



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΛΟΣΙ ΙΛΝΤΑ

ΚΑΤΑΡΑΧΙΑ ΑΣΠΑΣΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής: κ. ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΑΙΓΙΟ - 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την εισηγήτρια μας κυρία Μπίλλη Ευδοκία, για την υποστήριξη και την υπομονή της όλο αυτό το διάστημα, καθώς και την καθοδήγηση της ώστε να μπορέσουμε να ολοκληρώσουμε αποτελεσματικά αυτήν την εργασία. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους Φυσικοθεραπευτές Χαραλαμπίδη Μιχάλη και Καπερνάρο Μάνο για την βοήθεια τους, καθώς και τους εθελοντές, οι οποίοι δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην εκπόνηση αυτής της έρευνας και βοήθησαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση παραμέτρων ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία.

Μέθοδος: Για την διεξαγωγή της έρευνας συγκεντρώθηκε ένα δείγμα 49 εθελοντών ηλικίας (21-71) με χρόνια οσφυαλγία, οι οποίοι επιλέχθηκαν μέσα από το προσωπικό και εργασιακό περιβάλλον των δύο φοιτητριών. Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν μια έγκυρη και αξιόπιστη φόρμα αξιολόγησης, η οποία αποτελούταν από ένα έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης εθελοντή, από το ιστορικό του ασθενούς σε συνδυασμό με αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια ειδικά για την οσφυαλγία, την ποιότητα ζωής, την ψυχική υγείας και τον ύπνο όπως το Keele STart Back Screening Tool ,το Maine - Seattle Back Questionnaire ,το Roland-Morris Disability Questionnaire ,η ψυχοκοινωνική κλίμακα Hospital Anxiety Depression, το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας SF-12, το LifeStyleIndex ,το WHOQOL-BREF και ο δείκτης ποιότητας ύπνου του Pittsburgh. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και στατιστική ανάλυση (συσχετίσεις με συντελεστή Pearson) μέσω του προγράμματος SPSS. Η εύρεση των συμμετεχόντων και η εξέταση τους πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2015 έως Απρίλιο του 2016.

Αποτέλεσμα: Από τους ερωτηθέντες το 61,2% (30 άτομα) ήταν γυναίκες και το 38,8% (19 άτομα) ήταν άνδρες ηλικίας από 21 έως 71 ετών και η πλειοψηφία (69,4%) κατοικούσε σε ημιαστική περιοχή. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 75,5% (37) ήταν παντρεμένοι και το μεγαλύτερο ποσοστό (59,2%) δήλωσε ότι δεν κάπνιζε. Σχετικά με το ετήσιο εισόδημα παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία δηλ. το 44,9%(22) είχαν χαμηλό εισόδημα και το 36%(18) δήλωσε πως εργαζόταν 8 ώρες. Όσον αφορά τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το ιστορικό των ασθενών το 69,4%(34) του δείγματος παρουσίασε πόνο στην αριστερή πλευρά της ΟΜΣΣ και το 83,7% (41) στην δεξιά. Όσον αφορά την 24ωρη συμπεριφορά του πόνου το 67.3%(33) ανέφερε ότι ο πόνος είναι χειρότερος τις πρωινές ώρες , το 40,8% (20) δεν μπορεί να κοιμηθεί λόγω του πόνου , το 22,4 % (11) δήλωσε ότι ο πόνος χειροτερεύει τις βραδινές ώρες. Τέλος το 42,9%(21) των ερωτηθέντων νοιώθει ότι η πορεία του προβλήματος χειροτερεύει και το 38,8%(19) ότι καλύτερεύει και μόνο το 18,4%(9) ότι η πορεία του προβλήματος παραμένει ίδια. Παρατηρήθηκε με βάση την κλίμακα VAS, ότι ο μέσος όρος του πόνου στην περιοχή της οσφύς άγγιζε το 6,42. Τα αποτελέσματα της κλίμακας HAD, εμφάνισαν κανονικές τιμές και επίσης η κατάστασή τους χαρακτηρίστηκε ως μη παθολογική περίπτωση. Το ερωτηματολόγιο SF-12 έδειξε χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας. Από το ερωτηματολόγιο Whoqol-Bref προέκυψε μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής τους και στα τέσσερα γενικότερα πεδία που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο. Σχετικά με την στατιστική ανάλυση ,οι συσχετίσεις κυμάνθηκαν από ασθενείς έως μέτρια ισχυρές. Μέτριες συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ του ύπνου και της κατάθλιψης, μεταξύ του Whoqol (υποκλίμακα ψυχικής κατάστασης) και του Rolland-Morris ,ανάμεσα στο Lifestyle INDEX (υποκλίμακα repression) και το Roland-Morris.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξαν πως το δείγμα που μελετήθηκε παρουσίαζε μια μέτρια ανικανότητα στην καθημερινή τους ζωή, μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής και όσον αφορά την ψυχική υγεία εμφάνισαν κανονικές τιμές και επίσης η κατάστασή τους χαρακτηρίστηκε ως μη παθολογική περίπτωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	7
1.1 Ορισμός και ταξινόμηση Οσφυαλγίας	7
1.2 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου	10
1.3 Επιπολασμός της Οσφυαλγίας στην Ελλάδα	12
1.4 Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας οσφυαλγίας.....	13
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ	16
2.1 Υποκειμενική αξιολόγηση	17
2.2 Αντικειμενική Αξιολόγηση	18
2.2.1 Επισκόπηση-Παρατήρηση	19
2.2.2 Αξιολόγηση στάσης.....	19
2.2.3 Εξέταση της βάδισης	20
2.2.4 Ψηλάφηση.....	20
2.2.5 Έλεγχος κινητικότητας.....	20
2.2.6 Έλεγχος μυϊκής δύναμης.....	21
2.2.7 Νευρολογικός έλεγχος	21
2.2.8 Ειδικές δοκιμασίες.....	21
2.2.9 Έλεγχος αισθητικότητας	22
2.3 Αξιολόγηση μέσω αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων	22
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ	26
3.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας	26
3.2 Ψυχική υγεία και χρόνιος πόνος	26
3.3 Επίδραση χρόνιας οσφυαλγίας στην ψυχική υγεία.....	28
3.4 Επίδραση των ψυχικών διαταραχών στην ποιότητα ύπνου των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία	30
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	34
4.1 Έννοια της ποιότητας ζωής	34
4.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	35

4.3	Όργανα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	37
4.4	Ερωτηματολόγια και κλίμακες αξιολόγησης Γενικής Υγείας	37
4.5	Ποιότητα ζωής και οσφυαλγία	43
5.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΣ.....	44
5.1	Σκοπός ερευνητικής μελέτης	44
5.2	Δείγμα	44
5.3	Όργανα/εργαλεία μέτρησης	45
5.4	Διαδικασία Αξιολόγησης	45
5.4.1	Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής..	46
5.4.2	Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας...	47
5.4.3	Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση ποιότητας ύπνου	47
5.4.4	Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας	47
5.5	Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίων	48
5.6	Ανάλυση δεδομένων	49
6.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	50
6.1	Ανάλυση αποτελεσμάτων	50
6.2	Περιοχές πόνου και ιστορικού	53
6.3	Περιγραφική ανάλυση δεδομένων	55
6.4	Στατιστική Ανάλυση δεδομένων	57
7.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	61
7.1	Δημογραφικά Στοιχεία	61
7.2	Ιστορικό/Κλινική Εξέταση	64
7.3	Ποιότητα Ζωής και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	65
7.4	Κλινική σημασία	66
7.5	Περιορισμοί μελέτης	67
8.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
	ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	69
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	83

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<i>Πίνακας 1. Περιγραφή Επιδημιολογικών μελετών</i>	<i>σελ. 31-33</i>
<i>Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</i>	<i>σελ .51</i>
<i>Πίνακας 2^α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</i>	<i>σελ. 53</i>
<i>Πίνακας 3. Διάγνωση, Θεραπεία, Χόμπι</i>	<i>σελ. 53</i>
<i>Πίνακας 4. Περιοχές πόνου και ιστορικό</i>	<i>σελ .54</i>
<i>Πίνακας 5. Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων</i>	<i>σελ .56-57</i>
<i>Πίνακας 6. Συσχέτιση κλινικών χαρακτηριστικών</i>	<i>σελ .59-60</i>

Εισαγωγή

Η χρόνια οσφυαλγία είναι η πιο κοινή μυοσκελετική πάθηση που επηρεάζει τον πληθυσμό των ενηλίκων. Η επικράτηση της έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, με αποτέλεσμα να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για την κοινωνία και την οικονομία. Στο δυτικό πληθυσμό, μια πληθώρα αποδεικτικών στοιχείων έχει επισημάνει και αποδείξει πως η χρόνια οσφυαλγία συνδέεται με μια σειρά από επιβλαβείς συνέπειες, όπως μείωση της ποιότητας ζωής, διαταραχές στην ψυχική υγεία, επιβάρυνση σωματικής υγείας και αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η ένταση του πόνου και η μείωση της λειτουργικότητας σε συνδυασμό με τυχόν χρονιότητα των προβλημάτων, επηρεάζουν την γενική κατάσταση των ασθενών επιβαρύνοντας τη σωματική και ψυχική υγεία υποβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής τους. Συχνά, όσοι υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία και χρόνιους πόνους παρουσιάζουν αλλαγές στην διάθεσή τους, έχουν μεγαλύτερο άγχος, παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και με αυτόν τον τρόπο υποβαθμίζεται η ποιότητα της ζωής τους, διότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην καθημερινές τους ανάγκες, λόγω του πόνου. Η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως στόχο την βελτίωση της ψυχικής υγείας. Επίσης, έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην περίπτωση ασθενών που πάσχουν από μια σοβαρή χρόνια διαταραχή και στην περίπτωση του χρόνιου πόνου. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με την χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως με ερωτηματολόγια. Τα περισσότερα όργανα μέτρησης εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής, όπως το φυσικό περιβάλλον, οι οικονομικοί πόροι, η εκπαίδευση και οι ευκαιρίες για απασχόληση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Επιδημιολογικά στοιχεία

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή της οσφυαλγίας, θα δοθούν πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό της και επίσης θα παρουσιαστούν οι παράγοντες κινδύνου καθώς και οι επιπτώσεις της στην οικονομία και στην κοινωνία.

1.1 Ορισμός και ταξινόμηση Οσφυαλγίας

Ως οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ο κάθε πόνος στην οσφυϊκή μοίρα, ανεξάρτητα από την αιτία που τον προκαλεί. Πολλές φορές ο πόνος επεκτείνεται στο γλουτό και στους μηρούς, με ή χωρίς ακτινοβολία στο κάτω άκρο (Burton et al.,1995). Είναι η πιο κοινή μυοσκελετική πάθηση και επηρεάζει περίπου το 60-80% των ανθρώπων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Balagué et al., 2012;Truchon M, 2001) και σύμφωνα με έρευνες είναι η πέμπτη πιο κοινή αιτία για τις επισκέψεις στο ιατρό (Manchi kanti et al.,2009). Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας κατά την διάρκεια ζωής φέρεται να είναι υψηλό σε ποσοστό 84%, και ο επιπολασμός της χρόνιας οσφυαλγίας είναι περίπου 23%, και στο 11-12% του πληθυσμού προκαλείται αναπηρία (Truchon, 2001). Σε μια μελέτη του 2010 από το "Global Burden of Disease" η επικράτηση της οσφυαλγίας που εκτιμήθηκε ήταν 9,4%.Η ίδια μελέτη έδειξε ότι η επικράτηση της οσφυαλγίας για το 2010 ήταν υψηλότερη στη Δυτική Ευρώπη , ακολουθεί η Βόρεια Αφρική / Μέση Ανατολή, και το χαμηλότερο ήταν στην Καραϊβική και στις κεντρικές χώρες της Λατινικής Αμερικής (Hoy et al., 2014; Murray et al., 2012).

Η οσφυαλγία επίσης ταξινομείται σε δυο κατηγορίες, στην ειδικής αιτιολογίας και στην μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία. Η ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία (specific low back pain) αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου η κλινική εικόνα του ασθενή αντιστοιχεί σε κάποια συγκεκριμένη αιτία(Wiltse,Newman,1976).Μπορεί να οφείλεται σε τραύμα, δομική ανωμαλία ,λοίμωξη ή σε συστηματική νόσο (Burton et al.,1995). Η μη-ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία (non-specific low back pain) αναφέρεται σε οποιονδήποτε τύπο πόνου στην οσφυϊκή περιοχή που δεν έχει σχέση με σοβαρή παθολογία, η κλινική εικόνα και τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν σε μια συγκεκριμένη αιτία. Η μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία συνήθως κατηγοριοποιείται σε 3 υποκατηγορίες: οξεία, υποξεία και χρόνια οσφυαλγία, αυτή η υποδιαίρεση βασίζεται κυρίως στην διάρκεια του πόνου .Η οξεία μορφή της οσφυαλγίας είναι ένα επεισόδιο που διαρκεί λιγότερο από 6 εβδομάδες, η υποξεία οσφυαλγία μεταξύ 6 και 12 εβδομάδες και η χρόνια οσφυαλγία για 12 εβδομάδες ή και περισσότερο (Burton et al,1995;Deyo et al., 2001;Koes et al.,2010).

Η χρόνια οσφυαλγία είναι ένα σύνδρομο χρόνιου πόνου, που διαρκεί για τουλάχιστον 12 εβδομάδες. Πολλοί συγγραφείς προτείνουν τον ορισμό του χρόνιου πόνου, ως τον πόνο που διαρκεί πέρα από την αναμενόμενη περίοδο της επούλωσης. Ο ορισμός αυτός είναι πολύ σημαντικός, καθώς υπογραμμίζει την ιδέα ότι η χρόνια οσφυαλγία έχει καθορισμένες υποκειμενικές, παθολογικές αιτίες και αποτελεί μια ασθένεια και όχι ένα σύμπτωμα. Η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί ένα μοναδικό πρόβλημα, επειδή πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών δεν επιτυγχάνεται πλήρης ανάκαμψη μετά από το πρώτο επεισόδιο, και οι περισσότεροι από αυτούς επιστρέφουν στο εργατικό δυναμικό μόλις 12 μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο του πόνου (Belague et al., 2012). Η χρόνια οσφυαλγία είναι η κύρια αιτία της παγκόσμιας αναπηρίας, με ένα παγκόσμιο σημείο επικράτηση 9,4% (95% CI = 9,0 - 9,8%) (Hoy et al., 2014). Η οσφυαλγία κατατάσσεται ως η νούμερο ένα αιτία αναπηρίας ανάμεσα σε 291 περιστάσεις, και η έκτη από την άποψη της συνολικής επιβάρυνσης σύμφωνα με την μελέτη του Global Burden of Disease το 2010 (Murray et al., 2010). Στο δυτικό πληθυσμό, μια πληθώρα αποδεικτικών στοιχείων απέδειξε ότι ο πόνος στην οσφυϊκή μοίρα συνδέεται με μια σειρά από επιβλαβείς συνέπειες, όπως μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένο κίνδυνο σε συνοδά νοσήματα, επιβάρυνση σωματικής υγείας και αύξηση κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Froud et al., 2014; Dagenais et al., 2008; Stanton et al., 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη την αυξανόμενη σημασία του βιο-ψυχοκοινωνικού μοντέλου, μια σειρά μελετών, επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στους δυτικούς πληθυσμούς, έχουν αναδείξει τον σημαντικό ρόλο της κακής ψυχικής υγείας ως παράγοντα κινδύνου για την οσφυαλγία και ως συνέπεια ενός επεισοδίου οσφυαλγίας (Pinheiro et al., 2015).

Ο επιπολασμός της εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 15 έως 45% στα επαγγέλματα υγείας στην Γαλλία (Cougot et al., 2015), ενώ η επικράτηση της χρόνιας οσφυαλγίας στις ΗΠΑ ηλικίας 20-69 ετών βρίσκεται στο 13,1% (Shmagel et al., 2016). Στον γενικό πληθυσμό της Ιταλίας η επικράτηση της χρόνιας οσφυαλγίας εκτιμάται σε 5,91% (Juniper et al., 2009).

Ο επιπολασμός της οξείας και της χρόνιας οσφυαλγίας σε ενήλικες διπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία και συνεχίζεται να αυξάνεται δραματικά με τη γήρανση του πληθυσμού, επηρεάζοντας τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες σε όλες τις εθνοτικές ομάδες (Freburger et al., 2009). Η οσφυαλγία έχει σημαντική επίδραση στην λειτουργική ικανότητα, επειδή ο πόνος περιορίζει τις επαγγελματικές δραστηριότητες και αποτελεί σημαντική αιτία απουσίας από την εργασία. Η οικονομική επιβάρυνση της αντιπροσωπεύεται απευθείας από το υψηλό κόστος των δαπανών υγείας και έμμεσα από την μειωμένη παραγωγικότητα, τα επόμενα χρόνια οι δαπάνες αναμένεται να αυξηθούν ακόμη περισσότερο (Dagenais et al., 2010; Philadelphia, 2001).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση του 2006, οι συνολικές δαπάνες που συνδέονται με την οσφυαλγία στις Ηνωμένες Πολιτείες υπερβαίνει τα 100 δις \$ ετησίως, τα δύο τρίτα των οποίων είναι αποτέλεσμα της απώλειας μισθών και της μειωμένη παραγωγικότητας. Επιπλέον, τα συμπτώματα μπορεί επίσης να αναπαράγονται από τραυματισμό ή δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος (Katz, 2006). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια μελέτη που πραγματοποίησε το Global Burden of Disease, όπου η οσφυαλγία χαρακτηρίστηκε ως η κύρια αιτία αναπηρίας στον κόσμο (Vos et al., 2010). Το 2010, με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτήν την μελέτη η οσφυαλγία κατατάχθηκε στην 6^η θέση, όπου παρατηρήθηκε σχετική αύξηση, σε σύγκριση με την 11^η θέση που βρισκόταν το 1990 (Murray et al., 2010).

Αρκετές επαγγελματικές ομάδες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λόγω της φύσης των καθηκόντων τους, για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας, η επικράτηση της οσφυαλγίας μεταξύ ρευματολόγων και

φυσιοθεραπευτών είναι 46% και το 74% , αντίστοιχα (Poiraudeau et al.,2006 ; Rugelj, 2003). Τα ποσοστά επιπολασμού της οσφυαλγίας μεταξύ των νοσηλευτών, από διαφορετικές χώρες που βιώνουν οσφυαλγία κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών, έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται από 56% έως 90% (Smith et al., 2006 ; Mitchell et al., 2008; June , 2011).

Σε μια μελέτη του Looney και Stratford για την επικράτηση της χρόνιας οσφυαλγίας το σημείο επιπολασμού της που εκτιμήθηκε ήταν 6,8% στη Βόρεια Αμερική,12% στη Σουηδία, 13,7% στη Δανία, 14% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 28,4% στον Καναδά, και 33% στο Βέλγιο (Loney et al.,1999).

Κάθε χρόνο η οσφυαλγία επηρεάζει γύρω στο ένα τρίτο του ενήλικου πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο. Από αυτούς, περίπου το 20% (1 στους 15 του πληθυσμού) θα συμβουλευτεί τον γιατρό τους για τον πόνο (Macfarlane, 2006). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα 2,6εκατομμύρια άνθρωποι, κάθε χρόνο ,στο Ηνωμένο Βασίλειο, να αναζητούν συμβουλές από το γιατρό τους (Arthritis Research Campaign., 2002). Ένα χρόνο μετά από το πρώτο επεισόδιο οσφυαλγίας το 62% των ανθρώπων εξακολουθούν να πονάνε και το 16% εκείνων που αρχικά ήταν ανίκανοι για εργασία δεν εργάστηκαν πια ούτε μετά από 1 χρόνο (Hestbaek, 2003).

Στην Ιαπωνία ,η χρόνια οσφυαλγία είναι η πιο διαδεδομένη μορφή χρόνιου πόνου, με επιπολασμό που εκτιμάται σε 23%, και 11-12% του πληθυσμού είναι ανίκανο –ανήμπορο. Οι περισσότερες Ιαπωνικές επιδημιολογικές μελέτες εξετάζουν την οσφυαλγία σε γενικές γραμμές, και λίγες επικεντρώθηκε στην χρόνια οσφυαλγία (Takura et al.,2015; Balague et al., 2012).

Το 2014-15, εκτιμήθηκε ότι περίπου 3,7 εκατομμύρια Αυστραλοί (16%, ή 1 στα 6 άτομα) είχε χρόνια οσφυαλγία. Ο επιπολασμός ήταν παρόμοιος και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, και αυξήθηκε με την ηλικία (27% για τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών και υποχώρησε ελαφρά στο 24% για άτομα ηλικίας 75 και άνω. Περισσότερα από τα τρία τέταρτα (77%) των ατόμων με χρόνια οσφυαλγία ήταν σε ηλικία εργασίας (15-64 ετών) (Australian Institute of Health and Welfare 2016).

Οι συνέπειες της οσφυαλγία είναι ένα τεράστιο βάρος για την κοινωνία και προκαλεί περισσότερη παγκόσμια αναπηρία από ό, τι οποιαδήποτε άλλη ασθένεια. Το κόστος της φροντίδας για την οσφυαλγία έχει αναφερθεί (στις ΗΠΑ) να είναι πάνω από 50 δις \$ ετησίως. Παρά την έντονη εστίαση και την επίσημη έρευνα σχετικά με τη φροντίδα της μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγίας ,οι Pransky et al. ανέφεραν μία πενταπλάσια αύξηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας σε μια περίοδο 15 ετών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από τις επιδημιολογικές / οικονομικές μελέτες έχουν γίνει σε δυτικές βιομηχανικές και ανεπτυγμένες χώρες και οι αριθμοί αυτοί θα διαφέρουν σε παγκόσμιο επίπεδο (Pransky et al., 2013).

Ο επιπολασμός της χρόνιας οσφυαλγίας σε ενήλικες έχει αυξηθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία και συνεχίζει να αυξάνεται δραματικά με την γήρανση του πληθυσμού. Επηρεάζει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες με σημαντικό αντίκτυπο στην λειτουργική ικανότητα και τις επαγγελματικές δραστηριότητες. Μπορεί επίσης να επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος και η κατάθλιψη .Δεδομένης αυτής της πολυπλοκότητας, η διαγνωστική αξιολόγηση των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία να είναι πολύ δύσκολο και απαιτεί σύνθετες κλινικές αποφάσεις. Η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί ένα σημαντικό ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Το κόστος είναι συγκρίσιμο με αυτά που σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο, διαβήτη ή την κατάθλιψη (Druss et al.,2000).

Περίπου το 60% του πληθυσμού των δυτικών βιομηχανικών χωρών επηρεάζονται από την οσφυαλγία (Anderson,1999) Οι εργαζόμενοι ενήλικες με υποξεία οσφυαλγία (δηλαδή η διάρκεια του πόνου είναι πάνω από 4 εβδομάδες και λιγότερο από 12 εβδομάδες) πιστεύεται ότι είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνια πόνο (Karjalainen et al.,2001).

1.2 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Περίπου 85% των ανθρώπων παρουσιάζουν μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία δηλαδή, η κλινική εικόνα και τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν σε μια συγκεκριμένη αιτία. Το 4% των ατόμων παρουσιάζουν οσφυαλγία λόγω συμπιεστικού κατάγματος και περίπου 1% λόγω κάποιου όγκου (Chou,2010). Ο επιπολασμός των ατόμων με οσφυαλγία λόγω πρόπτωση μεσοσπονδυλίου δίσκου κυμαίνεται από 1% έως 3% ,η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και οι νωτιαίες λοιμώξεις είναι λιγότερο συχνές. Τα συμπτώματα της οσφυαλγίας μπορεί να προέρχονται από πολλές πιθανές ανατομικές πηγές, όπως ρίζες νεύρων, μύες, περιτονίες ,από οστά, αρθρώσεις, μεσοσπονδύλιους δίσκους και από όργανα μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα. Επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν αποκαλύψει την ύπαρξη ορισμένων παραγόντων κινδύνου για τη “μηχανική” οσφυαλγία (Lizier et al,2012). Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου είναι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, τα επαγγέλματα που επιβάλλουν άρση μεγάλου βάρους, βαριά σωματική εργασία, συχνή κάμψη, στροφές και παρατεταμένη στατική στάση, η άρση βάρους με μη σωστή θέση του σώματος, ο λανθασμένος τρόπος καθίσματος, η παρατεταμένη ορθοστασία και η παχυσαρκία (Hayashi,2004). Επιπλέον σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της οσφυαλγίας παίζουν και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπου περιλαμβάνουν το άγχος, την κατάθλιψη, και την ψυχολογική πίεση στο χώρο εργασίας, επίσης (Chou, 2010; Jenkins et al,2002).

Τα αίτια της οσφυαλγίας είναι ποικίλα και κατατάσσονται στις παρακάτω επτά κατηγορίες: (Atlas,2001;Koes et al,2006 ;Jenkins et al,2002).

1. “Μηχανικά” αίτια

- ✓ Μυϊκή και συνδεσμική κυρίως δυσλειτουργία
- ✓ Οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης
- ✓ Δισκοκήλη
- ✓ Σπονδυλολίσθηση
- ✓ Στένωση του σπονδυλικού σωλήνα
- ✓ Διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική υπερόστωση

2. Οροαρθρικές σπονδυλαρθρίτιδες

- ✓ Αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα
- ✓ Ψωριασική αρθρίτιδα
- ✓ Αντιδραστική αρθρίτιδα
- ✓ Εντεροπαθητική αρθρίτιδα
- ✓ Μη διαφοροποιημένη οροαρθρική σπονδυλαρθρίτιδα

3. Οστεοπόρωση
4. Μικροβιακοί παράγοντες
5. Νεοπλασματικά νοσήματα
 - ✓ Καλοήθη (οστεοειδές οστέωμα)
 - ✓ Κακοήθη (πολλαπλούν μυέλωμα, μεταστάσεις στους σπονδύλους)
6. Αιματολογικά νοσήματα
 - ✓ Αιμοσφαιρινοπάθειες
7. Διάφορες άλλες παθήσεις
 - ✓ Ινομυαλγία
 - ✓ Νόσος του Paget
 - ✓ Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής
 - ✓ Ψυχιατρικές παθήσεις

Από όλα αυτά τα αίτια της οσφυαλγίας συνηθέστερα είναι τα “μηχανικά”, που είναι υπεύθυνα για το 90% και πλέον όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας(Lizieretal.,2012).Όταν η οσφυαλγία οφείλεται σε δισκοκήλη ή σπονδυλολίσθηση μπορεί να συνοδεύεται από ισχιαλγία λόγω πίεσης κάποιας ρίζας του ισχιακού νεύρου στο επίπεδο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο γιατρός με βάση το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση και τον κατάλληλο, όταν χρειάζεται, απεικονιστικό έλεγχο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (συνήθως με ακτινογραφίες, μερικές φορές με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και σπανιότερα με άλλες μεθόδους) επιδιώκει να θέσει τη διάγνωση του αιτίου της οσφυαλγίας.

Η διαγνωστική εκτίμηση των ασθενών με οσφυαλγία μπορεί να είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί σύνθετες κλινικές αποφάσεις. Ωστόσο, η ταυτοποίηση της πηγής του πόνου είναι θεμελιώδους σημασίας για τον προσδιορισμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης, ο γιατρός πρέπει να λάβει υπόψη του ότι η οσφυαλγία μπορεί επίσης να επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το στρες, η κατάθλιψη και το άγχος (Pinheiro et al,2016). Το ιστορικό πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την έκθεση στην χρήση ουσιών, λεπτομερές ιστορικό υγείας, την εργασία, τις γενικές συνήθειες, και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Οι κλινικές πληροφορίες αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο που οδηγούν στην αρχική εντύπωση, ενώ η μαγνητική τομογραφία (MRI) θα πρέπει να γίνεται (εξετάζεται) μόνο όταν η παρουσία των κλινικών στοιχείων δεν είναι σίγουρα σαφή ή με την παρουσία νευρολογικών ελλειμμάτων ή άλλες ιατρικές καταστάσεις. Η σύσταση του Αμερικάνικου Κολεγίου Ακτινολογίας είναι να μην γίνεται απεικόνιση για οσφυαλγία κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες εάν οι κόκκινες σημαίες (redflags) δεν είναι παρόντες. Οι κόκκινες σημαίες παραπέμπουν σε σοβαρή, μη μυοσκελετικής φύσεως οσφυαλγία και περιλαμβάνουν πρόσφατο σημαντικό τραύμα ή ηπιότερο τραύμα σε άτομα άνω των 50 ετών, ανεξήγητη απώλεια βάρους ή πυρετό χωρίς γνωστή αιτία, ανοσοκαταστολή, καρκίνος που θεραπεύτηκε ή βρίσκεται σε εξέλιξη, η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, χρόνια χρήση κορτικοστεροειδών, οστεοπόρωση, ηλικία άνω των 70 ετών, και εστιακό νευρολογικό έλλειμμα (Chou et al.,2009).

Γενικά η οσφυαλγία αποτελεί μια αυτοπεριορισμένη κατάσταση (Gatchel et al,1995) επειδή το 90% των ατόμων με οσφυαλγία θα ανακάμψει σε 3-4 μήνες χωρίς θεραπεία.

- 70% των ατόμων με οσφυαλγία θα ανακάμψει σε 1 μήνα χωρίς θεραπεία.
- 50% των ατόμων με οσφυαλγία θα ανακάμψει σε 2 εβδομάδες χωρίς θεραπεία.

- 5% από το υπόλοιπο 10% δεν θα ανταποκριθεί σε συντηρητική θεραπεία (όπως φυσικοθεραπεία)
- Το τελικό 5% είναι οι πιο δύσκολες περιπτώσεις που δεν θα βελτιωθεί

Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά μπορεί να είναι παραπλανητικά, διότι αν και ο πόνος μπορεί να φύγει, τα ποσοστά επανεμφάνιση της οσφυαλγίας είναι εξαιρετικά υψηλά και αυτά τα άτομα είναι πιθανό να βιώσουν ένα άλλο επεισόδιο οσφυαλγίας μέσα σε 3-6 μήνες. Η επανεμφάνιση είναι ένα μεγάλο πρόβλημα και κυμαίνεται σε ποσοστό 60% (Gatchel et al., 1995).

1.3 Επιπολασμός της οσφυαλγίας στην Ελλάδα

Σε μια πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα για τις ρευματικές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων της Ελλάδας, που οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, ο επιπολασμός της οσφυαλγίας, δηλ. η συχνότητά της, βρέθηκε στο επίπεδο του 11% των ενηλίκων της χώρας. Η οσφυαλγία είναι σημαντικά συχνότερη μεταξύ των γυναικών παρά μεταξύ των ανδρών, ενώ η συχνότητά της αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας (Andrianakos et al., 2003).

Σε μια έρευνα (Antonopoulou et al., 2007) όπου πήραν μέρος 455 άτομα, βρέθηκε ότι το 82,6% των συμμετασχόντων είχαν παρουσιάσει τουλάχιστον μία φορά πόνο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Πιο συγκεκριμένα, το 56,9% παρουσίασε πόνο στην μέση και το 48,6% δήλωσε ότι έχει περιορίσει σημαντικά τις δραστηριότητές τους. Επιπλέον παρατηρήθηκε πως σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των συμπτωμάτων έπαιζε το φύλο και η ηλικία του ατόμου, δηλαδή ήταν πιο επιρρεπής οι γυναίκες και τα άτομα μεγάλης ηλικίας. Τέλος σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι μόνο το 1/3 των ασθενών αναζήτησε βοήθεια σε κάποιον ειδικό για το πρόβλημα που είχε.

