει τις **7 μέρες**, ώστε να μην προλάβουν να δημιουργηθούν επιπλοκές όπως απώλεια οστικής μάζας και μυϊκή ατροφία (*Shirado et al., 2005; Lowe, 2013*). Ακόμα, ο ασθενής θα πρέπει να ξεκουράζεται σε ύπτια ή πλάγια θέση με τα πόδια λυγισμένα (εμβρυϊκή στάση). Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει ένα καλό στρώμα, σχετικά σκληρό και σταθερό. Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι οι παραπάνω θέσεις ανάπαυσης βοηθούν στη μείωση της μεσοσπονδύλιας πίεσης και στη διάνοιξη των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων. Παρόλα αυτά, αν κάποιος ασθενής βρίσκει τις παραπάνω θέσεις επώδυνες ή δεν τον ξεκουράζουν τότε είναι απόλυτα αποδεχτή η ξεκούραση σε μια άνετη καρέκλα (*Dandy & Edwards; Μεντζελοπούλου, 2010*).
- **Αναλγητικά φάρμακα και αλλά μέσα**, εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη είναι απαραίτητη η χρήση παυσίπονων, μυοχαλαρωτικών ή κατά προτίμηση αντιφλεγμονώδων (στεροειδή και μη), τα τελευταία όχι για πάνω από 10 μέρες για αποφυγή παρενεργειών και η λήψη τους πρέπει να γίνεται μετά το φαγητό πάντα. Καλό είναι να συνοδεύονται από λήψη γαστροπροστασίας μισή ώρα πριν το φαγητό. Πιο δυνατά φάρμακα όπως για παράδειγμα η πεθιδίνη δεν χρειάζονται στις οξείες καταστάσεις αφού αρκεί η μυοχαλάρωση, η αναλγητική φυσικοθεραπεία, τα απλά αναλγητικά και η αποφυγή πολλών μετακινήσεων, επώδυνων στάσεων και κινήσεων για τις πρώτες 2 εβδομάδες. Επίσης, άνθρωποι με μυϊκό πόνο στην πλάτη ή πόνο αρθρίτιδας που δεν ανακουφίζεται από τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιήσουν ειδικές κρέμες οι αλοιφές απευθείας στο δέρμα πάνω στο σημείο του πόνου. Τέλος, αν τα φάρμακα και άλλες μη χειρουργικές θεραπείες αποτυγχάνουν να ανακουφίσουν τον πόνο στην πλάτη (συνήθως χρόνιο πόνο) τότε ο γιατρός μπορεί να συστήσει ενέσεις για την ανακούφιση του πόνου για παράδειγμα αν υπάρχει φλεγμονή ή συμπίεση νεύρου που περνά από την Σ.Σ. υπάρχει μια ένεση που ονομάζεται μπλοκ

νευρικής ρίζας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνει τον πόνο στην μέση και στο πόδι. Ωστόσο, οι ενέσεις αυτές είναι δεν θεωρούνται αξιόπιστη λύση (Μεντζελοπούλου 2010; Kang et al. 2013).

- **Οσφυοϊερός κηδεμόνας**, χρησιμοποιείται για να υποστηρίξει την Σ.Σ. και τους μύες σε περιπτώσεις που ο ασθενής επιμένει να επιστρέψει στις επαγγελματικές του δραστηριότητες πριν αποκατασταθεί πλήρως η κινητικότητα της Σ.Σ.. Η ελάττωση της κίνησης στη σπονδυλική στήλη μπορεί να επιτευχθεί εάν η ζώνη εκτείνεται από την κατώτερη οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ. έως τους μείζονες τροχαντήρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να ανακουφίζεται από τον πόνο, να προστατεύεται η οσφυ του κατά τη διάρκεια διάφορων δραστηριοτήτων (π.χ. ανύψωση βάρους) και το πιο σημαντικό να υπενθυμίζει στον ασθενή την κατάσταση του κάνοντάς τον πιο προσεκτικό. Βέβαια ο περιορισμός της κίνησης οδηγεί σε αδυναμία των μυών της οσφυϊκής μοίρας με συνέπεια η Σ.Σ. να γίνεται πιο δύσκαμπτη. Για το λόγο αυτό δεν πρέπει να εφαρμόζεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα και μόλις ηρεμίσει ο πόνος, πρέπει να ξεκινήσει άμεσα η ενδυνάμωση κοιλιακών, ραχιαίων και γλουτιαίων μυών (Μεντζελοπούλου, Dandy & Edwards 2010).

#### Υποξύ και χρόνια στάδιο:

Σε αυτή τη φάση της οσφυαλγίας, πολύ σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπισή της αποτελεί η φυσικοθεραπεία (Desirée Lie 2007; Dandy & Edwards 2010; Κοτζαηλίας 2011). Οι μέθοδοι που περιλαμβάνει είναι:

- **Θερμό-ψυχρό ως αναλγητικό μέσο** ή συνδυασμός και των δυο. Η θερμότητα διαστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία και μεταβάλλει την αίσθηση του πόνου, είτε με χρήση επιθέματος είτε με χρήση υπερήχου ή διαθερμίας οι ασθενείς την βρίσκουν αρκετά ανακουφιστική για πόνους που προέρχονται από μυϊκό σπασμό και συνδέσμους. Ακόμα το ψυχρό, συνήθως επίθεμα, μπορεί να μειώσει τη φλεγμονή μειώνοντας το μέγεθος των αιμοφόρων αγγείων και τη ροή του αίματος στην περιοχή. Παρόλα αυτά, το κρύο μπορεί να αποβεί επώδυνο για το δέρμα προκαλώντας μούδιασμα και βαθύ πόνο. Θεωρείται ότι η εναλλαγή θερμού-ψυχρού μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο, αλλά αυτό δεν θεραπεύει την αιτία του χρόνιου πόνου στην πλάτη (Kang et al., 2013). Επίσης, η μυϊκή χαλάρωση και αναλγησία επιτυγχάνεται και με τη χρήση του

μηχανήματος biofeedback, το οποίο έχει καλά αποτελέσματα. Τέλος, μεγάλη ανακούφιση επέρχεται σε ασθενείς με «βαριά» οσφυαλγία που ακολούθησαν πρόγραμμα υδροθεραπείας σε πισίνα ή θερμό δινόλουτρο (Μεντζελοπούλου, 2010).

- **Προοδευτική κινητοποίηση-άσκηση**, εφόσον ο πόνος έχει αρχίσει να υποχωρεί, μπορεί να ξεκινήσει η προοδευτική κινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης. Είναι πολύ σημαντικό να μπορεί να επιτευχθεί ένα πλήρες εύρος κίνησης της Σ.Σ., αν αυτό είναι εφικτό τότε το πιο πιθανό είναι ότι έχει επουλωθεί ο μυς ή ο σύνδεσμος και τα φορτία μπορούν να κατανεμηθούν ισοδύναμα σε ολόκληρη τη Σ.Σ.. Αντιθέτως, αν η κινητικότητα της Σ.Σ. είναι περιορισμένη, είναι πιθανό να υπάρχει μια επιπλέον κάκωση που έχει ως αποτέλεσμα να μεταφέρονται οι περισσότερες φορτίσεις από τις δύσκαμπτες περιοχές στις πιο εύκαμπτες. Επίσης, η κατάλληλη άσκηση μπορεί να διευκολύνει τον χρόνιο πόνο και ίσως να μειώσει τον κίνδυνο να επιστρέψει ξανά. Συγκεκριμένα, τέσσερις τύποι ασκήσεων πιστεύεται ότι είναι σημαντικοί για την γενική φυσική κατάσταση του σώματος μας και μπορεί να είναι χρήσιμες για συγκεκριμένες αιτίες πόνου στη μέση:

#### Ασκήσεις κάμψης κορμού

Οι ασκήσεις αυτές κατά τις οποίες λυγίζει το κορμί προς τα μπρος έχουν ως σκοπό, να διευρύνουν τα διαστήματα μεταξύ των σπονδύλων, μειώνοντας έτσι την πίεση στα νεύρα. Επιπλέον, να διαταθούν οι μύες της πλάτης και των γλουτών και τέλος να δυναμώσουν οι κοιλιακοί μύες μειώνοντας έτσι τα φορτία που δέχεται η Σ.Σ.. **Προσοχή** όμως, αν ο πόνος οφείλεται σε κήλη δίσκου πρέπει ο γιατρός να δώσει έγκριση για να εκτελεστούν οι ασκήσεις διότι υπάρχει κίνδυνος να αυξηθεί περισσότερο η πίεση στο εσωτερικό του δίσκου.

#### Ασκήσεις έκτασης κορμού

Στις ασκήσεις αυτές το κορμί λυγίζει προς τα πίσω με απώτερο σκοπό να μειωθεί ο πόνος που αντανακλά σε άλλα σημεία του σώματος εκτός από το σημείο που προέρχεται. Τέτοιες ασκήσεις πραγματοποιούνται από πρηνή θέση και είναι εκτάσεις ποδιού και εκτάσεις κορμού. Η θεωρία πίσω από αυτές τις ασκήσεις είναι ότι ανοίγουν τον σπονδυλικό σωλήνα και αναπτύσσουν τους μύες που υποστηρίζουν τη Σ.Σ.

### Ασκήσεις διάτασης

Ο στόχος των διατάσεων είναι να βελτιώσουν την ελαστικότητα των μυών και των άλλων μαλακών ιστών της Σ.Σ. Μειώνοντας έτσι μυϊκές δυσκαμψίες και αυξάνοντας το εύρος τροχιάς της Σ.Σ.

### Αερόβια άσκηση

Ο στόχος της είναι να διατηρεί τον καρδιακό ρυθμό σε υψηλά επίπεδα για κάποιο χρονικό διάστημα. Έτσι, για μια καλή φυσική κατάσταση είναι σημαντικό να εκτελούνται αερόβιες ασκήσεις όπως γρήγορο περπάτημα, τρέξιμο και κολύμπι τουλάχιστον 30λεπτά τη μέρα, τρεις φορές την εβδομάδα κατόπιν συνεννόησης με κάποιον γιατρό ή φυσιοθεραπευτή για μεγαλύτερη ασφάλεια. Ακόμα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όσοι έχουν πιο σοβαρά προβλήματα στη μέση πρέπει να αποφεύγουν αερόβιες ασκήσεις που απαιτούν κάμψη και στροφή του κορμού προς τα μπρος όπως ο χορός και η κωπηλασία. Τέλος, αν το επίπεδο του πόνου ή φυσική κατάσταση των ασθενών δεν τους επιτρέπει να πραγματοποιήσουν συνεχόμενη αερόβια άσκηση 30λεπτών, είναι προτιμότερο να κάνουν τμηματικά τρία 10λεπτα με ενδιάμεσα διαλείμματα και σταδιακά να αυξήσουν το χρόνο (Dandy & Edwards 2010; Kang et al., 2013).

**Τα παραπάνω είδη καθώς και επιπλέον ασκήσεις παραθέτονται αναλυτικότερα στο φυλλάδιο ενημέρωσης ασθενών (βλέπε παράρτημα 2).**

Συμπερισματικά λοιπόν, ο ασθενής πριν επιστρέψει στην εργασία του θα πρέπει να έχει κερδίσει ένα καλό εύρος τροχιάς της Σ.Σ.. Επομένως φυσιοθεραπευτικά, χρειάζεται ένα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας με ασκήσεις κινητικότητας, μυϊκής ενδυνάμωσης, αντοχής και ελαστικότητας τόσο των μυών και αρθρώσεων που περιβάλλουν τη σπονδυλική στήλη, όσο και «όλων» των μυών και αρθρώσεων του σώματος. Σκοπός είναι να εξασφαλιστεί η μυϊκή τους ισορροπία και να μπορούν να αντεπεξέλθουν σε μεγάλες φορτίσεις. Το πρόγραμμα λοιπόν θα πρέπει να περιλαμβάνει βασικά, ισομετρικές ασκήσεις ενδυνάμωσης κοιλιακών και ραχιαίων μυών και προοδευτικά, μειομετρική ενδυνάμωση αυτών. Επίσης, πολύ χρήσιμες και αποτελεσματικές είναι οι στατικές διατάσεις κοιλιακών, ραχιαίων και γλουτιαίων μυών για βελτίωση της ελαστικότητας τους και αύξηση του εύρους τροχιάς της Σ.Σ.. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό οποιαδήποτε μορφή άσκησης πραγματοποιηθεί να μην



ξεπερνάει τα όρια αντοχής των ανατομικών στοιχείων της Σ.Σ. διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος επανατραυματισμού κάποιας ανατομικής δομής (*Μεντζελοπούλου, Dandy & Edwards, 2010*).

Σε αυτό σημείο παραθέτονται μερικές οδηγίες και συμβουλές με σκοπό την πρόληψη και βελτίωση της καθημερινότητας όσων ταλαιπωρούνται από πόνο στη μέση.

1. Όσοι έχουν πόνο στη μέση καλό είναι να περπατάνε με όρθια (στητή) την πλάτη (*McKenzie, 1981; Μπαδέκας, 2013*).
2. Να κάθονται μόνο για μικρά χρονικά διαστήματα. Προτιμώντας να κάθονται στην άκρη του κρεβατιού ή σε σκληρή καρέκλα με χερούλια και τα πόδια να είναι πιο κάτω από τα ισχία (*Μπαδέκας, 2013*).
3. Να βάζουν μια διπλωμένη πετσέτα στην οσφυϊκή περιοχή, έτσι ώστε η μέση να ξεκουράζεται πλήρως (*Μπαδέκας, 2013*).
4. Κάθε 20-30 λεπτά να αλλάζουν θέση για να χαλαρώσουν οι μύες (*Μπαδέκας, 2013*).
5. Όσοι αισθάνονται κουρασμένοι, είναι προτιμότερο να ξαπλώσουν παρά να καθίσουν (*Dandy & Edwards, 2010*).
6. Σε πολλά άτομα το σκληρό στρώμα στο κρεβάτι είναι καλύτερο από οποιοδήποτε άλλο είδος στρώματος (*Dandy & Edwards, 2010*).
7. Ακόμα, πρέπει να αποφεύγουν την παρατεταμένη ορθοστασία. Όσοι είναι υποχρεωμένοι να μείνουν όρθιοι για πολύ ώρα, δεν έχουν στάση προσοχής, αλλά ανάπαυσης, βγάζοντας το ένα πόδι μπροστά κι έχοντας το ένα γόνατο ελαφρά λυγισμένο. Επίσης, δε φοράνε παπούτσια με ψηλά τακούνια και καλό είναι να προτιμούν τις ανατομικές σόλες (*McKenzie, 1981*).
8. Όσοι πρέπει να σκύβουν για να σηκώσουν ένα αντικείμενο πρέπει να σκύβουν πάντα λυγίζοντας τα γόνατα. Ποτέ δε σκύβουν λυγίζοντας τη μέση κι έχοντας τα πόδια τεντωμένα (*McKenzie 1981; Dandy 1995*).

**Ειδικότερες συμβουλές και οδηγίες παραθέτονται αναλυτικότερα στο φυλλάδιο ενημέρωσης ασθενών (βλέπε παράρτημα 2).**

- **Χειρισμοί στη Σ.Σ.** οι περισσότερες μελέτες δείχνουν οι χειρισμοί στη Σ.Σ. επιτυγχάνουν ίση ή ανώτερη βελτίωση στον πόνο και τη λειτουργία σε σύγκριση με άλλες θεραπείες μικρής, μεσαίας και μεγάλης διάρκειας (*Dagenais et al., 2010*). Ακόμα, το Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών και η Αμερικανική Εταιρεία Πόνου επισήμαναν από κοινού ότι πρέπει να συνιστάτε η χειροπρακτική στη σπονδυλική στήλη για τους ανθρώπους που δεν βελτιώνονται με άλλες θεραπευτικές μεθόδους (*Chou R, Qaseem A, Snow V et al., 2007*).
- **Εγχειρίδια οσφυαλγίας.** Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι η συμβολή των ενημερωτικών φυλλαδίων σε ασθενείς με οσφυαλγία είναι αποτελεσματική. Οι Little et al. πραγματοποίησαν το 2001 μια έρευνα με στόχο την αποτελεσματικότητα του ενημερωτικού φυλλαδίου οσφυαλγίας συγκριτικά με τις προφορικές συμβουλές από γιατρούς για εκτέλεση ασκήσεων. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα, 8 γιατροί επέλεξαν τυχαία 311 ασθενείς (πειραματική ομάδα) με πρόσφατο πόνο στη μέση και είτε τους έδωσαν ένα φυλλάδιο με συμβουλές και ασκήσεις, είτε τους συμβούλεψαν προφορικά να κάνουν κάποιες ασκήσεις χρησιμοποιώντας μόνο απλά αναλγητικά. Μετέπειτα, οι ασθενείς δέχτηκαν τηλεφώνημα κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά την έναρξη της μελέτης και μετά από 3 εβδομάδες για να αξιολογηθεί η βελτίωσή τους στο πόνο μέσα από μια κλίμακα από 0 έως 100 (0 = καθόλου πόνο, 100 = υπερβολικό πόνο). Επίσης, απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από τις κλίμακες Aberdeen, πόνου/ λειτουργικότητας, γνώσεων και ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην ομάδα ελέγχου υπήρχαν μειώσεις στα σκορ πόνου/ λειτουργικότητας κατά την 1<sup>η</sup> εβδομάδα με το φυλλάδιο ή με τις συμβουλές για άσκηση, αλλά πολύ μικρότερη επίδραση παρατηρήθηκε με την χρήση και των δυο μαζί. Αυτό πιθανόν συνέβη διότι η συγκεκριμένη ερευνά δεν είχε τα απαραίτητα στοιχεία έτσι ώστε να μαζευτούν οι κατάλληλες πληροφορίες για τη χρήση και των δυο ταυτοχρόνως. Ομοίως, και στην κλίμακα Aberdeen το σκορ ήταν χαμηλότερο στην ομάδα που δόθηκε το φυλλάδιο και στην ομάδα που δόθηκαν συμβουλές για άσκηση αλλά δεν παρατηρήθηκε μεγάλη αλλαγή όταν συνδυαζόταν και τα δυο μαζί. Επιπλέον, δεν

υπήρχε διάφορα στην κλίμακα πόνου/ λειτουργικότητας την 3<sup>η</sup> εβδομάδα. Τέλος, η ικανοποίηση αυξήθηκε στις ομάδες που χρησιμοποίησαν το φυλλάδιο και τις προφορικές ασκήσεις, ενώ η ομάδα που χρησιμοποίησε το φυλλάδιο μόνο βελτίωσε και το γνωστικό της επίπεδο (*Little et al., 2001*). Συμπερασματικά, οι γιατροί μπορούν αυξήσουν την ικανοποίηση και να βελτιώσουν μέτρια τα λειτουργικά αποτελέσματα των ασθενών που έχουν έντονο πόνο στην οσφυ δίνοντας ένα φυλλάδιο με οδηγίες και ασκήσεις ή δίνοντας απλά προφορικές συμβουλές για άσκηση (*Little et al., 2001*).

Μια άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Roberts et al. το 2002 για να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα του ενημερωτικού φυλλαδίου οσφυαλγίας στην γνώση, στη στάση, στη συμπεριφορά και την λειτουργικότητα των ασθενών. Γι αυτή τη μελέτη δόθηκε σε 64 ασθενείς με οξεία οσφυαλγία ένα φυλλάδιο (πειραματική ομάδα). Οι συμμετέχοντες δέχτηκαν μια επίσκεψη στο σπίτι τους μετά από 2 μέρες, μισό μήνα, 3, 6 και 12 μήνες όπου και ολοκληρώθηκε μια σειρά από αξιολογήσεις. Οι πτυχές της συμπεριφοράς τους καταγράφηκαν διακριτικά από κάποιον ερευνητή (*Roberts et al., 2002*). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε όλες τις 272 κατ' οίκον επισκέψεις που έγιναν, σε 2 εβδομάδες, η γνώση των ασθενών για επανεκπαίδευση καθιστής στάσης ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα που χρησιμοποίησε το φυλλάδιο. Αυτό συνέβη γιατί υπήρξε διαφορά στη συμπεριφορά τους από όταν δεν ήταν καθόλου ενήμεροι για το πώς να κάθονται σωστά (με το να κάθονται δηλαδή με ένα μαξιλάρι που υποστηρίζει την μέση). Η διάφορα ήταν σημαντική και μετά από 3 μήνες. Επίσης, οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν το φυλλάδιο είχαν καλύτερα αποτελέσματα στο πώς να ταξινομούν το κέντρο βάρους τους όταν σήκωναν αντικείμενα. Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην λειτουργικότητα τους. Εν κατακλείδι, η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι γραπτές συμβουλές που περιείχε το φυλλάδιο που δόθηκε από τους γιατρούς συνέβαλε σημαντικά στο να αλλάξουν οι ασθενείς τον τρόπο συμπεριφοράς τους και να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους. Αυτό είχε σαν συνέπεια να αντιμετωπιστεί η οξεία οσφυαλγία με καλύτερα αποτελέσματα (*Roberts et al., 2002*).

### **Πότε είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση;**

Αν η συντηρητική θεραπεία για την οσφυαλγία δεν φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, μπορεί ο ασθενής να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση, αυτό συμβαίνει εφόσον:

- Ο πόνος στη μέση ή στο πόδι περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες ή επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα της ζωής.
- Υπάρχει προοδευτική επιδείνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων, όπως αδυναμία στο πόδι και/ή μούδιασμα.
- Υπάρχει διαταραχή ή απώλεια της φυσιολογικής λειτουργίας της ούρησης ή της αφόδευσης (που φαίνεται να οφείλεται στον πόνο της οσφύς).
- Η φαρμακευτική θεραπεία και η φυσικοθεραπεία είναι αναποτελεσματικές.
- Η προοδευτική μυϊκή αδυναμία του ποδιού και η ιππουριδική συνδρομή καθώς και οι δισκοκήλες που προκαλούν ανυπόφορο πόνο (Νομικός, 2014)

Υπάρχουν διαφορετικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν στο χειρουργείο για τις διαφορετικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης.

