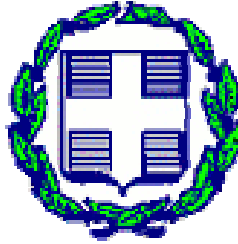


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ
ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΤΣΟΥΡΟΥΝΑΚΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κ. ΜΠΑΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΑΙΓΙΟ-2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε θερμά την εποπτεύουσα καθηγήτρια Κα Ευδοκία Μπίλλη για την πολύτιμη καθοδήγησή της. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές του Τμήματος για τις ουσιαστικές γνώσεις που μας προσέφεραν. Τέλος, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στις οικογένειές μας που μας συμπαρυστάθηκαν σε όλα τα χρόνια της φοίτησης μας στο Τ.Ε.Ι., στο Αίγιο.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη παρούσα έρευνα μελετήθηκε το φαινόμενο της οσφυαλγίας στα νεαρά ενήλικα άτομα. Πραγματοποιήθηκε έρευνα με συμμετέχοντες ασθενείς που δήλωσαν ότι παρουσίαζαν άλγος στην περιοχή της οσφύος και του κάτω άκρου. Τα άτομα αυτά ήταν ηλικίας από 20 έως 40 ετών. Ωστόσο κατά το χρονικό διάστημα που έγινε η έρευνα παρουσιάστηκαν πάρα πολλά περιστατικά με παρόμοια συμπτώματα τα οποία ήταν άνω των 40 ετών και δεν περιλαμβάνονται στη μελέτη. Γενικά παρατηρήθηκε να είναι περισσότερο συχνή η εμφάνιση της πάθησης στη μέση ηλικία από ότι στη νεαρή ηλικία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανασκόπηση:

Ο πόνος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι ένα από τα συχνότερα και σημαντικότερα προβλήματα υγείας. Στα νεαρά ενήλικα άτομα η περισσότερο συχνή αιτία εμφάνισης της πάθησης αυτής είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Στην έρευνα που ακολουθεί μελετήθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά νεαρών ατόμων με οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία.

Σκοπός Μελέτης:

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το κλινικό προφίλ (δημογραφικά, κλινικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά) ενός δείγματος Ελλήνων ασθενών ηλικίας 20 με 40 ετών.

Μέθοδος:

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 20 εθελοντές ασθενείς με οσφυαλγία. Η ομάδα του δείγματος μελέτης αποτελείται από 11 γυναίκες και 9 άνδρες. Τα άτομα που επιλέχθηκαν για να συμμετέχουν στην έρευνα ήταν ηλικίας από 20 έως 40 ετών (μέσος όρος ηλικίας 29 ± 7) και παραπονιούνταν για άλγος στην περιοχή της οσφύος ή και στα κάτω άκρα. Ακόμα έγινε φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση και καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και δόθηκαν έξι ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια το The Keele Start Back Screening Tool, Maine-Seattle Back Questionnaire, Sciatica Bothersomeness Index , Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), SF-12 Health Survey καθώς και το Roland-Morris Disability Index test που περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει οι ασθενείς για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Το HAD test περιλαμβάνει δύο σκορ, ένα που αφορά το άγχος και ένα άλλο που αφορά την κατάθλιψη. Επίσης και το SF-12 περιλαμβάνει δύο σκορ ένα για την σωματική και ένα για την ψυχολογική κατάσταση.

Αποτελέσματα:

Μελετήθηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και διαπιστώθηκε ότι είχαν υψηλής έντασης οσφυαλγία (μέσο όρο VAS χειρότερου πόνου $7,2\pm 2,26$) και μέσης έντασης ισχιαλγία (μέσο όρο VAS χειρότερου πόνου $3,25\pm 3,89$). Με το 70% να δηλώνει ότι πάσχει από μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία και το 30% από μηχανικής αιτιολογίας. Επίσης, μετρήθηκε η κατάθλιψη (μέσο όρο $7,5\pm 4,11$) και το άγχος (μέσο όρο $3,65\pm 2,89$) των ασθενών με το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο HAD και προέκυψε μέσω του SF-12 ότι η σωματική (μέσο όρο

43,64±6,65) και ψυχική (μέσο όρο 45,78±10) κατάσταση του δείγματος ήταν μέτρια. Επιπλέον το 75% του δείγματος δήλωσε ότι η οσφυαλγία επηρέαζε τη λειτουργικότητα τους.

Συμπεράσματα:

Από τη μελέτη που έγινε διαπιστώθηκε ότι η συχνότερη αιτία εμφάνισης οσφυαλγίας στα νεαρά ενήλικα άτομα είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Η δεύτερη πιο συχνή αιτία είναι το σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων αυτών είναι μέτρια. Ωστόσο δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθεί περισσότερο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	9
ΟΡΙΣΜΟΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ	9
ΟΡΙΣΜΟΣ	9
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	10
Έρευνες εξωτερικού:	10
Έρευνες στην Ελλάδα:.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	15
ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΕΑΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	15
Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου	16
Σπονδυλόλυση και σπονδυλολίσθηση	17
Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας οσφυϊκής μοίρας.....	18
Σύνδρομο αποειδή και οσφυοισχιαλγία	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	20
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	20
ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	20
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	25
ΜΕΘΟΔΟΣ	25
ΣΚΟΠΟΣ	25
ΔΕΙΓΜΑ	25
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	26
ΜΕΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	31
Roland-Morris Disability Index test (RDQ)	31
Visual Analogue Scale	31
The Keele Start Back Screening Tool	31
Maine-Seattle Back Questionnaire	32
Sciatica Bothersomeness Index	32
12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)	32
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	34
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	43
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ:	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	55

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία-ισχιαλγία αποτελεί σύμπτωμα και όχι νόσο. Έχει όμως καταστεί συνώνυμη και ταυτόσημη της νόσου, προφανώς λόγω της «επιδημικής» μορφής της, αλλά και της συχνής αδυναμίας ανεύρεσης της ακριβούς αιτιολογίας της.

Στη παρούσα έρευνα μελετήθηκε η πάθηση της οσφυαλγίας στα νεαρά ενήλικα άτομα. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν 20 άτομα που έπασχαν από οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία και ήταν ηλικίας από 20 έως 40 ετών. Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε η συγκεκριμένη ηλικιακή κατηγορία ήταν διότι δεν έχει μελετηθεί αρκετά, παρόλο την μεγάλη συχνότητα της νόσου και επειδή αν καθοριστούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν θα βοηθήσει στο να προληφθούν μελλοντικά πιο σοβαρά προβλήματα. Η διαδικασία της μελέτης έγινε σε επτά κεφάλαια τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύθηκε ο ορισμός της οσφυαλγίας και τα επιδημιολογικά στοιχεία της εμφάνισης της. Η έρευνα επικεντρώθηκε σε επιδημιολογικά στοιχεία για νεαρά ενήλικα άτομα και σε Ελληνικά δεδομένα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύθηκαν τα αίτια της οσφυαλγίας και η συνήθης κλινική τους εικόνα. Περισσότερο αναφέρονται τα μηχανικής αιτιολογίας αίτια τα οποία είναι και πιο συχνά στην ηλικιακή ομάδα όπου μελετά η έρευνα.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση της οσφυαλγίας. Αναφέρεται η διαδικασία λήψης ιστορικού και η σημασία της. Επιπλέον διατυπώνεται ο τρόπος πραγμάτωσης της κλινικής εξέτασης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την λήψη των στοιχείων της παρούσας έρευνας. Αναφέρεται αναλυτικά όλη η διαδικασία που ακολουθήθηκε από τους ερευνητές για την δημιουργία της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναγράφονται τα αποτελέσματα που βγήκαν από την ανάλυση των δεδομένων του δείγματος.

Στο έκτο κεφάλαιο έγινε μια συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και σύγκριση τους με παρόμοιες μελέτες άλλων ερευνητών.

Ενώ στο έβδομο κεφάλαιο γράφτηκαν τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΟΡΙΣΜΟΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Οσφυαλγία περιλαμβάνει κάθε άλγος το οποίο εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα, ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί. Όταν ο πόνος διαφοροποιείται με την κίνηση, χαρακτηρίζεται ως «μηχανικός πόνος» και αφορά την κυρίως αιτία μυοσκελετικού πόνου στην οσφύ. Ο πόνος συνήθως εκδηλώνεται στην οσφυϊκή μοίρα και στην περιοχή του ιερού οστού. Σε περιπτώσεις που ο πόνος εκδηλώνεται στους γλουτούς και κατά μήκος της πορείας του ισχιακού νεύρου ονομάζεται ισχιαλγία. Ανάλογα με την νευρική ρίζα που πιέζεται, παρατηρούνται συμπτώματα στην αντίστοιχη δερματομακκή και μυοτομακκή κατανομή με κινητικές, αισθητικές διαταραχές και διαταραχές αντανακλαστικών. (Κοτσαηλίας, 2011)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επιδημιολογία ορίζεται ως η μελέτη της κατανομής της νόσου στον πληθυσμό και η εφαρμογή αυτής της μελέτης για τον έλεγχο προβλημάτων υγείας. Οι δύο πιο βασικές έννοιες της επιδημιολογίας είναι η επίπτωση (incidence) και ο επιπολασμός (prevalence).

Επίπτωση ορίζεται ως ο ρυθμός με τον οποίο υγιή άτομα αναπτύσσουν ένα νέο σύμπτωμα ή ασθένεια σε ένα ορισμένο διάστημα. Αντιθέτως, ο επιπολασμός είναι ένα μέτρο για τον αριθμό των ατόμων του γενικού πληθυσμού που έχουν ένα σύμπτωμα ή ασθένεια σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας για παράδειγμα που θα μελετηθεί παρακάτω είναι το μέτρο σ' αυτούς με οσφυαλγία που εντοπίστηκαν κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης περιόδου.

Έρευνες εξωτερικού:

Ο πόνος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι ένα από τα συχνότερα και σημαντικότερα προβλήματα υγείας στις βιομηχανικά αναπτυσσόμενες χώρες και πόσο μάλιστα στον νεαρό ενήλικο πληθυσμό, όπου οι ανάγκες και οι απαιτήσεις της καθημερινότητας όλο και δυσκολεύουν στην σημερινή εποχή. **(Pengel et al, 2003)**

Η πλειοψηφία των ατόμων που θα εμφανίσουν επεισόδιο οσφυαλγίας κάποια στιγμή στην ζωή τους θα εξαλειφθεί βραχυπρόθεσμα, σε ένα μικρό ποσοστό όμως θα επηρεαστεί η ψυχοκοινωνική τους συμπεριφορά και η ατομική ικανότητα να εκτελέσει συνηθισμένες δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας. Ωστόσο, αυτή η μειονότητα των ασθενών είναι υπεύθυνη για την πλειονότητα των δαπανών και των φτωχότερων αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας. **(Waddell et al, 2003)**

Πάνω από 85% του γενικού πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του οσφυαλγία. Και παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία (90%) θα βελτιωθεί στους 3 μήνες, οι μισοί θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα επαναλαμβανόμενο επεισόδιο. Το ετήσιο κόστος της οσφυαλγίας είναι το πιο κοινό πρόβλημα στις ηλικίες κάτω των 45 και το πιο ακριβό σε περίπτωση στις ηλικίες 20 με 50 ετών. Η οσφυαλγία αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ποσοστό που ανέρχεται στο 25% των εργαζομένων στις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και η επίπτωση της οσφυαλγίας που σχετίζεται με την εργασία ποικίλει μεταξύ των χωρών (μικρότερη στην Σκανδιναβία απ' ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες). **(Brukner & Khan, 2012)**

Ο **Katz (2006)** σε μελέτη που πραγματοποίησε διαπίστωσε ότι οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες είναι σημαντικοί λόγοι για την εμφάνιση οσφυαλγίας και αναπηρίας. Το συνολικό κόστος για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας στις Ηνωμένες Πολιτείες ξεπερνά τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια τον χρόνο. Τα 2/3 αυτού του κόστους είναι έμμεσα διότι προέρχονται από χαμένους μισθούς και μειωμένη απόδοση στην εργασία. Κάθε χρόνο, οι λιγότεροι από το 5% των ασθενών που εμφάνισαν επεισόδιο οσφυαλγίας είναι υπαίτιοι για το 75% του συνολικού κόστους. Επειδή, το κόστος σε μεγάλο βαθμό επηρεάζεται έμμεσα από τις αλλαγές της εργασίας, το συνολικό κόστος είναι δύσκολο να υπολογιστεί για αρκετές γυναίκες και μαθητές όπως και για ηλικιωμένους ή ασθενείς με αναπηρία. Παρόλα αυτά τα μεθοδολογικά προβλήματα, ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από οσφυαλγία είναι πολύ μεγάλος και αυτό δείχνει την κρίσιμη σημασία της δημιουργίας στρατηγικών για την πρόληψη αυτών των διαταραχών και των συνεπειών τους.

Η σύγκριση της οσφυαλγίας ανάμεσα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Γερμανία όχι μόνο έδειξε διαφορές στον επιπολασμό (22% σε σύγκριση με 44.9% στις γυναίκες) αλλά επίσης αποδείχθηκαν σημαντικές διαφορές στην επίπτωση της τρέχουσας οσφυαλγίας μέσα σε κάθε χώρα ή περιοχή. Οι Δυτικογερμανοί ενέχουν κίνδυνο οσφυαλγίας 2.5 έως 3.5 φορές υψηλότερο από ότι οι Βρετανοί. (**Raspe et al, 2004**)

Ακόμα αξίζει να αναφερθεί ότι σε έρευνα που έγινε στη Δανία σε άτομα που πάσχουν από οσφυαλγία, έδειξε ότι είναι περισσότερο επιβαρυνμένα ψυχολογικά και αναφέρουν συμπτώματα άγχους, ψυχαναγκασμού, φοβίας, κατάθλιψης και εχθρότητας πιο συχνά σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. (**Christensen et al, 2015**)

Σύμφωνα με μελέτη που διεξάχθηκε σε αγροτική κοινότητα της Ondo μέλος στη νοτιοδυτική Νιγηρία 500 χωρικοί είχαν επιλεγεί εκ των οποίων 276 ήταν άντρες και 224 γυναίκες, έδειξε ότι ο επιπολασμός ήταν 72.4% σε διάρκεια 12 μηνών στον γενικό πληθυσμό (n=500). (**Afr & Sci, 2005**)

Άτομα με οσφυαλγία νεότερα από 45 ετών παρουσιάζουν μειωμένη δραστηριότητα στην καθημερινότητα τους. Πάνω από τους μισούς ενήλικες που εργάζονται θα παρουσιάσουν επεισόδιο οσφυαλγίας κάθε χρόνο. (**Frymoyer et al, 1988**)

Σύμφωνα με δημοσίευση που έγινε σε άρθρο, οι περισσότεροι ασθενείς χάνουν την δουλειά τους εξαιτίας της οσφυαλγίας και επιστρέφουν μέσα σε 3 μήνες. Κατά μέσο όρο, 60-70% επιστρέφουν στις 6 βδομάδες και 80-90% στις 12 βδομάδες. Μετά τις 12 βδομάδες,

περαιτέρω ανάκαμψη είναι αργή. Ακόμα έρευνες δείχνουν ότι η οσφυαλγία είναι πιο συχνή στις λευκές φυλές απ' ό,τι σε άλλες. (Bethesda, 2004)

Επίσης, στην Αυστραλία, το 83% του γενικού πληθυσμού που δημοσίευσε τα προβλήματα υγείας του πάσχει από οσφυαλγία, ενώ ένα 21% υποφέρει από οσφυαλγία που προέρχεται από δισκοκήλη. (Bogduk, 2002)

Οι Secer et al. (2011) δημοσίευσαν ένα άρθρο στο οποίο μελέτησαν 871 στρατιώτες, ηλικίας από 20 έως 32 ετών (μέσο όρο 21.4 ± 1.4), σε τούρκικη στρατιωτική βάση. Για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε τα εξής στοιχεία: ηλικία, φύλο, βάρος, ύψος, ΔΜΣ(Δείκτης Μάζας Σώματος), εργασιακή επιβάρυνση, μόρφωση, οικονομική κατάσταση, σοβαρότητα της οσφυαλγίας, κάπνισμα και ψυχολογική κατάσταση. Από το δείγμα σημαντικά θεωρήθηκαν τα επεισόδια της οσφυαλγίας που έγιναν σε διάστημα ενός έτους και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη της μίας εβδομάδος, τα οποία και αξιολογήθηκαν με βάση την visual analogue scale (VAS).