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη (Stranjalis et al., 2004) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 2000 ατόμων το 33% ελληνικού πληθυσμού είχε εμφανίσει κάποιο επεισόδιο οσφυαλγίας μία φορά στη ζωή του. Το 41,8% είχε παρουσιάσει τα τελευταία δύο χρόνια πόνο και το 61,6% παρουσιάζει πόνο στην οσφυαλγία μεγαλύτερο διάστημα των δύο χρόνων. Στις αστικές περιοχές τα ποσοστά ήταν σημαντικά χαμηλότερα από ότι στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (περίπου 29%). Η ηλικία, το φύλο και το είδος εργασίας βρέθηκε να έχει ισχυρή συσχέτιση με τον κίνδυνο οσφυαλγίας. Το 28% των ασθενών επισκέφθηκε ιατρό, το 36% έλαβε φαρμακευτική αγωγή, το 1,3% χρειάστηκε νοσηλεία, ενώ απουσία από την εργασία αφορούσε ένα 19,1%, από όσους εργάζονταν με μέση διάρκεια 4,5 ημέρες. Το 19,9% έμεινε στο κρεβάτι για κάποιο χρονικό διάστημα, με μέση διάρκεια 5,5 ημέρες. Το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής και η οικογενειακή κατάσταση, σχετίζονται με την διάρκεια του πόνου (σε ημέρες).

Σε μια άλλη μελέτη για την επικράτηση της οσφυαλγίας στο Ελληνικό δημόσιο (Spygopoulos et al., 2007) συμμετείχαν 771 υπάλληλοι γραφείου όπου τους δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο self-report. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (75,8%) που εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Μεταξύ όλων των ερωτηθέντων το 33% υπέφερε από οσφυαλγία κατά τη στιγμή της έρευνας, 37,8% παρουσίαζε οσφυαλγία το τελευταίο χρόνο και 41,8% και δύο χρόνια. Το 61,6% του συνόλου των υπάλληλων του γραφείου είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Από την βιβλιογραφία προκύπτει πως η συχνότητα της οσφυαλγίας στην Ελλάδα είναι πολύ μεγάλη και αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Συμπερασματικά, η οσφυαλγία αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα υγείας ως προς την αίτιο-παθογένεια, καθώς ένα ευρύ σύνολο παθήσεων μπορεί να την προκαλέσει. Από τα συνηθέστερα αίτια είναι τα “μηχανικά”, που είναι υπεύθυνα για το 90% και πλέον όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας. Επιπλέον, η χρόνια οσφυαλγία είναι η πιο κοινή μυοσκελετική πάθηση και επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού διάφορων ηλικιών. Η επικράτηση της οσφυαλγίας παγκοσμίως είναι αρκετή υψηλή και αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα με τεράστιες επιπτώσεις, τόσο στην προσωπική ζωή και κοινωνία, όσο και στην οικονομία.

1.4 Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας οσφυαλγίας

Η μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία (CLBP) δεν είναι μόνο ένα από τα πιο κοινά προβλήματα υγείας στις δυτικές κοινωνίες, είναι επίσης ένα από τα πιο ακριβά όσον αφορά το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και το κόστος για την κοινωνία (Heijnk et al., 2006). Οι οικονομικές επιπτώσεις του χρόνιου πόνου είναι αισθητές όχι μόνο στον ασθενή, αλλά και σε μέρη, όπως η οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, και τους εργοδότες, όλα επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από τις συνέπειες της οσφυαλγίας. Στις Κάτω Χώρες, οι συνολικές δαπάνες για την οσφυαλγία και τον αυχένα υπολογίζονται σε 1-2% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (VanTulder et al., 1995; Waddell., 2000).

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και η μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία ήταν μεταξύ των κορυφαίων πέντε πιο ακριβών διαταραχών στις Κάτω Χώρες (Slobbe et al., 2011; 2006). Τα στοιχεία αυτά είναι συγκρίσιμα με εκείνα από την Αυστραλία, τον Καναδά, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιαπωνία, την Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες (Heijnk et al., 2006).

Συνολικά, τα έξοδα που προκύπτουν από τον λογαριασμό απώλειας παραγωγικότητας για περισσότερο από το 50% των συνολικών δαπανών που συνδέονται με την χρόνια (Goossens, 2002; Boonen et al., 2005; Degenais et al., 2007).

Η συνολική δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης στην Ελβετία το 2005 ήταν 33,6 δις € ή 11,2% του ΑΕΠ, ενώ οι άμεσες δαπάνες λόγω της οσφυαλγίας ήταν 2,1 δισεκατομμύρια €, το οποίο αντιστοιχεί στο 6,1% των συνολικών δαπανών υγείας. Πρόκειται για ένα σημαντικό ποσοστό και είναι συγκρίσιμο με το σχετικό κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης (6,2% του συνόλου), η οποία αντιπροσωπεύει μια σημαντική ιατρική δαπάνη για πολλά νοικοκυριά (Wieser et al., 2011).

Το 2008-09, περίπου 1,8% των συνολικών δαπανών υγείας στην Αυστραλία (\$ 1,2 δισεκατομμύρια) αποδόθηκε γενικά στην οσφυαλγία και χαρακτηρίστηκε ως η τρίτη κύρια αιτία επιβάρυνσης λόγω ασθενειών, αντιπροσωπεύοντας το 3,6% της συνολικής επιβάρυνσης σε όλες τις ασθένειες και τους τραυματισμούς (AIHW 2016a).

Μια πρόσφατη μελέτη στη Γερμανία, ανέφερε ότι τα ποσοστά επικράτησης της οσφυαλγίας για το διάστημα 12 μηνών ήταν άνω του 70%, με αποτέλεσμα η οσφυαλγία να χαρακτηρίζεται ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας για τους Γερμανούς ενήλικες (Juniper et al., 2009).

Με βάση την έρευνα, πάνω από 9.000 των ερωτηθέντων χρησιμοποίησαν το άμεσο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και το έμμεσο κόστος της οφείλεται στις απώλειες παραγωγής, στην μείωση παραγωγικότητας και στην απουσία από την εργασία. Για το 2005 το κόστος της οσφυαλγίας, ανήλθε σε 49 δις ευρώ το χρόνο. Αυτό αντιπροσωπεύει το 2,2% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Wenig et al., 2009). Παρόμοια αποτελέσματα για το

υψηλό κόστος της χρόνιας έχουν αναφερθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Maniadakis et al.,2000).

Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων με χρόνια οσφυαλγία αποτελείται από χαμηλής έντασης πόνο στην μέση. Ωστόσο, το συνολικό οικονομικό βάρος αυτής της κατάστασης είναι συγκλονιστικό, 8.15 δις.\$ χαμμένης παραγωγικότητας, εκτιμήθηκε για το έτος 2001 στην Αυστραλία μόνο (Walker et al.,2003).

Μεγαλύτερο μέρος του κόστους αποδίδεται στις έμμεσες δαπάνες, αντί άμεσων δαπανών.Οι άμεσες δαπάνες περιλαμβάνουν δαπάνες για τη διάγνωση, θεραπεία και την αποκατάσταση, οι έμμεσες δαπάνες περιλαμβάνουν όλες τις άλλες δαπάνες, όπως η απώλεια της παραγωγικότητας (Dagenais et al ,2008).

Αυτή η οικονομική επιβάρυνση υπογραμμίζει την ανάγκη να μην χαθούν ώρες στην παραγωγικότητα και να αποτρέψει την εκδήλωση της χρόνιας οσφυαλγίας. Μια εστιασμένη προσπάθεια για την θεραπεία της χρόνιας οσφυαλγίας, είναι πιθανό να αντιμετωπίσει και πολλά άλλα θέματα, καθώς επειδή έχει υψηλή συννοσηρότητα, και συνδέονται με παθήσεις όπως η κατάθλιψη (Gore et al.,2012). Κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα υπήρξε μια σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής (Tse et al .,2005).

Εκτιμάται ότι μέχρι το 2031 το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας > 65 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο, θα έχει αυξηθεί από 16 έως 22%, υπερβαίνοντας έτσι τον πληθυσμό <25 ετών. Για πρώτη φορά στην ιστορία, οι άνθρωποι ηλικίας> 60 ετών ξεπερνούν πλέον τα εν λόγω ηλικίες <16 ετών στις αναπτυγμένες χώρες. Με την ταχύτερη αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και με την πλειοψηφία του πληθυσμού περιμένουν να ζήσουν μέχρι την όγδοη και ένατη δεκαετία της ζωής τους, ο αντίκτυπος της χρόνιας οσφυαλγίας για την κοινωνία θα είναι σημαντικό και οι επιπτώσεις της στη σωματική και ψυχική υγεία μπορεί να είναι ακόμη πιο επιζήμιες (Greengross,et al.,1997;Dionne et al, 2006).

Σε μια έρευνα (Mathew et al.,2013) για τις επιπτώσεις της χρόνιας οσφυαλγίας στην ψυχολογία και κοινωνία παρατηρήθηκε μείωση της παραγωγικότητας. Πριν από την έναρξη της χρόνιας οσφυαλγίας, τα άτομα με αμειβόμενες θέσεις εργασίας εργάζονται κατά μέσο όρο 40 ώρες την εβδομάδα. Μετά την έναρξη της χρόνιας χαμηλής οσφυαλγίας, παρουσιάστηκε αύξηση των ημερών απουσίας από την εργασία, λόγω του πόνου. Επίσης παρατηρήθηκε ότι το 40% των ασθενών ανέφεραν ότι έλαβαν από 1 έως 10 ημέρες άδειας από την δουλειά, λόγω της χρόνιας οσφυαλγίας. Σχεδόν το 30% των ανέφερε ότι είχε σταματήσει εντελώς την εργασία μετά την έναρξη του χρόνιου πόνου. Πάνω από το 10% των ατόμων ανέφεραν ότι απουσίασαν από την δουλειά για 11 έως 20 ημέρες ενώ πάνω από 20% των ατόμων ανέφεραν ότι πήραν άδεια από την δουλειά περισσότερο από 3 εβδομάδες, και τέλος πάνω από το 50% απουσίασαν πάνω από 3 μήνες .Από την έρευνα βρέθηκε ότι τα άτομα που συνέχισαν να εργάζονται μετά την έναρξη της χρόνιας χαμηλής οσφυαλγίας, παρουσίασαν 10% (4 ώρες) μείωση της παραγωγικότητας, σε σύγκριση με τα επίπεδα παραγωγής πριν από την χρόνια οσφυαλγία. Σχεδόν το 45% των ατόμων ανέφεραν την απώλεια μιας ευκαιρίας προαγωγής ή προβιβασμού, συμπεριλαμβανομένου την αύξηση των μισθών και των επιχειρηματικών ευκαιριών, μετά την έναρξη της χρόνιας χαμηλής οσφυαλγίας. Υποκείμενα ανέφεραν επίσης ότι υποβιβάστηκαν και ότι δεν είναι σε θέση να συνεχίσει στον τομέα για το οποίο έχουν εκπαιδευτεί λόγω της οσφυαλγία.

Ωστόσο από τα αποτελέσματα της έρευνας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασαν και οι επιπτώσεις της χρόνιας οσφυαλγίας στην κοινωνική ζωή και οικογένεια. Σχεδόν το 50% των ατόμων έδειξαν ότι οι σχέσεις τους με τα παιδιά είχαν επηρεαστεί προς το χειρότερο μετά την έναρξη της χρόνιας οσφυαλγίας. Ανέφεραν ότι δεν είναι σε θέση να παίξουν με τα παιδιά ή τα εγγόνια τους, δεν είναι σε θέση να καθίσουν, να σταθούν, να τρέξουν, να συμμετέχουν στις διάφορες δραστηριότητες και να ψυχαγωγήσουν τα παιδιά τους μετά την έναρξη του

πόνου. Επίσης περίπου πάλι το 50% των ατόμων ανέφεραν μια αλλαγή στην σχέση με τους γονείς τους ,ως προς το χειρότερο, μετά την έναρξη της οσφυαλγίας Ένα άλλο θέμα που ανέφεραν ήταν ότι αισθάνονται «περισσότερη πίεση για να διορθώσουν τον πόνο » λόγω του στρες και της ανησυχία που εκφράζονταν από τους γονείς .Άλλες παρατηρήσεις ήταν ότι περιλαμβάνονται αισθήματα ενοχής ,γιατί δεν ήταν σε θέση να φροντίσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, καθώς και ενοχή γιατί αρκετές φορές χρειάζονταν να ζητήσουν χρήματα από τους γονείς τους μετά την έναρξη της χρόνιας χαμηλής οσφυαλγίας, γιατί δεν ήταν σε θέση για εργασία.

Περίπου το 20% των ατόμων ανέφεραν ότι οι σχέσεις τους με τους φίλους τους είχε αλλάξει πολύ ως προς το χειρότερο, λόγω του πόνου. Η ευερεθιστότητα και η αδυναμία να διανύουν μεγάλες αποστάσεις χωρίς πόνο ήταν οι λόγοι που οδήγησαν στην μείωση των δραστηριοτήτων, των εξορμήσεων και στις κοινωνικές εκδηλώσεις μετά την έναρξη της χρόνιας οσφυαλγίας. Κατά συνέπεια, περίπου το 50% των ασθενών ανέφεραν μια πολύ μεγάλη αλλαγή στην κοινωνική τους ζωή. Σχεδόν το 50% των ατόμων, ανέφεραν μια αλλαγή ως προς το χειρότερο στις σχέσεις τους με τους εργοδότες και τους συναδέλφους τους από την έναρξη του πόνου τους, λόγω της απουσίας από την εργασία και της μείωσης της παραγωγικότητας (Mathew et al.,2013).

Φαίνεται λοιπόν, ότι η χρόνια οσφυαλγία έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην οικονομία και στην κοινωνία θεωρείται μια από τις κύριες αιτίες μείωσης παραγωγικότητας, προκαλεί τεράστιο κόστος στην υγειονομική περίθαλψη και καθημερινά χάνονται αρκετές ώρες από την εργασία. Επίσης, θεωρείται υπεύθυνη για την επιβολή υψηλής οικονομική επιβάρυνσης στα άτομα, στις οικογένειες, τις κοινότητες, τις βιομηχανίες και τις κυβερνήσεις. Το κόστος της οσφυαλγίας είναι τεράστιο και συνεχώς αυξάνεται ,και το να βρεθεί μια στρατηγική για να αποτραπούν τέτοιες δυσλειτουργίες είναι επιτακτικής ανάγκης του κόσμου.

Αξιολόγηση Οσφυαλγίας

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση των συμπτωμάτων πόνου στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης στο γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι το 80% του πληθυσμού της γης κάποια στιγμή στη ζωή του θα υποφέρει από πόνο στην περιοχή της μέσης. Η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί το πιο συχνό αίτιο περιορισμού δραστηριοτήτων (χόμπι, εργασία, αθλητισμός κ.α.) και είναι το δεύτερο αίτιο επίσκεψης στο γενικό γιατρό (Lund et al.,2006). Οι ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργικότητα, μη φυσιολογικές στάσεις του σώματος, αλλαγή στον τρόπο βαδίσματος, συχνά παραπονιούνται για ενοχλήσεις και καταφεύγουν σε διάφορους γιατρούς για τον εντοπισμό του προβλήματος τους (Power et al.,2001). Η ανάγκη για την εφαρμογή μίας αποτελεσματικής θεραπείας προϋποθέτει την δημιουργία έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων που θα προσφέρονται στους φορείς υγείας για την ορθότερη αξιολόγηση και εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος της οσφυαλγίας. Τα εργαλεία αυτά εκτός από την ανάδειξη της παρούσας κατάστασης του ασθενή έχουν ως στόχο την καταγραφή προγνωστικών παραγόντων κινδύνου και τον έλεγχο της πορείας της θεραπείας (Deyo et al.,2001).

Ο πρώτος στόχος της φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης σε έναν ασθενή που παρουσιάζει οσφυαλγία είναι η κατάταξη του ασθενή σύμφωνα με τη διαγνωστική διαλογή, που συνιστάται από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την οσφυαλγία (Koes et al.,2010).

Οι σοβαρές αιτίες (όπως κάταγμα, ο καρκίνος, λοίμωξη και αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα) και οι ειδικές αιτίες της οσφυαλγίας με νευρολογικά ελλείμματα (όπως ριζοπάθεια και ιππουριδική συνδρομή) είναι σπάνια, αλλά είναι σημαντικό να αναγνωριστούν (Henschke et al.,2009). Οι σοβαρές παθήσεις αντιπροσωπεύουν το 1-2% των ατόμων που εμφανίζουν οσφυαλγία και 5-10% παρουσιάζουν ειδική οσφυαλγία με νευρολογικά ελλείμματα (O'Sullivan et al.,2014). Όταν οι σοβαρές και οι ειδικές αιτίες της οσφυαλγίας έχουν αποκλειστεί ο ασθενής λέγεται ότι έχει μη ειδικής αιτιολογίας (ή απλό ή μηχανικό) οσφυαλγία, δηλαδή τα συμπτώματα της οσφυαλγίας δεν αποδίδονται σε συγκεκριμένη αιτία (Koes et al.2010).

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από τον φυσικοθεραπευτή ο οποίος καθορίζει το πρόβλημα και την σοβαρότητα. Η εκτίμηση είναι μία διαδικασία που επιτρέπει στον φυσικοθεραπευτή διαμορφώσει την κλινική άποψη για το πρόβλημα. Ο φυσικοθεραπευτής αναλαμβάνει την εξέταση,την αξιολόγηση,την διάγνωση,την πρόγνωση και όταν ολοκληρώσει την εξέταση μόνο τότε μπορεί να αξιολογήσει τα αποτελέσματα ώστε να υπάρχει σωστή αντιμετώπιση στο πρόβλημα του ασθενούς (Resnik Nilda et al.,2003).

Η αξιολόγηση της οσφυαλγίας αποτελείται από τα εξής στάδια (Shultz,2009)

- Υποκειμενική αξιολόγηση
- Αντικειμενική αξιολόγηση
- Συνεκτίμηση παραγόντων
- Οργάνωση αποκατάστασης

2.1 Υποκειμενική αξιολόγηση

Η υποκειμενική αξιολόγηση είναι ένα από τα πιο ισχυρά εργαλεία ενός κλινικού ιατρού που μπορεί να χρησιμοποιήσει κατά την εξέταση και τη θεραπεία των ασθενών με οσφυαλγία. Η υποκειμενική αξιολόγηση περιγράφει την σωματική, την ψυχική και την κοινωνική κατάσταση του ασθενή. Πραγματοποιείται από τον φυσικοθεραπευτή αξιοποιώντας τις πληροφορίες που συλλέγονται μέσα από τη λήψη του ιστορικού, τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, κλιμάκων για την αξιολόγηση του πόνου, του επιπέδου της λειτουργικότητας κτλ, την παρατήρηση και την κλινική εικόνα (Resnik et al,2003).

Οι υποκειμενικές πληροφορίες που λαμβάνονται από τον ίδιο τον ασθενή δίνουν μια κατεύθυνση για το πώς ο ίδιος νιώθει με την πάθηση. Στοιχεία όπως το ιστορικό του ασθενή, το κληρονομικό ιστορικό, το ιστορικό χειρουργείων, καταγμάτων, πτώσεων, το επάγγελμά του, πώς/πότε δημιουργήθηκε το πρόβλημα, για πόσο καιρό έχει αυτό το πρόβλημα, υπάρχει πόνος και πόσο διαρκεί, εμφανίζεται κατά την ανάπαυση ή κατά την διάρκεια της εργασίας είναι ουσιώδη για την καθοδήγηση του εξεταστή. Ιδιαίτερες πληροφορίες που αφορούν τον φυσικοθεραπευτή είναι ο τρόπος ζωής του ατόμου, η χρήση πιθανών βοηθημάτων, οι δραστηριότητες φόρτισης, η φαρμακευτική αγωγή, κτλ. Η κοινωνική κατάσταση και η εργασία του αρρώστου μπορεί να είναι σοβαρή αιτία για την πρόκληση και εμφάνιση ορισμένων παθολογικών εκδηλώσεων, όπως η εκφυλιστική σπονδυλοαρθροπάθεια, η οστεοαρθρίτιδα των γονάτων κτλ.

Η υποκειμενική αξιολόγηση υποστηρίζεται σήμερα από σύγχρονους τρόπους και μεθόδους λήψης και καταγραφής ιστορικού και υποκειμενικών δεδομένων με τη βοήθεια της νέας τεχνολογίας όπως καταγραφή με τη βοήθεια σχεδιαγράμματος σώματος (body chart), ειδικές ερωτήσεις για τα χαρακτηριστικά, τη συμπεριφορά των συμπτωμάτων και την ερμηνεία τους. Κατά την αρχική εκτίμηση του ασθενή μπορεί να χρησιμοποιηθεί αναγνωριστικά ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο στους παράγοντες κινδύνου της πάθησης. Το ιστορικό σε συνδυασμό με την φυσική εξέταση δίνει πολλές φορές, την σωστή θεραπευτική προσέγγιση του προβλήματος. Η οργάνωση αντικειμενικής αξιολόγησης έχει τη βάση της στην υποκειμενική αξιολόγηση που έχει προηγηθεί (Kisner.2003; Shultz S.2009).

➤ Ιστορικό

Το πρώτο βήμα κατά την εξέταση του ασθενή είναι η λήψη του ιστορικού, η οποία αποτελεί μια διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών μέσω των ερωτήσεων, και των συμβάντων που σχετίζονται με μία παθολογική κατάσταση. Ο σκοπός της λήψης ιστορικού είναι η ακριβής καταγραφή, μέσω μιας σειράς καλά σχεδιασμένων ερωτήσεων, της κάκωσης ή της ασθένειας ενός ατόμου. Οι ερωτήσεις σχετικά με τρέχοντα και προηγούμενα σημεία και συμπτώματα οδηγούν σε λεπτομέρειες για την φύση της κατάστασης και παρέχουν στοιχεία σχετικά με το επίπεδο της σοβαρότητας, της ευερεθιστότητας και το στάδιο της ασθένειας. Επίσης

ερωτήσεις που αφορούν προηγούμενες κακώσεις ή συμβάντα, που ενδεχομένως να επηρεάζουν την τωρινή κατάσταση ή τα ευρήματα της εξέτασης, παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες. Επιπλέον κατά την λήψη του ιστορικού καταγράφονται και ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, χόμπι, δραστηριότητες κ.α. (Shultz, 2009; Deyo et al., 1992).

2.2 Αντικειμενική αξιολόγηση

Η αντικειμενική αξιολόγηση περιλαμβάνει από τα εξής:

- ✓ Επισκόπηση – Παρατήρηση
- ✓ Εξέταση κίνησης
 - Ενεργητική
 - Παθητική
- ✓ Ψηλάφηση
- ✓ Δοκιμασίες αντίστασης
- ✓ Ειδικές δοκιμασίες- Συγκρίσιμο σημείο
- ✓ Αντανακλαστικά & δερματική κατανομή
- ✓ Κινήσεις joint play

Η αντικειμενική αξιολόγηση πραγματοποιείται από τον φυσικοθεραπευτή από πληροφορίες που συλλέγονται απ' όλα τα ευρήματα της αντικειμενικής εξέτασης μέσω τεχνικών επισκόπησης (π.χ. παρεκκλίσεις, ουλές, κ.τ.λ.) ψηλάφησης (π.χ. έλεγχος μυοτενόντιου συνόλου, των συνδέσμων κτλ) κινητοποίησης (π.χ. ενεργητικός και παθητικός έλεγχος), νευρολογικής εξέτασης (π.χ. έλεγχος των αντανακλαστικών), ειδικών δοκιμασιών (π.χ. τεστ για σταθερότητα των συνδέσμων, end feeling), εργαστηριακών εξετάσεων, κλπ. Έτσι αξιολογούνται οι πιθανώς εμπλεκόμενοι ιστοί, εκτιμώνται παράμετροι όπως η κινητικότητα των αρθρώσεων, το συνολικό εύρος κίνησης, η ευελιξία, η αστάθεια, η σταθερότητα της άρθρωσης, η μυϊκή δύναμη και αδυναμία, η στάση του ασθενή, η αερόβια ικανότητα και η αντοχή, η χροιά του δέρματος, οι περιορισμοί του νευρικού ιστού κ.α. Ο φυσικοθεραπευτής με την αξιολόγηση των παραπάνω, θα επιλέξει με διαδικασίες κλινικού συλλογισμού πότε και ποια από τα παραπάνω στοιχεία θα χρησιμοποιήσει (Nathan et al., 2014).

Με την ψηλάφηση μπορεί να αναγνωριστεί για παράδειγμα μια τοπική μυϊκή τάση των παρασπονδυλικών μυών ή να συμβάλει στη «διαφοροδιάγνωση» ενός μυϊκού από αρθρικής προελεύσεως πόνου. Την αξιολόγηση συνήθως ολοκληρώνει η παρατήρηση της μηχανικής του σώματος κατά την διάρκεια της στάσης, της βάρδισης και καθημερινών δραστηριοτήτων.

Οι κλίμακες αξιολόγησης κωδικοποιούν την αξιολόγηση βοηθώντας έτσι στην εξειδίκευση των προβλημάτων της πάθησης και την διεξαγωγή ερευνών. Για την σωστή και ολοκληρωμένη λειτουργική αποκατάσταση ενός ασθενή με πάθηση του μυοσκελετικού συστήματος ο φυσικοθεραπευτής καλείται να πραγματοποιεί ολοκληρωμένη αξιολόγηση χρησιμοποιώντας κλίμακες και δοκιμασίες που να παράγουν έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Η ανάλυση των προβλημάτων καθώς και η αξιολόγηση πρέπει να είναι βασισμένη στην σύγχρονη ερευνητική τεκμηρίωση (evidence-based practice). Οι μετρήσεις που θα επιλέξει ο εξεταστής πρέπει να είναι κατάλληλες για το συγκεκριμένο ασθενή, για το επίπεδο των δραστηριοτήτων του, το φύλο και την ηλικία του, τις προηγούμενες δραστηριότητες του. Επίσης, πρέπει να

λαμβάνουμε υπόψη το χώρο και τις συνθήκες στις οποίες γίνονται και να μην εμπλέκονται υποκειμενικοί παράγοντες (Kisner, 2003; Shultz,2009).

2.2.1 Επισκόπηση- Παρατήρηση

Η επισκόπηση είναι μια διαδικασία αξιολόγησης του ασθενή σύμφωνα με το κλινικό μάτι του εξεταστή. Ο φυσικοθεραπευτής προσπαθεί να εντοπίσει και να προσδιορίσει το φυσιολογικό από το μη, της διάφορες παρεκκλίσεις και παραμορφώσεις (Shultz S. 2009). Αρχικά, η επισκόπηση αρχίζει από την πρώτη στιγμή της γνωριμίας από τον φυσικοθεραπευτή με την λήψη του ιστορικού στην αίθουσα εξέτασης. Υπάρχει μία φόρμα αξιολόγησης με την οποία γίνεται οπτική παρατήρηση του ασθενή, της θωρακικής μοίρας, της σπονδυλικής στήλης της παραμόρφωσης του δέρματος και της παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης. Για την αξιολόγηση της οσφυϊκής και ιερής μοίρας ζητείται από τον ασθενή να αφαιρέσει τον ρουχισμό του από της περιοχές αυτές για να διευκολύνει τον φυσικοθεραπευτή να ελέγξει τα κυρτώματα και της διάφορες νοητές γραμμές (Kisner, 2003; Shultz S.2009).

2.2.2. Αξιολόγηση της στάσης

Τα περισσότερα άτομα που συνηθίζουν να διατηρούν κακή στάση εμφανίζουν στη διάρκεια της ζωής τους πόνο στις διάφορες αρθρώσεις και ιδιαίτερα στην οσφυϊκή μοίρα. Είναι γεγονός ότι ο πόνος που αποδίδεται στην κακή στάση του σώματος είναι δυνατόν στην αρχή να αντιμετωπιστεί με την διόρθωση της στάσης. Πράγματι, η καλή στάση αφήνει τον άνθρωπο χωρίς πόνο και συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία του οργανισμού, στην μικρότερη φθορά και οπωσδήποτε στην καλύτερη εμφάνιση του. Κατά την διάρκεια της αξιολόγησης της στάσης, ο ασθενής βρίσκεται σε χαλαρή θέση προσοχής και φορά όσο το δυνατόν λιγότερα ρούχα για να διευκολύνει την παρατήρηση όλων των στοιχείων της στάσης. Γενικά η αξιολόγηση της στάσης περιλαμβάνει 1) την γενική εικόνα 2) την σωματική διάπλαση 3) την εικόνα όρθιας στάσης. Για πληρέστατη εξέταση, ο εξεταστής ελέγχει τον ασθενή από την πρόσθια, την πλάγια και την οπίσθια πλευρά του. Παρατηρείται η σωστή ευθυγράμμιση του ασθενή στην όρθια θέση από όλες τις πλευρές ώστε να ελεγχθούν τα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης, το επίπεδο των λαγόνιων ακρολοφιών, το ύψος και η στάση των ώμων, η κλίση της λεκάνης και η στάση των κάτω άκρων. Εφόσον έχει καθοριστεί η φυσιολογική ευθύγραμμη της στάσης από νοητές γραμμές που περνούν από οδηγά σημεία στο σώμα του ανθρώπου στην πλάγια, πρόσθια και οπίσθια πλευρά του ασθενή τότε κάθε παρέκκλιση από της γραμμές αυτές θεωρείται παθολογική στάση(ShultzS.2009; O'Sullivan P.,2005). Τα κυριότερα είδη λανθασμένης ή κακής στάσης είναι η λόρδωση, η σκολίωση, η στάση επίπεδης ράχης και η χαλαρή στάση (νωθρή ή κρεμμάμενη στάση) (Norton et al,2004). Συμπερασματικά οι παθολογικές στάσεις επιβαρύνουν τις ανατομικές δομές της οσφυϊκής μοίρας και αυξάνουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων της οσφυαλγίας καθώς και την επιδείνωση της κατάστασης (Shultz S.2009; O'Sullivan P., 2005;Glassman et al,2005).

2.2.3 Εξέταση της βάδισης

Η βάδιση είναι μια περίπλοκη διαδικασία, όπου πραγματοποιείται όταν όλα τα τμήματα του σώματος λειτουργούν φυσιολογικά, περιέχει πληροφορίες για τα κάτω άκρα και για το κορμό άρα και για την οσφυϊκή μοίρα της ΣΣ. Απαιτείται ο επιμερισμός της σε φάσεις και σε συστατικά στοιχεία, ώστε να απλοποιηθεί πριν από τον καθορισμό των βασικών κινήσεων σε κάθε άρθρωση. Όταν συμβαίνει ένας τραυματισμός στο κάτω τμήμα του σώματος ο ασθενής συνήθως δεν είναι σε θέση να βαδίσει φυσιολογικά και χρησιμοποιεί ένα μη φυσιολογικό ή και παθολογικό πρότυπο βάδισης, το οποίο συνήθως είναι το αποτέλεσμα του πόνου. Όταν μια παθολογική κατάσταση όπως η οσφυαλγία διαταράσσει την φυσιολογική λειτουργικότητα της τότε η βάδιση απαιτεί έντονη προσπάθεια για την ολοκλήρωση της και συχνά δημιουργούνται λάθος πρότυπα λόγω πόνου ή μυϊκής αδυναμίας. Κάθε παρέκκλιση της βάδισης που οφείλεται στον πόνο αποκαλείται ανταλγική βάδιση (Shultz S.2009).

2.2.4 Ψηλάφηση

Η ψηλάφηση αποτελεί ένα πολύτιμο εξεταστικό εργαλείο για την αξιολόγηση ενός ασθενή με οσφυαλγία. Στόχος κάθε ψηλάφησης είναι ο εντοπισμός όλων των σχετικών δομών, ο προσδιορισμός της χαρακτηριστικής τους αίσθησης και ο έλεγχος για παθολογικές καταστάσεις (Nathan et al,2014). Κατά την διάρκεια της ψηλάφησης ο φυσικοθεραπευτής βρίσκεται πίσω από τον ασθενή ψηλαφεί την σπονδυλική στήλη και τους παρασπονδυλικούς μύες, ελέγχει για σπονδυλολίσηση, σκολίωση ,κύφωση, αν υπάρχει πόνος, μυϊκός σπασμός, περιορισμός κινητικότητας. Επίσης ελέγχεται ο μυϊκός τόνος, η θερμοκρασία, οι διάφορες ασυμμετρίες των περιοχών και η αισθητικότητα του δέρματος (Shultz S.2009).

