



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ
ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ
ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΘΛΗΤΕΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΧΑΙΡΕΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΑΤΣΑΡΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Κος ΤΣΕΠΗΣ ΗΛΙΑΣ

ΑΙΓΙΟ -2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η οσφυαλγία είναι από τα πιο κοινά προβλήματα υγείας με αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς θα εμφανιστεί στο 80% των ανθρώπων κάποια στιγμή στη ζωή τους. Στο όρο οσφυαλγία εννοούμε την εμφάνιση πόνου στην περιοχή της οσφύος της σπονδυλικής στήλης και αποτελεί ένα από τα πιο κοινά ιατρικά προβλήματα που απασχολεί την ιατρική και φυσιοθεραπευτική κοινότητα. Μεγάλη σημασία δίνεται στη πρόληψη της πάθησης αλλά και ένα μεγάλο μέρος στοχεύει στην αποτελεσματική θεραπεία της. Πολλοί ερευνητές και συγγραφείς έχουν επιχειρήσει να ασχοληθούν με την οσφυαλγία και γι' αυτό υπάρχει πληθώρα αναφορών και μελετών στη βιβλιογραφία.

Στη παρούσα πτυχιική εργασία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε σχετικά με τη χρόνια οσφυαλγία. Στην έρευνα αυτή συμμετείχε μικρό δείγμα ασθενών και χρησιμοποιήθηκε ο σταθεροποιητής βιοανάδρασης (stabilizer). Το stabilizer παρέχει πίεση κατά τη διάρκεια της μυϊκής επανεκπαίδευσης, για να διαπιστωθεί, αν ο ασθενής είναι σε θέση, να απομονώσει και να διατηρήσει τη συστολή του εγκάρσιου κοιλιακού μυ. Το stabilizer έχει τι εξής ιδιότητες :

- Επανεκπαιδεύει την κοιλιακή μυϊκή λειτουργία.
- Παρακολουθήση της σταθεροποίησης της οσφυϊκής μοίρας.
- Προστατεύει και σταθεροποιεί τις αρθρώσεις κατά την άσκηση.
- Όργανο πρόσληψης και θεραπείας για την οσφυαλγία.
- Ενισχύει τα προγράμματα άσκησης στο σπίτι.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε ανθρώπους με χρόνια οσφυαλγία για να διευρευνηθεί η οσφυϊκή τους σταθεροποίηση. Στην εξέταση συμμετείχαν σαράντα ασθενείς εκ των οποίων οι είκοσι ήταν ερασιτέχνες αθλητές ποδόσφαιρου και οι υπόλοιποι μη αθλητές. Η εξέταση περιλάμβανε τη συμπλήρωση ενός κοινού για όλους ερωτηματολόγιου, τη λήψη ιστορικού του καθενός σε μορφή συνέντευξης και τη κλινική εξέταση με τη χρήση της συσκευής stabilizer.

Αρχικά γίνεται η ανάλυση της ανατομίας της σπονδυλικής στήλης και της περιοχής της οσφύος την οποία είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε προκειμένου να κατανοήσουμε τα συμπτώματα και τις αλλαγές που προκαλεί η οσφυαλγία. Ακολουθεί η περιγραφή της κινησιολογίας της περιοχής.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται μια περιγραφή της πάθησης με τη παρουσίαση της παθοφυσιολογίας και τη παράθεση επιδημιολογικών στοιχείων. Στη συνέχεια γίνεται μια σύντομη ανάλυση της οσφυϊκής σταθεροποίησης και του μυϊκού ελέγχου της οσφυϊκής μοίρας σε αθλητές και μη.

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται η μέθοδος , οι μετρήσεις, τα αποτελέσματα που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για τα πορίσματα των τεστ και τα συμπεράσματα που προκύπτουν. Τέλος, γίνεται συζήτηση γύρω από το θέμα της έρευνας, που τοποθετούνται σκέψεις, ερωτήματα και στοχασμοί.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΜΕΡΟΣ Α'	6
1.1 Ανατομία Σπονδυλικής Στήλης.....	6
1.2 Σπόνδυλοι	8
1.3 Μεσοσπονδύλιος δίσκος	9
1.4 Νωτιαίος μυελός	10
1.5 Μυολογία	11
1.5.1 Κοιλιακοί μύες.....	11
1.5.2 Οπίσθιοι κοιλιακοί μύες.....	13
1.5.3 Ωμορραχιαίοι μύες.....	14
1.5.4 Πλευρορραχιαίοι μύες	15
1.5.5 Μακροί ραχιαίοι μύες, Ιερονωτιαίο σύστημα	15
1.5.6 Βραχείς ιδίως ραχιαίοι μύες	17
1.5.7 Διάφραγμα	18
1.6 Οσφυονωτιαία περιτονία	19
1.7 Νευρολογία	19
1.7.1 Οσφυϊκό πλέγμα	19
1.7.2 Ισχιακό νεύρο	19
1.8 Κινησιολογία της σπονδυλικής στήλης	20
2 ΜΕΡΟΣ Β'	21
2.1 Οσφυαλγία	21
2.2 Οξεία οσφυαλγία	22
2.3 Μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία	23
2.4 Χρόνια οσφυαλγία	24
2.5 Ισχιαλγία	25
2.6 Επιδημιολογία	26
2.7 Οσφυαλγία και οσφυϊκή αστάθεια	27

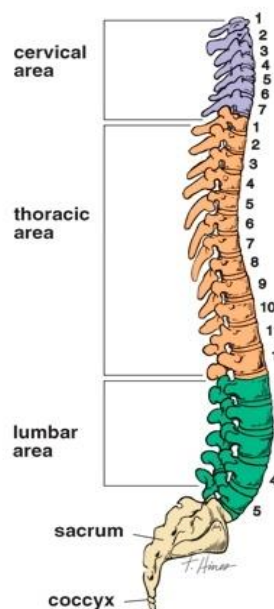
2.8	Συστήματα σταθερότητας οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης	28
2.9	Οσφουαλγία και οσφυϊκή σταθεροποίηση	29
2.10	Πρόγραμμα ασκήσεων για οσφυϊκή σταθεροποίηση	30
2.10.1	Ασκήσεις σταθεροποίησης.....	32
2.10.2	Ασκήσεις σταθεροποίησης με μπάλα	33
2.10.3	Στόχοι ασκήσεων για οσφυϊκή σταθεροποίηση:.....	35
3	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	36
3.1	Σκοπός.....	36
3.2	Μέθοδος.....	36
3.2.1	Δείγμα	36
3.2.2	Υλικό	39
	Διαδικασία διεξαγωγής μελέτης	41
3.2.3	Ερωτηματολόγια	42
3.3	Αποτελέσματα	44
	Στατιστική ανάλυση	
3.4	Συζήτηση – Συμπεράσματα	47
4	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	50
4.1	ΒΙΒΛΙΑ.....	50
4.2	ΑΡΘΡΑ	50
4.3	ΑΡΘΡΑ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ.....	52
5	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	54
5.1	Περιγραφική ανάλυση (n=40)	54
5.2	Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων	54
5.3	Ιστορικό.....	55
5.4	Κλινική εξέταση	55
5.5	Περιγραφική ανάλυση αθλητών (n=20) με μη αθλητές (n=20).....	56
5.6	Στατιστική ανάλυση (n=40).....	57
5.7	Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης εθελοντή.....	58
5.8	Βοηθητικό εγχειρίδιο.....	67
5.9	Ερωτηματολόγια.....	72

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΜΕΡΟΣ Α'

1.1 Ανατομία Σπονδυλικής Στήλης

Η σπονδυλική στήλη αποτελεί τον κύριο σκελετικό άξονα παρέχοντας σταθερότητα και στήριξη του ανθρώπινου σώματος. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ κεφαλής, άνω και κάτω άκρων. Η λειτουργία της είναι μοναδική στηρίζει το κεφάλι και το κορμό, προστατεύει το νωτιαίο μυελό και τις νευρικές ρίζες, καθώς επίσης επιτρέπει την ομαλή και ρυθμική κίνηση ολόκληρου του σώματος. Η σπονδυλική στήλη στον ανθρώπινο σκελετό αποτελείται από 33 ή 34 σπονδύλους. Με βάση τους σπόνδυλους η σπονδυλική στήλη μπορεί να χωριστεί σε περιοχές ή όπως καλύτερα τις ονομάζουμε μοίρες (Γκούβας, 2010 ; Hamill, 2007 ; Hamilton, 1946):

1. Αυχενική μοίρα ή αυχένιας (cervical), όπου περιλαμβάνει 7 σπονδύλους από τη βάση του κεφαλιού μέχρι το οστό που ψηλαφάμε στο πίσω μέρος του λαιμού όταν σκύβουμε το κεφάλι μας.
2. Θωρακική μοίρα (thoracic) αποτελείται από 12 σπονδύλους στους οποίους αρθρώνονται οι αντίστοιχες πλευρές.
3. Οσφυϊκή μοίρα (lumbar) ή μέση , περιλαμβάνει 5 σπονδύλους από το τέλος της θωρακικής μοίρας μέχρι την αρχή του ιερού οστού.
4. Ιερή μοίρα (sacrum) , περιλαμβάνει 5 σπονδύλους ενωμένους μεταξύ τους (συνοστεωμένοι) , που αποτελούν το ιερό οστό.
5. Κοκκυγική μοίρα ή κόκκυγας (coccyx) που περιλαμβάνει 3 ή 4 μικρούς συνοστεωμένους σπόνδυλους που αποτελούν τον κόκκυγα.



Εικόνα 1. Πέντε μοίρες της σπονδυλικής στήλης.

Τα τμήματα (μοίρες) της σπονδυλικής στήλης έχουν ιδιαιτερότητες γι' αυτό βοηθάει ο διαχωρισμός τους σε μοίρες. Η αυχενική μοίρα έχει μεγάλη ευκινησία και βοηθάει στη στήριξη της κεφαλής και των κινήσεών της. Η θωρακική μοίρα είναι σχεδόν άκαμπτη (Γκούβας, 2010 ; Χατζηπαύλου, 2005).

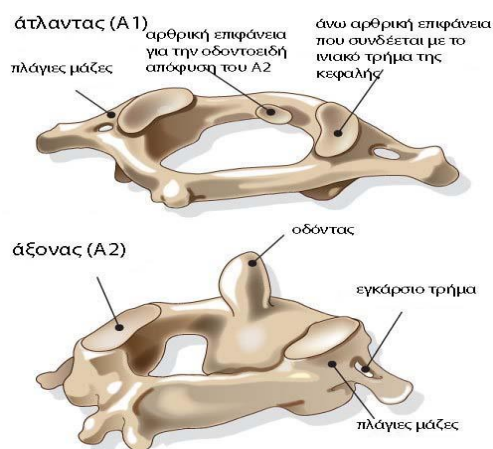
Η οσφυϊκή μοίρα είναι πιο ευκίνητη , έχει πιο μεγάλους σπονδύλους καθώς δέχεται όλο το βάρος του σώματος. Το ιερό οστό και ο κόκκυγας δεν επιτρέπουν κινήσεις αφού αποτελούνται από συνοστεωμένα οστά, αλλά έχουν σημαντικό στηρικτικό ρόλο.

Αν παρατηρήσουμε τη σπονδυλική στήλη από τα πλάγια, διακρίνουμε κάποια φυσιολογικά κυρτώματα (εικόνα 1). Οι καμπύλες αυτές εξυπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο την όρθια στάση του ανθρώπου, αυξάνουν την κινητικότητα και την ικανότητα της σπονδυλικής στήλης να αντέχει φορτία παρέχοντας ελαστικότητα σε όλο το βάρος του σώματος σε οποιαδήποτε κίνηση. Τα φυσιολογικά κυρτώματα είναι δύο εμπρόσθια και δύο οπίσθια και έχουν από πάνω προς τα κάτω (Drake, 2005):

- Αυχενικό κύρτωμα (αυχενική λόρδωση) ανοιχτό προς τα πίσω
- Θωρακικό κύρτωμα (θωρακική κύφωση) ανοιχτό προς τα εμπρός
- Οσφυϊκό κύρτωμα (οσφυϊκή λόρδωση) ανοιχτό προς τα πίσω
- Ιεροκοκκυγικό κύρτωμα ανοιχτό προς τα εμπρός

1.2 Σπόνδυλοι

Ο κάθε σπόνδυλος αποτελείται από το σώμα και το τόξο. Το σώμα έχει σχήμα κυλίνδρου ενώ το τόξο μοιάζει με δακτυλίδι που βρίσκεται πίσω από το σώμα (εικόνα 2). Τα σώματα των σπονδύλων ενώνονται μεταξύ τους με το **μεσοσπονδύλιο δίσκο**. Το κάθε τόξο έχει τέσσερις αρθρικές επιφάνειες που αρθρώνονται με τα τόξα του υπερκείμενου και υποκείμενου σπόνδυλου σχηματίζοντας τις οπίσθιες αρθρώσεις γνωστές και ως **facets**. Ακόμη, υπάρχουν οστικές προεξοχές που ονομάζονται αποφύσεις και δρουν ως μοχλοί πάνω στους μύες της σπονδυλικής στήλης. Οι σπόνδυλοι του αυχένα χαρακτηρίζονται για το μικρό του μέγεθος. Ο πρώτος (άτλαντας) και ο δεύτερος (άξονας) αυχενικός σπόνδυλος είναι εξειδικευμένοι για την εκτέλεση των κινήσεων της κεφαλής. Οι αυχενικοί σπόνδυλοι στηρίζουν το κρανίο, μετακινούν τη σπονδυλική στήλη και τη κεφαλή καθώς επίσης προστατεύουν το νωτιαίο μυελό. Προβλήματα στον αυχένα μπορεί να προκαλέσουν αντανακλώμενο πόνο όχι μόνο στον αυχένα αλλά και στα άνω άκρα. Αντίθετα, οι πέντε οσφυϊκοί σπόνδυλοι διαφέρουν από τους υπόλοιπους εξαιτίας του μεγάλου τους μεγέθους (εικόνα 3). Οι εγκάρσιες αποφύσεις είναι κατά κανόνα λεπτές και μακριές, με εξαίρεση αυτές του πέμπτου οσφυϊκού σπονδύλου, που είναι ογκώδεις για την πρόσφυση των λαγονοσφυϊκών συνδέσμων, οι οποίοι συνδέουν τις εγκάρσιες αποφύσεις με τα οστά της πυέλου. Αντίστοιχα με τον αυχένα, έτσι και με κάποιο πρόβλημα στη μέση στη περιοχή της οσφύς μπορεί να δημιουργηθεί πόνος που να ακτινοβολεί κάτω στα πόδια (Γκέκης, 2009).



Εικόνα 2. Οι πρώτοι δύο αυχενικοί σπόνδυλοι.



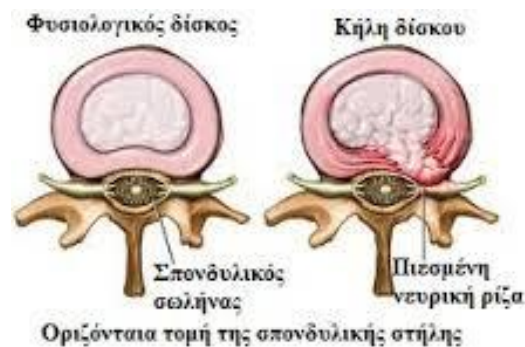
Εικόνα 3. Οσφυϊκοί σπόνδυλοι(κάτοψη – πλάγια).

1.3 Μεσοσπονδύλιος δίσκος

Ανάμεσα στους σπονδύλους βρίσκεται ο μεσοσπονδύλιος δίσκος ένα υλικό σαν μαξιλάρι ή gel που βοηθά ώστε να μην υπάρχει τριβή με τους γειτονικούς σπονδύλους, απορροφώντας τη πίεση και τους κραδασμούς από εξωτερικά και εσωτερικά φορτία. Ο κάθε δίσκος αποτελείται από το περίβλημα και τον πυρήνα. Το περίβλημα ονομάζεται ινώδης δακτύλιος που αποτελείται από συνδετικό ιστό με διαφορετικές κατευθύνσεις. Είναι σταθερά στερεωμένος πάνω στα σώματα των σπονδύλων συνδέοντας έτσι μεταξύ τους. Στο κέντρο κάθε μεσοσπονδύλιου δίσκου βρίσκεται ο πηκτοειδής πυρήνας που είναι φτιαγμένος από ιώδη ιστό πιο ομοιογενής και ελαστικός. Σε βλάβες του δίσκου όπως μείωση της ελαστικότητάς του ή μείωση του όγκου του έχουμε επιπτώσεις στις αρθρώσεις και τους συνδέσμους της σπονδυλικής στήλης. Σε ρήξεις του ιώδη δακτυλίου έχουμε βλάβες σε νωτιαίο μυελό και νωτιαίες ρίζες που προκαλεί ερεθισμό από πίεση, ενώ σε προβολές του πυρήνα του δίσκου έχουμε κήλες που μπορεί να προκαλέσουν μέχρι και οσφυαλγία (Karandji, 1974).



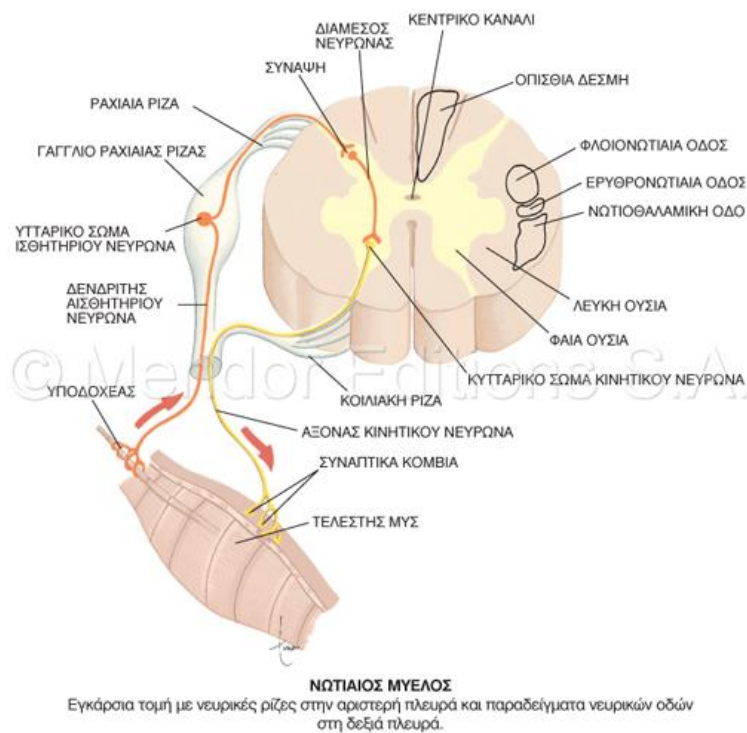
Εικόνα 4. Μεσοσπονδύλιος δίσκος.



Εικόνα 5. Κήλη δίσκου.

1.4 Νωτιαίος μυελός

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα καταλαμβάνοντας τα δύο άνω τριτημόρια αυτού συνεχίζοντας τη πορεία του εγκεφάλου. Η σύστασή του είναι συμπαγέστερη από αυτή του εγκεφάλου αλλά περιλαμβάνεται από τις ίδιες μήνιγγες (σκληρά, αραχνοειδή και χοριοειδή μήνιγγα). Ο νωτιαίος μυελός στηρίζεται α) από τον ακίνητο εγκέφαλο (προμήκης), β) από το τελικό νημάτιο που προσφύεται στο κόκκυγα, γ) από τις ρίζες των νωτιαίων νευρών, δ) από τον οδοντωτό σύνδεσμο. Η αυχενική και η οσφυϊκή μοίρα είναι παχύτερες και σχηματίζουν το αυχενικό και οσφυϊκό όγκωμα από τα οποία εκφύονται τα νεύρα για τα άνω και κάτω άκρα. Από τα πλάγια του νωτιαίου μυελού σχηματίζονται κατά ζεύγη τα νωτιαία νεύρα, καθ' ένα απ' τα οποία εμφανίζεται δύο ρίζες τη πρόσθια (κινητική) και την οπίσθια (αισθητική). Ο νωτιαίος μυελός αποτελείται εξωτερικά από λευκή ουσία και εσωτερικά από φαιά ουσία που φέρει το σχήμα Η. Τέλος το κάτω άκρο του νωτιαίου μυελού ονομάζεται μυελικός κώνος και αντιστοιχεί στο 1^ο και 2^ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Μετά ατροφεί και μεταπίπτει στο τελικό νημάτιο.



Εικόνα 6. Εγκάρσια τομή νωτιαίου μυελού.

1.5 Μυολογία

Η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης συμμετέχει στο σχηματισμό των εξής μυών:

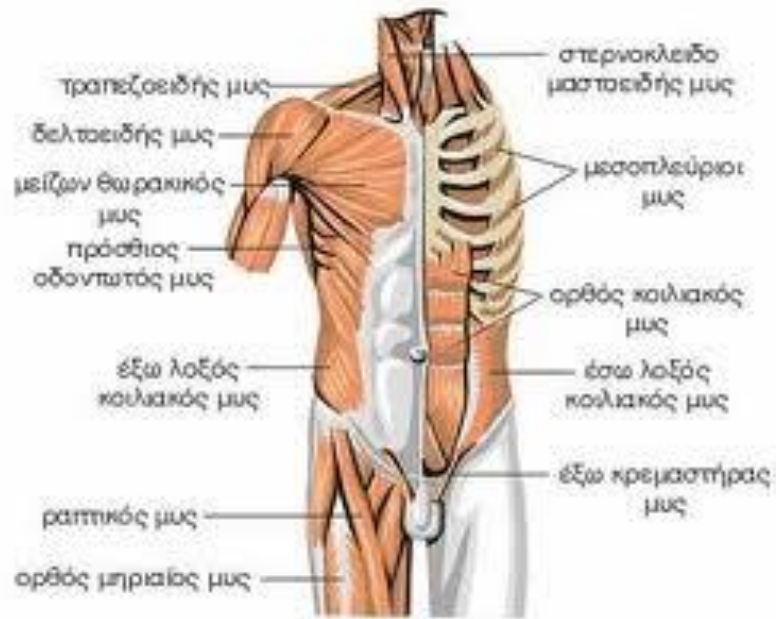
1.5.1 Κοιλιακοί μύες

➤ Έσω λοξός κοιλιακός μυς

- Έκφυση : Έξω ημιμόριο βουβωνικού συνδέσμου λαγόνιος ακρολοφία και οσφυονωτιαία περιτονία.
- Κατάφυση : Κάτω χείλος των τεσσάρων κατώτερων πλευρών και λευκή γραμμή με απονεύρωση.
- Νεύρωση : 8^ο -12^ο μεσοπλεύριο νεύρο και κλωνία του λαγονοϋπογαστρίου, λαγονοβουβωνικού και του αιδιομηρικού νεύρου.
- Νευροτόμια: Θ8-Θ12.

- Ενέργεια : Ο μυς αυτός που βρίσκεται βαθύτερα από ότι ο έξω λοξός, είναι ο πιο δυνατός στροφέας στη σπονδυλική στήλη. Ενεργοποιούμενος παρουσιάζει κάμψη, πλάγια κάμψη και στροφή στην αυτή πλευρά της σπονδυλικής στήλης (σε μονόπλευρη δράση). Εάν εργαστούν και οι δυο μαζί, παρουσιάζουν κάμψη στη θωρακοοσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Η φορά των μυϊκών ινών του είναι αντίθετη από αυτή του έξω λοξού, οι δύο δε πλευρές του μυ πλησιάζουν την λευκή γραμμή, δημιουργώντας έτσι ένα αντίστροφο V.