Οι ερευνητές διαχώρισαν το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων με βάση το εκπαιδευτικό σύστημα της Τουρκίας, σε δημοτικό, γυμνάσιο και πανεπιστήμιο. Ακολούθως έκαναν διαχωρισμό του μηνιαίου εισοδήματος σε τρεις ομάδες, με τη πρώτη να περιέχει από 0-500TL(0-167€), τη δεύτερη 500-999TL(167-334€) και τη τρίτη 1000TL(334€) ή περισσότερα. Οι δύο πρώτες ομάδες θεωρήθηκαν χαμηλού εισοδήματος, ενώ η τρίτη ομάδα υψηλού εισοδήματος. Όσον αφορά το κάπνισμα χώρισαν το δείγμα σε μη καπνιστές, σε άτομα τα οποία καπνίζουν λιγότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα και σε άτομα που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα.

Ο δείκτης μάζας σώματος υπολογίστηκε για το κάθε συμμετέχοντα με τη χρήση του ακόλουθου τύπου $\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$. Για τη καλύτερη αξιολόγηση της εργασιακής επιβάρυνσης έγινε διαχωρισμός του δείγματος σε έξι κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι ακόλουθες: εύκολη εργασία, καθιστική εργασία για μεγάλη διάρκεια, εργασία που απαιτεί ορθοστασία και περπάτημα για μεγάλη διάρκεια, μεγάλο εργασιακό φορτίο, οδήγηση για μεγάλες περιόδους και έντονη οδήγηση για μεγάλες περιόδους. Όπου οι τρεις πρώτες κατηγορίες υποδηλώνουν χαμηλό σπονδυλικό φορτίο και οι 3 τελευταίες υψηλό σπονδυλικό φορτίο.

Στη συγκεκριμένη μελέτη οσφυαλγία ανέφεραν οι 325 (37%) από τους 871 συμμετέχοντες. Ανάμεσα στο δείγμα που μελετήθηκε δεν υπήρχε διακριτή διαφορά στην οσφυαλγία μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($p > 0,05$) ή του ΔΜΣ ($p > 0,05$). Στο γενικό πληθυσμό, οι τιμές του φυσιολογικού ΔΜΣ είναι $20-25.9 \text{ Kg/m}^2$. Αύξηση αυτού του δείκτη είναι θετικός

παράγοντας κινδύνου εμφάνισης Οσφυαλγίας. Στη μελέτη τους 50 συμμετέχοντες είχαν υψηλό ΔΜΣ, όμως με τιμές μικρότερες των 30Kg/m², αλλά δεν υπήρχε καθαρή συσχέτιση της οσφυαλγίας με το ΔΜΣ ($p>0.05$).

Η ανάλυση της VAS υπέδειξε ότι 12 συμμετέχοντες είχαν περάσει επεισόδια πόνου έντασης 10 βαθμών, 4 συμμετέχοντες είχαν περάσει επεισόδια έντασης 9 βαθμών, και 2 συμμετέχοντες 8 βαθμών, όλοι αυτοί θεωρήθηκαν ότι έχουν έντονο πρόβλημα οσφυαλγίας.

Στη μελέτη τους, 325 (83.69%) συμμετέχοντες με οσφυαλγία είχαν βιώσει ψυχολογικά προβλήματα($p<0.05$). Στη σύγκριση των ομάδων με το Fisher's test αποκάλυψε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Το μορφωτικό επίπεδο($p>0.05$) και το μηνιαίο εισόδημα($p>0.05$) των συμμετεχόντων δεν έχει καμία συσχέτιση με την εμφάνιση πόνου, αφού δεν υπήρχε καμία αξιόλογη διαφορά ανάμεσα στην ομάδα με οσφυαλγία και στην ομάδα χωρίς οσφυαλγία. Ο επηρεασμός από την εργασία δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ύπαρξη οσφυαλγίας ($p>0.05$)

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο καθορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση οσφυαλγίας στους νέους ενήλικες μπορεί να βοηθήσει στο να προλάβουν μελλοντικά πιο σοβαρά προβλήματα

Έρευνες στην Ελλάδα:

Και στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της οσφυαλγίας είναι εξίσου αυξημένος. Η έντονη σωματική καταπόνηση ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για οσφυαλγία, σε μια έρευνα που διεξάχθηκε μεταξύ 350 νοσηλευτών σε έξι νοσοκομεία στη νοτιοδυτική Ελλάδα. Το 51% ανέφερε πόνο στη μέση με αποτέλεσμα αλλαγή στη διάθεσή τους και μείωση της απόδοσης τους κατά την εργασία. (Alexopoulos et al, 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι **Stranjalis et al, (2004)** μελέτησαν 2000 άτομα και διαπίστωσαν ότι στον ενήλικο Ελληνικό πληθυσμό ο επιπολασμός της οσφυαλγίας σε διάστημα ενός μήνα ήταν 31,7%, δηλαδή περίπου το ένα τρίτο του δείγματος. Ακόμα έδειξαν ότι η παρουσία και η σοβαρότητα της οσφυαλγίας σχετίζονται με διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών το φύλο, η ηλικία και το είδος της εργασίας τα οποία είναι πιθανό να είναι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονται με την συχνότητα εμφάνισης του συμπτώματος.

Σε μία άλλη μελέτη που μετρήθηκαν 381 Έλληνες υπάλληλοι γραφείου ηλικίας μέχρι 45 ετών, το 30,5% ($p=0.072$) εμφάνιζαν οσφυαλγία την περίοδο των μετρήσεων, το 37,4% ($p=0.763$) εμφάνισαν σε διάστημα ενός έτους, το 41,8% ($p=0.482$) εμφάνισαν σε διάστημα δύο ετών και το 56,4% ($p=0.1$) εμφάνισαν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Επιπλέον, η ίδια μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά ποσοστά των Ελλήνων εργαζομένων γραφείου οι οποίοι υποφέρουν από οσφυαλγία, θα μπορούσαν να επηρεάσουν την Ελληνική οικονομία και η συχνότητα εμφάνισης οσφυαλγίας επηρεάζεται σημαντικά από ανθρωπομετρικούς, εργονομικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. (**Spyropoulos et al, 2007**).

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση της οσφυαλγίας είναι πολύ υψηλή στα νεαρά ενήλικα άτομα στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Ακόμα φαίνεται ότι η πάθηση επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας, αφού εκτός από το κόστος της θεραπείας οι ασθενείς μειώνουν την απόδοσή τους στην εργασία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΝΕΑΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Η οσφυαλγία είναι σύμπτωμα και δεν αποτελεί διάγνωση για τους πάσχοντες από πόνο στην οσφύ. Ο πόνος στην οσφύ πιο συχνά είναι μηχανικής αιτιολογίας και επιδεινώνεται από μηχανικούς παράγοντες (καταπόνηση). Ο οξύς πόνος στην οσφύ (οξεία οσφυαλγία) μπορεί να είναι συνδεσμικής, μυϊκής ή αρθριτικής αιτιολογίας, όμως στις περισσότερες φορές οφείλεται σε οξεία κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Αντιθέτως ο χρόνιος πόνος είναι πιο δύσκολο να καθοριστεί. Το 85% της χρόνιας οσφυαλγίας έχει ως διάγνωση μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία, με αποτέλεσμα αυτό να δημιουργεί ένα χάσμα ανάμεσα στη διάγνωση και τη θεραπεία. Ακόμα και όταν υπάρχει ακτινογραφική απεικόνιση δεν είναι πάντα εφικτό να καθοριστεί η αιτία της οσφυαλγίας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η χρόνια οσφυαλγία είναι πολυπαραγοντική πάθηση. (Λαμπίρης, 2007; O'Sullivan, 2005)

Στο παρακάτω κεφάλαιο μελετήθηκε η κλινική εικόνα νεαρών ατόμων με οσφυαλγία και διαπιστώθηκε ότι η περισσότερο συχνή αιτία εμφάνισης οσφυαλγίας στις ηλικίες αυτές είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου (DePalma et al. 2011). Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι στα νεαρά άτομα υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ οσφυϊκού άλγους και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Secer et al., 2011).

Είναι σημαντικό να χωριστεί η οσφυαλγία ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί σε μυοσκελετικής, νευρολογικής και ψυχοκοινωνικής φύσεως διότι η κλινική εικόνα είναι πολύ διαφοροποιημένη σε κάθε μία από αυτές τις παθήσεις. Έτσι, αφού έχουν γίνει κατανοητά τα συμπτώματα και τα σημάδια της πάθησης θα είναι πιο εύκολο να ακολουθηθεί το κατάλληλο φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗΣ ή ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΦΥΣΕΩΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία είναι όταν ο πόνος προκύπτει από παράγοντες που έχουν να κάνουν με την καταπόνηση της σπονδυλικής στήλης και του μυοσκελετικού συστήματος και το άλγος διαφοροποιείται με την κίνηση (Λαμπίρης, 2007; Κοτζαηλίας, 2011)

Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου

Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι μια από τις πιο συχνές εκφυλιστικές διαταραχές της σπονδυλικής στήλης που μπορεί να οδηγήσει σε οσφυαλγία ή και ισχιαλγία.(Yang et al., 2015) Σύμφωνα με τους DePalma et al. (2011) όσο πιο νέος είναι ο ασθενής που πάσχει από οσφυαλγία τόσο περισσότερες είναι η πιθανότητες να είναι δισκογενής προέλευσης. Αυτό σημαίνει ότι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι η πιο συχνή αιτία εμφάνισης οσφυαλγίας στα νεαρά ενήλικα άτομα.

Ωστόσο, μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι συχνή και σε ασυμπτωματικά άτομα.(Boden et al., 1990; Jensen et al., 1994) Όπως η έρευνα των Boden et al. (1990) όπου μετά από μαγνητική τομογραφία (MRI) σε ασυμπτωματικά άτομα διαπίστωσαν ότι το 24% παρουσίαζαν κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, με το 21% αυτών να είναι στην ηλικία των 20 έως 39 χρόνων. Σε μία παρόμοια μελέτη που έκαναν οι Jensen et al. (1994) έδειξαν ότι το 27% των ασυμπτωματικών ατόμων παρουσίαζε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Επιπλέον οι Okada et al. (2011) μετά από έρευνα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εκφύλιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου φαίνεται να είναι ένα συστηματικό φαινόμενο.

Τα συνήθη κλινικά ευρήματα της κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι η σκολίωση ανταλγικής αιτιολογίας (λειτουργική σκολίωση), προς τη μία ή την άλλη μεριά (σε μετωπιαίο επίπεδο), η οποία διορθώνεται με τον ασθενή ξαπλωμένο. Η δοκιμασία Laseque ή η δοκιμασία διάτασης της O₃-O₄ ρίζας είναι θετικά, ενώ συχνά συνυπάρχει μυϊκή αδυναμία ή υπαισθησία στο αντίστοιχο δερμοτόμιο. Η εξέλιξη μιας κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι συνήθως ευνοϊκή. Αν και ο πόνος στην αρχή είναι ιδιαίτερα έντονος και οδηγεί τον ασθενή σε κλινοστατισμό. Περίπου το 50% των ασθενών έχουν σημαντική βελτίωση ή πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων σε διάστημα μίας εβδομάδας.(Λαμπίρης, 2007)

Σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων (Facet's joint syndrome)

Στο σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων υπολογίζεται ότι οφείλεται το 15-30% της οσφυαλγίας στον ενήλικο πληθυσμό.(**Manchikanti et al. 2004**) Το σύνδρομο αυτό μπορεί να προκληθεί από οξύ τραυματισμό ή χρόνια επαναλαμβανόμενη προσβολή. Η υπερφόρτιση σε έκταση της αποφυσιακής άρθρωσης, ειδικά όταν συνδυάζεται με στροφή, μπορεί να συμπιέσει και να ερεθίσει την άρθρωση.(**Shultz et al. 2009**)

Επειδή η αποφυσιακή άρθρωση διαθέτει πλούσια νεύρωση, στο σύνδρομο αυτής μπορεί να επιφέρει έντονο πόνο. Άλλα σημεία και συμπτώματα είναι το εντοπισμένο οίδημα, ο παρασπονδυλικός μυϊκός σπασμός, η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και την κίνηση της αποφυσιακής άρθρωσης και η επιδείνωση του πόνου κατά την έκταση, την συμπίεση και τη στροφή προς τη προσβεβλημένη πλευρά. Ο πόνος μπορεί να ακτινοβολήσει και προς το κάτω άκρο. Μπορεί να παρατηρηθεί παρέκκλιση από τη σωστή στάση (λειτουργική σκολίωση), εξαιτίας του μυϊκού σπασμού, σε μία προσπάθεια αποφυγής του πόνου λόγω συμπίεσης της άρθρωσης.(**Shultz et al. 2009**)

Σπονδυλόλυση και σπονδυλολίσθηση

Οι **Kalichman et al. (2009)** σε έρευνά τους έδειξαν ότι ο επιπολασμός της οσφυϊκής σπονδυλόλυσης είναι 11,5%. Αυτό το αποτέλεσμα το έβγαλαν βασισμένοι σε εξέταση με αξονικό τομογράφο και όχι με απλή ακτινογραφία και για αυτό θεωρούν ότι το αποτέλεσμα τους είναι σχεδόν διπλάσιο από ότι σε άλλες προηγούμενες μελέτες. Επιπλέον κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σπονδυλόλυση δεν έδειξε σημαντική συσχέτιση με την οσφυαλγία, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν αποτελεί μείζονα αιτία εμφάνισης οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό.