2.2.5 Έλεγχος της κινητικότητας

Ο έλεγχος της κινητικότητας πραγματοποιείται μέσω της ενεργητικής και της παθητικής κίνησης. Κατά τον έλεγχο του εύρους τροχιάς της κίνησης εξετάζεται η ποιότητα και η ποσότητα της φυσιολογικής και της επικουρικής κινητικότητας, καθώς κι την ύπαρξη πόνου. Ελέγχονται δηλαδή, τα συστατικά και μη συστατικά στοιχεία της άρθρωσης (οστά, θύλακος, σύνδεσμοι, μύες, τένοντες με τα έλυτρά τους, νευρικό σύστημα). Το εύρος τροχιάς της κίνησης της οσφυϊκής μοίρας περιλαμβάνει κάμψη, έκταση , πλάγια κάμψη, και στροφή του κορμού. Αρχικά, ελέγχουμε την ενεργητική κίνηση των αρθρώσεων και στην συνέχεια όταν αυτή δεν επιτυγχάνει πλήρες εύρος κίνησης ελέγχεται η παθητική κινητικότητα. Όταν ο ασθενής φορτίζει την οσφυϊκή μοίρα σε υψηλά επίπεδα συμπίεσης και έχουμε περιορισμένη κίνηση αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καταπόνηση των ιστών και στην συνέχεια την περιφερική ευαισθητοποίηση και την έναρξη των συμπτωμάτων. Αν ο ασθενής αναφέρει

πόνου κατά την ενεργητική κίνηση, τότε παραλείπεται η εξέταση της παθητικής. Αν δεν αναφερθεί πόνος, εφαρμόζεται προσεκτικά ήπια, παθητική πίεση στο τελικό όριο της ενεργητικής κίνησης. Σε όλες τις κινήσεις πρέπει να παράγεται μια αίσθηση διάτασης μαλακών μορίων χωρίς οστική ή σκληρή τελική αίσθηση (Shultz S.2009; Kisner,2003).

2.2.6 Έλεγχος μυϊκής δύναμης

Ο έλεγχος της δύναμης καθορίζει το επίπεδο του πόνου (μέσω της αναστολής του μυός) και την ικανότητα προβολής αντίστασης από την εξεταζόμενο μυ, καθώς και τη νευρομυϊκή ακεραιότητα των συστατικών ιστών που προβάλλουν την τραυματισμένη περιοχή. Κατά την διάρκεια της άμεσης εξέτασης αρχικά εκτελείται ισομετρικός έλεγχος και στη συνέχεια πιο εξειδικευμένος έλεγχος δύναμης σε μέρος ή σε όλο το εύρος τροχιάς κίνησης (Shultz S.2009;Standaert et al.2008).

2.2.7 Νευρολογικός έλεγχος

Ο στόχος της νευρολογικής εξέτασης είναι ο αποκλεισμός οποιασδήποτε παθολογίας στον εγκέφαλο, στον νωτιαίο μυελό και στα περιφερικά νεύρα. Ο νευρολογικός έλεγχος περιλαμβάνει την εξέταση της κινητικότητας, αισθητικότητας και των αντανεκλαστικών του οσφυϊκού πλέγματος. Ο έλεγχος της κινητικότητας και της αισθητικότητας γίνεται αμφίπλευρα και ταυτόχρονα, οπότε αυτό είναι εφικτό έτσι ώστε να μπορεί να γίνει άμεση σύγκριση μεταξύ των δύο πλευρών και να εντοπιστούν ακόμη και μικρές διαφορές (ShultzS.2009;Nathan et al,2014).

2.2.8 Ειδικές δοκιμασίες

Οι ειδικές δοκιμασίες χρησιμεύουν για την επιβεβαίωση ή την απόρριψη μιας πιθανής κατάστασης, καθώς και για την ποσοστοποίηση της ακεραιότητας μιας δομής ή της έκτασης της κάκωσης και δεν αποδίδουν την πλήρη εικόνα της κάκωσης. Καθ'όλη τη διάρκεια της εξέτασης η εικόνα αυτή σταδιακά ξεκαθαρίζει και ελαττώνονται οι σκέψεις για πιθανές κακώσεις. Οι ειδικές δοκιμασίες είναι πολυάριθμες και πολλές είναι μοναδικές για κάθε τμήμα του σώματος. Με τις ειδικές δοκιμασίες για την οσφυϊκή μοίρα γίνεται έλεγχος για νευροπάθεια, βλάβες του νωτιαίου μυελού και δυσλειτουργία των αρθρώσεων. Οι πιο συνηθισμένες δοκιμασίες είναι η άρση τεταμένου σκέλους (Straight Leg Raise ή SLR) και το Slump test. Η άρση τεταμένου σκέλους χρησιμοποιείται ευρέως ως κύρια διαγνωστική φυσική εξέταση του ασθενή με οσφυαλγία ή ισχιαλγία. Η δοκιμασία εκτελείται από τον ασθενή σε χαλαρή θέση και του ζητείται να ανυψώσει το σκέλος μέχρι να εμφανιστούν τα συμπτώματα του πόνου. Αν τα συμπτώματα εμφανιστούν κάτω των 70 ° τότε το τεστ είναι θετικό. Στο Slump test ο ασθενής είναι καθιστός με τεντωμένο σκέλος και μετά κάμπτεται το κορμό και τον αυχένα, αν εμφανιστούν τα συμπτώματα είναι θετικό. Το SLR αποτελεί ως κύριο εργαλείο και εφαρμόζεται πολύ πιο συχνά στην κλινική πράξη σε σχέση με το Slump test, όμως κατά την εκτέλεση του εμπλέκονται επιπλέον αρθρώσεις και μυϊκές δομές όχι μόνο το νευρικό σύστημα (Shultz S.2009;Iversen et al.,2013).

2.2.9 Έλεγχος της αισθητικότητας

Κατά την αξιολόγηση της αισθητικότητας ελέγχεται η απώλεια ή αύξηση της αίσθησης της αφής σύμφωνα με την ριζική κατανομή στο κάτω άκρο ,δηλαδή τα δερμοτόμια. Ο έλεγχος της αισθητικότητας για το οσφυϊκό πλέγμα εκτελείται με τη μέθοδο της επιφανειακής πίεσης ή του νυγμού, πάνω από την πρόσθια επιφάνεια του μηρού(O2), της έσω επιφάνειας του γόνατος (O3), της έσω κάτω επιφάνειας της κνήμης (O4),της έξω κάτω επιφάνειας της κνήμης και της ραχιαίας επιφάνειας του ποδιού (O5),της έξω πελματιαίας επιφάνειας του ποδιού (I1), και της οπίσθιας επιφάνειας του μηρού (ιγνυακός βόθρος) και της οπίσθιας έξω επιφάνειας της πτέρνας (I2) (Shultz S.2009).

2.3 Αξιολόγηση μέσω αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων

Στην υποκειμενική αξιολόγηση χρησιμοποιούνται συχνά και ερωτηματολόγια και επίσης στην αντικειμενική αξιολόγηση χρησιμοποιούνται συχνά κλίμακες ,τις οποίες συμπληρώνει ο ίδιος ο φυσικοθεραπευτής. Οι κλίμακες αξιολόγησης οριοθετούν κατά κάποιο τρόπο τους αριθμούς έτσι ώστε να είναι εύκολο και ο ασθενής να σημειώσει π.χ. στον πόνο με μέγιστο το 10 και ελάχιστο το 0 αυτό που ο ίδιος νοιώθει ότι έχει. Είναι ένας τρόπος να καταλάβουμε εάν π.χ. ο πόνος είναι λίγος έως καθόλου ή είναι αβάσταχτος.Ο έλεγχος της κλινικής ανικανότητας του ασθενή επιτυγχάνεται με τα αυτό -αναφερόμενα ερωτηματολόγια ανικανότητας όπου τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχτεί από διάφορες έρευνες η αξιοπιστία και η εγκυρότητα τους. Η επιλογή των εργαλείων αξιολόγησης αναπόφευκτα θα εξαρτάται κάθε φορά απ' το τι θέλουμε να μετρήσουμε πχ. δυσλειτουργία, αναπηρία, ανικανότητα, σε σχέση με ποιας κατηγορίας πρόβλημα πχ. νευρολογικό, μυοσκελετικό, σε ποιο χώρο πχ. νοσοκομείο, κοινότητα κ.α. Τα εργαλεία που επιλέγονται πρέπει κατά το δυνατόν να είναι έγκυρα, αξιόπιστα, ευαίσθητα στις αλλαγές, κλινικά χρήσιμα και εφαρμόσιμα στις συγκεκριμένες συνθήκες. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται είναι εύχρηστα, μικρά σε έκταση, οικονομικά, εύκολα στην καταμέτρηση της βαθμολογίας και ευανάγνωστα για τον ασθενή. Επιπλέον τα ερωτηματολόγια αυτά επηρεάζονται σε μεγάλο ποσοστό από την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Οι κλίμακες αξιολόγησης του πόνου και της λειτουργικότητας αποτελούν μέσα εξέτασης και πιθανής διάγνωσης της οσφυαλγία και της ισχιαλγίας (Turner, 1997; Deyo,1994).

Ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται συχνά στην υποκειμενική αξιολόγηση. Στην αντικειμενική αξιολόγηση συχνά χρησιμοποιούνται κλίμακες τις οποίες συμπληρώνει ο ίδιος ο Φυσικοθεραπευτής. Οι κλίμακες αξιολόγησης οριοθετούν κατά κάποιο τρόπο τους αριθμούς έτσι ώστε να είναι εύκολο και ο ασθενής να σημειώσει π.χ. στον πόνο με μέγιστο το 10 και ελάχιστο το 0 αυτό που ο ίδιος νοιώθει ότι έχει. Είναι ένας τρόπος να καταλάβουμε εάν π.χ. ο πόνος είναι λίγος έως καθόλου ή είναι αβάσταχτος (Turner, 1997; Deyo,1994).

Τα πιο συνηθισμένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας είναι το Roland - Morris Disability Questionnaire (RMDQ), το Keele STarT Back Screening Tool (SBST), το Maine - Seattle Back Questionnaire (MSBQ). Επίσης κατά την

αξιολόγηση της οσφυαλγίας χρησιμοποιούνται και ερωτηματολόγια που αφορούν την γενική υγεία και την ποιότητα ζωής (Short Form 36 Health Survey, το SF-12 Health Survey και το WHOQOL-BREF), ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας (Hospital Anxiety and Depression,HAD) ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της έντασης του πόνου (VAS-Visual Analogue Scale). Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν αποδειχθεί ότι έχουν εγκυρότητα και αξιοπιστία μέσα από πολλές μελέτες (Boscainos et al,2003;Hill et al, 2008; Atlas et al., 2003; Patrick et al., 1995).

Το **Roland-Morris Disability Index** είναι ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για την οσφυαλγία ,το οποίο μετράει το μέγεθος της ανικανότητας των ασθενών. Αποτελεί μία έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα (Boscainos et al,2003; Mousavi et al.,2006). Η ελληνική μετάφρασή του έχει επιδείξει την υψηλότερη εγκυρότητα περιεχομένου και την αξιοπιστία του μέσα από έρευνα σε 697 ασθενείς με οσφυαλγία (Boscainos et al.,2003). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τον εαυτό τους άτομα με πόνο στη μέση και κατά πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητά τους από αυτό. Επίσης, είναι μία κλίμακα που μπορεί να προβλέψει το ποσοστό αναπηρίας του κάθε ασθενή μετά την θεραπεία (Riddle et al, 1998). Οι ασθενείς καλούνται να σημειώσουν τις εκφράσεις που περιγράφουν και τη δική τους κατάσταση .Το ερωτηματολόγιο είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ανικανότητα-αναπηρίας ατόμων με οσφυαλγία και οι κλινικοί που το χρησιμοποιούν, ενδιαφέρονται κυρίως για την αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας.

Το **STarT Back Screening Tool** είναι ένα σύντομο και πρακτικό εργαλείο για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας και αποτελείται από 9 ερωτήσεις . Ο εξεταζόμενος σκεπτόμενος τις 2 τελευταίες εβδομάδες καλείται να απαντήσει με ένα Συμφωνώ ή Διαφωνώ τα ερωτήματα και λαμβάνει 2 τελικά σκορ αξιολόγησης. Οι ερωτήσεις 1-4 συνδέονται με τον αντανακλώμενο πόνο, την ανικανότητα, τα συνοδά προβλήματα στον ώμο ή στον αυχένα και οι ερωτήσεις 5-9 αφορούν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου (άγχος, φόβο κτλ.) Με βάση το σκορ που προκύπτει οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται σε 3 ομάδες κινδύνου: χαμηλού, μέσου και υψηλού κινδύνου και με βάση αυτό φαίνεται ποιοι έχουν άμεση ανάγκη για φροντίδα ή αποκατάσταση. Το STarT Back Screening Tool θεωρείται ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο και εύκολο κατανοητό από τους ασθενείς (Hill et al, 2008, 2010 , Karstens et al., 2015).

Το **Maine-Seattle Back Questionnaire** είναι μια αυτό - αναφερόμενη κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας και των λειτουργικών καταστάσεων σε άτομα με ισχιαλγία που οφείλεται σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου και με οσφυαλγία που οφείλεται σε σπονδυλική στένωση. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι/Όχι),το εύρος της βαθμολόγησης κυμαίνεται από 0 έως 12 όπου προκύπτει με το άθροισμα των απαντήσεων. Τα υψηλά αποτελέσματα δείχνουν μεγαλύτερη αναπηρία και περισσότερους λειτουργικούς περιορισμούς. Αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο (Atlas et al., 2003). Εντάσσεται στις κλίμακες που εξετάζουν το βαθμό αναπηρίας αλλά απευθύνεται επίσης και σε άτομα με ισχιαλγία και οσφυαλγία λόγω σπονδυλικής στένωσης.

Το **Sciatica Bother someness Index** είναι ένα αυτό-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την ένταση των συμπτωμάτων της παραισθησίας, της αδυναμίας και του πόνου στα κάτω άκρα μεταξύ των ατόμων με ισχιαλγία. Περιλαμβάνει μια σειρά 5 ερωτήσεων, όπου ο ασθενής καλείται να απαντήσει σκεπτόμενος μόνο την εβδομάδα που πέρασε. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει την ένταση των συμπτωμάτων του πόνου και του μουδιάσματος στη οσφύ και στα κάτω άκρα σε άτομα με ισχιαλγία και αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο (Groble et al., 2010;Haugen et al.,2007;Patrick et al.,1995).

Το **ερωτηματολόγιο SF-36** είναι γενικό για την κατάσταση της υγείας. Συχνά εφαρμόζεται σε συνδυασμό με το δείκτη WOMAC και παρέχει καλύτερα αποτελέσματα. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις και μετρά τρία γνωρίσματα (την κατάσταση της λειτουργικότητας, την ευημερία και τη γενική υγεία) και οκτώ τομείς της υγείας. Οι τομείς της υγείας, που μελετώνται με το ερωτηματολόγιο είναι: οι περιορισμοί στις σωματικές δραστηριότητες λόγω των προβλημάτων της υγείας, οι περιορισμοί στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω των φυσικών και των συναισθηματικών προβλημάτων, οι περιορισμοί στις συνηθισμένες δραστηριότητες λόγω των προβλημάτων υγείας, οι περιορισμοί στις συνηθισμένες δραστηριότητες λόγω των συναισθηματικών προβλημάτων, ο σωματικός πόνος, η γενική πνευματική υγεία, η ζωτικότητα και τα προβλήματα αντίληψης (Mc Horney et al.1994; Ware et al.1993).

Το **ερωτηματολόγιο SF-12** σχεδιάστηκε σαν μία πιο σύντομη εναλλακτική του SF-36. Σκοπός ήταν να χρησιμοποιηθεί σε πιο εκτεταμένες μελέτες, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας, αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ. Η συμπεριφορά των δύο διαστάσεων μελετήθηκε αρχικά σε εννέα γλώσσες και συνεστήθη η χρησιμοποίηση της αμερικάνικης κλίμακας στη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Gandek et al, 1998, Ruo et al, 2003, Kontodimopoulos et al, 2007).

Το ερωτηματολόγιο **WHOQOL-BREF**, Το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, αφορά στη μέτρηση της αυτό-αναφερόμενης ποιότητας ζωής και αποτελείται από 26 ερωτήσεις (WHOQOL Group, 2004). Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε 4 διαστάσεις: α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) Κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ). Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: 1) στη διατροφή, 2) στην ικανοποίηση από την εργασία, 3) στην οικιακή ζωή και 4) στην κοινωνική ζωή (Ginieri-Coccosis et al., 2003). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής. Ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων συμπεριέλαβε: εννοιολογική εγκυρότητα της δομής, διακριτική εγκυρότητα αξιοπιστία επανελέγχου, κλινική ευαισθησία, κ.α. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Ginieri-Coccosis et al., 2003).

Η **κλίμακα VAS** αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης του πόνου που ουσιαστικά βασίζεται στην υποκειμενική αυτό-αξιολόγηση του ασθενούς όπως και όλες οι υπόλοιπες κλίμακες. Ουσιαστικά πρόκειται για μία ευθεία, οριζόντια γραμμή μήκους 100mm η οποία στο κάθε άκρο της ορίζεται από μία φράση. Στο αριστερό άκρο βρίσκεται η φράση «Καθόλου πόνος» και στο δεξιό η φράση «Υπερβολικός πόνος». Ο ασθενής καλείται να υποδείξει ή να σημειώσει με κάποιο μέσο γραφής το σημείο πάνω στην ευθεία αυτή γραμμή που πιστεύει ότι αντικατοπτρίζει την κατάσταση του. Στη συνέχεια ο επαγγελματίας υγείας μετρά την απόσταση από το αριστερό άκρο σε mm το νούμερο που προκύπτει αντικατοπτρίζει την ένταση του αλγινού ερεθίσματος. Πρόκειται για μία πολύ απλή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου που στα θετικά της θα πρέπει να αναφέρουμε ότι είναι συνεχής και δεν περιέχει

κατευθυντήρια σημεία για τον ασθενή (νούμερα - βαθμούς αξιολόγησης) (Huskisson, 1982). Είναι αξιόπιστη με πολύ καλή ευαισθησία τόσο στην εκτίμηση του οξέος πόνου, όσο και στην ανίχνευση μεταβολών στην ένταση του πόνου, (Bijur et al, 2001). Παρόλα αυτά, η χρησιμοποίησή της είναι μία χρονοβόρα διαδικασία καθώς πρέπει να εξηγηθεί λεπτομερώς ο τρόπος χρήσης της. Επιπλέον, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί προφορικά και έτσι εμφανίζονται πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή της σε άτομα με έντονο πόνο, (Auburn et al, 2003). Τέλος, απαιτεί από τον ασθενή να έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την αφηρημένη έννοια της ευθείας γραμμής η οποία αντιστοιχεί στην αίσθηση του πόνου και επομένως δεν μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, σε ηλικιωμένους και παιδιά (Williamson and Hoggart, 2005).

Hospital Anxiety and Depression(HAD) Η κλίμακα HAD αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, καθένα από τα οποία έχει 4 δυνατότητες απάντησης(0-3) (Zigmond & Snaith,1983). Έχει σχεδιαστεί για να μετρά το άγχος και την κατάθλιψη και αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την ποσοτικοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης (Michopoulos et al.,2008,Bjelland et al.,2002).

Διερεύνηση Ψυχολογικών Παραμέτρων

Σε αυτό το κεφάλαιο θα διερευνηθεί η έννοια της ψυχικής υγείας , η συσχέτιση της με τον χρόνιο πόνο καθώς επίσης και ο τρόπος με τον οποίο η χρόνια οσφυαλγία επηρεάζει την ψυχική υγεία .

3.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία ορίζεται ως η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, είτε πρόκειται για τη σωματική, τη διανοητική και την συναισθηματική, είτε για την πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου. Η ψυχική υγεία είναι η ικανότητα μας να απολαμβάνουμε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές της προκλήσεις. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει τη λήψη αποφάσεων και επιλογών, προκειμένου να προσαρμόσουμε τη συμπεριφορά μας σε δύσκολες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίσουμε επιτυχώς. Συνεπάγεται, επίσης, την ικανότητά μας να εκφράζου με τις ανάγκες και τις επιθυμίες μας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ,ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. (Οικονόμου και συν.,2001). Η Jahoda έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας(1958) και η θέση της έγινε δεκτή από την Έκθεση της Joint Commission on Mentalillness and Health. Ορίζει, λοιπόν, τη θετική ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά: (α) την επίγνωση από το άτομο να είναι αυτοδύναμο, (β) τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο, (γ) τη δυνατότητα αντίστασης στο stress,(δ) την δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές, (ε) την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον, (στ) την ικανότητα να αγαπά , να εργάζεται και να διασκεδάζει και (ζ) τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματα του (Οικονόμου και συν.,2001).

3.2 Ψυχική υγεία και χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την διαταραχή της ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα οι ασθενείς να βιώνουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου, κόπωση και μειωμένη σωματική και διανοητική λειτουργία. Αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν

εξετάσει τη συνύπαρξη του χρόνιου πόνου με αυτά τα προβλήματα και προσπαθούν ώστε να βρουν μια λύση για αυτά (Vietri et al.,2015; Han et al.,2015;Hiyama et al.,2016).

Η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι υψηλή στους ασθενείς που παρουσιάζουν αυτά τα χαρακτηριστικά, η συννοσηρότητα είναι κλινικά καθιερωμένη αλλά οι υποκείμενοι μηχανισμοί της δεν είναι πλήρως κατανοητή, αν και μια πιθανή εξήγηση είναι η διαταραχή του μεσομεταιχμιακού συστήματος ντοπαμίνης (Wood et al.2007; Taylor et al.,2015). Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι η ρύθμιση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης στην κοιλιακή καλυπτρική περιοχή (VTA) μεσολαβεί καταθλιπτικά και αγχογόνα (Small et al.,2016) υποδηλώνοντας μια νευρολογική σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και του χρόνιου πόνου.

Πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ του χρόνιου πόνου και των ψυχιατρικών διαταραχών, ο χρόνιος πόνος συνδέεται με διάφορα συμπτώματα που είναι συστατικά των διαγνωστικών κριτηρίων για την μείζων καταθλιπτική διαταραχή (MDD) (Bair et al.,2003). Ο επιπολασμός των καταθλιπτικών διαταραχών σε ασθενείς με χρόνιο πόνο ποικίλουν από 10% - 90%. Η παρουσία της κατάθλιψης συνδέεται με την ένταση και την επιμονή του πόνου, την ανικανότητα για εργασία, το υψηλό οικονομικό κόστος που προκαλεί και με διάφορα δυσμενή γεγονότα της ζωής (Polatin et al.1992;Wilson et al.,2001).

Η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του χρόνιου πόνου είναι σύνθετη και έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Σε σύγκριση με υγιή άτομα, τα άτομα με χρόνιο πόνο αναφέρουν περισσότερη κόπωση, απώλεια ενέργειας, καθώς και διαταραχές του ύπνου. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες που βασίζονται σε δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, το 62,9 έως 75% των ασθενών με χρόνιο πόνο παρουσιάζουν τουλάχιστον μία ψυχιατρική διαταραχή (Knaster et al.,2012; Hoy et al.,2011). Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι, σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, οι πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (MDD), οι σωματόμορφες διαταραχές (SDS), και η διαταραχή γενικευμένου άγχους (GAD) επίσης έδειξαν ότι τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος συσχετίστηκαν με την ένταση του πόνου.

Η ένταση του πόνου είναι σταθερά τεκμηριωμένη ως προγνωστικός δείκτης για την σωματική αναπηρία και βιβλιογραφίες υποστηρίζει, σε κάποιο βαθμό, μια συσχέτιση μεταξύ της έντασης του πόνου και της κατάθλιψης. Ωστόσο οι βιοψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις για χρόνιο πόνο έχουν τονίσει τη σημασία της πεποίθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας και για την αυτό-εκτίμηση του πόνου (δηλαδή ,οι πεπειθήμενοι του ασθενούς σχετικά με την ικανότητά του να ολοκληρώσει μια σειρά από δραστηριότητες, παρά τον πόνο) για την ανάπτυξη της αναπηρίας και της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνια πόνο (Farajirad et al., 2016). Για παράδειγμα, ο Asghari και ο Nicholas σε μια μελέτη ασθενών με χρόνιο πόνο βρήκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του πόνου και της πεποίθησης αυτο-αποτελεσματικότητας για την κατάθλιψη, την αναπηρία, και τη συμπεριφορά αποφυγής. Στη μελέτη ,οι χαμηλές βαθμολογίες στην πεποίθηση αυτο-αποτελεσματικότητας ήταν προγνωστικοί παράγοντες για την κατάθλιψη, την αναπηρία, και την συμπεριφορά αποφυγής κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης εννέα μηνών (Nicholas, Asghari,2014).

Όμως, έχοντας επίμονο πόνο δεν σημαίνει ότι κάποιος θα αποκτήσει οπωσδήποτε κάποια αναπηρία ή θα γίνει καταθλιπτικός. Επειδή ο χρόνιος πόνος δεν συνδέεται απαραίτητα με την κατάθλιψη και την αναπηρία, ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αναπηρίας και της κατάθλιψης, σε ασθενείς με χρόνιο πόνο έχει πολύ μεγάλη σημασία, τόσο κλινικά όσο και θεωρητικά. Γνωρίζοντας αυτούς τους παράγοντες ,μπορεί να βοηθηθούν όσοι βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν αναπηρία και κατάθλιψη (Nicholas,Asghari,2014).

Γενικά ο χρόνιος πόνος μπορεί να μειώσει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και να προκαλέσει εξάρτηση στην φαρμακευτική αγωγή, κοινωνική απομόνωση, δυσκολίες στην εργασία και συναισθηματική δυσφορία. Επιπλέον, περιορίζει τις επαγγελματικές και

ψυχαγωγικές δραστηριότητες και μειώνει την λειτουργική ικανότητα των ασθενών. Μπορεί επίσης να προκαλέσει ερεθισμό, διαταραχές ύπνου, μειωμένη όρεξη και σοβαρές ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες (Gore et al. 2012; Ibrahim et al., 2008).

3.3 Επίδραση χρόνιας οσφυαλγίας στην ψυχική υγεία

Η χρόνια οσφυαλγία, όπως έχουν αποδείξει διάφορες μελέτες επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία των ασθενών, συνυπάρχει με την κατάθλιψη και μαζί αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως (Pinheiro et al., 2015). Η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης οσφυαλγίας (Matsudaira et al., 2015) και η χρόνια οσφυαλγία επηρεάζεται από την ψυχική κατάσταση των ασθενών. Συνήθως η ψυχική κατάσταση των περισσότερων ασθενών με χρόνια οσφυαλγία δεν αξιολογείται. Έτσι, στο χρόνιο πόνο, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου καθίστανται σχετικοί, και είναι σημαντικό να εξηγηθεί πώς τα άτομα ανταποκρίνονται στην οσφυαλγία. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί συντελεστές κινδύνου για την οσφυαλγία των Ιαπώνων εργαζόμενων (Matsudaira et al., 2014). Στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αναφέρονται συχνά συννοσηρά ψυχιατρικά συμπτώματα, τα οποία υποδηλώνουν κακή πρόγνωση, φτωχή έκβαση, και υψηλή φροντίδα υγείας (Linton, 2000; Dershal., 2007).

Μη φυσιολογικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης έχουν βρεθεί στο 55% και 48,5% των ασθενών, σύμφωνα με έρευνες. Από αυτούς, το 38,5% και το 36,4% για το άγχος και την κατάθλιψη, αντίστοιχα, ήταν οριακά μη φυσιολογικά (HADS 8-10) και το 16,4% και 12,1% ήταν καθαρά μη φυσιολογικό (HADS 11-21). Παρά το γεγονός ότι, το άγχος, κατά κύριο λόγο συνδέεται με τον οξύ πόνο, παρατηρήθηκε επίσης και στην χρόνια οσφυαλγία (Sagheer et al., 2013). Σε μια έρευνα μεγάλης κλίμακας στην Αυστραλία, το 11% των ανδρών και 13,5% των γυναικών ασθενών με χρόνια οσφυαλγία ανέφεραν ότι η διάθεση τους είχε επηρεαστεί εξαιτίας του πόνου (Blyth et al., 2001). Η εξάμηνη επικράτηση της οσφυαλγίας ήταν 41,8%, ενώ ο πόνος συνδέεται με την αναπηρία μόνο με 8,2% των ασθενών (Goubert et al., 2004).

Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με επώδυνα σωματικά συμπτώματα, και συχνά είναι παρούσα σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Ωστόσο, η σταδιακή επιβάρυνση που συνδέεται με την κατάθλιψη ή τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία δεν είναι πλήρως κατανοητά. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία σχετικά με τις επιπτώσεις της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία βρέθηκε ότι καταθλιπτικοί ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία είχαν πιο έντονα και υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη ($P < 0,001$). Η κατάθλιψη σχετίζεται με την όχι καλή ποιότητα ζωής, η συνολική μείωση της εργασίας και ο περιορισμός της δραστηριότητας ήταν 1,8, 1,9 και 1,7 φορές υψηλότεροι, αντίστοιχα, μεταξύ των ατόμων με κατάθλιψη σε σχέση με όσους δεν έχουν κατάθλιψη. Επίσης οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και κατάθλιψη είχαν σχεδόν διπλάσιες επισκέψεις σε γιατρούς σε διάρκεια 6 μηνών από εκείνους που δεν είχαν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία στην Ιαπωνία συνδέθηκε με υψηλές βαθμολογίες πόνου και χαμηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής, καθώς και χαμηλότερη παραγωγικότητα και αυξημένη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Toshinaga et al., 2016).

Ομοίως, πολλές μελέτες έχουν δείξει πως η κατάθλιψη είναι διαδεδομένη στους ασθενείς με χρόνια πόνου. Σε κλινικά δείγματα, τα ποσοστά της μείζων κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς κυμαίνεται από 30 σε 54%, το οποίο είναι σημαντικά υψηλότερο από το ποσοστό του 5 - 8% που βρέθηκε στο γενικό πληθυσμό (Kessler et al., 2003).

Ο Currie και Wang σε μια μελέτη πάνω σε 118.533 Καναδούς, ανέφερε ποσοστά μείζων κατάθλιψης ως 5,9% για τον ελεύθερο και γενικό πόνο και 19,8% για τα άτομα με χρόνια οσφυαλγία. Έτσι, η αναπηρία και η κατάθλιψη είναι διαδεδομένη στους ασθενείς με χρόνια πόνο (Currie et al., 2004).

Μια μελέτη για την συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία έδειξε ότι η ομάδα των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία είχε στατιστικά περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές όλων των διαστάσεων - σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χωρίς χρόνια οσφυαλγία. Αυτές οι ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η διαταραχή της σωματοποίησης, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάθλιψη, το άγχος, η επιθετικότητα, ο φόβος, ο παρανοϊκός ιδεασμός και ψύχωση μπορεί να έπαιξαν κάποιο ρόλο στην έναρξη, τη σοβαρότητα και στην επιδείνωση του πόνου (Kessler et al., 2003). Μερικές από αυτές τις διαστάσεις έχουν παρατηρηθεί να είναι περισσότερες διαδεδομένες στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία σε προηγούμενες μελέτες. Σε μια έρευνα από Bener et al. η οποία διεξήχθη σε 13 κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στο Κατάρ έδειξε ότι η σωματοποίηση και διαταραχή της κατάθλιψης ήταν σημαντικά συχνότερες σε ασθενείς με οσφυαλγία, σε σύγκριση με τους υγιείς (Bener et al., 2004).