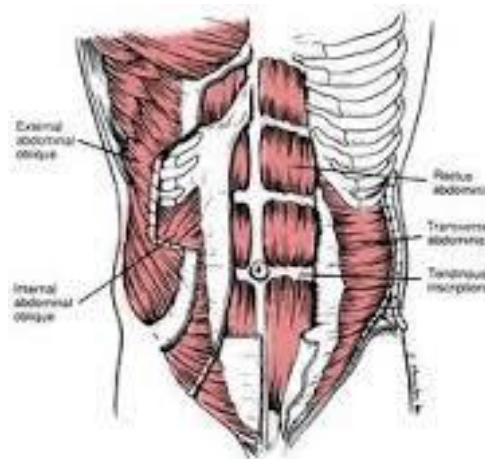
Κατά την διάρκεια της στροφής , οι πλευρές τραβιούνται προς την λαγόνια ακρολοφία, στην ίδια πλευρά και ο κορμός στέφει στην ίδια πλευρά. Οι δύο μυς είναι πρωταγωνιστές στην κάμψη και στην πλάγια κάμψη, ενώ είναι ανταγωνιστές στη στροφή.



Εικόνα 7. Η όψη των κοιλιακών μυών.

➤ Εγκάρσιος κοιλιακός μυς.

- Έκφυση : Έσω επιφάνεια των έξι κατώτερων πλευρών, πλευροειδείς αποφύσεις των οσφυϊκών σπονδύλων, λαγόνιος ακρολοφία και βουβωνικός σύνδεσμος.
- Κατάφυση : Λευκή γραμμή με απονεύρωση.
- Νεύρωση : 8^ο -12^ο μεσοπλεύριο, λαγνοϋπογάστριο, λαγνοβουβωνικό και αιδιομηρικό. Νευροτόμια:Θ8-Ο1.
- Ενέργεια : Ο μυς συμπιέζει ενεργοποιούμενος την κοιλιακή χώρα κατά την διάρκεια δυνατής εκπνοής.



Εικόνα 8. πρόσθιοι και πλάγιοι κοιλιακοί μύες.

1.5.2 Οπίσθιοι κοιλιακοί μύες

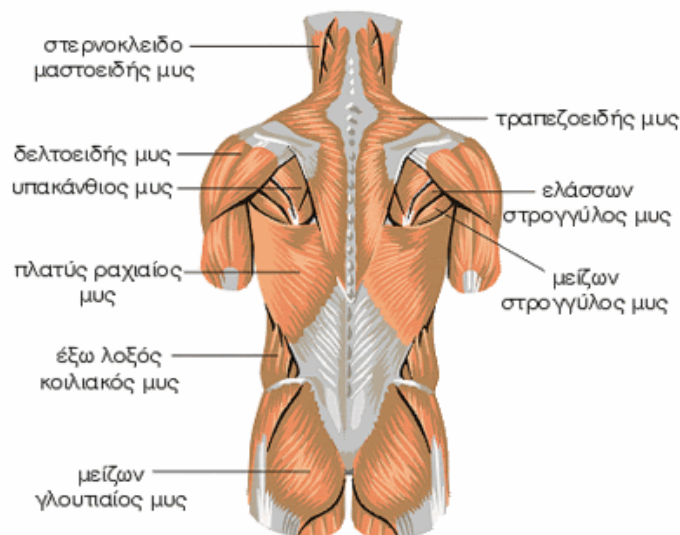
- Οπίσθια μοίρα τετράγωνου οσφυϊκού μυ.
 - Έκφυση : Οσφυολαγόνιος σύνδεσμος, έσω κράσπεδο λαγονίου ακρολοφίας.
 - Κατάφυση : Πλευροειδείς αποφύσεις τεσσάρων πρώτων οσφυϊκών σπονδύλων, κάτω χείλος έσω ημιμόριο 12ης πλευράς.
 - Νεύρωση : Υποπλεύριο νεύρο και βραχείς κλάδοι του οσφυϊκού πλέγματος.
 - Νευροτόμια : Θ12-Ο3

- Πρόσθια μοίρα τετράγωνου οσφυϊκού μυός.
 - Έκφυση : Πλευροειδείς αποφύσεις 2ου-5ου οσφυϊκού σπονδύλου
 - Κατάφυση : Κάτω χείλος και πρόσθια επιφάνεια 12ης πλευράς
 - Νεύρωση : Ίδια με αυτήν της οπίσθιας μοίρας .
 - Ενέργεια : Ο μυς παρουσιάζει ενεργοποιούμενος πλάγια κάμψη στην ίδια πλευρά. Όταν ενεργοποιηθούν και οι δυο συγχρόνως, τραβούν τις τελευταίες πλευρές προς τα κάτω και έτσι , βοηθούν το διάφραγμα στην ενέργεια του. Ακόμη ο μυς αυτός μπορεί να εκτείνει την χαμηλή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Σε παράλυση του μυ στη μια πλευρά, παρουσιάζεται πτώση της λεκάνης στην αντίθετη πλευρά και αυτή είναι μια αιτία για την παρουσία σκολίωσης, τέλος ο μυς αυτός σταθεροποιεί την σπονδυλική στήλη.

1.5.3 Ωμορραχιαίοι μύες

➤ Πλατύς ραχιαίος.

- Έκφυση : Σπονδυλική μοίρα: Επιπολής πέταλο της οσφυνοωτιαίας περιτονίας και ακανθώδεις αποφύσεις των έξι κατώτερων θωρακικών και όλων των οσφυϊκών και ιερών σπονδύλων. Λαγόνιος μοίρα: Οπίσθια μοίρα του έξω κρασπέδου της λαγόνιας ακρολοφίας. Πλευρική μοίρα: Έξω επιφάνεια των 3-4 κατώτερων πλευρών.
- Κατάφυση : Όλες οι μοίρες συνενώνονται σε κοινή γαστέρα η οποία φέρεται προς τα άνω, έξω και εμπρός περικάμπει το πρόσθιο χείλος του μείζονα στρογγύλου μύος και μπροστά μεταπίπτει στον πλατύ τένοντα.
- Νεύρωση : Θωρακοραχιαίο νεύρο.
- Νευροτόμια : Α6-Α8.
- Ενέργεια : φέρει προς τα κάτω τον ανυψωμένο βραχίονα και συνέχεια προς τα πίσω , στρέφοντας τον συγχρόνως προς τα έσω.



Εικόνα 9. Οι μύες της ράχης.

1.5.4 Πλευρορραχιαίοι μύες

- Οπίσθιος κάτω οδοντωτός μυς.
 - Έκφυση : Επακάνθιος σύνδεσμος και ακανθώδεις αποφύσεις του 11ου και 12ου θωρακικού και των τριών πρώτων οσφυϊκών σπονδύλων.
 - Κατάφυση : Με μυώδη οδοντώματα στο κάτω χείλος και την έξω επιφάνεια των τεσσάρων τελευταίων πλευρών
 - Νεύρωση : 9^ο -11^ο μεσοπλεύριο νεύρο.
 - Νευροτόμια : Θ9-Θ11.
 - Ενέργεια : Ο μυς κατασπά ενεργοποιούμενος τις πλευρές που καταφύεται. Ακόμη , εξουδετερώνει την προς τα μέσα έλξη του διαφράγματος.

1.5.5 Μακροί ραχιαίοι μύες. Ιερονωτιαίο σύστημα

- Λαγονοπλευρικός μυς.
 - Έκφυση : Λαγόνιος ακρολοφία, λαγόνιο κύρτωμα και επιπολής τενόντιο πέταλο του ιερονωτιαίου μυ.
 - Κατάφυση : Οσφυϊκή μοίρα: Λαγόνιος ακρολοφία μέχρι την 4^η -5^η πλευρά. Θωρακική μοίρα: 12^η -1^η πλευρά. Αυχενική μοίρα: 6 ανώτερες πλευρές και εγκάρσιες αποφύσεις των τριών κατώτερων αυχενικών σπονδύλων.
 - Ενέργεια : όταν ενεργεί ο ένας , είναι πρωταγωνιστής για την πλάγια κάμψη και την στροφή προς την ίδια πλευρά. Εάν ενεργούν και οι δύο μαζί είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

- Μήκιστος μυς.
 - Έκφυση : Θωρακική μοίρα: Ακανθώδεις αποφύσεις των 3-4 κατώτερων οσφυϊκών σπονδύλων και ιερά άκανθα. Αυχενική μοίρα: Με τενόντια οδοντώματα από τις εγκάρσιες αποφύσεις των 5 πρώτων θωρακικών σπονδύλων. Κεφαλική μοίρα: Με τενόντια οδοντώματα από τις εγκάρσιες αποφύσεις των 3-4 ανώτερων θωρακικών σπονδύλων και των αρθρικών αποφύσεων των 4 κατωτέρων αυχενικών σπονδύλων.
 - Κατάφυση : Με δύο στίχους οδοντώματα από τους οποίους ο έσω στίχος στα επικουρικά φύματα των οσφυϊκών σπονδύλων και εγκάρσιες αποφύσεις θωρακικών σπονδύλων και ο έξω στίχος στις πλευροειδείς αποφύσεις των οσφυϊκών σπονδύλων

και τις πλευρές.-Με οδοντώματα στα οπίσθια φύματα των εγκάρσιων αποφύσεων του 2ου-5ου αυχενικού σπονδύλου.-Μαστοειδής απόφυση.

- Ενέργεια : Όταν ενεργεί ο ένας , είναι πρωταγωνιστής για την πλάγια κάμψη και τη στροφή προς την ίδια πλευρά. Εάν ενεργούν και οι δύο μαζί, είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

➤ Ακανθώδης μυς.

- Έκφυση : Θωρακική μοίρα: Ακανθώδεις αποφύσεις των δύο κατώτερων θωρακικών και των δύο ανώτερων οσφυϊκών σπονδύλων. Αυχενική μοίρα: Ακανθώδεις αποφύσεις των δύο ανωτέρων θωρακικών και των δύο κατώτερων αυχενικών σπονδύλων. Κεφαλική μοίρα: Ακανθώδεις αποφύσεις του 1ου-4ου θωρακικού και των κατώτερων αυχενικών σπονδύλων.
- Κατάφυση : Ακανθώδεις αποφύσεις του 2ου-8ου θωρακικού σπονδύλου. Ακανθώδεις αποφύσεις του 2ου-4ου αυχενικού σπονδύλου. Ινιακό οστό.
- Νεύρωση : Από τους οπίσθιους κλάδους των νωτιαίων νεύρων.
- Ενέργεια : Όταν ενεργεί ο ένας , είναι πρωταγωνιστής για την πλάγια κάμψη. Εάν ενεργούν και οι δύο μαζί, είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

➤ Πολυσχιδής μυς.

- Έκφυση : Εγκάρσιες αποφύσεις όλων των σπονδύλων.
- Κατάφυση : Ακανθώδεις αποφύσεις των υπερκείμενων σπονδύλων αφού υπερπηδήσει 2-3 σπονδύλους.
- Νεύρωση : Έσω κλωνία των οπισθίων κλάδων των νωτιαίων νεύρων.
- Νευροτόμια: A3-Θ5.
- Ενέργεια : όταν ενεργούν οι ετερόπλευροι, είναι πρωταγωνιστές για την πλάγια κάμψη, καθώς και για την στροφή προς την αντίθετη πλευρά. Εάν ενεργούν και οι δύο μμαζί, είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

➤ Περιστροφείς των νώτων μυών (Μακροί περιστροφείς).

- Έκφυση : Οπίσθια και άνω επιφάνεια της εγκάρσιας απόφυσης κάθε σπονδύλου.
- Κατάφυση : Πλάγια ρίζα της ακανθώδους απόφυσης του παραεπόμενου σπονδύλου.
- Νεύρωση : Οπίσθιοι κλάδοι των νωτιαίων νεύρων.

- **Ενέργεια** : είναι πρωταγωνιστές για την στροφή του κορμού προς την αντίθετη πλευρά όταν ενεργούν από την μια μόνο πλευρά. Εάν ενεργούν και οι δύο μαζί, είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

1.5.6 Βραχείς ιδίως ραχιαίοι μύες

➤ Μεσακάνθιοι μύες.

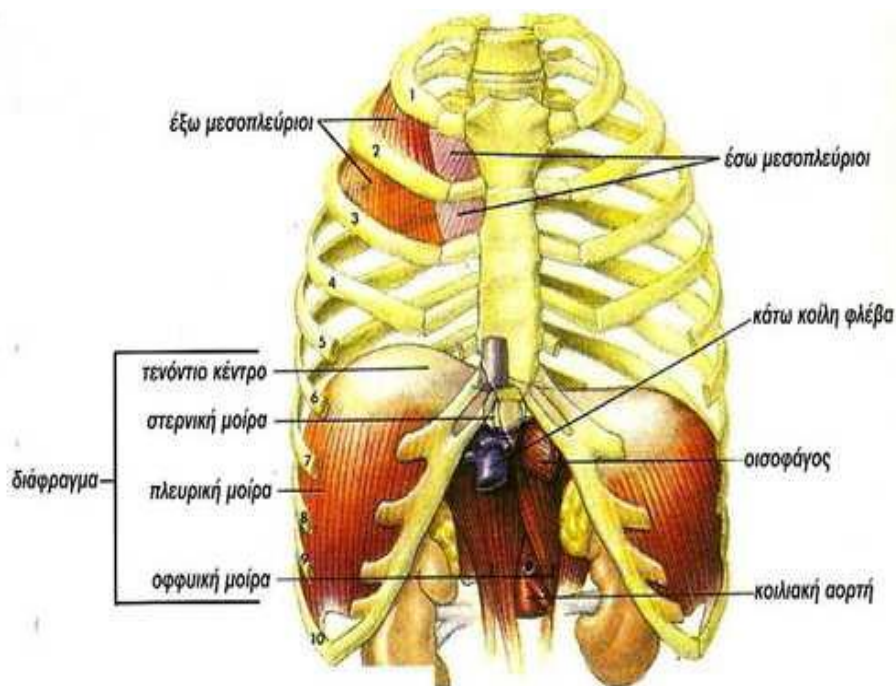
- **Έκφυση** : Άνω επιφάνεια της ακανθώδους απόφυσης του κάθε σπονδύλου.
- **Κατάφυση** : Κάτω επιφάνεια της ακανθώδους απόφυσης του υπερκείμενου σπονδύλου.
- **Νεύρωση** : Οπίσθιοι κλάδοι των νωτιαίων νεύρων.
- **Ενέργεια** : είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

➤ Μεσεγκάρσιοι μύες.

- **Έκφυση** : Εγκάρσιες αποφύσεις κάθε σπονδύλου.
- **Κατάφυση** : Εγκάρσιες αποφύσεις παρακείμενου σπονδύλου.
- **Νεύρωση** : Πρόσθιοι και οπίσθιοι κλάδοι των νωτιαίων νεύρων.
- **Ενέργεια** : Όταν ενεργεί ο ένας , είναι πρωταγωνιστής για την πλάγια κάμψη. Εάν ενεργούν και οι δύο μαζί, είναι πρωταγωνιστές για την έκταση και την υπερέκταση του κορμού.

1.5.7 Διάφραγμα

Τέλος η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης συμμετέχει και στο σχηματισμό του διαφράγματος, το οποίο παρουσιάζει το τενόντιο κέντρο και τρεις μοίρες: α. Στερνική β. Πλευρική γ. Οσφυϊκή. Η οσφυϊκή μοίρα παρουσιάζει ένα έσω και ένα έξω σκέλος και μεταξύ των δύο έσω σκελών το μέσο τοξοειδή σύνδεσμο. Το δεξιό έσω σκέλος εκφύεται από τα σώματα του 1ου-4ου οσφυϊκού σπονδύλου και το αριστερό έσω σκέλος από τα σώματα του 1ου-3ου οσφυϊκού σπονδύλου. Το έξω σκέλος αποτελείται από δύο τόξα, ήτοι: τον έσω τοξοειδή σύνδεσμο ή τόξο του ψοίτη ή έσω οσφυοπλευρικό τόξο και τον έξω τοξοειδή σύνδεσμο ή τόξο του τετράγωνου οσφυϊκού ή έξω οσφυοπλευρικό σύνδεσμο. Το τόξο του ψοίτη εκτείνεται από την πλάγια επιφάνεια του σώματος του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου προς την πλευροειδή απόφυση του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο έξω τοξοειδής σύνδεσμος εκτείνεται από την πλευροειδή απόφυση του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου προς τη 12^η πλευρά. Κάτω από τα τόξα αυτά φέρονται ο μείζων ψοίτης και ο τετράγωνος οσφυϊκός (Κωσταβάρας κ συν., 2010).



Εικόνα 10. Διάφραγμα.

1.6 Οσφυονωτιαία περιτονία

Η οσφυονωτιαία περιτονία αποτελείται από τη σπονδυλική στήλη και τη ραχιαία επιφάνεια των πλευρών περικλείοντας όλους τους αυτόχθονες μύες της ράχης. Διακρίνεται σε δύο πέταλα, το επιπολής πέταλο που χρησιμεύει σαν έκφυση του πλατύ ραχιαίου και του οπίσθιου κάτω οδοντωτού μυός και το εν τω βάθει πέταλο που διαχωρίζει τους μύες της ράχης με τους προσθιοπλάγιους μύες του κορμού. Το εν τω βάθει πέταλο αποτελεί έκφυση του έσω λοξού κοιλιακού και του εγκάρσιου κοιλιακού μυ.

1.7 Νευρολογία

Αναφερόμενοι, λοιπόν, στη σπονδυλική στήλη νευρολογικά αξίζει να σταθούμε στο οσφυϊκό πλέγμα και στο ισχιακό νεύρο.

1.7.1 Οσφυϊκό πλέγμα

Σχηματίζεται από την αναστόμωση των πρόσθιων κλάδων του Ο1-Ο3 και μέρος του Ο4 νεύρου. Οι κλάδοι του οσφυϊκού πλέγματος είναι οι εξής:

- Βραχείς κλάδοι.(Για τον τετράγωνο οσφυϊκό μείζονα και ελάσσονα ψοίτη και για τους μεσεγκάρσιους μυς)
- Λαγονοϋπογάστριο (Πλάγιους κοιλιακούς μυς)
- Λαγονοβουβωνικό.
- Αιδιομηρικό.
- Έξω μηροδερματικό νεύρο.
- Μηριαίο νεύρο. Χορηγεί: α. Κινητικούς κλάδους για τον λαγονοψοίτη, τον κτενίτη και τους πρόσθιους μηριαίους μυς. β. Αισθητικούς κλάδους για το δέρμα της πρόσθιας επιφάνειας του μηρού και έσω επιφάνειας του γόνατος και της κνήμης και του έσω χείλους του ποδιού.
- Θυροειδές νεύρο. Χορηγεί: α. κινητικούς κλάδους για τους προσαγωγούς μυς και τον έξω θυροειδή μυ. β. αισθητικούς κλάδους για το δέρμα των δύο κάτω τριτημορίων της έσω επιφάνειας του μηρού.
- Επικουρικό θυροειδές νεύρο (Κτενίτη μυ)

1.7.2 Ισχιακό νεύρο

- Κνημιαία μοίρα : Νευρώνει την άρθρωση του ισχίου, την μακρά κεφαλή του δικεφάλου μηριαίου, τον ημιτενοντώδη και τον ημωμενώδη μυ.
- Περονιαία μοίρα : Νευρώνει την διάρθρωση του γόνατος και την βραχεία κεφαλή του δικεφάλου μυός.

Το ισχιακό νεύρο είναι το πιο παχύ από τα νεύρα του σώματος και εκπορεύεται από όλους τους κλάδους του ιερού πλέγματος. Φέρεται προς τα κάτω, κάτω από το

γλουτιαίο μυ, ακουμπώντας πάνω στους διδύμους, τον έσω θυροειδή και τον τετράγωνο μηριαίο, γειτονεύοντας με το μηροδερματικό νεύρο και τη γλουτιαία αρτηρία. Ύστερα κατέρχεται στη μέση γραμμή της οπίσθιας επιφάνειας του μηρού, ανάμεσα στο δικέφαλο αφ' ενός και στον ημιμυενώδη και ημιτενοντώδη μυ αφ' ετέρου, μέχρι περίπου την άνω γωνία της ιγνυακής κοιλότητας, όπου αποσχίζεται σε δύο μεγάλους κλάδους, στο κνημιαίο νεύρο επί τα εντός και στο κοινό περονιαίο νεύρο επί τα εκτός. Η γνώση της πορείας του είναι απαραίτητη διότι πρέπει να αποφεύγεται ο τραυματισμός του, κατά τη διενέργεια ενδομυϊκών ενέσεων.

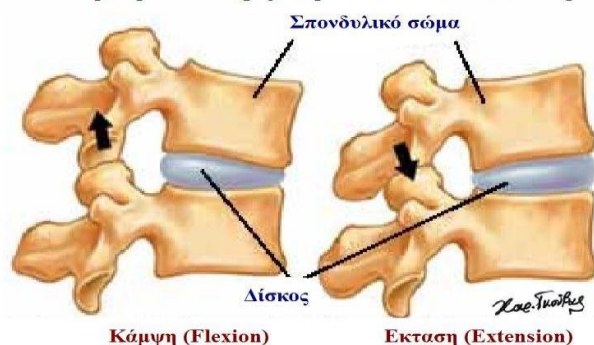
1.8 Κινησιολογία της σπονδυλικής στήλης

Οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης επιτρέπουν τη πραγματοποίηση διάφορων κινήσεων όπως η κάμψη, η έκταση, οι πλάγιες κάμψεις και οι στροφές. Οι κινήσεις αυτές μπορούν να συνδυαστούν ώστε να προκύψουν σύνθετες κινήσεις για παράδειγμα κάμψη με στροφή ή έκταση με στροφή.

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως η πιο ευκίνητη μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι η αυχενική, ενώ η θωρακική μοίρα είναι σχετικά άκαμπτη εξαιτίας των πλευρών. Η οσφυϊκή μοίρα είναι και αυτή σχετικά ευκίνητη. Σε κάθε κίνηση έχουμε επιβάρυνση διαφορετικών στοιχείων της σπονδυλικής στήλης όπως για παράδειγμα, η κάμψη επιβαρύνει περισσότερο το μεσοσπονδύλιο δίσκο, ενώ η έκταση τις οπίσθιες αρθρώσεις. Το εύρος της κίνησης σε κάθε λειτουργική μονάδα (ανάμεσα σε δύο γειτονικούς σπονδύλους) είναι περιορισμένο και καλά ελεγχόμενο ώστε να προστατεύεται ο νωτιαίος μυελός και οι νευρικές ρίζες. Η συνολική κίνηση της σπονδυλικής στήλης είναι το αποτέλεσμα της συνολικής κίνησης που γίνεται σε κάθε σπόνδυλο ξεχωριστά (Karandji, 1974).

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι εκτός από την απορρόφηση των φορτίων ανάμεσα στους σπονδύλους, προσφέρουν και σταθεροποίηση στην σπονδυλική στήλη και στον κάθε σπόνδυλο ξεχωριστά. Στην κάμψη και την πλάγια κάμψη η αντίσταση προέρχεται από τους δίσκους και το εύρος των κινήσεων αυτών είναι περίπου 10 μοίρες ανά επίπεδο. Αντίθετα, η έκταση και οι στροφές περιορίζονται από τις οπίσθιες αρθρώσεις και εδώ το εύρος της κίνησης ανά επίπεδο είναι σημαντικά ελαττωμένο (Hamilton et al., 1946).

Οι αρθρώσεις γληνίσκων σε κίνηση



Εικόνα 11. Κίνηση μεταξύ γειτονικών σπονδύλων και μεταβολή δίσκου.

2 ΜΕΡΟΣ Β΄

2.1 Οσφυαλγία

Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ κοινό ιατρικό πρόβλημα με μεγάλο αντίκτυπο τόσο στην υγεία όσο και στις κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και στη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Δεν αποτελεί ούτε μία απλή ασθένεια, ούτε μία διαγνωστική απεικόνιση.