Η σπονδυλόλυση είναι το κάταγμα του ισθμού του σπονδυλικού πετάλου, μεταξύ της άνω και της κάτω αποφυσιακής αρθρικής επιφάνειας. Αυτού του είδους οι κακώσεις παρατηρούνται συχνότερα σε νεαρούς, σκελετικά ανώριμους αθλητές και δεν αποκλείουν απαραίτητα τη σωματική δραστηριότητα, εκτός από όταν το κάταγμα είναι στην οξεία φάση του. (**Shultz et al. 2009**)

Η σπονδυλόλυση και η σπονδυλολίσθηση συνδέονται κατά ένα τρόπο, αυτό έγκειται στο γεγονός ότι όταν η σπονδυλόλυση εκδηλώνεται αμφίπλευρα, μπορεί να προκύψει και σπονδυλολίσθηση. (**Shultz et al. 2009**)

Σπονδυλολίσθηση χαρακτηρίζεται από το πρόσθιο υπεξάρθρημα του προσβεβλημένου σπονδύλου, δηλαδή ο σπόνδυλος παρεκτοπίζεται προς τα εμπρός σε σχέση με τον ακριβώς από κάτω του. Η κατάσταση αυτή, συνήθως αποδίδεται σε νεαρούς αθλητές ενόργανης κυρίως γυμναστικής, όπως και σε αρσιβαρίστες, εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης κάμψης και υπερέκτασης που εμπεριέχουν οι δραστηριότητες τους. (Shultz et al. 2009)

Τα σημεία και τα συμπτώματα της σπονδυλολίσθησης και της σπονδυλόλυσης περιλαμβάνουν τον επικεντρωμένο πόνο στην οσφύ (ο οποίος πιθανώς να αντανακλάται στους γλουτούς και την οπίσθια επιφάνεια των μηρών). Ακόμα στην κλινική εικόνα αναφέρεται οίδημα, μυϊκός σπασμός και αύξηση της λόρδωσης στην οσφυϊκή μοίρα καθώς και ελάττωση του εύρους τροχιάς της κίνησης και επιδείνωση του αναφερόμενου πόνου με υπερέκταση. Επιπροσθέτως, στη σπονδυλολίσθηση μπορεί να παρατηρηθεί μία παραμόρφωση στις ακανθώδεις αποφύσεις, όπου η μία είναι λίγο ψηλότερα από την άλλη, κατά την ψηλάφηση. Στη περίπτωση αυτή, απαιτείται ακτινολογικός έλεγχος για την οριστική διάγνωση και κατάταξη. (Shultz et al., 2009; Ahn & Jhun, 2015)

Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας οσφυϊκής μοίρας

Η ακριβής ορολογία του όρου «μηχανική αστάθεια», δεν έχει αποσαφηνιστεί επακριβώς και είναι αμφιλεγόμενη. Πρόκειται όμως, για τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της σπονδυλικής στήλης όπου υπάρχει υπολειτουργία της φυσιολογικής κίνησης και της ολίσθησης ενός σπονδύλου πάνω στον άλλο. Πολλές κλινικές δοκιμές, έχουν προταθεί αλλά η χρησιμότητά τους στην ανίχνευση αστάθειας της μέσης δεν είναι ακόμα σαφής. Ο πόνος στην οσφύ με την μηχανική αστάθεια φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα.

Οι Lee & Kim (2015) μελέτησαν σε 69 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, το εύρος κίνησης της άρθρωσης του ισχίου. Χώρισαν τους ασθενείς σε 2 ομάδες στην πρώτη ομάδα έβαλαν τους ασθενείς με σταθερή οσφυϊκή μοίρα (n=39) και στη δεύτερη ομάδα έβαλαν τους ασθενείς που παρουσίαζαν οσφυϊκή αστάθεια (n=30). Ύστερα, μέτρησαν τους ασθενείς με χρήση γωνιόμετρου για να αξιολογήσουν το εύρος κίνησης της άρθρωσης του ισχίου. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι οι ασθενείς με οσφυϊκή αστάθεια είχαν σημαντικά μειωμένο εύρος τροχιάς της κίνησης του ισχίου σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς αστάθεια. Έτσι, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία έχουν μειωμένο εύρος κίνησης σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό και αυτοί που παρουσιάζουν αστάθεια έχουν ακόμα περισσότερο από ότι αυτοί που δεν παρουσιάζουν αστάθεια.

Σύνδρομο απιοειδή και οσφυϊσχιαλγία

Το σύνδρομο απιοειδούς μυός χαρακτηρίζεται από παγίδευση του ισχιακού νεύρου από τον ομώνυμο μυ κατά την έξοδό του από το ισχιακό τρήμα. Ο απιοειδής μυς εκφύεται οδοντωτά, από την πρόσθια και έξω επιφάνεια του ιερού και από τον δεύτερο, τρίτο και τέταρτο ιερό σπόνδυλο (I₂-I₄). Αφού καλύπτει την πρόσθια επιφάνεια της ιερολαγόνιας άρθρωσης, εξέρχεται από την πύελο μέσω του ισχιακού τρήματος και καταφύεται στην άνω επιφάνεια του μεγάλου τροχαντήρα, πολλές φορές μαζί με τον έσω θυροειδή μυ. Το ισχιακό νεύρο σχηματίζεται από ρίζες του οσφυοϊερού πλέγματος (O₄-I₃). Με βάσει νεκροτομικά δεδομένα, διαπιστώθηκε ότι το ισχιακό νεύρο διαπερνά τον απιοειδή στο 22% των περιπτώσεων. Από αυτές το 5% διαπερνά τον απιοειδή μέσω της γαστέρας του μυός και το υπόλοιπο 17% διέρχεται μέσω του τένοντα του απιοειδή. **(Drake et al., 2007)**

Τα αναφερόμενα συμπτώματα των ασθενών είναι συνήθως ισχιαλγία και πόνος στους γλουτούς ωστόσο, ο πόνος αυτός γίνεται εντονότερος κατά τη μετάβαση από όρθια στη καθιστή θέση. Κατά την νευρολογική εξέταση το σημείο Lasegue είναι θετικό. Επίσης, η διάταση του απιοειδή, στις κινήσεις όπως της κάμψης, της έσω στροφής και της προσαγωγής καθώς και στη ψηλάφησή του φαίνεται να αναπαράγονται τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν. Οι απεικονιστικές μελέτες είναι συνήθως σημαντικές για την διαφοροδιάγνωση της ισχιαλγίας. **(Gass, 2015)**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση αποτελεί μια πολύτιμη διαδικασία κατά την οποία δίνεται η δυνατότητα στο φυσικοθεραπευτή να αξιολογήσει τον ασθενή, έτσι ώστε να είναι σε θέση να φτιάξει ένα στοχευμένο και αποτελεσματικό πλάνο θεραπείας ειδικά για το συγκεκριμένο ασθενή.

ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

«Η λήψη ιστορικού είναι η διαδικασία μάθησης ή εντοπισμού μέσω των ερωτήσεων, των γεγονότων και των συμβάντων που σχετίζονται με έναν τραυματισμό ή μια πάθηση». Είναι μια ευκαιρία για τον ασθενή να περιγράψει τι συνέβη και τι νιώθει ή βιώνει. **(Shultz et al, 2009)**

Η διαδικασία αυτή, αρχίζει με την συλλογή γενικών στοιχείων του ασθενή (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, ετήσιο εισόδημα, κ.α.) η οποία γίνεται με την χρήση ερωτηματολογίου. Η λήψη μιας ακριβούς καταγραφής του ιστορικού του ασθενή με οσφυαλγία απαιτεί συστηματική προσέγγιση για τον εντοπισμό των συμβάντων που οδήγησαν σε αυτή και την περιγραφή των συνοδών σημείων και συμπτωμάτων. Το ιστορικό παρέχει μια πρώτη εντύπωση σχετικά με τα εξής: σοβαρότητα, ευερεθιστότητα, φύση και στάδιο (ΣΕΦΣ) της κατάστασης. Ο εξεταστής μπορεί να μάθει πολλά για την κατάσταση του ασθενή, απλώς με το να ακούσει προσεκτικά πώς περιγράφει ο ασθενής την κατάσταση αυτή. Μέσω της προσεκτικής επιλογής των ερωτήσεων σχηματίζεται μια χρήσιμη εικόνα για το πρόβλημα του ασθενή και διαφαίνεται η κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσει η αντικειμενική εξέταση. **(Shultz et al, 2009)**

Ως προς τη σοβαρότητα η οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Η σοβαρότητα καθορίζεται από την ένταση των σημείων και των συμπτωμάτων του ασθενή. Μία κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου ενός νεαρού ατόμου με συμπτώματα οσφυαλγίας και μικρής έντασης πόνου χαρακτηρίζεται ως ήπια, ενώ σε μια κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου όπου το συγκεκριμένο άτομο εμφανίζει μεγάλης έντασης πόνο στη κλίμακα VAS και αδυναμίας στο πόδι χαρακτηρίζεται ως σοβαρό. **(Shultz et al, 2009)**

Η ευερεθιστότητα κατατάσσεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή βάσει της 24ωρης συμπεριφοράς του πόνου. Πόσο γρήγορα δηλαδή τα συμπτώματα εμφανίζονται- υποχωρούν και κατά πόσο διαρκούν ή παραμένουν σε μία οσφυαλγία. Για παράδειγμα ένα άτομο το οποίο δεν

μπορεί να κοιμηθεί τη νύχτα λόγω πόνου στην οσφύ (έντασης 7-10 σε δεκαβάθμια κλίμακα) με μικρή ανακούφιση χωρίς να έχει τη δυνατότητα να εκτελέσει δραστηριότητα τότε η πάθηση παρουσιάζει μεγάλη ευερεθιστότητα. Είναι υψίστης σημασίας ο καθορισμός της ευερεθιστότητας πριν την κλινική εξέταση, διότι αν κατά τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής εμφανίσει μεγάλη ευερεθιστότητα η κλινική εξέταση δεν μπορεί να ακολουθήσει. **(Shultz et al, 2009)**

Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να δώσει σημασία κατά την αξιολόγηση για την ύπαρξη σημείων «red flag», δηλαδή σημεία σοβαρής παθολογίας όπως υπαισθησία δίκην «σέλας», μούδιασμα στην έσω περιοχή του μηρού, προβλήματα κύστης-εντέρου, μη κατανοητή απώλεια βάρους, νυχτερινό πόνο, έντονο πόνο που δεν υποχωρεί και έντονα προβλήματα βάδισης(π.χ. αδεξιότητα). Εφόσον διαπιστώσει την ύπαρξη κάποιου από τα προαναφερθέντα σημεία θα πρέπει να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικευμένο ιατρό για την αντιμετώπιση του.

Για την ορθή αξιολόγηση της οσφυοϊσχιαλγίας, ο εξεταστής πρέπει να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με:

- την ένταση του πόνου
- την ποιότητα του πόνου στη μέση (μουντός, έντονος, επιφανειακός, εν τω βάθει, οξύς, διάχυτος, εντοπισμένος)
- την ποιότητα του πόνου στο πόδι (καυστικός, μούδιασμα, οξύς, παλμικός – ρυθμικός, σαν πονόδοντο, σαν ηλεκτρικό ρεύμα, διάχυτος)
- τους παράγοντες επιδείνωσης & ανακούφισης (σκύψιμο, έγερση, κάθισμα, ορθοστασία, περπάτημα, όταν ξαπλώνει, ακινησία, κίνηση, όταν σηκώνεται από καθιστή θέση, με το τέντωμα προς τα πίσω)
- την 24ωρη συμπεριφορά του πόνου (τον ξυπνάει την νύχτα, δυσκολία να κοιμηθεί, χειρότερος τις πρωινές ώρες, χειρότερος τις βραδινές ώρες)

Άλλα χαρακτηριστικά για την οσφυαλγία και ισχιαλγία, όπως για παράδειγμα από την έναρξη των συμπτωμάτων, αν είναι δηλαδή καλύτερα, χειρότερα ή το ίδιο. Ποιος πόνος είναι χειρότερος αυτός στη μέση ή αυτός στο πόδι; Ακόμη, ερωτήσεις του τύπου «Εμφανίζει ο ασθενής λειτουργικούς περιορισμούς;», «Ποια είναι η συχνότητα του πόνου; (κάποιες μέρες/ τις περισσότερες ημέρες/ κάθε μέρα);», «Πως ξεκίνησαν τα συμπτώματα απότομα ή σταδιακά;». Τέλος, «Υπήρξαν άλλα αίτια ή προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης της οσφυαλγίας; (π.χ. αύξηση βάρους κτλ)».

Για την διάγνωση της οσφυαλγίας ο εξεταστής μπορεί να χρησιμοποιήσει εξειδικευμένα ερωτηματολόγια όπως είναι Ronald-Morris Disability Questionnaire (RDQ), Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) και το Visual Analogue Scale (VAS). Το NMQ αναπτύχθηκε για να προσδιορίσει μυοσκελετικά προβλήματα σε διάφορα σημεία του σώματος, με ερωτήσεις σχετικές με την παρουσία των συμπτωμάτων (πόνος, μυρμήγκιασμα και μούδιασμα) τους τελευταίους 12 μήνες. Ακόμα περιέχει ερωτήσεις για λειτουργικούς περιορισμούς στο σπίτι και την εργασία. (Nusbaum et al., 2001)

Οι Takekawa et al. (2015) μετά από έρευνα που έκαναν διαπίστωσαν ότι το NMQ είναι πιο αποτελεσματικό στην εύρεση της χρόνιας ή της επανεμφάνισης της οσφυαλγίας από ότι τα RDQ (Ronald-Morris Disability Questionnaire) και VAS (Visual Analogue Scale). Μάλιστα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το NMQ έχει ευαισθησία 100% και ειδικότητα 88%.

Για να έχει ο εξεταστής μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα καλό είναι να συμβουλευτεί τις εξετάσεις του ασθενή, όπως η ακτινογραφία και η μαγνητική τομογραφία. Ωστόσο, είναι γενικά αποδεκτό ότι η λήψη μαγνητικής τομογραφίας (MRI) στην περιοχή της οσφύς στα άτομα που παρουσιάζουν άλγος σε αυτό το σημείο, έχει μικρή αξία για την διάγνωση, βασιζόμενοι σε συγκεκριμένες παθοανατομικές αλλαγές (Chou et al., 2007). Οι Suri et al. (2014) έδειξαν ότι ακόμα και αν χρησιμοποιηθούν πιο συγκεκριμένα συμπτώματα της οσφυαλγίας, όπως αντανακλώμενος πόνος, η μαγνητική τομογραφία δεν βοηθάει σημαντικά στη διάγνωση της πάθησης. Επιπλέον ο υψηλός επιπολασμός των πολλών ευρημάτων στην περιοχή της οσφύς, κατά τη λήψη μαγνητικής τομογραφίας σε άτομα που δεν παρουσίαζαν οσφυαλγία, υποστηρίζει αυτή την άποψη (Boden et al., 1990; Jensen et al., 1994).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Επειδή η οσφυϊκή μοίρα κινητοποιεί και σταθεροποιεί το κορμό και το άνω άκρο, απαιτείται επαρκής κίνηση και δύναμη στη περιοχή για την επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Αν και ο πόνος στη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα οφείλεται συχνότερα σε οξείες και χρόνιες κακώσεις των στατικών μυών, που υποστηρίζουν την περιοχή της οσφύς, ο πόνος και η δυσλειτουργία μπορεί να πηγάζουν από παθολογίες των οστών και των αρθρώσεων. Η κλινική εξέταση στοχεύει στην απομόνωση της υποκειμενικής αιτίας του πόνου και της δυσλειτουργίας και στη διαφοροποίηση μεταξύ δομικών και λειτουργικών παρεκκλίσεων. (Shultz et al, 2009)

Ο φυσικοθεραπευτής παρατηρεί, ψηλαφεί, ελέγχει την κινητικότητα, την μυϊκή δύναμη και την νευρολογική συμπτωματολογία. Όλα αυτά θα του δώσουν την ικανότητα να βγάλει μια

πλήρη και ορθή εικόνα για το πρόβλημα του ασθενή, ώστε να διαλέξει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση.

Είναι σημαντικό ο φυσικοθεραπευτής να παρατηρήσει τη στάση του ασθενή διότι η κακή στάση μπορεί να υποδηλώνει οσφυαλγία. Από μέρους του πρέπει να έχει πλήρη γνώση της φυσιολογικής στάσης για να μπορεί να αναγνωρίσει τυχόν διαφοροποιήσεις, οι οποίες μπορεί είτε να δημιουργούν τον πόνο είτε να τον επιδεινώνουν η εξέταση της στάσης γίνεται με τον ασθενή σε όρθια θέση και να φορά όσο το δυνατόν λιγότερα ρούχα. Ο τρόπος με τον οποίο βαδίζει ο ασθενής παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την οσφυαλγία. Η εξέταση της βάδισης μπορεί να αποκαλύψει την σοβαρότητα, την ευερεθιστότητα και την φύση της πάθησης. Σε περίπτωση εμφάνισης πόνου ο ασθενής μπορεί να αλλάξει το στιλ βάδισης του και να ακολουθήσει ένα ανταλγικό πατέντο βάδισης. (Shultz et al, 2009).