Μια μελέτη μεγάλης κλίμακας χρησιμοποιώντας δεδομένα από την έρευνα της Παγκόσμιας Ψυχικής Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των 5 μη ανεπτυγμένων χωρών όπως η Ουκρανία, το Μεξικό, Κολομβία, τη Νιγηρία, Νότια Αφρική, διαπίστωσε ότι η παρουσία του χρόνιου πόνου στην οσφύ / αυχένα συνδέεται με 2,3, 2,2, και 1,6 φορές περισσότερα με πιθανότητες για διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές άγχους και της κατάχρησης αλκοόλ, αντίστοιχα. Ασθενείς με σωματικά συμπτώματα και χρόνια πόνο παρουσίασαν σημαντικά μειωμένη ψυχική ευεξία, που εκδηλώνεται με φτωχότερη κοινωνική λειτουργία άγχος, φόβο, και αϋπνία, από τα υγιή άτομα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να μειώσουν την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης (Demyttenaere et al., 2007).

Γενικά τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών δείχνουν ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη και χρόνια οσφυαλγία έχουν σημαντικά πιο σοβαρά και υψηλότερα επίπεδα πόνου, καθώς επίσης και σημαντική χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη και χρόνια οσφυαλγία (Reme et al. 2011; Campbell et al., 2013). Αυτές οι παρατηρήσεις είναι παρόμοιες με μία έρευνα που δημοσιεύθηκαν πρόσφατα (Hiyama et al., 2016) η οποία έδειξε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς και εκείνοι με νευροπαθητική οσφυαλγία είχαν υψηλότερα επίπεδα πόνου και φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς. Επίσης οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και με κατάθλιψη ήταν νεότεροι ηλικιακά (κατά μέσο όρο 9 χρόνια) σε σύγκριση με τους ασθενείς με οσφυαλγία χωρίς κατάθλιψη. Αυτές οι παρατηρήσεις έχουν την τάση να ταυτίζονται με τις παρατηρήσεις για την καταθλιπτική διαταραχή, όπου οι εκτιμήσεις στο γενικό πληθυσμό είναι 15-17%, ενώ το ποσοστό επιπολασμού 1 έτους σε άτομα ≥ 65 ετών είναι χαμηλότερο, στο 1-4% (Finan et al., 2013).

Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και με κατάθλιψη ήταν άγαμοι και διαζευγμένοι σε σύγκριση με τους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και χωρίς κατάθλιψη (44,3% έναντι 30,1%). Ωστόσο, οι διαφορές στην οικογενειακή κατάσταση και οι δυσκολίες στον ύπνο ήταν σύμφωνες με τις διαφορές που παρατηρούνται στην πλειοψηφία των καταθλιπτικών διαταραχών (Weissman et al. 1996).

3.4 Επίδραση των ψυχικών διαταραχών στην ποιότητα ύπνου ασθενών με χρόνια οσφυαλγία

Η κατάθλιψη και το άγχος σχετίζονται με την ποιότητα του ύπνου. Έχει υπολογιστεί ότι το 90% των ασθενών με κατάθλιψη παραπονούνται για διαταραχές ύπνου (SmithetHaythornthwaiter,2004; Bahouq et al.,2013). Οι άνθρωποι με αϋπνία έχουν δέκα φορές περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από κλινική κατάθλιψη (Taylor et al.,2005). Στην πραγματικότητα, η διαταραχή του ύπνου είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή(MDD).Επίσης η διαταραχή του ύπνου είναι συχνή σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές. Περίπου το 80% των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές έχουν συννοσηρές διαταραχές του ύπνου, ταυτόχρονα και η αϋπνία εμφανίζεται μετά την αγχώδη διαταραχή. Επιπλέον, τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή γενικευμένου άγχους περιλαμβάνουν δυσκολία στον ύπνο (Ohayon,2003). Εάν η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται, η βελτίωση του πόνου και της αϋπνίας ενδέχεται να είναι περιορισμένη, διότι η κατάθλιψη, αϋπνία, και ο πόνος μπορεί επηρεάζουν ο ένας τον άλλον. Δεύτερον, η ένταση του πόνου, αϋπνία, η κατάθλιψη, άγχος αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του πόνου μπορεί να απαιτήσει την ταυτόχρονη διαχείριση των άλλων τριών διαστάσεων (Sullivan et al.,1992 ;Krystal2007; Kelly,2011). Διάφορες μελέτες δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι ο έντονος πόνος είναι η πιο κοινή αιτία της κακής ποιότητας ύπνου (SendiretAzaroglu ,2011). Οι Marin et al ανέφεραν ότι η διαταραχή του ύπνου είναι ένα εξαιρετικά συχνό εύρημα σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Marin et al. 2006).

Οι Raymond et al. κατέδειξαν την άμεση σχέση μεταξύ της έντασης του πόνου και του βαθμού διαταραχής του ύπνου και προκαλούν μείωση της ποιότητας του ύπνου (Raymondl et al.,2001). Οι διαταραχές του ύπνου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κόπωση, κατάθλιψη, απώλεια συγκέντρωσης, αυξημένο άγχος, ευερεθιστότητα, ευαισθησία στον πόνο, απώλεια της όρεξης, και έλλειψη της εγρήγορση. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ των προβλημάτων ύπνου και η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να προκληθούν από αυξημένο άγχος που σχετίζεται με την υγεία (Asmundson et al 2000). Η διαταραχή του ύπνου είναι ένας κοινός παράγοντας κινδύνου που συνδέεται με την αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την μειωμένη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με χρόνια πόνο (Goral et al, 2010).

Η αϋπνία είναι ένα συχνό φαινόμενο στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, το 56,9% των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία και κλινική αϋπνία είχαν διαταραχές ψυχικής υγείας ή άγχος. Η σοβαρότητα της αϋπνίας συσχετίστηκε σημαντικά με την κατάθλιψη, το άγχος, και την ένταση του πόνου. Μετά τον έλεγχο για τις δημογραφικές μεταβλητές, η σύνδεση της κατάθλιψης με την αϋπνία ήταν μεγαλύτερη από εκείνη της έντασης του πόνου με την αϋπνία. Στην κλινική πράξη, οι γιατροί θα πρέπει ταυτόχρονα να εξετάσουν και να διαχειριστούν την κατάθλιψη, το άγχος και την ένταση του πόνου της οσφυαλγίας στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και αϋπνία (Hsin-Yu Wang et al, 2016).

Έχει παρατηρηθεί πως στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία εκτός από ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, άγχος ,στρες κ.α. παρουσιάζονται αρκετά συχνά και διαταραχές ύπνου. Μελέτες έχουν διερευνήσει την επικράτηση και την σοβαρότητα της αϋπνίας σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία .Η ένταση του πόνου βρέθηκε να είναι ένας από τους πιο σημαντικούς

παράγοντες που σχετίζονται με την αϋπνία μεταξύ των ασθενών με χρόνια μυοσκελετικό πόνο. Κατ' αρχάς, για τους περισσότερους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, ο πόνος είναι ο κύριος λόγος για να ζητήσουν βοήθεια και πιστεύεται ότι είναι ο πιο πιθανός παράγοντας που σχετίζεται με την διαταραχή του ύπνου (Bahouq et al.,2013; Lavigne, et al.,2011). Αντίθετα, η κατάθλιψη θα μπορούσε εύκολα να παραμεληθεί για δύο λόγους: 1) για το αρνητικό στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές, μπορούν να προκαλέσουν στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία να κρύψουν το πρόβλημα της διάθεσης τους, και 2) οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη. Μερικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η έλλειψη κινήτρων, η κόπωση, η δυσκολία συγκέντρωσης, μπορεί να έχουν επίδραση στην αϋπνία ή και στον πόνο (Hung et al.,2006).

Η αϋπνία, η οποία προκαλεί στρες και λειτουργικές διαταραχές, μπορεί να θεωρηθεί ως μια από τις κύριες αιτίες και συνδέεται και με άλλες ιατρικές ή ψυχιατρικές διαταραχές. Μεταξύ των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, η επικράτηση της αϋπνίας κυμαίνεται από 50% έως 90% (Smith et Haythrnthwaite, 2004). Η αϋπνία επηρεάζει την ποιότητα της ζωής, την καθημερινή λειτουργία, και την ανάρρωση των ασθενών. Στην πραγματικότητα, η σωματική και την ψυχική δυσφορία, καθώς και η κοινωνική ζωή και η εργασία αποδιοργανώνονται λόγω της χρόνιας οσφυαλγίας και επιβαρύνονται από την κακή ποιότητα του ύπνου (Gore et al.,2006; Marin et al.,2006; Siengsukon et al.,2013).

Συμπερασματικά, υποστηρίζεται ότι ο χρόνιος πόνος ευθύνεται τόσο για την πυροδότηση της καταθλιπτικής όσο και της αγχώδους διαταραχής. Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών ασθενειών όπως του άγχους, της κατάθλιψης ή κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής αλλά και ψυχολογικών αιτιών όπως της στεναχώριας, της συναισθηματικής πίεσης ή έντασης, των διαπροσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το άτομο υποφέρει από χρόνιο πόνο και ο χρόνιος πόνος με την σειρά του οδηγεί το άτομο σε μείωση της λειτουργικότητας του. Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη όρεξη η οποία καταλήγει σε αδυναμία και έλλειψη δραστηριοποίησης. Επιθυμεί να κοιμάται κατά την διάρκεια της ημέρας επειδή ο πόνος εμποδίζει την φυσιολογική διαδικασία του ύπνου τις βραδινές ώρες με αποτέλεσμα να απομονώνεται από το κοινωνικό περιβάλλον εξαιτίας της αυξημένης ανάγκης για ξεκούραση. Ενώ, το μυϊκό σύστημα επιβαρύνεται πολλαπλασιάζοντας τις πιθανότητες να εμφανιστούν διάφορα προβλήματα στον οργανισμό του. Επιπροσθέτως, ο χρόνιος πόνος υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής κι περιορίζει τη δυνατότητα πνευματικής συγκέντρωσης, άσκησης, δραστηριότητας ατομικής και κοινωνικής αλλά και του ύπνου και της ανάπαυσης. Όλα αυτά οδηγούν στο συχνό φαινόμενο της κατάθλιψης, η οποία είναι η πιο συχνή αντίδραση στο χρόνιο πόνο μαζί με το άγχος.

Πίνακας1. Περιγραφή επιδημιολογικών μελετών

ΜΕΛΕΤΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΧΩΡΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
TsujiToshinaga et al,2016	Διερεύνηση κατάθλιψης και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και η κατάθλιψη σε σχέση με την εργασία	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ευεξίας, Ιαπωνία 2014	Συμμετέχοντες:30.000 Μέσος όρος ηλικίας: >18 Γυναίκες:44%	Για την κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο υγείας PHQ-9 το οποίο αξιολογεί την καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου, έλλειψη ενέργειας, διαταραχές όρεξης, αρνητικά αισθήματα, δυσκολία στην συγκέντρωση και σκέψεις για αυτό-τραυματισμό. επίσης αξιολογείται ο πόνος με βάση την ποιότητας ζωής στην	Η κατάσταση της οσφυαλγίας κυμαινόταν ήπια(47%), μέτρια(44%), πολύ σοβαρή(9%). Οι περισσότεροι ανέφεραν προβλήματα πόνου καθημερινά, λόγω του ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με έντονα και υψηλά επίπεδα πόνου σε σχέση με την ποιότητας ζωής που είχε χαμηλά αποτελέσματα εργασίας και αυξημένη υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και κατάθλιψη είχαν

				εργασία και την περιθαλψη της υγείας. Οι ασθενείς με κατάθλιψη ήρθαν σε σύγκριση με ασθενείς που δεν είχαν κατάθλιψη χρησιμοποιώντας το t-test και το chi-square για τις μεταβλητές.	χειρότερη ποιότητα ζωής από αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δημιουργεί υψηλά ποσοστά απουσίας από την εργασία και μείωση της δραστηριότητάς τους. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με χρόνια οσφυαλγία και κατάθλιψη χρησιμοποιούσαν παυσίπονα (55,7%) οι οποίοι υπέφεραν πάρα πολύ και δεν υπήρχε άμεσο αποτέλεσμα και το 35,8% ήταν χωρίς κατάθλιψη
Cunha rafaela et al,2008	Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία.	Τμήμα Ορθοπαιδικής εξωτερικά ιατρεία, Βραζιλία	Συμμετέχοντες: 120 Μέσος όρος ηλικίας: <18	Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Spitzer για σύγκριση με τα ερωτηματολόγια SF-36 και το RollandMorris το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως για μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνια οσφυαλγία αλλά και σε πολλές χρόνιες παθήσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν είναι 1) Spitzer για το ιατρικό αποτέλεσμα 2) Shortform-36 και το 3) SF-36 για την έρευνα της υγείας 3) το ερωτηματολόγιο RollandMorris για την ικανότητα του ασθενή.	Με το ερωτηματολόγιο Spitzer πέτυχε πολύ καλά αποτελέσματα σε σχέση με τις ψυχολογικές μετρήσεις σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Υπήρχε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο Spitzer και το SF-12 και μία αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο Spitzer και το Rolland-Morris.

ΜΕΛΕΤΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΧΩΡΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Stubbs Brendon et al,2016	Η διερεύνηση της οσφυαλγίας και η σχέση με την κατάθλιψη, την ψύχωση, το άγχος, και τις διαταραχές ύπνου	Παγκόσμια έρευνα 2002-2004 σε 70 χώρες	Συμμετέχοντες: 190.593 Μέσος όρος ηλικίας: 16(38,4) Γυναίκες: 50,7%	1) Καταθλιπτικό επεισόδιο για 2 εβδομάδες 2) καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς διάρκεια 2 εβδομάδων 3) καταθλιπτικό επεισόδιο για 2 εβδομάδες για σχεδόν όλη μέρα 4) ερωτήθηκαν σε ερωτήσεις ψυχολογικού περιεχομένου 5) ερωτήθηκαν για προβλήματα του ύπνου 6) ερωτήθηκαν για το άγχος και την ευαισθησία	Υψηλότερα ποσοστά πόνου εμφανίστηκαν στο Μαρόκο με (16,5%) και στο Νεπάλ με (16,4%) ενώ με χαμηλότερο ποσοστό στο Μανμιάρ με (0,6%). Όσοι είχαν χρόνια πόνο στην πλάτη είχαν μεγαλύτερη εμφάνιση της κατάθλιψης, της ψύχωσης, του άγχους και της ευαισθησίας, και διαταραχές του ύπνου.
Mathew Justin et al,2013	Η ανάλυση και η αξιολόγηση του προσωπικού και ψυχοκοινωνικού κόστους της χρόνιας οσφυαλγίας	Νοσοκομείο Campus στο Σύδνεϊ της Αυστραλίας τον Φεβρουάριο του 2008	Συμμετέχοντες :38 Μέσος όρος ηλικίας: >18	1) Η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) 2) Το ερωτηματολόγιο Short form 36 (έρευνα υγείας) 3) Η κλίμακα DASS-21 4) Έγινε στατιστική ανάλυση του δείγματος με την μορφή t-test	Μετά την έναρξη της οσφυαλγίας εμφάνισαν αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους σε σχέση με πριν που δεν είχαν πόνο. Επίσης, με την έναρξη της οσφυαλγίας αυξήθηκαν οι μέρες απουσίας της εργασίας λόγω του πόνου κατά 40%, το 50% απουσίασε πάνω από τρεις μήνες, το 30% σταμάτησε τελείως την εργασία και το 20% απουσίασε 11-20 μέρες, το 10% είχε μείωση της παραγωγικότητας, το 45% είχε μείωση στις επιχειρηματικές ευκαιρίες, το 20% των ατόμων είχαν δαπάνες για αζονική τομογραφία, MRI, CT

<p>Harter Martin et al, 2001</p>	<p>Αν η διερεύνηση των ασθενών με ψυχολογικές διαταραχές έχει κλινική σημασία στην αποκατάσταση.</p>	<p>Νοσοκομείο στη Νότια Γερμανία</p>	<p>Συμμετέχοντες: 206 Μέσος όρος ηλικίας: 48 (εύρος 22 ± 70) Γυναίκες:51% του δείγματος</p>	<p>1) GHQ-12 ερωτηματολόγιο για την παγκόσμια επιβάρυνση της γενικής υγείας 2) HAD ερωτηματολόγιο για την ψυχολογική κατάσταση πασχόντων ασθενών 3)DSM-IV εξετάστηκαν για τις ψυχικές διαταραχές 4) Rock-curve σύγκριση ερωτηματολογίων με ψυχικές διαταραχές</p>	<p>Ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο HAD και στο ερωτηματολόγιο GHQ-12 ήταν υψηλότερη η βαθμολογία στους ασθενείς με ψυχιατρική διάγνωση σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ψυχιατρική διάγνωση 2) Στους ασθενείς με κατάθλιψη οι τιμές ήταν υψηλότερες σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στους ασθενείς με άγχος οι τιμές ήταν υψηλότερες σε σύγκριση μ' αυτούς που δεν έχουν άγχος • Οι σωματικές διαταραχές ήταν υψηλότερες σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν σωματικές διαταραχές <p>3)Στην ανάλυση της ψυχικής διαταραχής υπάρχει ευαισθησία και χαμηλότερες τιμές στο ερωτηματολόγιο HAD και GHQ-12 των ψυχικών διαταραχών 3)Στην ανάλυση Rock-curve το ερωτηματολόγιο HAD και GHQ-12 έχουν χαμηλότερες τιμές στις σωματικές διαταραχές.</p>
<p>Ellegaard Hanne et al,2012</p>	<p>Διερεύνηση της χρόνιας οσφυαλγίας με την κατάθλιψη</p>	<p>Νότια Δανία</p>	<p>Συμμετέχοντες: 130 Μέσος όρος ηλικίας:18-60</p>	<p>1) κλίμακα για την κατάθλιψη (0-10) 2)κλίμακα για τον πόνο στην οσφύ (0-10)</p>	<p>Όταν υπάρχει πόνος αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψη.Έγινε σωματική και ψυχική θεραπεία σε έξι ασθενείς, με αποτέλεσμα να νιώσουν καλύτερα και παρατηρήθηκε μείωση του άγχος.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ποιότητα ζωής

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η έννοια της ποιότητας της ζωής και η σύνδεσή της με την υγεία καθώς επίσης και ερωτηματολόγια και κλίμακες αξιολόγησης της γενικής υγείας.

4.1 Έννοια της ποιότητας ζωής

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ένα ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της (Υφαντοπούλου,2001a).

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών, θεωρώντας ως επίκεντρο παραμέτρου, όπως η ψυχολογική ευεξία και η ικανοποίηση από την ζωή και αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σήμερα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και μελετάται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Παρόμοιες μελέτες για την έρευνα της ποιότητας ζωής έχουν γίνει και για τους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Επομένως είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ποιότητας ζωής. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε στοχαστής ή μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα. Πρώτα ο Αριστοτέλης ο μεγαλύτερος στοχαστής και φιλόσοφος της Αρχαιότητας ασχολήθηκε με την έννοια της ποιότητας της ζωής. Έτσι, η πρώτη εμφάνιση της έννοιας είναι στα « Ηθικά Νικομάχεια » όπου ο Αριστοτέλης (384-322 π.χ.) με τη λέξη ευδαιμονία προσπαθεί να αποδώσει το περιεχόμενο του όρου της ποιότητας ζωής. Πιστεύει πως η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες ζωής του καθενός.

Πολύ αργότερα, ο Shaw (1900) μετέφρασε τον όρο ευδαιμονία με την λέξη ευτυχία. Σύμφωνα με αυτόν, η ευτυχία δεν είναι αντικειμενικός σκοπός της ζωής, είναι η ίδια αυτοσκοπός και η γενναιότητα συνίσταται στην διάθεση που έχει κάποιος να θυσιάσει την ευτυχία για μια ποιο ουσιαστική ποιότητα ζωής. Ο όρος εμφανίστηκε πάλι μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, όπου με την οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε, τη χρήση των καταναλωτών αγαθών και τη διακίνηση του χρήματος, καλλιεργήθηκε η προσδοκία της «ποιότητας ζωής». Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η έννοια να ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς εξέφραζε την

κατοχή κυρίως υλικών αγαθών και χρήματος. Στις επόμενες δεκαετίες το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση καθώς και την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ισορροπία και ευεξία.

Οι Young και Longman υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, η γειτονία, οι εργασίες στο σπίτι, η απασχόληση, η ζωή σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον, η στέγαση, η παιδεία, το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης και η οικονομική άνεση (Young & Longman, 1983).

Ενώ από ορισμένους συγγραφείς έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (Mc Call, 1975).

Ο καθοριστικός ορισμός για την ποιότητα ζωής στην υγεία από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948, (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 1998; 2003) έδωσε έμφαση σε τρεις διαστάσεις στο πλαίσιο της ασθένειας σωματική, την ψυχική και την κοινωνική, ξεκαθαρίζοντας το περιεχόμενο του όρου. Βέβαια, σήμερα, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας. Θεωρητικά, η ποιότητα ζωής ορίζεται από την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή ζωή των ατόμων και τη διατήρηση της υγείας. Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερεύνητους (WHO, 1991; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις, την ορίζουν ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια ποιότητα ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Bowling, 1997; Mooney, 2006).

4.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Επειδή η σωματική και ψυχολογική υγεία αποτελεί ένα μέρος του προσδιορισμού του επιπέδου ζωής ενός ατόμου, οι ερευνητές στις ιατρικές επιστήμες επινόησαν τον όρο «Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα ζωής», που αφορά στην επικέντρωση στην αξιολόγηση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας και κοινωνικής ευημερίας (Hunt 1997; Wood-

Dauphinee 1999; Mooney 2006). Πιο συγκεκριμένα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μία μέθοδος εξέτασης της επίδρασης του πόνου και διάφορων ασθενειών στη σωματική, ψυχολογική, και κοινωνική υγεία του ατόμου (Hunt, 1997; Wood-Dauphinee, 1999; Fontaine and Barofsky 2001; Miguel et al. 2008; Mooney 2006). Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αλλά αντίθετα χαρακτηρίζεται ως ένας κλάδος της ποιότητας ζωής που εστιάζεται περισσότερο στην εκτίμηση της υγείας με την ευρύτερη έννοιά της (Fitz Patrick et al. 1998; Chen et al. 2005, Garratt et al. 2002, Miguel et al. 2008). Γι' αυτό τον λόγο, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών από τον χώρο της υγείας. Αυτό το ενδιαφέρον σχετίζεται με το ότι η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, προσφέρει μία σφαιρική και ολοκληρωμένη εικόνα των επιπτώσεων των νόσων στο άτομο, σε αντίθεση με τις φυσιολογικές και κλινικές εξετάσεις, που ανιχνεύουν συνήθως μόνο τα προβλήματα υγείας (Guyatt et al., 1993; Fontaine and Barofsky, 2001; Haywood et al., 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε έναν ασθενή μπορεί να αναδείξει την επίδραση της νόσου στη σωματική και ψυχοκοινωνική του υγεία, το οποίο δεν είναι δυνατόν να διερευνηθεί μόνο με την κλινική εξέταση. Ουσιαστικά, η εκτίμηση της ολοκληρώνει την κλινική αξιολόγηση, προσθέτοντας το σημαντικό στοιχείο της υποκειμενικής εκτίμησης της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας από τον ίδιο τον ασθενή. Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι το ευρύ φάσμα των πληροφοριών για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να συμβάλει (α) στη γνώση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των νόσων, (β) στην κατανόηση των αιτιών για τις οποίες οι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια νόσο, καθώς και (γ) στην ανάπτυξη κλινικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των νόσων στην υγεία (Fontaine and Barofsky, 2001, Guyatt et al., 1993). Η σπουδαιότητα εκτίμησης της για τον χώρο της υγείας αναδεικνύει την αναγκαιότητα μελέτης και τεκμηρίωσης των μεθόδων αξιολόγησής της.

Η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται από τη φυσική υπόσταση και τη σωματική υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν, καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Η υγεία αναγνωρίζεται, σύμφωνα με νεότερες θεωρίες, ως ένας μόνο από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής (Σαρρής et Υφαντόπουλος, 2001). Από τους πολλούς ορισμούς και τις διαφορετικές προσεγγίσεις, αξιολόγησης της ποιότητας ζωής γίνεται κατανοητό ότι αποτελεί μία ευρεία έννοια που σχετίζεται θετικά με αρκετούς παράγοντες, όπως η φυσική και ψυχολογική υγεία, η κοινωνική ευημερία, οι κοινωνικές σχέσεις και υποστήριξη, τα συναισθήματα, το επίπεδο της προσωπικής ανεξαρτησίας, οι προσωπικές αξίες και οι σχέσεις με το περιβάλλον (Mc Auley & Morris, 2007; Mooney, 2006; Rejeski & Mihalko, 2001). Επίσης, η οικογενειακή ζωή, η ικανοποίηση από την εργασία και τη ζωή γενικότερα, η εκπαίδευση, η κοινωνική και πνευματική επίτευξη, η οικονομική και πολιτική κατάσταση και το περιβάλλον θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής (Mooney, 2006; WHO, 1998; WHO, 2003).

Μία άλλη ταξινόμηση των παραγόντων επιχειρήθηκε από τον Flanagan, ο οποίος εντόπισε δεκαπέντε παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους και ταξινόμησε σε πέντε μεγάλες κατηγορίες: σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση, ασφάλεια και υγεία), σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες), προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη και αυτογνωσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία) και τέλος ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής). Αν οι εν λόγω τομείς βαίνουν καλώς, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και συνεπώς, και η ποιότητα ζωής (Flanagan, 1978; Υφαντόπουλος, 2001a).

4.3 Όργανα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με την χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολόγια. Τα περισσότερα όργανα εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές και διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, εργασιακό τομέα, ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής, όπως το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες για απασχόληση, ψυχαγωγία και εκπαίδευση (Garratt et al., 2002).

Υπάρχουν περισσότερα από 800 εργαλεία μέτρησης της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Australian Centre on Quality of Life). Η σύνταξη των ερωτηματολογίων αυτών εστιάζει κατά περίπτωση στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου (γενικά ερωτηματολόγια) ή σε επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων στην ποιότητα ζωής (ειδικά ερωτηματολόγια). Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε κλινικές πρακτικές, σε μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας που προέρχεται από την οικονομική επιστήμη και τη θεωρία των αποφάσεων, ή και σε συνδυασμό αυτών των τεχνικών (Παπαδόπουλος και συν. 2007; Θεοδωροπούλου και συν., 2012). Το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια αυτά μετράει, περισσότερο ή λιγότερο, το σύνολο ή επιμέρους διαστάσεις της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Αρκετά από τα ερωτηματολόγια αυτά είναι μεταφρασμένα και έγκυρα και στην ελληνική γλώσσα. Η θεώρηση της ποιότητας της ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από τον ίδιο το άτομο με υποκειμενικά κριτήρια, αλλά και αντικειμενικά, όπου καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Το παραδοσιακό θεωρητικό μοντέλο της ποιότητας της ζωής βασίζεται κυρίως σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό ανάμεσα τους. Θεωρείται όμως ότι πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν και οι ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου. Η ποιότητα της ζωής χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν ως στόχο την βελτίωση της ψυχικής υγείας (Yfandopoulos et al. 2001a).

4.4 Ερωτηματολόγια και Κλίμακες αξιολόγησης Γενικής Υγείας

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμολογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης και ικανοποίησης του ασθενούς από την έκβαση της θεραπείας. Ορισμένα στοχεύουν στην εκτίμηση μίας μόνο δραστηριότητας, ενώ άλλα στην έκβαση ενός συγκεκριμένου νοσήματος μιας παρέμβασης. Άλλα είναι πολυδιάστατα,

αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Καθένα έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς. Τα όργανα μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους νοσημάτων, ανικανοτήτων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών. Τα όργανα, τα οποία χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά για το σκοπό αυτό είναι η επισκόπηση υγείας SF-36, η επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol), η επισκόπηση υγείας EQ-15D, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας κ.ά. (Yfantopoulos et al.2001a-b).

Τα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής βασίζονται σε μία ευρεία και γενικευμένη αντίληψη της ποιότητας ζωής. Αξιολογούν πολλαπλές πλευρές του επιπέδου υγείας, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο ή τη νόσο των ατόμων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλο τον πληθυσμό και διευκολύνουν τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων του γενικού πληθυσμού ή μεταξύ των πληθυσμών των χωρών. Εστιάζουν σε μία γενική θεώρηση για την υγεία και δεν είναι ευαίσθητα για καταγραφή ιδιαίτερων προβλημάτων που χαρακτηρίζουν μία συγκεκριμένη ασθένεια. Αποδίδουν μία ενιαία τελική βαθμολογία ή ένα βαθμό για κάθε διάσταση ξεχωριστά (Yfantopoulos ,2001a; Thomas et al.,1994).

Μερικά από τα κυριότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι τα παρακάτω.

- **Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey)**

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware (Ware et al.1992) προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μίας κατηγορίας ασθενών .Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές για κάποια αρρώστια ή θεραπεία. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες ,από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις η καθεμία: α) Σωματική Λειτουργικότητα, β) Ρόλος-Σωματικός, γ) Σωματικός Πόνος, δ) Γενική Υγεία, ε) Ζωτικότητα, στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα, ζ) Ρόλος-Συναισθηματικός Και η) Ψυχική Υγεία. Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Σε καθεμιά από τις οκτώ κλίμακες αξιολόγησης αντιστοιχεί συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων κλειστού τύπου με διατυπωμένες απαντήσεις. Το εύρος των επιλογών στις απαντήσεις κυμαίνεται από 2–5 διαβαθμίσεις (π.χ. υπάρχουν ερωτήσεις όπου η απάντηση είτε έχει δύο επιλογές, «Ναι» ή «Όχι», είτε τρεις επιλογές: (α) «Ναι, με περιορίζει πολύ», (β) «Ναι, με περιορίζει λίγο», (γ) «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου», είτε πέντε επιλογές: (α) «Καθόλου», (β) «Ελάχιστα», (γ) «Μέτρια», (δ) «Αρκετά» και (ε) «Πάρα πολύ» (Ware, Sherbourne,1992,; Mc Horney, Ware, Racjek, 1993).

Η επισκόπηση Υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτο-συμπλήρωση, και για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α και της Ε.Ε. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά ενώ

διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα .Η ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της Ποιότητας Ζωή και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Keller et al.,1998,;Merkus1999; Mingardi et al., 1999).

Στην Ελλάδα διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα με το συντελεστή Cronbach's alpha να υπερβαίνει το 0,70.Ενδεικτικά, ο ελληνικός μέσος όρος βαθμολογίας στις οκτώ κλίμακες για υγιείς, ηλικίας 55–65 ετών, αστικής προέλευσης είναι στη Σωματική λειτουργικότητα(Σλ):74,82, στο Σωματικό Ρόλο (ΣΡ): 76,04, στο Σωματικό Πόνο (ΣΠ):71,17,στη Γενική Υγεία (ΓΥ): 60,85, στη Ζωτικότητα (Ζ): 62,93, στην Κοινωνική λειτουργικότητα (Κλ): 80,52, στο Συναισθηματικό Ρόλο (ΣΡ):78,19 και στη Διανοητική Υγεία (ΔΥ): 66,93 (Παππά .,2006;Κοντοδημόπουλοςκαι συν.,2004).

- **Ερωτηματολόγιο SF-12**

Το ερωτηματολόγιο SF-12 σχεδιάστηκε σαν μία πιο σύντομη εναλλακτική του SF-36.Σκοπός ήταν να χρησιμοποιηθεί σε πιο εκτεταμένες μελέτες, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας, αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα. Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ. Η συμπεριφορά των δύο διαστάσεων μελετήθηκε αρχικά σε εννέα γλώσσες και συνεστήθη η χρησιμοποίηση της αμερικάνικης κλίμακας στη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Ware et al .,1996; Montazeri et al .,2011).

- **Κλίμακα HAD**

Το ερωτηματολόγιο HAD περιέχει 14 ερωτήσεις και αποτελείται από δύο κλίμακες, μία για το άγχος (επτά ερωτήσεις) και ένα για την κατάθλιψη (επτά ερωτήσεις). Όλα τα είδη βαθμολογήθηκαν σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων 0-3 (Zigmond & Snaitth,1983).Αναπτύχθηκε για ασθενείς με σωματική ασθένεια και βρέθηκε να είναι ένα αξιόπιστο μέσο για την ανίχνευση της σοβαρότητας της συναισθηματικής δυσφορίας (Herrman, 1997; Michopoulos,et al.2008).