Ο όρος οσφυαλγία αναφέρεται στο πόνο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ανεξάρτητα από την αιτία που τον προκαλεί. Επηρεάζεται τόσο συχνά ώστε να έχει γίνει ένα πρότυπο των απαντήσεων σε εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Η οσφυαλγία οφείλεται συνήθως σε εκφύλιση των κατώτερων οσφυϊκών σπονδύλων που εμφανίζουν την μεγαλύτερη κίνηση. Η εκφύλιση αυτή ξεκινάει από έναν ή και περισσότερους μεσοσπονδύλιους δίσκους (δισκοκήλη) και στη συνέχεια ακολουθεί η εκφύλιση των σπονδυλικών αρθρώσεων, προκαλώντας έτσι αστάθεια και στένωση του σπονδυλικού σωλήνα.

Από τα πιο συνηθισμένα αίτια που χρήζουν επίσκεψης σε ιατρείο και αναρρωτικής άδειας είναι η οσφυαλγία, η οποία διακρίνεται σε οξεία, υποξεία, χρόνια και μη συγκεκριμένη. Τα συνηθέστερα αίτια που προκαλούν οσφυαλγία είναι οι μηχανικές διαταραχές (σπονδυλική στένωση), μυϊκές καταπονήσεις, γενικοί τραυματισμοί όπως συνδέσμων, μυών, νεύρων, αρθρώσεων και νωτιαίου μυελού, κήλη δίσκου οσφύος, εκφυλιστική δισκοπάθεια, καθώς και εργασιακά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Σωστό θα ήταν να λαμβάνεται υπ' όψιν η αναγνώριση των συμπτωμάτων, προκειμένου να καθίσταται δυνατή η αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία. Παρά την εντατική θεραπεία ασθενών, κάποιοι παραμένουν συμπτωματικοί, έτσι αυτό έχει ως γνώμονα τη μείωση της λειτουργικότητας και της απόδοσής τους. Γενικά, για την πρόληψη της οσφυαλγίας, είναι ευρέως αποδεκτό ότι πρέπει να αποφεύγουμε τη καθιστική ζωή και να εντάξουμε την άσκηση στη καθημερινότητά μας.

Τις περισσότερες φορές η πηγή του πόνου δεν είναι αναγνωρίσιμη και δεν μπορεί να οριστεί με σαφήνεια. Η δομή που δέχεται τη πλήξη στέλνει σήμα μέσω νευρικών απολήξεων στο νωτιαίο μυελό και στον εγκέφαλο, όπου και καταγράφεται ο πόνος. Ερεθίσματα, που κανονικά δεν γίνονται αντιληπτά ως επώδυνα, όπως ένα ελαφρύ άγγιγμα, υπάρχει περίπτωση να ενισχύονται ή να επηρεάζονται από αυτές τις οδούς κάνοντας το πόνο βιώσιμο. Το είδος του πόνου μπορεί να ποικίλει σε μεγάλο βαθμό, καθώς και να γίνει αισθητό ως οστικό, νευρικό και μυϊκό άλγος. Η αίσθηση του πόνου ποικίλει επίσης. Συγκεκριμένα, ο πόνος μπορεί να είναι καυστικός, διαπεραστικός, αιχμηρός, θαμπός, καθορισμένος ή ασαφής. Ακόμη κι' αν η πραγματική αιτία του είναι ασαφής ο πόνος θα είναι πραγματική αίσθηση. Η ένταση του πόνου κυμαίνεται από ήπια έως ενοχλητική. Η οσφυαλγία μπορεί επίσης να διαχωριστεί σε δύο κύριους τύπους, το μηχανικό τύπο πόνου και το συμπιεστικό τύπο πόνου.

Ο Μηχανικός τύπος πόνου προέρχεται από φλεγμονή που προκαλείται από ερεθισμό ή τραυματισμό του δίσκου, των αρθρικών αποφύσεων, των συνδέσμων ή των μυών της μέσης. Μία συνηθισμένη αιτία μηχανικού πόνου είναι η εκφύλιση του δίσκου. Ο μηχανικός τύπος πόνου συνήθως ξεκινάει γύρω από το κατώτερο τμήμα της

σπονδυλικής στήλης, και μπορεί να εξαπλωθεί στους γλουτούς και τους μηρούς. Σπανίως επεκτείνεται και κάτω από το γόνατο.

Ο Συμπιεστικός τύπος πόνου συμβαίνει όταν τα νεύρα που εξέρχονται από τη σπονδυλική στήλη ερεθίζονται ή πιέζονται. Μία συνηθισμένη αιτία συμπιεστικού πόνου είναι ο δίσκος με κήλη.

Τα νεύρα τα οποία εξέρχονται από την άρθρωση της κατώτερης οσφυϊκής μοίρας σχηματίζουν το ισχιακό νεύρο. Η πίεση των νευρικών ριζών της οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογική λειτουργία του ισχιακού νεύρου.

Συμπερασματικά, στις περισσότερες περιπτώσεις η πάθηση ή η βλάβη που προκάλεσε ο πόνος μπορεί να επούλωθεί εντελώς, να μην ανιχνευθεί εντελώς και φυσικά να συνεχίσει να ενοχλεί.



Εικόνα 12. Οσφυαλγία, πόνος στην οσφυϊκή μοίρα.

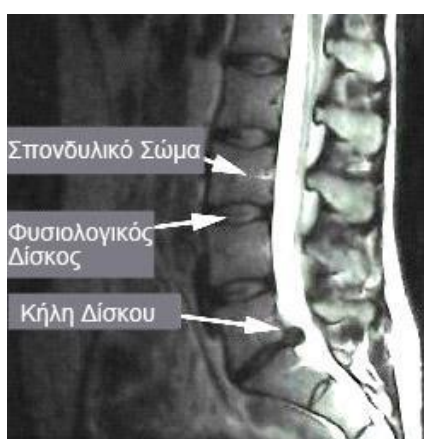
2.2 Οξεία οσφυαλγία

Είναι μία από τις μορφές της οσφυαλγίας που εμφανίζεται με αιφνίδιο άλγος στην οσφυϊκή χώρα, αναγκάζοντας τον ασθενή να σταματήσει κάθε είδους δραστηριότητα. Μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, τόσο σε άντρες όσο και γυναίκες με την ίδια συχνότητα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων οφείλεται σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, πρόπτωση ή ρήξη αυτού από τραυματισμό, καθώς και σε ψυχογενή πόνο σε άτομα με ιστορικό ψυχολογικής νόσου. Η κλινική της εικόνα παραπέμπει σε κρίσεις που μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνια οσφυαλγία, εάν η θεραπεία είναι λανθασμένη. Η θεραπεία της νόσου, λοιπόν, έχει ως σκοπό τη λύση του σπασμού. Προτείνεται κλινοστατισμός, τουλάχιστον για τα δύο πρώτα εικοσιτετράωρα, καθώς και θερμά επιθέματα, θεραπευτική μάλαξη και αναλγητικά φάρμακα. (Moon et al., 2013).

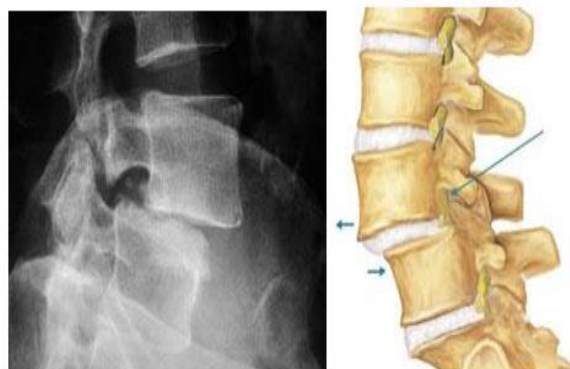
2.3 Μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία

Η μη συγκεκριμένη οσφυαλγία ορίζεται ως εκείνη που δεν είναι αναγνωρίσιμη, χωρίς συγκεκριμένη παθολογία με κύρια αιτία της την ασαφή αιτιολογία. Η μη ειδική οσφυαλγία είναι μια σχετικά συχνή και επαναλαμβανόμενη κατάσταση για την οποία προς το παρόν δεν υπάρχει καμία αποτελεσματική θεραπεία.

Σε έρευνα που έγινε για την αποκατάσταση της, «οι Geurts et al, 2013, βρήκαν ότι η μη ειδική οσφυαλγία εμφανίζεται κατά τους πρώτους 3 μήνες μετά την έναρξη της οσφυαλγίας στο περίπου ένα τρίτο των ασθενών, αλλά η πλειοψηφία τους εξακολουθούσε να αισθάνεται το πόνο ένα χρόνο μετά».



Εικόνα 13. Κήλη δίσκου αίτιο οσφυαλγίας.



Εικόνα σπονδυλολίστεσης

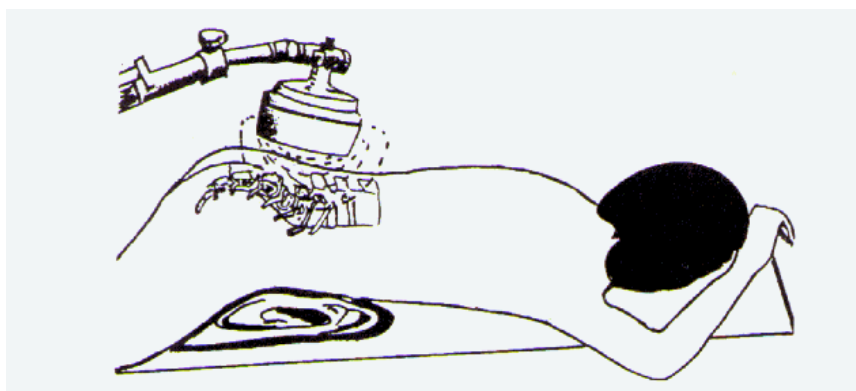
Εικόνα 14. Σπονδυλολίστεση.

2.4 Χρόνια οσφυαλγία

Βάσει ερευνών, η οσφυαλγία αναφέρεται ότι είναι ένα από τα πιο κοινά προβλήματα υγείας. Οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους θα εμφανίσουν χρόνια οσφυαλγία και τα οσφυαλγικά επεισόδια, που θα ακολουθήσουν, θα είναι επαναλαμβανόμενα. Η χρόνια οσφυαλγία έχει καθοριστεί από την επιμονή του πόνου, ο οποίος δίνει συμπτώματα που διαρκούν από 3 μήνες και περισσότερο. Πολύ συχνά ο πόνος αναφέρεται ως «μη συγκεκριμένος», έννοια που σχετίζεται με μηχανική προέλευση. Οι κύριοι παράγοντες που προκαλούν το πόνο, να γίνει χρόνιος, είναι ατομικοί παράγοντες, ψυχολογικοί ή κοινωνικό-επαγγελματικοί. Οι τελευταίοι είναι πολύ μεγαλύτεροι σε σύγκριση με τους φυσικούς παράγοντες. «Πολλοί ασθενείς, που παρουσιάζουν από ένα οξύ επεισόδιο με πόνο στη μέση, θα έχουν μια υποτροπή κατά το επόμενο έτος. Γεγονός που αυξάνει τις αναλογίες με χρόνια οσφυαλγία απ' ότι υπήρχαν στο παρελθόν» (May, 2013) .

Αναφορικά με άλλους ερευνητές, η χρόνια οσφυαλγία ορίζεται ως πόνος που διαρκεί πέρα από την αναμενόμενη περίοδο της θεραπείας. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να μην έχει καλά καθορισμένα υποκειμενικά, παθολογικά αίτια. Άλλοι πάλι, κατατάσσουν συχνά τον επαναλαμβανόμενο πόνο στην οσφύ ως χρόνιο, διότι επηρεάζει διακεκομμένα ένα άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Καταλήγοντας, «υπάρχουν πολλές μέθοδοι θεραπείας για τη χρόνια οσφυαλγία, όπως η γνωστική, η συμπεριφορική και η διεπιστημονική αποκατάσταση, που μπορούν, να οδηγήσουν σε σημαντικές βελτιώσεις. Όμως το συντριπτικό στοιχείο της θεραπείας είναι η σωματική άσκηση (Rozenberg, 2008)».

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα παραπάνω υπάρχουν διάφορες θεραπείες, όπως αναλγητικά φάρμακα, φυσική, συμπληρωματική και ιατρική θεραπεία. Η ιδανικότερη όμως θα ήταν η άσκηση. Αποφεύγοντας τον κλινοστατισμό, ως αποτέλεσμα μειωμένης δραστηριότητας, ένα ανταποκρινόμενο πρόγραμμα ασκήσεων στις ικανότητες του ασθενούς θα πετύχαινε όχι μόνο αύξηση σταθερότητας και αντοχής των μυών του αλλά και μείωση του πόνου, βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, καθώς και αύξηση της σωματικής του λειτουργίας.



Εικόνα 15. Θεραπεία οσφυαλγίας (διαθερμίες).

2.5 Ισχιαλγία

Ισχιαλγία αναφέρεται στο πόνο, αδυναμία, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πόδι. Υπάρχουν πολλές συνώνυμες λέξεις, που ορίζουν την ισχιαλγία, όπως το οσφυϊερό σύνδρομο radicular, ischias, η ριζοπάθεια, ο πόνος στην ρίζα των νεύρων και η παγίδευση των νευρικών ριζών. Όπως η οσφυαλγία, έτσι και η ισχιαλγία είναι ένα σύμπτωμα κάποιου άλλου ιατρικού προβλήματος και όχι μια ιατρική κατάσταση από μόνη της. Ισχιαλγία εμφανίζεται όταν υπάρχει πίεση ή πρόκληση βλάβης στο ισχιακό νεύρο ή λόγω ελλείμματος σε νευρική ρίζα στο επίπεδο των οσφυϊκών σπονδύλων O1-O5. Το νεύρο αυτό αρχίζει στη κατώτερη σπονδυλική στήλη στη περιοχή της οσφύς και συνεχίζει κατά μήκος προς τα κάτω στο κάθε σκέλος. Το ισχιακό νεύρο ελέγχει τους μύες στο πίσω μέρος του γόνατου και της κνήμης. Παρέχει επίσης αίσθηση στο πίσω μέρος του μηρού, στο μέρος του γαστροκνήμιου και στο πέλμα του ποδιού (Barzouhi et al., 2014).

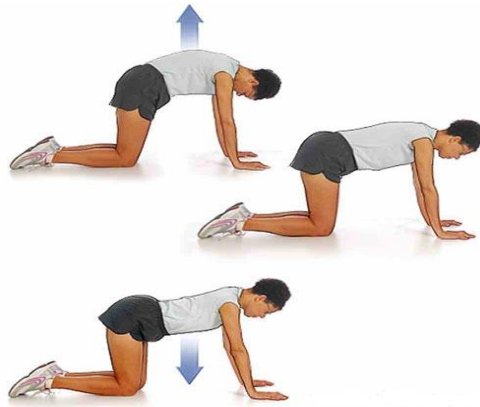
Από τις πιο κοινές αιτίες της ισχιαλγίας είναι οι δισκοπάθειες, η σπονδυλική στένωση, το σύνδρομο του απιοειδούς μυός (διαταραχή πόνου στο στενό των μυών του γλουτού), πυελικό κάταγμα ή τραυματισμό και όγκοι.

Τα συμπτώματα του πόνου στην ισχιαλγία ποικίλλουν σημαντικά. Μπορεί ο ασθενής να αισθάνεται από ήπιο τσούξιμο, θαμπό πόνο μέχρι αίσθημα καύσου. Σε σοβαρές περιπτώσεις η ένταση του πόνου είναι τόσο αυξημένη που κάνει το άτομο να μην μπορεί να κινηθεί.

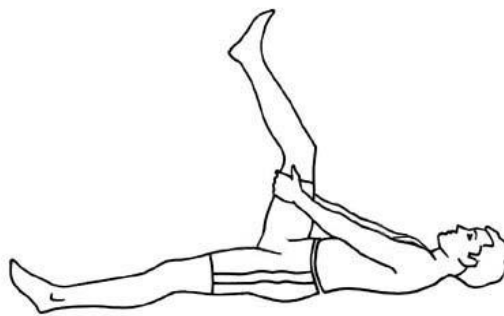
Ο πόνος συνήθως εμφανίζεται στη μία πλευρά και παρατηρείται ως απότομος σε ένα μέρος του ποδιού ή του ισχίου και σε άλλα μέρη σαν μούδιασμα. Το μούδιασμα αυτό συνήθως παρατηρείται στο πίσω και έξω μέρος της κνήμης και στο πέλμα του ποδιού. Υπάρχουν περιπτώσεις που το προσβεβλημένο σκέλος να εμφανίσει αδυναμία. Ο πόνος συχνά ξεκινά αργά, μπορεί όμως να επιδεινωθεί μετά από παρατεταμένη όρθια ή καθιστή θέση, κατά τις νυχτερινές ώρες, από το βήχα ή το φτέρνισμα αλλά και στο περπάτημα αρκετών μέτρων.

Για τη διάγνωση της ισχιαλγίας ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε μία σειρά φυσικών δοκιμασιών στα όρια του πόνου, όπως ενεργητικές κινήσεις κάτω άκρου, έλεγχο μυοτομίες, δερμοτομιών και αντανεκλαστικών ακόμα και κάποιες ειδικές δοκιμασίες (SLR test). Σε εμφάνιση σοβαρού πόνου ενδείκνυται ακτινογραφίες οσφύς, εξετάσεις αίματος ακόμη και μαγνητική τομογραφία.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει από μείωση δραστηριοτήτων, χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων μέχρι και άσκηση. Έρευνα προτείνει την εφαρμογή πάγου τις πρώτες 48-72 ώρες και μετά τη χρήση θερμότητας, την αποφυγή ανύψωσης βαρίων αντικειμένων για 6 εβδομάδες από τη μέρα του πόνου, τη χορήγηση αναλγητικών και την έναρξη ασκήσεων μετά από 2 με 3 εβδομάδες με ασκήσεις σταθεροποίησης της μέσης. (Benjamin, 2013).



Εικόνα 16. Ασκήσεις σταθεροποίησης σσφύς (cat & camel).



Εικόνα 17. Θέση ασθενούς για δοκιμασία SLR.

2.6 Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές μελέτες εκτιμούν πως το πρώτο επεισόδιο του πόνου χρόνιας οσφυαλγίας, κατά τον πρώτο χρόνο εμφάνισής του, κυμαίνεται σε ποσοστό μεταξύ 6,3% και 15,4%. Αντιθέτως, τα ποσοστά από οποιοδήποτε άλλο επεισόδιο πόνου κάτω χαμηλά στην πλάτη, σε ίδιο χρονικό διάστημα, παρατηρούνται (μόλις) στο 1,5% και 36%. Επίσης, βάσει μελετών, η ύφεση των επεισοδίων πόνου σε 12 μήνες βρίσκεται στο 54% έως και 90%.

Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες δεν αποδεικνύουν αν το επεισόδιο είναι συνεχόμενο μεταξύ της αρχικής του φάσης και της συνέχειας του. Πολλοί άνθρωποι από τη στιγμή που θα εμφανίσουν τον πρώτο τους συμβάν/επεισόδιο/πόνο στην υπόλοιπη ζωή τους το επεισόδιο αυτό σίγουρα θα επαναληφθεί. Οι εκτιμήσεις της επανάληψης στο εύρος του ενός έτους κυμαίνονται από 24% έως και 80%. Αρκετοί περιβαλλοντικοί αλλά και προσωπικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση και την πορεία της οσφυαλγίας. Έρευνες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της οσφυαλγίας είναι η υψηλότερη στην τρίτη δεκαετία της ζωής και αυτή η συχνότητα συνολικά αυξάνεται με την ηλικία και συγκεκριμένα μέχρι την ηλικιακή ομάδα των 60-65 ετών, ενώ στη συνέχεια μειώνεται σταδιακά. Βέβαια, επανειλημμένοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται στο μορφωτικό επίπεδο, το στρες, το άγχος, την κατάθλιψη, τη δυσαρέσκεια εργασίας, τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, αλλά και κυρίως στους καθημερινούς κραδασμούς, που δέχεται ολόκληρο το σώμα μας. Η χρόνια οσφυαλγία έχει τεράστιο αντίκτυπο σε κάθε άτομο, στις οικογένειες, τις κοινότητες, τις κυβερνήσεις, καθώς και τις επιχειρήσεις σε όλο τον κόσμο (Hoy et al, 2010).

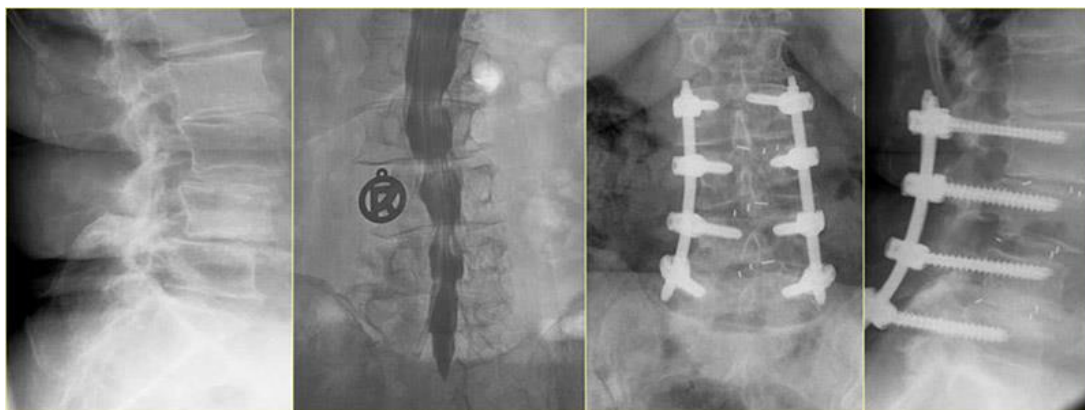
2.7 Οσφυαλγία και οσφυϊκή αστάθεια

Είναι γνωστό, πλέον, ότι η απώλεια της φυσιολογικής κίνησης της σπονδυλικής στήλης προκαλεί πόνο, αλλά και νευρολογική δυσλειτουργία. Η μη σταθερότητα της οσφυοπυελικής περιοχής θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας για τον οσφυϊκό πόνο. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί ως συνέπεια των ελλειμμάτων στον έλεγχο των σπονδυλικών τμημάτων στις κινήσεις που προκαλούν συμπίεση των σπονδύλων, διάταση του νευρικού ιστού ή και παραμορφώσεις των συνδεσμικών στοιχείων. Ακόμη, αδυναμία των μυών του κορμού, δομικές αλλαγές στους δίσκους των οσφυϊκών σπονδύλων, καθώς και ανεπαρκής νευρικός έλεγχος οδηγούν σε αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, με αποτέλεσμα την αδυναμία διατήρησης των φυσιολογικών προτύπων κατά τη στάση και κίνηση της οσφύς, όπως και εμφάνιση πόνου.

Επίσης, στην έλλειψη της σταθερότητας συμβάλλει ο ενδεχόμενος τραυματισμός των μαλακών δομών με μείωση της μυϊκής δύναμης, αντοχής και του μυϊκού ελέγχου. Τα ελλείμματα αυτά προκαλούν δυσλειτουργία στην οσφυοπυελική περιοχή (Panjabi, 1992 ; 2003).

Ο Mc Gill, (2001), σε έρευνα του βρήκε ότι βλάβες στο κινητικό έλεγχο επιφέρουν υπερφόρτωση των σπονδυλικών δομών με συνέπεια τον τραυματισμό τους και άρα την εμφάνιση πόνου στην οσφυϊκή περιοχή. Οι τραυματισμοί αυτοί αποτελούν τη βασικότερη αιτία της σπονδυλικής αστάθειας.