### **ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

1. Οπίσθια διαυχενική σπονδυλοδεσία (οσφυϊκή, θωρακική ή θωρακοοσφυϊκή)
2. Οπίσθια οσφυϊκή διασωματική σπονδυλοδεσία (PLIF)
3. Οπίσθια οσφυϊκή διαρθρική σπονδυλοδεσία (TLIF)
4. Οσφυϊκή σπονδυλοδεσία 360 μοιρών
5. Οσφυϊκή διαδερμική μικροδισκεκτομή

## **ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

1. Οσφυϊκή διαδερμική μικροδισκεκτομή
2. Δισκοπλαστική (*Δημογέροντας, 2012*).

### **1.6 Κλινική αξιολόγηση οσφυαλγίας**

Η κλινική αξιολόγηση είναι πολύ σημαντική και πρέπει να γίνει σωστά τόσο στους οσφυαλγικούς ασθενείς όσο και γενικότερα καθώς παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των απεικονιστικών μεθόδων και της κλινικής εικόνας (*Sandella et al., 2012*).

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση δηλαδή:

Ο ασθενής δίνει προφορικές κυρίως πληροφορίες για την γενική σωματική, ψυχική και κοινωνική του κατάσταση. Ειδικότερα, απαντάει σε ερωτήσεις που αφορούν την ηλικία του, το επάγγελμά του, τα χόμπι του ή άλλες δραστηριότητες. Επίσης, αναφέρει πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα ποια είναι η ένταση, η διάρκεια, η συχνότητα και η ποιότητα τους. Επιπλέον, ρωτάται αν είχε κάποιο προηγούμενο τραυματισμό στην περιοχή της Σ.Σ. ή αλλά συνοδά προβλήματα και τι αντιμετώπιση έκανε. Τέλος, ενημερώνει αν υπάρχει κάποια διάγνωση, ποιοι παράγοντες ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα του και ποιες είναι οι διακυμάνσεις του πόνου του μέσα στη μέρα (*Shultz et al, 2009*).

#### Αντικειμενική αξιολόγηση:

Ο ασθενής που έχει πόνο στη μέση υποβάλλεται σε κλινική εξέταση που περιλαμβάνει (*Hoppenfeld, 2008*):

1. Επισκόπηση του ασθενούς από όρθια στάση και απλό βάδισμα με ελάχιστη ένδυση και χωρίς παπούτσια. Έτσι, παρατηρούνται ασυμμετρίες στη στάση και τη βάδιση, παραμορφώσεις στη Σ.Σ., αποκλίσεις αξόνων και τυχόν ανταλγική σκολίωση που είναι και το πιο συνηθισμένο σε αυτούς τους ασθενείς.

2. Ψηλάφηση: Για τον εντοπισμό τυχόν βλαβών ή άλλων παθήσεων, εφαρμόζεται η τεχνική της ψηλάφησης στην οποία γίνεται χρήση της αίσθησης της αφής. Στόχοι αυτής είναι:

- Να εντοπιστούν τυχόν δυσλειτουργίες των ιστών.
- Να αναγνωριστούν ασυμμετρίες μυϊκές ή οστικές.
- Να γίνει έλεγχος του εύρους τροχιάς των αρθρώσεων και της τελικής αίσθησης (end-feel).
- Να ελεγχθεί η θερμοκρασία της εξεταζόμενης περιοχής (*Πετρούτσος, 2004*).

Συγκεκριμένα, στην οσφυϊκή μοίρα η ψηλάφηση αρχίζει επιφανειακά και συνεχίζει εν τω βάθει. Απώτερος σκοπός είναι να ψηλαφηθεί η σπονδυλική στήλη και η λεκάνη για ευαισθησία, ήπιες παραμορφώσεις και κριγμό. Μετέπειτα, η αξιολόγηση περιλαμβάνει την ψηλάφηση των μεσοδιαστημάτων, των ακανθώδων αποφύσεων, των εγκάρσιων αποφύσεων, των πλευρών, των ιερολαγόνιων αρθρώσεων και των ισχιακών κυρτωμάτων για την ύπαρξη ανωμαλιών στις δομές τους ή αναπαραγωγή πόνου. Επίσης, ελέγχονται τόσο τα επιφανειακά μαλακά μόρια της περιοχής, όσο και τα εν τω βάθει για την εξέταση της κινητικότητας τους. Τέλος, αξιολογείται η ύπαρξη σπασμού, πόνου και ο περιορισμός της κίνησης των μυών (*Shultz et al, 2009*).

3. Παθητικός έλεγχος: Μας δίνει πληροφορίες σχετικά με τις αδρανείς (παθητικές) δομές των αρθρώσεων χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η μυϊκή 'δράση'. Στην οσφυϊκή μοίρα, η παθητική κίνηση εφαρμόζεται μόνο όταν δεν αναφερθεί πόνος κατά την ενεργητική κίνηση. Τότε, πραγματοποιείται ήπια παθητική πίεση στο τέλος της ενεργητικής κίνησης που κάνει ο ασθενής. Φυσιολογικά, κατά την εφαρμογή παθητικής πίεσης στην οσφύ, πρέπει να παρατηρηθεί μόνο μια αίσθηση διάτασης των μαλακών μορίων της περιοχής, χωρίς την αίσθηση οστικού μπλοκ. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την εφαρμογή της πίεσης δεν πρέπει να παράγεται πόνος ειδάλλως υπάρχει βλάβη (*Shultz et al, 2009*).

4. Ενεργητικές κινήσεις κάμψης και έκτασης της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ.. Είναι σημαντικό ο ασθενής να έχει τα πόδια του λίγο ανοιχτά, στο ύψος των ώμων περίπου. Επίσης, ο ασθενής κινείται έως και το σημείο που αρχίζει ο πόνος του και ενδείκνυται

να κάνει πάνω από 10 επαναλαμβανόμενες κινήσεις. Πάντα όμως λαμβάνεται υπόψη η ευερεθιστότητα (δηλ. πόσο γρήγορα έρχονται και φεύγουν τα συμπτώματα) του ασθενή, οπότε πραγματοποιεί όσες επαναλήψεις του είναι ανεκτές. Τέλος, με αυτές τις κινήσεις ελέγχονται οι αλλαγές των συμπτωμάτων (περιφεριοποίηση ή επικέντρωση) και η κινητικότητα της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ. (περιορισμένη ή υπερκινητική) (Hoppenfeld, 2008).

5. Νευρολογικός έλεγχος, μας βοηθάει στο να καταλάβουμε αν υπάρχει εμπλοκή νευρικής ρίζας. Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει τις εξής διαδικασίες: Βάδισμα στις μύτες των ποδιών έτσι ελέγχεται η ΙΙ νευρική ρίζα. Το τεστ είναι θετικό αν οι ασθενείς δεν μπορούν να στηριχθούν στις μύτες των ποδιών, εμφανίζουν δηλαδή αδυναμία στο γαστροκνήμιο μύ. Επίσης, βάδισμα στις πτέρνες των ποδιών έτσι ελέγχεται η Ο5 νευρική ρίζα. Το τεστ είναι θετικό αν οι ασθενείς δεν μπορούν να βαδίσουν στις πτέρνες, εμφανίζουν δηλαδή αδυναμία στον πρόσθιο κνημιαίο μύ. Επιπλέον, πραγματοποιείται η δοκιμασία ανύψωσης του τεντωμένου σκέλους, S.L.R. (Straight Leg Raising) ή test Lasegue. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος ύπτια και ο φυσιοθεραπευτής εκτελεί αργά παθητική κάμψη στο ισχίο 30° με 70° (με το γόνατο τεντωμένο). Το τεστ είναι θετικό σε αναπαραγωγή των συμπτωμάτων του ασθενούς. Τέλος, γίνεται ο έλεγχος αντανακλαστικών των κάτω άκρων. Ελέγχεται ο επιγονατιδικός τένοντας (μυοτόμιο Ο4) και ο αχίλλειος (μυοτόμιο Ι1). Συνίσταται η επανάληψη 4 με 5 φορές της εξέτασης κάθε αντανακλαστικού (Hoppenfeld, 2008).
6. Κυρίως ιατρικές εξετάσεις αλλά εξίσου σημαντικές για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας είναι, ο έλεγχος με ψηλάφηση και ακρόαση κοιλίας κυρίως ηλικιωμένων ατόμων για τυχόν ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής ή καρκίνο παγκρέατος και ο έλεγχος περιφερικών αρτηριών με ψηλάφηση ή υπέρηχο ροής Doppler 8MHz για αποφρακτική αρτηριοπάθεια (Σύνδρομο Leriche) (Γκούβας, 2010).

## **1.7 Αξιολόγηση μέσω αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων**

Εκτός από την κλινική αξιολόγηση ασθενών με οσφυαλγία προτείνεται να πραγματοποιείται και αξιολόγηση των οσφυαλγικών ασθενών μέσω αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής και διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τους ασθενείς, αντιμετωπίζοντάς τους ολιστικά και όχι μόνο για τη συγκεκριμένη πάθηση. Τέλος, έχει αποδειχτεί ότι είναι αρκετά αξιόπιστα γιατί δίνουν έγκυρα αποτελέσματα σε αρκετούς τομείς όπως η λειτουργικότητα, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα προγνωστικά στοιχεία· δίνοντας έτσι και σημαντικές πληροφορίες για την αποκατάσταση των ασθενών (*Herman, 1997, Bjelland et al. 2002, Michopoulos et al. 2008, Hill et al. 2009*).

Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι:

A) Ερωτηματολόγια λειτουργικότητας (Maine-Seattle , SBI& Roland-Morris,):

### **1. Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)**

Το ερωτηματολόγιο αυτό ελέγχει κυρίως την λειτουργικότητα των ασθενών και χρησιμοποιείται με σκοπό να αξιολογήσει άτομα με πόνο στη μέση ή στο πόδι (ισχιαλγία). Οι εκφράσεις που περιλαμβάνει σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ασθενών με πόνο στο πόδι που οφείλεται σε κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ή σπονδυλική στένωση της οσφυϊκής μοίρας (*Atlas et al. 2003*).

### **2. Sciatica Bothersomeness Index (SBI)**

Όπως υποδηλώνει και το όνομα, είναι ένας δείκτης που βασίζεται σε ασθενείς που έχουν συμπτώματα στο πόδι (ισχιαλγία). Στόχος του, είναι να διερευνήσει το πώς οι ασθενείς με ισχιαλγία αξιολογούν το μούδιασμα και την αδυναμία σε σύγκριση με τον πόνο στα πόδια και πως αυτά τα συμπτώματα σχετίζονται με κοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες (*Grønle et al. 2010*).



### 3. Roland-Morris Disability Index

Είναι μια λίστα από εκφράσεις που αφορούν δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα, ντύσιμο, σήκωμα από καρεκλά κτλ.) που περιγράφουν οι ασθενείς και πως ο πόνος στη μέση τους επηρεάζει την όρεξη, τη διάθεση, τον ύπνο τους, και γενικότερα την λειτουργικότητα ή ανικανότητά τους (disability). Οι προτάσεις αυτές αφορούν την τωρινή τους κατάσταση. Επίσης, η συγκεκριμένη κλίμακα θεωρείται από τις πιο δημοφιλείς και διαδεδομένες κλίμακες αξιολόγησης και εκτιμάει την λειτουργικότητα του ασθενή. Τέλος, υπάρχουν και μικρότερες εκδόσεις της συγκεκριμένης λίστας που έχουν δημοσιευτεί, οι οποίες είναι ειδικά τροποποιημένες για ασθενείς με ισχιαλγία (Roland & Morris, 1983).

B) Ερωτηματολόγια ψυχοκοινωνικών παραγόντων (HAD):

### 4. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να ανιχνεύσει τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συναισθηματικής δυσφορίας των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για διάφορα κλινικά προβλήματα (Zigmond and Snaith 1983). Επιπλέον, σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί σε ενδο-νοσοκομειακούς ασθενείς αλλά είχε και πολύ καλά αποτελέσματα σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (McDowell, 2006). Αρχικά, αποτελούνταν από 8 ερωτήσεις που σχετίζονταν με την κατάθλιψη και 8 που σχετίζονταν με το άγχος. Τα πρώτα ευρήματα όμως έδειξαν ότι μια από τις ερωτήσεις που σχετίζονταν με την κατάθλιψη δεν ήταν αποτελεσματική για αυτό απορρίφθηκε. Έτσι, για να είναι ισορροπημένες οι ερωτήσεις κατάθλιψης και άγχους επιλέχθηκε να απορριφθεί η λιγότερο αποτελεσματική ερώτηση για το άγχος, έτσι το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις (Zigmond and Snaith 1983). Τέλος, η κλίμακα HAD αποδείχτηκε ότι έχει καλά αποτελέσματα στην αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων στις διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, τόσο σε σωματικά, όσο και σε ψυχιατρικά άρρωστους ασθενείς στο γενικό πληθυσμό (Bjelland et al. 2002).

Γ) Ερωτηματολόγια πρόγνωσης (Start Back):

### **5. The Start Back Screening Tool (SBST)**

Αποτελεί ένα σύντομο επικυρωμένο εργαλείο που σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την πρόγνωση ατόμων που έχουν πόνο στη μέση ή/και στο πόδι (*Hill et al. 2008*). Σκοπός του, να βοηθήσει τους φυσικοθεραπευτές και άλλους επιστήμονες υγείας στο να ομαδοποιήσουν τα άτομα αυτά σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το πόσο επίμονα είναι τα συμπτώματά τους. Χωρίζονται λοιπόν, σε χαμηλού, μεσαίου και υψηλού κίνδυνου ασθενείς. Ειδικότερα, οι φυσικοθεραπευτές είναι σε θέση να επέμβουν κυρίως στην ομάδα ασθενών χαμηλού και ίσως και μεσαίου κινδύνου, βελτιώνοντας έτσι το αποτέλεσμα της αποκατάστασης. Τέλος, σε ερευνά που πραγματοποιήθηκε από τον Hill et al. 2008 βρέθηκε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα λόγω των καλών τις αποτελεσμάτων θα βοηθήσει μελλοντικά στη σωστή διαχείριση της οσφυαλγίας προς όφελος της γενικής υγείας των ασθενών, μειώνοντας έτσι και το συνολικό κόστος.

Δ) Τέλος το SF-12( Γενικής Υγείας):

### **6. SF-12 Health Survery –Υγεία και ευημερία**

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο οι ασθενείς καλούνται να εκφράσουν τη γνώμη τους για το πόσο καλή θεωρούν την υγείά τους, απαντώντας σε δυο κλίμακες (σωματική και ψυχική υγεία). Στόχος του είναι, να ελέγξει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να διαπιστωθεί πια είναι η συναισθηματική τους κατάσταση και πόσο καλά μπορούν να πραγματοποιήσουν τις διάφορες καθημερινές τους δραστηριότητες παρά τον πόνο που τους ταλαιπωρεί.

## **2) ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **2.1. Σκοπός έρευνας**

Ο κύριος σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η αξιολόγηση και η συλλογή πληροφοριών από ασθενείς με οσφυαλγία. Ταυτόχρονα, δημιουργήθηκε ένα εγχειρίδιο με οδηγίες, ασκήσεις και συμβουλές ώστε οι ασθενείς να ενημερωθούν για την πάθησή τους και να έχουν τρόπους να την καταπολεμήσουν. Επίσης, έγιναν προσπάθειες ώστε το εγχειρίδιο αυτό να είναι κατάλληλο για όλους τους ασθενείς που έχουν οσφυαλγία, να είναι αποδεκτό και σύμφωνο με τις επιστημονικές θεωρίες. Δευτερεύων σκοπός της εργασίας ήταν να δείξει αν η χρήση του εγχειριδίου από τους ασθενείς ήταν χρήσιμη ή/και αποτελεσματική για αυτούς.

### **2.2 Δείγμα**

Στην έρευνα συμμετείχαν 20 ασθενείς με οσφυαλγία άντρες και γυναίκες ηλικίας 22 έως 80 ετών. Αναλυτικότερα προσήλθαν 9 άντρες και 11 γυναίκες.

Για την εύρεση των ασθενών-εθελοντών οι ερευνητές απευθύνθηκαν σε νοσηλευτικά ιδρύματα στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας (προάστια κτλ.), κέντρα αποκατάστασης και ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια (στις ίδιες περιοχές) βρίσκοντας εθελοντές εργαζόμενους σε ιδιωτικό τομέα και δημόσιο (νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, σερβιτόρους κ.α.).

Στην διαδικασία της συγκεκριμένης έρευνας συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με τα εξής κριτήρια:

- Να είναι μεταξύ 20 και 80 ετών.
- Να μιλάνε και γράφουν στην ελληνική γλώσσα (ώστε να μπορούν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να απαντήσουν στις ερωτήσεις λήψης του ιστορικού).
- Να έχουν πόνο στην μέση τους, ή και στο πόδι τους, και

- Να έχουν μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινότητά τους λόγω της μέσης τους.

Αποκλείστηκαν από την έρευνα οι εξής:

- Γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.
- Ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο στην μέση τους.
- Αλλοδαποί.
- Ασθενείς με συνοδά προβλήματα όπως (κακοήθειες, νευρολογικά προβλήματα, ή άλλες χρόνιες παθήσεις).

Γενικά η επιλογή των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν τυχαία, δίνοντας βάση όχι μόνο σε ασθενείς με οσφυαλγία σε μεγαλύτερες ηλικίες αλλά και σε νέα άτομα. Επίσης, σε εργαζομένους φοιτητές και συνταξιούχους. Σημαντικό ήταν ότι το κριτήριο προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης δεν επιλέχθηκε διότι θέλαμε να διαπιστωθεί κατα πόσο με το ειδικό φυλλάδιο με ασκήσεις, συμβουλές και οδηγίες οι ασθενείς θα είχαν βελτιωθεί ή όχι. Έπρεπε όμως όλοι να πληρούν τα παραπάνω κριτήρια.

Αρχικά οι ασθενείς πριν υποβληθούν στην διαδικασία της έρευνας ενημερώθηκαν για το σκοπό και το περιεχόμενό της και καθησυχάστηκαν σχετικά με την διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Έτσι κλήθηκαν να υπογράψουν το έντυπο συναίνεσης ως εθελοντές με δεδομένο την άμεση αποχώρησή τους αν και όποτε εκείνοι το επιθυμούν (βλέπε παράρτημα 3).

### **2.3 Μέσα αξιολόγησης**

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο καθώς και μία σειρά από επιλεγμένα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δημιουργήθηκε σε προηγούμενο στάδιο της μελέτης, (Billis et al. 2010), όπου έχει ελεγχθεί και η

αξιοπιστία του μεταξύ των κλινικών θεραπειών που το χρησιμοποιούν (Billis et al, 2012)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (βλέπε παράρτημα 4) έχει τρία βασικά μέρη. Το πρώτο αναφέρεται στο ιστορικό των ασθενών. Περιλαμβάνει αρχικά 23 προσωπικές ερωτήσεις για τον κάθε ασθενή, 9 ερωτήσεις στις οποίες οι ασθενείς έπρεπε να απαντήσουν κυκλώνοντας την πιο ενδεικτική απάντηση για την πάθησή τους (πχ. παράγοντες πόνου, 24<sup>η</sup> συμπεριφορά πόνου κ.α.) και 8 ερωτήσεις σχετικά με την γενική κατάσταση της υγείας τους. Το δεύτερο μέρος ασχολείται με την κλινική εξέταση του ασθενή. Εμπεριέχει 22 κλινικές ερωτήσεις (εξέτασης) του ασθενή. Τέλος, το τρίτο μέρος όπου χρησιμοποιήθηκαν 6 αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια με σκοπό την κυκλική και ολοκληρωμένη αξιολόγηση του καθενός εθελοντή.

Σκοπός των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων είναι να εξεταστούν εκτός από την πάθηση και άλλοι παράγοντες τόσο ικανότητας-ανικανότητας-λειτουργικότητας όσο και ψυχοσωματικοί (π.χ. άγχος, κατάθλιψη). Επιπλέον, εξηγήθηκε στους συμμετέχοντες ο τρόπος με τον οποίο έπρεπε να απαντήσουν στις ερωτήσεις, λύθηκαν πιθανές τους απορίες αν και στους περισσότερους ασθενείς όλες οι ερωτήσεις και γενικά τα ζητούμενα ήταν κατανοητά. Το ερωτηματολόγιο ήταν στοχευόμενο στην πάθησή τους και εύκολο στην ανάγνωση του.

Όσον αναφορά τα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια (βλέπε παράρτημα 5) αυτά που επιλέχθηκαν αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Πρέπει σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι έχουν όλα διασκευαστεί στα ελληνικά και είναι αξιόπιστα και έγκυρα ώστε να δώσουν το ακριβές αποτέλεσμα. Αναλυτικότερα τα ερωτηματολόγια: Roland-Morris Disability Index, Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale, SF-12 Health Survey –Υγεία και ευημερία, έχουν διασκευαστεί στα ελληνικά τα τελευταία χρόνια και τα υπόλοιπα διασκευάστηκαν και ελέχθηκαν για την αξιοπιστία τους (Billis et al, 2010, 2012).