- **EuroQol (EQ-5D)**

Μελετά τη φυσική, την κοινωνική και τη συναισθηματική– ψυχική διάσταση μέσα από πέντε τομείς (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, εκτέλεση 15 συνήθων δραστηριοτήτων, πόνος-δυσφορία και άγχος– κατάθλιψη), οι οποίοι διαβαθμίζονται σε τρία επίπεδα (κανένα, μερικό και σημαντικό πρόβλημα) Αποτελείται από εύκολες στην κατανόηση και απάντηση ερωτήσεις, αλλά δεν παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία και γι' αυτό θα πρέπει να συνοδεύεται από άλλα πιο αναλυτικά γενικά ή ειδικά όργανα(Σαρρής και συν 2001; Sintonen.,2001)

- **EuroQol (EQ-15D)**

Προσομοιάζει με τη φιλοσοφία του (EQ-5D), με τη διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής (κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα), που η κάθε μία αξιολογείται σε πέντε επίπεδα (Σαρρής και συν 2001; Sintonen,2001),

- **Nottingham Health Profile (NHP)**

Σκοπεύει στη σύντομη και περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της υγείας, μέσα από έξι διαστάσεις (ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και φυσική κινητικότητα) και επτά πεδία επιδόσεων που επηρεάζονται από την υγεία (φροντίδα οικίας, εργασία, κοινωνική, οικιακή και σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα και αναψυχή).Οι απαντήσεις είναι θετικές ή αρνητικές και η βαθμολόγηση γίνεται με ειδικούς συντελεστές βαρύτητας με τους οποίους πολλαπλασιάζονται οι επιμέρους απαντήσεις. Η υψηλή βαθμολογία υπονοεί την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων. Το όργανο διαθέτει καλή αξιοπιστία, εγκυρότητα και ευαισθησία και χρησιμοποιείται ευρέως παρά το γεγονός ότι διερευνά μόνο τις αρνητικές πλευρές της υγείας (Haywood et al. 2005,;Hunt et al. 1981).

- **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-GHQ)**

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από τον Goldberg το 1972 και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη με 28, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν: α) τα σωματικά συμπτώματα, β) το άγχος και την αϋπνία, γ) την κοινωνική δυσλειτουργία και δ) τη σοβαρή κατάθλιψη .Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Επιδεικνύει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική και ψυχική υγεία, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος , Σαρρής , 2001).

- **Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile – SIP)**

Μελετούνται σε 136 ερωτήσεις η σωματική και η ψυχο-κοινωνική λειτουργικότητα. Οι απαντήσεις είναι θετικές ή αρνητικές και η βαθμολογία υπολογίζεται με βάση σταθμισμένους δείκτες, σύμφωνα με τους οποίους έχει ληφθεί υπόψη η ειδική βαρύτητα κάθε ερώτησης. Η τελική βαθμολογία μπορεί να εκφραστεί είτε ως σύνολο είτε ως βαθμολογία στις δύο κατηγορίες λειτουργικότητας. Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες κατηγορίες ασθενών, αλλά είναι χρονοβόρο και κοπιαστικό στην εφαρμογή του (Υφαντόπουλος , Σαρρής , 2001).

- **Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας (Health Utility Index - HUI)**

Μετρά τη συνολική κατάσταση υγείας και τη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) ατόμων, πληθυσμών, αλλά και κλινικών ομάδων. Ο δείκτης αυτός αναζητά συσχέτιση της ΣΥΠΖ με οκτώ παραμέτρους (όραση, ακοή, ομιλία, κινητικότητα, επιδεξιότητα, επίγνωση, συναίσθημα και πόνος-δυσφορία). Η βαθμολόγησή του εκφράζεται σε ποσοστιαία κλίμακα και είναι ανάλογη της κατάστασης υγείας των ατόμων. Μετρά τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές πτυχές της υγείας και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις(Frank, , et al.,2004).

- **Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας (General Health Rating Index - GHRI).**

Βαθμολογεί σε έξι υποκλίμακες τις παρακάτω διαστάσεις αντίληψης για την υγεία: περασμένη, παρούσα και μελλοντική υγεία, ανησυχία και ενδιαφέρον για την υγεία, αντοχή ή ευαισθησία στην αρρώστια και τάση θεώρησης της ασθένειας ως έκφανση της ζωής. Πέρα από τη χρήση του στη γενική μέτρηση της υγείας, χρησιμοποιείται στην εκτίμηση της κατ' οίκον φροντίδας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Είναι όργανο εύκολο στη χρήση του, με υψηλή αξιοπιστία και ακρίβεια και μπορεί να ανιχνεύσει ατομικές διαφορές ή αλλαγές στη φυσική και ψυχική υγεία και ως εκ τούτου να προβλέψει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Davies, Ware,1981).

- **Κλίμακα Γενικής Ευεξίας (General Well-Being Scale)**

Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων βαθμολογούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα. Μελετά τη γενική υγεία και την διακρίνει σε επτά κατηγορίες. Αποτελεί έναν πολύ αδρό δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής (Frank et al.,2004).

- **Δείκτης Λειτουργικότητας του WHO (World Health Organisation) (The WHO Performance Status)**

Αποτελείται από πέντε βαθμίδες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας (0: χωρίς περιορισμούς έως 4: εντελώς ανίκανος), χωρίς να αποφέρει καμία εκτίμηση για την ψυχοκοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος , Σαρρής , 2001).

- **Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Index)**

Επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας, βασιζόμενος σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0-100, με 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας. Η ποιότητα ζωής θεωρείται ανάλογη της ποσοστιαίας βαθμολογίας. Το όργανο αυτό, παρά την εκτεταμένη χρήση του, αποφέρει μια πολύ αδρή εκτίμηση της ποιότητας ζωής(Υφαντόπουλος , Σαρρής , 2001).

- **Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (The Spiritual Well-being Scale)**

Ερευνά την ατομική, θρησκευτική και υπαρξιακή πνευματική ευεξία, μέσα από 22 στοιχεία. Χρησιμοποιείται για τη μελέτη κλινικών περιστατικών αλλά και της γενικής υγείας. (Cotton,1999).

- **Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs)**

Αποτελούν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους– χρησιμότητας για την κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής (Klarman et al.,1968;Fanshel et al.,2014).

Συμπερασματικά, τα πιο αξιόπιστα και έγκυρα ερωτηματολόγια και αυτά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι το SF-12, το SF-36, το HAD, το Nottingham Health Profile,το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, η Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας και ο Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας.

4.5 Ποιότητα ζωής και οσφυαλγία

Η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί ένα συχνό σύμπτωμα στον γενικό πληθυσμό και συνδέεται με μια σειρά από επιβλαβείς συνέπειες, όπως μείωση της ποιότητας ζωής (Kent et al.,2005).

Ο πόνος είναι το πρωταρχικό πρόβλημα σε ασθενείς με οσφυαλγία (Deyo,1998; Yiengprugsawan et al.,2014) και είναι μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία, η οποία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, περιλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί στον καθημερινό κοινωνικό του ρόλο με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι άνθρωποι που ζουν με μόνιμο πόνο, έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος , και παραπάνω από 2 φορές πιο πιθανό να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στην εργασία τους, σε σύγκριση με αυτούς που δε βιώνουν κάποιο πόνο (Gureje et al.,1998;Yiengprugsawan et al.,2014).

Επίσης αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει ότι το πόνος επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, περιλαμβανομένης της φυσικής λειτουργίας, των καθημερινών δραστηριοτήτων, του κοινωνικού ρόλου ,της ενέργειας και της κόπωσης, καθώς και των συναισθηματικών λειτουργιών (Becker et al.,1997; Yfantopoulos et al.2001). Γενικά, ο χρόνιος πόνος, όταν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση σε όλους τους τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αναφέρουν χαμηλότερες επιδόσεις σε όλες τις διαστάσεις της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, συγκρινόμενοι με υγιείς ή με άλλες ομάδες ασθενών ενώ το φύλο, η διάρκεια και η ένταση του πόνου είναι προγνωστικοί παράγοντες της φυσικής διάστασης της υγείας (Dysvik et al ,2004). Τέλος, υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν τη μεγάλη επίδραση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Nickel et al, 2003), όπως επίσης και την αρνητική επίδραση ψυχολογικών παραγόντων και μιας συναισθηματικής αστάθειας στο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα ασθενών με δισκογενή, χρόνια οσφυαλγία, μέσω της επίδρασης στο SF-36 (Derby et al, 2005).

Μέθοδος

5.1 Σκοπός ερευνητικής μελέτης

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την διαταραχή της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής με αποτέλεσμα οι ασθενείς να βιώνουν συχνά κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου, κόπωση και μειωμένη σωματική και διανοητική λειτουργία. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση παραμέτρων ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Πιο συγκεκριμένα να παρουσιαστεί πως η χρόνια οσφυαλγία επηρεάζει αρνητικά και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία αυτών των ασθενών.

5.2 Δείγμα

Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελούνταν από 49 εθελοντές ενήλικες άνδρες και γυναίκες με οσφυαλγία, οι οποίοι ενημερώθηκαν για την σπουδαιότητα και για το σκοπό της έρευνας και ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και τα στοιχεία τους απόρρητα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να υπογράψουν ένα έντυπο συναίνεσης συμμετοχής τους στην έρευνα, με δεδομένο την άμεση αποχώρησή τους αν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Δεκέμβριο του 2015 έως Απρίλιο του 2016 (βλέπε παράρτημα)

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε από δύο τελειόφοιτες φοιτήτριες, οι οποίες ανέλαβαν να μοιράσουν από 25 ερωτηματολόγια στον ευρύτερο κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, κυρίως σε άτομα που παρουσίαζαν χρόνια οσφυαλγία. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στην περιοχή της Αθήνας και στην περιοχή της Αργολίδας. Για την έρευνα επιλέχθηκαν κυρίως άτομα που είχαν οσφυαλγία για διάστημα μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες και όπως παρατηρήθηκε η πλειοψηφία των εθελοντών παραπονοιόταν για ενοχλήσεις και πόνους στην μέση για μεγάλο χρονικό διάστημα (1-2 χρόνια)

Τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν άτομα ηλικίας από 21 έως 71 χρονών που παρουσίαζαν πόνους στην μέση για διάρκεια μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες, επίσης έπρεπε να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα, ώστε να μπορούν να διαβάσουν κατανοούν και να απαντήσουν τις ερωτήσεις. Από την έρευνα αποκλείστηκαν ασθενείς με σοβαρές παθολογίες στην σπονδυλική στήλη, έγκυες γυναίκες, άτομα με προβλήματα κεντρικού νευρικού συστήματος και άτομα που δεν είχαν πνευματική διαύγεια.

5.3 Όργανα /εργαλεία μέτρησης

Για τις ανάγκες της παρούσα ερευνητικής μελέτης τα κυρίως όργανα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ώστε να εξαχθούν τα απαραίτητα αποτελέσματα ήταν διάφορα ερωτηματολόγια σχετικά με την γενική υγεία, την οσφυαλγία, την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία. Όλα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν έγκυρα και επίσημα μεταφρασμένα στα Ελληνικά.

Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια και οι φόρμες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής:

- ❖ Μια φόρμα αξιολόγησης, η οποία αποτελούταν από ένα
 - Έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης εθελοντή
 - Ιστορικό ασθενούς (χρησιμοποιήθηκαν μία σειρά από σχετικές ερωτήσεις, οι οποίες έχουν βρεθεί ότι είναι αξιόπιστες σε προηγούμενη μελέτη (Billis et al. 2012)
 - The Keele STarT Back Screening Tool
 - Maine -Seattle Back Questionnaire
 - Sciatica Bother someness Index
 - Roland Morris Disability Index
 - Κλίμακα HAD
 - SF-12 (Υγεία και ευημερία)
- ❖ Life Style Index
- ❖ WHOQOL-BREF
- ❖ Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh

5.4 Διαδικασία Αξιολόγησης

Για την έρευνα επιλέχθηκαν κυρίως άτομα που είχαν οσφυαλγία για διάστημα μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες και όπως παρατηρήθηκε η πλειοψηφία των εθελοντών παραπονιόταν για ενοχλήσεις και πόνους στην μέση για μεγάλο χρονικό διάστημα (1-2 χρόνια)

Αρχικά, πριν δοθούν τα ερωτηματολόγια στους εθελοντές προηγήθηκε ενημέρωση σχετικά με τον σκοπό και την σπουδαιότητα της έρευνας ,επίσης υπήρχε η δυνατότητα να αποσύρουν την συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή εάν το επιθυμούσαν. Στην συνέχεια, μετά από την ενημέρωση όσοι δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα έδιναν την γραπτή συναίνεσή τους ,συμπληρώνοντας τη σχετική φόρμα.

Πιο αναλυτικά, η φόρμα αξιολόγησης αποτελούταν από 23 γενικές ερωτήσεις για τα ατομικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως το φύλο, η ηλικία ,οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο μόρφωσης, ετήσιο εισόδημα κτλ. Ακολουθεί ένας χάρτης σώματος, όπου προσδιορίζεται η

τοπογραφική κατανομή του πόνου (τοπικού ή/και αντανακλώμενου), η ένταση και η συχνότητά του, καθώς επίσης και αν υπάρχει μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα. Στην συνέχεια υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα του πόνου, με τους παράγοντες επιδείνωσης/ανακούφισης πόνου, 24 συμπεριφορά και χαρακτηριστικά του πόνου, ιστορικό συμπτωμάτων και προηγούμενα επεισόδια, εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή, προηγούμενη τραυματισμοί κτλ (βλέπε παράρτημα)

Επίσης στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε μια σειρά από 9 έγκυρα και διεθνώς αναγνωρισμένα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια, τα οποία ήταν επίσημα μεταφρασμένα στα Ελληνικά και ειδικά για την οσφυαλγία, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα το 1)The Keele STarT Back Screening Tool, 2)Maine -Seattle Back Questionnaire, 3)Sciatica Bother someness Index, 4)Roland Morris Disability Index, 5)Κλίμακα HAD, 6) SF-12, 7)Life Style Index, 8) WHOQOL-BREF, 9) Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh.

5.4.1 Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητα ζωής

Το **ερωτηματολόγιο SF-12** σχεδιάστηκε σαν μία πιο σύντομη εναλλακτική του SF-36. Σκοπός ήταν να χρησιμοποιηθεί σε πιο εκτεταμένες μελέτες, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας, αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει τις τέσσερις διαστάσεις του SF-36 με δύο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και τις υπόλοιπες τέσσερις με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα δώδεκα αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ. Η συμπεριφορά των δύο διαστάσεων μελετήθηκε αρχικά σε εννέα γλώσσες και συνεστήθη η χρησιμοποίηση της αμερικάνικης κλίμακας στη διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έκτοτε, το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Gandek et al, 1998, Ruo et al, 2003, Kontodimopoulos et al, 2007).

Το ερωτηματολόγιο **WHOQOL-BREF**, Το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, αφορά στη μέτρηση της αυτό-αναφερόμενης ποιότητας ζωής και αποτελείται από 26 ερωτήσεις (WHOQOL Group, 2004). Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε 4 διαστάσεις: α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) Κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες εκτιμούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ). Η ελληνική έκδοση αποτελείται από τις αρχικές 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Οι νέες ερωτήσεις αναφέρονται: 1) στη διατροφή, 2) στην ικανοποίηση από την εργασία, 3) στην οικιακή ζωή και 4) στην κοινωνική ζωή (Ginieri – Coccossis et al., 2003). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής. Ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων συμπεριέλαβε: εννοιολογική εγκυρότητα της δομής, διακριτική εγκυρότητα αξιοπιστία επανελέγχου, κλινική ευαισθησία, κ.α. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Ginieri –Coccossis et al., 2003).

5.4.2 Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας

Hospital Anxiety and Depression (HAD) Η κλίμακα HAD αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, καθένα από τα οποία έχει 4 δυνατότητες απάντησης (0-3) (Zigmond & Snaith,1983). Έχει σχεδιαστεί για να μετρά το άγχος και την κατάθλιψη και αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την ποσοτικοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης (Michopoulos et al., 2008 ,Bjelland et al.,2002).

Το **Life Style Index** είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και αποτελείται από 97 ερωτήσεις του τύπου «Ναι-Όχι», στόχος του είναι η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Η πρωτότυπη έκδοση εκτιμά οκτώ μηχανισμούς άμυνας: Απώθηση (Repression), Άρνηση (Denial), Διανοητικοποίηση (Intellectualization), Μετάθεση (Displacement), Παλινδρόμηση (Regression), Προβολή (Projection), Σχηματισμός διά του Αντιθέτου (Reaction Formation) και Υπεραναπλήρωση (Compensation) (Plutchik. et al.,1997).

5.4.3 Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Το **Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)** αποτελεί το πιο συχνό χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την συνολική εκτίμηση της ποιότητας του ύπνου (Cole et al.,2007). Το PSQI αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου για την περίοδο ενός μήνα, μέσω ενός ερωτηματολογίου. Χρησιμοποιούνται διάφορες ερωτήσεις όπως η συνηθισμένη ώρα που κάποιος πάει για ύπνο, τον αριθμό των ωρών που κοιμάται κάποιος πραγματικά κατά την διάρκεια της νύχτας, τον αριθμό των λεπτών που χρειάζονται για να κοιμηθεί, αν αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την διάρκεια του ύπνου κτλ. Το άθροισμα των ερωτήσεων δίνει μία συνολική βαθμολογία, η οποία κυμαίνεται από 0 έως 21, όπου υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν χειρότερη ποιότητα ύπνου. Μια συνολική βαθμολογία > 8,0 υποδεικνύει κακή ποιότητα ύπνου (Buysse .et al.,1989).

5.4.4 Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας

Το **Star Back Screening Tool** είναι ένα σύντομο και πρακτικό εργαλείο για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας και αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία στην κλινική αξιολόγηση για τους ασθενείς με οσφυαλγία, και έχει σκοπό τον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου που απαιτούν στοχευμένη θεραπεία (Jellema et al.,2007). Ο εξεταζόμενος σκεπτόμενος τις 2 τελευταίες εβδομάδες καλείται να

απαντήσει με ένα Συμφωνώ ή Διαφωνώ τα ερωτήματα και λαμβάνει 2 τελικά σκορ αξιολόγησης. Οι ερωτήσεις 1-4 συνδέονται με τον αντανακλώμενο πόνο, την ανικανότητα, τα συνοδά προβλήματα στον ώμο ή στον αυχένα και οι ερωτήσεις 5-9 αφορούν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου (άγχος, φόβο κτλ.) Με βάση το σκορ που προκύπτει οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται σε 3 ομάδες κινδύνου: χαμηλού, μέσου και υψηλού κινδύνου και με βάση αυτό φαίνεται ποιοι έχουν άμεση ανάγκη για φροντίδα ή αποκατάσταση. Το STarT Back Screening Tool θεωρείται ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο και εύκολο κατανοητό από τους ασθενείς (Hill et al, 2008, 2010 , Karstens et al., 2015).

Το **Maine-Seattle Back Questionnaire** αποτελείται από 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι/Όχι) και περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους άτομα με οσφυαλγία ή ισχιαλγία. Αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο. (Atlas et al., 2003). Εντάσσεται στις κλίμακες που εξετάζουν το βαθμό αναπηρίας αλλά απευθύνεται επίσης και σε άτομα με ισχιαλγία και οσφυαλγία λόγω σπονδυλικής στένωσης.

Sciatica Bother someness Index περιλαμβάνει μια σειρά 5 ερωτήσεων, όπου ο ασθενής καλείται να απαντήσει σκεπτόμενος μόνο την εβδομάδα που πέρασε. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει την ένταση των συμπτωμάτων του πόνου και του μούδιασματος στη οσφή και στα κάτω άκρα σε άτομα με ισχιαλγία και αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο (Gronle et al., 2010; Haugen et al., 2007 ; Patrick et al., 1995).

Το **Roland-Morris Disability Index** είναι ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για την οσφυαλγία ,το οποίο μετράει το μέγεθος της ανικανότητας των ασθενών. Αποτελεί μία έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα (Boscainos et al, 2003; Mousavi et al., 2006). Η ελληνική μετάφρασή του έχει επιδείξει την υψηλότερη εγκυρότητα περιεχομένου και την αξιοπιστία του μέσα από έρευνα σε 697 ασθενείς με οσφυαλγία (Boscainos et al, 2003). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τον εαυτό τους άτομα με πόνο στη μέση και κατά πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητά τους από αυτό. Επίσης, είναι μία κλίμακα που μπορεί να προβλέψει το ποσοστό αναπηρίας του κάθε ασθενή μετά την θεραπεία (Riddle et al, 1998). Οι ασθενείς καλούνται να σημειώσουν τις εκφράσεις που περιγράφουν και τη δική τους κατάσταση .Το ερωτηματολόγιο είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ανικανότητα-αναπηρίας ατόμων με οσφυαλγία και οι κλινικοί που το χρησιμοποιούν, ενδιαφέρονται κυρίως για την αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας.

5.5 Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίων

Ο τρόπος με το οποίο χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν μέσω προσωπικής συνέντευξης. Στην αρχή πριν ξεκινήσει η διαδικασία της συνέντευξης έγινε ενημέρωση σχετικά με το θέμα και το σκοπό της έρευνας και την σπουδαιότητα που είχε η συμμετοχής τους. Οι εθελοντές ενημερώθηκαν για το περιεχόμενο των ερωτήσεων και επίσης επισημάνθηκε ότι όλα τα στοιχεία που θα συλλεχθούν ήταν απόρρητα και εμπιστευτικά. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε 49 εθελοντές που παρουσίαζαν χρόνια οσφυαλγία. Αρχικά τους γινόταν η ερώτηση εάν είχαν πόνους στην μέση και για πόσο χρονικό διάστημα ή αν παρουσίαζαν ανάλογα συμπτώματα και στο παρελθόν. Ακολουθούσαν ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με το φύλο, την ηλικία, επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, το ετήσιο εισόδημα,

κάπνισμα, οικογενειακή κατάσταση κλπ. Αφού λήφθηκε το ιστορικό, χορηγήθηκαν τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια .

5.6 Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, η οποία έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS. Προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάλυση των δεδομένων, όλες οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν αρχικά σε ένα αρχείο excel και στην συνέχεια για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε στατιστική ανάλυση με την βοήθεια του προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Συγκεκριμένα, για τα αριθμητικά δεδομένα (interval data), όπως είναι η ηλικία και τα σκορ των επιμέρους ερωτηματολογίων που συμπεριλήφθηκαν στο τελικό ερωτηματολόγιο (STarT-Back, Roland-Morris, Κλίμακα HAD, Κλίμακα SF-12), χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές (mean), τυπικές αποκλίσεις (standard deviation), διακυμάνσεις (variance), καθώς και ελάχιστες (minimum) και μέγιστες (maximum) τιμές. Για δεδομένα που εμπίπτουν σε κατηγορίες (categorical and nominal data), όπως το φύλο, η μόρφωση, το κάπνισμα κ.ά. , χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες (frequency) και ποσοστά (percent).

Επιπλέον, όσον αφορά την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική στατιστική δοκιμασία συσχέτισης Pearson's r (Pearson's correlation coefficient), προκειμένου να διευκρινιστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων Roland-Morris Disability Questionnaire, HAD-Anxiety subscale και HAD-Depression subscale με το SF-12 , Sleep Quality Index (Pittsburgh) , WHOQOL και το LIFESTYLE INDEX. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 ενώ η τιμή του r (συντελεστή Pearson) μπορεί να είναι από -1 έως 1, όπου όσο πιο κοντά στο +/-1 είμαστε τόσο ισχυρότερη είναι η συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, στον παρακάτω Πίνακα , συνοψίζονται οι ακριβείς τιμές συσχέτισης του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Αποτελέσματα

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είχε ως στόχο την διερεύνηση παραμέτρων ψυχική υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και να παρουσιάσει πως αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την ζωή και την καθημερινότητα των ασθενών . Οι συμμετέχοντες αφού ενημερώθηκαν για τους στόχους και τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας, αξιολογήθηκαν μέσω της λήψεως ιστορικού και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, σχετικά με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία. Επιπλέον ,ελέγχθηκαν διάφοροι παράμετροι και προέκυψαν πολλά αποτελέσματα αλλά παρακάτω θα περιγραφούν κυρίως τα στοιχεία που εξυπηρετούν τις ανάγκες της έρευνας.

6.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε ερωτήθηκαν 49 άτομα ηλικίας 21 έως 71 εκ των οποίων 38,8% (19) ήταν άνδρες και 61,2% (30) ήταν γυναίκες ,με μέσο όρο ηλικίας το 44,04%.Όλοι οι ερωτηθέντες άνηκαν στην χρόνια φάση της οσφυαλγίας. Παρατηρήθηκε επίσης πως το 61,2%(30) εργαζόταν στον ιδιωτικό φορέα και το 28,6%(14) εργαζόταν στον δημόσιο. Όσον αφορά την περιοχή διαμονής το 69,4%(34) δήλωσε ότι μένει σε ημιαστική περιοχή, επιπλέον σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο και την εκπαίδευση η πλειοψηφία δηλ, το 49%(24) είχε ολοκληρώσει το λύκειο , το 32,7%(16) την τριτοβάθμια εκπαίδευση, 12,2%(6) το γυμνάσιο και 6,1%(3) το δημοτικό. Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση το 75,5%(37) ήταν παντρεμένοι και το 22,4%(11) δήλωσαν ως ελεύθεροι. Όσον αφορά το ετήσιο εισόδημά τους, η συντριπτική πλειοψηφία δηλ. το 44,9%(22) ανήκε στους χαμηλόμισθους εργαζομένους με ετήσιο εισόδημα <7.200 ευρώ και παρατηρήθηκε πως το 6,1%(3) ανήκε στους υψηλόμισθους εργαζομένους με ετήσιο εισόδημα >24.000 ευρώ Αξίζει να αναφέρουμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δηλ 59,2%(12) δεν κάπνιζε. Από τις προσωπικές πληροφορίες του δείγματος προέκυψε πως μόνο το 51%(25) είχαν υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία(MRI), επίσης το 93,9% (46) ακολούθησε κάποια μορφή θεραπείας και τέλος το 22,4%(11) ζήτησε αναρρωτική άδεια .Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται αναλυτικά οι προσωπικές πληροφορίες του δείγματος

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος n=49

		Συχνότητα	Ποσοστό			Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλλο	Άνδρας	19	38,8	κάπνισμα	Όχι	12	59,2
	γυναίκα	30	61,2		Λίγο, 1-2 πακέτα την εβδομάδα	5	24,5
Εργασία	Δημόσιος φορέας	14	28,6		πολύ 1-2 πακέτα την ημέρα	2	10,2
	Ιδιωτικός φορέας	30	61,2		Πάρα πολύ >2 πακέτα την ημέρα	2	4,1
Περιοχή διαμονής	Αγροτική	3	6,1	Μαγνητική τομογραφία (MRI)		25	51,0
	Ημιαστική	34	69,4	Επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό	Όχι	49	100,0
	Αστική	12	24,5	Θεραπεία		46	93,9
Εκπαίδευση	Δημοτικό	3	6,1	Αναρρωτική άδεια		11	22,4
	Γυμνάσιο	6	12,2	Ετήσιο εισόδημα	<7.200 ευρώ	22	44,9
	Λύκειο	24	49,0		7.200-14.400 ευρώ	19	38,8
	Τριτοβάθμια	16	32,7		14.400-24.000 ευρώ	2	4,1
Οικογενειακή κατάσταση	ελεύθερος	11	22,4		>24.000 ευρώ	3	6,1
	Παντρεμένος	37	75,5				
	Διαζευγμένος	0	0				
	Χήρος-α	1	2,0				

Τα ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν άτομα διάφορων επαγγελματικών ομάδων όπως σερβιτόροι (2%), πωλητές (4%) ελεύθεροι επαγγελματίες (2%), δημόσιοι υπάλληλοι (2%), καθηγητές ,αστυνομικοί (2%) ξενοδοχειακοί υπάλληλοι (6%) ηλεκτρολόγοι, υδραυλικοί (2%) κ.α. Μεγάλος ήταν ο αριθμός των οικοδόμων ,σε ποσοστό (16%) . Επίσης παρατηρήθηκε και μεγάλο ποσοστό στα οικιακά (14%) και στους συνταξιούχους (12%). Από τους συμμετέχοντες η πλειονότητα δηλ. το 36%(18) δήλωσε πως δούλευε από 8 ώρες ημερησίως ,ενώ το 93% ανέφερε πως δεν είχε πάρει ποτέ αποζημίωση από την εργασία. Επίσης το

75%(37) ανέφεραν ως ασφάλεια υγείας το ΙΚΑ. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά όλα τα στοιχεία.

Πίνακας 2α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος n=49(συνέχεια)

		Συχνότητα	Ποσοστό			Συχνότητα	Ποσοστό
Επάγγελμα				Επάγγελμα			
Σερβιτόροι	1	0,02	2%	Υδραυλικός	1	0,02	2%
Πωλητές	2	0,04	4%	Συνταξιούχος	6	0,12	12%
Αισθητικός	1	0,02	2%	Αστυνομικός	1	0,02	2%
Οικοδόμος	8	0,16	16 %	Δημόσιο υπάλληλο	1	0,02	2%
Οικιακά	7	0,14	14%	Πιλότος	1	0,02	2%
Ελεύθερος επαγγελματίας	1	0,02	2%	Γεωπόνος	1	0,02	2%
Κηπουρός	2	0,04	4%	Ιδιωτικός υπάλληλος	1	0,02	2%
Μαγειρίσσα	2	0,04	4 %	Ηλεκτρολόγος	1	0,02	2%
Τεχνίτρια νυχιών	1	0,02	2%	spra therapist	4	0,08	8%
Καμαριέρα σε ξενοδοχείο	3	0,06	6%	Καθηγήτρια	1	0,02	2%
Γραμματέας	1	0,02	2%	Κτηνίατρος	1	0,02	2%
Αποζημίωση				Ώρες εργασίας			
	Ναι	3	6%		0	9	18%
	Όχι	46	93%		3	2	4%
Ασφάλεια υγείας	ΙΚΑ	37	75 %		4	2	4%
	ΟΓΑ	5	10 %		5	1	2%
	Δημόσιο	6	12 %		8	18	36%
	Ιδιωτική ασφάλιση	1	2 %		9	10	20%
					10	5	10%
					11	2	4%

Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ως χόμπι τους διάφορες δραστηριότητες, πιο συγκεκριμένα το 18% ανέφεραν ως χόμπι το περπάτημα , το 14 % το ποδόσφαιρο , το 8% ασχολούνταν με

το γυμναστήριο, το 6% των ερωτηθέντων είχαν ως χόμπι το ψάρεμα , το διάβασμα και τον χορό, το 4% το τρέξιμο, ποδήλατο, Pilates. Αξίζει να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων , δηλ το 28% ανέφεραν ότι δεν είχαν κάποιο χόμπι .

Όσον αφορά την θεραπεία που είχαν ακολουθήσει στο παρελθόν για το πρόβλημα της οσφυαλγίας, οι πλειοψηφία ανέφερε την φυσικοθεραπεία ως βασική θεραπεία. Ειδικότερα, το 81% είχαν αναφέρει τις τεχνικές μάλαξης, το 65% τα ρεύματα, και το 40% είχαν χρησιμοποιήσει αναλγητικές κρέμες, φαρμακευτική αγωγή και ενέσεις. Επίσης το 15% ανέφεραν τις ειδικές τεχνικές, το 8 % τον βελονισμό και το 4% τις Pilates.Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται αναλυτικά όλα τα παραπάνω στοιχεία.