Η οσφυϊκή τμηματική αστάθεια αποτελεί το 30 με 35% της μη ειδικής χρόνιας οσφυαλγίας. Το τμήμα αυτό της κίνησης είναι επώδυνο σε ανώμαλη κίνηση, με αποτέλεσμα να συμβαίνουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις, αυξάνοντας την αστάθεια και τη λειτουργική ανικανότητα (Javadian et al., 2012).

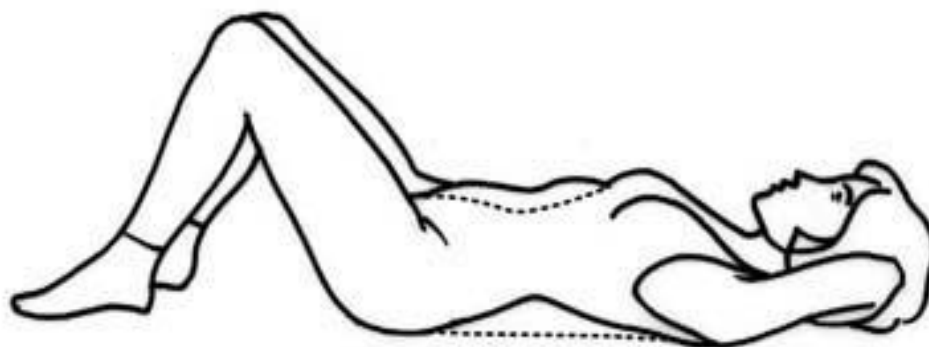


Εικόνα 18. Προ- και μετεγχειρητικές σε ασθενή με οσφυϊκή αστάθεια που αντιμετωπίστηκε με ελάχιστα επεμβατική σπονδυλοδεσία 3 επιπέδων.

2.8 Συστήματα σταθερότητας οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης

Η οσφυϊκή τμηματική αστάθεια αποτελεί το 30 με 35% της μη ειδικής χρόνιας οσφυαλγίας. Το τμήμα αυτό της κίνησης είναι επώδυνο σε ανώμαλη κίνηση, με αποτέλεσμα, να συμβαίνουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις, αυξάνοντας την αστάθεια και τη λειτουργική ανικανότητα. Τμηματική αστάθεια ορίζεται ως η χαλαρότητα της σπονδυλικής μονάδας γύρω από τη μέση θέση της. Τη μέση θέση της σπονδυλικής στήλης ονόμασε ουδέτερη ζώνη, εννοώντας, πως όλες οι καμπύλες της σπονδυλικής στήλης είναι παρούσες σε όρθια, καθιστή, ύπτια και πρηνή κατάκλιση. Οι φυσικές καμπύλες της σπονδυλικής στήλης είναι σημαντικές, διότι απορροφούν τους κραδασμούς, που δέχεται το σώμα (Javadian et al., 2012).

Φυσιοθεραπευτικά, όμως, η ουδέτερη θέση της λεκάνης είναι περισσότερο σημαντική και ενδιαφέρουσα. Ουδέτερη θέση, λοιπόν, έχουμε, όταν η πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα και στις δυο πλευρές της λεκάνης, καθώς και η ηβική σύμφυση, βρίσκονται στο ίδιο οριζόντιο επίπεδο. Επιπλέον, πρέπει και οι δυο άνω λαγόνιες άκανθες να βρίσκονται στην ίδια ευθεία ως προς το εγκάρσιο επίπεδο. Εάν η ηβική σύμφυση είναι ψηλότερα από τις λαγόνιες ακρολοφίες, τότε έχουμε οπίσθια κάμψη της λεκάνης και στην αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή η ηβική σύμφυση είναι χαμηλότερα, έχουμε πρόσθια κάμψη της λεκάνης. Όταν η σπονδυλική στήλη είναι σε ουδέτερη θέση, η λεκάνη θα πρέπει, επίσης, να είναι σε ουδέτερη θέση.



Εικόνα 19. ουδέτερη θέση σ.σ.

Μέσα από αναφορές των Snijders & Vleeming (1998) εμφανίζονται δύο συστήματα που παρέχουν σταθερότητα στην σπονδυλική στήλη και συγκεκριμένα στη περιοχή της οσφύος και της πυέλου. Αυτά είναι το παθητικό σύστημα ‘form closure’ και το δυναμικό σύστημα ‘force closure’. Και τα δύο συστήματα ελέγχονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα και μαζί συνθέτουν το μηχανισμό σταθεροποίησης της σπονδυλικής στήλης.

Στο παθητικό σύστημα βρίσκονται οι μυοσκελετικές δομές που δεν μπορούν να ελεγχθούν ενεργητικά όπως τα οστά, οι δίσκοι και οι σύνδεσμοι αλλά συμβάλλουν στη σταθεροποίηση της οσφυϊκής μοίρας ελέγχοντας τη κίνηση σε όλο το εύρος

τροχιάς και κυρίως στην "ουδέτερη ζώνη". Με τον όρο "ουδέτερη ζώνη" ορίζεται το εύρος της τροχιάς της άρθρωσης που δέχεται την μικρότερη αντίσταση κατά την κίνηση (Mc Gill, 2001). Σε κλινική αστάθεια η ουδέτερη ζώνη θα παραμείνει στο φυσιολογικό της όριο και δεν θα μειωθεί, καθώς οι οσφυϊκοί σπόνδυλοι παίζουν σταθεροποιητικό ρόλο και κανένα νευρομυϊκό έλλειμμα, ή παραμόρφωση δεν είναι εμφανή (Javadian et al., 2012). Ο Moseley (2003), τόνισε πως το ενεργητικό σύστημα περιλαμβάνει τους μύες που βρίσκονται γύρω από την περιοχή της οσφύος και παρέχουν σταθερότητα στα σπονδυλικά σώματα με συντονισμό από το νευρικό σύστημα.

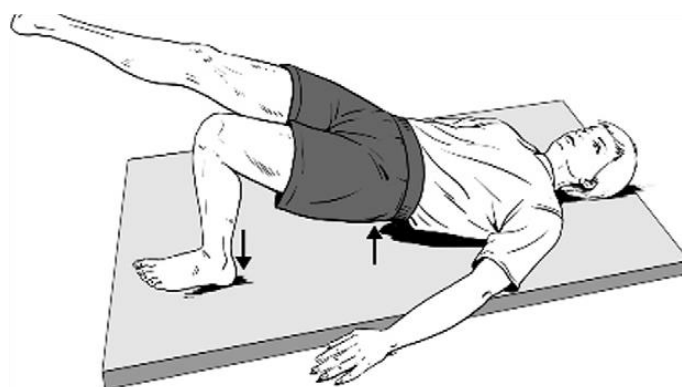
2.9 Οσφυαλγία και οσφυϊκή σταθεροποίηση

Η σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης εξαρτάται από την ίδια και τα τμήματα που την αποτελούν. Από τους μύες της, καθώς και από τον νευρωνικό έλεγχο. Ο πυρήνας της σπονδυλικής στήλης αποτελείται από διάφορες μυϊκές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων του διαφράγματος, των εγκάρσιων κοιλιακών, του πολυσχιδούς μυός, καθώς και των μυών του πυελικού εδάφους. Αυτοί οι μύες δουλεύουν μαζί, προκειμένου να παράξουν τη μέγιστη σταθερότητα στη κοιλιακή χώρα, στη κάτω οσφυϊκή μοίρα και στο συντονισμό της κίνησης. Η σταθεροποίηση του πυρήνα είναι εκείνη η ικανότητα που ελέγχει τη θέση και τη κίνηση των κεντρικών τμημάτων του σώματος, τα οποία βοηθούν στη διατήρηση της καλής στάσης του, παρέχοντας έτσι τη βάση για κάθε κίνηση.

Αποτελέσματα μελέτης για την επίδραση ειδικών ασκήσεων για σταθερότητα οσφυϊκής μοίρας σε οξεία οσφυαλγία που πραγματοποίησε ο Ranjabi, (1992) έδειξαν, ότι αυξάνουν την αποκατάσταση και μειώνουν το πόνο. Ο πόνος που προκαλείται από τη μη ειδική οσφυαλγία υποδηλώνεται σαν μοντέλο πόνου-σπασμού παρά ως μοντέλο προσαρμογής πόνου.

Σε άλλη μελέτη για την επίδραση ασκήσεων σταθεροποίησης και ενδυνάμωσης των μυών της ΟΜΣΣ* σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία ο Moon et al (2013) παρατήρησαν, ότι μειώθηκε ο πόνος στη περιοχή της οσφύος, όταν ενισχύθηκαν οι εκτεινόντες της οσφυϊκής μοίρας. Συγκεκριμένα, η ομάδα που ακολούθησε πρόγραμμα ασκήσεων σταθεροποίησης είχε και καλύτερα αποτελέσματα στη μυϊκή ενδυνάμωση των εκτεινόντων αλλά και μεγαλύτερη λειτουργική βελτίωση.

*ΟΜΣΣ: Οσφυϊκή Μοίρα Σπονδυλικής στήλης



Εικόνα 20. Άσκηση σταθεροποίησης οσφυϊκής μοίρας.

2.10 Πρόγραμμα ασκήσεων για οσφυϊκή σταθεροποίηση

Η μυϊκή σταθεροποίηση της οσφυϊκής μοίρας αποτελεί μία σημαντικότερη μορφή άσκησης για θεραπεία της κινητικής λειτουργίας, καθώς και για την αποκατάσταση της οσφυαλγίας. Ένα πρόγραμμα ασκήσεων σχεδιάζεται έτσι, ώστε να ενισχύει και να υποστηρίζει τους μύες της σπονδυλικής στήλης. Σ' αυτό, απαραίτητη είναι η βοήθεια του φυσικοθεραπευτή, ο οποίος δημιουργεί κάθε πρόγραμμα ασκήσεων ειδικά για κάθε ασθενή, με διαφορετικά πρότυπα. Ο φυσικοθεραπευτής, επίσης, παρακολουθεί τις ασκήσεις για τυχόν διορθώσεις, με αποτέλεσμα ο ασθενής να εξασφαλίσει την κατάλληλη τεχνική.

Εκείνο που έχει περισσότερο ενδιαφέρον, είναι ο ασθενής να βρει και να διατηρήσει την "ουδέτερη θέση". Διατηρώντας την ουδέτερη θέση κατά τη διάρκεια των ασκήσεων, κερδίζουμε ακόμα περισσότερα οφέλη. Ενθαρρύνουμε την ανάπτυξη της ισορροπίας των μυών της λεκάνης, αλλά και την επιστράτευση των σωστών μυών κατά την άσκηση. Ακόμη, ενισχύουμε την αποτελεσματική στάση του σώματος και διδάσκουμε την ιδανική ευθυγράμμισή του, που είναι σημαντικό, ειδικότερα για την καθημερινότητά μας, αποφορτίζοντας έτσι την περιοχή της λεκάνης κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη τεχνική θα πρέπει να γυμνάσουμε, καθώς και να ενδυναμώσουμε τους μύες κυρίως της ράχης από το ανώτερο έως και το κατώτερο οσφυϊκό επίπεδο. Για αρχή, στοχεύουμε σε απλές, κατανοητές ασκήσεις, που σταδιακά θα αυξήσουν τη δύναμη, την ευελιξία, την αντοχή του ασθενούς αλλά και σίγουρα θα βελτιώσουν τη στάση του σώματος. Η τεχνική αυτής της άσκησης βασίζεται στην ιδιοδεκτικότητα.



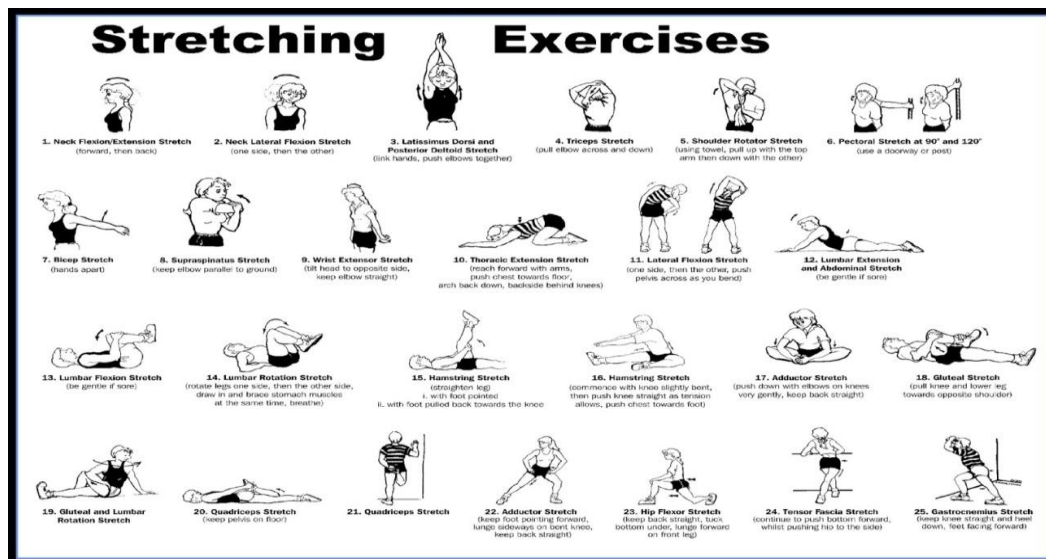
Εικόνα 21. Άσκηση σταθεροποίησης λεκάνης σε τετραποδική στήριξη (Quadrapped position, dog stretch).

Οι Κουμαντάκης et al (2005) σε δύο έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι σταθεροποιητικές ασκήσεις θα επιφέρουν αποτελέσματα σε ασθενείς που έχουν τουλάχιστον ένα επίπεδο αστάθειας στην ΟΜΣΣ ή σημάδια αστάθειας σε διαφορετικά τμήματα της σπονδυλικής στήλης. Ο Golby et al, (2006) σε έρευνα συνεργάστηκαν με ασθενείς με μη ειδική χρόνια οσφυαλγία και η θεραπεία των ασκήσεων σταθεροποίησης ήταν πιο αποτελεσματική, αυξάνοντας έτσι τη λειτουργική ικανότητα μακροπρόθεσμα.

Οι ασκήσεις ρουτίνας δεν επαρκούν για να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα, αναφορικά με τη σταθεροποίηση. Ένα πρόγραμμα, λοιπόν, που θα αποτελείται από ειδικές ασκήσεις σταθεροποίησης, καθώς και από απλές καθημερινές δραστηριότητες, θα εντάσσει τον ασθενή σε ένα πλαίσιο μυϊκού ελέγχου και ενδυνάμωσης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Χατζησαράντος, 2008).

Οι Rasmussen-Barr et al (2003) αποδεικνύουν, ότι οι ασκήσεις σταθεροποίησης δείχνουν, να είναι περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με τη θεραπεία Manual, βελτιώνοντας την υγεία του ασθενούς και μειώνοντας την ανάγκη για επαναλαμβανόμενες θεραπείες.

Αντίθετα, σε έρευνα του Cairns και των συνεργατών του (2006) διαπιστώθηκε, ότι ομάδα ασθενών, που υποβλήθηκε σε θεραπεία ρουτίνας, βελτιώθηκε σε μικρότερο χρονικό διάστημα απ' ότι ομάδα ασθενών, που δραστηριοποιήθηκε με ασκήσεις σταθεροποίησης.



Εικόνα 22. Διατάσεις και ασκήσεις ρουτίνας.

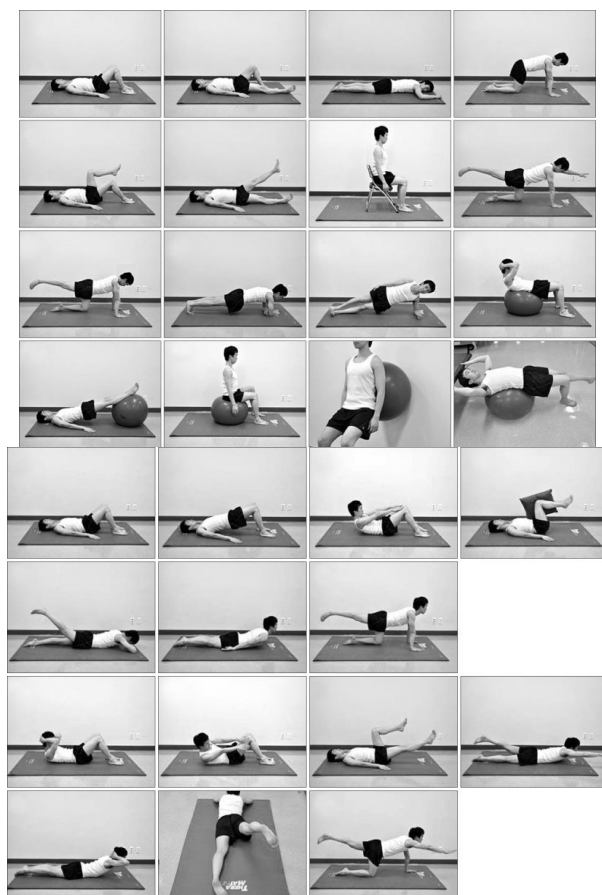
2.10.1 Ασκήσεις σταθεροποίησης

Ένα πρόγραμμα ασκήσεων για οσφυϊκή σταθεροποίηση σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία περιλαμβάνει:

Ασκήσεις για οσφυϊκή σταθεροποίηση:

- από στατική, σε δυναμική άσκηση (από όρθια θέση σε άλμα)
- από άσκηση αντίστασης, στη βαρύτητα (αντίσταση σε εξωτερική δύναμη)
- από προβλέψιμες, σε απρόβλεπτες (διαταραχή ισορροπίας)
- διατάσεις των μυών του κορμού και της πνευλικής ζώνης
- συσπάσεις κοιλιακών μυών (με έμφαση στον εγκάρσιο κοιλιακό)
- βαθύ κάθισμα σε τοίχο
- ανύψωση σκέλους (δεξιού ή αριστερού) από ύπτια και πρηνή θέση
- ενδυνάμωση ραχιαίων μυών από πρηνή θέση
- ενδυνάμωση κοιλιακών μυών από ύπτια θέση με λυγισμένα γόνατα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών – ατόμων, που συμμετείχαν στις μετρήσεις, πραγματοποίησαν συνεδρίες φυσικοθεραπειών για περίπου δύο μήνες. Κάθε θεραπεία είχε διάρκεια μίας ώρας και ο ασθενής την επαναλάμβανε τρεις φορές την εβδομάδα.



Εικόνα 21. Ασκήσεις σταθεροποίησης.

2.10.2 Ασκήσεις σταθεροποίησης με μπάλα

Οι ασκήσεις με μπάλα χρησιμοποιούνται σαν επιφάνεια για να ξαπλώσουμε ή να ρολάρουμε, διευκολύνοντας, αλλά και δυσκολεύοντας την άσκηση. Είναι ένα ασταθές επίπεδο πάνω στο οποίο προσπαθούμε να ισορροπήσουμε, ένα έξτρα βάρος δηλαδή στα χέρια ή στα πόδια, το οποίο μεταφέρουμε. Έτσι, λοιπόν, ελέγχουμε την ισορροπία και ενισχύουμε τους μύες μας, με αποτέλεσμα, τέτοιου είδους ασκήσεις να είναι ευεργετικές για τη σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης. Οι μπάλες αυξάνουν τη δραστηριότητα των μυών του κορμού και βελτιώνουν τη σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης, ανακουφίζοντας έτσι από τον πόνο, μειώνοντας τη λειτουργική διαταραχή και ως εκ τούτου, βελτιώνοντας την ισορροπία. Μεγαλύτερη αύξηση θα γίνει εμφανής με τη χρήση των προγραμμάτων σταθεροποίησης με τις ειδικές μπάλες (Akuthota et al., 2008).

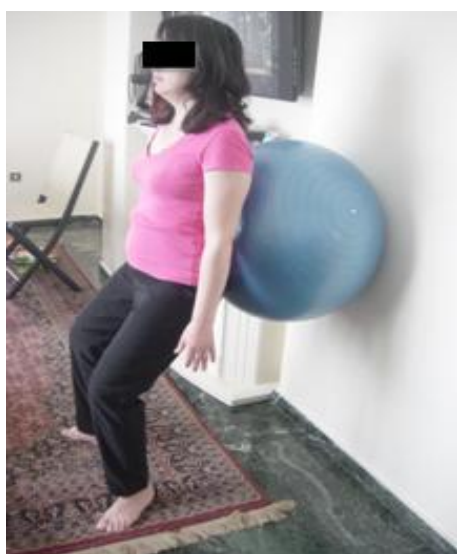


Εικόνα 22. Άσκηση σε μπάλα 1.

Ενδυνάμωση κοιλιακών μυών σε μπάλα.

1. Πατείστε στο έδαφος με λυγισμένα γόνατα περίπου 90° .

2. Τοποθετείστε χέρια πίσω από τον αυχένα, έχοντάς τον κεκαμένο και ολισθαίνετε την οσφύ στη μπάλα.



Εικόνα 23. Άσκηση με μπάλα 2.

Σταθείτε έχοντας τη μπάλα ανάμεσα στην οσφύ και το τοίχο.

1. Αργά λυγίστε τα γόνατα 45 με 90 μοίρες. Κρατήστε τη θέση για 10 δευτερόλεπτα. Επανέρθετε στην αρχική θέση.

2. Αργά λυγίστε τα γόνατα 45 με 90 μοίρες ενώ ταυτόχρονα φέρνετε τα χέρια πάνω από το κεφάλι. Κρατήστε τη θέση για 10 δευτερόλεπτα. Επανέρθετε στην αρχική θέση.



Εικόνα 24. Άσκηση σε μπάλα 3.

Ξαπλώστε ανάσκελα με τα γόνατα λυγισμένα να αναπαύονται πάνω στη μπάλα

- 1.Αργά σηκώστε το βραχίονα πάνω από το κεφάλι, εναλλάσσοντας δεξιά και αριστερή πλευρά.
- 2.Αργά τεντώστε το ένα γόνατο και χαλαρώστε, εναλλάσσοντας δεξιά και αριστερή πλευρά.
- 3.Αργά τεντώστε το ένα γόνατο και σηκώστε τον αντίθετο βραχίονα πάνω από το κεφάλι. Εναλλάσσετε αντίθετα χέρια και πόδια.
- 4.Αργά «περπατήστε» τη μπάλα μπροστά και πίσω με τα πόδια.



Εικόνα 25. Άσκηση σε μπάλα 4.

Ξαπλώστε με το στομάχι πάνω από τη μπάλα.

1. «Περπατήστε» με τα χέρια μπροστά από τη μπάλα μέχρι η μπάλα να βρεθεί κάτω από τα πόδια. Αναστρέψτε τη κίνηση για να βρεθείτε στην αρχική θέση.
2. «Περπατήστε» με τα χέρια μπροστά από τη μπάλα μέχρι η μπάλα να βρεθεί κάτω από τα πόδια και αργά σηκώστε εναλλάξ τα χέρια πάνω από το κεφάλι.

- Οι κοιλιακοί πρέπει να παραμένουν σε σύσπαση κατά τη διάρκεια κάθε άσκησης.
- Όλες οι ασκήσεις δεν πρέπει να προκαλούν πόνο κατά την εκτέλεσή τους.
- Προσοχή! Να μην εφαρμόζεται έκταση της οσφύος και η μέση να παραμένει σε ουδέτερη θέση.

2.10.3 Στόχοι ασκήσεων για οσφυϊκή σταθεροποίηση:

- Μείωση του πόνου στην πλάτη.
- Έλεγχος των κινήσεων και των δυνάμεων που ενεργούν σπονδυλικά στην καθημερινή δραστηριότητα.
- Βοήθεια στη θεραπεία τραυματισμών, π.χ. ρήξη συνδέσμων, ιστών.
- Μείωση πιθανότητας τραυματισμού, οφειλόμενο σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή και καταπονήσεις.
- Αύξηση της λειτουργίας των εν τω βάθει μυών (Barr et al., 2005).
- Βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας των μυών του πυελικού εδάφους (Barr et al., 2005).