## **Κλινικό εγχειρίδιο ασκήσεων και οδηγιών οσφυαλγίας.**

Εκτός όμως από τα ερωτηματολόγια για την συγκεκριμένη εργασία χρησιμοποιήθηκε ένα φυλλάδιο (εγχειρίδιο) το οποίο βοηθούσε τους ασθενείς να κατανοήσουν την πάθησή τους αλλά και να λύσουν τις απορίες τους γύρω από αυτή. Το φυλλάδιο αυτό (βλέπε παράρτημα 2) δημιουργήθηκε από τους συμμετέχοντες στην παρούσα ερευνητική εργασία. Το περιεχόμενο του ήταν σύμφωνο με επιστημονικές θεωρίες και μελέτες και ήταν αποδεκτό με τις σύμφωνες απόψεις των επιστημόνων γύρω από την οσφυαλγία (βλέπε σχετική βιβλιογραφία που έχει παρατεθεί στο φυλλάδιο).

Το φυλλάδιο αυτό δημιουργήθηκε από τους δυο τελειόφοιτους φοιτητές φυσικοθεραπείας που είχαν αναλάβει την έρευνα, με σκοπό την καλύτερη ενημέρωση του ασθενή για το πρόβλημά του αλλά και για να δώσει τυχόν λύσεις σε αυτό το πρόβλημα. Έπειτα από αναλυτική μελέτη των πηγών και της διεθνούς βιβλιογραφίας από τους φοιτητές αλλά και την συνεχή συνεργασία με την αρμόδια καθηγήτρια κα. Ευδοκία Μπίλλη και μετά από πολλές διορθώσεις το φυλλάδιο ήταν έτοιμο και στοχευμένο στο πρόβλημα της οσφυαλγίας. Οι ασθενείς είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν μέσα από το φυλλάδιο για τον σκοπό του, για γενικές δομές της οσφύος, για τους παράγοντες πρόκλησης της οσφυαλγίας καθώς και για τα συνήθη συμπτώματά της. Ειδικότερα είχαν την ευκαιρία να μάθουν για τα οφέλη της φυσικοθεραπείας στην οσφυαλγία αλλά και τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να ελέγξουν το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν. Το φυλλάδιο αυτό κυρίως αποτελούσε ένα εγχειρίδιο με ασκήσεις και οδηγίες απλές και κατανοητές για τον ίδιο τον ασθενή. Επίσης, σημαντικό ήταν ότι οι οδηγίες αυτές και οι ασκήσεις ήταν ειδικές για την οσφυαλγία και απευθύνονταν τόσο σε ασθενείς που είχαν μικρές ενοχλήσεις στην μέση τους όσο και σε πιο περίπλοκες καταστάσεις με εντονότερο πόνο ή/και λειτουργικά προβλήματα. Εν κατακλείδι, στόχος της δημιουργίας του φυλλαδίου εκτός από την ενημέρωσή, ήταν η μείωση του πόνου των ασθενών που έπασχαν από οσφυαλγία και η βελτίωση της λειτουργικότητάς τους όσον αφορά τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Τον παραπάνω στόχο προσπαθήσαμε να το πετύχουμε με ασκήσεις οι οποίες θα μπορούσαν να ανακουφίσουν τον πόνο τους αλλά και θέσεις και κινήσεις τις οποίες

χρησιμοποιούν οι ασθενείς στην καθημερινότητά τους (π.χ. σωστός τρόπος άρσης ενός βάρους ή και κινήσεις που θα πρέπει να αποφεύγουν). Αρχικά χωρίσαμε την οσφυαλγία σε στάδια δηλαδή σε οξεία και χρόνια οσφυαλγία δίνοντας ασκήσεις για τις πρωινές ώρες, ασκήσεις στην οξεία φάση οσφυαλγίας και σε χρόνια φάση.

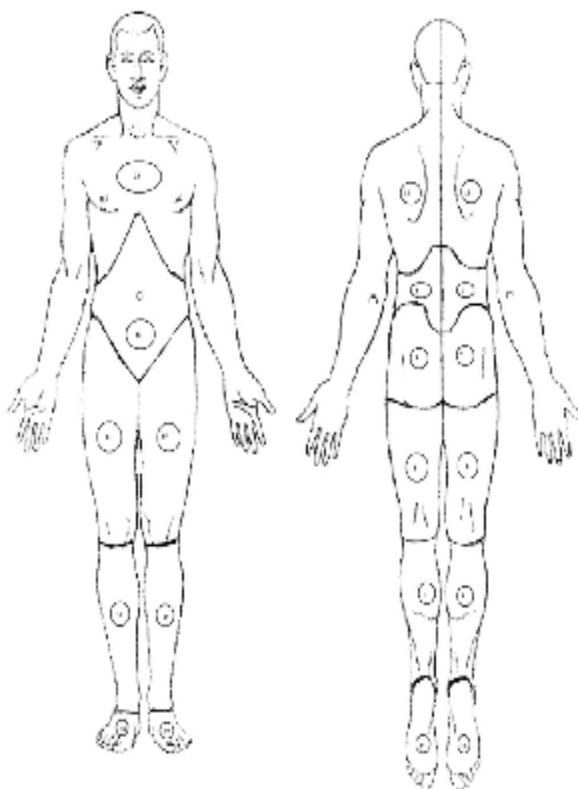
Αναφέρθηκαν κινήσεις και θέσεις τις οποίες θα πρέπει να αποφεύγουν οι ασθενείς για να μην είναι επώδυνες για αυτούς, αλλά και κατάλληλες θέσεις οι οποίες θα τους προσφέρουν ανακούφιση. Όλες οι ασκήσεις και οι οδηγίες που δόθηκαν στους ασθενείς ήταν κατατοπιστικές διότι δίνονταν με εικόνες οι οποίες συνοδεύονταν με επεξήγηση. Οι οδηγίες αφορούσαν τη στάση του σώματος του ασθενή σε καθιστή θέση σε όρθια αλλά και στην σωστή στάση στο κρεβάτι και γενικότερα οδηγίες για το πώς πρέπει να κινείται στο σπίτι. Οδηγίες δόθηκαν και για τον χώρο εργασίας των ασθενών με έμφαση κυρίως σε κάποιες λεπτομέρειες τις οποίες οι ασθενείς πραγματοποιούσαν λανθασμένα και καταπονούσαν την μέση τους όπως για τον σωστό τρόπο άρσης βάρους αλλά και για την σωστή καθιστή θέση μπροστά από τον υπολογιστή. Τέλος, για να ολοκληρωθεί η διαδικασία της έρευνας ζητήθηκε από τους ασθενείς να ακολουθήσουν τις ασκήσεις και τις οδηγίες που βρίσκονταν στο φυλλάδιο σε καθημερινή βάση και έπειτα από περίπου δύο μήνες εφαρμογής τους να επικοινωνήσουν μαζί μας και να μας απαντήσουν σε κάποιες ενδεικτικές ερωτήσεις (βλέπε παράρτημα 6).

## **2.4 Διαδικασία αξιολόγησης των ασθενών**

Αρχικά οι ασθενείς επιλέχθηκαν με συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία αναφέρθηκαν σε παραπάνω ενότητα. Όλοι οι εθελοντές βρέθηκαν από τα νοσοκομείο Γενικό νοσοκομείο Αθηνών (Γ. Γεννηματάς) και Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης αναπήρων (Ε.Ι.Α.) στους Αγίους Αναργύρους. Ειδικότερα, η έρευνα εξελίχτηκε στην περιοχή της Αθήνας, στο Περιστερί, στο Ίλιον, στην Καλλιθέα, στο Κερατσίνι στον Πειραιά. Αφού ξεκίνησε η διαδικασία της έρευνας και οι εθελοντές ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και για την διαδικασία συμμετοχής τους, απάντησαν σε κάποια ερωτηματολόγια σχετικά με προσωπικές ερωτήσεις αλλά και ερωτήσεις σχετικές με την πάθησή τους. Έπειτα υποβλήθηκαν σε κάποιες κλινικές δοκιμασίες τις οποίες εφάρμοσαν οι τελειόφοιτοι φοιτητές φυσικοθεραπείας (ο καθένας στον χώρο του) που

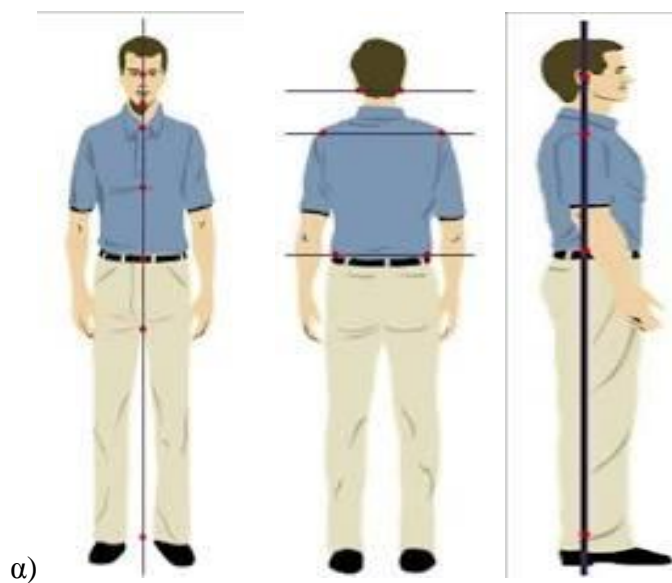
είχαν αναλάβει την έρευνα, έπειτα από ειδική εκπαίδευση που έλαβαν από την επιμελήτρια καθηγήτρια τους κυρία Ευδοκία Μπίλλη.

Ξεκινώντας την αξιολόγηση, δόθηκε στους ασθενείς ένας χάρτης με το ανθρώπινο σώμα ώστε να επιλέξουν την περιοχή του πόνου τους. Η εικόνα ήταν κατατοπιστική και εύχρηστη, όπως φαίνεται παρακάτω και οι ασθενείς κατάφεραν εύκολα να υποδείξουν τα σημεία πόνου τους.



Μετάπειτα, ακολούθησε η κλινική αξιολόγηση των ασθενών από διαφορετικές θέσεις. Αρχικά από όρθια στάση μπορέσαμε να παρατηρήσουμε τη στάση του κάθε ασθενή όπως δείχνουν οι εικόνες παρακάτω α) από μπροστά, πίσω αλλά και πλάγια και β) να συγκρίνουμε τη σωστή στάση σώματος με λανθασμένες. Τέλος, παρατηρήσαμε τη διαδικασία βάρδισής του εκάστοτε ασθενή, τη γενική εικόνα του προσώπου αλλά και συνολικά τη γενική κατάστασή του.





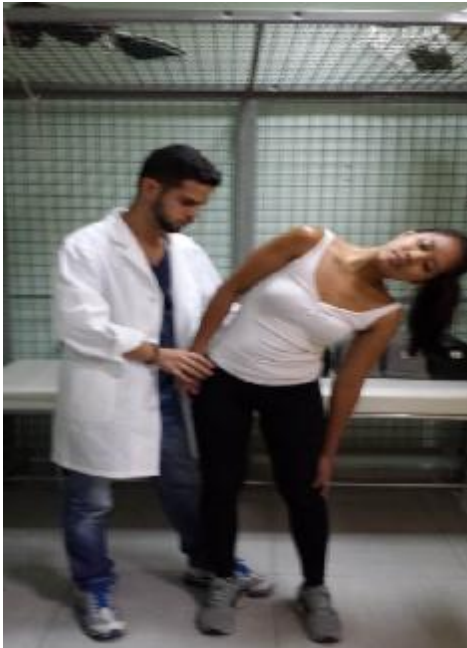
Επίσης, πάλι από όρθια στάση, ελέγχθηκαν οι κινήσεις της οσφύς του ασθενή δηλαδή α) κάμψη, β) έκταση, γ) αριστερή και δ) δεξιά πλάγια κάμψη, όπως φαίνεται στις εικόνες παρακάτω, ελέγχοντας το εύρος κίνησης τους αλλά και περιπτώσεις αναπαραγωγής πόνου. **Επισημαίνεται ότι η αξιολόγηση όλων των κινήσεων έγινε με γυμνή την πλάτη όχι όπως στην εικόνα.**



**Εικόνα 2: Κάμψη οσφύς**



**Εικόνα 1: Έκταση οσφύς**



**Εικόνα 3: Αριστερή πλάγια κάμψη οσφύς**

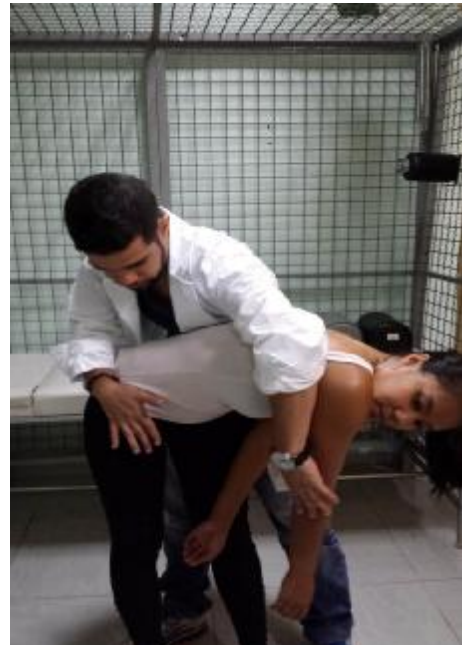


**Εικόνα 4: Δεξιά πλάγια κάμψη οσφύς**

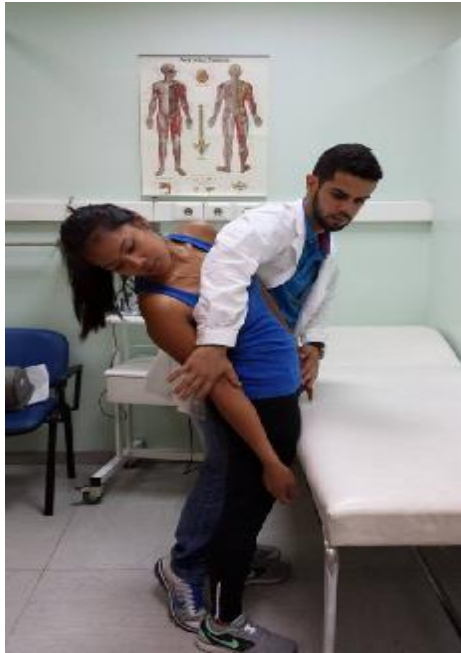
Επιπλέον, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κινήσεις- δοκιμασίες για να βρούμε αν υπάρχουν δυσλειτουργίες κατά την διάρκεια αυτών. Τέτοιες κινήσεις ήταν συνδυασμένες κινήσεις α) κάμψης με δεξιά πλάγια κάμψη, β) κάμψης με αριστερή πλάγια κάμψη, γ) έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη και δ) έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη, όπως δείχνουν οι παρακάτω εικόνες. Σκοπός αυτών των κινήσεων ήταν να παρατηρήσουμε τυχόν περιορισμούς σε αυτές, αλλά και περιπτώσεις αναπαραγωγής πόνου σε κάποιες από αυτές.



**Εικόνα 5: Κάμψη με δεξιά πλάγια κάμψη οσφύος**



**Εικόνα 6: Κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη οσφύος**



**Εικόνα 7: Έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη**



**Εικόνα 8: Έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη**

Η τελευταία δοκιμασία από όρθια στάση ήταν η αξιολόγηση των μυοτομίων της πάσχουσας πλευράς. Εξετάσαμε όπως φαίνεται και στις εικόνες, α) το Ο4 μυοτόμιο (βάδιση στις πτέρνες) και β) το Ι1 μυοτόμιο (βάδιση στις μύτες) με στόχο την παρατήρηση τυχόν αδυναμίας.



**Εικόνα 9: Εξέταση Ο4 μυοτομίου**



**Εικόνα 10: Εξέταση Ι 1 μυοτομίου**

Μετάπειτα, οι ασθενείς εξετάστηκαν από ύπτια θέση. Αρχικά ζητήσαμε από τον ασθενή να κάνει οπίσθια κλίση της λεκάνης για να δούμε το εύρος κίνησης σε αυτή τη δοκιμασία αλλά και την περίπτωση που εκλύεται κάποιος πόνος, όπως φαίνεται στην εικόνα από κάτω.



**Εικόνα 11: οπίσθια κλίση της λεκάνης**

Επίσης, ακολούθησε νευρολογικός έλεγχος σε αυτή τη στάση, στη συμπτωματική πλευρά. Ελέγξαμε τα μυοτόμια O2, O3, O5 για τυχόν εμφάνιση κάποιας αδυναμίας βάζοντας αντίσταση σε αυτές αλλά και την αισθητικότητα στα O2, O3, O4, O5, I1 για να δούμε αν εκλύονται και σε ποίο βαθμό, ερεθίζοντας τις περιοχές αυτές με ένα βαμβάκι ή με το ειδικό βουρτσάκι που υπήρχε στο πίσω μέρος του νευρολογικού σφυριού. Ακολούθως ελέγξαμε τα αντανακλαστικά α) του τετρακεφάλου και β) του αχιλλείου με σκοπό την έκλυση των παραπάνω αντανακλαστικών όπως δείχνουν και οι εικόνες παρακάτω.



**Εικόνα 12: Αντανακλαστικό τετρακεφάλου**



**Εικόνα 13 : Αντανακλαστικό αχιλλείου**



Επιπλέον, εκτελέσαμε και τα νευροδυναμικά τεστ για να ελέγξουμε αν ο ασθενής έχει την ικανότητα να τα εκτελέσει αλλά και αν υπάρχει κατά την εκτέλεσή τους αναπαραγωγή πόνου. Έτσι ο ασθενής έκανε α) το SLR και β) το αντίστροφο του σύμφωνα με τις παρακάτω εικόνες.



**Εικόνα 14: Δοκιμασία SLR**



**Εικόνα 15: Δοκιμασία Αντίστροφο SLR**

Ακόμα, από αυτή τη θέση κάναμε παθητικό έλεγχο της έσω και έξω στροφής του ισχίου ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο οι κινήσεις αυτές γίνονται σε όλο το εύρος τους αλλά και αν εκλύουν συμπτώματα όπως ο πόνος. Έτσι, όπως βλέπουμε στις εικόνες που ακολουθούν γίνεται παθητικά από τον φυσικοθεραπευτή α) η έσω στροφή και β) η έξω στροφή του ισχίου.



**Εικόνα 16: Έσω στροφή ισχίου**



**Εικόνα 17: Έξω στροφή ισχίου**

Τέλος, ελέγξαμε και τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις των ασθενών εκτελώντας τις παρακάτω τεχνικές:



**Εικόνα 18: Distraction test**



**Εικόνα 19: Thigh thrust test**



**Εικόνα 20: Compression test**

Ακολούθως εξετάσαμε τους ασθενείς από πρηνή θέση. Σε αυτή την θέση ψηλαφίσαμε όλες τις δομές της οσφύος για πιθανά trigger points αλλά και για παρατήρηση τυχόν μυϊκού σπασμού. Τέλος, εκτελέσαμε παθητικό έλεγχο των αρθρώσεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης εφαρμόζοντας οπισθο-πρόσθιες ολισθήσεις σε αυτούς τους σπονδύλους όπως φαίνεται και στις εικόνες παρακάτω.



**Εικόνα 21: Εξέταση O1  
σπονδύλου**



**Εικόνα 22: Εξέταση O2  
σπονδύλου**





**Εικόνα 23: Εξέταση Ο3 σπονδύλου**

Ακολουθήσαμε την ίδια διαδικασία για τους υπόλοιπους σπονδύλους (Ο4,Ο5, Ι1).

Ολοκληρώνοντας την εξέταση από πρηνή θέση ελέγξαμε την μυική ισχύ α) των γλουτιαίων και β) των ισchioκνημιαίων μυών. Η διαδικασία φαίνεται στις παρακάτω εικόνες.



**Εικόνα 24: Έλεγχος μυικής ισχύς γλουτιαίων**



**Εικόνα 25: Έλεγχος μυικής ισχύς ισchioκνημιαίων**

Η συνολική διάρκεια της εξέτασης ήταν περίπου 45 με 60 λεπτά. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διαδικασία αυτή κύλησε ομαλά, οι ασθενείς είχαν πλήρη επίγνωση σε αυτά που τους ζητήθηκαν, οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν συνεργάσιμοι.

Μετά το πέρας της εξέτασης, δόθηκε από τους φυσικοθεραπευτές το φυλλάδιο οσφυαλγίας στους ασθενείς. Ο σκοπός του φυλλαδίου αυτού ήταν να ενημερωθούν οι ασθενείς για την πάθησή τους και να ακολουθήσουν κάποιες βασικές ασκήσεις αλλά και οδηγίες οι οποίες θα τον βοηθούσαν ώστε να περιορίσουν τα συμπτώματά του αλλά και να βελτιωθεί η καθημερινότητά του. Μετά από 2 μήνες οι ασθενείς θα έπρεπε να επικοινωνήσουν με τους αρμόδιους, για την έρευνα, φυσικοθεραπευτές και να απαντήσουν στις παρακάτω ερωτήσεις, σύμφωνα με τις οποίες θα διαπιστωνόταν πόσο χρήσιμο ήταν το φυλλάδιο, αν το χρησιμοποίησαν κατά την διάρκεια αυτών των μηνών, ποία μέρη του φυλλαδίου χρησιμοποίησαν περισσότερο και τέλος αν τους βοήθησε ώστε να ανακουφιστεί ο πόνος τους και κατα πόσο βελτιώθηκε η κατάστασή τους (βλέπε παράρτημα 2 και 6).

Για τον σκοπό αυτό αλλά και για οποιαδήποτε απορία είχαν οι εθελοντές σε αυτή την διαδικασία, στο τέλος του φυλλαδίου τους δόθηκαν τα απαραίτητα στοιχεία επικοινωνίας mail και τηλέφωνα των υπευθύνων της έρευνας.