Αφού έχει ολοκληρωθεί η παρατήρηση του ασθενή ο εξεταστής ελέγχει το εύρος τροχιάς της κίνησης της οσφυϊκής μοίρας στις κινήσεις κάμψης, έκτασης, πλάγιας κάμψης και στροφής του κορμού. Στην αρχή εξετάζεται το ενεργητικό εύρος τροχιάς. Αν η κίνηση δεν συνοδεύεται από πόνο, εφαρμόζεται μία ήπια πίεση στο τελικό όριο της για την εξέταση της παθητικής κίνησης και της τελικής αίσθησης (end-feel). Ακολουθεί έλεγχος της μυϊκής δύναμης των μυών του κορμού (κοιλιακών, ραχιαίων) αλλά και των μυών των κάτω άκρων (τετρακέφαλος, γαστροκνήμιος).

Αν κατά την κάμψη της σπονδυλικής στήλης ο ασθενής εμφανίσει πόνο ο οποίος επικεντρώνεται στην οσφύ και την ίδια χρονική στιγμή πραγματοποιήσει έκταση της οσφυϊκής μοίρας και ανακουφιστεί από τα συμπτώματα ενδέχεται κίνδυνος για κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, το αντίστροφο μπορεί να οφείλεται σε σύνδρομο των ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων (facet).

Οι **Ferrari et al. (2015)** σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε 333 οσφυαλγικούς ασθενείς, διαπίστωσαν ότι το Passive Lumbar Extension Test(PLE) είναι το πιο κατάλληλο για τη διάγνωση της οσφυϊκής αστάθειας, χάρη στην εξαιρετική ακρίβεια και καλή αξιοπιστία του.

Στη δοκιμασία PLE, ο εξεταζόμενος τοποθετείται σε πρηνή θέση. Ύστερα ο εξεταστής ανυψώνει τα κάτω άκρα του εξεταζόμενου σε ύψος περίπου 30 εκατοστών από το κρεβάτι, διατηρώντας παράλληλα τα γόνατα σε έκταση και ασκώντας μια ελαφριά έλξη στα κάτω άκρα. Η δοκιμασία αυτή θα προκαλέσει οσφυαλγία σε περίπτωση που υπάρχει αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, λόγω της υπερκινητικότητας των αρθρώσεων στην περιοχή.

Χαρακτηριστικά ο εξεταζόμενος αναφέρει «Πόνο στην οσφύ», «Μια έντονη αίσθηση στην περιοχή της οσφύς» και «Αίσθημα ότι θα αποκολληθεί η μέση». **(Kasai et al., 2006)**

Μέσω της παθητικής κινητοποίησης των αρθρώσεων είναι δυνατό να εξεταστεί η ακεραιότητα τους (εύρος τροχιάς και end-feel). Είναι σημαντικό να γίνεται διαφοροδιάγνωση αυτών των δομών με τη χρήση ειδικών δοκιμασιών. Με την ιερολαγόνια απομάκρυνση φορτίζονται οι πρόσθιοι ιερολαγόνιοι σύνδεσμοι. Γίνεται με τον ασθενή σε ύπτια κατάκλιση, ο εξεταστής σταυρώνει τα άνω άκρα έτσι ώστε αυτά να τοποθετηθούν χιαστί στις αντίθετες πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες. Εφαρμόζεται μία πίεση προς τα κάτω και έξω σε κάθε πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα ταυτόχρονα. Η δοκιμασία είναι θετική όταν ο ασθενής αναφέρει πόνο στην οπίσθια επιφάνεια του σκέλους ή στον γλουτό. Αν ο ασθενής παραπονεθεί για πόνο στις πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες, ο εξεταστής μπορεί να χρησιμοποιήσει προστατευτικές επιστρώσεις. **(Shultz et al, 2009).**

Τέλος ακολουθεί νευρολογικός έλεγχος όπου εξετάζονται τα αντανακλαστικά του τετρακέφαλου και του γαστροκνήμιου. Επίσης γίνεται έλεγχος της αισθητικότητας του οσφυϊκού πλέγματος (O₂-I₂). Ο νευρολογικός έλεγχος γίνεται όταν υπάρχει υποψία για κάκωση νεύρου και στα συμπτώματα περιλαμβάνονται μεταβολές της αισθητικότητας (ακτινοβολία του μουδιάσματος, διαξιφιστικός πόνος, καυσαλγία, εν το βάθη πόνος), αδυναμία ή παράλυση. Τα αναφερόμενα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στις νευρικές ρίζες ή δευτερευόντως σε περιφερικά νεύρα μετά από κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Παραδείγματος χάρη, η μείωση των τενόντιων αντανακλαστικών μπορεί να υποδηλώνει εμπλοκή περιφερικού νεύρου από κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. **(Shultz et al, 2009).**

Η δοκιμασία Straight Leg Raise (SLR) συνήθως εκτελείται με τον εξεταζόμενο στην ύπτια θέση. Ο εξεταστής ανυψώνει το κάτω άκρου του ασθενή ενώ διατηρεί την έκταση στο γόνατο. Σε παθολογική οσφύ αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αντανακλώμενο πόνο κατά μήκος του αντίστοιχου νεύρου. Η δοκιμασία θεωρείται θετική όταν αναπαραχθεί πόνος μέχρι τις 90° κάμψης του ισχίου. **(Rabin et al., 2007)**

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι παρόλο που έχουν μελετηθεί τα χαρακτηριστικά της οσφυαλγίας, υπάρχουν ελάχιστες έρευνες σχετικά με τα κλινικά ευρήματα που αφορούν τα νεαρά ενήλικα άτομα. Έτσι, κρίνεται αναγκαίο να μελετηθούν σε βάθος τα δημογραφικά, κλινικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των νέων ενήλικων ατόμων με οσφυαλγία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΜΕΘΟΔΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Η οσφυαλγία είναι μια πάρα πολύ συχνή πάθηση. Υπολογίζεται ότι πάνω από το 85% του γενικού πληθυσμού θα αναφέρει κάποια στιγμή στη ζωή του άλγος στην οσφύ. **(Brukner & Khan, 2012)** Ωστόσο, είναι γενικά αποδεκτό ότι η οσφυαλγία είναι πολυπαραγοντική πάθηση. **(O'Sullivan, 2005)** Έτσι κρίθηκε σκόπιμο να ερευνηθεί η πάθηση αυτή σε νεαρά ενήλικα άτομα ηλικίας 20 έως 40 ετών. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί το κλινικό προφίλ (δημογραφικά, κλινικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά) ενός δείγματος Ελλήνων ασθενών.

ΔΕΙΓΜΑ

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 20 εθελοντές ασθενείς με οσφυαλγία. Οι 10 από τους οποίους μετρήθηκαν σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο στη Μεσσήνη, Μεσσηνίας. Ενώ οι άλλοι 10 μετρήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, κατά το χρονικό διάστημα 1 Δεκεμβρίου 2014 έως 31 Ιανουαρίου 2015.

Η ομάδα του δείγματος μελέτης αποτελείται από 11 γυναίκες και 9 άνδρες. Τα άτομα που επιλέχθηκαν για να συμμετέχουν στην έρευνα ήταν ηλικίας από 20 έως 40 ετών και παραπονιούνταν για άλγος στην περιοχή της οσφύς.

Από την έρευνα αποκλείστηκαν τα άτομα που ενώ είχαν ιστορικό οσφυαλγίας, δεν είχαν εμφανίσει συμπτώματα της πάθησης το τελευταίο μήνα πριν των μετρήσεων. Επίσης αποκλείονταν άτομα που δεν είχαν ευχέρεια στον γραπτό ή προφορικό λόγο, έγκυες γυναίκες, άτομα που είχαν προηγουμένως χειρουργηθεί στην οσφυϊκή μοίρα, άτομα με προβλήματα κεντρικού νευρικού συστήματος καθώς και άτομα με νοητικά προβλήματα.

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τις δραστηριότητες αξιολόγησης της έρευνας και τους γνωστοποιήθηκε ότι μπορούν να αποσυρθούν όποια στιγμή επιθυμούν από την έρευνα, χωρίς να έχουν καμία δέσμευση (βλ. Παράρτημα για φύλλο ενημέρωσης και συγκατάθεσης).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία εξαγωγής της έρευνας δόθηκαν ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια από την Επ.Καθηγήτρια Κα. Μπίλλη Ευδοκία στους φυσικοθεραπευτές-ερευνητές οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν καταλλήλως σε ειδικά διαμορφωμένα κρεβάτια στο χώρο του ΑΤΕΙ Αιγίου Τμήμα Φυσικοθεραπείας, πάνω σε τρία μοντέλα τα οποία δεν συμμετείχαν στην έρευνα και συντέλεσαν στην ορθή εκπαίδευση για την έναρξη διεξαγωγής της έρευνας στους τόπους κατοικίας των φυσικοθεραπευτών-ερευνητών.

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» του νομού Χανίων και σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο στο νομό Μεσσηνίας. Στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων μετρήθηκαν 10 ασθενείς με αναφερόμενο πόνο στην οσφύ ή/και στο ισχίο για τουλάχιστον 1 μήνα πριν σε κατάλληλα διαμορφωμένα κρεβάτια τύπου bobath και την χρήση του ειδικού ερωτηματολογίου που δόθηκε.

Σε κάθε ασθενή που πήρε μέρος στην έρευνα έγινε καταγραφή των γενικών δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, τόπος κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακής & οικονομικής κατάστασης). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε λεπτομερής λήψη του ατομικού ιστορικού της πάθησης, καταγραφή των συμπτωμάτων του ασθενή καθώς και φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση.

Κατά τη λήψη ιστορικού καταγράφηκαν οι περιοχές αναφερόμενου πόνου και η ένταση του πόνου σε 10βάθμια κλίμακα (0-10) στη μέση και στο πόδι όπως και άλλα συμπτώματα όπως είναι το μυρμήγκιασμα, το μούδιασμα και η αδυναμία στο πόδι.

Επίσης, έγινε καταγραφή της ποιότητας πόνου στη μέση, δηλαδή αν ο πόνος είναι μουντός, έντονος, επιφανειακός, εν το βάθει, οξύς, διάχυτος, εντοπισμένος ή άλλο. Και στο πόδι αν είναι καυστικός, οξύς/παλμικός-ρυθμικός/σαν πονόδοντος, σαν ηλεκτρικό ρεύμα/διάχυτος, έχει μούδιασμα ή άλλο.

Ακόμη, καταγράφηκε η 24ωρη συμπεριφορά του πόνου και τι τον επιδεινώνει και τι τον ανακουφίζει. Η παρουσία και τα χαρακτηριστικά άλλων συμπτωμάτων όπως δυσκαμψία/σπασμός-κράμπες/ σερνάμενα πόδια/ υπαισθησία/ βήχας/ φτέρνισμα. Εξετάσεις όπως είναι ακτινογραφίες/αίματος/MRI ή άλλο, δόθηκαν από τους συμμετέχοντες εάν είχαν, όπως και το ιατρικό ιστορικό με ερωτήσεις τύπου « Παίρνετε φάρμακα; Υπάρχει κάποιο φάρμακο που επηρεάζει την μέση σας; ».

Σημειολογία σοβαρής παθολογίας (RED FLAGS) ερωτήθηκε ο ασθενής δηλαδή αν παραπονιέται σε τίποτα από τα παρακάτω (Υπαισθησία δίκην «σέλας» μούδιασμα στην έσω περιοχή του μηρού/ Προβλήματα κύστης εντέρου/ Ανορεξία/ Μη κατανοητή απώλεια βάρους / Νυχτερινός πόνος/ Έντονος πόνος που δεν φεύγει/ Έντονα προβλήματα βάδισης). Ιστορικό προηγούμενων τραυματισμών, χειρουργείων και γυναικολογικών δυσλειτουργιών συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο.

Το δείγμα χωρίστηκε ανάλογα με το επάγγελμα σε δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ανάλογα με το τόπο κατοικίας σε αστική περιοχή, ημιαστική περιοχή και αγροτική περιοχή. Ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο σε απόφοιτους δημοτικού, γυμνασίου, λυκείου και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση σε άγαμους και έγγαμους. Και ανάλογα με το ετήσιο εισόδημα στις κατηγορίες <7200€ 7200-14400€ 14401-24000€ και 24000€και άνω.

Σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκε μία φόρμα αξιολόγησης, η οποία αποτελείται από κάποια επιμέρους μέρη (έντυπο ενημέρωσης, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια). Οι ερωτήσεις που εμπεριέχονται στην φόρμα αξιολόγησης προήλθαν ύστερα από μελέτη και αναζήτηση στοιχείων και παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν τη δημιουργία και εξέλιξη της οσφυαλγίας (**Billis και συν., 2010, 2012, 2013**)

Επίσης ο ασθενής ζητήθηκε να απαντήσει σε ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια όπως είναι το The Keele Start Back Screening Tool, Maine-Seattle Back Questionnaire, Sciatica Bothersomeness Index , καθώς και το Roland-Morris Disability Index test που περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει οι ασθενείς για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Κάποια από αυτά, όπως είναι το HAD test περιλαμβάνει δύο score, ένα που αφορά το άγχος και ένα άλλο που αφορά την κατάθλιψη. Τέλος, προκύπτουν δύο τελικά score στις υποκλίμακες SF-12 Physical Health & SF-12 Mental Health.

Κατά την φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση έγινε παρατήρηση του ασθενή στην όρθια θέση για να ελεγχθεί η στάση του (φυσιολογική, λорδωτική, με σκολίωση, ανταλγική στάση) και της βάδισης (φυσιολογικής ή ανταλγικής, βάδισμα στις πτέρνες/μύτες). Ακόμα ζητήθηκε από τον ασθενή να εκτελέσει ενεργητικά κινήσεις της σπονδυλικής στήλης όπως η κάμψη, η έκταση, η πλάγια κάμψη και συνδυασμό των δυο (**Εικόνες 1 & 2**) όπου ελέγχτηκε το εύρος τροχιάς και η αναπαραγωγή πόνου στις κινήσεις αυτές.



Εικόνα 1: Έκταση & ΔΕ πλάγια κάμψη

Εικόνα 2: Κάμψη & ΔΕ πλάγια κάμψη

Στη συνέχεια με τον ασθενή στην ύπτια θέση έγινε αξιολόγηση των O2,O3 και O5 μυοτόμιων καθώς και της αισθητικότητας των O2,O3,O4,O5 και I1 δερμοτόμιων. Επιπλέον έγινε έλεγχος των αντανακλαστικών του τετρακέφαλου και του αχίλλειου όπως και της δοκιμασίας SLR (**Εικόνα 3**). Ακολούθησε έλεγχος του εύρους κίνησης στις στροφές του ισχίου και για την αναπαραγωγή πόνου κατά των κινήσεων αυτών, καθώς και των δοκιμασιών distraction, thigh thrust και compression test (**Εικόνες 4,5 & 6**).



Εικόνα 3: Straight Leg Raise



Εικόνα 4: Distraction test



Εικόνα 5: Thigh thrust test



Εικόνα 6: Compression test

Έπειτα με τον ασθενή στη πρηνή θέση ο ερευνητής έλεγξε την κινητικότητα όλων των οσφυϊκών σπονδύλων εκτελώντας οπισθοπρόσθιες ολισθήσεις και για την αναπαραγωγή πόνου στις κινήσεις αυτές (**Εικόνα 7**). Τέλος έγινε ψηλάφηση της οσφυϊκής περιοχής και της περιοχής του ιερού για την εύρεση σημείων πυροδότησης πόνου καθώς και μυϊκός έλεγχος των γλουτιαίων και των ισχιοκνημιαίων μυών.