Πίνακας 3.Διάγνωση, θεραπεία και χόμπι

		Συχνότητα	Ποσοστό		Συχνότητα	Ποσοστό		
Διάγνωση	Οσφυαλγία	31	63 %	Περιγραφή θεραπείας				
	Ισχιαλγία	2	4 %		Αναλγητικές κρέμες, φαρμακευτική αγωγή, ενέσεις	20	40 %	
	Οσφυαλγία/ ισχιαλγία	6	12 %		Βελονισμό	4	8 %	
	Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου	4	8 %		Ρεύματα	30	65 %	
	Σπονδυλική στένωση	1	2 %		Τεχνικές μάλαξης	40	81 %	
	Εκφύλιση μεσοσπονδύλιου δίσκου	3	6 %		Ξεκούραση	7	15 %	
	Σπονδυλολίθηση	1	2 %		Ειδικές τεχνικές	8	16 %	
	Φλεγμονή 05-11	1	2 %		Χειροπρακτική	1	2 %	
Χόμπι	Κολύμπι	2	4 %		Χόμπι	Γυμναστήριο	4	8%
	Περπάτημα	9	18%			Θέατρο	3	6%
	Τρέξιμο	2	4 %		Πολεμικές τέχνες	1	2%	
	Ψάρεμα	3	6 %		Σινεμά	2	4%	
	Κηπουρική	1	2%		Χορός	3	6%	
	Ποδόσφαιρο	7	14%		Ποδήλατο	2	4%	
	Pilates	2	4 %		Πλέξιμο	1	2%	
	Διάβασμα/ μουσική	3	6%		Τίποτα	14	28 %	

6.2 Περιοχές πόνου και ιστορικό

Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να δηλώσουν την περιοχή του πόνου τους σημειώνοντας τις αντίστοιχες περιοχές πάνω σε μια ειδική εικόνα (bodychart). Πιο συγκεκριμένα το 1 αντιστοιχεί στην αριστερή οσφύ , το 2 στην δεξιά οσφύ, ο αριθμός 3 στην αριστερή γλουτιαία περιοχή , το 4 στην δεξιά γλουτιαία περιοχή , το 5 στην αριστερή περιοχή των ισχιοκνημιαίων και το 6 στην δεξιά περιοχή των ισχιοκνημιαίων.

Όσον αφορά τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το ιστορικό των ασθενών το 69,4%(34) του δείγματος παρουσίασε πόνο στην αριστερή πλευρά της ΟΜΣΣ και το 83,7% (41)στην δεξιά. Επιπλέον ένα υψηλό ποσοστό ανέφερε επώδυνα συμπτώματα στην περιοχή των γλουτών με το 53,1%(26) να βιώνει πόνο στην αριστερή πλευρά και το 73,5%(36) στην δεξιά. Όσον αφορά την 24ωρη συμπεριφορά του πόνου το 67.3%(33) ανέφερε ότι ο πόνος είναι χειρότερο τις πρωινές ώρες , το 40,8% (20) δεν μπορεί να κοιμηθεί λόγω του πόνου , το 22,4 % (11)δήλωσε ότι ο πόνος χειροτερεύει τις βραδινές ώρες . Από τους ερωτηθέντες το

73,5%(36) ανέφερε ότι η έναρξη των επεισοδίων ήταν σταδιακή ενώ το 24,5%(12) είχαν απότομη έναρξη συμπτωμάτων. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλ. το 95,9% (47)είχαν προηγούμενα επεισόδια στην μέση, επίσης το 18,4%(9) παρουσίαζε αυχεναλγία και το 22,4%(9) άλλα συμπτώματα. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα του πόνου στο 53,1%(26) ήταν μόνο για μερικές μέρες, ενώ το 30,6%(15) πονούσαν τις περισσότερες μέρες. Τέλος το 42,9%(21) των ερωτηθέντων νοιώθει ότι η πορεία του προβλήματος χειροτερεύει και το 38,8%(19) ότι καλύτερεύει και μόνο το 18,4%(9) ότι η πορεία του προβλήματος παραμένει ίδια. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται αναλυτικά όλα τα στοιχεία που αφορούν το ιστορικό.

Πίνακα 4.Περιοχές πόνου και ιστορικό

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Περιοχές πόνου	1-Στην οσφύ αριστερά	34	69,4
	2- Στην οσφύ δεξιά	41	83,7
	3- Στον αριστερό γλουτό	26	53,1
	4- Στον δεξιό γλουτό	36	73,5
	-Στοαριστερό ισχιοκνημιαίο	3	6,1
	6-Στο δεξί ισχιοκνημιαίο	9	18,4
24ωρησυμπεριφορά πόνου	Νυχτερινός πόνος	14	28,6
	Δεν τον (την) αφήνει να κοιμηθεί	20	40,8
	Χειρότερος πρωινός πόνος	33	67,3
	Χειρότερος βραδινός πόνος	11	22,4
Συχνότητα πόνου	Μερικές μέρες	26	53,1
	Περισσότερες ημέρες	15	30,6
	Κάθε μέρα	8	16,3
Άλλα συμπτώματα	Δυσκαμψία		
Ιστορικό	Απότομη έναρξη συμπτωμάτων	12	24,5
	Σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων	36	73,5
	Προδιαθεσικοί παράγοντες έναρξης (προβλήματος)	11	22,4
Προηγούμενα επεισόδια	(στην μέση)	47	95,9
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα	Αυχεναλγία	9	18,4
	Άλλα	11	22,4
Προηγούμενα χειρουργεία		7	14,3
Προηγούμενοι τραυματισμοί		5	10,2

Πορεία προβλήματος	Καλύτερεύει	19	38,8
	Χειροτερεύει	21	42,9
	Το ίδιο	9	18,4

6.3 Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

Όσον αφορά την κλίμακα Vas , η οποία αξιολογεί και μετράει την ένταση του πόνου, τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν τα εξής, Ο μέσος όρος της έντασης του πόνου ήταν 6,46 με τυπική απόκλιση 3,2. Ο μέσος όρος του πόνου στα χειρότερα του ήταν 6,61 με τυπική απόκλισης 2,3 και ο μέσος όρος της έντασης του πόνου στα καλύτερά του ήταν 2,49 με τυπική απόκλιση 1,45.

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου StarTBack, το οποίο κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε 3 ομάδες κινδύνου (χαμηλού ,μεσαίου και υψηλού), έδειξαν πως κατά μέσο όρο τα άτομα ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου με μέση τιμή 5,35 και τυπική απόκλιση 2,19. Το total score προκύπτει από το σύνολο των ερωτήσεων 1 έως 9. Όταν η συνολική βαθμολογία που προκύπτει είναι ίση ή μικρότερη του 3 τότε ο ασθενείς ανήκει στην ομάδα χαμηλού κινδύνου, ενώ όταν η συνολική βαθμολογία είναι ίση ή <4 τότε ασθενείς ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Από το ερωτηματολόγιο Roland-MorrisDisabilityQuestionnaire, όπου μετράται το ποσοστό της αναπηρίας και ανικανότητας των ασθενών προέκυψε ότι ο μέσος όρος του ήταν 14,57 με τυπική απόκλιση 6,6.

Όσον αφορά την κλίμακα HAD, η οποία αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης του άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με το σκορ να κυμαίνεται από 0 έως 21. Έτσι οι ασθένειες κατηγοριοποιούνται σε 3 ομάδες ανάλογα με το σκορ που προκύπτει (0-7=normal, 8-10= Borderline abnormal ,11-21= abnormal case). Στο HAD–Anxiety subscale (Had –Υποκλίμακα Άγχους) που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών 1,3,5,7,9,11 και 13 ,ο μέσος όρος καταγράφεται σε 5,35 και η τυπική απόκλιση 2,2. Ενώ στο HAD-Depression subscale (HAD- Υποκλίμακα κατάθλιψης) που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών 2,4,6,8,10,12 και 14 , ο μέσος όρος που ήταν 7 με τυπική απόκλιση 3,1.

Όσον αφορά το SF-12, είναι ένα ερωτηματολόγιο που μετράει εάν ο ασθενείς μπορεί να είναι λειτουργικός. Χωρίζεται και αυτό σε 2 κατηγορίες .Η πρώτη είναι η φυσική κατάσταση (SF-12 Physical subscore) του ατόμου και αποτελείται από τις 6 πρώτες ερωτήσεις και η δεύτερη είναι η ψυχολογική κατάσταση (SF-12 Mental subscore)του ατόμου και αποτελείται από τις υπόλοιπες 6 ερωτήσεις. Όσο πιο χαμηλό είναι το σκορ στο ερωτηματολόγιο, τόσο χειρότερα είναι ο ασθενής. Τέλος, ο μέσος όρος του σωματικού τελικού σκορ είναι 34,9 με τυπική απόκλιση 6 και ο μέσος όρος του ψυχολογικού τελικού σκορ είναι 36,4 με τυπική απόκλιση 6,5.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index- δείκτης ποιότητας ύπνου) ο μέσος όρος που προέκυψε ήταν 5,18 με τυπική απόκλιση 2,4 .

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL αξιολογεί την ποιότητας ζωής και αποτελείται από 26 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε 4 διαστάσεις: α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) Κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Από την έρευνα προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα :

- Το Whoqoldomain1 -φυσική κατάσταση , ο μέσος όρος ήταν 56,5 με τυπική απόκλιση 12,6.
- Το Whoqoldomain 2 (ψυχολογική κατάσταση) ο μέσος όρος είναι 60,65 με τυπική απόκλιση 17,9.
- Το Whoqoldomain 3 (κοινωνικές σχέσεις) ο μέσος όρος είναι 67,3 με τυπική απόκλιση 17,4.
- Το Whoqoldomain 4 (φυσικό περιβάλλον) ο μέσος όρος είναι 61,3 με τυπική απόκλιση 14,6.

Τέλος τα αποτελέσματα από το LifeStyleIndex, που αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο για την διερεύνηση ψυχολογικών παραμέτρων προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

- Στο LifeStyleIndex (απώθηση) ο μέσος όρος είναι 2,85 με τυπική απόκλιση 1,7.
- Στο LifeStyleIndex (άρνηση) ο μέσος όρος είναι 6,38 με τυπική απόκλιση 1,9.
- Στο LifeStyleIndex (προβολή) ο μέσος όρος είναι 9,44 με τυπική απόκλιση 2,9.
- Στο LifeStyleIndex (συγκινησιακή παλινδρόμηση) ο μέσος όρος είναι 8,7 με τυπική απόκλιση 3,7.
- Στο LifeStyleIndex (σχηματισμός δια του αντιθέτου) ο μέσος όρος είναι 4,65 με τυπική απόκλιση 2,1.
- Και τέλος το LifeStyleIndex (υπεραναπλήρωση) με μέσο όρο 3,02 με τυπική απόκλιση 1,6 .

Στον παρακάτω πίνακα ,εμφανίζονται τα παραπάνω αποτελέσματα συγκεντρωτικά .

Πίνακας 5.Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη Τιμή</i>	<i>Μέσος όρος</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>
VAS – πόνος στην χειρότερη περίπτωση	0	9	6,61	2,28
VAS –πόνος στην καλύτερη περίπτωση	0	6	2,49	1,46
VAS –μέση ένταση του πόνου	,00	13,00	6,47	3,16
STarT Back σκορ	0	9	5,35	2,19
Roland-Morris ερωτηματολόγιο ικανότητας	2	24	14,57	6,61
HAD- υποκλίμακα άγχους	3	16	9,67	3,07
HAD- υποκλίμακα κατάθλιψης	1	15	7,00	3,17
SF-12 φυσική δευτερεύουσα βαθμολογία	25,80	48,30	34,98	6,01
SF-12 ψυχική δευτερεύουσα βαθμολογία	24,90	49,70	36,43	6,58
Sleep Quality Index –σκορ ποιότητας ύπνου	1,00	14,00	5,18	2,35
WHOQOL -Domain 1 –φυσική υγεία	25,00	81,00	56,55	12,65

WHOQOL -Domain 2 – ψυχολογικός	25,00	100,00	60,65	17,90
WHOQOL -Domain 3 – κοινωνικές σχέσεις	19,00	100,00	67,35	17,43
WHOQOL -Domain 4 – Περιβάλλον	38,00	94,00	61,33	14,63
LIFESTYLE INDEX - Repression (απώθηση)	,00	7,00	2,86	1,74
LIFESTYLE INDEX - Denial (άρνηση)	2,00	13,00	6,39	1,92
LIFESTYLE INDEX - Projection (προβολή)	2,00	12,00	9,45	2,97
LIFESTYLE INDEX - Regressive Emotionality (συγκινησιακήπαλινδρόμηση)	2,00	16,00	8,78	3,74
LIFESTYLE INDEX - Reaction Formation (σχηματισμός δια του αντιθέτου)	,00	9,00	4,65	2,09
LIFESTYLE INDEX - Compensation (υπερανάπληρωση)	,00	7,00	3,02	1,62

6.4 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται, ύστερα από στατιστική ανάλυση, ο βαθμός συσχέτισης (βάσει συντελεστή Pearson) μεταξύ των ερωτηματολογίων και των τριών παραμέτρων Rolland-Morris, HAD(anxiety), HAD(depression), καθώς και πόσο στατιστικά σημαντική είναι αυτή η συσχέτιση (βάση της πιθανότητας P). Για την καλύτερη κατανόηση όσων θα αναλυθούν παρακάτω παρατίθενται τα εξής στοιχεία αναφορικά με την ερμηνεία συντελεστή του Pearson(r):

- Αν $-0,3 \leq r < 0,3$ **δεν** υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει άλλου είδους συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.
- Αν $-0,5 < r \leq -0,3$ ή $0,3 \leq r < 0,5$ υπάρχει **ασθενής** γραμμική συσχέτιση.
- Αν $-0,7 < r \leq -0,5$ ή $0,5 \leq r < 0,7$ υπάρχει **μέση** γραμμική συσχέτιση.
- Αν $-0,8 < r \leq -0,7$ ή $0,7 \leq r < 0,8$ υπάρχει **ισχυρή** γραμμική συσχέτιση.
- Αν $-1 < r \leq -0,8$ ή $0,8 \leq r < 1$ υπάρχει **πολύ ισχυρή** γραμμική συσχέτιση.

Ξεκινώντας την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, όσον αφορά το ερωτηματολόγιο **SF-12 (υποκλίμακα φυσικής κατάστασης)** διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ασθενής συσχέτιση ($r = -0,465$) με την παράμετρο Roland-Morris και είναι στατιστικά σημαντική ($P < 0,01$), ενώ δεν παρατηρείται ιδιαίτερη συσχέτιση με τις άλλες δύο παραμέτρους, δηλαδή του άγχους και της κατάθλιψης. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο **SF-12 (υποκλίμακα ψυχικής κατάστασης)**, παρατηρούμε ότι υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση ($r = -0,464$) με τον παράγοντα HAD(depression) και είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,01$), ενώ δεν παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση με τις άλλες δύο παραμέτρους του άγχους και της ανικανότητας.

Στο σκορ της κλίμακας του **ύπνου** διαπιστώνουμε ότι έχουμε μέση συσχέτιση με το HAD(depression) ($r = 0,537$) και είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,01$) και ασθενή συσχέτιση αλλά στατιστικά σημαντική με το HAD(anxiety) ($r = 0,398$, $p < 0,05$), ενώ δεν συσχετίζεται με την ανικανότητα.

Συνεχίζοντας την ερμηνεία με τα δεδομένα του ερωτηματολογίου **Whoqol (υποκλίμακα φυσικής κατάστασης)** δεν μπορούμε να προβούμε σε οποιοδήποτε συσχετισμό, καθώς ύστερα από την διαδικασία ελέγχου των στατιστικών υποθέσεων μας μέσω της στατιστικής συνάρτησης που ακολουθήθηκε, οι πιθανότητες P βρέθηκαν μεγαλύτερες του επιπέδου σημαντικότητας που έχουμε ορίσει και έτσι δεν μπορούμε να θεωρήσουμε τα αποτελέσματα στατιστικώς σημαντικά.

Αντιθέτως, στο ερωτηματολόγιο **Whoqol (υποκλίμακα ψυχικής κατάστασης)** διαπιστώνουμε πως υπάρχει μέση συσχέτιση και στατιστική σημαντικότητα και με τις τρεις παραμέτρους, με το HAD(depression) ($r=-,553$, $p<0,00$), με το Roland-Morris ($r=-534$, $p<0,00$) και με το HAD(anxiety) ($r=-,474$, $p<0,01$).

Στο ερωτηματολόγιο **Whoqol (υποκλίμακα κοινωνικών σχέσεων)** διαπιστώνουμε ότι έχουμε σε δύο παραμέτρους ασθενείς συσχετίσεις, με το Roland-Morris ($r=-405$, $p<0,04$) και με το HAD(depression) ($r=-433$, $p<0,02$), ενώ δεν σημειώνεται γραμμική συσχέτιση με το άγχος.

Από τα αποτελέσματα του τελευταίου ερωτηματολογίου του **Whoqol(φυσικό περιβάλλον)** αντιλαμβανόμαστε ότι έχουμε σε δύο παραμέτρους ασθενείς συσχετίσεις, η μία με το Roland-Morris και η άλλη με το HAD(depression) ($r=-491$, $p<0,00$), ενώ δεν σχετίζεται με το άγχος.

Στο ερωτηματολόγιο **Lifestyle Index (repression)** διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μέση συσχέτιση ($r=-,536$) με το Roland-Morris και είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,00$), ενώ δεν οδηγούμαστε σε κανένα συσχετισμό με το άγχος και την κατάθλιψη.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο **Lifestyle Index (denial)** ($r=-,237$, $p<0,101$) δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση με καμία από τις τρεις παραμέτρους.

Στο ερωτηματολόγιο **Lifestyle Index (projection)** διαπιστώνουμε ότι έχουμε ασθενή συσχέτιση τόσο με την παράμετρο της ανικανότητας Roland-Morris ($r=,469$, $p<0,01$) όσο και με το HAD(depression) ($r=,392$, $p<0,05$) και είναι στατιστικά σημαντικές, ενώ δεν σχετίζονται με το άγχος.

Στο ερωτηματολόγιο **Lifestyle Index (Regressive Emotionality)** δεν παρατηρούμε συσχετισμό με το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ ασθενή συσχέτιση και σημαντικότητα υπάρχει με το Roland-Morris ($r=,450$, $p<0,01$).

Το ίδιο αποτέλεσμα προκύπτει κατά την ανάλυση των δεδομένων από το ερωτηματολόγιο **Lifestyle Index (Reaction Formation)** με συντελεστή του pearson $r=,395$ και πιθανότητα $P<0,05$ για το Roland-Morris.

Ολοκληρώνοντας την ερμηνεία των αποτελεσμάτων με το ερωτηματολόγιο **Lifestyle Index (compensation)**, ο συντελεστής του pearson τείνει προς το 0,00 οδηγώντας μας στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Συνοψίζοντας, διαπιστώνουμε ότι οι συσχετίσεις κυμάνθηκαν από **ασθενείς έως μέτρια ισχυρές**.

Μέτριες συσχετίσεις βρέθηκαν:

- α) μεταξύ του ύπνου και της κατάθλιψης
 β) μεταξύ του Whoqol (υποκλίμακα ψυχικής κατάστασης) και του Roland-Morris και της κατάθλιψης
 γ) ανάμεσα στο Lifestyle INDEX (υποκλίμακα repression) και το Roland-Morris.

Παράλληλα ασθενείς συσχετίσεις βρέθηκαν

- α) μεταξύ του SF-12 (υποκλίμακα φυσικής κατάστασης) και του Roland-Morris
 β) ανάμεσα στο σκορ της κλίμακας του ύπνου και το άγχος
 γ) μεταξύ του WHOQOL(φυσική κατάσταση) και του άγχους
 δ) μεταξύ τόσο του WHOQOL(κοινωνικές σχέσεις) όσο και του WHOQOL(φυσικό περιβάλλον) με τις παραμέτρους της ανικανότητας και της κατάθλιψης
 ε) ανάμεσα στο LIFESTYLEINDEX(projection) και τις παραμέτρους Roland-Morris και κατάθλιψης
 στ) μεταξύ τόσο του LIFESTYLE INDEX (regressive emotionality) όσο και του LIFESTYL EINDEX (reaction formation) με το Roland-Morris.

Πίνακας 6..Συσχέτιση κλινικών χαρακτηριστικών

		<i>Roland-Morris Disability Questionnaire</i>	<i>HAD- Anxiety subscale</i>	<i>HAD- Depression subscale</i>
SF-12 φυσική δευτερεύουσα κατάσταση	Pearson Correlation	-,465**	-,313*	-,280
	Sig. (2-tailed)	,001	,029	,052
SF-12 ψυχική δευτερεύουσα κατάσταση	Pearson Correlation	-,055	-,173	-,464**
	Sig. (2-tailed)	,706	,235	,001
Sleep Quality Index – σκορ ποιότητας ύπνου (Pittsburgh)	Pearson Correlation	,236	,398**	,537**
	Sig. (2-tailed)	,103	,005	,000
WHOQOL -Domain 1 φυσική κατάσταση	Pearson Correlation	-,115	-,142	-,261
	Sig. (2-tailed)	,431	,330	,070
WHOQOL -Domain 2 – ψυχολογική κατάσταση	Pearson Correlation	-,534**	-,474**	-,553**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000
WHOQOL -Domain 3 – κοινωνικές σχέσεις	Pearson Correlation	-,405**	-,307*	-,433**
	Sig. (2-tailed)	,004	,032	,002
WHOQOL -Domain 4 – φυσικό περιβάλλον	Pearson Correlation	-,491**	-,285*	-,491**
	Sig. (2-tailed)	,000	,047	,000
LIFESTYLE INDEX - Repression (απώθηση)	Pearson Correlation	-,536**	-,118	-,117
	Sig. (2-tailed)	,000	,420	,424

LIFESTYLE INDEX - Denial (άρνηση)	Pearson Correlation	-,237	-,094	-,024
	Sig. (2-tailed)	,101	,518	,870
LIFESTYLE INDEX - Projection (προβολή)	Pearson Correlation	,469**	,245	,392**
	Sig. (2-tailed)	,001	,090	,005
LIFESTYLE INDEX - Regressive Emotionality (συγκινησιακήπαλινδρόμηση)	Pearson Correlation	,450**	,280	,308*
	Sig. (2-tailed)	,001	,051	,031
LIFESTYLE INDEX - Reaction Formation (σχηματισμός δια του αντιθέτου)	Pearson Correlation	,395**	,199	,241
	Sig. (2-tailed)	,005	,171	,095
LIFESTYLE INDEX - Copmensation (υπερναπλήρωση)	Pearson Correlation	,074	,089	,162
	Sig. (2-tailed)	,611	,543	,267

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αργολίδας και της Αττικής είχε ως σκοπό την διερεύνηση παραμέτρων ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Διεξήχθη κατά την περίοδο Δεκέμβριο έως Απρίλιο του 2016. Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν διάφορα ερωτηματολόγια σχετικά με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία, όπως το StarTBack, το Roland-Morris Disability Questionnaire, HAD, SF-12, το PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), WHOQOL και το Life Style Index. Εκτός από αυτά τα ερωτηματολόγια, μελετήθηκαν και διάφοροι παράμετροι που σχετίζονται ή επηρεάζουν την εμφάνιση της οσφυαλγίας όπως η ηλικία, το είδος του επαγγέλματος, οι ώρες εργασίες, η οικονομική κατάσταση κ.α. καθώς επίσης και στοιχεία σχετικά με το ιστορικό των ερωτηθέντων. Έτσι από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

7.1 Δημογραφικά στοιχεία

Αρχικά βρέθηκε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία είναι 44,04. Η ηλικία είναι ένας από τους πιο κοινούς παράγοντες κινδύνου για οσφυαλγία. Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει, ότι η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας είναι η τρίτη δεκαετία (Manchikanti et al.,2008;Terzi et al.,2015). Τα συμπτώματα οσφυαλγίας παρατηρούνται έως την ηλικία των 60-65 ετών και από εκεί και ύστερα μειώνονται σταδιακά. (Lawrence et al.1998; Loney .et al.,1999;Dionne et al.,2006).

Από τους 49 ερωτηθέντες βρέθηκε πως το 61,2%(30) ήταν γυναίκες και το 38,8%(19) άντρες. Αυτό το αποτέλεσμα έδειξε πως οι γυναίκες επηρεάζονται και εμφανίζουν πιο συχνά προβλήματα με την οσφυαλγία σε σχέση με τους άντρες, πράγμα που αποδεικνύεται και από άλλες έρευνες (Beneran et al.,2003;Santos et al.2014;Fillingim.et al.2009;Burnett. et al.2009).

Σχετικά με την περιοχή διαμονής των ασθενών βρέθηκε ότι το 69,4%(34) των ερωτηθέντων είναι κάτοικοι αστικής περιοχής, το 24,5%(12) κάτοικοι ημιαστικής και το 6,1%(3) κάτοικοι αγροτικής περιοχής. Λογικά θα περίμενε κανείς ότι η εμφάνιση της οσφυαλγίας θα ήταν μεγαλύτερη σε άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές, λόγω της χειρονακτικής και βαριάς εργασίας. Παρόλα αυτά έρευνες έχουν δείξει πως το μεγαλύτερο ποσοστό όσων παρουσιάζουν οσφυαλγία προέρχονται από ημιαστικές και αστικές περιοχές (Tan.et al.2014;Slater.et al, 2012). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι στις πόλεις εξαιτίας του τρόπου ζωής και των γρήγορων ρυθμών της, διακατέχονται από μεγαλύτερο

άγχος, επίσης ο καθιστικός τρόπος ζωής, η υπερβολική ένταση στην καθημερινότητα, στην σωματική και ψυχική τους υγεία λειτουργούν επιβαρυντικά. Δηλαδή η καθημερινή έντονη, κουραστική δραστηριότητα δημιουργεί μηχανικές καταπονήσεις που σε συνδυασμό με την αδυναμία και την ατονία που προκαλεί η καθιστική ζωή στο μυϊκό σύστημα, μπορεί να οδηγήσουν σε οσφυαλγία (Louw et al. 2007; Slater, 2012).

Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την *οικογενειακή κατάσταση* έδειξαν πως το 75,5% (37) όσων παρουσίαζαν οσφυαλγία ήταν παντρεμένοι, ενώ το 22,4%(11) αυτών ήταν ελεύθεροι, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στις αυξημένες υποχρεώσεις των παντρεμένων και στα αυξημένα επίπεδα άγχους. Η αναλογία των παραπάνω ποσοστών βρίσκει σύμφωνες και έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και Ολλανδία, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι έγγαμοι με παιδιά σε αντίθεση με ελεύθερους που ζούσαν μόνοι τους (Alexoroulos et al.,2005). Επίσης από τα στοιχεία που προέκυψαν το 59,2%(29) των ερωτηθέντων δεν κάπνιζαν, το 24,5%(12) κάπνιζε από 1εως 2 πακέτα την εβδομάδα, το 10,2%(5) κάπνιζε από 1έως 2 πακέτα ημερησίως και 4,1%(2) κάπνιζε πάρα πολύ. Από μελέτες που έχουν γίνει το *κάπνισμα* θεωρείται ένας παράγοντας που σχετίζεται με την οσφυαλγία.(Gore .et al.,2012 ; Freburger et al., 2009; Ghaffari et al., 2006). Σε αυτήν την έρευνα όμως η απάντηση που δόθηκε στο αντίστοιχο ερώτημα ήταν τελείως αντίστροφη, δηλαδή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δηλ. το 59,2% δήλωσε ότι δεν καπνίζει, οπότε όσον αφορά την παρούσα έρευνα το κάπνισμα δεν φαίνεται να σχετίζεται απόλυτα με την εμφάνιση της οσφυαλγίας.

Ένα σημαντικό στοιχείο που προέκυψε όσον αφορά το *ετήσιο εισόδημα* και την σχέση του με την εμφάνιση της οσφυαλγίας είναι πως το 44,9%(22) των συμμετεχόντων άνηκαν στην κατηγορία του χαμηλού εισοδήματος (<7.200 ευρώ). Επιπλέον παρατηρήθηκε πως το 38,8%(19) άνηκε στην κατηγορία του μεσαίου εισοδήματος(7.200-14.000 ευρώ), στην συνέχεια ακολουθεί το 6,1%(3) των συμμετεχόντων ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού εισοδήματος(>24.000)και τέλος το 4,1 %(2) με ετήσιο εισόδημα που κυμαίνεται από (14.000 έως 24.000). Αυτό συνδέεται με το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ατόμων που ερωτήθηκαν στην παρούσα έρευνα άνηκαν στην κατηγορία των χειρωνακτικών επαγγελματιών. Έτσι το είδος της εργασίας φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση της οσφυαλγίας. Οι χειρωνακτικές εργασίες και κυρίως αυτές που σχετίζονται με ανύψωση φορτίων, παρατεταμένη ορθοστασία, έκθεση σε κραδασμούς (χειρισμός κομπρεσέρ), αγροτικές εργασίες με πολύωρο σκύψιμο, προκαλούν πιο συχνά πόνους στη μέση και συνοδεύονται από πρόωμη εκφύλιση της σπονδυλικής στήλης (Hoy et al. 2010). Το πρόβλημα είναι πιο έντονο στις γυναίκες, πιθανώς λόγω του πιο αδύνατου μυϊκού συστήματος και συναντάται πιο συχνά όσο αυξάνεται η ηλικία (Carmono et al, 2001; Tan et al.,2014). Όσον αφορά την *εργασία* το 61,2%(30) των συμμετεχόντων απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα και το 28,6%(14) στον δημόσιο τομέα. Πιο συγκεκριμένα, το 16%(8) ήταν οικοδόμοι, 14% (7) ασχολούταν με τα οικιακά, το 12%(6) ήταν συνταξιούχοι, το 8%(4) Spa therapist το 4%(2) κηπουροί, πωλητές, καμαριέρες σε ξενοδοχείο και το 2%(1) ήταν ηλεκτρολόγοι, υδραυλικοί, καθηγητές, δημόσιοι υπάλληλοι κ.α.

Έτσι το δείγμα αποκαλύπτει πως, όσοι κάνουν βαριές και σκληρές δουλειές και αμείβονται λιγότερο εμφανίζουν οσφυαλγία πιο συχνά (Tan et al.,2014). Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα επαγγελματικά στοιχεία του δείγματος, τα οποία αφορούν τις ημερήσιες ώρες εργασίας, την ασφάλεια υγείας, την αποζημίωση και την αναρρωτική άδεια. Έτσι από τα δεδομένα προέκυψε πως το 36%(18) των ερωτηθέντων εργάζονταν 8 ώρες ημερησίως, το 20%(10) 9 ώρες, το 10%(5) δέκα ώρες και το 4 %(2) 11 ώρες, παρά την ύπαρξη του πόνου. Αυτό συνδέεται με το γεγονός πως η παρατεταμένη ορθοστασία και η πολύωρη εργασία σε συνδυασμό με παρατεταμένη διάρκεια κακών θέσεων εργασίας είναι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση της οσφυαλγίας (Lin,et al.2012;June et al. 2011).

Αξιόλογης σημασίας είναι επίσης τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την *αποζημίωση* των ασθενών στον χώρο της εργασίας τους. Οι πλειοψηφία, δηλ. το 93%(46) δήλωσε πως δεν έλαβε ποτέ αποζημίωση για το πρόβλημα τους και μόνο το 6 %(3) απάντησε θετικά στην σχετική ερώτηση. Όσον αφορά την *αναρρωτική άδεια* μόνο το 22,4%(11) είχε λάβει. Συγκεκριμένα σε μια ελληνική έρευνα, σύμφωνα με την οποία το 16% ζητάει αναρρωτική άδεια αλλά μόνο το 10% καταφέρνει, τελικά, να την πάρει (Alexopoulos et al,2004), ενώ άλλη έρευνα ανέφερε πως το 37,8% των εργαζομένων που πάσχουν από οσφυαλγία έχουν πάρει αναρρωτική άδεια (Alexopoulos et al,2008). Επιπροσθέτως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε *ασφάλεια υγείας*, πιο συγκεκριμένα το 75%(37) ήταν ασφαλισμένο στο ΙΚΑ, το 10%(5) με ΟΓΑ , το 12%(6) στο δημόσιο και τέλος το 2%(1) είχε ιδιωτική ασφάλιση. Στη Σουηδία οι εργαζόμενοι που παίρνουν αναρρωτική άδεια αγγίζουν το 57,2%, ενώ η διάρκεια της άδειας είναι κατά μέσο όρο 23 μέρες. Μάλιστα , η πρώτη μέρα της άδειας δεν καλύπτεται οικονομικά. Σε διεθνές επίπεδο, μάλιστα, μελέτη που διεξήχθη σε Ιαπωνία και Ηνωμένες Πολιτείες, έδειξε διαφορές στον τρόπο που οι εργαζόμενοι ζητούν ή δικαιούνται αποζημίωση από την εργασία τους. Έτσι, όσο πιο υψηλόμισθοι είναι οι εργαζόμενοι, τόσο πιο πιθανό είναι να ζητήσουν αποζημίωση, ενώ στην Ιαπωνία το 80% ζητάει αποζημίωση την τρίτη ημέρα απουσίας από τη δουλειά του (Violin et al, 2005).