## **2.5. Ανάλυση Δεδομένων**

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και στατιστική ανάλυση. Όλες οι απαντήσεις των ερωτηθέντων κωδικοποιήθηκαν προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάλυση των δεδομένων. Οι κωδικοποιημένες απαντήσεις καταχωρήθηκαν αρχικά σε ένα αρχείο excel του ηλεκτρονικού υπολογιστή και ύστερα έγινε η στατιστική ανάλυση με την βοήθεια του προγράμματος SPSS (Statistical Package of the Social Science ή Statistical Package and Service Solutions Version 19.0) για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, για αριθμητικά δεδομένα (interval data) όπως η ηλικία και τα σκορ των επιμέρους ερωτηματολογίων που συμπεριλάβαμε στο τελικό ερωτηματολόγιο (STarT Back, Roland-Morris, Κλίμακα HAD κλπ.) χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation), διακυμάνσεις (variance), καθώς και ελάχιστες (minimum) και μέγιστες (maximum) τιμές. Για δεδομένα που εμπίπτουν σε κατηγορίες όπως (categorical and nominal data), όπως το φύλο, η μόρφωση το κάπνισμα κ.ά., χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες (Frequency) και ποσοστά (percent). Λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος (μόνο 20 άτομα) δεν ενδείκνυται να γίνει στατιστική ανάλυση.

### **3) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο συνολικός αριθμός των εθελοντών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 20 άτομα, από τα οποία οι 9 ήταν άνδρες 45% και οι 11 γυναίκες 55%, με μέσο όρο ηλικίας  $45,6 \pm 16,7$ . Από τους συμμετέχοντες οι 9 σε ποσοστό 45% εργάζονταν στο δημόσιο τομέα και οι 8 σε ποσοστό 40% στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον 3 συμμετέχοντες 15% του δείγματος δεν εργάζονταν καθόλου. Ακόμα, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών 60% είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούσαν οι απόφοιτοι δημοτικού 15% και γυμνασίου με το ίδιο ποσοστό 15%, μικρότερο ποσοστό της τάξης του 10% άνηκαν άτομα που είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό 55% ήταν έγγαμοι, ακολουθούσαν οι άγαμοι με ποσοστό 30% και μικρό ποσοστό οι διαζευγμένοι 10%. Μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων 75% που εμφάνισαν οσφυαλγία ήταν μη καπνίζοντες και όλοι είχαν επισκεφτεί κάποιον εξειδικευμένο ιατρό για το πρόβλημα της οσφυαλγίας. Περίπου οι μισοί εξ' αυτών 45% είχαν ακολουθήσει συγκεκριμένη θεραπεία ενώ το 55% δεν ακολούθησε κάποια μορφή θεραπείας. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, δηλαδή σε οξεία οσφυαλγία όπου οι ασθενείς είχαν ανυπόφορο πόνο υποβλήθηκαν σε κλινοστατισμό, σε ποσοστό 30%. Όλοι οι συμμετέχοντες άνηκαν σε κάποιο ταμείο υγείας, με μεγαλύτερο ποσοστό αυτών 45% να ανήκουν στον ΕΟΠΠΥ και το 40% σε κάποιον άλλο δημόσιο τομέα. Σε ποσοστό 10% οι εθελοντές άνηκαν σε ιδιωτικό φορέα ασφάλισης. Σημαντικό εύρημα ήταν ότι οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό 40% είχαν καθαρή διάγνωση δισκοπάθειας-κήλης δίσκου και το 10% είχαν οσφυο/ισχιαλγία. Το υπόλοιπο 50% είχαν διαφορετική διάγνωση οσφυαλγίας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα της έρευνας φαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 1).

**Πίνακας 1.** Δημογραφικό προφίλ του δείγματος (n=20)

	<b>Ελάχιστη – Μέγιστη τιμή</b>	<b>Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)</b>	
<b>Ηλικία</b>	22 -80	45,60 (16,7)	
		<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Φύλο</b>	Αντρας	9	45
	Γυναίκα	11	55
<b>Εργασία</b>	Δημόσιος φορέας	9	45,0
	Ιδιωτικό φορέας	8	40,0
<b>Εκπαίδευση</b>	δημοτικό	3	15,0
	Γυμνάσιο	3	15,0
	Λύκειο	2	10,0
	3βάθμια	12	60,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Ελεύθερος	6	30,0
	Παντρεμένος	11	55,0
	Διαζευγμένος	2	10,0
<b>Κάπνισμα</b>	όχι	15	75,0
	Λίγο, 1-2 πακέτα/ εβδομάδα	4	20,0
	Πολύ, 1-2 πακέτα /μέρα	1	5,0
<b>Κλινοστατισμός</b>		6	30,0
<b>Επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό</b>		20	100,0
<b>Θεραπεία</b>		9	45,0
<b>Περίθαλψη υγείας</b>	Δημόσιο	8	40,0
	ΕΟΠΠΥ	9	45,0
	εθνική	1	5,0
	ΕΟΠΠΥ & Interamerican	1	5,0
	Interamerican	1	5,0
<b>Διάγνωση</b>	Δισκοπάθεια /κήλη δίσκου	8	40,0
	Οσφυαλγία	1	5,0
	Ισχιαλγία	1	5,0
	Οσφυοίσχυαλγία	2	10,0
	Μετατόπιση σπονδύλου	1	5,0

	Αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση	1	5,0
--	-----------------------------	---	-----

Αναλύθηκαν οι μετρήσεις της κλίμακας VAS, η οποία είναι κλίμακα βαθμονόμησης του πόνου με τιμές από 0-10 (0- καθόλου, 10- ανυπόφορος πόνος) και μας έδωσε τα εξής αποτελέσματα, όσον αφορά τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση:

		<b>Μέσος όρος και Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Για μέση</b>	Πόνος στα καλύτερα	1,33 ± 1,99
	Πόνος στα χειρότερα	7,85 ± 1,45
	Μέσος όρος πόνου	4,46 ± 1,46
<b>Για πόδι</b>	Πόνος στα καλύτερα	1,40 ± 1,91
	Πόνος στα χειρότερα	5,08 ± 3,81
	Μέσος όρος πόνου	3,24 ± 2,70

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου The Start Back Screening Tool το οποίο σχεδιάστηκε για να εκφράσει την πρόγνωση ατόμων που έχουν πόνο στη μέση ή και στο πόδι, έδειξε πως ο μέσος όρος ήταν  $3,9 \pm 2,27$ , υποδηλώνοντας αρκετά καλή πρόγνωση. Το Maine-Seattle Total Score το οποίο ελέγχει κυρίως την λειτουργικότητα των ασθενών εμφάνισε μέσο όρο  $17,2 \pm 2$ . Η κλίμακα SBI που βασίζεται σε ασθενείς με συμπτώματα στο πόδι (ισχιαλγία) είχε μέσο όρο  $12,15 \pm 5,74$ , μικρό δηλαδή ποσοστό ισχιαλγίας. Από το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Questionnaire όπου μετράει το ποσοστό ανικανότητας (disability) – αναπηρίας των ασθενών προέκυψε μέσος όρος  $8,95 \pm 5,37$ , δηλαδή χαμηλής σοβαρότητας ανικανότητα. Η κλίμακα HAD που δημιουργήθηκε με σκοπό την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους των ασθενών και με το σκορ να κυμαίνεται από 0 - 21, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος για τους ασθενείς με άγχος ήταν  $8,9 \pm 3,09$  και για την κατάθλιψη  $7,2 \pm 4,74$ . Τέλος τα αποτελέσματα της κλίμακας SF-12, η οποία αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο κατά το οποίο καλούνται οι ασθενείς να εκφράσουν την γνώμη τους για την γενική τους υγεία και την ποιότητα ζωής, είχαν ως εξής:

- Στην βαθμονόμηση σωματικών παραμέτρων (Physical subscore) ο μέσος όρος ήταν  $41,53 \pm 7,176$  δηλαδή σχετικά καλή σωματική υγεία.
- Στην βαθμονόμηση ψυχικών παραμέτρων (Mental subscore) ο μέσος όρος ήταν  $42,67 \pm 11,06$  δηλαδή σχετικά καλή ψυχική υγεία.

Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 2) παρουσιάζονται τα παραπάνω στοιχεία αναλυτικότερα.

**Πίνακας 2.** Αποτελέσματα ερωτηματολογίων και εντάσεως πόνου (n=20)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
VAS - πόνος χειρότερα (μέση)	5	10	7,85	1,45
VAS - πόνος καλύτερα (μέση)	0	6	1,33	1,99
VAS - μέσος όρος πόνου (μέση)	3	8	4,46	1,46
VAS - πόνος χειρότερα (πόδι)	0	10	5,08	3,81
VAS - πόνος καλύτερα (πόδι)	0	5	1,40	1,91
VAS - μέσος όρος πόνου (πόδι)	0	8	3,24	2,70
STarT Back total	0	9	3,90	2,27
Maine-Seattle Total Score	12,00	22,00	17,25	2,0
SBI -Total score	2,00	22,00	12,15	5,74
Roland-Morris Disability Questionnaire	2	21	8,95	5,37
HAD-Anxiety subscale	3	15	8,90	3,09
HAD-Depression subscale	0	17	7,20	4,74
SF-12 Physical subscore	24,90	54,20	41,53	7,176
SF-12 Mental subscore	21,90	58,80	42,67	11,06

Στην συνέχεια εξετάστηκε το ιστορικό του κάθε ασθενή και βρέθηκε πως οι περισσότεροι ασθενείς 65% εμφάνισαν πόνο στην περιοχή του γλουτού δεξιά, και την μικρότερη συχνότητα πόνου στην πρόσθια επιφάνεια της δεξιάς ποδοκνημικής με ποσοστό 5% αλλά και στην πρόσθια επιφάνεια του δεξιού μηρού με ποσοστό πάλι 5%. Ακόμη, το 30% του δείγματος χαρακτήρισε τον πόνο στην μέση τους έντονο, το 45% διάχυτο και το 35% αυτών εντοπισμένο. Αντίστοιχα, χαρακτήρισαν τον πόνο

στο πόδι τους καυστικό το 20%, οξύ πάλι το 20%, παλμικό εξίσου το 20%, ηλεκτρικό ρεύμα το 25% και τέλος διάχυτο το 20%. Όσον αφορά την έναρξη των συμπτωμάτων το 70% των ασθενών απάντησε ότι τα συμπτώματα ξεκίνησαν σταδιακά ενώ το 60% ότι προϋπήρχαν κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες, ένα όμως ποσοστό της τάξης του 35% είχε εμφανίσει προηγούμενα επεισόδια στην οσφύ ενώ το 20% μόλις, είχε προηγούμενα συμπτώματα στο πόδι. Σε ερώτηση που τέθηκε προς τους εθελοντές αν κάποιες συγκεκριμένες θέσεις επιδεινώνουν τον πόνο στην οσφύ τους το 65% απάντησε η κάμψη της οσφύς, το 55% είπε η ορθοστασία και το 35% ανέφερε το τέντωμα της μέσης αλλά και την έγερση από καθιστή θέση 35%. Αντίθετα ως θέσεις ανακούφισης το μεγαλύτερο ποσοστό 75% απάντησε όταν ξαπλώνει και μικρό ποσοστό της τάξης του 20% είπε όταν κάθονται σε καρέκλα. Στην συνέχεια η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 40% υποστήριξε ότι ο πόνος στην μέση τους ήταν χειρότερος το πρωί, ενώ το 35% είχαν χειρότερο πόνο το βράδυ. Επιπρόσθετα, το 80% των συμμετεχόντων θεωρούσε τον πόνο στην οσφύ χειρότερο, σε σύγκριση με ένα 20% αυτών που θεωρούσε χειρότερο τον πόνο στο πόδι. Επιπλέον, υψηλό ποσοστό των ασθενών 40% παρουσίασε και άλλα συμπτώματα εκτός από την οσφυαλγία με κυριότερα την δυσκαμψία το 45%, κράμπες και σπασμούς το 30% ενώ το 20% είχε και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, κυρίως αυχεναλγία. Τέλος το 85% είχε υποβληθεί σε ακτινογραφία για να γίνει η σωστή διάγνωση του προβλήματος, ενώ το υπόλοιπο 15% υποβλήθηκε σε μαγνητική. Τα παραπάνω αποτελέσματα της έρευνας φαίνονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί (Πιν. 3).

**Πίνακας 3.** Αποτελέσματα λήψεως ιστορικού - Υποκειμενική αξιολόγηση (n=20)

		<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Περιοχές πόνου	Αριστερή οσφυαλγία	11	55,0
	Δεξιά οσφυαλγία	12	60,0
	Αριστερός γλουτός	11	55,0
	Δεξής γλουτός	13	65,0
	Οπίσθια επιφάνεια αριστερού μηρού	7	35,0
	Οπίσθια επιφάνεια δεξιού μηρού	8	40,0
	Αριστερή γαστροκνημία	4	20,0
	Δεξιά γαστροκνημία	4	20,0
	Αριστερή ποδοκνημική	2	10,0
	Δεξιά ποδοκνημική	4	20,0



	Πρόσθια επιφάνεια δεξιού μηρού	1	5,0
	Πρόσθια επιφάνεια δεξιάς κνήμης	2	10,0
	Πρόσθια επιφάνεια δεξιάς ποδοκνημικής	1	5,0
Άλλα συμπτώματα	Μούδιασμα	6	30,0
Ποιότητα πόνου μέσης	έντονος	7	35,0
	διάχυτος	9	45,0
	Εντοπισμένος	7	35,0
Ποιότητα πόνου στο πόδι	καυστικός	4	20,0
	οξύς	4	20,0
	παλμικός	4	20,0
	Ηλεκτρικό ρεύμα	5	25,0
	διάχυτος	4	20,0
Θέσεις επιδείνωσης	κάμψη	13	65,0
	Τέντωμα της μέσης (straightening)	7	35,0
	Κάθισμα	5	25,0
	Ορθοστασία	11	55,0
	Έγερση από κάθισμα	7	35,0
Θέσεις ανακούφισης	Κάθισμα	4	20,0
	Βάδιση	6	30,0
	Ξαπλωμένος (-η)	15	75,0
	Άλλη θέση	8	40,0
24ωρη συμπεριφορά πόνου	Χειρότερα το πρωί	8	40,0
	Χειρότερα τις βραδινές ώρες	7	35,0
	Άλλα	7	35,0
Πόνος οσφύς χειρότερος		16	80,0
Πόνος ποδιού χειρότερος		4	20,0
Άλλα συμπτώματα	Δυσκαμψία	9	45,0
	Σπασμοί /κράμπες	6	30,0

	υπαισθησία	2	10,0
Εξετάσεις	Ακτινογραφία	17	85,0
	Μαγνητική	3	15,0
Ιστορικό	Σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων	14	70,0
	Προδιαθεσικοί παράγοντες έναρξης (προβλήματος)	12	60,0
Προηγούμενα επεισόδια	(στην μέση)	7	35,0
	Στο πόδι	4	20,0
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα	Σκολίωση /παραμόρφωση	2	10,0
	Αυχεναλγία	4	20,0
	Άλλα	5	25,0

Μετέπειτα, ακολούθησε η αντικειμενική αξιολόγηση κατά την οποία παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 55% είχαν λорδωτική στάση. Αντιθέτως, το μικρότερο ποσοστό των ασθενών 10% εμφάνισε ανταλγική στάση. Το υπόλοιπο 35% παρότι είχε συμπτώματα οσφυαλγίας ή/και ισχιαλγίας είχε φυσιολογική στάση, αλλά σε ποσοστό 30% παρατηρήθηκε ανταλγική βάδιση.

Στη συνέχεια της εξέτασης οι ασθενείς εκτέλεσαν κινήσεις της οσφύος όπου παρατήθηκε σε ποσοστό 50% περιορισμός της δεξιάς πλάγιας κάμψης της οσφύος και σε ποσοστό 45% περιορισμός της έκτασης αυτής. Ταυτόχρονα, εμφανίστηκε πόνος κατά την κάμψη της οσφύος στο 50% αυτών, και πόνος στη δεξιά πλάγια κάμψη αυτής σε ποσοστό 45%. Έπειτα από επαναλαμβανόμενη κάμψη της οσφυϊκής μοίρας το 50% των ασθενών παρουσίασε περιφεριοποίηση των συμπτωμάτων.

Στις συνδυασμένες κινήσεις που εφαρμόστηκαν στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας βρέθηκε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, 50% υπήρξε περιορισμός στην έκταση της οσφύος με ταυτόχρονη αριστερή πλάγια κάμψη αυτής, και στο 45% αυτών, εμφανίστηκε περιορισμός στην κάμψη της οσφύος με ταυτόχρονη δεξιά πλάγια κάμψη. Επίσης, ο υψηλότερος πόνος που εκλύθηκε στους ασθενείς ήταν στην κίνηση της κάμψης της οσφύος με δεξιά πλάγια κάμψη αυτής σε ποσοστό 60% και έκταση της οσφύος με αριστερή πλάγια κάμψη αυτής στο 55% αυτών. Τέλος, το 45% των ασθενών εμφάνισε πόνο, όταν τους ζητήθηκε να εκτελέσουν οπίσθια κλίση της

λεκάνης (πυέλου). Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 4) παρουσιάζονται τα παραπάνω στοιχεία αναλυτικότερα.

**Πίνακας 4.** Αποτελέσματα κλινικής εξέτασης (n=20)

		<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Στάση	Φυσιολογική	7	35,0
	Λορδωτική	11	55,0
	Ανταλγική	2	10,0
Ανταλγική βάδιση		6	30,0
Ενεργητικές κινήσεις	Περιορισμός κάμψης	8	40,0
	Περιορισμός έκτασης	9	45,0
	Περιορισμός αρ. Πλ. Κάμψης	6	30,0
	Περιορισμός δεξ. Πλ. Κάμψης	10	50,0
	Πόνος στην κάμψη	10	50,0
	Πόνος στην έκταση	9	45,0
	Πόνος αρ. πλ. Κάμψης	8	40,0
	Πόνος δεξ. Πλ. Κάμψης	9	45,0
Επαναλαμβανόμενη κίνηση κάμψης	Περιφερικοποίηση συμπτωμάτων	10	50,0
Συνδυασμένες κινήσεις	Περιορισμένη κάμψη με Δ πλ. κάμψη	9	45,0
	Περιορισμένη κάμψη με Αρ. πλ. κάμψη	7	35,0
	Περιορισμένη έκταση με Δ πλ. κάμψη	5	25,0
	Περιορισμένη έκταση με Αρ. πλ. κάμψη	10	50,0
	Πόνος - κάμψη με Δ πλ. κάμψη	12	60,0
	Πόνος - κάμψη με Αρ. πλ. κάμψη	10	50,0
	Πόνος - έκταση με Δ πλ. κάμψη	9	45,0
	Πόνος - έκταση με Αρ. πλ. κάμψη	11	55,0
	Πρόβλημα 'κλειστού' πρότυπου κίνησης	9	45,0
	Πρόβλημα δυσλειτουργίας	9	45,0

Ενεργητικές κινήσεις πυέλου	Πόνος με οπίσθια κλίση	9	45,0
--------------------------------	------------------------	---	------

Κατά την νευρολογική εξέταση υπήρξαν τα εξής αποτελέσματα:

- Από τα μυοτόμια, η μεγαλύτερη αδυναμία βρέθηκε στα O4 και I1 με ποσοστό (35%) το καθένα.
- Για τα δερμοτόμια, παρατηρήθηκε υπαισθησία στο (15%) των ασθενών για το O5, ενώ για το O4 μόλις (5%).
- Στα αντανακλαστικά, υπήρξε ανύπαρκτο το αντανακλαστικό του αχιλλείου στο (20%) των ασθενών.
- Για τα νευροδυναμικά τεστ, το SLR ήταν θετικό σε πόνο και τάση στο (50%) των ασθενών, ενώ το αντίστροφό του, βρέθηκε θετικό σε ποσοστό (30%) αυτών.

Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 5) εμφανίζονται τα παραπάνω αποτελέσματα συγκεντρωτικά.

**Πίνακας 5.** Αποτελέσματα νευρολογικής εξέτασης (n=20)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μυοτόμια	Αδυναμία O3	5	25,0
	Αδυναμία O4	7	35,0
	Αδυναμία O5	6	30,0
	Αδυναμία I1	7	35,0
Δερμοτόμια	O4 - υπαισθησία	1	5,0
	O5 - υπαισθησία	3	15,0
Αντανακλαστικά	Αχιλλείου - απών	4	20,0
Νευροδυναμικά	SLR –θετικό για πόνο & τάση	10	50,0
	Reverse SLR –θετικό για πόνο & τάση	6	30,0

Εν συνεχεία ακολούθησε ο έλεγχος των ιερολαγόνιων αρθρώσεων όπου περιορισμός και πόνος βρέθηκε στο 65% των ασθενών κατά την εφαρμογή του Compression test. Ενώ, στο Thigh thrust test παρατηρήθηκε περιορισμός σε ποσοστό 60% των ασθενών και πόνος στο 55% αυτών.

Κατά τις επικουρικές οπισθοπρόσθιες ολίσθησεις βρέθηκε στον Ο5 οσφυϊκό σπόνδυλο περιορισμός της κίνησης του στο 65% των ασθενών και πόνος στο 70% αυτών. Επιπρόσθετα, για τον Ο4 οσφυϊκό σπόνδυλο παρατηρήθηκε περιορισμός της κίνησης του σε ποσοστό 60% των ασθενών και πόνος πάλι στο 70% αυτών.