Εικόνα 7: Οπισθοπρόσθια ολίσθηση Ο₃ οσφυϊκού σπονδύλου

ΜΕΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Roland-Morris Disability Index test (RDQ)

Το RDQ είναι ένα ερωτηματολόγιο που μετρά την ανικανότητα λόγω της οσφυαλγίας. Αυτό προήλθε από το Sickness Impact Profile (SIP) το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο με 136 στοιχεία που καλύπτουν όλες τις πτυχές των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών. Οι Roland & Morris επέλεξαν 24 στοιχεία που αφορούν σωματικής αιτιολογίας οσφυαλγία. Κάθε στοιχείο από αυτά αρχίζει με τη φράση «Λόγω του πόνου στη μέση μου...». (Nusbaum et al., 2001)

Σύμφωνα με τους **Boscainos et al. (2003)** η μετάφραση του RDQ στα ελληνικά είναι αξιόπιστη και έγκυρη, για την αξιολόγηση του ελληνόφωνου ασθενή με οσφυαλγία.

Visual Analogue Scale

Η VAS είναι μια κλίμακα μέτρησης του πόνου κατατάσσοντας τον από «καθόλου πόνο» μέχρι «Ο χειρότερος πόνος». Αυτή η κλίμακα δείχνει πιο καλά αποτελέσματα από ότι οι άλλες παρόμοιες κλίμακες, επειδή χρησιμοποιεί αριθμούς για την κατανόηση και την εφαρμογή της. (Kelly, 2001; Haukka et al., 2012)

Σε μελέτη που έκαναν οι **Daniilidou et al. (2010)** στον Ελληνικό πληθυσμό έδειξαν ότι οι ερωτηθέντες ανταποκρίνονταν πιο εύκολα στην απάντηση του single-question measure από ότι του VAS. Γενικά, στο VAS απάντησαν πιο πολλές γυναίκες με μεγαλύτερο οικονομικό εισόδημα.

The Keele Start Back Screening Tool

Το ερωτηματολόγιο STarT αποτελείται από 9 συνολικά ερωτήσεις που καλύπτουν 8 καταστάσεις: ενόχληση, αντανάκλαση του πόνου στο κάτω άκρο, ανικανότητα, τάση καταστροφής, φόβος, ανησυχία και κατάθλιψη. Από αυτές οι δύο ερωτήσεις είναι από το RMDQ για να αξιολογηθεί το επίπεδο της ευαισθησίας. Οι απαντήσεις καταγράφονται ως θετικές όταν το άτομο συμφωνεί με την δήλωση (ερώτηση) και βαθμολογούνται με 1, σε αντίθετη περίπτωση δεν παίρνουν βαθμό. Για να αξιολογηθεί ως θετική η απάντηση στην ερώτηση για την ενόχληση ο ασθενής πρέπει να δηλώσει πάρα πολύ ή υπερβολική ενόχληση. Το σκορ του τεστ προκύπτει από το άθροισμα των βαθμών των απαντήσεων (σκορ 1-9). Επιπροσθέτως από το συγκεκριμένο

ερωτηματολόγιο προκύπτει ένα αποτέλεσμα για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με βάση το άθροισμα των ερωτήσεων για την ενόχληση, το φόβο, τη τάση καταστροφής, την ανησυχία και τη κατάθλιψη (ερωτήσεις 5-9). (**Hill et al., 2008**)

Maine-Seattle Back Questionnaire

Το Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ) είναι μια σύντομη εκδοχή του RMDQ που έχει τροποποιηθεί για ασθενείς με ισχιαλγία και σπονδυλική στένωση. (**Atlas et al., 2003**) Η κλίμακα αποτελείται από 12 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με ναι (1 βαθμός) και όχι (0 βαθμοί), επιτυγχάνοντας ένα σκορ από 0 έως 12 βαθμών. Το MSBQ αξιολογεί την ανικανότητα και τη λειτουργικότητα του ασθενή, μέσω της ισχιαλγίας και της οσφυαλγίας, όπου όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο σοβαρότερο το πρόβλημα. Οι **Haugen et al. (2011)** έδειξαν ότι το τεστ αυτό είναι το καλύτερο για τη μελέτη της ισχιαλγίας.

Sciatica Bothersomeness Index

Το Sciatica Bothersomeness Index, είναι ένας δείκτης που βασίζεται στην αναφορά του ασθενή για τα συμπτώματα που βιώνει από την ισχιαλγία. Το τεστ περιλαμβάνει αναφορά στην ένταση του πόνου, την ύπαρξη μούδιασματος ή μυρμηγκιάσματος, στην αδυναμία του κάτω άκρου και σε τυχόν άλγος κατά τη καθιστή θέση στην οσφύ ή στο κάτω άκρο. Σύμφωνα με τους **Groble et al. (2008)** θεωρείται αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για τη μελέτη της ισχιαλγίας.

12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)

Το SF-12 προήλθε από το SF-36. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις για τη σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενή. Η σωματική κατάσταση χωρίζεται σε σωματική λειτουργικότητα, σωματική ικανότητα, σωματικό πόνο και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή. Η ψυχική κατάσταση χωρίζεται σε ψυχική υγεία, συναισθηματική ικανότητα, κοινωνικότητα ασθενή και ζωτικότητα. Κάθε ερώτηση παίρνει 100 πόντους και το αποτέλεσμα βγαίνει από το μέσο όρο των ερωτήσεων. Το υψηλό σκορ θεωρείται καλή κατάσταση της υγείας. (**Ware et al., 1996**)

Οι **Kontodimopoulos et al. (2007)** μετά την εξέταση της αποτελεσματικότητας του SF-12 στον ελληνικό πληθυσμό, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να γίνουν μελλοντικές έρευνες για επανέλεγχο της αξιοπιστίας του τεστ. Ωστόσο φαίνεται να είναι μια έγκυρη και σύντομη παραλλαγή του SF-36.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη παρούσα έρευνα αξιολογήθηκαν συνολικά 20 άτομα με αναφερόμενο πόνο στην οσφύ ή και στο ισχίο, ηλικίας από 20 έως 40 ετών (μέσος όρος 29 ± 7), από τα οποία οι 11 (55%) ήταν γυναίκες και οι 9 (45%) ήταν άντρες. Τα 9 άτομα (45%) διαμένουν σε ημιαστική περιοχή, τα 6 (30%) σε αγροτική περιοχή και τα 5 (25%) σε αστική περιοχή. Η πλειοψηφία του δείγματος είναι ανύπαντροι (75%), έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση (75%) και καπνίζουν (70%). Το ετήσιο εισόδημα κυμαίνεται από <7.200 ευρώ με ποσοστό 65%, σε 7.200-14.400 στο 15% και έως 24.000 στο 20%. Σε δημόσιο φορέα εργάζονται έξι άτομα (30%), σε ιδιωτικό φορέα οχτώ άτομα (40%), φοιτητές είναι τα πέντε άτομα (25%) και ένας άνεργος (5%). Οι ημερήσιες ώρες απασχόλησης του δείγματος αρχίζουν από μηδέν και φτάνουν τις 12 με μέσο όρο $5,4 \pm 4$ ώρες. Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος παρουσιάζονται στο **Πίνακα 1**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (n=20)

Χαρακτηριστικά δείγματος		Μέσος Όρος (Τυπική απόκλιση)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	
Ηλικία		29 (± 7)	20	40	
Ώρες εργασίας ημερησίως		5,4 (± 4)	0	12	
		Ποσοστό (Συχνότητα)		Ποσοστό (Συχνότητα)	
Φύλο	Άνδρες	45% (9)	Μόρφωση	Λύκειο	25% (5)
	Γυναίκες	55% (11)		Τριτοβάθμια εκπαίδευση	75% (15)
Διαμονή	Αγροτική περιοχή	30% (6)	Κάπνισμα	Μη καπνιστής	30% (6)
	Αστική περιοχή	25% (5)		Λίγο (<20τσιγ/εβδ)	45% (9)
	Ημιαστική περιοχή	45% (9)		Αρκετά (20-40ημερ)	25% (5)
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος	75% (15)	Ετήσιο εισόδημα	<7.200 ευρώ	65% (13)
	Παντρεμένος	25% (5)		7.200 – 14.400	15% (3)
Εργασία	Άνεργος/-η	5% (1)		14.400 – 24.000	20% (4)
	Δημόσιο φορέα	30% (6)			
	Ιδιωτικό φορέα	40% (8)			
	Φοιτητής/-τρια	25% (5)			

Στο **Πίνακα 2** συνοψίζονται τα βασικά στοιχεία από το ιστορικό του δείγματος. Σημειώθηκαν οι περιοχές που εμφάνισαν πόνο: στην οσφύ εμφάνισαν 13 άτομα (65%), στον αριστερό γλουτό 11 άτομα (55%), στο δεξιό γλουτό 10 άτομα (50%), στους αριστερούς οπίσθιους μηριαίους 3 άτομα (15%) και στους δεξιούς οπίσθιους μηριαίους 4 άτομα (20%). Μυρμήγκιασμα ή μούδιασμα ανέφεραν τα 7 άτομα (35%) ενώ αδυναμία στο κάτω άκρο 2 άτομα (10%). Το 40% (8 άτομα) δήλωσαν ότι ο πόνος είναι χειρότερος τις πρωινές ώρες, ενώ της βραδινές ώρες το 35% (7 άτομα). Το 25% (5 άτομα) είπαν ότι λόγω του άλγους δεν μπορούν να κοιμηθούν και το 15% (3 άτομα) ότι ξυπνούσαν το βράδυ.

Ένα ποσοστό 85% (17 άτομα) των ασθενών ανέφερε ότι η ορθοστασία ήταν αυτή που επιδεινώνει τα συμπτώματα, ένα 55% (11 άτομα) το σκύψιμο, 50% (10 άτομα) η έγερση από κάθισμα και το 35% (7 άτομα) το κάθισμα ή η βάδιση. Τα συμπτώματα υποχωρούσαν στο 75% (15 άτομα) των ασθενών που ήταν ξαπλωμένοι και στη βάδιση στο 35% (7 άτομα). Το 40% (8 άτομα) των ασθενών είχε και αυχεναλγία ενώ το 35% (7 άτομα) σκολίωση και άλλες παραμορφώσεις. Τα 15 άτομα (75%) είχαν βγάλει ακτινογραφία και 2 άτομα (10%) είχαν κάνει μαγνητική τομογραφία.

Επίσης ένα ποσοστό 55% (11 άτομα) παρουσίαζαν εκτός από οσφυαλγία και ισχιαλγία. Για ένα δείγμα 10 ατόμων παρατηρήθηκε ότι οι μισοί (5 άτομα) εμφάνισαν σταδιακά την οσφυαλγία, ενώ οι άλλοι μισοί απότομα. Από αυτούς τα 4 άτομα (40%) είχαν κάποιον προδιαθεσικό παράγοντα (π.χ. αύξηση βάρους) για την εμφάνιση της πάθησης. Μία υποομάδα 4 ατόμων από τους 10 που έπασχαν από οσφυαλγία, διαμαρτυρήθηκαν και για ισχιαλγία, από τους οποίους οι 3 (75%) δήλωσαν ότι τα συμπτώματα εμφανίστηκαν πρώτα στη μέση και οι 2 (50%) ότι είχαν παλαιότερα ξαναεμφανίσει ισχιαλγία. Τέλος, από τα 10 άτομα τα 6 (60%) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί προηγούμενα επεισόδια οσφυαλγίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (n=20)

	<i>Ποσοστό (Συχνότητα)</i>		<i>Ποσοστό (Συχνότητα)</i>
Περιοχές πόνου		Θέσεις επιδείνωσης	
Αριστερή Οσφυαλγία	65% (13)	Κάμψη	55% (11)
Δεξιά Οσφυαλγία	65% (13)	Κάθισμα	35% (7)
Αριστερός Γλουτός	55% (11)	Ορθοστασία	85% (17)
Δεξιός Γλουτός	50% (10)	Έγερση από κάθισμα	50% (10)
Οπίσθιοι μηριαίοι αριστερά	15% (3)	Βάδιση	35% (7)
Οπίσθιοι μηριαίοι δεξιά	20% (4)	Θέσεις ανακούφισης	
Άλλα συμπτώματα		Βάδιση	35% (7)
Μυρμήγκιασμα / Μούδιασμα	35% (7)	Ξαπλωμένος(-η)	75% (15)
Αδυναμία στο πόδι	10% (2)	Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα	
24ωρη συμπεριφορά του πόνου		Αυχεναλγία	40% (8)
Εύπνημα το βράδυ λόγω πόνου	15% (3)	Σκολίωση / Παραμόρφωση / άλλα	35% (7)
Ο πόνος δεν αφήνει τον ασθενή να κοιμηθεί	25% (5)	Εξετάσεις	
Πόνος χειρότερος το πρωί	40% (8)	Ακτινογραφία	75% (15)
Πόνος χειρότερος τις βραδινές ώρες	35% (7)	Μαγνητική	10% (2)

Στο **Πίνακα 3.1** παρουσιάζονται τα κύρια αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης. Κατά την επισκόπηση των ασθενών παρατηρήθηκε το 60% (12 άτομα) είχε φυσιολογική στάση, το 30% (6 άτομα) λорδωτική και το 25% (5 άτομα) σκολιωτική. Μόλις ένα 5% (1 άτομο) του δείγματος είχε ανταλγική βάδιση. Στην εξέταση των ενεργητικών κινήσεων της σπονδυλικής στήλης παρατηρήθηκε ένας περιορισμός στην κάμψη σε ποσοστό 35% (7 άτομα) με το 60% (12 άτομα) να αναφέρουν πόνο κατά την κίνηση αυτή. Στην έκταση υπήρχε περιορισμός στο 10% (2 άτομα) του δείγματος με το 45% (9 άτομα) να αναφέρουν πόνο. Στην αριστερή και δεξιά πλάγια κάμψη εμφανίστηκε περιορισμός με ποσοστό 5% (1 άτομο) και 10% (2 άτομα) αντίστοιχα, ενώ παραπονέθηκαν για άλγος σε ποσοστό 30% (6 άτομα) και 25% (5 άτομα) αντίστοιχα. Το 40% (8 άτομα) ανέφεραν περιφεριοποίηση των συμπτωμάτων και άλγος κατά τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης. Επιπλέον το 75% του δείγματος δήλωσε ότι η οσφυαλγία επηρέαζε τη λειτουργικότητα τους.

Ένα 15% (3 άτομα) ανέφερε περιορισμό στην κάμψη σε συνδυασμό με δεξιά πλάγια κάμψη και εμφάνιση άλγους σε ποσοστό 40% (8 άτομα). Το 10% (2 άτομα) είχε περιορισμό στην κάμψη σε συνδυασμό με αριστερή πλάγια κάμψη και άλγος σε ποσοστό 50% (10 άτομα). Περιορισμό κατά την έκταση σε συνδυασμό με δεξιά πλάγια κάμψη είχε το 5% (1 άτομο) του δείγματος και πόνο σε αυτή τη κίνηση ανέφερε το 60% (12 άτομα). Ενώ περιορισμό κατά την έκταση σε συνδυασμό με αριστερή πλάγια κάμψη είχε το 5% (1 άτομο) του δείγματος και πόνο σε αυτή τη κίνηση ανέφερε το 50% (10 άτομα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

	<i>Ποσοστό (Συχνότητα)</i>		<i>Ποσοστό (Συχνότητα)</i>
Στάση ασθενούς		Κινητικό πρότυπο	
Φυσιολογική	60% (12)	Ανοικτό πατέντο κίνησης (opening pattern)	50% (10)
Λορδωτική	30% (6)	Κλειστό πατέντο κίνησης (closing pattern)	50% (10)
Σκολιωτική	25% (5)	Πρότυπο κινητικής δυσλειτουργίας	10% (2)
Ανταλγική βόδιση	5% (1)	Πρότυπο κινητικού ελέγχου	5% (1)
Ενεργητικές κινήσεις			
Περιορισμός κάμψης	35% (7)	Πόνος στην κάμψη	60% (12)
Περιορισμός έκτασης	10% (2)	Πόνος στην έκταση	45% (9)
Περιορισμός αριστερής πλάγιας κάμψης	5% (1)	Πόνος στην αριστερή πλάγια κάμψη	30% (6)
Περιορισμός δεξιάς πλάγιας κάμψης	10% (2)	Πόνος στην δεξιά πλάγια κάμψη	25% (5)
Επαναλαμβανόμενη κίνηση κάμψης			
Περιφεριοποίηση συμπτωμάτων	40% (8)		
Συνδυασμένες κινήσεις			
Περιορισμός στην κάμψη με δεξιά πλάγια κάμψη	15% (3)	Πόνος στην κάμψη με δεξιά πλάγια κάμψη	40% (8)
Περιορισμός στην κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη	10% (2)	Πόνος στην κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη	50% (10)
Περιορισμός στην έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη	5% (1)	Πόνος στην έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη	60% (12)
Περιορισμός στην έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη	5% (1)	Πόνος στην έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη	50% (10)

Στην νευρολογική εξέταση το 5% (2 άτομα) φανέρωσαν αδυναμία στο μυοτόμιο O₁, καμία διαταραχή (0%) στα μυοτόμια O₅ και I₁ καθώς και στην αισθητικότητα στα δερμοτόμια O₁-I₁. Θετική απάντηση έδειξε η άρση τεταμένου σκέλους (SLR) στο 35% (7 άτομα) καθώς και το νευροδυναμικό SLR. Τα αντανακλαστικά του αχίλλειου και του τετρακεφάλου ήταν μειωμένα στο 25% (5 άτομα) και στο 15% (3 άτομα) των ασθενών αντίστοιχα.