Low Back Pain Exercises



© 2008 RelayHealth and/or its affiliates. All rights reserved.

Εικόνα 26. Ασκήσεις για χρόνια οσφυαλγία

3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί ο βαθμός οσφυϊκής σταθεροποίησης σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και να διερευνηθεί κατά πόσο η ικανότητα αυτή διαφοροποιείται με την άσκηση . Το δείγμα της έρευνας μας χωρίστηκε σε δύο υποομάδες, η μία αντιπροσωπεύει τον κοινό πληθυσμό που αποτελείται από ανθρώπους με εργασιακά καθήκοντα και έχουν εμφανίσει οσφυαλγία και η άλλη αντιπροσωπεύει ερασιτέχνες αθλητές ποδοσφαίρου που εργάζονται και αθλούνται τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα αλλά έχουν συμπτώματα χρόνιας οσφυαλγίας.

Οι στόχοι της έρευνας αυτής είναι, αρχικά η διερεύνηση της οσφυϊκής σταθεροποίησης σε αθλητές και μη με χρόνια οσφυαλγία μέσα από τη κλινική εξέταση που θα πραγματοποιήσουμε, χρησιμοποιώντας κλινικές δοκιμασίες, τη συσκευή stabilizer και τα ερωτηματολόγια. Επίσης θα δούμε την αναγκαιότητα των ασκήσεων σταθεροποίησης με στόχο την αποφυγή εμφάνισης οσφυαλγίας ή και την μείωση των συμπτωμάτων από την χρόνια εμφάνισή της.

Μέσα από την έρευνα προκύπτει, να εξετάσουμε, αν οι αθλητές με χρόνια οσφυαλγία, λόγω της καθημερινής άσκησης έχουν καλύτερο μυϊκό έλεγχο άρα και οσφυϊκή σταθεροποίηση με αποτέλεσμα την γρηγορότερη και ευκολότερη ανάρρωση και μείωση των συμπτωμάτων, από τους μη αθλητές που έχουν πτωχή ικανότητα οσφυϊκής σταθεροποίησης. Προϋπόθεση για το πιο πάνω είναι η διερεύνηση της αξιοπιστίας των μετρήσεων του βαθμού σύσπασης του εγκάρσιου κοιλιακού μυός με τη χρήση της συσκευής stabilizer.

3.2 Μέθοδος

3.2.1 Δείγμα

Στην έρευνα κρίθηκε απαραίτητο η συλλογή ασθενών με χρόνια οσφυαλγία και η ταξινόμησή τους σε 2 ομάδες. Ερευνήθηκαν 40 ασθενείς με οσφυαλγία που τα συμπτώματά τους ήταν ποικίλης διάρκειας και χωρίστηκαν σε ομάδες των 20 ατόμων εκ των οποίων οι 20 ήταν ο κοινός πληθυσμός (μη αθλητές) και οι άλλοι 20 ερασιτέχνες αθλητές με εμφάνιση χρόνιας οσφυαλγίας. Η ηλικία των ατόμων κυμάνθηκε από 17 ετών έως 52 και με συχνότητα 25 άντρες και 15 γυναίκες (πίνακας 2). Όσοι ασθενείς συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα δήλωσαν κάτοικοι αστικών περιοχών, καθώς η έρευνα έλαβε χώρα στην περιοχή της Αττικής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που συμπεριλήφθηκε στην έρευνα ήταν άντρες, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν καπνιστές και σχεδόν όλοι επισκέφθηκαν κάποιο γιατρό για το πρόβλημά τους, κάνοντας και θεραπεία (πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (n=40)

Πίνακας 1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.

Χαρακτηριστικά δείγματος	Τύπος	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άντρας	25	62,5
	Γυναίκα	15	37,5
Διαμονή	Αστική	40	100,0
Κάπνισμα	Μη καπνιστής	24	60,0
	Λίγο (1-2 πακέτα/εβδ.)	10	25,0
	Πολύ (1-2 πακέτα/ημ.)	6	15,0
Επίσκεψη σε γιατρό	Ορθοπεδικό,Νευρολόγο	24	60,0
Θεραπεία	Φυσικοθεραπεία	40	100,0

Πίνακας 2. Ηλικία και φύλο δείγματος.

	Ελάχιστη – Μέγιστη τιμή	Mean (SD)
Ηλικία	17 -52	27,63 (9,42)

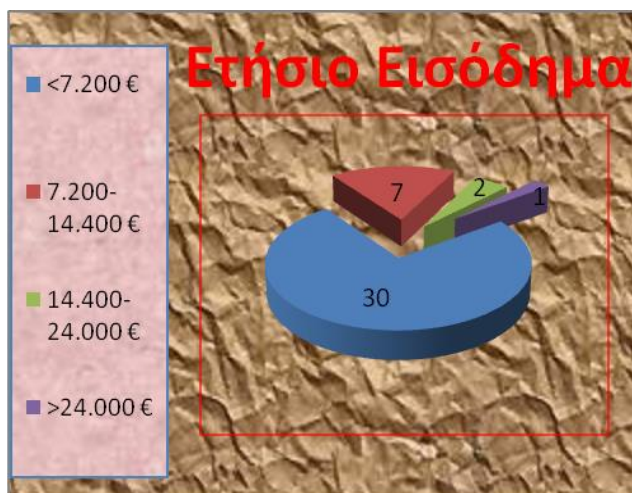


Χαρακτηριστικό του δείγματος των ασθενών είναι ότι όλο το πλήθος (40 ασθενείς) διαμένει σε αστική περιοχή και δεν υπήρχε περιορισμός σε άλλα κοινωνικά κριτήρια όπως για παράδειγμα ο εργασιακός τομέας, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση. Μέσα από την περιγραφική ανάλυση των στατιστικών στοιχείων στο δείγμα (n=40) αξίζει να επισημάνουμε πως το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών ήταν μη καπνιστές με συχνότητα 24, ενώ το ¼ αυτών καπνίζουν λίγο (1-2 πακέτα/εβδομάδα) (πίνακας 3). Με συχνότητα 6 στους 40 ήταν το μικρό μέρος των ασθενών που καπνίζουν αρκετά (1-2 πακέτα/ημέρα). Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα είναι πως το 75% των εξεταζόντων είχε ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 7.200 € που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και μόλις 7 στους 40 το εισόδημά τους κυμαίνονταν μεταξύ 7.200 € έως 14.400 € (πίνακας 4).

Πίνακας 3. Κάπνισμα.



Πίνακας 4. Ετήσιο εισόδημα.



Η παρακολούθηση, όπως και η αξιολόγηση, αλλά και οι κλινικές μετρήσεις αφορούν το διάστημα περίπου 7 μηνών και χαρακτηριστικό στοιχείο της έρευνας είναι πως οι 24 στους 40 ασθενείς πριν την εξέταση είχαν επισκεφτεί ειδικευμένο ιατρό και το 100% του δείγματος είχε ακολουθήσει κάποια μορφή θεραπείας και πιο συγκεκριμένα φυσιοθεραπευτικές συνεδρίες με χειρομάλαξη, Laser, διαθερμίες και αναλγητικά tens. Τέλος, αξίζει, να αναφέρουμε, ότι η συναίνεση των ατόμων που υποβλήθηκαν στην έρευνα ήταν σημαντικός παράγοντας έγκρισης των συμμετεχόντων και η πληροφόρησή τους έγινε από το εγχειρίδιο εξέτασης, καθώς και από τις οδηγίες που τους παρείχαμε.

3.2.2 Υλικό

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ήταν με βάση τη καθοδήγηση του εγχειριδίου εξέτασης και περιελάμβανε την κλινική εξέταση των ατόμων, τη δοκιμασία Prone Lumbar Extension Δοκιμασία έκτασης οσφύος από πρηνή θέση (PLE test), τη μέτρηση εγκάρσιου κοιλιακού μυ με το Stabilizer και την απάντηση ερωτηματολογίων.

Το Stabilizer, ο σταθεροποιητής βιοανάδρασης πίεσης χρησιμοποιήθηκε για να παρακολουθήσουμε τις αλλαγές στην κίνηση της σπονδυλικής στήλης, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες και δοκιμάζοντας, έτσι, μυϊκές τεχνικές, οι οποίες εξασφάλισαν την ποιότητα, την ασφάλεια, καθώς και την ακρίβεια κατά την εκτέλεση της συγκεκριμένης δοκιμασίας.

Τοποθετήσαμε, λοιπόν, τον ασθενή σε ημιύπτια θέση με λυγισμένα τα γόνατα, κάτω από τη οσφύ του τον σταθεροποιητή βιοανάδρασης πίεσης, ο οποίος αποτελείται από ένα φουσκωτό μαξιλάρι, που συνδέεται με ένα μανόμετρο και μία συσκευή πληθωρισμού και κρατώντας στο χέρι του ο ασθενής τη συσκευή, η οποία βρίσκεται στους 20*(βαθμούς), πήρε μία εισπνοή και με την εκπνοή μάζεψε την κοιλιά του προς τα μέσα, ενεργοποιώντας έτσι, τον εγκάρσιο κοιλιακό μυ. Ο εγκάρσιος κοιλιακός μυς πρέπει να παραμείνει ενεργοποιημένος καθ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας, ενώ ο ασθενής αναπνέει κανονικά, για περίπου 10 αναπνοές.

Στόχο μας, λοιπόν, είναι η διατήρηση της επιθυμητής πίεσης, αλλά και της σταθερής θέσης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Αλλαγές στην πίεση κατά τη διάρκεια της κίνησης στην άρθρωση του ισχίου αντανakλούν με ανικανότητα διατήρησης ισομετρικής συστολής του εγκάρσιου κοιλιακού, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη κίνηση και την αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας. Το Stabilizer είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέσο αξιολόγησης της βαθύτερης λειτουργίας των κοιλιακών μυών και κυρίως του εγκάρσιου κοιλιακού. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται 2 φορές, προκειμένου να εξασφαλιστεί το αποτέλεσμα της μέτρησης.



Εικόνα 27. Δοκιμασία Σταθεροποιητής Βιοανάδρασης Πίεσης. (Stabilizer)

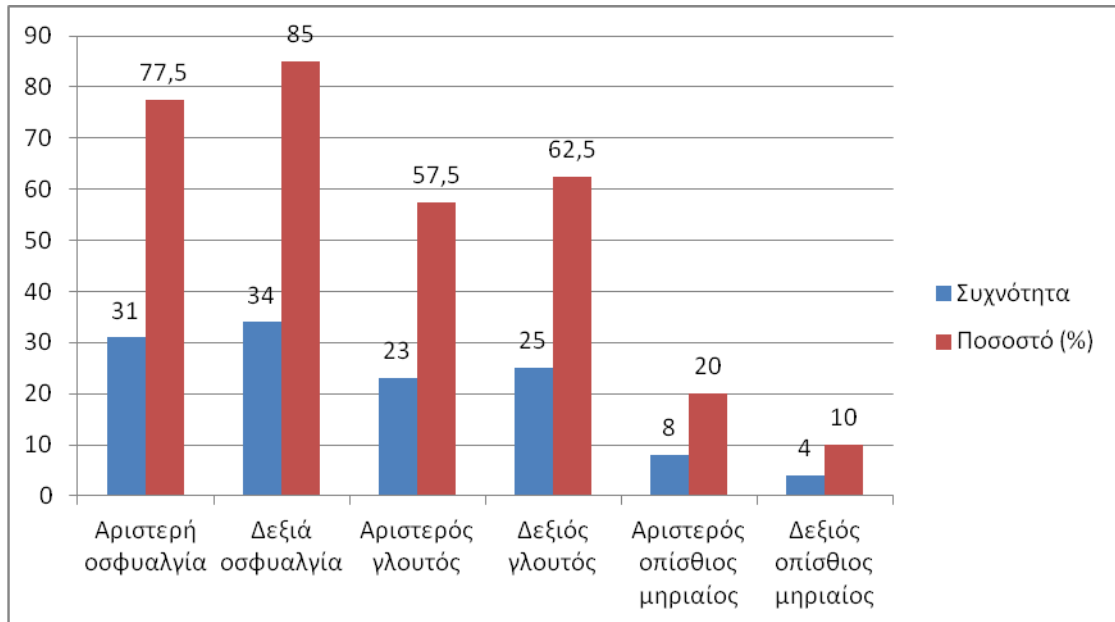
Το P.L.E. Test, η δοκιμασία δηλαδή Prone Lumbar Extension, εκτελέστηκε με σκοπό την διερεύνηση οσφυϊκής αστάθειας. Ο ασθενής ξαπλωμένος σε πρηνή θέση με τα πόδια στο άνοιγμα της λεκάνης του και ο φυσικοθεραπευτής ανασηκώνοντας παθητικά και τα δυο του πόδια, σε ύψος 30 εκατοστών από το κρεβάτι, κάνοντας έκταση της οσφύς, επαναλαμβάνει τη διαδικασία για δύο φορές. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραπονεθεί για κάποιο πόνο στην περιοχή της μέσης του, τότε το test είναι θετικό. Η δοκιμή P.L.E. είναι μία αποτελεσματική μέθοδος για την εξέταση των ασθενών με οσφυϊκή σπονδυλική αστάθεια, καθώς επίσης αποτελεί μία διαδικασία, που μπορεί, να πραγματοποιηθεί με εύκολο και αβίαστο τρόπο.



Εικόνα 28. Δοκιμασία – P.L.E. Test

Διαδικασία διεξαγωγής μελέτης

Η εξέταση του κάθε ασθενή είχε διάρκεια από 45 λεπτά μέχρι μία ώρα. Αφού συμπληρωθούν τα απαραίτητα ερωτηματολόγια συνεχίζουμε με την λήψη ιστορικού όπου εντοπίζαμε τη περιοχή πόνου (πίνακας 5) και τη φύση των συμπτωμάτων.



Πίνακας 5. Περιοχές πόνου στο ιστορικό των ασθενών.

Μετά την έγκρισή του ατόμου ξεκινάει η κλινική εξέταση που περιλαμβάνει την παρατήρηση του σε στάση σώματος και βάδιση. Συνεχίζεται η εξέταση με ενεργητικές κινήσεις μέχρι το σημείο που αρχίζει ο πόνος. Ακολουθεί η νευρολογική εξέταση με τον έλεγχο των μυοτομιών και της αισθητικότητας και των αντανακλαστικών. Αμέσως μετά γίνεται ο παθητικός έλεγχος των αρθρώσεων και η ψηλάφηση, αρχικά από ύπτια θέση και ύστερα από πρηνή. Τελειώνουμε την κλινική εξέταση με το μυϊκό έλεγχο των γλουτιαίων και των ισχιοκνημιαίων. Όταν ολοκληρωθούν τα παραπάνω βήματα εξέτασης συνεχίζουμε με τη δοκιμασία PLE test, και τη μέτρηση της σύσπασης του εγκάρσιου κοιλιακού με τη χρήση του Stabilizer και σημειώνουμε τα αποτελέσματα. Η διαδικασία ολοκληρώνεται και ο ασθενής μπορεί να αποχωρήσει. Στο σημείο αυτό μπορούμε να τον ενημερώσουμε για το πρόβλημα του χωρίς όμως να τον υποβάλλουμε σε κάποια μορφή θεραπείας.

3.2.3 Ερωτηματολόγια

Οι κλίμακες, που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, σε μορφή ερωτηματολογίων, αποτελούν αξιόπιστα κριτήρια ως προς το ποσοστό εκδήλωσης πόνου. Βάσει αυτών, λοιπόν, οι συγκεκριμένες κλίμακες αποτελούν έναν σύντομο και εύκολο τρόπο διάγνωσης συμπτωμάτων. Έτσι, ήταν πιο λειτουργικό, να εντοπίσουμε την επικινδυνότητα και την ένταση του πόνου στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία.

Οι ακόλουθες κλίμακες, είναι οι εξής:

- The Keele STarT Back Screening Tool. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε πρόσφατα για τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ελέγχου για άτομα με χρόνια οσφυαλγία και είναι χαμηλού ρίσκου λάθους (Fritz, 2011 ; Kongsted, 2011).
- Maine-Seattle Back Questionnaire. Είναι ένα νέο σχετικά ερωτηματολόγιο χρήσιμο στο κλινικό περιβάλλον ως ένας τρόπος για να συγκρίνει προοπτικά αποτελέσματά για τη φροντίδα ασθενών, και να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Atlas, 2003).
- Sciatica Bothersomeness Index. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστούν οι τιμές για παραισθησία, αδυναμία και πόνο στα κάτω άκρα που εμφάνισε το δείγμα μας (Lars Grønle, 2010).
- Roland-Morris Disability Index. Είναι μια απλή κλίμακα εξέτασης που συμπληρώνουν οι ασθενείς για να δούμε τα ποσοστά αναπηρίας που πιθανόν να έχουν όταν εμφανίζουν συμπτώματα οσφυαλγίας. Η κλίμακα χρησιμοποιείται κυρίως σε έρευνες καθώς επίσης και σε ασθενείς σε μονάδα εντατικής θεραπείας (Roland, 2000). Είναι απλή, κατανοητή και εύχρηστη (Jacob, 2002).
- HAD-Anxiety subscale. Η κλίμακα άγχους που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα αυτή ήταν ικανοποιητική. Η HAD για την κατάθλιψη αποδείχθηκε ότι είναι ένα καλύτερο μέσο για τη συλλογή πληροφοριών από ό, τι για το άγχος, όμως και τα δύο μπορεί να χρησιμοποιηθούν ικανοποιητικά ως μέσο ελέγχου για το άγχος και τη κατάθλιψη (Schaabera, 2009 ; Holtom, 2000).
- HAD-Depression subscale. Η κατάθλιψη είναι δύσκολο να εντοπιστεί στο πάσχων ασθενή. Ως αποτέλεσμα αυτού, συχνά δεν αντιμετωπίζεται. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής και κάνει την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων πιο δύσκολη. Σε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η αντίληψη της κατάθλιψης, πολλές ερευνητικές ομάδες υγείας χρησιμοποιούν τη κλίμακα 'HAD' ως εργαλείο ελέγχου. Η HAD επινοήθηκε για χρήση στη γενική ιατρική και είναι ένας χρήσιμος κλινικός δείκτης για την εκδήλωση της κατάθλιψης (Mystakidou, 2004 ; Lisspers, 2007 ; Lloyd-Williams, 2001).

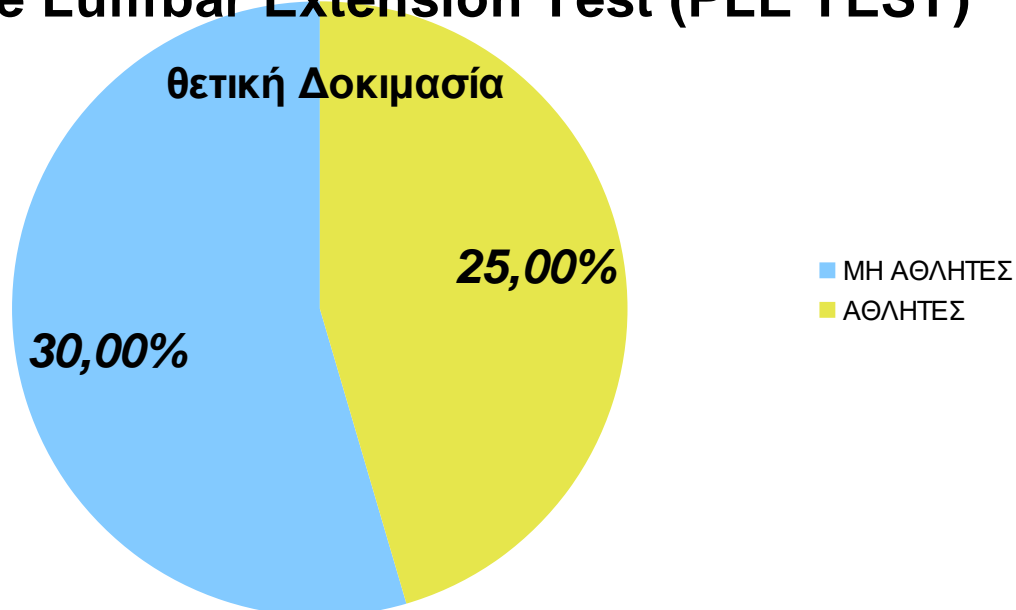
- SF-12 Physical.
- SF-12 Mental. Οι δύο αυτές κλίμακες για την φυσική και ψυχική υγεία των ασθενών αποδεικνύονται χρήσιμα εργαλεία για έρευνες καθώς μας βοηθούν να κατανοήσουμε πως αισθάνεται το άτομο και πόσο υγιής νιώθει για να εκτελέσει μια δραστηριότητα (Brazier, 2004). Οι κλίμακες αυτές είναι χρήσιμες για την περιγραφή της συνολικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς και μπορούν να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες και την κατάσταση της υγείας πως αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πως επηρεάζουν το άτομο στη κοινωνική και επαγγελματική του ζωή (Burdine, 2000).

3.3 Αποτελέσματα

Μετά τη διεξαγωγή της έρευνας και τη μελέτη των απαντήσεων που πήραμε τόσο στα ερωτηματολόγια όσο και στην κλινική εξέταση του δείγματος, καταλήξαμε στα παρακάτω αποτελέσματα που απεικονίζονται στους παρακάτω πίνακες και αναλύονται στη συνέχεια.

Πίνακας 6. Δοκιμασία PLE TEST.

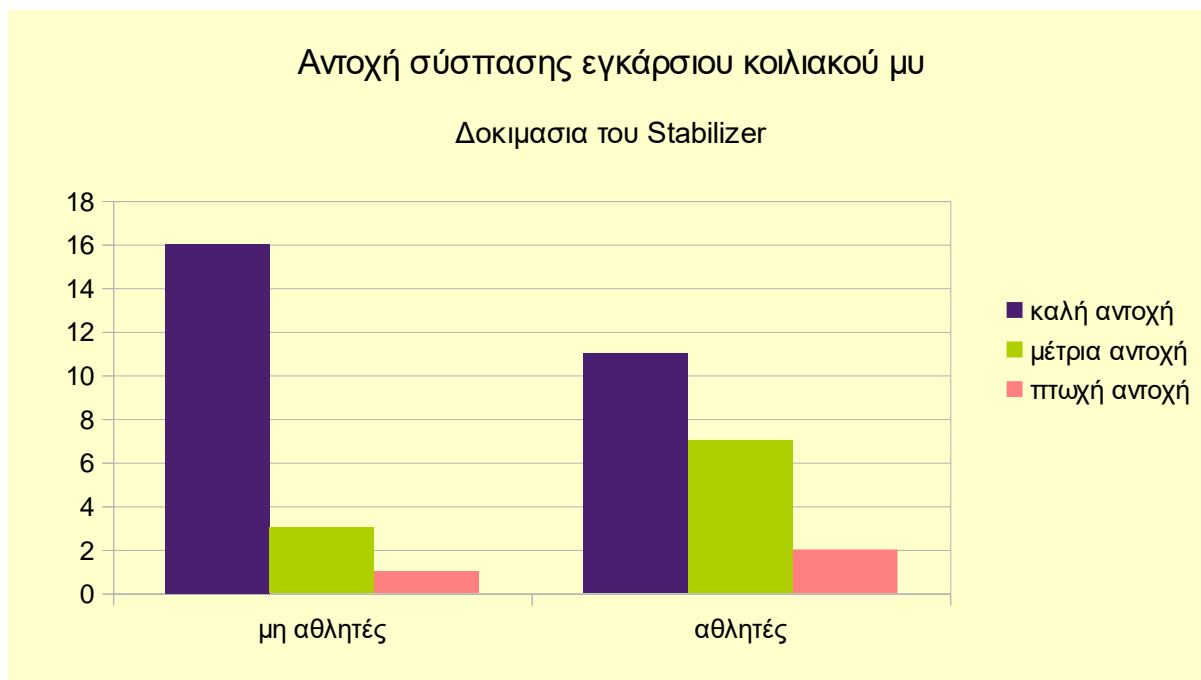
Prone Lumbar Extension Test (PLE TEST)



Για το PLE test παρατηρήσαμε ότι το 25% των αθλητών απάντησε θετικά στη δοκιμασία, ενώ αντίστοιχο ποσοστό με συχνότητα 6 στους 20 βρέθηκε στο κοινό πληθυσμό. Εντοπίσαμε πως η δοκιμασία του Prone Lumbar Extension Test είχε μικρό δείκτη συσχέτισης της χρόνιας οσφυαλγίας με το πόνο κατά την εκτέλεση του τεστ.