Η ψηλάφηση έδειξε θετικά ευρήματα στην κάτω οσφυϊκή περιοχή των ασθενών σε ποσοστό 65%, στην άνω οσφυϊκή στο 55% αυτών και τέλος στην περιοχή των ιερολαγόνιων αρθρώσεων σε ποσοστό 45% αυτών. Εν κατακλείδι, κατά τον μυϊκό έλεγχο παρατηρήθηκε αδυναμία στους οπίσθιους μηριαίους στο 25% των ασθενών. Στον παρακάτω πίνακα (Πιν. 6) παραθέτονται τα παραπάνω στοιχεία αναλυτικότερα.

**Πίνακας 6.** Αποτελέσματα παθητικού έλεγχου αρθρώσεων & ψηλάφηση (n=20)

		<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Ιερολαγόνια</b>	Thigh thrust - περιορισμός	12	60,0
	compression test - περιορισμός	13	65,0
	Πόνος με Distraction test	7	35,0
	Πόνος με thigh thrust test	11	55,0
	Πόνος με compression test	13	65,0
<b>Επικουρική οπισθοπρόσθια ολίσθηση</b>	Ο4 –περιορισμός	12	60,0
	Ο5 – περιορισμός	13	65,0
	Ι1 –περιορισμός	11	55,0
	Ο3- πόνος	11	55,0
	Ο4 – πόνος	14	70,0
	Ο5 – πόνος	14	70,0
<b>Ψηλάφηση</b>	Θετικά ευρήματα άνω οσφυϊκή	11	55,0
	Θετικά ευρήματα κάτω οσφυϊκή	13	65,0
	Θετικά ευρήματα ιερολαγόνια περιοχή	9	45,0
<b>Μυϊκός έλεγχος</b>	Αδύναμοι οπίσθιοι μηριαίοι	5	25,0

### Αποτελεσματικότητα εγχειριδίου

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του εγχειριδίου, όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην εξέταση το χρησιμοποίησαν. Το 90% αυτών το βρήκε χρήσιμο ενώ μόλις το 10% το χαρακτήρισε ως μετρίως χρήσιμο. Οι περισσότεροι ασθενείς σε ποσοστό 55% χρησιμοποίησαν το εγχειρίδιο για περίπου 10 μέρες έως ένα μήνα. Ακόμα, υπήρξαν αρκετοί δηλαδή το 40% αυτών, που το χρησιμοποίησαν για πάνω από 1 μήνα, ενώ μόνο το 5% το χρησιμοποίησε μια φορά. Αξίζει να αναφερθεί ότι, η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 75% το βρήκε αποτελεσματικό και το 20% αυτών πολύ αποτελεσματικό. Πάντως, ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 5% δήλωσε ότι το εγχειρίδιο ήταν ελάχιστα αποτελεσματικό. Επίσης, ζητήθηκε από τους ασθενείς να αναφέρουν ποιο μέρος του εγχειριδίου τους φάνηκε πιο χρήσιμο και αποτελεσματικό. Οι περισσότεροι σε ποσοστό 75% απάντησαν ότι και τα 2 μέρη του ήταν εξίσου χρήσιμα. Το 20% θεώρησε ότι μόνο το κομμάτι των ασκήσεων ήταν αποτελεσματικό ενώ μόλις το 5% απάντησε μόνο οι οδηγίες. Τέλος, το 75% των ασθενών απάντησε ότι η κατάσταση του βελτιώθηκε με τη χρήση του εγχειριδίου και ένα 10% αυτών είδε μεγάλη βελτίωση. Παρόλα αυτά, το 15% δήλωσε ότι παρατήρησε ελάχιστη βελτίωση. Παρακάτω φαίνεται αναλυτικά ο πίνακας (Πιν.7) της αποτελεσματικότητας του εγχειριδίου.

**Πίνακας 7.** Αποτελεσματικότητα εγχειριδίου (n=20)

		<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Χρήση από όλους</b>		20	100,0
<b>Συχνότητα χρήσης</b>	Μία φορά	1	5,0
	Για 10 μέρες με έναν μήνα	11	55,0
	Για πάνω από μήνα	8	40,0
<b>Πόσο χρήσιμο ήταν</b>	Χρήσιμο	18	90,0
	Μετρίως χρήσιμο	2	10,0
<b>Πόσο αποτελεσματικό ήταν</b>	Ελάχιστα αποτελεσματικό	1	5,0
	Αποτελεσματικό	15	75,0
	Πολύ αποτελεσματικό	4	20,0
<b>Αποτελεσματικότερο μέρος εγχειριδίου</b>	Οδηγίες	1	5,0

	Ασκήσεις	4	20,0
	Και τα 2 μέρη	15	75,0
<b>Βελτίωση με την χρήση του εγχειριδίου</b>	Ελάχιστη βελτίωση	3	15,0
	Βελτίωση	15	75,0
	Μεγάλη βελτίωση	2	10,0

## **4) ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αθήνας, είχε ως σκοπό να ελέγξει κατα πόσο ένα εγχειρίδιο οδηγιών και ασκήσεων μπορεί να αποδειχτεί αποτελεσματικό σε ασθενείς με οσφυαλγία. Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη κατά την περίοδο Μαρτίου- Μαΐου 2014 σε συγκεκριμένο δείγμα του γενικού πληθυσμού της πρωτεύουσας.

### **4.1. Εξήγηση και ερμηνεία αποτελεσμάτων**

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την οσφυαλγία, που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα είναι τα εξής: Ο συνολικός αριθμός των ασθενών – εθελοντών ήταν 20 άτομα, 9 άνδρες και 11 γυναίκες, οι οποίοι είχαν συγκεκριμένη διάγνωση οσφυαλγίας με μέσο όρο ηλικίας τα 45.6 χρόνια. Λογικό χαρακτηρίστηκε το γεγονός ότι οι παντρεμένοι 55% εμφάνισαν οσφυαλγία με μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους ελεύθερους, κάτι το οποίο εξηγείται ίσως από τον τρόπο ζωής τους και τις καθημερινές τους ευθύνες. Ήταν εντυπωσιακό πως η πλειοψηφία των ασθενών 75% ήταν μη καπνίζοντες. Επιπλέον το 100% του δείγματος είχε επισκεφτεί κάποιον εξειδικευμένο γιατρό για το πρόβλημα στην οσφύ του και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών 40% είχε διαγνωστεί με κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου.

Όσον αφορά το ιστορικό των ασθενών, τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενδιαφέροντα. Το 65% των ασθενών είχε πόνο στον δεξή γλουτό και το 60% στη δεξιά πλευρά της οσφύς. Μικρότερο ποσοστό 10% στην ποδοκνημική, το οποίο μας φανερώνει ότι τα συμπτώματα ήταν κυρίως κεντρικότερα στο σημείο της βλάβης και λιγότερο περιφερικά αυτού. Επιπλέον, οι θέσεις από τις οποίες οι ασθενείς εκδήλωσαν τον πιο έντονο πόνο ήταν, κατά την κάμψη της οσφύς σε ποσοστό 65% και κατά την ορθοστασία το 55%, ενώ οι ασθενείς ανακουφίζονταν από τον πόνο όταν ήταν ξαπλωμένοι στο κρεβάτι σε ποσοστό 75%, κάτι το οποίο ήταν αναμενόμενο. Τέλος, η συμπεριφορά του πόνου κατά την διάρκεια της μέρας έδειξε πως το 40% των ασθενών αντιμετώπιζε χειρότερο πόνο τις πρωινές ώρες, σε αντίθεση με το 35% αυτών που είχαν εντονότερα συμπτώματα το βράδυ. Από αυτό συμπεραίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 65% αυτών είχαν ήσυχο ύπνο.



Σημαντικό εύρημα αποτέλεσε το αποτέλεσμα της κλίμακας VAS μία κλίμακα που μετρά τον πόνο με τιμές (0 για καθόλου πόνο και 10 για μέγιστο πόνο), που έδειξε ότι ο μέσος όρος του πόνου της μέσης στα χειρότερα ήταν 7,85 ενώ ο μέσος όρος του μέγιστου πόνου στο πόδι ήταν 5,08. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν από τα ποσοστά των ασθενών που απάντησαν ότι το 80% αυτών είχαν χειρότερο πόνο στην μέση, ενώ μόνο το 20% είχε χειρότερο πόνο στο πόδι. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς σε ποσοστό 85% χρησιμοποίησαν ως απεικονιστικό έλεγχο την ακτινογραφία και το 15% αυτών την μαγνητική τομογραφία για την έγκυρη διάγνωση του προβλήματος τους.

Από την κλινική εξέταση αξίζει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 55%, εμφάνισε λорδωτική στάση, το 10% ανταλγική και το 35% στέκονταν φυσιολογικά. Τα παραπάνω στατικά αποδεικνύουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος είχαν αδύναμους κοιλιακούς. Επίσης, όταν τους ζητήθηκε να πραγματοποιήσουν κάποιες συνδυασμένες κινήσεις διαπιστώσαμε, ότι οι πιο πολλοί και συγκεκριμένα το 50% αυτών, είχε περιορισμό στην έκταση, με αριστερή πλάγια κάμψη της οσφύος. Ενώ ένας εξίσου μεγάλος αριθμός ασθενών 45%, βρέθηκε με περιορισμό της κάμψης της οσφύος σε συνδυασμό με δεξιά πλάγια κάμψη. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς εκδήλωσαν τον περισσότερο πόνο κατά κάμψη της οσφύος σε συνδυασμό με δεξιά πλάγια κάμψη σε ποσοστό 60%. Ενώ κατά την έκταση, με αριστερή πλάγια κάμψη της οσφύος το 55% αυτών δήλωσε πόνο. Ακόμα, αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την νευροδυναμική δοκιμασία της άρσης τεταμένου σκέλους το 50% του δείγματος ανέφερε πόνο.

Για να εξεταστούν όσο το δυνατόν καλύτερα οι αρθρώσεις στην περιοχή της λεκάνης ακολούθησε ο παθητικός έλεγχος. Για τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις πολύ χρήσιμα ήταν τα τεστ thigh thrust και compression, τα οποία έδειξαν ότι υπήρχε περιορισμός της κίνησης των ιερολαγόνιων στο 60% και 65% αντίστοιχα των ασθενών. Αυτό είναι αρκετά ενδιαφέρον διότι οι ασθενείς φάνηκαν να έχουν κάποιο πρόβλημα το οποίο όμως δεν οφείλονταν σε κατ' εξοχήν βλάβη της οσφυϊκής μοίρας αλλά σε μειωμένη κινητικότητα των ιερολαγόνιων αρθρώσεων. Επιπλέον κατά την εφαρμογή οπισθοπρόσθιων ολισθήσεων στην περιοχή της λεκάνης αποδείχτηκε ότι υπήρχε μεγάλος περιορισμός στους O4 και O5 οσφυϊκούς σπονδύλους στο 60% και 65% αντίστοιχα του δείγματος. Ήταν αναμενόμενο λοιπόν το γεγονός ότι το 70% αυτών δήλωσε και πόνο στους παραπάνω σπονδύλους. Τέλος, κατά την πραγματοποίηση της ψηλάφησης στην περιοχή της οσφύος και της λεκάνης οι

ασθενείς να εμφάνισαν τα περισσότερα θετικά ευρήματα στην κάτω οσφυϊκή περιοχή σε ποσοστό 65%.

Όσον αφορά το εγχειρίδιο που δημιουργήθηκε για τους ασθενείς, τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερος ενθαρρυντικά. Όλοι οι ασθενείς χρησιμοποίησαν το εγχειρίδιο και το 90% αυτών το βρήκε χρήσιμο, κάτι το οποίο ήταν πολύ σημαντικό αφού εκπλήρωσε κάποιους από τους στόχους της συγγραφής του. Επιπλέον, το 40% των ασθενών το χρησιμοποίησαν για πάνω από 1 μήνα και κυρίως το 75% αυτών το χαρακτήρισε αποτελεσματικό. Τέλος και τα δύο μέρη του εγχειριδίου (οδηγίες και ασκήσεις) χρησιμοποιήθηκαν από τους ασθενείς σε ένα ποσοστό 75% και το ίδιο ποσοστό αυτών ανέφερε βελτίωση της κατάστασής τους έπειτα από την εφαρμογή του. Τα αποτελέσματα αυτά έκαναν ευχάριστη εντύπωση στους συγγραφείς (φοιτητές) της εργασίας, επειδή το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος όχι μόνο διάβασε το εγχειρίδιο, αλλά εφάρμοσε τις οδηγίες, τις ασκήσεις και ακολούθως είχε βελτίωση στο πρόβλημα της οσφυαλγίας που τον ταλαιπωρούσε.

#### **4.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες**

Τα αποτελέσματα αυτής της ερευνάς έχουν κάποιες ομοιότητες, αλλά και διαφορές με αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν κυρίως στο εξωτερικό.

Αρχίζοντας από τις ομοιότητες, οι Gilgil et al. (2005) και Ghaffari et al. (2006) σε έρευνες που πραγματοποίησαν σε αναπτυσσόμενες χώρες, βρήκαν ότι η ηλικία επηρεάζει την οσφυαλγία. Αναλυτικότερα, αυτοί που πάσχουν περισσότερο δεν είναι νέοι ηλικίας κάτω των 30 ετών αλλά άτομα λίγο μεγαλύτερης ηλικίας κάτι που συσχετίζεται με το μέσο όρο αυτής της έρευνας που ήταν 45,6 έτη.

Επιπλέον, οι Little et al. (2001) και Roberts et al. (2002) έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών που χρησιμοποίησε το εγχειρίδιο, το βρήκε ικανοποιητικό και χρήσιμο. Έτσι και στη συγκεκριμένη ερευνά το μεγαλύτερο δείγμα της, σε ποσοστό 75%, απάντησε ότι το εγχειρίδιο ήταν χρήσιμο και αποτελεσματικό. Επίσης από τις παραπάνω έρευνες αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς χρησιμοποίησαν το εγχειρίδιο που τους δόθηκε για πάνω από 1 μήνα. Τέλος, υπήρχε τακτική επικοινωνία με τους ασθενείς και ενημέρωση για την πρόοδο της υγείας τους κάτι που συνέβη και στη συγκεκριμένη ερευνά.

Μετάπειτα, υπήρξαν και διάφορες συγκριτικά με άλλες έρευνες. Οι Ghaffari et al. (2006) και Antonopoulou et al. (2007) χρησιμοποίησαν διαφορετικό ερωτηματολόγιο, πιο συγκεκριμένα έδωσαν στους ασθενείς τους το ερωτηματολόγιο Nordic για την ανάλυση των μυοσκελετικών παθήσεων και την εύρεση των περιοχών πόνου.

Οι Gilgil et al. (2005) και Ghaffari et al. (2006) βρήκαν ότι το κάπνισμα επηρεάζει την εμφάνιση οσφυαλγίας. Αντιθέτως, σε αυτήν την έρευνα το 75% του δείγματος ήταν μη καπνίζοντες.

Τέλος, το δείγμα της συγκεκριμένης ερευνάς ήταν μικρότερο συγκριτικά με άλλες έρευνες που έχουν γίνει. Για παράδειγμα, οι Little et al. (2001) επέλεξαν 311 ασθενείς ενώ οι Roberts et al. (2002) είχαν 64, ποσοστό μεγαλύτερο από την συγκεκριμένη ερευνά που το δείγμα που ολοκλήρωσε την όλη διαδικασία ήταν 20 άτομα.

#### **4.3. Προφυλάξεις – περιορισμοί της έρευνας**

Σημαντικός περιορισμός στην συγκεκριμένη έρευνα ήταν το μικρό δείγμα των ασθενών που συμμετείχαν σε αυτήν (μόνο 20 άτομα), γιατί υπάρχουν περιορισμοί γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς. Το σύνολο των ασθενών που απευθυνθήκαμε ήταν περίπου 45 αλλά για διαφορετικούς και κυρίως προσωπικούς λόγους κάποιοι από αυτούς αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. Ανασταλτικός παράγοντας ήταν κυρίως οι πολύ προσωπικές ερωτήσεις που έπρεπε να απαντήσουν (π.χ. εισόδημα). Επίσης, κάποιοι από αυτούς είδαν τον μεγάλο όγκο των αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων που έπρεπε να συμπληρώσουν και τους φάνηκε κουραστικό.

Τέλος, βέβαια να σημειωθεί ότι το εγχειρίδιο αυτό φάνηκε πολύ αποτελεσματικό για την πλειοψηφία των ασθενών, αλλά μπορούμε να χαρακτηρίσουμε αυτούς τους 20 ασθενείς, ασθενείς με λίγα λειτουργικά προβλήματα, κάτι που ήταν ευνοϊκό και βοήθησε στο να διαπιστωθεί η βελτίωση της κατάστασής τους. Δεν είναι λοιπόν σίγουρο αν θα ήταν το ίδιο χρήσιμο και αποτελεσματικό σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.

## **5) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, πολύ σημαντικά ευρήματα βρέθηκαν στις ερωτήσεις σχετικά με το εγχειρίδιο, με τα αποτελέσματα τους να είναι ενθαρρυντικά, εκπληρώνοντας έτσι κάποιους στόχους της εργασίας οι οποίοι είχαν τεθεί από την αρχή. Όλοι οι ασθενείς χρησιμοποίησαν το εγχειρίδιο, το 75% αυτών το βρήκε αποτελεσματικό και το ίδιο ποσοστό διαπίστωσε βελτίωση της κατάστασής τους.

Βέβαια το δείγμα των ασθενών ήταν αρκετά μικρό και τα αποτελέσματα της έρευνας είναι δύσκολο να γενικευτούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Θα πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να διαπιστωθεί κατα πόσο ένα εγχειρίδιο με ασκήσεις και οδηγίες μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση του προβλήματος της οσφυαλγίας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία είναι το φύλο, η ηλικία αλλά και η οικογενειακή κατάσταση, αφού βρέθηκε ότι οι έγγαμοι σε ποσοστό 55% εμφανίζουν οσφυαλγία.

Επιπλέον, μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (άγχος, κατάθλιψη, στρες, διάθεση) αλλά και επαγγελματικοί παράγοντες (είδος δουλειάς και οικονομικά προβλήματα).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Alexopoulos, E.,C., Burdorf, A. & Kalokerinou, A. 2005, A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel, *Int Arch. Occupational Environmental Health*, 27: 1-7.
2. Antonopoulou, M., Antonakis, N., Hadjipavlou, A. & Lionis, C. 2007, Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece. *Family Practice*, 24: 209-216
3. Atlas, S.,J., Deyo, R., A., Van den Ancker, M., Singer, D.,E., Keller, R., B. & Patrick, D., L. 2003, The Maine-Seattle back questionnaire: a 12-item disability questionnaire for evaluating patients with lumbar sciatica or stenosis: results of a derivation and validation cohort analysis, *Spine (Phila Pa 1976)*, 15;28(16):1869-76.
4. Billis, E., McCarthy, C.,J., Gliatis, J., Stathopoulos, I., Papandreou, M. & Oldham, J. 2010, Which are the most important discriminatory items for subclassifying non-specific low back pain? A Delphi study amongst Greek health professionals, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3): 542-549.
5. Billis, E., McCarthy, C., J., Gliatis, J., Gittins, M., Papandreou, M., & Oldham, J.,A. 2012, Inter-tester reliability of discriminatory examination items for subclassifying non-specific low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44: 851-857.
6. Bjellanda, I., Dahlb, A., A., Haugc, T., T. & Neckelmann, D. 2002, The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review, *Journal of Psychosomatic Research*.
7. Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, JT, Jr, Shekelle, P. & Owens, DK, 2007, Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society *Ann Intern Med* 147 (7): 478–91
8. Dagenais, S., Ralph E. Gay, DC, Andrea C. Tricco, Michael D. Freeman & John M. Mayer, 2010, NASS Contemporary Concepts in Spine Care: Spinal manipulation therapy for acute low back pain.
9. Dandy David, J., 1995. Βασική Ορθοπαιδική και Τραυματολογία. Μετάφραση Ντούνης Ε., Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.