Κατά την παθητική κινητοποίηση της ιερολαγόνιας άρθρωσης η δοκιμασία thigh thrust βγήκε θετική στο 15% (3 άτομα) και η δοκιμασία συμπίεσης στο 10% (2 άτομα). Στις οπισθοπρόσθιες ολισθήσεις των σπονδύλων O₁, O₂, O₃, O₄, O₅ και I₁ εντοπίστηκε πόνος στο 10% (2 άτομα), 15% (3 άτομα), 15% (3 άτομα), 40% (8 άτομα), 45% (9 άτομα), 40% (8 άτομα), του δείγματος αντίστοιχα. Στην ψηλάφηση της άνω και κάτω οσφυϊκής μοίρας ένα 80% (16 άτομα) είχαν σημεία πυροδότησης πόνου και ένα 55% (11 άτομα) στη περιοχή της ιερολαγόνιας άρθρωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	<i>Ποσοστό (Συχνότητα)</i>		<i>Ποσοστό (Συχνότητα)</i>
Νευρολογική εξέταση			
Μυοτόμιο O ₄ (αδυναμία)	5% (1)	Αντανακλαστικό αχίλλειου (μειωμένο)	25% (5)
Μυοτόμια O ₅ ,I ₁ (αδυναμία)	0% (0)	Αντανακλαστικό τετρακέφαλου (μειωμένο)	15% (3)
Δερμοτόμια O ₁ -I ₁ (διαταραχή)	0% (0)		
Άρση τεταμένου σκέλους (SLR) – Θετικό	35% (7)	Άρση τεταμένου σκέλους (SLR) – Θετικό νευροδυναμικά	35% (7)
Παθητική κινητοποίηση ΟΜΣΣ			
Οπισθοπρόσθια ολίσθηση O ₁ –θετικό για πόνο	10% (2)	Οπισθοπρόσθια ολίσθηση O ₄ –θετικό για πόνο	40% (8)
Οπισθοπρόσθια ολίσθηση O ₂ –θετικό για πόνο	15% (3)	Οπισθοπρόσθια ολίσθηση O ₅ –θετικό για πόνο	45% (9)
Οπισθοπρόσθια ολίσθηση O ₃ –θετικό για πόνο	15% (3)	Οπισθοπρόσθια ολίσθηση I ₁ – θετικό για πόνο	40% (8)
Παθητική κινητοποίηση ιερολαγόνιας άρθρωσης			
Δοκιμασία thigh thrust - θετική	15% (3)	Δοκιμασία συμπίεσης - θετική	10% (2)
Ψηλάφηση			
Trigger points - άνω περιοχή ΟΜΣΣ	80% (16)		
Trigger points - κάτω περιοχή ΟΜΣΣ	80% (16)		
Trigger points - περιοχή ιερολαγόνιας	55% (11)		

Στο **Πίνακα 4** εμφανίζονται τα αποτελέσματα από τα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια στα οποία απάντησαν οι ασθενείς. Η κλίμακα VAS έδειξε ότι το δείγμα παρουσίαζε μέσο όρο χειρότερου άλγους στην περιοχή της οσφύς έντασης $7,2(\pm 2,26)$ με ελάχιστη τιμή άλγους 0 και μέγιστη 10. Ο καλύτερος πόνος στην οσφύ είχε ένταση από 0 έως 3 με μέσο όρο $0,95(\pm 0,94)$. Η ίδια κλίμακα για την ένταση του άλγους στο κάτω άκρο έδειξε ότι ο χειρότερος πόνος ήταν εντάσεως από 0 έως 10 με μέσο όρο $3,25(\pm 3,89)$. Και ότι ο καλύτερος πόνος στο κάτω άκρο ήταν εντάσεως από 0 έως 2 με μέσο όρο $0,15(\pm 0,48)$.

Στο Keele STarT Back το δείγμα έφερε τιμές από 0 έως 9 με μέσο όρο $3,8(\pm 2,65)$. Ανάλογα με το σκορ ο ασθενής κατατάσσεται σε διαφορετική κατηγορία. Αν έχει σκορ μικρότερο ή ίσο με 3 είναι χαμηλού κινδύνου, αν έχει σκορ μεγαλύτερο του 3 χωρίζεται με βάση την ψυχολογική υποκλίμακα, δηλαδή το άθροισμα των ερωτήσεων 5 έως 9. Έτσι αν έχει γενικό σκορ μεγαλύτερο του 3 και το άθροισμα των ερωτήσεων αυτών είναι μικρότερο ή ίσο του 3 τότε είναι μεσαίου κινδύνου, ενώ αν είναι μεγαλύτερο του 3 είναι μεγάλου κινδύνου. (**Fritz et al., 2011; Hill et al., 2008; Hill et al., 2011**)

Στο Maine-Seattle Back το δείγμα παρουσίασε ελάχιστη τιμή 14 και μέγιστη 24 ενώ το μέσο όρο ήταν $18,35(\pm 2,81)$. Το Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ) είναι μια σύντομη εκδοχή του RMDQ που έχει τροποποιηθεί για ασθενείς με ισχιαλγία και σπονδυλική στένωση. (**Atlas et al., 2003**) Η κλίμακα αποτελείται από 12 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με ναι (2 βαθμός) και όχι (1 βαθμοί), επιτυγχάνοντας ένα σκορ από 12 έως 24 βαθμών. Το MSBQ αξιολογεί την ανικανότητα και τη λειτουργικότητα του ασθενή, μέσο της ισχιαλγίας και της οσφυαλγίας, όπου όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο σοβαρότερο το πρόβλημα. Οι **Haugen et al. (2011)** έδειξαν ότι το τεστ αυτό είναι το καλύτερο για τη μελέτη της ισχιαλγίας.

Ακόμα στο Sciatica Bothersomeness Index οι ασθενείς παρουσίασαν τιμές από 0 έως 24 με το μέσο όρο να είναι $9,6(\pm 7,44)$. Το Sciatica Bothersomeness Index, είναι ένας δείκτης που βασίζεται στην αναφορά του ασθενή για τα συμπτώματα που βιώνει από την ισχιαλγία. Το τεστ περιλαμβάνει αναφορά στην ένταση του πόνου, την ύπαρξη μούδιασματος ή μυρμηγκιάσματος, στην αδυναμία του κάτω άκρου και σε τυχόν άλγος κατά τη καθιστή θέση στην οσφύ ή στο κάτω άκρο. Σύμφωνα με τους **Groble et al. (2008)** θεωρείται αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για τη μελέτη της ισχιαλγίας.

Στο ερωτηματολόγιο HAD η υποκλίμακα του άλγους εμφάνισε τιμές από 1 μέχρι 16 με μέσο όρο $7,5(\pm 4,11)$ και η υποκλίμακα της κατάθλιψης πείρε τιμές από 0 έως 12 με μέσο όρο $3,65(\pm 2,89)$. Η HADS περιλαμβάνει δεκατέσσερις ερωτήσεις, επτά από τις οποίες μετρούν τα

συμπτώματα του άγχους (HADS-A) και οι υπόλοιπες επτά μετρούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (HADS-D). Κάθε απάντηση βαθμολογείται από 0 έως 3 και δίνει ένα τελικό αποτέλεσμα από 0 έως 21 για την κάθε κλίμακα. (Bocéréan et al., 2014)

Τέλος, στο SF-12 ερωτηματολόγιο η σωματική υποκλίμακα εμφάνισε τιμές από 35,9 έως 55,9 με μέσο όρο 43,64(±6,65) , ενώ η ψυχική υποκλίμακα πείρε τιμές από 21,8 μέχρι 59,2 με μέσο όρο 45,78(±10). Το SF-12 προήλθε από το SF-36. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις για τη σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενή. Η σωματική κατάσταση χωρίζεται σε σωματική λειτουργικότητα, σωματική ικανότητα, σωματικό πόνο και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή. Η ψυχική κατάσταση χωρίζεται σε ψυχική υγεία, συναισθηματική ικανότητα, κοινωνικότητα ασθενή και ζωτικότητα. Κάθε ερώτηση παίρνει 100 πόντους και το αποτέλεσμα βγαίνει από το μέσο όρο των ερωτήσεων. Το υψηλό σκορ θεωρείται καλή κατάσταση της υγείας. (Ware et al., 1996) Οι Kontodimopoulos et al. (2007) μετά την εξέταση της αποτελεσματικότητας του SF-12 στον ελληνικό πληθυσμό, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να γίνουν μελλοντικές έρευνες για επανέλεγχο της αξιοπιστίας του τεστ. Ωστόσο φαίνεται να είναι μια έγκυρη και σύντομη παραλλαγή του SF-36.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

	<i>Μέσος Όρος (Τοπική απόκλιση)</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>
VAS – Χειρότερος πόνος στην οσφύ	7,2 (±2,26)	0	10
VAS – Καλύτερος πόνος στην οσφύ	0,95 (±0,94)	0	3
VAS – Μέσος όρος πόνου στην οσφύ	4,15 (±1,36)	0	6
VAS – Χειρότερος πόνος στο πόδι	3,25 (±3,89)	0	10
VAS – Καλύτερος πόνος στο πόδι	0,15 (±0,48)	0	2
VAS – Μέσος όρος πόνου στο πόδι	1,7 (±2,02)	0	5
The Keele STarT Back Total Score	3,8 (±2,65)	0	9
Maine – Seattle Back total score	18,35 (±2,81)	14	24
Sciatica Bothersomeness Index total score	9,6 (±7,44)	0	24
HAD – Υποκλίμακα του άγχους	7,5 (±4,11)	1	16
HAD – Υποκλίμακα της κατάθλιψης	3,65 (±2,89)	0	12
SF-12 – Σωματική υποκλίμακα	43,64 (±6,65)	35,9	55,9
SF-12 – Ψυχική υποκλίμακα	45,78 (±10)	21,8	59,2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οσφυαλγία αποτελεί συχνό πρόβλημα και επηρεάζει ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού της τάξης του 85%. Το υψηλό κόστος θεραπείας σε συνδυασμό με το επίπεδο αναπηρίας, ως ένα βαθμό, που προκαλεί την καθιστούν όλο ένα και πιο σοβαρή. (Brukner & Khan, 2012). Οι Pengel et al, (2003) σύμφωνα με έρευνα που έκαναν ανέφεραν ότι ο πόνος στη μέση, φαίνεται μάλιστα να επηρεάζει και τον νεαρό ενήλικο πληθυσμό γεγονός που χρήζει προσοχής και διερεύνησης διότι οι απαιτήσεις και οι ρυθμοί της καθημερινότητας είναι αυξημένοι την σήμερον ημέρα. Επομένως, ο καθορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση οσφυαλγίας στους νέους ενήλικες μπορεί να βοηθήσει στο να προλάβουν μελλοντικά πιο σοβαρά προβλήματα. (Secer et al., 2011)

Στόχος της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθούν όσο το δυνατόν πιο πολύ σε βάθος:

- Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά της οσφυαλγίας των νέων ενήλικων ατόμων
- Τα κλινικά ευρήματα της
- Καθώς και οι αιτίες πρόκλησης του πόνου στη μέση ή/και στο ισχίο στις ηλικίες αυτές (20 έως 40 ετών).

Γενικά παρατηρήθηκε ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί σε εξωτερικό και Ελλάδα πολλές μελέτες που να εστιάζονται στο νεαρό ενήλικο πληθυσμό σχετικά με την οσφυαλγία και τα κλινικά χαρακτηριστικά της. Ακόμα αυτές που έχουν γίνει είναι ελάχιστες σε αριθμό και οι περισσότερες δεν την αναλύουν σε βάθος. Τα περισσότερα δείγματα που έχουν μετρηθεί αφορούν μεγαλύτερες ηλικίες και έχουν επιλεγεί για να συσχετιστεί η οσφυαλγία με άλλους παράγοντες (ψυχολογικούς, επαγγελματικούς κ.α.).

Κατά την διάρκεια της παρούσας έρευνας μετρήθηκαν 20 εθελοντές οι οποίοι διαμαρτύρονταν για άλγος στην οσφύ ή/και στο ισχίο, εκ των οποίων οι 11 ήταν γυναίκες και οι 9 άντρες. Ενώ όλοι ήταν από 20 έως 40 ετών με μέσο όρο ηλικίας 29 ± 7 .

Το δείγμα μας αποτελείται από καπνιστές σε ποσοστό 70%, το οποίο δείχνει μια ελαφριά συσχέτιση με την οσφυαλγία. Το ίδιο διαπίστωσαν και οι Shiri et al. (2011) όπου παρατήρησαν ότι οι καπνιστές και οι πρώην καπνιστές έχουν μεγαλύτερο επιπολασμό και επικράτηση της οσφυαλγίας από ότι αυτοί που δεν είχαν καπνίσει ποτέ.

Επίσης θεωρείται σκόπιμο να αναφερθεί ότι το ετήσιο εισόδημα του δείγματος σε ποσοστό 65% ήταν μικρότερο από 7.200 ευρώ. Οι **Brukner & Khan (2012)** είπαν ότι το ετήσιο κόστος οσφυαλγίας είναι το πιο κοινό πρόβλημα σε ηλικίες κάτω των 45 ετών και το περισσότερο δαπανηρό στις ηλικίες 20 με 40 ετών. Επομένως, λόγω του χαμηλού εισοδήματος και του υψηλού κόστους θεραπείας γίνεται δυσκολότερη η αντιμετώπιση της πάθησης με αποτέλεσμα η οσφυαλγία να τείνει να χειροτερεύει με το πέρασμα των χρόνων.

Το σύνολο του δείγματος παρουσίαζε υψηλής έντασης χειρότερου άλγους στην οσφύ με μέσο όρο $7,2 \pm 2,26$ στη κλίμακα VAS και ανήκει σε μέση ομάδα κινδύνου αφού στο Keele STarT Back questionnaire έχουν μέσο όρο $3,8 \pm 2,65$. Ακόμα στο Maine-Seattle Back questionnaire που αξιολογεί περισσότερο την ισχιαλγία, αλλά βαθμολογεί την ανικανότητα και τη λειτουργικότητα εμφάνισαν σχετικά υψηλό σκορ με μέσο όρο $18,35 \pm 2,81$ (όπου μέγιστο 24).