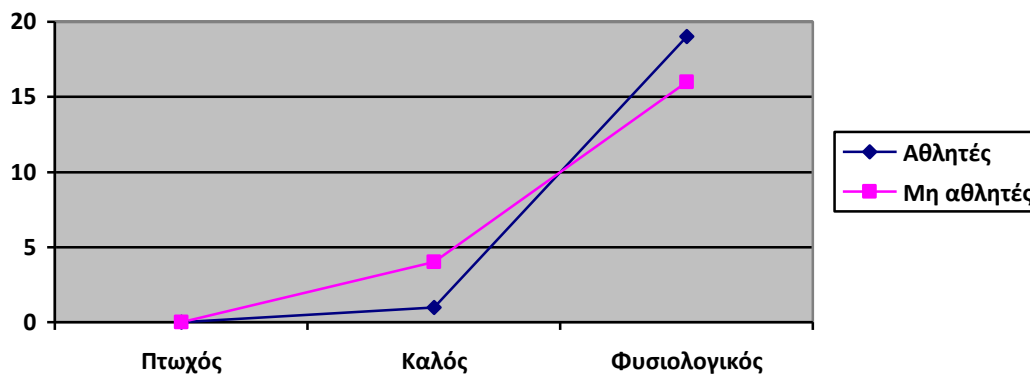
Πίνακας 7. ενεργοποίηση εγκάρσιου κοιλιακού μυ.

	ΜΗ ΑΘΛΗΤΕΣ	ΑΘΛΗΤΕΣ
Ενεργοποίηση εγκάρσιου κοιλιακού	95%	80%

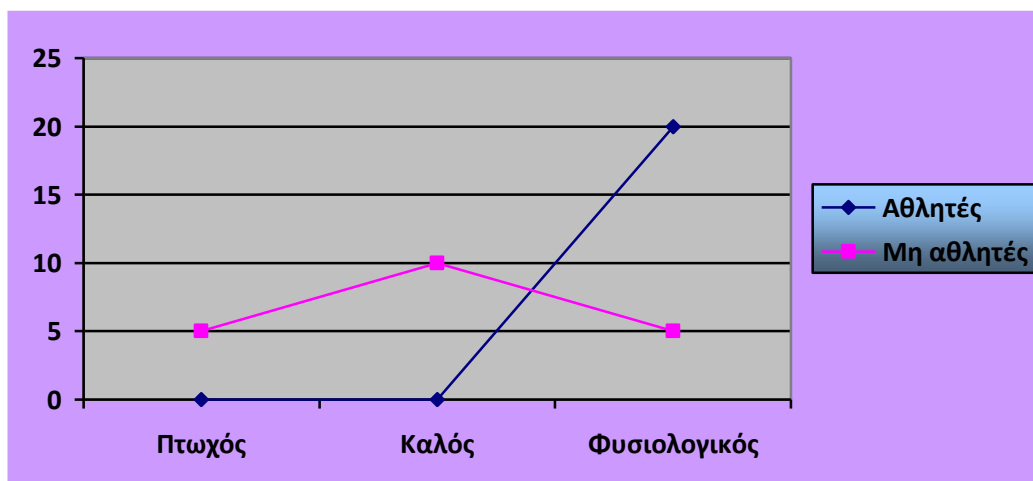


Όσον αφορά τη χρήση της συσκευής βιοανάδρασης το λεγόμενο αλλιώς, stabilizer, είδαμε πως μεγάλο ποσοστό των μη αθλητών (95%) πέτυχε ενεργοποίηση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός, επιβεβαιώνοντας έτσι την αξιοπιστία της συσκευής. Μεγάλο το ποσοστό (80%) που πραγματοποίησε σύσπαση του μυός στον αθλητές, μας απάντησε στο ερώτημα ότι με σαφείς οδηγίες οι ασθενείς εκτέλεσαν σωστά τη δοκιμασία του stabilizer και μπορέσαμε, να αξιοποιήσουμε τις μετρήσεις τους για τα τελικά μας συμπεράσματα.

Πίνακας 8. Μυϊκός Έλεγχος μεγάλου γλουτιαίου.



Πίνακας 9. Μυϊκός Έλεγχος ισchioκνημιαίων.



Στα αποτελέσματα που αφορούν το μυϊκό έλεγχο του μεγάλου γλουτιαίου και των ισchioκνημιαίων είδαμε πως τόσο η ομάδα των αθλητών όσο και η ομάδα των μη αθλητών είχε καλά επίπεδα ελέγχου. Στο μεγάλο γλουτιαίο βρήκαμε 80% φυσιολογικό έλεγχο στο κοινό πληθυσμό και 95% στους αθλητές γεγονός που μας κάνει να σκεφτούμε πως ακόμα και ερασιτέχνες από τη στιγμή που γυμνάζονται σε καθημερινή βάση πετυχαίνουν καλά επίπεδα ενδυνάμωσης και μυϊκής σταθεροποίησης. Στους ισchioκνημιαίους οι αθλητές απάντησαν με ολοκληρωτικό ποσοστό 100% φυσιολογικό έλεγχο ενώ σε αντίθεση οι μη αθλητές περιορίστηκε το μισό ποσοστό (50%) στο καλό έλεγχο.

Πίνακας 10. Στατιστική ανάλυση

	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
sex	,000	-,958	-,542
age	,006	-13,742	-2,558
VAS -pain at worst	,043	-1,870	-,030
VAS -pain at best	,336	-1,385	,485
VAS -average pain intensity	,023	-1,486	-,114
STarTBacktotal	,128	-1,959	,259
Maine-Seattle Total Score	,414	-2,24456	,94456
SBI -Total score	,600	-2,26835	3,86835
Roland-Morris Disability Questionnaire	,135	-3,838	,538
HAD-Anxiety subscale	,725	-1,881	2,681
	,404	-2,891	1,191
HAD-Depression	,016	1,03482	9,57518
SF-12 Physical subscore	,475	-3,47903	7,32903

Στον πίνακα αυτόν φαίνονται οι αρχικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων. Οι βασικές διαφορές είναι στο φύλο, την ηλικία, την ένταση του πόνου και τα επίπεδα κατάθλιψης.

3.4 Συζήτηση – Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η οσφυαλγία είναι από τα πιο κοινά προβλήματα υγείας με αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής του ασθενούς (Hoy, 2010 ; Kelsey, 1980). Στην ανασκόπησή μας, είδαμε, ότι ο πόνος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι ανεξάρτητος της αιτίας που τον προκαλεί και παρά την εντατική θεραπεία ασθενών, κάποιοι παραμένουν συμπτωματικοί (Geurts, 2013 ; Κωσταβάρας, 2010). Οι περισσότεροι ερευνητές και συγγραφείς, που ασχολούνται με τη χρόνια οσφυαλγία, καταλήγουν στο ότι υπάρχουν πολλές μέθοδοι θεραπείας που οδηγούν σε σημαντικές βελτιώσεις (Χατζησαράντος, 2008 ; Javadian, 2012), όμως το κύριο στοιχείο της θεραπείας είναι η άσκηση (Moon, 2013 ; Hides, 2016 ; O'Sullivan, 1997 ; Aluko, 2013).

Το δείγμα της έρευνάς μας χωρίστηκε σε δύο υποομάδες, η μία αντιπροσωπεύει τον κοινό πληθυσμό, που αποτελείται από ανθρώπους με εργασιακά καθήκοντα και έχουν εμφανίσει οσφυαλγία και η άλλη αντιπροσωπεύει ερασιτέχνες αθλητές ποδοσφαίρου, που εργάζονται και αθλούνται συστηματικά, αλλά έχουν συμπτώματα χρόνιας οσφυαλγίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που πήραμε δείχνανε ότι υπάρχει μέτρια έως και καλή σύσπαση εγκάρσιου κοιλιακού μυός, συνεπώς και καλή οσφυϊκή σταθεροποίηση. Σημαντικό στοιχείο είναι και ο καλός μυϊκός έλεγχος γλουτιαίων και ισχιοκνημιαίων που παρουσίασε το δείγμα. Από τα άτομα, που συμπεριλήφθησαν στον κοινό πληθυσμό, προέκυψε, ότι διαθέτουν καλή ικανότητα οσφυϊκής σταθεροποίησης πετυχαίνοντας ικανοποιητική σύσπαση εγκάρσιου κοιλιακού (πίνακας 7). Αντίθετα, οι ερασιτέχνες αθλητές ποδοσφαίρου είδαμε ότι έχουν από τη μία καλύτερο μυϊκό έλεγχο μεγάλου γλουτιαίου και ισχιοκνημιαίων (πίνακας 8-9) αλλά μέτρια αντοχή στην ενεργοποίηση του εγκάρσιου μυ , άρα και πτωχή οσφυϊκή σταθεροποίηση (πίνακας 7). Πιθανόν σε αυτό το σημείο παρατηρούμε πως το πλήθος του δείγματός μας ήταν ελλιπή και έτσι δεν καταφέραμε να πάρουμε αξιόπιστα αποτελέσματα, ενώ επίσης γεννιούνται ερωτήματα, όπως, αν οι αθλητές μας γυμνάζονται καθημερινά και κατά πόσο εκτελούν τις ασκήσεις της προπόνησης με ακριβή και έγκυρο τρόπο. Παρόλα αυτά δεν διαπιστώθηκαν μεγάλες διαφορές ελέγχου που να μας επιβεβαιώνουν πως ένας αθλητής λόγω της γυμναστικής έχει μικρότερα συμπτώματα πόνου στην οσφυαλγία ή γρηγορότερο χρόνο αποκατάστασης (πίνακας 10). Επομένως καταλήγουμε πως η εμφάνιση οσφυαλγίας είναι αγνώστου αιτιολογίας και πολλές φορές πολυσυμπτωματική (Benjamin, 2013 ; Deyo, 1992).

Σε πολλές άλλες μελέτες (Cairns, 2006 ; Goldby, 2006 ; Moon, 2013 ; Hides, 2001; O'Sullivan, 2005 ; Arthur, 1980) η επίδραση ειδικών ασκήσεων για σταθερότητα της οσφυϊκής μοίρας της Σ.Σ. έδειξαν, ότι αυξάνουν την αποκατάσταση και μειώνουν το πόνο. Στη μελέτη αυτή παρατηρούμε πως η σχετικά καλή φυσική κατάσταση του δείγματος επιβεβαίωσε το γεγονός της αναγκαιότητας της οσφυϊκής σταθεροποίησης. Η καλή σύσπαση του εγκάρσιου κοιλιακού, που πήραμε από τις μετρήσεις του stabilizer μας έδειξε πως οι εξεταζόμενοι είχαν έλεγχο της πυελικής ζώνης αποδεικνύοντας πως οι περισσότεροι εκτέλεσαν σωστά τη δοκιμασία. Επίσης, στο Prone Lumbar Extension Test, μικρό ποσοστό των ασθενών απάντησε θετικά στη συγκεκριμένη δοκιμασία, μόλις 11 στους 40, γεγονός που μας επαληθεύει πως τόσο οι αθλητές όσο και ο κοινός πληθυσμός είχε καλή οσφυϊκή σταθεροποίηση (πίνακας 6).

Από την έρευνα φάνηκε η σημαντικότητα της σωματικής άσκησης και της φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης για θέματα αντιμετώπισης της χρόνιας οσφυαλγίας. Εκπαιδύοντας τον ασθενή σε κατάλληλο πρόγραμμα ενδυνάμωσης (Χατζησαράντος, 2008 ; Barr, 2005) και ακολουθώντας μια συντηρητική θεραπεία χωρίς χρήση αναλγητικών φαρμάκων βοηθάμε στη μείωση του πόνου και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων της χρόνιας οσφυαλγίας (Arthur, 1980 ; Koumantakis, 2005; Mc Gill, 2001).

Συγκρίνοντας έτσι κάποιες από τις έρευνες που εξετάσαμε, καταλήξαμε στο γεγονός, πως ακολουθώντας ειδικό πρόγραμμα σταθεροποιητικών ασκήσεων, οι ασθενείς είναι βέβαιο ότι θα έχουν άμεσα αποτελέσματα και μειωμένα συμπτώματα. Ο Koumantakis et al (2005) διαπίστωσαν πως πραγματοποιώντας πρόγραμμα σταθεροποιητικών ασκήσεων, άτομα με οσφυϊκή τμηματική αστάθεια, βελτίωσαν αποτελεσματικά τη σταθεροποίηση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Επίσης, ο Moon et al (2013) συμπέραναν πως αυξάνοντας τη μυϊκή δύναμη των εκτεινόντων της οσφυϊκής μοίρας, ενδυναμώνεις σωστά τη ράχη, αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη λειτουργική ικανότητα. Οι ασκήσεις σταθεροποίησης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης αυξάνουν την αποκατάσταση και μειώνουν τον πόνο. Είναι αξιοσημείωτο, πως είτε αθλητής, είτε όχι είναι ο ασθενής, αν έχει καλή οσφυϊκή σταθεροποίηση, θα έχει γρηγορότερη αποκατάσταση των συμπτωμάτων και ραγδαία μείωση του πόνου στη περιοχή της οσφύος (Goldby, 2006 ; Rasmussen-Barr, 2003 ; O'Sullivan, 1997). Είναι σημαντική η προσεκτική και μεθοδική εκμάθηση σωστής τεχνικής των ασκήσεων ενδυνάμωσης και σταθεροποίησης για αποφυγή τραυματισμών , η έγκαιρη διάγνωση, καθώς και η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων για την προάσπιση της υγείας του ασθενούς (Koumantakis, 2005). Η ιδανικότερη, λοιπόν, θεραπεία είναι η άσκηση. Διότι κάθε ανάλογο ασκησιολόγιο αυξάνει τη σταθερότητα και την αντοχή των μυών, μειώνει τα επίπεδα του πόνου και βελτιώνει σαφώς τη σωματική λειτουργία..

Βέβαια ήταν και αρκετές οι διαφορές που εντοπίσαμε τόσο στους αθλητές, όσο και στους μη αθλητές, στις διάφορες παραμέτρους που λάβαμε υπ' όψιν, σύμφωνα και με τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων. Αναφορικά με την Κλίμακα HAD, μεγάλο ποσοστό των ασθενών ήταν επηρεασμένο από τα καθημερινά άγχη του, τις ανησυχίες του, αλλά και από το αίσθημα της κατάθλιψης, το οποίο δημιουργεί όλο και περισσότερα προβλήματα, τα οποία σχετίζονται φυσικά με την κατάσταση της υγείας του κάθε ασθενούς. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν συγκεκριμένους φόβους και σκέψεις που άφηναν, να ασκούν κάποιου είδους επήρεια, με σκοπό, να εντείνονται

όλο και πιο πολύ. Είδαμε να επηρεάζουν, όχι μόνο τα συμπτώματα της οσφυαλγίας, αλλά σε ορισμένους και της ισχιαλγίας, που μειώναν την σωματική ενέργεια και δύναμη (πίνακας 12-16,παράρτημα).

Χαρακτηριστικό σημείο της μελέτης μας είναι, ότι όλο το δείγμα είχε υποβληθεί σε θεραπεία που περιελάμβανε φυσικοθεραπεία με μάλαξη, αναλγητικά tens και ασκήσεις ενδυνάμωσης πριν την αξιολόγηση της μελέτης(πίνακας 1). Γεγονός, λοιπόν, που μας δείχνει, πως τα άτομα της έρευνας είχαν μειώσει το πόνο από την οσφυαλγία από πριν και είχαν ήδη προχωρήσει στο στάδιο της οσφυϊκής σταθεροποίησης. Άρα συνοψίζουμε πως οποιαδήποτε μορφή θεραπείας περιέχει την άσκηση, ενισχύει την λειτουργία της οσφύος και βοηθά την ομαλή αποκατάσταση του ατόμου (Richardson, 1999). Οι σταθεροποιητικές ασκήσεις έχουν ως στόχο, να επιφέρουν αποτελέσματα σε ασθενείς που έχουν τουλάχιστον ένα επίπεδο αστάθειας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή και σημάδια αστάθειας σε διαφορετικά τμήματά της. Οι εκάστοτε ασκήσεις όχι μόνο θα διαμορφώσουν ιδανική στάση σώματος, αλλά θα προστατεύσουν και θα απαλλάξουν από τραυματισμούς και πόνους της σπονδυλικής στήλης (Marshall, 2005 ; Panjabi, 2003).

Καταλήγουμε πως τα ερωτήματα που μένουν αναπάντητα μας δίνουν το έναυσμα για συνεχή ενημέρωση και αναζήτηση γύρω από το μεγάλο θέμα που ονομάζεται οσφυαλγία. Στην έρευνα αυτή έγινε μεγάλη προσπάθεια τόσο από τους σπουδαστές όσο και από τους ανθρώπους που βοήθησαν για να εκπονηθεί η εργασία με κύριο ρυθμιστή της προσπάθειας αυτής τον εισηγητή καθηγητή Κ^ο Τσέπη Ηλία, ώστε να περιοριστούν τα σφάλματα της έρευνας και να έχουμε πιο σαφή και αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα και μετρήσεις. Το δείγμα ατόμων υπήρξε μικρότερο από το ενδεδειγμένο και η σύστασή του δεν ήταν ιδιαίτερα ομοιογενής λόγω περιορισμένου χρόνου, μεγάλης απόστασης και έλλειψης προσβάσιμου χώρου για αξιολόγηση και μελέτη των ασθενών. Οι περιορισμοί που προέκυψαν από την έρευνα δεν επέτρεψαν επαναληπτική αξιολόγηση των ασθενών.

Συμπέρασμα, η φυσικοθεραπεία κατέχει ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στην αποκατάσταση της χρόνιας οσφυαλγίας και μαζί με τη συνεργασία του ατόμου μπορεί να φανεί ισχυρό όπλο στη καταπολέμησή της.



4 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

4.1 ΒΙΒΛΙΑ

1. Drake R. L., Vogl W., Mitchell A. W., 2005. Gray's Anatomy. Μετάφραση-Επιμέλεια από τα Αγγλικά Δρ. Τουσίμης Δ., Σκανδαλάκης Π. Ν.. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Updated 2007
2. Hamill J., Knutzen K.M., 2007. Biomechanical basis of human movement. 2nd ed. Βασική βιο-μηχανική της ανθρώπινης κίνησης. Μετάφραση από τα Αγγλικά Μπουρντόλος Κ.Δ.. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Updated 2012
3. Hamilton N., Luttgens K., 1946. Kinesiology: Scientific Basis of Human Motion. 10th ed. Κινησιολογία: Επιστημονική Βάση της Ανθρώπινης Κίνησης. Μετάφραση από τα Αγγλικά Κατσουλάκης Κ. Δ.. Επιμέλεια Γιόφτος Γ.. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
4. Kapandji I. A., 1974. The Physiology of the joints. The Trunk and the Vertebral Column (Volume 3). 2nd ed. Η λειτουργική ανατομική των αρθρώσεων. Μετάφραση-Επιμέλεια από τα Αγγλικά Νάτσης Κ.Ι.. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Updated 2001
5. Richardson C., Gwendolen Jull, Hodges P., Hides J., 1999. Therapeutic Exercise for Spinal Segmental Stabilization in Low Back Pain: Scientific Basis and Clinical Approach. Published by Churchill Livingstone. Reviewed by Steve Tippet, Bradley University
6. Γκούβας Χ., 2010. Τραυματική Νευροανατομία και Ορθοπαιδική Νευρολογία. Α΄ έκδοση Νοσοκομείου ΚΑΤ, 1988. Β΄ έκδοση, Αθήνα.
7. Κοτζαηλίας Δ. Α., 2011. Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
8. Χατζηπαύλου Α. Γ., Τζερμαδιάνος Μ. Ν., Γαϊτάνης Ι. Ν., 2005. Σπονδυλική Στήλη τι πρέπει να γνωρίζετε. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

4.2 ΑΡΘΡΑ

9. Akuthota V., Ferreiro A., Moore T., Fredericson M., Core stability exercises principles. Journal of current sports medicine reports 2008; 7 (1): 39-44.
10. Alice Kongsted, Else Johannesen, Charlotte Leboeuf-Yde, Feasibility of the STarT back screening tool in chiropractic clinics: a cross-sectional study of patients with low back pain. Chiropractic & Manual Therapies 2011 April 19:10
11. Aluko A., De Souza L., Peacock J., The effect of core stability exercises on variations in acceleration of trunk movement, pain and disability during an episode of acute non-specific low back pain: a pilot clinical trial. Journal of Manipulative Physical Therapy 2013; 36 (8): 497-504.
12. Arthur W. H., Richard D., Gar W., Epidural Injections for the Diagnosis and Treatment of Low-Back Pain. Spine 1980 January/February, Volume 5, Issue 1, pp: 1-94.
13. Atlas, Steven J. MD, Deyo, Richard A. MD, van den Ancker, Melissa, Singer, Daniel E. MD, Keller, Robert B. MD, Patrick, Donald L. PhD, 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. *Health Services Research* 2003 Aug; Volume 28, issue 16, pp 1869-1876.
14. Barr K.P., Griggs M., Cadby T., Lumbar stabilization: core concepts and current literature, Part 1. *American journal of physical medicine and rehabilitation* 2005; 84 (6): 473-80.
 15. Barzouhi A., Carmen L.A.M., Vleggeert-Lankamp, Influence of low back pain and prognostic value of MRI in sciatica patients in relation to back pain. *PLoS One*. 2014; 9(3).
 16. Cairns M.C., Foster N.E., Wright C., Randomized controlled trial of specific spinal stabilization exercises and conventional physiotherapy for recurrent low back pain. *Journal of Spine* 2006; 31 (19): E670-81.
 17. Deyo R. ., Rainville J, Kent D. L., What Can the History and Physical Examination Tell Us About Low Back Pain?. *The Journal of the American Medical Association* 1992 August, Vol 268, No. 6, pp 760-765.
 18. Geurts JW., Itz CJ., Van Kleef M., Nelemans P., Clinical course of
 19. Goldby L.J., Moore A.P., Doust J., Trew M.E., A randomized controlled trial investigating the efficiency of musculoskeletal physiotherapy on chronic low back disorder. *Journal of spine* 2006; 31 (10): 1083-93.
 20. Holtom N., Barraclough J., Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care?. *Palliative Medicine* 2000 May, Volume 14, Issue 3, pp 219-20.
 21. Hoy D. et al., The epidemiology of low back pain. *Best Practice Result Clinical Rheumatology*. 2010 Dec; 24 (6): 769-81.
 22. Javadian et al., The effects of stabilizing exercises on pain and disability of patients with lumbar segmental instability. *Journal of back musculoskeletal rehabilitation* 2012; 25 (3): 149-55.
 23. Kelsey J. L., Augustus W. A., Epidemiology and Impact of Low-Back Pain. *Spine* 1980 March-April, Volume 5 - Issue 2.
 24. Koumantakis G.A., Watson P.J., Oldham J.A., Supplementation of general endurance exercise with stabilization training versus general exercise only. Physiological and functional outcomes of a randomized controlled trial of patients with recurrent low back pain. *Journal of clinical Biomechanics* 2005; 20 (5): 474-82.
 25. Koumantakis G.A., Watson P.J., Oldham J.A., Trunk muscle stabilization training plus general exercise versus general exercise only: randomized controlled trial of patients with recurrent low back pain. *Journal of Physical Therapy* 2005; 85 (3): 209-25.
 26. Lars Grøvle, Anne Julsrud Haugen, Anne Keller, Bård Natvig, Jens Ivar Brox, Margreth Grotle, The bothersomeness of sciatica: patients' self-report of paresthesia, weakness and leg pain. *European Spine Journal* 2010 February, Volume 19, Issue 2, pp 263-269.
 27. Lloyd-Williams M., Friedman T., Rudd N., An Analysis of the Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a Screening Tool in Patients with Advanced Metastatic Cancer. *Journal of Pain and Symptom management* 2001 Dec, Volume 22, Issue 6, Pages 990–996.
 28. Marshall P. W., Murphy B. A, Core stability exercises on and off a Swiss ball. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005 February, Volume 86, Issue 2, Pages 242–249.