10. Dandy, J., D., & Edwards, J., D., 2010. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης από Κορρές Δ. & Ξενάκης Θ., Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.
11. Désirée, Lie, 2007, University of Texas: “Strategies for Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain”, *American Family Physician*, 75: 1181-1188.
12. Deyo, R., Yuh-Jane & Tsui-wu.1987, Descriptive Epidemiology of Low-back Pain and Its Related Medical Care in the United States. National Health and Nutrition Examination Survey II.
13. Dowell, Mc. 2006, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [online] Διαθέσιμο από: <http://www.abiebr.com/node/410>
14. Ghaffari, M., Alipour, A., Jensen, i., Farshad, A.A. & Vingard, E. 2006, Low back pain among Iranian industrial workers, *occupational Medicine*, 56: 455-460.
15. Gilgil, E., Kacar, C., Butun, B., Tuncer, T., Urhan, S., Yildirim, C., Sunbuloglu, G., Arikan, V., Tekeoglu, I., Oksuz, C. M. & Dundar, U. 2005, Prevalence of low back pain in a Developing Urban Setting, *Spine*, 30(9): 1093-98.
16. Grøvle, L., Haugen, A., J., Keller, A., Natvig, B., Brox, J.,I. & Grotle, M. 2010, The bothersomeness of sciatica: patients' self-report of paresthesia, weakness and leg pain, *Eur Spine J.*, 19(2): 263-9.
17. Herman, C., 1997, International experiences with the Hospital anxiety and depression scale- a review of validation data and clinical results, *journal of Phychosomatic Research*.
18. Hill, J., C., Dunn, K., M., Lewis, M., Mullis, R., Main, C., J., Foster, N., E. Hay, M., E. 2008, A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment, *Arthritis & Rheumatism*, 59(5): 632–41
19. Hill, J., C., Dunn, K., M., Main, C., J. & Hay, E., M. 2009, Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire
20. Hoppenfeld S., 2008. Φυσική εξέταση της σπονδυλικής στήλης και των ακρών. Μετάφραση Ποντίφηκας Γ., Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.
21. Jacqueline, A., H. 2008. Sciatica and Low Back Pain: Does Physical Therapy Provide Long-Term Benefits? A Best Evidence Review, *From Medscape Family Medicine*.
22. Kang, J. M.D., Katz, J. M.D., Lauerman, W. M.D., & Panagis, J. M.D., M.P.H., Bethesda, MD. 2013. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin

- Diseases, Handout on Health: Back Pain, [online] Διαθέσιμο από:  
[http://www.niams.nih.gov/Health\\_Info/Back\\_Pain/](http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Back_Pain/)
23. Kirkaldy Willis and Frank Netter, 1979. Low Back Pain. Εκδόσεις Ciba Geigy, USA.
  24. Little, P., Roberts, L., Blowers, H., Garwood, J., Cantrell, T., Langridge, J., Chapman, J. 2001, Should We Give Detailed Advice and Information Booklets to Patients With Back Pain?: A Randomized Controlled Factorial Trial of a Self-Management Booklet and Doctor Advice to Take Exercise for Back Pain
  25. Luijsterburg, P., A., Lamers L., M. & Verhagen, A., P. 2007, Cost-Effectiveness of Physical Therapy and General Practitioner Care for Sciatica, Spine, 32: 1942-1948.
  26. McKenzie, R., A., 1981. The Lumbar Spine. Mechanical Diagnosis and Therapy. New Zealand: Spinal Publications.
  27. McKenzie, R., A., 1985. Treat Your Own Back, 3rd ed. New Zealand: Spinal Publications Ltd.
  28. Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. & Lykouras, L. 2008, Hospital Anxiety and Depression scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample, Annals of General Psychiatry, 7(4): 1-5
  29. Niedhammer, I., Lert, F., Marne M., J. 1994, Back pain and associated factors in French nurses
  30. OSHA, 2000, Μυοσκελετικές παθήσεις που συνδέονται με την εργασία στην Ευρώπη Facts 3, Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία.
  31. Pace, B. 2000, Coping With Back Pain, The Journal of the American Medical Association, 284(21) 2826.
  32. Roberts, L., Little, P., Chapman, J., Cantrell, T., Pickering, R., Langridge, J. 2002, The back home trial: general practitioner-supported leaflets may change back pain behavior.
  33. Roland, M. & Morris, R. 1983, A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain, Spine (Phila Pa 1976), 8(2): 141-4.

34. Roland, M. & Morris, R. 1983, A study of the natural history of back pain. Part II: development of guidelines for trials of treatment in primary care, *Spine (Phila Pa 1976)*, 8(2): 145-50.
35. Sandella, B., J., Daetwyler, B., J., Peitzman, C., J., Panchbhavi S., J. 2012. Examination of Low Back Pain, [online] Διαθέσιμο από: <http://emedicine.medscape.com/article/2092651-overview>
36. Schneider, P. & Haig, A., J. 2004, Oh, My Aching Back, *New York Times*.
37. Shirado, O., Watanabe, Y., & Kawase, M. 2005, Rehabilitation for patients with low back pain. *Clin Calcium.*, 15(3):103-8.
38. Shultz, J., S., Houghlum, A., P., Perrin, H., D., 2009. Εξέταση Μυοσκελετικών Κακώσεων. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Παναγιώτης Β. Τσακλής., Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.
39. Thomas G. Lowe, 2013. Lumbar Spine Degenerative Disc Disease, [online] Διαθέσιμο από: <http://www.spineuniverse.com/conditions/degenerative-disc/degenerative-disc-disease-low-back-pain>
40. Vasiliadou, A., Karvountzis, G., Soumilas, A., Roumeliotis, D. & Theodosopoulou, E. 1995, Occupational low-back pain in nursing staff in a Greek hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 21: 125-130.
41. Vasiliadou, A., Karvountzis, G., Roumeliotis, D., Soumilas, A., Plati, C. & Nomikos, I. 1997, Factors associated with back pain in nursing staff: a survey in Athens, Greece. *Int.Journal of Nursing Pract*, 3 (1): 15-20.
42. Zigmond, A., S. & Snaith, R.,P. 1983, The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatr Scand*, 67(6): 361-70.
43. Ανδριανάκος, Α., Τρόντζας, Π., Χριστογιάννης, Φ. Ντάντης, Π., Βουδούρης, Κ., Γεωργούντζος, Α., Καζιόλας, Γ., Βαφειάδου, Ε., Παντελίδου, Κ. Καραμήτσος, Δ., Κοντέλης, Λ., Κράχτης, Π., Νικολιά, Ζ., Κασκάνη, Ε., Ταβανιώτου, Ε., Αντωνιάδης, Χ., Καρανικόλας, Γ. & Κοντογιάννη, Α. 2003, Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα, Περιγραφική επιδημιολογική μελέτη, *ΙΑΤΡΙΚΗ*, 84: 18-206
44. Ανδριανάκος, Α. 2007. Οσφυαλγία, [online] Διαθέσιμο από: [http://www.elire.gr/info\\_det.php?di=27](http://www.elire.gr/info_det.php?di=27)
45. Κοτζαηλίας, Δ., Α., 2011. Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, Θεσσαλονίκη.



46. Λαμπίρης, Η., 2007. Ορθοπαιδική & Τραυματολογία, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθηνά.
47. Μέλλου, Κ., & Σουρτζή, Π. 2003, Πρόληψη των επαγγελματικών, μυοσκελετικών παθήσεων στο χώρο του νοσοκομείου, Νοσηλευτική, 42 (3): 299-307
48. Μεντζελοπούλου, Ε. 2010. Φυσιατρική – ποιότητα ζωής, συντηρητική αντιμετώπιση οσφυαλγίας, [online] Διαθέσιμο από: [http://fysiatrikh-poiiohtazwhs.blogspot.gr/2010/12/blog-post\\_21.html](http://fysiatrikh-poiiohtazwhs.blogspot.gr/2010/12/blog-post_21.html)
49. Μπαδέκας, Α. 2013. Πως να αντιμετωπίσετε την οσφυαλγία χωρίς φάρμακα, [online] Διαθέσιμο από: <http://www.iatropedia.gr/articles/read/3976>
50. Πετρούτσος, Σ., 2004. Δια των χειρών θεραπεία (της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και των πλευρών), Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.
51. Χαράλαμπος Γκούβας, 2010. Χειρουργική Νευροανατομία και Ορθοπαιδική Νευρολογία, Β έκδοση.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Παράρτημα 1 (δοκιμασία Laseque ή η δοκιμασία διάτασης της O3-O4 ρίζας)

**Νευροδυναμικά ΤΕΣΤ- Ισχιακό ν.  
(SLR)**

Άρση τεταμένου σκέλους  
(Straight Leg Raise)  
Από ύπια θέση ο  
θεραπευτής εκτελεί αργά:

- Κάμψη ισχίου μέχρι ο ασθενής να αισθανθεί τάση. Το τεστ είναι θετικό σε αναπαραγωγή των συμπτωμάτων του.
- Στη θέση αυτή για διαφοροποίηση των συμπτωμάτων μεταξύ ισχιακού ν και ισχιοκνημιαίων, μπορεί να προστεθεί περαιτέρω ραχιαία κάμψη.



Τροποποιημένες από (Shacklock, 2005)

- Παράρτημα 2 (εγχειρίδιο ασκήσεων και οδηγιών)

## ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ- ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ

### ΣΤΟΧΟΙ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΥ

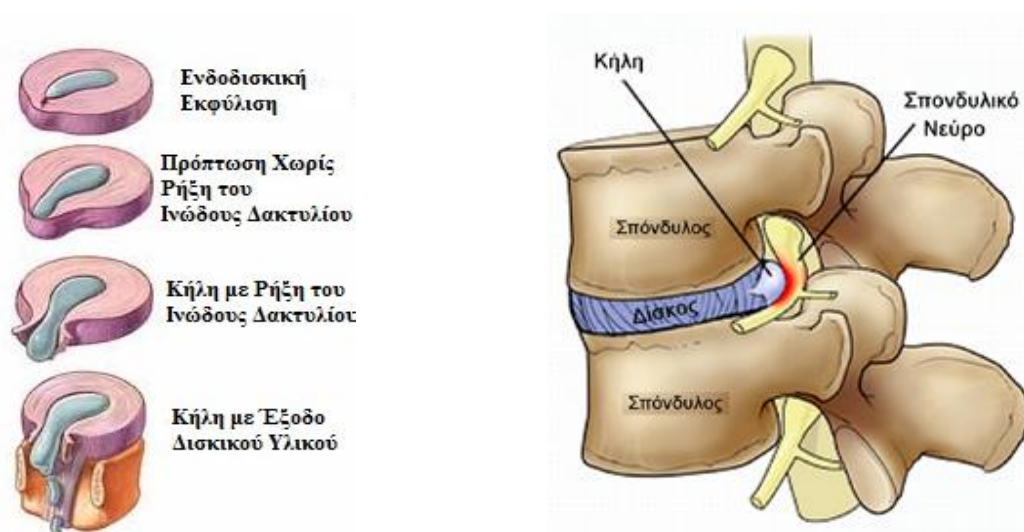
Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο έχει ως σκοπό:

1. Να σας ενημερώσει για το πρόβλημα της οσφυαλγίας.
2. Να σας δώσει συμβουλές για την καλύτερη φροντίδα της μέσης σας, οι οποίες πιστεύουμε ότι θα σας φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες ακόμα και στην οξεία φάση.
3. Να σας υποδείξει ασκήσεις οι οποίες τεκμηριωμένα έχουν δείξει ότι βοηθούν στην πρόληψη και μείωση ή εξάλειψη του πόνου της μέσης σας.

**Πριν προχωρήσουμε στην ενημέρωση, θα θέλαμε να παραθέσουμε ορισμένα βασικά ανατομικά στοιχεία της σπονδυλικής στήλης.**

## ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΔΟΜΩΝ

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από μικρά οστά (τους **σπονδύλους**), οι οποίοι χωρίζονται μεταξύ τους με μία ζελατινώδη δομή, τον **μεσοσπονδύλιο δίσκο**. Ο δίσκος είναι υψηλός σε περιεκτικότητα νερού, με αποτέλεσμα να επιτρέπει την κίνηση, την ελαστικότητα και την απορρόφηση των κραδασμών στην σπονδυλική στήλη. Μεταξύ των σπονδύλων, προβάλλονται δεξιά και αριστερά, τα **σπονδυλικά νεύρα**, τα οποία νευρώνουν τους μύες του σώματός, δίνοντας μας την ικανότητα να κινούμαστε και να αισθανόμαστε. Όταν ο δίσκος δεχτεί υπερβολική φόρτιση τότε συμπιέζεται με αποτέλεσμα να προβάλλει-βγει, συνήθως, προς τα πίσω και σπανιότερα μπροστά ή πλάγια, η βλάβη αυτή ονομάζεται κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Πολλές φορές η προβολή του δίσκου μπορεί να είναι τόσο μεγάλη ώστε να πιέζει τα σπονδυλικά νεύρα δίνοντας έτσι πόνο τόσο στη μέση όσο και στα κάτω άκρα. Όπως φαίνεται και στις παρακάτω φωτογραφίες.



### A) ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ?

Δεδομένου ότι πρόκειται για σύμπτωμα, πρέπει να αναζητήσουμε την αιτία του πόνου. Οι παρακάτω καταστάσεις ευθύνονται συνήθως για την εμφάνισή της:

1. Τραυματισμός της μέσης από απότομη κίνηση ή λάθος τρόπο ανύψωσης βάρους ή κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας (ειδικά αν δεν έχει προηγηθεί κατάλληλη προθέρμανση).
2. Δισκοπάθεια. Στην πάθηση αυτή ο μεσοσπονδύλιος δίσκος μετατοπίζεται, με αποτέλεσμα να πιέζει τις δομές πάνω στις οποίες προβάλλει (έχει μετατοπιστεί), προκαλώντας πόνο, σπασμό ή μούδιασμα και αδυναμία στο κάτω άκρο (αν έχει πιεστεί κάποιο νεύρο). Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα 2/3 του δίσκου δεν νευρώνονται, με αποτέλεσμα σε μικρού βαθμού δισκοπάθειες να αργήσουν τα συμπτώματα να εκδηλωθούν. Οι πόνοι λόγω δισκοπάθειας δε, πολλές φορές επεκτείνονται και στα κάτω άκρα, προκαλώντας ισχιαλγία.

3. Αρθρίτιδα. Πρόκειται για ρευματικό νόσημα που σχετίζεται με την γήρανση του σώματος και προσβάλλει τις αρθρώσεις του σώματος (πολύ συχνά προσβάλλονται και αρθρώσεις όπως το γόνατο, το ισχίο κτλ.). Όταν προσβληθούν οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης, το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι ο πόνος στη μέση.
4. Υπέρχρηση. Αναφέρεται σε σταδιακή και συνεχόμενη καταπόνηση που δέχονται όλες οι ανατομικές δομές της Σ.Σ. , αλλά κυρίως ο δίσκος.
5. Λανθασμένη στάση. Κατά την διάρκεια της μέρας όλοι λίγο ή πολύ, στεκόμαστε ή καθόμαστε λανθασμένα. Συνήθως στην όρθια θέση το λάθος που κάνουν οι περισσότεροι είναι να περπατάνε σκυφτοί-καμπουριαστοί ή να κουβαλάνε τα πράγματα τους συνέχεια από την μια πλευρά, με αποτέλεσμα να μετατοπίζεται το βάρος του σώματος. Ακόμα, στην καθιστή θέση τα πιο συνηθισμένα λάθη στη στάση σώματος είναι να μην στηρίζετε καλά την μέση σας στην καρέκλα ή όπου αλλού στεκόσαστε, να μην πατάτε σταθερά στο έδαφος και τα δυο πόδια και να γέρνετε το κορμί προς τα μπροστά καμπουριάζοντας. Στη συνέχεια του εγχειριδίου παραθέτουμε συγκεκριμένες οδηγίες για βελτίωση της λανθασμένης στάσης σώματος.

## **Β) ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ**

Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα της οσφυαλγίας είναι ο πόνος στη μέση ο οποίος μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονος, όμως δεν πρέπει να σας τρομάζει διότι έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι ο πόνος αυτός υποχωρεί σε διάστημα 2-6 εβδομάδων. Η οσφυαλγία μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά, π.χ. μετά από μια απότομη κίνηση ή προσπάθεια να σηκώσουμε βάρος ή να ξυπνήσουμε με πόνο, ή σταδιακά, δηλαδή ήπιος πόνος στην αρχή, όταν μένουμε όρθιοι για πολύ ώρα ή καθισμένοι στην ίδια στάση, που χειροτερεύει με το πέρασμα του χρόνου. Ο πολύ δυνατός πόνος εντοπίζεται στην περιοχή γύρω από τη μέση, στην εξωτερική επιφάνεια του γλουτού, του μηρού ή ακόμα και κάτω από το γόνατο. Συχνό επίσης είναι το φαινόμενο να υπάρχουν μούδιασμα (π.χ. στα δάκτυλα των ποδιών), και αδυναμία στο κάτω άκρο (συνήθως σε περιπτώσεις εμπλοκής του νεύρου).

Τέλος θα θέλαμε να τονίσουμε πως δεν χρειάζεται πανικός, με τις σωστές συμβουλές & την καλή συνεργασία όλα μπορούν να αντιμετωπιστούν.

## **Γ) ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ**

Οξεία οσφυαλγία είναι έντονος πόνος στην περιοχή της μέσης κατά την έναρξη του προβλήματος. Ο πόνος αυτός μπορεί να παρουσιαστεί μετά από ένα απλό σκύψιμο ή φτέρνισμα ή ακόμα και γέλιο ή έντονο βήχα. Ακόμα, μπορεί να συμβεί και χωρίς καμία εμφανή αιτία (π.χ. κατά το πρωινό ξύπνημα). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν νευρώνεται ολόκληρος ο μεσοσπονδύλιος δίσκος αλλά μόνο το εξωτερικό του 1/3

(όπως ειπώθηκε παραπάνω), με αποτέλεσμα αν το πρόβλημα εντοπίζεται εσωτερικότερα να μην εκδηλώνονται τα συμπτώματα αμέσως, αλλά να εμφανίζονται όταν εξαπλωθεί η φλεγμονή. Για αυτό και πολλές φορές ο πόνος είναι ιδιαίτερα έντονος, επειδή προϋπήρχε το πρόβλημα ή κάποια φλεγμονή χωρίς να το ξέρετε.

### **Δ) ΟΦΕΛΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

Η θεραπευτική άσκηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και απαραίτητη σε όλες τις φάσεις του προβλήματος, βοηθώντας στην:

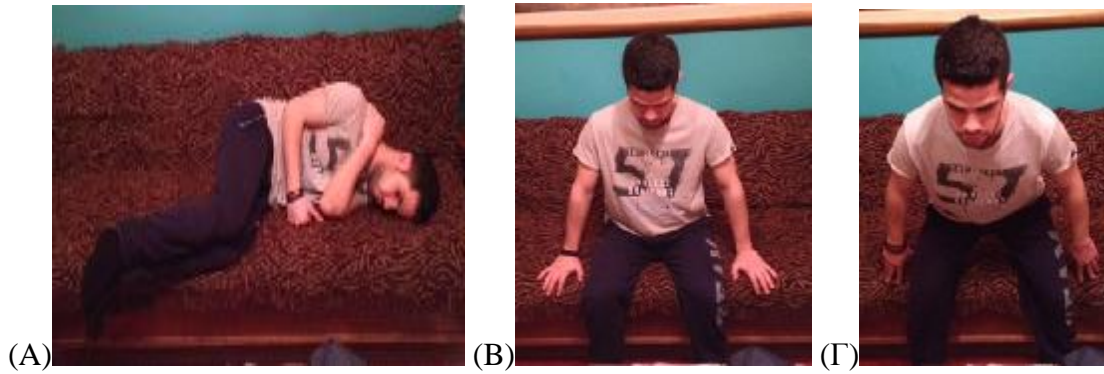
1. Μείωση πόνου, μυϊκού σπασμού, βελτίωση κινητικότητας, αύξηση σταθερότητας
2. Βελτίωση της στάσης του σώματος.
3. Μείωση της κόπωσης.
4. Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου.
5. Ενδυνάμωση του μυοσκελετικού συστήματος.
6. Γενικότερα, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

### **Ε) ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Οι παρακάτω πρακτικές οδηγίες θα σας βοηθήσουν όχι μόνο στο να μειωθεί ο πόνος αλλά και στο να βελτιώσετε τη στάση του σώματος σας. Σκοπός τους, να βελτιωθεί η καθημερινότητα σας.

#### ***1. Εάν θέλετε να σηκωθείτε από το κρεβάτι:***

(Α) Πλησιάστε την άκρη του κρεβατιού (ανάσκελα με γόνατα λυγισμένα), γυρίστε το σώμα σας μονοκόμματα στο πλάι (χωρίς κίνηση στον κορμό σας), βγάλτε τα πόδια σας προσεκτικά έξω από το κρεβάτι και σιγά σιγά με ευθυασμένη την μέση και με την βοήθεια του χεριού που είναι κάτω από το σώμα, προσπαθήστε να καθίσετε στην άκρη του κρεβατιού (Β). Αν μπορείτε, θα βοηθήσει αν σφίξετε τους κοιλιακούς σας για μεγαλύτερη σταθερότητα στον κορμό σας. Σταθεροποιηθείτε σ' αυτή τη θέση για 1-2 λεπτά και μετά, με την βοήθεια και των δύο χεριών σας, σηκωθείτε σιγά-σιγά σε όρθια στάση, χρησιμοποιώντας όσο το δυνατόν περισσότερο τους μύες των ποδιών και όχι της μέσης (Γ).



**2. Για να ξαπλώσετε στο κρεβάτι:**

Καθίστε κατ' αρχήν στην άκρη του κρεβατιού. Μετά ξαπλώστε στο κρεβάτι με την μία πλευρά σας (στο πλάι) και στη συνέχεια ανεβάστε τα πόδια σας προσεκτικά.

**3. Να κάθεστε μόνο για μικρά χρονικά διαστήματα:**

Η πολύωρη καθιστή θέση δεν ενδείκνυται γιατί οι δίσκοι στη μέση δέχονται παρατεταμένη πίεση από τη βαρύτητα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο πόνος. Επιπλέον, η λανθασμένη στάση σώματος σε αυτή τη θέση είναι παράγοντας που επιδεινώνει τον πόνο. Αντιθέτως όταν είστε ξαπλωμένοι εξουδετερώνεται η δύναμη της βαρύτητας μειώνοντας έτσι την πίεση στους δίσκους της μέσης και εν συνεχεία τον πόνο. Τέλος, προτιμάτε να κάθεστε στην άκρη του κρεβατιού ή σε σκληρή καρέκλα με χερούλια και τα πόδια σας να είναι πιο κάτω από τα ισχία (γοφούς) σας. Εάν αισθάνεστε κουρασμένοι, καλύτερα να ξαπλώσετε παρά να καθίσετε.

**4. Κάθε 20-30 λεπτά να αλλάζετε θέση για να χαλαρώσουν οι μύες σας.**

**5. Για να προστατεύσετε τη μέση σας σε καθημερινές δραστηριότητες του σπιτιού:**

Αποφεύγετε κινήσεις που φέρνουν σε γωνία τη μέση σας με τον κορμό σας. Τέτοιες κινήσεις-δραστηριότητες είναι π.χ. το πλύσιμο των δοντιών όταν σκύβουμε πολύ μπροστά από τον καθρέφτη, το πλύσιμο των ρούχων σε σκάφη που απαιτεί σκύψιμο και αλλού τέτοιου είδους δραστηριότητες.