Όσον αφορά την ισχιαλγία, παρατηρήθηκε μέτριας έντασης χειρότερος πόνος με μέσο όρο $3,25 \pm 3,89$ στη κλίμακα VAS. Το ίδιο έδειξε και το Sciatica Bothersomeness Index questionnaire με μέσο όρο $9,6 \pm 7,44$, το οποίο σημαίνει μέτριας έντασης ισχιαλγία, παρουσία μούδιάσματος ή μυρμηγκιάσματος.

Επιπλέον η υποκλίμακα του ερωτηματολογίου HAD που σχετίζεται με το άγχος έδειξε ότι το δείγμα μας είχε μετρίου βαθμού άγχος με μέσο όρο $7,5 \pm 4,11$ (όπου μέγιστο 21). Ωστόσο, η υποκλίμακα του ίδιου ερωτηματολογίου που αναφέρεται στη κατάθλιψη έδειξε ότι το δείγμα μας δεν παρουσίαζε κατάθλιψη, αφού είχε μέσο όρο μόλις $3,65 \pm 2,89$ (σε μέγιστο το 21).

Σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, διαπιστώθηκε σύμφωνα με το SF-12, ότι η σωματική κατάσταση του δείγματος ήταν μέτρια (μέσο όρο $43,64 \pm 6,65$ με μέγιστο το 100) και ότι η ψυχική κατάσταση τους ήταν επίσης μέτρια (μέσο όρο $45,78 \pm 10$ με μέγιστο το 100).

Οι **Jimenez-Sanchez et al. (2012)** σε έρευνα που έκαναν διαπίστωσαν ότι ο χρόνιος πόνος στην οσφύ αλλά και στον αυχένα είναι πολύ συχνός στο γενικό πληθυσμό. Κάτι τέτοιο φαίνεται να ισχύει και στο δείγμα μας αφού το 40% εκτός από οσφυαλγία παρουσίαζε και άλγος στον αυχένα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένα ποσοστό 70% δηλώνει ως διάγνωση μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγίας οσφυαλγία, ενώ το υπόλοιπο 30% ισχυρίζεται ότι οφείλεται σε μηχανικής αιτιολογίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι μόνο το 10% του δείγματος έχει υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία, η οποία θα εμφάνιζε τυχόν ανωμαλίες στα μαλακά μόρια, όπως είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Σε έρευνες που έχουν γίνει κατέληξαν ότι η

εκφύλιση των οσφυϊκών μεσοσπονδύλιων δίσκων είναι μία πολύ συχνή αιτία που μπορεί να προκαλέσει οσφυαλγία. Ειδικά αν η οσφυαλγία συνδυάζεται και με ισχιαλγία πολύ πιθανό να οφείλεται σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου με νευρολογική σημειολογία. (**de Schepper et al., 2010; Hughes et al., 2012; Salzberg, 2012; Karppinen et al., 2011**)

Η πιθανή αυτή αιτία ενισχύεται με την έρευνα μας, στην οποία παρατηρήθηκε περιφριοποίηση των συμπτωμάτων σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις κάμψης σε ποσοστό 40%. Ακόμη, εμφανίστηκε πόνος σε ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 40% με 45% στις οπισθοπρόσθιες ολισθήσεις των σπονδυλικών επιπέδων O₄-O₅ και O₅-I₁. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα που είχαν κάνει οι **Carrino et al., (2009)** όπου διαπίστωσαν ότι από ένα δείγμα 111 ατόμων, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία, παρουσίαζαν κήλη O₄-O₅ μεσοσπονδύλιου δίσκου τα 22 άτομα και κήλη O₅-I₁ μεσοσπονδύλιου δίσκου τα 25 άτομα. Ενώ κήλη O₂-O₃ ή O₃-O₄ μεσοσπονδύλιου δίσκου είχαν μόνο τα 4 άτομα. Το 35% του δείγματος εμφάνισε περιορισμό στην κάμψη με αναφορά πόνου στο 60%. Αυτό αποδεικνύει το γεγονός ότι η οσφυαλγία μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του μεσοσπονδύλιου δίσκου.

Η δεύτερη πιο πιθανή αιτία πρόκλησης πόνου στην οσφύ στο νεαρό ενήλικο πληθυσμό φαίνεται να είναι το σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων (facet's joint syndrome). Οι **Sehgal et al, (2007)** μετά από μελέτη που έκαναν διαπίστωσαν ότι η οσφυαλγία μπορεί να οφείλεται στην αιτία αυτή σε ποσοστό από 15% μέχρι 45%. Το 10% του δείγματος παρουσίασε περιορισμό στην έκταση με αναφερόμενο πόνο στο 45%, κλινικά στοιχεία τα οποία υποδηλώνουν εμπλοκή αρθρώσεων facet. Ειδικότερα κατά την έκταση σε συνδυασμό με δεξιά πλάγια κάμψη και στην έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη ανέφεραν πόνο στο 60% και 50% αντίστοιχα.

Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι ο περισσότερο συχνός παράγοντας επιδείνωσης της οσφυαλγίας είναι η ορθοστασία. Χαρακτηριστικά το δείγμα μας, ανέφερε ότι η ορθοστασία επιδεινώνει τα συμπτώματα τους σε ποσοστό 85%. Ακολουθούν η κάμψη σε ποσοστό 55% και η έγερση από το κάθισμα σε ποσοστό 50%. Ενώ για να ανακουφιστούν από το πόνο επέλεξαν να ξαπλώσουν σε ποσοστό 75%.

Περιορισμοί της έρευνας:

Κατά την διαδικασία εξαγωγής της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιοι περιορισμοί. Το δείγμα ήταν περιορισμένου εύρους ηλικίας (20-40 ετών) και αυτό κατέστησε ακόμη πιο δύσκολη την έρευνα καθώς δεν υπήρχαν πολλοί συμμετέχοντες με αναφερόμενο πόνο στην

οσφύ ή/και στο ισχίο που να ήταν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα καθώς τα περισσότερα δείγματα ξεπερνούσαν αυτή την ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα που επηρεάζει ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Έχει υψηλό κόστος θεραπείας. Ο πόνος στην μέση φαίνεται να επηρεάζει και τα νεαρά ενήλικα άτομα, σε μικρότερο όμως ποσοστό από ότι στη μέση ηλικία. Γενικά διαπιστώθηκε μία έλλειψη σε μελέτες για αυτή την ηλικία σε Ελλάδα και εξωτερικό. Πρέπει όμως να ερευνηθεί η πάθηση αυτή στα νεαρά άτομα για να προληφθούν μελλοντικά πιο σοβαρά προβλήματα.

Στην έρευνα αυτή μελετήθηκαν 20 άτομα με μέσο όρο ηλικίας 29+-9. Από τα οποία τα 11 ήταν γυναίκες και οι 9 άνδρες. Σε μεγάλο ποσοστό (70%) παρατηρήθηκε ότι το δείγμα αποτελείται από καπνιστές. Αυτό δείχνει μια ελαφριά συσχέτιση της οσφυαλγίας με το κάπνισμα. Ένα άλλο στοιχείο του δείγματος ήταν ότι το 65% είχε ετήσιο εισόδημα μικρότερο από 7200 ευρώ και ίσως αυτό κάνει δυσκολότερη την αντιμετώπιση της πάθησης τους, λόγω του υψηλού κόστους θεραπείας.

Το σύνολο του δείγματος ανέφερε έντονο πόνο στην οσφύ με μέσο όρο 7.2 ± 2.26 στη κλίμακα VAS και σύμφωνα με το KStarTBQ ανήκει σε μέση ομάδα με μέσο όρο 3.8 ± 2.65 . Ωστόσο η λειτουργικότητα του δείγματος φαίνεται να είναι επηρεασμένη αφού εμφάνισαν σχετικά υψηλό σκορ (μέσο όρο 18.35 ± 2.81). Ακόμα ανέφεραν μέτριας έντασης χειρότερο πόνο στο κάτω άκρο με μέσο όρο 3.25 ± 3.89 . Το ίδιο έδειξε και το SBIQ με μέσο όρο 9.6 ± 7.44 το οποίο σημαίνει μέτριας έντασης ισχιαλγία. Επιπλέον, η μελέτη έδειξε ότι το δείγμα εμφάνισε μέτριου βαθμού άγχος (μέσο όρο 7.5 ± 4.11 στη HAD) και δεν παρουσίαζε κατάθλιψη αφού είχε μόλις (μέσο όρο 3.65 ± 2.89 στη HAD-D). Ενώ η σωματική (μέσο όρο 43.64 ± 6.65) και η ψυχική (μέσο όρο 45.78 ± 10) κατάσταση του δείγματος ήταν μέτρια σύμφωνα με το SF-12. Οπότε μπορεί να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ ψυχοσωματικών παραγόντων και της οσφυαλγίας χωρίς όμως να εξακριβώθηκε αυτό.

Η πιο πιθανή αιτία οσφυαλγίας σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Η δεύτερη πιο συχνή είναι το σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων. Στη μελέτη αυτή το 70% δηλώνει ως διάγνωση μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία, ενώ το υπόλοιπο 30% ισχυρίζεται ότι οφείλεται σε μηχανικής αιτιολογίας. Ενδιαφέρον είναι ότι στο δείγμα μας εμφάνισε ένα μεγάλο ποσοστό 40% εκτός από την οσφυαλγία και άλγος στον αυχένα.

Τέλος, παρατηρήθηκε ότι ο περισσότερος συχνός παράγοντας επιδείνωσης της οσφυαλγίας ήταν η ορθοστασία σε ποσοστό 85% ενώ οι ασθενείς για να ανακουφιστούν από το πόνο επέλεξαν να ξαπλώσουν σε ποσοστό 75%.

Ωστόσο δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθεί περισσότερο, διότι ο καθορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση οσφυαλγίας στους νέους ενήλικες μπορεί να βοηθήσει στο να προληφθούν μελλοντικά πιο σοβαρά προβλήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Κοτζαηλίας, Δ., 2011, "*Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος*" *Παθήσεις της οσφυϊκής μοίρας*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
2. Brukner, P., & Khan, K., 2012, *Clinical Sports Medicine*, 4th Edition, McGraw-Hill Medical, Australia
3. Λαμπίρης, Η. 2007. *Ορθοπαιδική και τραυματολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
4. Shultz S., Houghlum P., Perrin D., 2009. *Εξέταση μυοσκελετικών κακώσεων*, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Παναγιώτης Τσακλής Μετάφραση Κωνσταντίνος Δ. Κατσουλάκης, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου
5. Λαμπίρης Η., 2007. *Ορθοπαιδική και τραυματολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα
6. Drake R., Vogl W., Mitchell A., 2007 *Gray's Anatomy* Μετάφραση Σκανδαλάκης Παναγιώτης, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003 Aug 9;327(7410):323. Review. PubMed PMID:12907487; PubMed Central PMCID: PMC169642.
2. Waddell, G., Burton, AK., Main, GJ., 2003 *Screening to Identify People at Risk of Long-term Incapacity for work.*, London, Royal Society of Medicine Press Ltd
3. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am*. 2006 Apr;88 Suppl 2:21-4. Review. PubMed PMID: 16595438.
4. Raspe H, Matthis C, Croft P, O'Neill T; European Vertebral Osteoporosis Study Group. Variation in back pain between countries: the example of Britain and Germany. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004 May 1;29(9):1017-21; discussion 1021. PubMed PMID: 15105675.
5. Christensen J, Fisker A, Mortensen EL, Olsen LR, Mortensen OS, Hartvigsen J, Langberg H. Comparison of mental distress in patients with low back pain and a population-based control group measured by Symptoms Check List - A case-referent

- study. *Scand J Public Health*. 2015 May 11. pii:1403494815581697. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25964126.
6. Fabunmi AA, Aba SO, Odunaiya NA. Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South West Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2005 Sep;34(3):259-62. PubMed PMID: 16749358.
 7. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med*. 1988 Feb 4;318(5):291-300. Review. PubMed PMID: 2961994.
 8. Bogduk N. Management of chronic low back pain. *Med J Aust*. 2004 Jan 19;180(2):79-83. Review. PubMed PMID: 14723591.
 9. Secer M, Nacar OA, Muradov MJ, Altintoprak F, Kabali B, Senol Z, Umarov KA. Nonspecific low back pain in a group of young adult men. *Turk Neurosurg*. 2011;21(2):135-9. doi: 10.5137/1019-5149.JTN.3385-10.1. PubMed PMID: 21534192.
 10. Alexopoulos EC, Tanagra D, Detorakis I, Gatsi P, Goroyia A, Michalopoulou M, Jelastopulu E. Knee and low back complaints in professional hospital nurses: occurrence, chronicity, care seeking and absenteeism. *Work*. 2011;38(4):329-35. doi: 10.3233/WOR-2011-1136. PubMed PMID: 21508522.
 11. Spyropoulos P, Papathanasiou G, Georgoudis G, Chronopoulos E, Koutis H, Koumoutsou F. Prevalence of low back pain in greek public office workers. *Pain Physician*. 2007 Sep;10(5):651-9. PubMed PMID: 17876361.
 12. O'Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther*. 2005 Nov;10(4):242-55. Epub 2005 Sep 9. Review. PubMed PMID: 16154380.
 13. DePalma MJ, Ketchum JM, Saullo T. What is the source of chronic low back pain and does age play a role? *Pain Med*. 2011 Feb;12(2):224-33. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01045.x. Epub 2011 Jan 25. PubMed PMID: 21266006.
 14. Manchikanti L, Boswell MV, Singh V, Pampati V, Damron KS, Beyer CD. Prevalence of facet joint pain in chronic spinal pain of cervical, thoracic, and lumbar regions. *BMC Musculoskelet Disord*. 2004 May 28;5:15. PubMed PMID: 15169547; PubMed Central PMCID: PMC441387.
 15. Kalichman L, Kim DH, Li L, Guermazi A, Berkin V, Hunter DJ. Spondylolysis and spondylolisthesis: prevalence and association with low back pain in the adult community-based population. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Jan 15;34(2):199-205. doi: 10.1097/BRS.0b013e31818edcfd. PubMed PMID: 19139672; PubMed Central PMCID: PMC3793342.