29. McGill SM., Low back stability: from formal description to issues for performance and rehabilitation. *Journal of Exercise sports science* 2001; rev. 29 (1): 26-31.
30. Moseley G.L., External perturbation of the trunk in standing humans differentially activates components of the medial back muscles. *Journal of Physiology* 2003; 547 (Pt2): 581-7.
31. Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Galanos A., Vlahos L., The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care International-Supportive Care in Cancer* 2004 December, Volume 12, Issue 12, pp 821-825.
- non – specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *European Journal Pain* 2013 January;17 (1) 5-15.
32. Panjabi MM., Clinical spinal instability and low back pain. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2003 August; 13 (4): 371-9.
33. Panjabi MM., The stabilizing system of the spine. Part II. Neutral zone and instability hypothesis. *Journal of Spinal Disorders* 1992; 5 (4): 390-6.
34. Rasmussen-Barr E., Nilsson-Wikmar L., Arvidsson J., Stabilizing training compared with manual treatment in sub-acute and chronic low back pain. *Journal of Manual Therapy* 2003; 8 (4): 233-41.
35. Roland M., Fairbank J., The Roland–Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Focus Issue* 2000 December, Volume 25, issue 24, pp 3115-3124.
36. Schaabera U. L., Smárib J., Óskarssonc H., Comparison of the Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (HAD) with other depression and anxiety rating scales. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 2009 Julie, Volume 44, Issue 5, pages 507-512.
37. Snijders CJ., Vleeming A., Pool –Goudzaard Al., Stoeckart R., Mens JM., Insufficient Lumbopelvic stability: a clinical, anatomical and biomechanical approach to ‘a –specific’ low back pain. *Journal of Manual Therapy* 1998 February; 3 (1): 12-20.
38. Tamar Jacob, Mario Baras, Aviva Zeev, Leon Epstein, Low back pain: Reliability of a set of pain measurement tools. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001 June, Volume 82, Issue 6, pp 735–742.

4.3 ΑΡΘΡΑ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

39. Benjamin Ma C., 2013. Sciatica. *Medline Plus*. [online] Διαθέσιμο από: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000686.htm> [Πρόσβαση 6 Απριλίου 2015].
40. Julie A. Hides, Gwendolen A. Jule, Carolyn A. Richardson, 2001. Long – Term Effects of Specific stabilizing exercises for first episode Low Back Pain. *Spine* volume 26,number 11. *Pubmed*. [online] Διαθέσιμο από: http://stoverpt.com/uploads/3/5/2/5/3525994/hides_long_term_effects_of_stabilizing.pdf [Πρόσβαση 25 Μαρτίου 2016].
41. Julie M. Fritz, Jason M. Beneciuk, Steven Z. George, 2011. Relationship Between Categorization With the STarT Back Screening Tool and Prognosis for People Receiving Physical Therapy for Low Back Pain. *Special Issue On Psychologically Informed Practice*. [online] Διαθέσιμο από: <http://ptjournal.apta.org/content/91/5/722.short> [Πρόσβαση 17 Μαρτίου 2016]

42. Lisspers J., Nygren A., Söderman E., 2007. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 96, Issue 4, pages 281–286. Pubmed. [online] Διαθέσιμο από: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10164.x/abstract> [Πρόσβαση 2 Μαρτίου 2016].
43. Moon H.J., Choi K.H., Kim D.H., Cho Y.K., et al, 2013. Effect of lumbar stabilization and dynamic lumbar strengthening exercises in patients with chronic low back pain. *Annals of rehabilitation medicine*. Pubmed. [online] Διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=hye+jin+moon+efeect+of+lumb+r> [Πρόσβαση 16 Φεβρουαρίου 2014].
44. O’Sullivan P., 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Manual Therapy* Volume 10, Issue 4, Pages 242–255. Science Direct. [online] Διαθέσιμο από: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X05001104> [Πρόσβαση 16 Απριλίου 2016].
45. O’Sullivan Peter B., Garry T., Lance Twoney, 1997. Evaluation of Specific Stabilizing Exercise in the Treatment of Chronic Low Back Pain With Radiologic Diagnosis of Spondylolysis or Spondylolisthesis. *Spine*, Volume 22(24). *Spine*. [online] Διαθέσιμο από: https://www.researchgate.net/profile/Peter_OSullivan2/publication/13798080_Evaluation_of_Specific_Stabilizing_Exercise_in_the_Treatment_of_Chronic_Low_Back_Pain_With_Radiologic_Diagnosis_of_Spondylolysis_or_Spondylolisthesis/links/0deec51618921114e9000000.pdf [Πρόσβαση 25 Μαρτίου 2016].
46. Γκέκης Φ., 2009. Ανατομία της Σπονδυλικής Στήλης. *Physio-aid*. [online] Διαθέσιμο από: www.physio-aid.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=24 [Πρόσβαση 14 Μαρτίου 2014].
47. Κωσταβάρας Κ., Καργάδου Α., 2010. Ανατομία της Σπονδυλικής Στήλης. *Neurocenter*. [online] Διαθέσιμο από: www.neurocenter.gr/spondiliki-stili.html [Πρόσβαση 29 Μαρτίου 2014].
48. Χατζησαράντος Ι.Ξ., 2008. Ασκήσεις για ενδυνάμωση της μέσης. *Iatronet*. [Online] Διαθέσιμο από: <http://www.iatronet.gr/askisi/gymnastiki-askisi/article/4930/askiseis-gia-endynamwsi-tis-mesis.html> [Πρόσβαση 15 Μαρτίου 2015].
49. Χειρωνακτική Διακίνηση φορτίων- Βασικά στοιχεία ανατομίας, φυσιολογίας και παθολογίας- Η σπονδυλική στήλη, 1012. [online] Διαθέσιμο από: www.osha.europa.eu/el/topics/msds/slic/mmc/chapter4/chapter4_1.htm [Πρόσβαση 25 Φεβρουαρίου 2014].

5 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ανάλυση δεδομένων: Διερεύνηση της ικανότητας οσφυϊκής σταθεροποίησης σε αθλητές και μη αθλητές με χρόνια οσφυαλγία

5.1 Περιγραφική ανάλυση (n=40)

Πίνακας 11.

	Ελάχιστη – Μέγιστη τιμή	Mean (SD)
Ηλικία	17 -52	27,63 (9,42)

5.2 Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

Πίνακας 12.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
VAS -pain at worst (BACK)	17	52	27,63	9,42
VAS -pain at best (BACK)	4	10	7,53	1,48
VAS -average pain intensity (BACK)	0	6	1,23	1,46
VAS -pain at worst (LEG)	2	7	4,27	1,13
VAS -pain at best (LEG)	0	10	4,00	3,91
VAS -average pain intensity (LEG)	0	6	,35	1,07
STarTBacktotal	0	6	2,48	1,75
Maine-Seattle Total Score	,00	10,00	4,6250	2,47
SBI -Total score	,00	19,00	4,9000	4,74
Roland-Morris Disability Questionnaire	0	15	5,53	3,47
HAD-Anxiety subscale	0	14	5,55	3,52
HAD-Depression subscale	0	12	3,38	3,18
SF-12 Physical subscore	27,30	61,50	46,7625	7,10
SF-12 Mental subscore	27,20	61,70	47,9975	8,37

Πίνακας 13.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο	Αντρας	25	62,5
	Γυναίκα	15	37,5
Διαμονή	Αστική περιοχή	40	100
Εκπαίδευση	Λύκειο	15	37,5
	3βάθμια	25	62,5
Εργασιακός τομέας	Δημόσιο	10	25,0
	Ιδιωτικό	17	42,5
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος	32	80,0
	Παντρεμένος	8	20,0
Κάπνισμα	Μη καπνιστής	24	60,0
	Λίγο (1-2 πακέτα/εβδ)	10	25,0
	Αρκετά (1-2 πακέτα/εβδ)	6	15,0
Επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό		24	60,0
Θεραπεία		40	100,0
Ετήσιο εισόδημα	<7.200 euro	30	75,0
	7.200-14.400 euro	7	17,5
	14.400-24.000 euro	2	5,0
	>24.000 euro	1	2,5

5.3 Ιστορικό

Πίνακας 14.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Περιοχές πόνου	Body chart 1	31	77,5
	Body chart 2	34	85,0
	Body chart 3	23	57,5
	Body chart 4	25	62,5
	Body chart 6	8	20,0
	Body chart 6	4	10,0
Άλλα συμπτώματα	Μούδιασμα /αιμωδίες	22	55
	Αδυναμία στο πόδι	6	15,0
Ιστορικό	Σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων	21	52,5
	Προδιαθεσικοί παράγοντες έναρξης (προβλήματος)	8	20,0
Προηγούμενα επεισόδια		5	12,5

5.4 Κλινική εξέταση

Πίνακας 15.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μυϊκός έλεγχος - γλουτιαίοι	Καλοί	5	12,5
	Φυσιολογικοί	35	87,5
Μυϊκός έλεγχος - ισχιοκνημιαίοι	Πτωχοί	1	2,5
	Μέτριοι	2	5,0
	Καλοί	1	2,5
Κινητικός έλεγχος- εγκάρσιος κοιλιακός	Ενεργοποίηση	35	87,5
	Αντοχή – καλή	27	67,5
	Αντοχή – μέτρια	10	25,0
	Αντοχή – πτωχή	3	7,5
Prone Lumbar Extension	(θετική δοκιμασία)	11	27,5

5.5 Περιγραφική ανάλυση αθλητών (n=20) με μη αθλητές (n=20)

Πίνακας 16.

ΜΗ ΑΘΛΗΤΕΣ

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
age	21	52	31,70	11,310
VAS -pain at worst (BACK)	6	10	8,00	,973
VAS -pain at best (BACK)	0	6	1,45	1,538
VAS -average pain intensity (BACK)	4	7	4,68	,990
VAS -pain at worst (LEG)	0	10	2,55	3,677
VAS -pain at best (LEG)	0	2	,15	,489
VAS -average pain intensity (LEG)	0	25	2,50	5,668
STarTBacktotal	0	6	2,90	2,049
Maine-Seattle Total Score	1,00	10,00	4,9500	2,72368
SBI -Total score	,00	12,00	4,5000	4,12311
Roland-Morris Disability Questionnaire	2	15	6,35	3,731
HAD-Anxiety subscale	1	14	5,35	3,588
HAD-Depression subscale	0	12	3,80	3,302
SF-12 Physical subscore	27,30	61,50	44,1100	7,38732
SF-12 Mental subscore	30,80	58,70	47,0350	7,39547

ΑΘΛΗΤΕΣ

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
age	17	31	23,55	4,395
VAS -pain at worst (BACK)	4	10	7,05	1,761
VAS -pain at best (BACK)	0	5	1,00	1,376
VAS -average pain intensity (BACK)	2	7	3,88	1,146
VAS -pain at worst (LEG)	0	10	5,45	3,663
VAS -pain at best (LEG)	0	6	,55	1,432
VAS -average pain intensity (LEG)	0	8	3,00	2,170
STarTBacktotal	0	5	2,05	1,317
Maine-Seattle Total Score	,00	9,00	4,3000	2,22663
SBI -Total score	,00	19,00	5,3000	5,36166
Roland-Morris Disability Questionnaire	0	11	4,70	3,063
HAD-Anxiety subscale	0	14	5,75	3,537
HAD-Depression subscale	0	11	2,95	3,069
SF-12 Physical subscore	37,50	57,20	49,4150	5,83991
SF-12 Mental subscore	27,20	61,70	48,9600	9,34522

Πίνακας 17.

		Μη αθλητές	Αθλητές
		Ποσοστό (Συχνότητα)	Ποσοστό (Συχνότητα)
Άνδρες			100% (20)
Prone Lumbar Extension test (θετική δοκιμασία)		30% (6)	25% (5)
Ενεργοποίηση εγκάρσιου κοιλιακού		95%	80% (16)
Αντοχή εγκάρσιου κοιλιακού	Καλή	80% (16)	55% (11)
	Μέτρια	15% (3)	35% (7)
	Πτωχή	5% (1)	10% (2)
Μυϊκός έλεγχος –μεγάλος γλουτιαίος	Καλός	20% (4)	5% (1)
	Φυσιολογικός	80% (16)	95% (19)
Μυϊκός έλεγχος -ισchioκνημιαίοι	Πτωχός	5% (1)	0% (0)
	Καλός	10% (2)	0% (0)
	Φυσιολογικός	5% (1)	100% (20)
Body chart area 1		85% (17)	
Body chart area 2		85% (17)	85% (17)
Body chart area 3		60% (12)	55% (11)
Body chart area 4		70% (14)	55% (11)
Body chart area 5		0% (0)	30% (6)

5.6 Στατιστική ανάλυση (n=40)

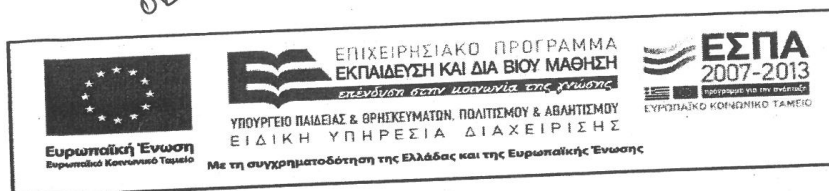
Πίνακας 18. Αρχικές διαφορές μεταξύ αθλητών & μη αθλητών.

	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
sex	,000	-,958	-,542
age	,006	-13,742	-2,558
VAS -pain at worst	,043	-1,870	-,030
VAS -pain at best	,336	-1,385	,485
VAS -average pain intensity	,023	-1,486	-,114
Body chart area 1	,268	-,420	,120
Body chart area 2	1,000	-,235	,235
Body chart area 3	,757	-,374	,274
Body chart area 4	,340	-,464	,164
STarTBacktotal	,128	-1,959	,259
Maine-Seattle Total Score	,414	-2,24456	,94456
SBI -Total score	,600	-2,26835	3,86835
Roland-Morris Disability Questionnaire	,135	-3,838	,538
HAD-Anxiety subscale	,725	-1,881	2,681
	,404	-2,891	1,191
HAD-Depression	,016	1,03482	9,57518
SF-12 Physical subscore	,475	-3,47903	7,32903

Πίνακας 19. Διαφορές κινητικού ελέγχου σταθεροποίησης μεταξύ των 2 ομάδων.

	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Prone Lumbar Extension test	,731	-,343	,243
Transversus Abdominus Activation	,658	-,179	,279
Transversus Abdominus Stamina	,136	-,099	,699
Muscle control -gluteus maximus	,162	-,064	,364
Muscle control -hamstring muscles	,057	-,013	,813

5.7 Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης 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 (πς 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), υπεύθυνης συντονισμού της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.



ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Κωδικός ασθενή _____, Φυσικοθεραπευτής _____

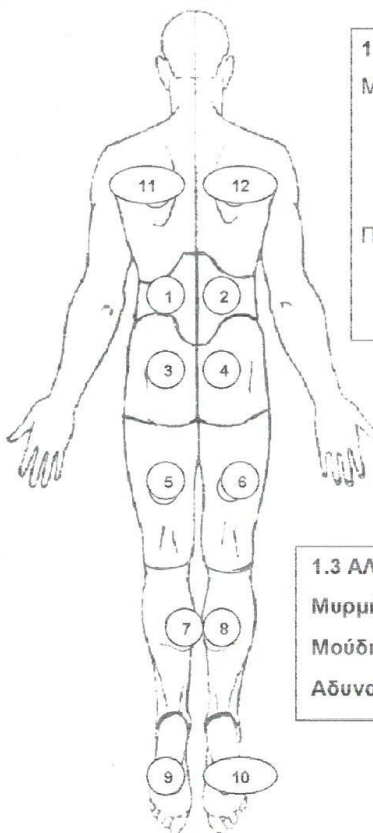
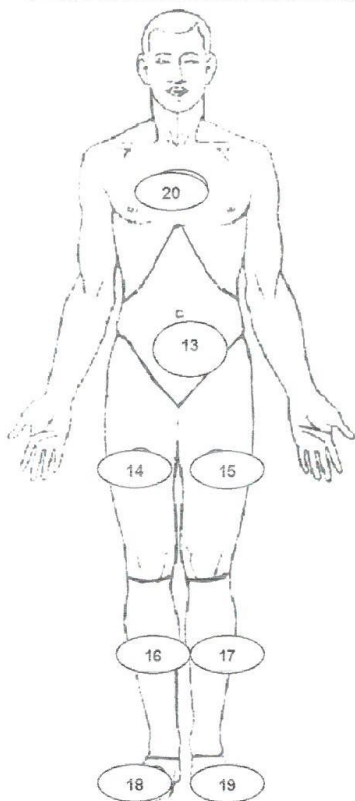
Όνοματεπώνυμο: _____ Διεύθυνση: _____

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 (<20σιγ/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 Όχι
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.	ΠΑΡΟΥΣΑ 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 ΆΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Μυρμήγκιασμα 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 **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ.** Πως περιγράφετε τον πόνο σας; (κυκλώστε)
- Στην μέση. Μουντός/ Έντονος/ Επιφανειακός/ Εν τω βάθει/ Οξύς/ Διάχυτος/ Εντοπισμένος/ Άλλο _____
- Στο πόδι. Καυστικός/ Μούδιασμα/ Οξύς/ Παλμικός-ρυθμικός/ Σαν πονόδοντο/ Σαν ηλεκτρικό ρεύμα/ Διάχυτος/ Άλλο _____
- 1.5 **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ.** Περιγράψτε τι αυξάνει (επιδεινώνει) τον πόνο σας
- Σκύψιμο / Έγερση / Κάθισμα/ Ορθοστασία/ Περπάτημα/ Όταν ξαπλώνω/ Ακίνησία/ Κίνηση/ Όταν σηκώνομαι από καθιστή θέση/ Τέντωμα προς τα πίσω/ Άλλο:
- 1.6 **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ.** Περιγράψτε τί μειώνει (ανακουφίζει) τον πόνο σας
- Σκύψιμο / Έγερση / Κάθισμα/ Ορθοστασία/ Περπάτημα/ Όταν ξαπλώνω/ Ακίνησία/ Κίνηση/ Όταν σηκώνομαι από καθιστή θέση/ Τέντωμα προς τα πίσω/ Άλλο:
- 1.7 **24ΩΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΟΝΟΥ.** Πότε αισθάνεστε τον σοβαρότερό σας πόνο;
- Με ξυπνάει την νύχτα / Δυσκολία να κοιμηθώ/ Χειρότερος τις πρωινές ώρες/ Χειρότερος τις βραδινές ώρες /Άλλο: _____
- 1.8 **ΆΛΛΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**
- Οσφυαλγία από την έναρξη: Καλύτερα /Χειρότερα /Το ίδιο
- Ισχιαλγία από την έναρξη: Καλύτερα /Χειρότερα /Το ίδιο
- Ποιος πόνος είναι χειρότερος: Μέση /Πόδι
- Λειτουργικοί περιορισμοί: ΝΑΙ ΟΧΙ (αναφέρατε τι σας σταματάει να κάνετε ο πόνος)
- _____
- Συχνότητα πόνου. Κάποιες μέρες/ Τις περισσότερες ημέρες/ Κάθε μέρα
- 1.9 **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΆΛΛΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ** Έχετε άλλα συμπτώματα εκτός από πόνο;
- Δυσκαμψία/ Σπασμός-κράμπες/ Σερνάμενα πόδια (dragging feet)/ Υπαισθησία/ Άλλο
- _____
- Βήχας /Φτέρνισμα Θετικό /Αρνητικό (θετικό μόνο με αναπαραγωγή πόνου στο πόδι)
- 2 **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ & ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**
- Έναρξη συμπτωμάτων: Απτότομα (οξεία) /Σταδιακά
- Πότε άρχισαν
- Αιτία ή εμφανής προδιαθεσικός παράγοντας (π.χ. αύξηση βάρους κτλ); ΝΑΙ ΟΧΙ

Περιγράψτε:

Περιοχή συμπτωμάτων κατά την έναρξη: Μέση /Γλουτός /Πόδι

Πρώτο επεισόδιο στην μέση/ πόδι ΝΑΙ ΟΧΙ

Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στην μέση ΝΑΙ ΟΧΙ

Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στο πόδι ΝΑΙ ΟΧΙ

Επίδραση προηγούμενων θεραπειών για παρόμοια συμπτώματα

2.1 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ακτινογραφία/ Αίματος/ MRI/ Άλλο _____

3 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Παίρνετε φάρμακα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπάρχει κάποιο φάρμακο που επηρεάζει την μέση σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3.2 ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (RED FLAGS)

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)

3.3 ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Παραμόρφωση (π.χ. σκολίωση)/ Αυχενικός πόνος/ Ανισσοκελία/ Άλλο:

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

3.4 Περιγραφή:

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

3.5 Περιγραφή:

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

3.6 Έχει η ασθενής ορμονολογικά ή προβλήματα κύκλου που σχετίζονται με την μέση της;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

3.7 Σχετίζεται με αυτόν τον τύπο οσφυαλγίας το συγκεκριμένο πρόβλημα της ασθενούς;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Όρθια στάση

4. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

4.1 ΣΤΑΣΗ

Ποια η στάση του ασθενή;

Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Λορδωτική	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Με σκολίωση	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ανταλγική στάση	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Προσδιορίστε / παρατηρήσεις:

4.2 ΒΑΔΙΣΗ

Ανταλγική βάδιση	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

4.3 ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Είναι φυσιολογική η έκφραση προσώπου;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Φαίνεται υγιής ο ασθενής;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έχει σε γενικές γραμμές χαλαρότητα (μειωμένο μυϊκό τόνο);	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έχει σε γενικές γραμμές υψηλό μυϊκό τόνο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Μυϊκή ατροφία κάτω άκρου	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

5.1

ROM ΟΣΦΥΪΚΗΣ	ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ
Κάμψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έκταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αριστερή πλάγια κάμψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Δεξιά πλάγια κάμψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

5.2

ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕ Σ ΚΙΝΗΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΙΟΠΟΙΗΣΗ /ΑΥΞΗΣΗ ΕΝΤΑΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΚΑΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗ	ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ /ΜΕΙΩΣΗ /ΕΞΑΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
Κάμψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έκταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3

ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ
Κάμψη με δεξιά πλάγια κάμψη	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

- 5.4 Βάσει των παραπάνω κινήσεων, ο ασθενής παρουσιάζει:
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Ανοικτό πατέντο (opening /stretching pattern) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Κλειστό πατέντο (closing /compressive pattern) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Πρόβλημα 'δυσλειτουργίας' κατά την κίνηση (impairment dysfunction) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Πρόβλημα 'ελέγχου' κατά την κίνηση (controlling dysfunction) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