**6. Σωστή καθιστή-ξαπλωτή θέση:**

Στη σωστή καθιστή θέση θα πρέπει το κάθισμα να μην είναι βαθύ και να στηρίζετε καλά η μέση σας. Βάλτε κάποιο μαξιλάρι σε περίπτωση που υπάρχει κενό μεταξύ της πλάτης και του καθίσματος. Τα πόδια θα πρέπει να πατάνε καλά κάτω και τα γόνατα να μην είναι πάνω από το ύψος της λεκάνης. Ιδανική ξαπλωτή θέση για να ανακουφιστείτε και να ξεκουραστείτε είναι η εμβρυϊκή θέση δηλ. ξαπλώστε πλάγια με την επώδυνη πλευρά προς τα πάνω, βάλτε ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα πόδια τα οποία έχετε ελαφρώς λυγισμένα. Τέλος, βάλτε ένα μαξιλάρι να υποστηρίξει το κεφάλι και ένα ανάμεσα στα χέρια (αγκαλιάζοντάς το).

## **ΣΤ) ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΚΤΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ- ΕΡΓΑΣΙΕΣ**

Οι οδηγίες που ακολουθούν στοχεύουν στο να αποδίδετε σωστά τόσο στην εργασία σας όσο και σε άλλες εξωτερικές δραστηριότητες, χωρίς πόνο.

**1. Να προσπαθείτε να περπατάτε με όρθια (στητή) την πλάτη σας.**

**2. Πρέπει να αποφεύγετε την παρατεταμένη ορθοστασία:**

Όταν είστε υποχρεωμένοι να μείνετε όρθιοι για πολύ ώρα (άνω της 1 ώρας) , δεν έχετε στάση προσοχής, αλλά ανάπαυσης, βγάζοντας το ένα πόδι μπροστά κι έχοντας το ένα γόνατο ελαφρά λυγισμένο. Δε φοράτε παπούτσια με ψηλά τακούνια και προτιμήστε τις ανατομικές σόλες.

**3. Αποφεύγεται ότι σας προκαλεί έντονο στρες ή μυϊκό σπασμό.**

**4. Να γυμνάζεστε τακτικά:**

Οι γυμνασμένοι κοιλιακοί μύες βοηθούν στην καλύτερη στήριξη της μέσης. Η καλή φυσική κατάσταση αυξάνει την ευκινησία και βελτιώνει τη στάση του σώματός σας.

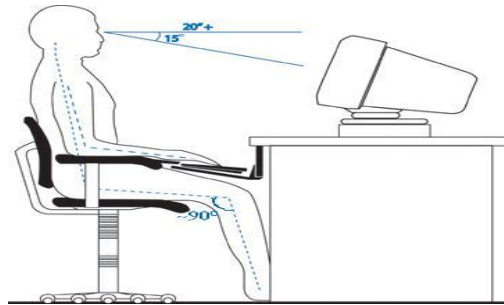
**5. Στην οδήγηση θα πρέπει:**

- Να διατηρείτε το κάθισμα του αυτοκινήτου σε όρθια θέση και σχετικά κοντά στα πετάλια, ώστε να διατηρείται η φυσιολογική λόρδωση της μέσης και να μην τεντώνεται πολύ το πόδι σας .
- Σε μακρινά ταξίδια πρέπει να διακόπτεται η καθιστή θέση κάθε μία ή δύο ώρες, να στεκόσαστε όρθιοι εκτείνοντας τον κορμό προς τα πίσω 6-7 φορές και να περπατάτε για λίγα λεπτά.
- Αν φυσικά βρίσκεστε στο οξύ στάδιο της πάθησης, να αποφεύγετε την οδήγηση.

**6. Για όσους κάνουν δουλειά γραφείου & χρησιμοποιούν υπολογιστή θα πρέπει:**

- Το ύψος του γραφείου να σας επιτρέπει να έχετε τους αγκώνες σας λυγισμένους στις 90° μοίρες.
- Το πληκτρολόγιο να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά σας. Αν πρέπει να κοιτάτε τα πλήκτρα τότε ρυθμίζεται την απόσταση με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να μην χρειάζεται να σκύψετε το κεφάλι για να δείτε.
- Το ποντίκι, το τηλέφωνο και ό,τι άλλο χρησιμοποιείται πρέπει να είναι κοντά σας έτσι ώστε να μην αναγκάζεστε να σκύψετε ή να αλλάζετε την θέση σας για να τα χρησιμοποιήσετε.
- Η οθόνη του υπολογιστή πρέπει να είναι ακριβώς μπροστά και ελαφρώς πιο χαμηλά από το επίπεδο των ματιών σας (όχι στο πλάι ή πιο ψηλά από το επίπεδο των ματιών σας).

- Η καρέκλα σας πρέπει να βρίσκεται όσο πιο δυνατόν πιο κοντά στο γραφείο σας.
- Συχνά διαλείμματα για περπάτημα ή ασκήσεις πρέπει να γίνονται για την πρόληψη ενοχλήσεων.



### 7. Πώς να σηκώνετε βάρη:

- α) Σταθείτε όσο πιο κοντά γίνεται στο αντικείμενο που θέλετε να σηκώσετε.
- β) Κρατάτε τη μέση σας ίσια και λυγίζετε τους γοφούς και τα γόνατα.
- γ) Πιάνετε σταθερά το αντικείμενο κρατώντας το κοντά στο σώμα σας.
- δ) Φέρετε το σαγόνι σας προς τα μέσα, σφίγγετε τους μυς του στομαχιού, κρατάτε τη μέση σας ίσια και σηκώνετε το βάρος τεντώνοντας τα γόνατά σας.
- ε) Αν σηκώνετε το βάρος μαζί με άλλο άτομο, συντονιστείτε: 1,2,3... κι επάνω!
- στ) Σπρώχνετε ή τραβάτε ένα αντικείμενο αντί να το σηκώνετε.
- ζ) Ποτέ μη σηκώνετε κάτι υπερβολικά βαρύ.

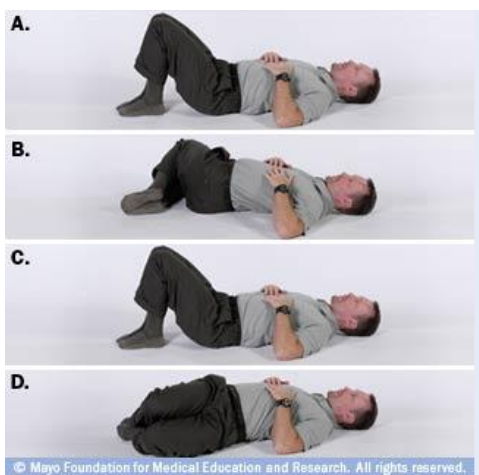




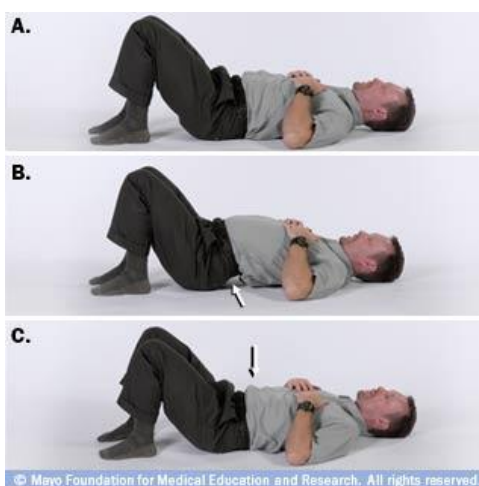
## Z) ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

### • *Πρωινές ασκήσεις:*

Τις πρωινές ώρες ο πόνος μπορεί να είναι πιο έντονος, οι παρακάτω ασκήσεις θα σας ανακουφίσουν από τον πόνο και την πρωινή δυσκαμψία που ίσως νιώθετε στη μέση. Καλό θα ήταν να πραγματοποιούνται σε σκληρή σχετικά επιφάνεια π.χ. πάτωμα ή σκληρό στρώμα. **Προσοχή** αν ο πόνος είναι ανυπόφορος και δεν υποχωρεί με τις ασκήσεις σταματάτε και βάζετε κάποιο θερμό ή ψυχρό επίθεμα στη μέση (ανάλογα με τι σας ανακουφίζει)! Τα φυσικά μέσα είναι πολύ χρήσιμα για την θεραπεία της οσφυαλγίας. Είτε θερμά είτε ψυχρά με την σωστή τοποθέτηση (ποτέ απευθείας πάνω στο δέρμα, τυλίξτε με κάποιο λεπτό ύφασμα) και τον κατάλληλο χρόνο εφαρμογής (15-20 λεπτά) πετυχαίνουμε μείωση του πόνου και αίσθημα σταθερότερης και δυνατώτερης μέσης. Η εφαρμογή τους είναι ιδανική σε περίπτωση οξείας οσφυαλγίας όπου υπάρχει έντονος πόνος.



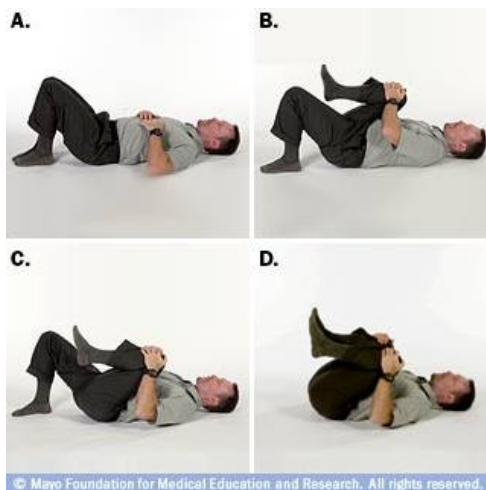
1. (A) Ξαπλώστε ανάσκελα, με τα γόνατα λυγισμένα & τα πέλματα να πατάνε στο κρεβάτι-πάτωμα. (B) Κρατώντας τους ώμους σταθερά στο πάτωμα κυλιστέ τα γόνατα σας προς τη μια πλευρά. Μείνετε για 5-10 δευτ. & επιστρέψτε στην αρχική θέση (C). Επαναλάβετε & στην αντίθετη πλευρά (D). Πραγματοποιείτε την άσκηση 2-3 φορές σε κάθε πλευρά.



2. (A) Ξαπλώστε ανάσκελα, με τα γόνατα λυγισμένα & τα πέλματα να πατάνε στο κρεβάτι-πάτωμα. Σηκώστε τη λεκάνη ελαφρώς να θέλετε να μην ακουμπάει η μέση (B). Κρατήστε για 5 δευτ. & στη συνέχεια χαλαρώστε. Ισιώστε την πλάτη σας τραβώντας τον αφαλό προς το πάτωμα (C). Μείνετε 5 δευτ., επαναλάβετε τη διαδικασία 5 φορές & σταδιακά αυξήστε τις επαναλήψεις μέχρι τις 30.

### • *Οξεία οσφυαλγία:*

Σε αυτό το στάδιο σας προτείνουμε να ακολουθήσετε τις παρακάτω διατάξεις-ασκήσεις οι οποίες θα βοηθήσουν στο να μειωθεί ο πόνος, να δυναμώσει η μέση και να αισθανθείτε καλύτερα.



1. (A) Ξαπλώστε ανάσκελα, με τα γόνατα λυγισμένα & τα πέλματα να πατάνε στο κρεβάτι-πάτωμα. Χρησιμοποιώντας & τα δύο χέρια, τραβήξτε το ένα γόνατο & πιέστε το στο στήθος σας (B). Κρατήστε για 15 με 30 δευτ. Επιστρέψτε στην αρχική θέση (A) & επαναλάβετε με το αντίθετο πόδι (C). Επιστρέψτε ξανά στην αρχική θέση & στη συνέχεια επαναλάβετε με τα δύο πόδια ταυτόχρονα (D). Επαναλάβετε τη διαδικασία 2-3 φορές. Μπορείτε να την εφαρμόσετε το πρωί & το βράδυ.



2. Από τετραποδική θέση ακουμπήστε τους γλουτούς στις φτέρνες με τα χέρια τεντωμένα & τις παλάμες να ακουμπάνε στο πάτωμα, όπως στη αριστερή φωτογραφία. Κρατήστε για 15-30 δευτ. & χαλαρώστε. Επαναλάβετε τη διαδικασία 2-3 φορές.



3. Ξαπλώστε μπρούμυτα στο κρεβάτι-πάτωμα & στηριχθείτε στα αντιβράχια. Μείνετε σε αυτή τη θέση για 15-30 δευτ.



4. Ξαπλώστε μπρούμυτα στο κρεβάτι-πάτωμα & σηκωθείτε στις παλάμες (προσπαθήστε η λεκάνη σας να ακουμπάει στο κρεβάτι-πάτωμα) , μείνετε σε αυτή τη θέση για 2 δευτ. & επιστρέψτε στην αρχική. Επαναλάβετε την 10 φορές



- Ξαπλώστε ανάσκελα, με τα γόνατα λυγισμένα & τα πόδια να πατάνε στο πάτωμα. Για να μην αισθάνεστε πόνο, (καλό θα είναι να προμηθευτείτε ένα λεπτό στρώμα γυμναστικής, το οποίο θα τοποθετήσετε κάτω από το σώμα σας). Τοποθετήστε το χέρι σας κάτω από τη μέση & προσπαθήστε να ασκήσετε πίεση πάνω του με το σώμα σας. Παραμείνετε σε αυτή τη θέση για περίπου 10 δευτερόλεπτα & στη συνέχεια χαλαρώστε, επαναλάβετε για 4-5 φορές.

#### • Χρόνια οσφυαλγία:

Παρακάτω, σας παραθέτουμε μερικές ασκήσεις με σκοπό να αποτρέψουμε τυχόν εξάρσεις του πόνου, αλλά και να δυναμώσουμε τις περιοχές της κοιλιάς και της μέσης. Οι παραπάνω διατάσεις (1), (2) εφαρμόζονται και σε αυτό το στάδιο.

Ενδυνάμωση κοιλιακών (1) , είναι πολύ σημαντικό οι κοιλιακοί να είναι δυναμωμένοι διότι κρατάνε σταθερή τη μέση. Προσπαθήστε να κρατάτε σφιχτούς τους κοιλιακούς ανεξάρτητα από την αναπνοή.



- Τοποθετηθείτε στα γόνατα με τα αντιβράχια να ακουμπάνε στο πάτωμα όπως στην αριστερή φωτογραφία, μείνετε σε αυτή τη θέση όσο μπορείτε (>1 λεπτό) κρατώντας σφιχτούς τους κοιλιακούς. Χαλαρώστε & επαναλάβετε 2-3 φορές.



- Άσκηση της γάτας. Τοποθετηθείτε στα γόνατα με τα αντιβράχια να ακουμπάνε στο πάτωμα (A) , αφήστε σιγά-σιγά την πλάτη σας & την κοιλιά να κρεμάσει προς το πάτωμα (B). Τραβήξτε την κοιλιά & την πλάτη προς τα πάνω (C) , Επιστρέψτε στην αρχική θέση (A). επαναλάβετε 3-5 φορές.

© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.



3. Καθίστε σε μια καρέκλα χωρίς χέρια ή ένα σκαμνί. Σταυρώστε το δεξί σας πόδι πάνω στο αριστερό στρίψτε το κορμί σας & βάλτε αντίσταση με τον αγκώνα σας μέχρι να νιώσετε τράβηγμα στο έξω μέρος του μηρού (Α). Μείνετε 10-15 δευτ. & επαναλάβετε & από την άλλη πλευρά (Β). Επαναλάβετε τη διάταση 3-5 φορές στο κάθε πόδι.

Οι παραπάνω ασκήσεις προτείνονται να εφαρμόζονται σε καθημερινή βάση, σε ένταση και επαναλήψεις με δείκτη τον πόνο σας (π.χ. <5 επαναλήψεων με ήπια ένταση σε ισχυρό πόνο κτλ.). Τέλος, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι αν οποιαδήποτε άσκηση επιδεινώνει τον πόνο σας σταματήστε την δεν υπάρχει πρόβλημα!

Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο δημιουργήθηκε με στόχο, ο πόνος στη μέση να μην περιορίσει ξανά την καθημερινότητα και γενικότερα τη ζωή σας. Θυμηθείτε ότι διαθέτουμε ένα πολύτιμο εργαλείο, το σώμα μας, γι' αυτό πρέπει να το γυμνάζουμε σωστά και να το προστατεύουμε!

**Συγγραφή:** Καββαδάς Γεράσιμος & Κουστούλης Χρήστος, τελειόφοιτοι σπουδαστές Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

**Επιμέλεια:** Μπίλλη Ευδοκία, Επίκ. Καθηγήτρια, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

**Για οποιοδήποτε πρόβλημα ή περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας μέσω mail: [gerasimoskavvadas@gmail.com](mailto:gerasimoskavvadas@gmail.com) ή καλέστε στα: 6983975225 , 6975405845**

- **Παράρτημα 3 (έντυπο συναίνεσης και πληροφόρησης του εθελοντή).**

## **Έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης εθελοντή**

Σας καλούμε να συμμετάσχετε σε μία μελέτη που διεξάγεται από μία ομάδα εκπαιδευτικών & τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας, και η οποία υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», συγχρηματοδοτούμενη από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και από εθνικούς πόρους.

Η μελέτη έχει στόχο την καταγραφή πληροφοριών & χαρακτηριστικών σχετικά με το πρόβλημα της μέσης σας (οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία) & η συμμετοχή σας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής πιστεύουμε ότι θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για μελλοντικούς ασθενείς.

### **Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε;**

Οι εθελοντές που θα λάβουν μέρος στην παρούσα μελέτη θα υποβληθούν σε μία εξέταση από έναν φυσικοθεραπευτή, η οποία θα περιλαμβάνει χορήγηση εξειδικευμένων ερωτηματολογίων προς απάντηση (τα οποία είναι απλοποιημένα και ειδικά σχεδιασμένα για προβλήματα οσφυαλγίας & ισχιαλγίας), καθώς και μία σειρά από ερωτήσεις & κλινικές δοκιμασίες (τις πιο συνηθισμένες για την μέση). Όλη αυτή η διαδικασία θα πάρει περίπου 35-45 λεπτά.

### **Διασφάλιση της ανωνυμίας σας.**

Τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και απόρρητα, και μονάχα η μικρή μας ερευνητική ομάδα θα έχει πρόσβαση σε αυτά. Έχετε πάντα το δικαίωμα να αποσύρετε την συμμετοχή σας οποιαδήποτε στιγμή (αν το θελήσετε).

Παρακαλώ, αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, υπογράψτε & σημειώστε τα στοιχεία σας παρακάτω.

**Υπογραφή συμμετέχοντα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία:**

\_\_\_\_\_

### **Στοιχεία επικοινωνίας:**

\_\_\_\_\_

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 26910-61150 (Τμήμα Φυσικοθεραπείας) ή ηλεκτρονική διεύθυνση της κ. Μπίλλης, Επ. Καθηγήτριας του Τμήματος Φυσικοθεραπείας, ΤΕΙ Πάτρας (email: [ebillis@teipat.gr](mailto:ebillis@teipat.gr)), υπεύθυνης συντονισμού της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

· Παράρτημα 4 (εγχειρίδιο εξέτασης)

## ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Κωδικός ασθενή \_\_\_\_\_, Φυσικοθεραπευτής

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Διεύθυνση:

Τηλ. Επικοινωνίας:

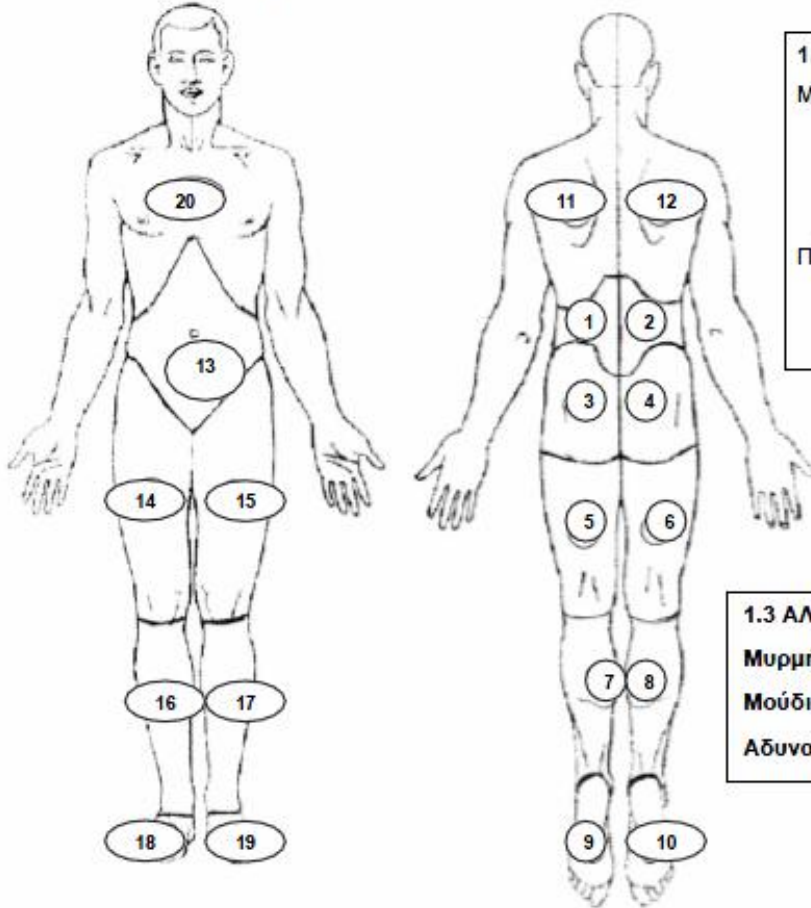
1. ΦΥΛΟ:  Άρρεν  Θήλυ
2. ΗΛΙΚΙΑ: .....
3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ .....
4. Εργάζεστε στον  Δημόσιο τομέα  Ιδιωτικό τομέα
5. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ: .....
6. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  Αγροτική  Αστική  Ημιαστική
7. ΜΟΡΦΩΣΗ:  Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο  Τριτοβάθμια εκπαίδευση
8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:  Άγαμος  Έγγαμος  Διαζευγμένος  Χήρος
9. ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:  <7.200€  7.201-14.400€  14.401-24.000€  > 24.000€
10. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:  
.....
11. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;  Όχι  Λίγο (<20τσιγ/εβδ)  Πολύ (20-40 ημερ.)  Πάρα πολύ (>40 ημ)
12. ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ: .....
13. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει; .....
14. Έχετε υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία (MRI) για το πρόβλημά σας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
15. Πόρισμα μαγνητικής:  
.....
16. Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας; Ναι Οχι
17. Αν ναι, για πόσον καιρό;  2-3 ημέρες  1 εβδ.  2 εβδ.  1 μήνα
18. Τί επαγγελματίες υγείας έχετε επισκεφτεί για το πρόβλημά σας;
19. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας;  Ναι  Όχι
20. Αν ΝΑΙ, περιγράψτε τι θεραπεία κάνατε.  
.....
21. Είστε αυτόν τον καιρό σε αναρρωτική άδεια λόγω της μέσης σας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
22. Αν ΝΑΙ, για πόσον καιρό;
23. Ζητάτε κάποια αποζημίωση για το πρόβλημά σας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ



## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1.1 ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ. Σημειώστε τις περιοχές πόνου, τοπικού ή/και αντανακλώμενου (περιοχές με μούδιασμα να σημειωθούν με τελείες).