Όσον αφορά την *θεραπεία*, το 93,9% των ερωτηθέντων είχαν ακολουθήσει στο παρελθόν κάποια θεραπεία για το πρόβλημα της οσφυαλγίας ,ενώ η πλειοψηφία ανέφερε την φυσικοθεραπεία ως βασική θεραπεία. Ειδικότερα, το 81%(40) είχαν αναφέρει τις τεχνικές μάλαξης. Η θεραπευτική μάλαξη είναι η αρχαιότερη μορφή θεραπείας. Οι επιστημονικές βάσεις της μάλαξης στηρίζονται στη συνεργασία του κυκλοφορικού, του μυοσκελετικού και του νευρικού συστήματος .Εφαρμόζεται με ειδικές τεχνικές από τον φυσικοθεραπευτή, με σκοπό την βελτίωση της λειτουργικότητας του μυϊκού ιστού, την χαλάρωση των μυϊκών σπασμών και την αύξηση τοπικής αιμάτωσης και την αποτοξίνωση του οργανισμού, έτσι ώστε να επέλθει επούλωση, χαλάρωση και ευεξία (Kennedy et al. 2016; Farber Kal. 2016; Buselli, et al. 2011). Το 65%(30) των ερωτηθέντων ανέφερε τα ρεύματα ως μέσον θεραπείας, το 40%(20) είχαν χρησιμοποιήσει αναλγητικές κρέμες, φαρμακευτική αγωγή και ενέσεις. Επίσης το 16%(8) ανέφεραν τις ειδικές τεχνικές κινητοποίησης, το 8%(4) τον βελονισμό και το 4%(2) τις Pilates.

Σύμφωνα με τα δεδομένα το 51% των ερωτηθέντων είχαν υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι μια πολύ ευαίσθητη εξέταση, αυτό σημαίνει ότι δείχνει με πολύ μεγάλη ακρίβεια κάθε σημείο της σπονδυλικής στήλης (σπόνδυλοι, δίσκοι, αρθρώσεις, μύες και σύνδεσμοι, νεύρα, νωτιαίος μυελός) η εξέταση γίνεται πολύ συχνά στις ημέρες μας (Lurie et al.2013). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βρίσκονται σχεδόν πάντα κάποια απεικονιστικά ευρήματα και ενδεχομένως να προτείνονται θεραπείες που είναι περιττές ή και επικίνδυνες. Συνεπώς, ο γιατρός που ασχολείται με τη σπονδυλική στήλη θα πρέπει απαραίτητα να εξετάζει τον ασθενή και να συσχετίζει τα ακτινολογικά ευρήματα με αυτά που ο ίδιος διαπιστώνει στην κλινική εξέταση. Μόνο τότε έχει την δυνατότητα να προτείνει την σωστή θεραπεία: είτε την πρόληψη (με κάποιες ασκήσεις ή και αλλαγή του τρόπου ζωής), είτε την συντηρητική θεραπεία (φάρμακα, φυσικοθεραπεία), είτε τέλος την νευροχειρουργική επέμβαση (Jarvik et al.2005). Ένας άνθρωπος ασχέτως ηλικίας, χωρίς κανένα σύμπτωμα (πχ. οσφυαλγία ή ισχιαλγία) η πιθανότητα να έχει "κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου" σε μία μαγνητική τομογραφία είναι 1 στα 3. Προφανώς ο άνθρωπος αυτός δεν είναι ασθενής και δεν χρειάζεται κάποιο χειρουργείο. Αυτό που χρειάζεται είναι οδηγίες για τη σωστή χρήση της σπονδυλικής στήλης του, για να μην μετατραπεί το ακτινολογικό εύρημα σε κλινικό εύρημα δηλαδή σε νόσο (Kjaer et al. 2005; Brinjikji et al.2015; Modic et al.2005).

Ένα σημαντικό στοιχείο που αφορά το επίπεδο μόρφωσης είναι πως το 32,7%(16) είχε τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 49%(24) είχε ολοκληρώσει το λύκειο , το 12,2%(6) το γυμνάσιο και το 6,1%(3) των ερωτηθέντων είχαν τελειώσει μόνο το δημοτικό. Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχαν μόρφωση μεσαίου επιπέδου.

Σύμφωνα με έρευνες το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης συνδέεται με διάφορες ασθένειες και τις καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των μυοσκελετικών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα την οσφυαλγία (Hagen et al. 2005; Schmidt et al. 2007). Ο μηχανισμός με τον οποίο το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την οσφυαλγία δεν είναι γνωστός (Lund et al. 2006) Είναι, πάντως, πιθανό να έχει σχέση με την άγνοια των προληπτικών μέτρων για την οσφυαλγία μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή/και με σήκωμα μεγάλου βάρους από αυτά τα άτομα. Με την έννοια αυτή έχει σημασία και το εύρημα πως η συχνότητα των χειρωνακτικών επαγγελματιών είναι σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρά μεταξύ των ατόμων με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Hagen et al. 2006; Power et al. 2001; Dionne et al. 2001). Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ως χόμπι τους διάφορες δραστηριότητες, πιο συγκεκριμένα το 18%(9) ανέφεραν ως χόμπι το περπάτημα ,το 14 %(7)το ποδόσφαιρο , το 8%(4) ασχολούνταν με το γυμναστήριο, το 6%(3) των ερωτηθέντων είχαν ως χόμπι το ψάρεμα, το διάβασμα και τον χορό, το 4%(2) το τρέξιμο, ποδήλατο, Pilates. Τα άτομα με χρόνια οσφυαλγία πρέπει να αφιερώνουν χρόνο για διάφορες δραστηριότητες, διότι η κίνηση μειώνει τον πόνο ,το σώμα γίνεται πιο λειτουργικό και αποκτάει δύναμη και αντοχή, μειώνονται τα επίπεδα άγχους και επίσης η ψυχολογική τους διάθεση αλλάζει και γίνεται καλύτερη σε αντίθεση με τα άτομα που δεν ασχολούνται με κάποια δραστηριότητα (Heneweet et al.,2011). Όσον αφορά τις Pilates, από τα αποτελέσματα τις έρευνας προέκυψε πως ένα μικρό ποσοστό ασχολούνταν και είχαν ως χόμπι τις Pilates. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν πως η μέθοδος Pilates,επιφέρει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα στην μείωση του πόνου, βελτιώνει τη λειτουργικότητα, την δύναμη, αντοχή και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Lim et al.,2008; Periera ,et al 2011).Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, δηλ. το 28%(14) ανέφεραν ότι δεν είχαν κάποιο χόμπι .

7.2 Ιστορικό- Κλινική εξέταση

Επιπροσθέτως, όσον αφορά την περιοχή του πόνου ,πολύ χρήσιμος θεωρήθηκε πως ήταν ο χάρτης σώματος (Body chart) που δόθηκε στους ερωτηθέντες, καθώς είχαν τη δυνατότητα να σημειώσουν ακριβώς τα σημεία του πόνου, κάτι το οποίο, εκτός από τους ασθενείς βοηθά και αποτελεί ένα χρήσιμο μέσο αξιολόγησης για τους φυσικοθεραπευτές και τους βοηθάει να έχουν μια σαφή εικόνα για την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Όσον αφορά τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το ιστορικό των ασθενών σχετικά με την περιοχή του πόνου, το (69,4%) του δείγματος παρουσίασε πόνο στην αριστερή πλευρά της ΟΜΣΣ και το 83,7%(41) στην δεξιά. Επιπλέον ένα υψηλό ποσοστό ανέφερε επώδυνα συμπτώματα στην περιοχή των γλουτών με το 53,1%(26) να βιώνει πόνο στην αριστερή πλευρά και το 73,5%(36) στην δεξιά. Όσον αφορά την 24ωρη συμπεριφορά του πόνου το 67.3%(33) ανέφερε ότι ο πόνος είναι χειρότερο τις πρωινές ώρες , το 40,8%(20) δεν μπορεί να κοιμηθεί λόγω του πόνου , το 22,4 % (11)δήλωσε ότι ο πόνος χειροτερεύει τις βραδινές ώρες . Από τους ερωτηθέντες το 73,5% (36) ανέφερε ότι η έναρξη των επεισοδίων ήταν σταδιακή ενώ το 24,5%(12) είχαν απότομη έναρξη συμπτωμάτων. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλ. το 95,9% είχαν προηγούμενα επεισόδια στην μέση. Ανεξάρτητα από τη μορφή της οσφυαλγίας ένα ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό της είναι ότι υποτροπιάζει πολύ συχνά.

Σε επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί ότι στο 75% των περιπτώσεων η οσφυαλγία υποτροπιάζει τουλάχιστον μια φορά μέσα σε ένα χρόνο (Janwantanakul et al.,2011). Επίσης

το 18,4% (9) παρουσίαζε αυχεναλγία και το 22,4%(9) άλλα συμπτώματα. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα του πόνου στο 53,1% (26) ήταν μόνο για μερικές μέρες, ενώ το 30,6%(15) πονούσαν τις περισσότερες μέρες. Τέλος το 42,9% των ερωτηθέντων νοιώθει ότι η πορεία του προβλήματος χειροτερεύει και το 38,8 % (19) ότι καλύτερεύει και μόνο το 18,4%(9) ότι η πορεία του προβλήματος παραμένει ίδια. Όσον αφορά την κλίμακα Vas , η οποία αξιολογεί και μετράει την ένταση του πόνου, τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν τα εξής: Ο μέσος όρος της έντασης του πόνου ήταν 6,46 με τυπική απόκλιση 3,2. Ο μέσος όρος του πόνου στα χειρότερα του ήταν 6,61 με τυπική απόκλιση 2,3 και ο μέσος όρος της έντασης του πόνου στα καλύτερα του ήταν 2,49 με τυπική απόκλιση 1,45.

7.3 Ποιότητα ζωής –Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Επιπλέον, όσον αφορά την στατιστική ανάλυση ,τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα έδειξαν πως δεν υπάρχει καμία ισχυρή συσχέτιση παρ'όλα αυτά παρουσιάστηκαν μέτριες και ασθενείς συσχετίσεις.

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου *StarT Back*, το οποίο κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε 3 ομάδες κινδύνου, έδειξαν πως κατά μέσο όρο τα άτομα ανήκουν στην ομάδα υψηλής επικινδυνότητας (high risk) όπου έχει άμεση ανάγκη για φροντίδα. Το *STarT-Back screening tool* είναι ένα έγκυρο εργαλείο που αναπτύχθηκε για να εντοπίσει και να κατηγοριοποιήσει τους ασθενείς σε ομάδες κινδύνου (χαμηλής, μέσης και ομάδα υψηλού κινδύνου) έτσι ώστε να καθοδηγήσει στην έγκαιρη παροχή δευτερογενούς πρόληψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα, βοηθώντας να προσδιοριστεί η πρόγνωση της θεραπείας των ασθενών με μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγίας (Hill et al.,2008).

Επίσης, παρατηρήθηκε με βάση την κλίμακα VAS, ότι ο μέσος όρος του πόνου στην περιοχή της οσφύς άγγιζε το 6,42 όπου ο χειρότερος πόνος που είχαν νιώσει μπορούσαν να τον βαθμολογήσουν μέχρι το 10. Η ένταση του πόνου μπορεί να εξηγηθεί σε σχέση με τα αναφερόμενα υψηλά επίπεδα της κατάθλιψης. Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη δείχνουν μικρή ανοχή στον πόνο (Currie et al.,2004). Εξ ορισμού, ο πόνος είναι το πρωταρχικό σύμπτωμα σε ασθενείς με οσφυαλγία , είναι μια δυσάρεστη εμπειρία που μπορεί να έχει αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης ,της ποιότητας ζωής και της ικανότητάς του να ανταποκριθεί στον καθημερινό, κοινωνικό του ρόλο, Έρευνες έχουν δείξει ότι άνθρωποι που ζουν με μόνιμο πόνο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος και να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στην καθημερινότητα τους, στη δουλειά τους, σε σχέση με αυτούς χωρίς πόνο (Balagué et al.,2012; Denkiner et al.,2014;Hiyama et al.,2016). Επιπλέον, έχει υπολογιστεί πως το 90% των ασθενών με κατάθλιψη παραπονιούνται για διαταραχές ύπνου (Smith et al.,2004; Bahouq et al.,2013). Οι άνθρωποι με αϋπνία έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από κλινική κατάθλιψη (Taylor et al.,2005). Στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία η επικράτηση της αϋπνίας κυμαίνεται από 50% έως 90% (Smith et al.,2004; Bahouq et al.,2013).

Επισημαίνεται πως, εάν η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται, η βελτίωση του πόνου και της αϋπνίας ενδέχεται να είναι περιορισμένη, διότι η κατάθλιψη, αϋπνία, και ο πόνος μπορεί επηρεάζουν ο ένας τον άλλον (Smith et al.,2004). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ,η χρόνια οσφυαλγία να βιώνεται ως μια οντότητα με αρνητική επίδραση στις δημιουργικές δραστηριότητες, τις κοινωνικές συναναστροφές, την καθημερινότητα και την ψυχική-συναίσθηματική υπόσταση του ατόμου.

Η αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability Questionnaire και έδειξε πως υπάρχει μέτρια ανικανότητα στην καθημερινή τους ζωή. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σλοβενία, περίπου το 50% των περιπτώσεων με χρόνια οσφυαλγία παρουσιάζει μέτρια έως σοβαρή αναπηρία (Klemenc-Keti et al., 2011). Ο βαθμός αναπηρίας που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη δείχνει το βαθμό στον οποίο οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, δεν μπορούν να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες κανονικά. Όσον αφορά την κλίμακα HAD, η οποία αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης του άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με το σκορ να κυμαίνεται από 0 έως 21, έτσι στην παρούσα έρευνα οι ερωτηθέντες εμφάνισαν κανονικές τιμές και επίσης η κατάστασή τους χαρακτηρίστηκε ως μη παθολογική περίπτωση (Zigmond et al., 1983). Επιπλέον, σχετικά με το ερωτηματολόγιο SF-12 τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας, αυτό το αποτέλεσμα εξηγείται από το γεγονός ότι, με το πέρασμα των χρόνων αυξάνονται οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης δημιουργώντας έντονα ενοχλήματα και δυσκολία στην καθημερινότητα του ατόμου (June et al., 2011). Και όσο αφορά την ψυχολογική επιβάρυνση, στα άτομα μεγάλης ηλικίας συνήθως συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας που επιδρούν στην ποιότητα ζωής τους δημιουργώντας ένα αίσθημα απογοήτευσης και παραίτησης από τις δραστηριότητες και τις χαρές της ζωής (Hiyama et al., 2016). Η χρόνια οσφυαλγία επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής, αλλά και όλες τις διαστάσεις της, όπως τη σωματική, την ψυχολογική υγεία, την κοινωνική ευημερία, καθώς και το φυσικό περιβάλλον, στο οποίο ζει ο ασθενής (Darzi et al., 2014). Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου WHOQOL - BREF προκύπτει πως το δείγμα εμφανίζει μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής τους και στα τέσσερα γενικότερα πεδία που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο.

Συνοψίζοντας, από τα αποτελέσματα της έρευνας και με βάση την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, φάνηκε πως η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί έναν παράγοντα ανικανότητας και θεωρείται μια από τις αιτίες που οδηγεί τα άτομα διάφορων ηλικιών σε περιορισμό των δραστηριοτήτων τους. Η οσφυαλγία οδηγεί σε μείωση της μυϊκής λειτουργικής ικανότητας όπως δυσκαμψία και μειωμένη δύναμη και αντοχή των μυών που παράγουν την κίνηση καθώς και σε ειδικές προσαρμογές των κινητικών και κινηματικών πρότυπων των αρθρώσεων του κορμού και κατ'επέκταση των κάτω άκρων κάτι που επηρεάζει την ποιότητα ζωής (Fouladi et al., 2008; Gounieia et al., 2016). Έρευνες υποστηρίζουν πως η χρόνια οσφυαλγία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης και άλλων προβλημάτων σωματικής υγείας. (Main et al., 2011; Woby et al., 2006). Τα άτομα που υποφέρουν από οσφυαλγία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ένα από τα ακόλουθα προβλήματα ψυχικής υγείας, άγχος, κατάθλιψη, ψύχωση, και στέρηση ύπνου, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν εμφανίζουν προβλήματα με την οσφυαλγία (Ginieri et al., 2008).

Σε αντίθεση με έρευνες τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως η χρόνια οσφυαλγία δεν συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη, ούτε με το άγχος και παρατηρήθηκαν μέτριες έως κανονικές τιμές. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι η χρόνια οσφυαλγία ίσως δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα ως επιπλοκή της κατάθλιψης και του άγχους ή ως πρωταρχικός αιτιολογικός τους παράγοντας.

7.4 Κλινική σημασία

Η κλινική σημασία αυτής της μελέτης έγκειται στο ότι διερευνήθηκαν οι παράμετροι ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και στο πως αλληλεπιδρούν αυτοί οι παράγοντες και πως επηρεάζονται από την χρόνια οσφυαλγία. Συχνά, όσοι υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία και χρόνιους πόνους παρουσιάζουν αλλαγές στην

διάθεσή τους, έχουν μεγαλύτερο άγχος, παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και με αυτόν τον τρόπο υποβαθμίζεται η ποιότητα της ζωής τους, διότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην καθημερινές τους ανάγκες, λόγω του πόνου. Αυτοί οι παράγοντες και η μεταξύ τους σχέση χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, ώστε να διαχειριστούν σωστά και επίσης να βρεθούν κατάλληλοι τρόποι αντιμετώπισης.

7.5 Περιορισμοί μελέτης

Σημαντικός περιορισμός της μελέτης θεωρήθηκε ο αριθμός του δείγματος, ο οποίος ήταν αρκετά μικρός σε σχέση με το πρόβλημα που εξετάστηκε. Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν μόνο 49 άτομα, επίσης το δείγμα δεν ήταν απόλυτα τυχαίο, αλλά ήταν από συγκεκριμένο περιβάλλον, δηλαδή από ευρύτερο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον των φοιτητριών. Αυτό σημαίνει πως είναι δύσκολο να βγει ένα τελικό αντιπροσωπευτικό συμπέρασμα και υπάρχουν αμφιβολίες για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, έτσι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό και δημιουργείται η ανάγκη να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες με σημαντικά μεγαλύτερα δείγματα. Επίσης τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία ήταν πολλά και αποτελούνταν από πολλές ερωτήσεις, πράγμα που σήμαινε πως χρειαζόταν αρκετός χρόνος για την συμπλήρωσή του (περίπου 1 ώρα) και πολλοί το θεώρησαν αρκετά κουραστικό. Επίσης, κάποιες ερωτήσεις ήταν πολύ προσωπικές, με αποτέλεσμα να μην απαντάνε με μεγάλη προθυμία και να τις θεωρούν ενοχλητικές αλλά και προσβλητικές με αποτέλεσμα να αντιδρούν με παράξενο τρόπο προς εμάς. Τέλος, στο ερωτηματολόγιο LifeStyle Index αντιμετωπίσαμε την πιο μεγάλη δυσκολία γιατί περιλάμβανε ερωτήσεις επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς με αποτέλεσμα να μην θέλουν να απαντήσουν ιδιαίτερα οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας.

Συμπεράσματα

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα υγείας με πολλαπλές αρνητικές συνέπειες στην σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής του. Παράγοντες όπως το είδος της εργασίας το φύλο, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η κατάθλιψη και το άγχος επιδρούν αρνητικά και οδηγούν την εμφάνιση προβλημάτων υγείας και συγκεκριμένα της οσφυαλγίας.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, παρατηρούμε πως οι ερωτηθέντες βρίσκονταν στην χρόνια φάση της οσφυαλγίας. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων βρέθηκε πως ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων ήταν 44,04% αυτό δείχνει πως η ηλικία είναι ένας από τους πιο κοινούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της οσφυαλγίας. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 61,2% ήταν γυναίκες, σύμφωνα με την βιβλιογραφία επηρεάζονται και εμφανίζουν πιο συχνά προβλήματα με την οσφυαλγία σε σχέση με τους άντρες. Όσον αφορά το ετήσιο εισόδημα και την σχέση του με την εμφάνιση της οσφυαλγίας, το 44,9% άνηκε στην κατηγορία του χαμηλού εισοδήματος (<7.200 ευρώ). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση το 75,5% ήταν παντρεμένοι αυτό μπορεί να οφείλεται στις αυξημένες υποχρεώσεις των παντρεμένων και στα αυξημένα επίπεδα άγχους. Επιπλέον, από τα αποτελέσματα φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων άνηκαν στην κατηγορία των χειρωνακτικών επαγγελμάτων. Οι συνθήκες εργασίας σε συνδυασμό με το χαμηλό εισόδημα βλέπουμε πως επηρεάζουν σημαντικά τον πόνο αλλά και την διάθεσή τους.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξαν πως το δείγμα που μελετήθηκε παρουσίαζε μια μέτρια ανικανότητα στην καθημερινή τους ζωή, μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής και όσον αφορά την ψυχική υγεία εμφάνισαν κανονικές τιμές και επίσης η κατάστασή τους χαρακτηρίστηκε ως μη παθολογική περίπτωση. Παρόλα αυτά, το δείγμα που μελετήθηκε ήταν αρκετά μικρό και τα αποτελέσματα της είναι δύσκολο να γενικευτούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Για αυτό πρέπει να γίνει περαιτέρω διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, καθώς η οσφυαλγία αποτελεί μείζον πρόβλημα με σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Jahoda M. *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, New York, 1958

Kisner, C., Allen Colby L., 2003. *ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ*, Μετάφραση από τα Αγγλικά από Κ.Σπυριδόπουλος και Γ.Σάτκα. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Σιώκης

Shultz, J.S., Houglum, P.A., Perrin, H.D., 2005, *Εξέταση μυοσκελετικών κακώσεων*. 2η εκδ. Μετάφραση από Κ.Δ. Κατσουλάκης. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Γιώργος Βαγενάς, 2014. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΜΕ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΤΟ SPSS 5^η ΕΚΔΟΣΗ (ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ)

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson GB. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet* 1999;354:581–5

Asmundson GJ, Wright KD, Hadjistavropoulos HD . Anxiety sensitivity and disabling chronic health condition: State of the art and future directions. *Scand J Behav Ther* 2000;29:100–117

Atlas S.J. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J Gen Intern Med*. 2001;16(2):120-131

Australian Institute of Health and Welfare 2016. Australia's health 2016. Australia's health series no. 15. Cat. no. AUS 199. Canberra: AIHW

Bahouq H, Allali F, Rkain H, Hmamouchi I, Hajjaj-Hassouni N. Prevalence and severity of insomnia in chronic low back pain patients. *Rheumatol Int*. 2013;33(5):1277–1281

Baddour LM, Bahalim AN, Barker-Collo S, Barrero LH, Bartels DH, Basanez MG, Baxter A, Bell ML, Benjamin EJ. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197–2223

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K . Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433–2445

Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482–91. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60610-7

Becker N, Thomsen AB, Sjorgen P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic nonmalignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997, 73:393–400

Begum, S., Ahmed, M.U., Schéele, B.V., Olsson, E. and Funk, P., 2010. Development of a stress questionnaire: A tool for diagnosing mental stress. Technical Report, MRTC

Bener A, Alwash R, Gaber T, Lovasz G. Obesity and low back pain. *Coll Antropol.* 2003;27:95–104. Balagué F1, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2012 Feb 4;379(9814):482-91

Bener A, El-Rufaei OF, Siyam A, Abuzeid Ms O, Toth F, Lovasz G. Epidemiology of low back pain in the United Arab Emirates. *J Rheumatol.* 2004;7:189–95

Billis E, McCarthy CJ, Gliatis J, Gittins M, Papandreou M, Oldham JA. Inter-tester reliability of discriminatory examination items for sub-classifying non-specific low back pain. *J Rehabil Med.* 2012 Oct;44(10):851-7.

Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127-34.

Boonen A, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, et al. Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2005;2005(64):396–402

Burnett A, Sze CC, Tam SM, Yeung KM, Leong M, Wang W, Tan BK, O'Sullivan P. A cross-cultural study of the back pain beliefs of female undergraduate healthcare students. *Clin J Pain.* 2009;25(1):20–28

Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine (Phila Pa 1976).* 1995 Mar 15;20(6):722-8

Buselli Paolo, Bosoni Roberto, Gabriella Busè, Paola Fasoli, Elide La Scala, Rita Mazzolari, Federica Zanetti, and Sara Messina. Effectiveness evaluation of an integrated automatic termomechanic massage system (SMATH® system) in non-specific sub-acute and chronic low back pain - a randomized double-blinded controlled trial, comparing SMATH therapy versus sham therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2011; 12: 216.

Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.

Campbell P, Bishop A, Dunn KM, Main CJ, Thomas E, Foster NE. Conceptual overlap of psychological constructs in low back pain. *Pain.* 2013;154:1783–91

Carmona L., Ballina J, Gabriel R et Laffon A. 2001. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey (*Ann Rheum Dis*)

Chou, R; Fu, R, Carrino, JA, Deyo, RA (2009, Feb 7). <<Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta –analysis.>>. *Lancet* 373(9662):463-72

Cole JC, Dubois D, Kosinski M. Use of patient-reported sleep measures in clinical trials of pain treatment: a literature review and synthesis of current sleep measures and a conceptual model of sleep disturbance in pain. *Clin Ther.* 2007;29(11 Suppl):2580-8.

Cotton, S.P.; Levine, E.G.; Fitzpatrick, C.M.; Dold, K.H.; Targ, E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 1999,8, 429-438

Cougot B, Petit A, Paget C, et al. : Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial. *J Occup Med Toxicol*. 2015;10:40. 10.1186/s12995-015-0082-5

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

Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 2004;107(1-2):54-60.

Dagenais S., Caro J., Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally *Spine J*, 8 (1) (2008), pp. 8–20

Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S.: Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J*. 2010;10(6):514–29. 10.1016/j.spinee.2010.03.032

Darzi MT, Pourhadi S, Hosseinzadeh S, Ahmadi MH, Dadian M. Comparison of quality of life in low back pain patients and healthy subjects by using WHOQOL-BREF. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2014;27(4):507-12.

Davies AR, Ware Jr. *Measuring Health Perceptions in Health Insurance Experiment*, R-2711-HHS. Santa Monica, The Rand Corporation, 1981.

Demyttenaere K., Bruffaerts R., Lee S., Posada-Villa J., V. Kovess, M.C. Angermeyer, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys *Pain*, 129 (3) (2007), pp. 332–342

Denkinger MD, Lukas A, Nikolaus T, Peter R, Franke S. Multisite pain, pain frequency and pain severity are associated with depression in older adults: results from the ActiFE Ulm study. *Age Ageing*. 2014;43(4):510–4. doi: 10.1093/ageing/afu013

Dersh J, Mayer T, Gatchel RJ, et al. Psychiatric comorbidity in chronic disabling occupational spinal disorders has minimal impact on functional restoration socioeconomic outcomes. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32:1917–25

Deyo, R. et al. What Can the History and Physical Examination Tell Us About Low Back Pain? *JAMA*. 1992. 268(6):760-766.

Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major US Corporation. *Am J Psychiat* 2000;157:1274–8.

Deyo RA, Weinstein J. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344:363–371. doi: 10.1056/NEJM200102013440508

Deyo RA. Low-back pain. *Sci Am.*1998, 279:48–53
Dysvik E, Lindstrom TC, Eikeland OJ, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs.* 2004; 5(2):66-74.

Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:455–46

Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age Ageing.* 2006;35:229–234.

Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement. *SocSciMed* 1995,41: 1383 -1394.

Elnaz Farajirad, Hadi Tohidi, and Mohammad Farajirad. Comparison of the frequency of psychiatric disorders among patients with chronic low back pain and control group. *Asian J Neurosurg.* 2016 Jul-Sep; 11(3): 287–291.

Evangelos C. Alexopoulos, Alex Burdorf & Athena Kalokerinou. 2005. A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel (musculoskeletal x-cultural)

Fanshel, Sol; Bush, J.W. (1970). "A health-status index and its application to health-services outcomes" (PDF). *OperationsResearch.* 18 (6):1021–66

Finan PH, Smith MT. The comorbidity of insomnia, chronic pain, and depression: dopamine as a putative mechanism. *Sleep Med Rev.* 2013;17(3):173–83. doi: 10.1016/j.smrv.2012.03.003. Flanagan J.C., «A Research Approach to improving our quality of life.», *American Psychologist*, 33, pp: 138-147.

Fouladi Dehghi B, Dehghan H, Ebrahimi Ghavam Abadi L. Evaluation of Exposure to Risk Factor Associated with Musculoskeletal Disorders in a House Hold goods assembling Company. *Journal of Guilan University of Medical Sciences.* 2008;16:97–105

FrankM, BernardC, FelixL, etal. Using Health Utility Index (HUI) for Measuring the Impact on Health-Related Quality of Life (HRQL) Among Individuals with Chronic Diseases. *The Scientific World J* 2004; 4:746-757

Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, et al. : The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med.* 2009;169(3):251–8. 10.1001/archinternmed.2008.543

Froud R.,Patterson S.,Eldridge S.,Seale C., Pincus T.,Rajendran D., et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives *BMC Musculoskelet Disord*, 15 (2014), p. 50

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcomes measures. *British Medical Journal*, 324, 1417 – 1423

Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine (Phila Pa 1976).* 1995 Dec 15;20(24):2702-9.

Ginieri – Coccossis, M., Theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V. and Soldatos, C. (2008) Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology* 9 1-9

Goossens ME. Economic aspects of chronic musculoskeletal pain. In: Linton SJ, editor. *New Avenues for the Prevention of chronic musculoskeletal pain and disability*. Amsterdam: Elsevier; 2002.

Goral A, Lipsitz JD, Gross R. The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: Results from the Israel National Health Survey. *J Psychosom Res* 2010;69(5):449–457

Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012; 37(11):E668-77.

Goubert L, Crombez G, Bourdeaudhuij ID. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. *Eur J Pain*. 2004; 8:385–394

Gouveia N, Rodrigues A, Eusebio M, Ramiro S, Machado P, Canhao H, et al. Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatol Int*. 2016;36:183–97. doi: 10.1007/s00296-015-3398-7

Greengross S, Murphy E, Quam L, Rochon P, Smith R. Aging: a subject that must be at the top world agendas. *Br Med J* 1997;315:1029.

Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998, 280:147–151

Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. What mediates the inverse association between education and occupational disability from back pain? – A prospective cohort study from the North-Trondelag health study in Norway. *Social Science and Medicine*. 2006;36:1267–1275

Han C, Pae C-U. Pain and depression: a neurobiological perspective of their relationship. *Psychiatry Investig*. 2015;12(1):1–8.

Hanne Ellegaard and Birthe D Pedersen, Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3 – 12 months' duration. *Ellegaard and Pedersen BMC Musculoskeletal Disorders* 2012,13:166

Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research* 14:1651-1668, 2005
Heijink R, Koopmanschap MA, Polder J. International comparison of cost of illness. Bilthoven: RIVM; 2006.

Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009;60:3072–80

Hestbaek Lise, Leboeuf-Yde, Charlotte and Claus Manniche. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J.* 2003 Apr; 12(2): 149–165.

Hill J.C., Dunn K.M., Lewis M., Mullis R., Main C.J., Foster N.E. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008;59(5):632–641

Hiyama A, Watanabe M, Katoh H, Sato M, Sakai D, Mochida J. Effect of depression and neuropathic pain using questionnaires on quality of life in patients with low back pain; cross-sectional retrospective study. *Eur Spine J.* 2016;25:2750–60.

Ho PT, Li CF, Ng YK, Tsui SL, Ng KF . Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 2011;70(6):541–547

Hoy D., March L., Brooks P., Blyth F., Woolf A., Bain C., et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study *Ann Rheum Dis*, 73 (6) (2014), pp. 968–974

Hsin-Yu Wang, Tsai-Sheng Fu, Shih-Chieh Hsu, and Ching-I Hung. Association of depression with sleep quality might be greater than that of pain intensity among outpatients with chronic low back pain. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 1993–1998.

Hung CI, Weng LJ, Su YJ, Liu CY. Depression and somatic symptoms scale: a new scale with both depression and somatic symptoms emphasized. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(6):700–708.

Hunt SM., McKenna SP., McEwen J, Williams J. & Papp E. The nottingham health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine* 15:221-229, 1981

Ibrahim T, Tleyjeh IM, Gabbar O. Surgical versus non-surgical treatment of chronic low back pain: a meta-analysis of randomised trials. *Int Orthop.* 2008;32(1):107-13.

Iversen, T., Solberg, T.K., Romner, B., Wilsgaard, T., Nygaard, Ø., Waterloo, K., Brox, J.I. and Ingebrigtsen, T., 2013. Accuracy of physical examination for chronic lumbar radiculopathy. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), p.1

Janwantanakul P, Pensri P, Moolkay P, Jiamjarangsri W. Development of a risk score for low back pain in office workers--a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2011;12:23. doi: 10.1186/1471-2474-12-23

Jackson T., Thomas S., Stabile V., Han X., Shotwell M., McQueen K. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis *Lancet*, 385 (Suppl. 2) (2015), p. S10

Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, et al. Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005;30:1541–48; discussion 1549

Jellema P., Vander Windt D.A., Vander Horst H.E., Stalman W.A., Bouter L.M. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *Brit J Gen Pract.* 2007;57:15–22

Juniper M, Le TK, Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin Pharmacother* 2009;10:2581–92.

June KJ, Cho S-H. Low back pain and work-related factors among nurses in intensive care units. *J Clin Nurs.* 2011;20(3–4):479–487

Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3, CD002193.

Katz JN.: Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(Suppl 2):21–4. 10.2106/JBJS.E.01273

Keeley P., Creed F., Tomenson B., Todd C., Borlin G., Dickens C., 2008. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain* 135, 142-150

Keller, S. D., Ware, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., et al. (1998). Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1179 - 1188.

Kelly GA, Blake C, Power CK, O'keeffe D, Fullen BM. The association between chronic low back pain and sleep: a systematic review. *Clin J Pain.* 2011;27(2):169–181

Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropr Osteopat.* 2005 Jul 26;13:13.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095-105.

Klarman ,Herbert E.; Francis, John O'S; Rosenthal, Gerald D. (1968). "Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease". *Medical care.* 6 (1): 48–54. doi:10.1097/00005650-196801000-00005. Retrieved 2014-05-06.

Klemenc-Ketis Z. Predictors of health-related quality of life and disability in patients with chronic non-specific low back pain. *Zdrav Vestn.* 2011;80(5):379-85

Knaster P, Karlsson H, Estlander AM, Kalso E . Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: The anxiety disorders precede the onset of pain. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34(1):46–52

Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006;332:1430–34.

Koes, BW; van Tulder, M; Lin, CW; Macedo, LG; McAuley, J; Maher, C (December

2010). "An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care.". *European Spine Journal*. **19** (12): 2075–94.

Krystal AD. Treating the health, quality of life, and functional impairments in insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(1):63–72

Lavigne GJ, Nashed A, Manzini C, Carra MC. Does sleep differ among patients with common musculoskeletal pain disorders? *Curr Rheumatol Rep*. 2011;13(6):535–542.

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

Lehman F. Instruments for measuring quality of life in mental illness. In:Katsching H, Freeman H, Santorius N (eds). *Quality of life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80

Ligia M Pereira , Karen Obara , Josilainne M Dias, Maryela O Menacho, De´bora A Guariglia , Durcelina Schiavoni , Hugo M Pereira and Jefferson Rosa Cardoso Comparing the Pilates method with no exercise or lumbar stabilization for pain and functionality in patients with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis *Clinical Rehabilitation* 26(1) 10–20 The Author(s) 2011

Lin PH, Tsai YA, Chen WC, Huang SF. Prevalence, characteristics, and work-related risk factors of low back pain among hospital nurses in Taiwan: a cross-sectional survey. *Int J Occup Med Environ Health*. 2012;25(1):41–50

Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:1148–56

Lisbeth Hartvigsen , Alice Kongsted and Lise Hestbaek , Clinical examination findings as prognostic factors in low back pain: a systematic review of the literature. *Hartvigsen et al. Chiropractic & Manual Therapies* (2015) 23:13

Lizier, D.T., Perez, M.V., & Sakata, R.K., 2012. Exercises for Treatment of Nonspecific Low Back Pain. *Rev Bras Anestesiol.*, 62(6): 838-846

Loney P, Stratford P. The prevalence of low back pain in adults: A methodological review of the literature. *Physical Therapy*. 1999;79:384–396

Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ*. 2006;332(7539):449–452

Macfarlane GJ, Jones GT, Hannaford PC. Managing low back pain presenting to primary care: where do we go from here? Pain. 2006 Jun;122(3):219-22.

Main C.J., George S.Z. Psychologically informed practice for management of low back pain: Future directions in practice and research. *Phys. Ther*. 2011;91:820–824. doi: 10.2522/ptj.20110060.

Maniadakis N et al. The economic burden of back pain in the UK. *Pain*. 2000; 84:95-103.

Manchikanti L, Manchikanti KN, Cash KA, Singh V, Giordano J. Age-related prevalence of facet-joint involvement in chronic neck and low back pain. *Pain Physician*. 2008;11:67–75.

Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA (Jul–Aug 2009). "Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain". *Pain Physician*. 12 (4): E35–70. [PMID 19668291](#)

Marin R, Cyhan T, Miklos W. Sleep disturbance in patients with chronic low back pain. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006;85(5):430–435.

Marin R, Cyhan T, Miklos W . Sleep disturbance in patients with chronic low back pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:430–435

Martin Härter, Katrin Reuter, Katrin Gross-Hardt, Jürgen Bengel (2001) Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation validity of HADS and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease, *Disability and Rehabilitation*, 23:16,737-744, DOI:10.1080/09638280110062176

Mathew Justin, Singh B.Samantha, Sally Garis, and D. Diwan Ashish. Backing up the stories: The psychological and social costs of chronic low-back pain. *Int J Spine Surg*. 2013; 7: e29–e38.

Matsudaira K, Konishi H, Miyoshi K, Isomura T, Inuzuka K. Potential risk factors of persistent low back pain developing from mild low back pain in urban Japanese workers. *PLoS One*. 2014;9(4):5–10. doi: 10.1371/journal.pone.0093924

Matsudaira K, Kawaguchi M, Isomura T, Inuzuka K, Koga T, Miyoshi K, et al. Assessment of psychosocial risk factors for the development of non-specific chronic disabling low back pain in Japanese workers-findings from the Japan Epidemiological Research of Occupation-related Back Pain (JOB) study. *Ind Health [Internet]*. 2015;53(4):368–77

McHorney C A, Ware J E, Racjek A G. (1993). The MOS 36 item short form health survey II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. *Medical Care*: 31:247

McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36 - Item Short - Form Health Survey (SF - 36®): III. tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups . *Med Care* 1994; 32(4):40 - 66. Mc Call W V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2:229-248}}

Merkus MP. (1999). Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study Group on the adequacy of dialysis. *NECOSAD Study Group*. *Kidney International*: 56:720-728.

Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C. , Michalopoulou, P., Kalem, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. & Lykouras, L. 2008, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample, *Annals of General Psychiatry*, 7(4): 1-5

Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. (1999). Health - related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *DIAQOL Group*. *Nephrology Dialysis Transplantation*: 14:1503-1510

Mitchell T, O'Sullivan PB, Burnett AF, Straker L, Rudd C. Low back pain characteristics from undergraduate student to working nurse in Australia: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1636–1644

Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology* 2005;237:597–604

Montazeri, A., Va hdaninia, M., Mousavi, S.J., Asadi - Lari, M., Omidvari, S. and Tavousi, M., 2011. The 12 - item medical outcomes study short form health survey version 2.0 (SF - 12v2): a population - based validation study from Tehran, Iran. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), p.1

Mooney, A. (2006). Quality of life: Questionnaires and questions . *Journal of Health Communication*, 11, 327 – 341.

Murray C.J.L., Lozano R, T. Vos, Naghavi, M. Flaxman A.D., Michaud C., et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 *Lancet*, 380 (9859) (2012), pp. 2197–2223

Nicholas, M.K., Asghari, A., Blyth, F.M., et al. (2013) Self-Management Intervention for Chronic Pain in Older Adults: A Randomised Controlled trial. *Pain*, 154, 824-835.

Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. 2003;37(1):9–15

O'Sullivan, P., 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Manual therapy*, 10(4), pp.242-255

Philadelphia Panel: Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther*. 2001;81(10):1641–74

Pinheiro M.B., Ferreira M.L., Refshauge K., J.R. Ordonana, G.C. Machado, L.R. Prado, et al. Symptoms of depression and risk of new episodes of low back pain: a systematic review and meta-analysis *Arthritis Care Res*, 67 (11) (2015), pp. 1591–160

Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Colodro-Conde L, González-Javier F, Hopper JL, Ordoñana JR, Ferreira PH. Symptoms of Depression and Risk of Low Back Pain: A Prospective Co-twin Study. *Clin J Pain*. 2016 Dec 13

Poiraudeau S, Rannou F, Le Henanff A, Coudeyre E, Rozenberg S, Huas D, Martineau C, Jolivet-Landreau I, Revel M, Ravaud P. Outcome of subacute low back pain: influence of patients' and rheumatologists' characteristics. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45(6):718–723.

Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG . Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine—which goes first? *Spine* 1992;18: 66–71

Power C, Frank J, Hertzman C, Schierhout G, Li L. Predictors of low back pain onset in a prospective British study. *Am J Public Health*. 2001;91(10):1671–1678

Pransky G, Borkan JM, Young AE, Cherkin DC. Are we making progress?: the tenth international forum for primary care research on low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Sep 1;36(19):1608-14.

Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain* 2001;92(3):381–388
Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain*. 2011;15:1075–80.

Roger Chou, Low back pain (chronic) *BMJ Clin Evid*. 2010; 2010: 1116.

Rugelj D. Low back pain and other work-related musculoskeletal problems among physiotherapists. *Appl Ergon*. 2003;34:635–639

Slater Helen, Briggs M. Andrew, Samantha Bunzli, Stephanie J Davies, Anne J Smith, and John L Quintner. Engaging consumers living in remote areas of Western Australia in the self-management of back pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012; 13: 69.

Schmidt CO, Raspe H, Pflingsten M, Hasenbring M, Basler HD, Eich W, Kohlmann T. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine*. 2007;32(18):2005–2011

Şendir M, Acaroğlu R. Evaluation of night-time pain characteristics and quality of sleep in postoperative Turkish orthopedic patients. *Clin Nurs Res* 2011;20(3):326–342.

Shultz, S., Averell, K., Eickelman, A., Sanker, H. and Donaldson, M.B., 2015. Diagnostic accuracy of self-report and subjective history in the diagnosis of low back pain with non-specific lower extremity symptoms: A systematic review. *Manual therapy*, 20(1), pp.18–27
Shmagel A, Foley R, Ibrahim H.: Epidemiology of chronic low back pain in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2010. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016. 10.1002/acr.22890

Siengsukon C, Emmanuel NM, Sharma NK. Relationship between low back pain and sleep quality. *J Nov Physiother*. 2013;3(4):168.

Simon Wieser, Bruno Horisberger, Sara Schmidhauser, Claudia Eisenring, Urs Brügger, Andreas Ruckstuhl, Jürg Dietrich, Anne F. Mannion, Achim Elfering, Özgür Tamcan, and Urs Müller. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ*. 2011 Oct; 12(5): 455–467.

Sintonen H. Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring health-related quality of life. *Archives of Hellenic Medicine* 2001;18(2):156-160

Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Cost of illness in the Netherlands 2007: Trends in health care expenditure 1999–2010. RIVM: Bilthoven; 2011.

Slobbe LCJ, Kommer GJ, Polder JJ. Kosten van ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's. Bilthoven: RIVM; 2006.

Small KM, Nunes E, Hughley S, Addy NA. Ventral tegmental area muscarinic receptors modulate depression and anxiety-related behaviors in rats. *Neurosci Lett*. 2016;616:80–5. doi: 10.1016/j.neulet.2016.01.057

Smith MT, Haythornthwaite JA. How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep Med Rev.* 2004;8(2):119–132.

Smith D, Mihashi M, Adachi Y, Koga H, Ishitake T. A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res.* 2006;37(2):195–200

Standaert CJ, Weinstein SM, Rumpeltes J.: Evidence-informed management of chronic low back pain with lumbar stabilization exercises. *Spine J*, 2008, 8: 114–120

Stanton T.R., Latimer J., Maher C.G., Hancock M. Definitions of recurrence of an episode of low back pain: a systematic review *Spine (Phila Pa 1976)*, 34 (9) (2009), pp. E316–E322

Sullivan MJ, Reesor K, Mikail SF, Fisher R. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain* 1992; 50: 5-13.

Takura T, Ushida T, Kanchiku T, Ebata N, Fujii K, daCosta DiBonaventura M, et al. The societal burden of chronic pain in Japan: an internet survey. *J Orthop Sci.* 2015;20(4):750–60. doi: 10.1007/s00776-015-0730-8

Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep.* 2005;28(11):1457–1464

Taylor AMW, Castonguay A, Taylor AJ, Murphy NP, Ghogha A, Cook C, et al. Microglia disrupt mesolimbic reward circuitry in chronic pain. *J Neurosci.* 2015;35(22):8442–50. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4036-14.2015

Terzi R, Altin F. [The prevalence of low back pain in hospital staff and its relationship with chronic fatigue syndrome and occupational factors] *Agri.* 2015;27:149–54. doi: 10.5505/agri.2015.26121

The WhoqolGroup (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine:* 41:1403-1409

Thomas M, Gill MD, Alvan R, Feinstein MD. A critical appraisal of the quality of Quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:618-626

Truchon M. Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model. *Disabil Rehabil.* 2001 Nov 20;23(17):758-67.

Toshinaga Tsuji , Ko Matsudaira , Hiroki Sato and Jeffrey Vietri .The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. Tsuji et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2016) 17:447

Tse MMY, Pun SPY, Benzie IFF . Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient-centred intervention. *J Clin Nurs* 2005;14:315-20.

Turner-Stokes, L., Turner-Stokes, 15. T., The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. *Clinical Rehabilitation* (1997), 11: 306-313.

- Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*. 1995;62(2):233–240. doi: 10.1016/0304-3959(94)00272-G3. Norlund A,
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V, Abraham J, Ackerman I, Aggarwal R, Ahn SY, Ali MK, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Bahalim AN, Barker-Collo S, Barrero LH, Bartels DH, Basanez MG, Baxter A, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–2196
- Waddell G. Cost of back pain in some OECD countries. In: Nachemson AL, Jonsson E, editors. *Neck and Back pain the Scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment* edn. Philadelphia: Lippincot; 2000. pp. 421–425
- Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults: the economic burden. *Asia Pac J Public Health*. 2003
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF36): I. Conceptual framework and item selection. *MedCare* 1992, 30:473–48
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF - 36® Health Survey Manual and Interpretation Guide* . Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993
- Ware, J. E., Kosinski, M. A., & Keller, S. D. (1996). A 12 - Item Short - Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220 – 233
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276(4):293–9
- Wenig CM et al. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain*. 2009; 13:280-6.;15:79–87
- Wilson KG, Mikail SF, D'Eon JL, Minns JE . Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain* 2001;91: 227–34. PMID:11275378
- Wiltse, L.L, Newman, P.H. & Me Nab, I. (1976). Classification of spondylolisthesis. *Clin. Orthop*. 117
- WHO. Revised Targets for Health for All in Europe. WHO, 1991.
- Woby S., Urmston M., Watson P. Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *Eur. J. Pain*. 2007;11:711–718. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.10.009
- Wood PB, Schweinhardt P, Jaeger E, Dagher A, Hakyemez H, Rabiner EA, et al. Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain. *Eur J Neurosci*. 2007;25(12):3576–82. doi: 10.1111/j.1460-9568.2007.05623.x.
- Yasufumi Hayash .Classification, Diagnosis, and Treatment of Low Back Pain. *JMAJ* 2004;47(5): 227–233.

Yiengprugsawan V, Banwell C, Zhao J, Seubsman SA, Sleigh AC. Relationship between body mass index reference and all-cause mortality: evidence from a large cohort of Thai adults. *J Obes*. 2014;2014:708606.

Yfandopoulos J. Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine* 2001; 18(2):114-130.

Yfandopoulos J. The “social” quality of life. *Archives of Hellenic Medicine* 2001; 18(2):108-113.

Young K. J & Longman A.J., «Quality of life and persons with melanoma: A pilot study», *Cancer Nurs*, June 1983: 6(3):219.

Vietri J, Otsubo T, Montgomery W, Tsuji T, Harada E. The incremental burden of pain in patients with depression: results of a Japanese survey. *BMC Psychiatry [Internet]* 2015;15(1):104. doi: 10.1186/s12888-015-0488-8.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale (validity and reliability). *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361 - 37

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Ελένη Θεοδωροπούλου , Κώστας Καρτερολιώτης , Γιώργος Νάσσης , Μαρία Κοσκολού και Νίκος Γελαδάς. Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής». *ΚΙΝΗΣΙΟΛΟΓΙΑ: Ανθρωπιστική Κατεύθυνση*, Δεκέμβριος 2012

Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν, Νιάκας Δ. Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *ΑρχΕλλιατρ* 2006, 23:159–166

Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001; 18(3):218-22

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης εθελοντή

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

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

Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε;

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

Διασφάλιση της ανωνυμίας σας.

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

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

Υπογραφή συμμετέχοντα _____ Ημερομηνία: _____

Στοιχεία επικοινωνίας:

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

Στο πόδι. Καυστικός/ Μούδιασμα/ Οξύς/ Παλμικός-ρυθμικός/ Σαν πονόδοντο/ Σαν ηλεκτρικό ρεύμα/ Διάχυτος/ Άλλο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗΣ. Περιγράψτε τι αυξάνει (επιδεινώνει) τον πόνο σας

Σκύψιμο / Έγερση / Κάθισμα/ Ορθοστασία/ Περπάτημα/ Όταν ξαπλώνω/ Ακινησία/ Κίνηση/ Όταν σηκώνομαι από καθιστή θέση/ Τέντωμα προς τα πίσω/ Άλλο:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ. Περιγράψτε τί μειώνει (ανακουφίζει) τον πόνο σας

Σκύψιμο / Έγερση / Κάθισμα/ Ορθοστασία/ Περπάτημα/ Όταν ξαπλώνω/ Ακινησία/ Κίνηση/ Όταν σηκώνομαι από καθιστή θέση/ Τέντωμα προς τα πίσω/ Άλλο:

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: _____

ΑΛΛΑΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

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)

τυχνότητα πόνου. Κάποιες μέρες/ Τις περισσότερες ημέρες/ Κάθε μέρα

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ Έχετε άλλα συμπτώματα εκτός από πόνο;

Δυσκαμψία/ Σπασμός-κράμπες/ Σερνάμενα πόδια (draggingfeet)/ Υπαισθησία/ Άλλο

Βήχας /Φτέρνισμα Θετικό /Αρνητικό (θετικό μόνο με αναπαραγωγή πόνου στο πόδι)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ & ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Έναρξη συμπτωμάτων: Απτότομα (οξέα) /Σταδιακά

Πότε άρχισαν

Αιτία ή εμφανής προδιαθεσικός παράγοντας (π.χ. αύξηση βάρους κτλ); ΝΑΙ ΟΧΙ
Περιγράψτε:

Περιοχή συμπτωμάτων κατά την έναρξη: Μέση /Γλουτός /Πόδι

Προηγούμενο 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 ΝΑΙ ΟΧΙ

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

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 βιάδισης (π.χ. αδεξιότητα)

3.3. Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα: Παραμόρφωση (π.χ. σκολίωση)/ Αυχενικός πόνος/ Άλλο

Παραμόρφωση (π.χ. σκολίωση)/ Αυχενικός πόνος/ Ανισοσκελία/ 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

The Keele STarT Back ScreeningTool

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

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

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

Καθόλου

0

Λίγο

0

Μετρίως

0

Πάρα πολύ

1

Υπερβολικά

1

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

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 \surd στο τετράγωνο πλαίσιο που βρίσκεται δίπλα σε κάθε ερώτηση. Αν κάποια πρόταση δεν σας εκφράζει, αφήστε το πλαίσιοκενό.

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

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:

Τις περισσότερες φορές

3

8(D) Αισθάνομαι με “πεσμένη” διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς

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

7A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

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

Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι

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

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

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

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

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

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

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

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

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

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

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

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

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

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

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

a <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε..... <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2
b Περιορίσατε <u>το είδος</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας..	<input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2

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

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

4. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πηγαιναν 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 χρονικόδιάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Αρκετές φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Είχατε πολύ ενεργητικότητα;.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WHOQOL-BREF

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πώς **εσείς** αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «**Πολύ**».

Αν δεν έχετε «**Καθόλου**» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
	1	2	3	4	5

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτεδυσαρεστημένος/ηούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο πολύ** βιώνετε κάποιες καταστάσεις **τις δυο τελευταίες εβδομάδες**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα ;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή **σε ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσοι ικανός/ή** θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5

Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσοι κανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Πολύ δυσारे- στημένος/η	Δυσारे- μένος/η	Ούτεδυσारे- στημένος/ηούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιη- μένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5

<p>Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;</p> <p>Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;</p> <p>Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;</p>	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά** έχετε ορισμένα συναισθήματα τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
<p>Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;</p>	1	2	3	4	5

Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh(ΔΠΥ)

Οδηγίες: Οι ακόλουθες ερωτήσεις σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου τις οποίες είχατε κατά τη διάρκεια μόνον του περασμένου μήνα. Οι απαντήσεις σας θα πρέπει να είναι ακριβείς για την πλειοψηφία των ημερών και νυχτών του περασμένου μήνα. Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα,

1. Πότε συνήθως πηγαίνατε για ύπνο;
2. Πόση ώρα (σε λεπτά) σας έπαιρνε για να κοιμηθείτε, κάθε βράδυ;
3. Συνήθως το πρωί τι ώρα ξυπνούσατε;
4. Πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά κατά τη διάρκεια της νύχτας; (Μη περιλαμβανομένων των ωρών που βρισκόσασταν ,άυπνοι στο κρεβάτι;

5. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσο συχνά αντιμετωπίσατε προβλήματα ύπνου διότι	Όχι κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα(0)	Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα (1)	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα (2)	Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα (3)
α. δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά;				
β. ξυπνούσατε κατά τα μεσάνυχτα ή πολύ νωρίς το πρωί;				
γ. έπρεπε να σηκωθείτε για τουαλέτα;				
δ. δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε ικανοποιητικά;				
ε. είχατε βήχα ή ροχαλίζατε δυνατά;				
στ. κρυώνατε υπερβολικά;				
ζ. ζεσταινόσταν υπερβολικά;				
η. βλέπατε άσχημα όνειρα;				
θ. πονούσατε;				
ι. άλλες αιτίες. Παρακαλώ περιγράψτε τις αναφέροντας και πόσο συχνά είχατε δυσκολία στον ύπνο λόγω αυτών των αιτιών:				
6. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο συχνά παίρνατε υπνογόνα φάρμακα;				

7. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πρόβλημα να μείνετε ξύπνιος/α όταν οδηγούσατε, τρώγατε ή σε κάποια κοινωνική δραστηριότητα;				
8. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο δύσκολο σας ήταν να διατηρήσετε τη διάθεσή σας να κάνετε διάφορα πράγματα;				
	Πολύ καλή	Σχεδόν καλή	Σχεδόν κακή	Κακή
9. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πως θα βαθμολογούσατε την συνολική ποιότητα του ύπνου σας;				

K. Mystakidou, E. Parpa, E. Tsilika, M. Pathiaki, E. Patiraki, A. Galanos, L. Vlahos.
Sleep quality in advanced cancer patients. J Psychosom Res 62 (2007) 527-533

**LIFE STYLE INDEX (Plutchik et al,
1979)**

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία
.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ, σημειώστε εάν κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει πώς νοιώθετε ή πώς αντιδράτε **συνήθως**.

Εάν η πρόταση σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο τη λέξη «ΝΑΙ».

Εάν η πρόταση δεν σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο την λέξη «ΟΧΙ».

Σας περιγράφει;

1. Είμαι πολύ καλόβολος άνθρωπος και τα πάω καλά με όλους..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ
2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για ν' αποκτήσω κάτι που θέλω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ
4. Ο κόσμος δεν με θεωρεί συναισθηματικό άτομο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
5. Αγανακτώ με τις άσεμνες ταινίες.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ
6. Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ
7. Με κάνουν έξαλλο/η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

8. Μερικές φορές μου

έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο.....

ΝΑΙ - ΟΧΙ

9. Μ' ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο

της
προσοχής.....
.....

ΝΑΙ - ΟΧΙ

11. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που δεν κλαίει ποτέ..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

12. Εκνευρίζομαι όταν χρησιμοποιώ δημόσιες τουαλέτες..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

13. Όταν υπάρχει μια διαφωνία είμαι πάντα πρόθυμος/η να ακούσω όλες

τις πλευρές..... ΝΑΙ -
ΟΧΙ

14. Γίνομαι εύκολα έξω φρενών.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

15. Αν κάποιος μες το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωσήσω.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε
μένα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ

17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά

πράγματα παρά να θυμώνεις.....ΝΑΙ -
ΟΧΙ

18. Αρρωσταίνω συχνά..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

19. Δεν συγκρατώ εύκολα
φυσιογνωμίες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ

20. Μερικές από τις φορές που με απέρριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

22. Βλέπω πάντα την θετική πλευρά των πραγμάτων..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά.....NAI
- ΟΧΙ
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει..... NAI - ΟΧΙ
25. Δυσκολεύομαι να θυμηθώ τα ονόματα των ανθρώπων..... NAI
- ΟΧΙ
26. Συχνά είμαι υπερβολικά παρορμητικός/ή..... NAI
- ΟΧΙ
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές
να γίνει το δικό τους..... NAI - ΟΧΙ
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη..... NAI
- ΟΧΙ
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/η.....NAI
- ΟΧΙ
30. Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε
λεπτομέρεια..... NAI
- ΟΧΙ
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο.....NAI
- ΟΧΙ
32. Η πορνογραφία είναι αηδιαστική..... NAI
- ΟΧΙ
33. Όταν ταραζομαι, τρώω πολύ..... NAI - ΟΧΙ
34. Ποτέ δεν έχω νοιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους.....NAI
- ΟΧΙ
35. Δεν μπορώ να θυμηθώ πολλά πράγματα από την παιδική μου ηλικία..... NAI - ΟΧΙ

36. Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές..... NAI
- ΟΧΙ
37. Με τη φαντασία μου, καταφέρνω σπουδαία πράγματα..... NAI
- ΟΧΙ
38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές..... NAI
- ΟΧΙ
39. Όταν ακουμπήσω οτιδήποτε γλοιώδες, με πιάνει ναυτία..... NAI
- ΟΧΙ
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο, αλλά έχω την τάση να
παραπονιέμαι σε κάποιον NAI - ΟΧΙ
άλλον.....
41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι
προσεκτικός..... NAI
- ΟΧΙ
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων
ανθρώπων..... NAI - ΟΧΙ
.....
43. Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να
επηρεάζομαι..... NAI -
OXI NAI
..... - ΟΧΙ
44. Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/ή από τον
άλλο.....
45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν.....NAI
- ΟΧΙ
46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική..... NAI
- ΟΧΙ
47. Όταν οδηγώ, κάποιες φορές μου έρχεται να ρίξω το αυτοκίνητό μου

πάνω σ' ένα άλλο..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω

τα μούτρα..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

49. Όταν βλέπω κάποιον μέσ' τα αίματα, δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

51. Ο κόσμος μου λέει πως ό,τι και να μου πουν θα το πιστέψω.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειές μου.....NAI
- ΟΧΙ
53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες
λέξεις..... NAI - ΟΧΙ
54. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους.....NAI
- ΟΧΙ
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι
ειλικρινείς.....NAI
- ΟΧΙ
56. Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα
πάντα..... NAI
- ΟΧΙ
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων
ανθρώπων που ξέρω..... NAI
- ΟΧΙ
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω.....NAI
- ΟΧΙ
59. Δείχνω να μη μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου.....NAI
- ΟΧΙ
60. Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου, γίνομαι έξαλλος.....NAI
- ΟΧΙ
61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω έξω από το μυαλό μου..... NAI - ΟΧΙ
62. Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον..... NAI
- ΟΧΙ
63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της
προσοχής..... NAI
- ΟΧΙ

64. Κάνω συλλογή από πολλά και διάφορα πράγματα..... NAI
- OXI
65. Εργάζομαι πιο σκληρά από τους περισσότερους ανθρώπους, για να
γίνω καλός σε ό,τι με ενδιαφέρει..... NAI
- OXI
66. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει..... NAI - OXI
67. Μου έχει συμβεί να θυμώσω τόσο πολύ που να θέλω να σπάσω
πράγματα..... NAI
- OXI
68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/η..... NAI - OXI
69. Λέω πολλά ψέματα..... NAI
- OXI
70. Νοιώθω να είμαι περισσότερο αφοσιωμένος/η στο καθήκον παρά στην
κοινωνική μου ζωή..... NAI
- OXI
71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί..... NAI
- OXI
72. Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μια ταινία με σκηνές σεξ και βίας..... NAI
- OXI
73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης..... NAI
- OXI
74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση..... NAI
- OXI
75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα
πράγματα..... NAI
- OXI

76. Μπορώ να κάνω πολλά πράγματα προκειμένου να δω ταινίες που

δείχνουν πολύ βία.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ΝΑΙ - ΟΧΙ
ό,τι οι

περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

78. Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξύθυμος/η.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

79. Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι
άσεμνος.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

80. Δεν αφήνω τα συναισθήματά μου να με
παρασύρουν.....ΝΑΙ - ΟΧΙ

81. Προετοιμάζομαι για το χειρότερο, έτσι ώστε να μην πιαστώ στον ύπνο.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να
ήταν στη θέση μου.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωτσήσει κάτι τόσο δυνατά που,
χωρίς να το θέλω, χτύπησα εγώ ο ίδιος..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

85. Δεν θυμάμαι σχεδόν τίποτα από τα πρώτα σχολικά μου χρόνια.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

86. Όταν ταραζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το
θέλω.....ΝΑΙ - ΟΧΙ

87. Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ό,τι όταν
συζητώ για τα συναισθήματά μου.....ΝΑΙ
- ΟΧΙ

88. Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

89. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

90. Τα μέλη της οικογένειάς μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ
τους.....ΝΑΙ - ΟΧΙ

91. Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να
προχωρήσουν.....ΝΑΙ - ΟΧΙ

93. Όταν ταραζομαι, πολλές φορές μεθώ.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

94. Είμαι τυχερός/ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους

ανθρώπουςΝΑΙ
- ΟΧΙ

95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί κοιμάμαι περισσότερο από το
συνηθισμένο.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ

96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα

για να πάνε μπροστά..... ΝΑΙ
- ΟΧΙ

97. Χρησιμοποιώ αρκετά συχνά βρώμικες λέξεις.....
ΝΑΙ - ΟΧΙ