6 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- 6.1 ΜΥΟΤΟΜΙΑ Ο5, Ι1 -Συμπτωματικό μέλος: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΔΕΞΙΑ
- ΑΔΥΝΑΜΙΑ**
- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ο4 (Βάδιση στις πτέρνες) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Ι1 (Βάδιση στις μύτες) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

ΥΠΤΙΑ

- 5
- 5.5 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)
- | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ROM ΛΕΚΑΝΗΣ | ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ | ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ | ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ |
| Οπίσθια κλίση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

8 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (συνέχεια)

Συμπτωματική πλευρά: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΔΕΞΙΑ

- 6.1 ΜΥΟΤΟΜΙΑ
- ΑΔΥΝΑΜΙΑ**
- | | | |
|----|------------------------------|------------------------------|
| Ο2 | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Ο3 | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Ο5 | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
- 6.2
- | | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ | ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ | ΜΕΙΩΜΕΝΟ | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ | ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ |
| Ο2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ο3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ο4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ο5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ι1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 6.3
- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ | ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ | ΜΕΙΩΜΕΝΟ | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ | ΑΥΞΗΜΕΝΟ | ΚΛΩΝΟΣ |
| ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4ΚΕΦΑΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 6.4 ΝΕΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΑ
- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| | ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ | ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ | ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ | ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ |
| SLR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Αντίστροφο SLR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ | |

7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ

- 7.1
- | | | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ΙΣΧΙΑ | Υπερκινητικότητα | Φυσιολογικό | Περιορισμένο | Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων |
| Εξω στροφή | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

Εσω στροφή ΝΑΙ ΟΧΙ

7.2	ΙΕΡΟΛΑΓΩΝΙΕΣ	Υπερκινητικότητα	Φυσιολογικό	Περιορισμένο	Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων	
	Distraction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	Thigh thrust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	Compression test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Πρηνή

7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ (συνέχεια)

7.3	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ (Οπισθο-πρόσθιες ολισθήσεις)	Υπερκινητικότητα	Φυσιολογικό	Περιορισμέ- νο	Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων	
	O1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	O3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	O4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	O5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
	I1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

7.4 ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Ευαισθησία/trigger points στην παρασπονδυλική περιοχή της άνω οσφυϊκής	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ευαισθησία/ trigger points στην παρασπονδυλική περιοχή της κάτω οσφυϊκής	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ευαισθησία/ trigger points στην περιοχή ιερολαγόνιας άρθρ. (inferolateral angle)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αλλοδηγία (πόνος κατά την αφή του στρογγυλού άκρου ενός συνδετήρα)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

8 ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Καταγραφή συμπτωματικής πλευράς: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΔΕΞΙΑ

ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΜΗΔΕΝ ΛΙΧΝΟΣ 0-1	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ 2	ΜΕΤΡΙΟ 3	ΚΑΛΟ 4	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ 5
Γλουτιαίοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ισχιοκνημιαίοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

10.1 Ποιος είναι ο κυρίαρχος μηχανισμός πόνου του ασθενή;

- ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ (ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ) /ΝΟΣΚΙΣΕΡΤΙΒΕ (πόνος από το τοπικό σύστημα των αλγούποδοχέων)
- ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ (πόνος από το νευρικό σύστημα αυτό καθαυτό)
- ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (υπερδιέγερση του ΚΝΣ)
- ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (AFFECTIVE), (μία δυνατή, συναισθηματική ανταπόκριση στον πόνο)

10.2 Η συμπεριφορά του ασθενή κατά την εξέταση παρουσιάζει ένα από τα παρακάτω:

Ασυμφωνίες /αντιθέσεις στην κλινική εικόνα ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπερβολή ΝΑΙ ΟΧΙ

10.2 Ποια η κλινική σας 'αίσθηση' για το πρόβλημα του ασθενή;

10.3 Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες βλέπετε ότι 'ταιριάζει' η κλινική εικόνα του ασθενή;

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Πόνος στο πόδι οφειλόμενος στην μέση | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Πρόπτωση /κλήλη δίσκου | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Πόνος στην μέση με εμπλοκή νευρικής ρίζας | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Σπονδυλική στένωση | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Ιερολαγονίτιδα | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Σύνδρομο ζυγοσποφυσιακών αρθρώσεων | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| Άλλο: | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

5.8 Βοηθητικό Εγχειρίδιο.



ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ (για την εξέταση)

Πριν αρχίσετε την εξέταση (π.χ. όσο βρίσκεται στην αναμονή ο ασθενής, δώστε του τα ερωτηματολόγια που πρέπει να συμπληρώσει). Πείτε του επίσης ότι αν χρειαστεί κάπου βοήθεια, είστε στην διάθεσή του.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΗ (σελ. 2)

- Σιγουρευτείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα στοιχεία του ασθενή (και διεύθυνση, τηλ κτλ.)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Από το ιστορικό, όπου έχει ΝΑΙ/ΟΧΙ, σημειώστε τι αντιστοιχεί στην απάντηση του κάθε ασθενή, σε άλλες περιπτώσεις (π.χ. 1.4-1.7) κυκλώστε όσες απαντήσεις αφορούν τον ασθενή (δεν είναι απαραίτητο να είναι μόνο μία η απάντηση), ενώ σε άλλες απαντάτε περιφραστικά. Οποιοδήποτε άλλο σημαντικό ή συμπληρωματικό στοιχείο μπορείτε να το σημειώσετε στο πλάι της σελίδας.

1. ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1.1. Περιοχή πόνου

- Παρακαλώ σημειώστε στον χάρτη σώματος τις περιοχές πόνου του ασθενή. Αν ο χειρότερος πόνος του ασθενή παρουσιάζεται σε >1 περιοχές, σημειώστε τις όλες.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

- Ξεκαθαρίστε αν αυτό το επεισόδιο είναι μία οξεία επιδείνωση ενός χρόνιου επεισοδίου (acute exacerbation of a chronic episode) και σημειώστε το

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η ενότητα της κλινικής εξέτασης είναι δομημένη έτσι ώστε να εκτελεστούν οι κλινικές δοκιμασίες πρώτα στην ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, μετά στην ΥΠΤΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ και τέλος στην ΠΡΗΝΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ.

4. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

- 4.1. Στάση. Παρακαλώ εκτιμήστε κατά την κρίση σας την στάση του ασθενή σημειώνοντας με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ τις επιλογές που σας δίνονται. Ορισμένες βοηθητικές οδηγίες σχετικά με τον προσδιορισμό της στάσης δίνονται παρακάτω:

Λορδωτική	Όταν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη οσφυϊκή λόρδωση & πρόσθια κλίση της λεκάνης
Κυφωτική	Όταν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη θωρακική κύφωση
Κυφολορδωτική	Όταν συνυπάρχουν μεγάλη οσφυϊκή λόρδωση (με πρόσθια κλίση λεκάνης) & θωρακική κύφωση. Επίσης, υπάρχει και μία σχετική κάμψη ισχίων
Στάση επίπεδης ράχης	Μείωση της θωρακικής κύφωσης και οσφυϊκής λόρδωσης (όψη επίπεδη πλάτης). Ουδέτερη ή μερικώς οπίσθια κλίση λεκάνης & σχετική έκταση ισχίων.
Κρεμμάμενη στάση	Αύξηση θωρακικής κύφωσης με μείωση οσφυϊκής λόρδωσης. Πρόσθια ταλάντωση της λεκάνης. Κλίση λεκάνης ουδέτερη ή οπίσθια και σχετική έκταση ισχίων. Συνήθως και υπερέκταση γόνατος
Με σκολίωση	Στην πραγματική σκολίωση, κατά την κάμψη από όρθια θέση ή κατά την κατάκλιση, η παραμόρφωση της σκολίωσης παραμένει.
Ανταλγική στάση	Οποιοδήποτε άλλη στάση που δεν ανήκει στις παραπάνω π.χ. ανταλγική σκολίωση. Παρακαλώ περιγράψτε (αν χρειαστεί) την συγκεκριμένη ανταλγική στάση του ασθενή



- **4.2. Βάδιση.** Σημειώστε με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ τον τρόπο βάδισης του ασθενή. Ορισμένα διευκρινιστικά στοιχεία:

Ανταλγική βάδιση	Περιγράψτε (αν μπορείτε) το είδος της ανταλγικής βάδισης π.χ. δύσκαμπτο ισχίο, ή μόνιμη πλάγια κλίση κορμού
Νευρολογικό πρότυπο	Προσδιορίστε π.χ. ημιπληγική βάδιση, αταξική, παρκινσονικού τύπου κτλ.
Με βοηθητικά μέσα	Σημειώστε το βοηθητικό μέσο που χρησιμοποιεί ο ασθενής

- **4.3. Γενική παρατήρηση.** Παρακαλώ εκτιμήστε κατά την κρίση σας σημειώνοντας με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ τις επιλογές που σας δίνονται.

7. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

Για όλες τις ενεργητικές κινήσεις ο ασθενής πρέπει να έχει τα πόδια του λίγο ανοιχτά (μέχρι το επίπεδο των ώμων). Πριν την έναρξη κάθε κίνησης, σιγουρευτείτε ότι ο ασθενής έχει γυρίσει στην αρχική του θέση. Επίσης, δώστε οδηγίες στον ασθενή να κινείται έως και το σημείο που αρχίζει ο πόνος του (να μην κινείται δηλ. μέσα στο επώδυνο εύρος).

- **5.1. ROM οσφυϊκής.** Άνω του 25-30% μείωση της φυσιολογικής κίνησης στην οσφυϊκή μοίρα, να χαρακτηριστεί ως «περιορισμένη». «Υπερκινητικότητα» μπορεί να εμφανιστεί είτε σε όλη την οσφυϊκή μοίρα π.χ. υπέρμετρη κάμψη οσφυϊκής μοίρας με ολική απώλεια της οσφυϊκής λόρδωσης κατά το τέλος της τροχιάς ή μπορεί να εμφανιστεί τμηματικά (ανά σπονδυλικό επίπεδο). Παρακαλώ διαφοροποιείτε τι από τα 2 συμβαίνει και σημειώστε το.
- **5.2. Επαναλαμβανόμενες κινήσεις.** Ενδεικνύται να κάνετε άνω των 10 επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή όσες χρειαστούν προκειμένου να εντοπίσετε τι αλλαγές συνέβησαν (περιφεριοποίηση ή επικέντρωση των συμπτωμάτων). Όμως συνιστάται, να εκτιμήσετε την ευερεθιστικότητα του ασθενή και να υποβάλλετε τον ασθενή σε όσες επαναλήψεις είναι (κατά την κρίση σας) ανεκτές σε αυτόν.
- **5.3. Συνδυασμένες κινήσεις.** Κατά τις κινήσεις κάμψεις με τις πλάγιες κάμψεις συνιστάται η σταθεροποίηση από μέρους σας της λεκάνης του ασθενή και η εφαρμογή πίεσης στο τέλος της τροχιάς κίνησης της κάθε πλάγιας κάμψης. Αντίστοιχα, κατά την έκταση και πλάγια κάμψη, συνιστάται το «μπλοκάρισμα» των γονάτων προς κάμψη μαζί με την σταθεροποίηση της λεκάνης και την εφαρμογή onepressure στο τέλος της πλάγιας κάμψης (όπως προηγούμενως).
- **5.4.** Η συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο ασθενής κατά τις συνδυασμένες κινήσεις χαρακτηρίζονται ως εξής:

Ανοικτό πατέντο (opening pattern) ¹	Αν ο πόνος/συμπτώματα του ασθενή αναπαράγονται από την αντίθετη πλευρά από αυτήν όπου κατευθύνεται η συνδυασμένη κίνηση, τότε μιλάμε για «ανοικτό» πατέντο (opening ή stretching patter)
Κλειστό πατέντο (closing pattern)	Αν ο πόνος/συμπτώματα του ασθενή αναπαράγονται από την ίδια πλευρά από αυτήν όπου κατευθύνεται η συνδυασμένη κίνηση, τότε μιλάμε για «κλειστό» πατέντο (closing ή compressive pattern)
Πρόβλημα 'δυσλεπουργίας' κατά την κίνηση (movement impairment dysfunction) ²	Αναφέρεται σε απώλεια φυσιολογικής κίνησης (ενεργητικής και παθητικής) λόγω πόνου σε μία ή περισσότερες κατευθύνσεις κίνησης. Σε τέτοιου είδους καταστάσεις, η κίνηση χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά μϊκού σπασμού και συν-σύσπασης των οσφυο-πυελικών μυών κατά την επώδυνη κίνηση /κατεύθυνση
Πρόβλημα 'ελέγχου' κατά την κίνηση	Αναφέρεται σε απώλεια ελέγχου της συμπτωματικής σπονδυλικής μονάδας

¹ Edwards BC (1992). Manual of Combined Movements. Churchill Livingstone, Edinburgh

² O'Sullivan P. (2005). Diagnosis and classification of low back pain disorders; Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. Manual Therapy 10: 242-255.



(controlling dysfunction)

κατά την κατεύθυνση εκδήλωσης του πόνου. Σε τέτοιου είδους καταστάσεις, η κίνηση και ο πόνος δεν χαρακτηρίζεται από 'δυσλειτουργία'. Ο πόνος σχετίζεται κυρίως με την έλλειψη λειτουργικής σταθερότητας γύρω από την ουδέτερη ζώνη της συμπτωματικής σπονδυλικής μονάδας.

- **5.4. ROM λεκάνης.** Πρόσθια και οπίσθια κλίση της λεκάνης εξετάζονται από ύπτια θέση με γόνατα λυγισμένα (60° -90° κάμψη). Ισχύουν τα ίδια με πριν.

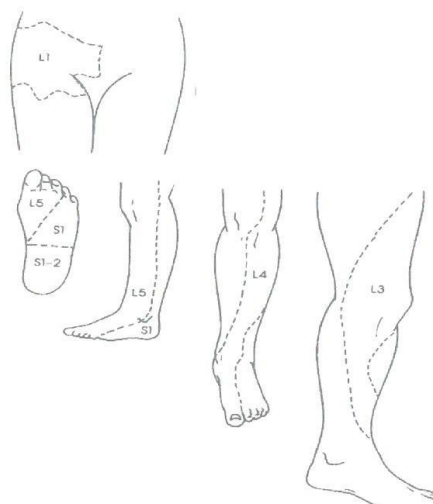
6. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η νευρολογική εξέταση θα αρχίσει από το υγιές μέλος, αλλά στον εγχειρίδιο εξέτασης θα καταγράψετε μονάχα την συμπτωματική πλευρά (σημειώστε επίσης στην αρχή της ενότητας αυτής ποια είναι η συμπτωματική πλευρά). Σε περίπτωση που η υγιή πλευρά παρουσιάζει και αυτή ορισμένες νευρολογικές αλλοιώσεις, παρακαλώ τότε να το σημειώσετε.

- **6.1. Μυοτόμια.** Αξιολογείστε με ισομετρικές συσπάσεις την μέγιστη δυνατή έκλιση δύναμης για κάθε μυοτόμιο. Συγκεκριμένα για τα μυοτόμια:

O4 (όρθια στάση)	Περπάτημα στις φτέρνες. Ελέγξτε αν η τροχιά ραχιαίας κάμψης είναι η ίδια και στα 2 πόδια
I1 (->-)	Περπάτημα στις μύτες ή άρση πτέρνας 7-10 φορές από μονοποδική θέση (με ήπια στήριξη στα χέρια)
O2 (ύπτια)	Κάμψη ισχίου (σε 90°)
O3 (->-)	Εκταση γόνατος (σε 30°)
O5 (->-)	Εκταση μεγάλου δακτύλου
I2 (->-)	Κάμψη δακτύλων

- **6.2. Αισθητικότητα /Δερμοτόμια.** Αξιολογείστε την αισθητικότητα επιφανειακά χρησιμοποιώντας βαμβάκι ή κάτι παρόμοιο (χαρτομάντιλο, χαρτοπετσέτα κτλ.). Μην ακουμπάτε όλη την αισθητική περιοχή (κάθε δερμοτομίου) παρά ακουμπάτε με μικρές ήπιες επαναλήψεις (3-4) το κέντρο κάθε δερμοτομίου. Παρακάτω αναγράφονται τα δερμοτόμια.



- **6.3. Αντανακλαστικά.** Συνιστάται η επανάληψη 4-5 φορές της εξέτασης κάθε αντανακλαστικού για να καταλήξετε στην σωστή απάντηση. Κλώνος- απότομη διάταση σε ραχιαία κάμψη στο αντανακλαστικό του αχίλλειου (υποδηλώνει εμπλοκή του εξωπυραμιδικού συστήματος)
- **6.4. Νευροδυναμικά.** Η άρση τεταμένου σκέλους (straight leg raise ή SLR) θεωρείται **πολύ περιορισμένη** αν είναι λιγότερη από 35°, **περιορισμένη** αν είναι μεταξύ 35°-70°, και **φυσιολογική** αν είναι άνω των 70°. Επίσης, με ΝΑΙ ή ΟΧΙ να απαντήσετε εάν αναπαράγονται τα συμπτώματα του ασθενή (εδώ μιλάμε για τα συμπτώματα τα οποία μας παραπονιέται ο ασθενής και όχι για άλλου είδους συμπτώματα που πολλές φορές εκδηλώνονται κατά τη SLR, π.χ. πόνος /τράβηγμα στο οπίσθιο τμήμα του μηρού). Τέλος, εφαρμόστε ολοκληρωμένες νευροδυναμικές δοκιμασίες (π.χ. SLR ± ραχιαία/πελματιαία κάμψη, ± έσω/έξω στροφή ισχίου, ± απαγωγή/προσαγωγή) για να απαντήσετε στο τελευταίο κομμάτι αυτής της υπο-ενότητας, στο αν δηλ. υπάρχει θετική απάντηση ή όχι της νευροδυναμικής δοκιμασίας SLR. Η αντίστροφη άρση τεταμένου σκέλους (crossover straight leg raise ή SLR) θεωρείται θετικό στις ίδιες με SLR μοίρες με άρση του αντίθετου (της συμπτωματικής πλευράς) κάτω άκρου.

7. ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Εδώ πάλι, θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσετε την δική σας κρίση για να απαντήσετε. Συγκεκριμένες οδηγίες:

- **7.1. Ισχία.** Οι στροφές να εξεταστούν από ύπτια με 90° κάμψη ισχίου
- **7.2. Ιερολαγώνιες.** Οι συγκεκριμένες δοκιμασίες περιγράφονται ως εξής^{3, 4}:

Distraction test	Προσθιοπίσθια εφαρμογή δύναμης των λαγόνιων από ύπτια θέση με γόνατα τεντωμένα (Εικ. 1)
Thigh thrust	Εφαρμογή οπίσθιας δύναμης μέσω του γόνατος από 90° κάμψης ισχίου & γόνατος και μικρή προσαγωγή μηρού, ενώ το άλλο χέρι του εξεταστή ψηλαφά την κίνηση του ιερού στο λαγόνιο οστό οπίσθως (Εικ. 2)
Compression test	Συμπίεση λαγόνιου (στο ύψος της λαγόνιας ακρολοφίας) από πλάγια θέση ασθενή με γόνατα και ισχία σε κάμψη 90° (Εικ. 3)



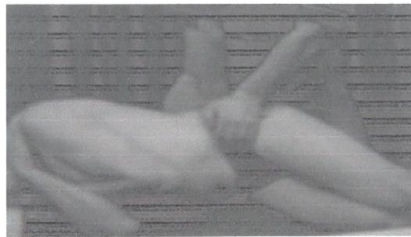
Εικόνα 1. Distraction test



Εικόνα 2. Thigh thrust test

³ Laslett M, Young SB, Aprill CN, McDonald B. (2003). Diagnosing painful sacroiliac joints: A validity study of McKenzie evaluation and sacroiliac provocation tests. Australian Journal of Physiotherapy 49: 89-97.

⁴ Laslett M, Aprill CN, McDonald B, Young SB. (2005). Diagnosis of sacroiliac joint pain: Validity of individual provocation tests and composites of tests. Manual Therapy 10: 207-218.



Εικόνα 3. Compression test

- **7.3. Επικουρικές οπισθο-πρόσθιες ολισθήσεις.** Χρησιμοποιείστε μαξιλάρια στην λεκάνη και θώρακα σε ασθενείς με αυξημένη λόρδωση και κύφωση αντίστοιχα. Κάντε πάλι ορισμένες επαναλήψεις (ταλαντώσεις) για να βεβαιωθείτε για την απάντησή σας.
- **7.4. Ψηλάφηση.** Το όριο μεταξύ άνω και κάτω οσφυϊκής μοίρας είναι στο επίπεδο του Ο3 σπονδύλου. Η ψηλάφηση στην οσφυϊκή μοίρα μπορεί να απλωθεί μέχρι τον τετράγωνο οσφυϊκό μυ, ενώ για την ιερολαγόνια άρθρωση μέχρι και την κάτω-έξω γωνία του ιερού οστού (inferolateral angle).

8. ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Γλουτιαίοι. Συνίσταται να ελεγχθούν με 2 τρόπους: α) απλή σύσπαση από πρηνή θέση (έλεγχος σύσπαση/ενεργοποίησης μέσω ψηλάφησης), και β) ισομετρική σύσπαση από έκταση ισχίων με 90° κάμψης γόνατος.

Ισχιοκνημιαίοι. Ισομετρική σύσπαση ισchioκνημιαίων από 90° κάμψης γόνατος

-ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΣΥΡΘΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΤΕ ΤΟΝ ΑΝ ΘΕΛΕΤΕ ή ΣΥΜΒΟΥΛΕΨΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΧΩΡΙΣ ΟΜΩΣ ΝΑ ΤΟΝ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΜΟΡΦΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ (ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ) ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

9. ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Παρακαλώ εκτιμήστε κατά την κρίση σας το πόσο συμφωνείτε με τα δύο αυτά ενδεικτικά στοιχεία αλλαγής συμπεριφοράς του ασθενή.

10. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Τέλος, παρακαλώ συμπληρώστε κατά την κρίση σας τις ερωτήσεις της ενότητας για το πρόβλημα του ασθενή. Η εκτίμησή σας είναι πολύ σημαντική στην μελέτη αυτή.

5.9 Ερωτηματολόγια.



The Keele STarT Back Screening Tool

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

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

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

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	___	___
2	___	___
3	___	___
4	___	___
5	___	___
6	___	___
7	___	___

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 τριβών ή βαστών 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						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"/>		

2. Μούδιασμα ή μυρμηγκιασμα στο πόδι, άκρο πόδα ή ισχίο (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"/>		

3. Αδυναμία στο πόδι ή στον άκρο πόδα (π.χ. δυσκολία στο σήκωμα του άκρου πόδα)..... (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"/>		

4. Πόνος στην μέση ή στο πόδι 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"/>		

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 ✓ 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 ΗΑΔ

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:

Τις περισσότερες φορές	3
Αρκετές φορές	2
Περιστασιακά	1
Καθόλου	0

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

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

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

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

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

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

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

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

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η

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

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

Πάντα	0
Συνήθως	1
Όχι συχνά	2
Καθόλου	3

8(D) Αισθάνομαι με "πεσμένη" διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς	3
Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφίξιματος στο στομάχι

Καθόλου	0
Περιστασιακά	1
Αρκετά συχνά	2
Πολύ συχνά	3

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

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

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

Πραγματικά πολύ	3
Αρκετά	2
Όχι πολύ	1
Καθόλου	0

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

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

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

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

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

Συχνά	0
Μερικές φορές	1
Όχι συχνά	2
Πολύ σπάνια	3

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | | | |
|--|---|-----|-----|
| | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Ναι</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Όχι</td> </tr> </table> | Ναι | Όχι |
| Ναι | Όχι | | |
| α. <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....
(ίδια με την 3) | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 | | |
| β. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 | | |

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

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

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

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

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

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