#### 1.2 Ένταση πόνου (0 – 10):

Μέση: χειρότερα \_\_\_\_\_  
καλύτερα \_\_\_\_\_  
μέσος όρος \_\_\_\_\_

Πόδι: χειρότερα \_\_\_\_\_  
καλύτερα \_\_\_\_\_  
μέσος όρος \_\_\_\_\_

#### 1.3 ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Μυρμήγκισμα  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Μούδιασμα  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αδυναμία στο πόδι  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Παρακαλώ κυκλώστε τις περιοχές πόνου:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

1.4	<b>ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ. Πως περιγράφετε τον πόνο σας; (κυκλώστε)</b>
	<p><b>Στην μέση.</b> Μουντός/ Έντονος/ Επιφανειακός/ Εν τω βάθει/ Οξύς/ Διάχυτος/ Εντοπισμένος/ Άλλο</p> <p>_____</p>
	<p><b>Στο πόδι.</b> Καυστικός/ Μούδιασμα/ Οξύς/ Παλμικός-ρυθμικός/ Σαν πονόδοντο/ Σαν ηλεκτρικό ρεύμα/ Διάχυτος/ Άλλο</p> <p>_____</p>
1.5	<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ. Περιγράψτε τι αυξάνει (επιδεινώνει) τον πόνο σας</b>
	<p>Σκύψιμο / Έγερση / Κάθισμα/ Ορθοστασία/ Περπάτημα/ Όταν ξαπλώνω/ Ακίνησία/ Κίνηση/ Όταν σηκώνομαι από καθιστή θέση/ Τέντωμα προς τα πίσω/ Άλλο:</p> <p>_____</p>

<b>1.6</b>	<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ. Περιγράψτε τί μειώνει (ανακουφίζει) τον πόνο σας</b>
	Σκύψιμο / Έγερση / Κάθισμα/ Ορθοστασία/ Περπάτημα/ Όταν ξαπλώνω/ Ακινησία/ Κίνηση/ Όταν σηκώνομαι από καθιστή θέση/ Τέντωμα προς τα πίσω/ Άλλο:
<b>1.7</b>	<b>24ΩΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΟΝΟΥ. Πότε αισθάνεστε τον σοβαρότερό σας πόνο;</b>
	Με ξυπνάει την νύχτα / Δυσκολία να κοιμηθώ/ Χειρότερος τις πρωινές ώρες/ Χειρότερος τις βραδινές ώρες /Άλλο: _____
<b>1.8</b>	<b>ΑΛΛΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>
	Οσφυαλγία από την έναρξη: Καλύτερα /Χειρότερα /Το ίδιο
	Ισχιαλγία από την έναρξη: Καλύτερα /Χειρότερα /Το ίδιο
	Ποιος πόνος είναι χειρότερος: Μέση /Πόδι
	Λειτουργικοί περιορισμοί: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (αναφέρατε τι σας σταματάει να κάνετε ο πόνος) _____
	Συχνότητα πόνου. Κάποιες μέρες/ Τις περισσότερες ημέρες/ Κάθε μέρα
<b>1.9</b>	<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ Έχετε άλλα συμπτώματα εκτός από πόνο;</b>
	Δυσκαμψία/ Σπασμός-κράμπες/ Σερνάμενα πόδια (dragging feet)/ Υπαισθησία/ Άλλο _____
	Βήχας /Φτέρνισμα Θετικό /Αρνητικό (θετικό μόνο με αναπαραγωγή πόνου στο πόδι)
<b>2</b>	<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ &amp; ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ</b>
	Έναρξη συμπτωμάτων: Απότομα (οξεία) /Σταδιακά
	Πότε άρχισαν
	Αιτία ή εμφανής προδιαθεσικός παράγοντας (π.χ. αύξηση βάρους κτλ); <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Περιγράψτε:
	Περιοχή συμπτωμάτων κατά την έναρξη: Μέση /Γλουτός /Πόδι
	Πρώτο επεισόδιο στην μέση/ πόδι <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στην μέση <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στο πόδι <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	Επίδραση προηγούμενων θεραπειών για παρόμοια συμπτώματα
<b>2.1</b>	<b>ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>
	Ακτινογραφία/ Αίματος/ MRI/ Άλλο _____
<b>3</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b>
<b>3.1</b>	<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>
	Παίρνετε φάρμακα; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ



	Υπάρχει κάποιο φάρμακο που επηρεάζει την μέση σας;		.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
<b>3.2</b>	<b>ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (RED FLAGS)</b> Παραπονιέται ο ασθενής για τίποτα από τα παρακάτω:			
	Υπαισθησία δίκην «σέλας» (μούδιασμα στην έσω περιοχή του μηρού/ Προβλήματα κύστης-εντέρου/ Ανορεξία/ Μη κατανοητή απώλεια βάρους/ Νυχτερινός πόνος/ Έντονος πόνος που δεν φεύγει/ Έντονα προβλήματα βάδισης (π.χ. αδεξιότητα)			
<b>3.3</b>	<b>ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b>			
	Παραμόρφωση (π.χ. σκολίωση)/ Αυχενικός πόνος/ Ανισοσκελία/ Άλλο: _____			
<b>3.4</b>	<b>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ</b> Περιγραφή:		.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
<b>3.5</b>	<b>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ</b> Περιγραφή:		.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
<b>3.6</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b> Έχει η ασθενής ορμονολογικά ή προβλήματα κύκλου που σχετίζονται με την μέση της;		.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
<b>3.7</b>	<b>ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ</b> Σχετίζεται με αυτόν τον τύπο οσφυαλγίας το συγκεκριμένο πρόβλημα της ασθενούς;		.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>

Αιτία ή εμφανής προδιαθεσικός παράγοντας (π.χ. αύξηση βάρους κτλ);	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
Περιγράψτε:		
Περιοχή συμπτωμάτων κατά την έναρξη: Μέση /Γλουτός /Πόδι		
Πρώτο επεισόδιο στην μέση/ πόδι	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στην μέση	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στο πόδι	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
Επίδραση προηγούμενων θεραπειών για παρόμοια συμπτώματα		
<b>ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>		
Ακτινογραφία/ Αίματος/ MRI/ Άλλο		
<b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b>		
<b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>		
Παίρνετε φάρμακα;	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
Υπάρχει κάποιο φάρμακο που επηρεάζει την μέση σας;	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
<b>ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (RED FLAGS)</b> Παραπονιέται ο ασθενής για τίποτα από τα παρακάτω:		

Υπαισθησία δίκην «σέλας» (μούδιασμα στην έσω περιοχή του μηρού/ Προβλήματα κύστης-εντέρου/ Ανορεξία/ Μη κατανοητή απώλεια βάρους/ Νυχτερινός πόνος/ Έντονος πόνος που δεν φεύγει/ Έντονα προβλήματα βάδισης (π.χ. αδεξιότητα)			
<b>ΆΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b>			
Παραμόρφωση (π.χ. σκολίωση)/ Αυχενικός πόνος/ Ανισοσκελία/ Άλλο: _____			
<b>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ</b> Περιγραφή:		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ</b> Περιγραφή:		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b> Έχει η ασθενής ορμονολογικά ή προβλήματα κύκλου που σχετίζονται με την μέση της;		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ</b> Σχετίζεται με αυτόν τον τύπο οσφυαλγίας το συγκεκριμένο πρόβλημα της ασθενούς;		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

<b>Όρθια στάση</b>			
<b>4.</b>	<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ</b>		
<b>4.1</b>	<b>ΣΤΑΣΗ</b> Ποια η στάση του ασθενή;		
	Φυσιολογική	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Λορδωτική	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Με σκολίωση	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Ανταλγική στάση	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Προσδιορίστε /παρατηρήσεις:		
<b>4.2</b>	<b>ΒΑΔΙΣΗ</b>		
	Ανταλγική βάδιση	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Φυσιολογική	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>4.3</b>	<b>ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ</b>		
	Είναι φυσιολογική η έκφραση προσώπου;	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Φαίνεται υγιής ο ασθενής;	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Έχει σε γενικές γραμμές χαλαρότητα (μειωμένο μυϊκό τόνο);	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Έχει σε γενικές γραμμές υψηλό μυϊκό τόνο;	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Μυϊκή ατροφία κάτω άκρου	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>

<b>5</b>	<b>ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ</b>				
5.1	ROM ΟΣΦΥΓΙΚΗΣ	ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤ Α	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ



	03	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>				
	05	.. <b>ΝΑΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>				
<b>6.2</b>	<b>ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ</b>	<b>ΜΕΙΩΜΕΝΟ</b>	<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ</b>	<b>ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ</b>		
	02	..	..	..	..		
	03	..	..	..	..		
	04	..	..	..	..		
	05	..	..	..	..		
	11	..	..	..	..		
<b>6.3</b>	<b>ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ</b>	<b>ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ</b>	<b>ΜΕΙΩΜΕΝΟ</b>	<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ</b>	<b>ΑΥΞΗΜΕΝΟ</b>	<b>ΚΛΩΝΟΣ</b>	
	ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ	..	..	..	..	..	
	4ΚΕΦΑΛΟΥ	..	..	..	..	..	
<b>6.4</b>	<b>ΝΕΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΑ</b>	<b>ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ</b>	<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ</b>	<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ</b>	<b>ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ</b>	<b>ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	
	SLR	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>	.. <b>ΟΧΙ</b>
	Αντίστροφο SLR	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		
<b>7</b>	<b>ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ &amp; ΨΗΛΑΦΗΣΗ</b>						
<b>7.1</b>	<b>ΙΣΧΙΑ</b>	<b>Υπερκινητικότητα</b>	<b>Φυσιολογικό</b>	<b>Περιορισμένο</b>	<b>Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων</b>		
	Έξω στροφή	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		
	Έσω στροφή	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		
<b>7.2</b>	<b>ΙΕΡΟΛΑΓΩΝΙΕΣ</b>	<b>Υπερκινητικότητα</b>	<b>Φυσιολογικό</b>	<b>Περιορισμένο</b>	<b>Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων</b>		
	Distraction	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		
	Thigh thrust	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		
	Compression test	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		

<b>Πρηνή</b>							
<b>7</b>	<b>ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ &amp; ΨΗΛΑΦΗΣΗ (συνέχεια)</b>						
<b>7.3</b>	<b>ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ (Οπισθο-πρόσθιες ολισθήσεις)</b>	<b>Υπερκινητικότητα</b>	<b>Φυσιολογικό</b>	<b>Περιορισμένο</b>	<b>Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων</b>		
	01	..	..	..	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>		

	02	..	..	..	..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	03	..	..	..	..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	04	..	..	..	..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	05	..	..	..	..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	l1	..	..	..	..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>7.4</b>	<b>ΨΗΛΑΦΗΣΗ</b>						
	Ευαισθησία/trigger points στην παρασπονδυλική περιοχή της άνω οσφυϊκής				..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Ευαισθησία/ trigger points στην παρασπονδυλική περιοχή της κάτω οσφυϊκής				..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Ευαισθησία/ trigger points στην περιοχή ιερολαγόνιας άρθρ. (inferolateral angle)				..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
	Αλλοδημία (πόνος κατά την αφή του στρογγυλού άκρου ενός συνδετήρα)				..	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
<b>8</b>	<b>ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ</b>						
	<b>Καταγραφή συμπτωματικής πλευράς: ΑΡΙΣΤΕΡΗ £ ΔΕΞΙΑ £</b>						
	<b>ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ</b>	<b>ΜΗΔΕΝ /ΙΧΝΟΣ 0-1</b>	<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ 2</b>	<b>ΜΕΤΡΙΟ 3</b>	<b>ΚΑΛΟ 4</b>	<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ 5</b>	
	Γλουτιαίοι	£	£	£	£	£	
	Ισχιοκνημιαίοι	£	£	£	£	£	

<b>10</b>	<b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ</b>	
<b>10.1</b>	<b>Ποιος είναι ο κυρίαρχος μηχανισμός πόνου του ασθενή;</b>	
	£ <b>ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ (ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ) /NOCCICEPTIVE</b> (πόνος από το τοπικό σύστημα των αλγούποδοχέων)	
	£ <b>ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ</b> (πόνος από το νευρικό σύστημα αυτό καθαυτό)	
	£ <b>ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ</b> (υπερδιέγερση του ΚΝΣ)	
	£ <b>ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (AFFECTIVE)</b> , (μία δυνατή, συναισθηματική ανταπόκριση στον πόνο)	
<b>10.2</b>	<b>Η συμπεριφορά του ασθενή κατά την εξέταση παρουσιάζει ένα από τα παρακάτω:</b>	
	Ασυμφωνίες /αντιθέσεις στην κλινική εικόνα	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Υπερβολή	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
<b>10.2</b>	<b>Ποια η κλινική σας 'αίσθηση' για το πρόβλημα του ασθενή;</b>	
<b>10.3</b>	<b>Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες βλέπετε ότι 'ταιριάζει' η κλινική εικόνα του ασθενή;</b>	
	Πόνος στο πόδι οφειλόμενος στην μέση	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Πρόπτωση /κήλη δίσκου	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Πόνος στην μέση με εμπλοκή νευρικής ρίζας	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>

	Σπονδυλική στένωση	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Ιερολαγονίτιδα	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>
	Άλλο: .....	.. <b>ΝΑΙ</b> .. <b>ΟΧΙ</b>

· **Παράρτημα 5 (αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια)**

### The Keele STarT Back Screening Tool

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

		Διαφωνώ	Συμφωνώ
		0	1
1	Ο πόνος στην μέση μου <b>απλώθηκε κάτω στο (-α) πόδι (-ια) μου</b> κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Είχα πόνο στον <b>ώμο</b> ή <b>αυχένα</b> κάποια στιγμή τις τελευταίες 2 εβδομάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Έχω <b>περπατήσει</b> μόνο <b>μικρές αποστάσεις</b> λόγω του πόνου στη μέση μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, <b>ντύθηκα πιο αργά</b> 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	<b>Ανησυχητικές σκέψεις</b> περνούν από το μυαλό μου αρκετές φορές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Νιώθω ότι ο πόνος στη μέση μου είναι <b>φοβερός</b> και <b>δεν πρόκειται ποτέ να καλυτερέψει</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Γενικά <b>δεν έχω ευχαριστηθεί</b> 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):** \_\_\_\_\_

### Maine-Seattle Back Questionnaire

Όταν πονάει η μέση σας ή το πόδι σας, μπορεί να σας είναι δύσκολο να κάνετε πράγματα που συνήθως κάνετε. Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους, άτομα με πόνο στη μέση ή στο πόδι (ισχιαλγία). Διαβάζοντας τις παρακάτω προτάσεις ενδεχομένως να βρείτε ότι κάποιες από αυτές εκφράζουν και εσάς, σήμερα. Αν κάποια από τις προτάσεις σας εκφράζει σήμερα, σημειώστε την στήλη με το «ΝΑΙ». Αν κάποια πρόταση δεν σας εκφράζει, σημειώστε την στήλη με «ΟΧΙ».

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση ή το πόδι μου	___	___

2	Λόγω του προβλήματος της μέσης μου, χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα	___	___
3	Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
4	Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
5	Λόγω της μέσης μου, προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω	___	___
6	Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
7	Η μέση ή το πόδι μου πονούν σχεδόν την περισσότερη ώρα	___	___

8	Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου	___	___
9	Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
10	Λόγω του προβλήματος της μέσης μου, η σεξουαλική μου δραστηριότητα έχει μειωθεί	___	___
11	Συνέχεια τρίβω ή βαστώ περιοχές του σώματός μου που με πονούν ή με ενοχλούν	___	___
12	Λόγω του προβλήματος της μέσης μου, κάνω λιγότερη δουλειά για το σπίτι από ότι συνήθως	___	___

### (Sciatica Bothersomeness Index)

Για τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ σκεφτείτε για την **εβδομάδα που πέρασε**. Παρακαλώ εκτιμήστε τα παρακάτω συμπτώματα σε μία κλίμακα 0-6 βαθμών, ανάλογα με το πόσο **ενοχλητικά** ήταν την **εβδομάδα που πέρασε**, όταν 0 είναι 'καθόλου ενοχλητικά' και 6 'υπερβολικά ενοχλητικά'.

1. Πόνος στο πόδι (ισχιαλγία)..... (Παρακαλώ σημειώστε ένα κουτάκι)

Καθόλου ενοχλητικός							Υπερβολικά ενοχλητικός
0	1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πόδι, άκρο πόδα ή ισχίο ..... (Παρακαλώ σημειώστε ένα κουτάκι)

Καθόλου ενοχλητικός							Υπερβολικά ενοχλητικός
0	1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Αδυναμία στο πόδι ή στον άκρο πόδα (π.χ. δυσκολία στο σήκωμα του άκρου πόδα)..... (Παρακαλώ σημειώστε ένα κουτάκι)

Καθόλου ενοχλητικός							Υπερβολικά ενοχλητικός
0	1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Πόνος στην μέση ή στο πόδι κατά την καθιστή θέση ..... (Παρακαλώ σημειώστε ένα κουτάκι)

Καθόλου ενοχλητικός							Υπερβολικά ενοχλητικός
0	1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Πόνος στην μέση κατά την καθιστή θέση ..... (Παρακαλώ σημειώστε ένα κουτάκι)

Καθόλου ενοχλητικός			Κάπως ενοχλητικός			Υπερβολικά ενοχλητικός
0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ΟΔΗΓΙΕΣ (Roland-Morris Disability Index):** 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  $\checkmark$  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 αναπαυτική καρέκλα	
8	Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα	
9	Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.	
10	Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.	
11	Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω.	
12	Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω της μέσης μου.	
13	Η μέση μου πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα.	
14	Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου.	
15	Η όρεξή μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου.	
16	Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου.	
17	Περπατώ μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου.	
18	Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου.	
19	Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια από κάποιον άλλο.	
20	Κάθομαι την περισσότερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου.	
21	Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου.	



22	Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως.	
23	Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες περισσότερο αργά από ότι συνήθως.	
24	Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω της μέσης μου.	

## 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

### 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

Καθόλου.....  3

Πολύ σπάνια.....  3

### Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

*Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!*

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

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

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

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

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

α Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας,

το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία .....  1 .....  2 .....  3

β 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
-----	-----

α Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....  1 .....  2

β Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.....  1 .....  2

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

Ναι	Όχι
-----	-----

α Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....  1 .....  2  
(ίδια με την 3)

β Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως .....  1 .....  2

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

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

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

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

- a Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5.....  6
- b Είχατε πολλή ενεργητικότητα; .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5.....  6
- c Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; .....  1.....  2.....  3.....  4.....  5.....  6

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

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

- **Παράρτημα 6 (ερωτήσεις προς τους ασθενείς για την αποτελεσματικότητα του εγχειριδίου).**

Οι ερωτήσεις αυτές είναι:

- **Χρησιμοποιήσατε το συγκεκριμένο εγχειρίδιο;**  
ΝΑΙ  ΟΧΙ
- **Αν ναι πόσο;**  
Μία φορά  Κάθε μέρα  Για 10 μέρες  Για 1 μήνα  > από μήνα
- **Το βρήκατε χρήσιμο;**  
ΝΑΙ  ΜΕΤΡΙΩΣ  ΟΧΙ
- **Πόσο αποτελεσματικό βρήκατε το εγχειρίδιο;**  
Καθόλου  Λίγο  Μετρίως  Πολύ  Πάρα Πολύ
- **Ποίο μέρος του εγχειριδίου σας φάνηκε πιο χρήσιμο;**  
Οδηγίες  Ασκήσεις  Και τα δύο  Κανένα
- **Βελτιώθηκε η κατάστασή σας μετά την χρήση του;**  
Καθόλου  Λίγο  Μέτρια  Πολύ  Πάρα Πολύ
- **Αναφέρατε (περιγράψτε) το όφελος που αποκομίσατε από την χρήση του (π.χ. περπατάτε καλύτερα, ξέρετε πώς να αντιμετωπίσετε τον οξύ πόνο κτλ.).**