16. Ahn K, Jhun HJ. New physical examination tests for lumbar spondylolisthesis and instability: low midline sill sign and interspinous gap change during lumbar flexion-extension motion. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 Apr 22;16(1):97. doi:10.1186/s12891-015-0551-0. PubMed PMID: 25896607; PubMed Central PMCID:PMC4419388.
17. Lee SW, Kim SY. Comparison of chronic low-back pain patients hip range of motion with lumbar instability. *J Phys Ther Sci*. 2015 Feb;27(2):349-51. doi:10.1589/jpts.27.349. Epub 2015 Feb 17. PubMed PMID: 25729165; PubMed Central PMCID: PMC4339135.
18. Yang H, Liu H, Li Z, Zhang K, Wang J, Wang H, Zheng Z. Low back pain associated with lumbar disc herniation: role of moderately degenerative disc and annulus fibrous tears. *Int J Clin Exp Med*. 2015 Feb 15;8(2):1634-44. eCollection 2015. PubMed PMID: 25932092; PubMed Central PMCID: PMC4402739.
19. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am*. 1990 Mar;72(3):403-8. PubMed PMID: 2312537.
20. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994 Jul 14;331(2):69-73. PubMed PMID: 8208267.
21. Okada E, Matsumoto M, Fujiwara H, Toyama Y. Disc degeneration of cervical spine on MRI in patients with lumbar disc herniation: comparison study with asymptomatic volunteers. *Eur Spine J*. 2011 Apr;20(4):585-91. doi:10.1007/s00586-010-1644-y. Epub 2010 Dec 3. PubMed PMID: 21127918; PubMed Central PMCID: PMC3065617.
22. Cass SP. Piriformis syndrome: a cause of nondiscogenic sciatica. *Curr Sports Med Rep*. 2015 Jan;14(1):41-4. doi: 10.1249/JSR.0000000000000110. PubMed PMID: 25574881.
23. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire--Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001 Feb;34(2):203-10. PubMed PMID: 11175495.
24. Takekawa KS, Gonçalves JS, Moriguchi CS, Coury HJ, Sato TO. Can a self-administered questionnaire identify workers with chronic or recurring low back pain? *Ind Health*. 2015 Mar 26. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25810448.
25. Suri P, Boyko EJ, Goldberg J, Forsberg CW, Jarvik JG. Longitudinal associations between incident lumbar spine MRI findings and chronic low back pain or radicular symptoms: retrospective analysis of data from the longitudinal assessment of imaging and disability of the back (LAIDBACK). *BMC Musculoskelet Disord*. 2014 May

- 13;15:152. doi: 10.1186/1471-2474-15-152. PubMed PMID: 24886265; PubMed Central PMCID: PMC4024651.
- 26.** Ferrari S, Manni T, Bonetti F, Villafaña JH, Vanti C. A literature review of clinical tests for lumbar instability in low back pain: validity and applicability in clinical practice. *Chiropr Man Therap.* 2015 Apr 8;23:14. doi:10.1186/s12998-015-0058-7. eCollection 2015. PubMed PMID: 25866618; PubMed Central PMCID: PMC4392873.
- 27.** Kasai Y, Morishita K, Kawakita E, Kondo T, Uchida A. A new evaluation method for lumbar spinal instability: passive lumbar extension test. *Phys Ther.* 2006 Dec;86(12):1661-7. Epub 2006 Oct 10. PubMed PMID: 17033040.
- 28.** Rabin A, Gerszten PC, Karausky P, Bunker CH, Potter DM, Welch WC. The sensitivity of the seated straight-leg raise test compared with the supine straight-leg raise test in patients presenting with magnetic resonance imaging evidence of lumbar nerve root compression. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 Jul;88(7):840-3. PubMed PMID: 17601462.
- 29.** Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire--Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res.* 2001 Feb;34(2):203-10. PubMed PMID: 11175495.
- 30.** Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. *Emerg Med J.* 2001 May;18(3):205-7. PubMed PMID: 11354213; PubMed Central PMCID: PMC1725574.
- 31.** Haukka E, Leino-Arjas P, Ojajärvi A, Takala EP, Viikari-Juntura E, Riihimäki H. Mental stress and psychosocial factors at work in relation to multiple-site musculoskeletal pain: a longitudinal study of kitchen workers. *Eur J Pain.* 2011 Apr;15(4):432-8. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.09.005. Epub 2010 Oct 6. PubMed PMID: 20932789.
- 32.** Daniilidou NV, Gregory SP, Zavras DJ, Pavi EA, Athanasakis KP, Lionis CD, Kyriopoulos JH. Comparison between two different measures of self-rated health: a single-question measure and a visual analogue scale. *Folia Med (Plovdiv).* 2010 Jan-Mar;52(1):63-9. PubMed PMID: 20380289.
- 33.** Boscainos PJ, Sapkas G, Stilianessi E, Prouskas K, Papadakis SA. Greek versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires. *Clin Orthop Relat Res.* 2003 Jun;(411):40-53. PubMed PMID: 12782858.
- 34.** Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008 May 15;59(5):632-41. doi: 10.1002/art.23563. PubMed PMID: 18438893.

35. Haugen AJ, Grøvle L, Brox JI, Natvig B, Keller A, Soldal D, Grotle M. Estimates of success in patients with sciatica due to lumbar disc herniation depend upon outcome measure. *Eur Spine J*. 2011 Oct;20(10):1669-75. doi:10.1007/s00586-011-1809-3. Epub 2011 Apr 24. PubMed PMID: 21516463; PubMed Central PMCID: PMC3175874.
36. Atlas SJ, Deyo RA, van den Ancker M, Singer DE, Keller RB, Patrick DL. The Maine-Seattle back questionnaire: a 12-item disability questionnaire for evaluating patients with lumbar sciatica or stenosis: results of a derivation and validation cohort analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003 Aug 15;28(16):1869-76. PubMed PMID: 12923478.
37. Grøvle L, Haugen AJ, Keller A, Natvig B, Brox JI, Grotle M. Reliability, validity, and responsiveness of the Norwegian versions of the Maine-Seattle Back Questionnaire and the Sciatica Bothersomeness and Frequency Indices. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Oct 1;33(21):2347-53. doi: 10.1097/BRS.0b013e31818047d6. PubMed PMID: 18827701.
38. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Sep 28;5:55. PubMed PMID: 17900374; PubMed Central PMCID: PMC2140054.
39. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996 Mar;34(3):220-33. PubMed PMID: 8628042.
40. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K, Main CJ, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, Hay EM. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 Oct 29;378(9802):1560-71. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60937-9. Epub 2011 Sep 28. PubMed PMID: 21963002; PubMed Central PMCID: PMC3208163.
41. Fritz JM, Beneciuk JM, George SZ. Relationship between categorization with the STarT Back Screening Tool and prognosis for people receiving physical therapy for low back pain. *Phys Ther*. 2011 May;91(5):722-32. doi: 10.2522/ptj.20100109. Epub 2011 Mar 30. PubMed PMID: 21451094.
42. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*. 2014 Dec 16;14(1):354. doi: 10.1186/s12888-014-0354-0. PubMed PMID: 25511175.
43. de Schepper EI, Damen J, van Meurs JB, Ginai AZ, Popham M, Hofman A, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. The association between lumbar disc degeneration and low back pain: the influence of age, gender, and individual radiographic features. *Spine (Phila Pa*

- 1976). 2010 Mar 1;35(5):531-6. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181aa5b33. PubMed PMID: 20147869.
- 44.** Hughes SP, Freemont AJ, Hukins DW, McGregor AH, Roberts S. The pathogenesis of degeneration of the intervertebral disc and emerging therapies in the management of back pain. *J Bone Joint Surg Br.* 2012 Oct;94(10):1298-304. Review. PubMed PMID: 23015552.
- 45.** Salzberg L. The physiology of low back pain. *Prim Care.* 2012 Sep;39(3):487-98. doi: 10.1016/j.pop.2012.06.014. Review. PubMed PMID: 22958558. Karppinen J, Shen FH, Luk KD, Andersson GB, Cheung KM, Samartzis D. Management of degenerative disk disease and chronic low back pain. *Orthop Clin North Am.* 2011 Oct;42(4):513-28, viii. doi: 10.1016/j.ocl.2011.07.009. Review. PubMed PMID: 21944588.
- 46.** Sehgal N, Dunbar EE, Shah RV, Colson J. Systematic review of diagnostic utility of facet (zygapophysial) joint injections in chronic spinal pain: an update. *Pain Physician.* 2007 Jan;10(1):213-28. Review. PubMed PMID: 17256031.
- 47.** Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. *Am J Med.* 2010 Jan;123(1):87.e7-35. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.05.028. Review. PubMed PMID: 20102998.
- 48.** Carrino JA, Lurie JD, Tosteson AN, Tosteson TD, Carragee EJ, Kaiser J, Grove MR, Blood E, Pearson LH, Weinstein JN, Herzog R. Lumbar spine: reliability of MR imaging findings. *Radiology.* 2009 Jan;250(1):161-70. doi:10.1148/radiol.2493071999. Epub 2008 Oct 27. PubMed PMID: 18955509; PubMed Central PMCID: PMC2657480.
- 49.** Jiménez-Sánchez S, Fernández-de-Las-Peñas C, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, Jiménez-García R. Prevalence of chronic head, neck and low back pain and associated factors in women residing in the Autonomous Region of Madrid (Spain). *Gac Sanit.* 2012 Nov-Dec;26(6):534-40. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.012. Epub 2012 Feb 18. PubMed PMID: 22342049.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ (ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ)

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 περεταίρω 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: _____

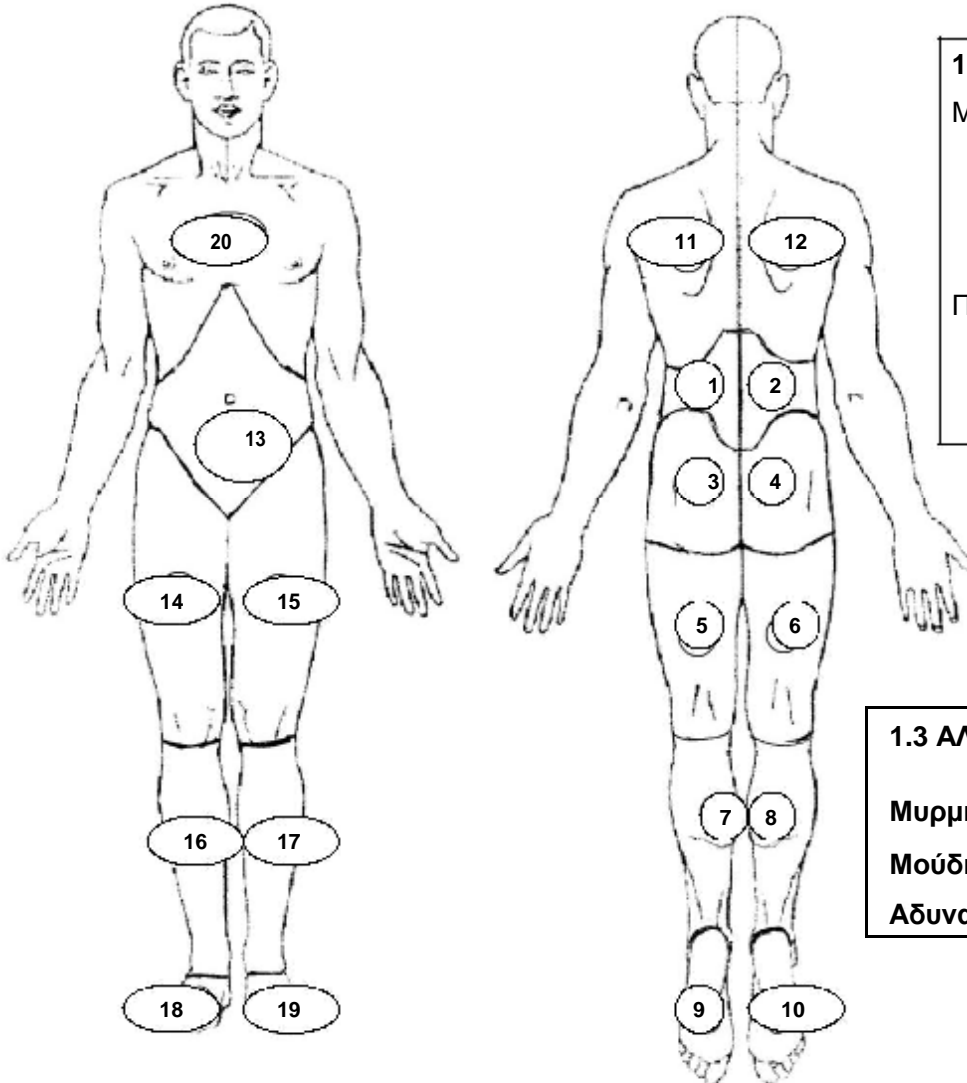
Τηλ. Επικοινωνίας:

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 (<20τσιγ/εβδ) Πολύ (20-40 ημερ.) Πάρα πολύ (>40 ημ)
12. ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ:
13. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει;
14. Έχετε υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία (MRI) για το πρόβλημά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
15. Πόρισμα μαγνητικής: _____
16. Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας; Ναι Όχι
17. Αν ναι, για πόσον καιρό; 2-3 ημέρες 1 εβδ. 2 εβδ. 1 μήνα
18. Τί επαγγελματίες υγείας έχετε επισκεφτεί για το πρόβλημά σας;
19. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Ναι Όχι
20. Αν ΝΑΙ, περιγράψτε τι θεραπεία κάνατε.
.....
21. Είστε αυτόν τον καιρό σε αναρρωτική άδεια λόγω της μέσης σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
22. Αν ΝΑΙ, για πόσον καιρό;
23. Ζητάτε κάποια αποζημίωση για το πρόβλημά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

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



1.2 Ένταση πόνου (0 – 10):

Μέση: χειρότερα _____

καλύτερα _____

μέσος όρος _____

Πόδι: χειρότερα _____

καλύτερα _____

μέσος όρος _____

1.3 ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Μυρμήγκιασμα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μούδιασμα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αδυναμία στο πόδι	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Παρακαλώ κυκλώστε τις περιοχές πόνου:

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

Περιγράψτε:

Περιοχή συμπτωμάτων κατά την έναρξη: Μέση /Γλουτός /Πόδι

Πρώτο επεισόδιο στην μέση/ πόδι **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στην μέση **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στο πόδι **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Επίδραση προηγούμενων θεραπειών για παρόμοια συμπτώματα

2.1 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ακτινογραφία/ Αίματος/ MRI/ Άλλο _____

3 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Παίρνετε φάρμακα; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Υπάρχει κάποιο φάρμακο που επηρεάζει την μέση σας; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

3.2 ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (RED FLAGS)

Παραπονιέται ο ασθενής για τίποτα από τα παρακάτω:

Υπαισθησία δίκην «σέλας» (μούδιασμα στην έσω περιοχή του μηρού/ Προβλήματα κύστης-εντέρου/ Ανορεξία/ Μη κατανοητή απώλεια βάρους/ Νυχτερινός πόνος/ Έντονος πόνος που δεν φεύγει/ Έντονα προβλήματα βάδισης (π.χ. αδεξιότητα)

3.3 ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

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

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Όρθια στάση

4. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

4.1 ΣΤΑΣΗ

Ποια η στάση του ασθενή;

Φυσιολογική	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Λορδωτική	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Με σκολίωση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ανταλγική στάση Προσδιορίστε /παρατηρήσεις:	ΝΑΙ	ΟΧΙ

4.2 ΒΑΔΙΣΗ

.. ..

Ανταλγική βάδιση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φυσιολογική	ΝΑΙ	ΟΧΙ

4.3 ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Είναι φυσιολογική η έκφραση προσώπου; Φαίνεται υγιής ο ασθενής;	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ
Έχει σε γενικές γραμμές χαλαρότητα (μειωμένο μυϊκό τόνο);	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ
Έχει σε γενικές γραμμές υψηλό μυϊκό τόνο;	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ
Μυϊκή ατροφία κάτω άκρου	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ

5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

5.1

ROM ΟΣΦΥΪΚΗΣ

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ

Κάμψη	..	..	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ
Έκταση	..	..	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ
Αριστερή πλάγια κάμψη	..	..	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ
Δεξιά πλάγια κάμψη	..	..	..	ΝΑΙ	..	ΟΧΙ

5.2

ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕ Σ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΙΟΠΟΙΗΣΗ /ΑΥΞΗΣΗ ΕΝΤΑΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

ΚΑΜΙΑ ΑΛΛΑΓΗ

ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ /ΜΕΙΩΣΗ /ΕΞΑΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Κάμψη	..	..	..
Έκταση	..	..	..

5.3

ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ

Κάμψη με δεξιά πλάγια κάμψη	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ

5.4 Βάσει των παραπάνω κινήσεων, ο ασθενής παρουσιάζει:

Ανοικτό πατέντο (opening /stretching pattern)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κλειστό πατέντο (closing /compressive pattern)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πρόβλημα 'δυσλειτουργίας' κατά την κίνηση (impairment dysfunction)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πρόβλημα 'ελέγχου' κατά την κίνηση (controlling dysfunction)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

6 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**6.1 ΜΥΟΤΟΜΙΑ Ο5, Ι1 -Συμπτωματικό μέλος: ΑΡΙΣΤΕΡΗ [€] ΔΕΞΙΑ [€]****ΑΔΥΝΑΜΙΑ**

Ο4 (Βάδιση στις πτέρνες)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ι1 (Βάδιση στις μύτες)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Ύπτια

5

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

5.5

ROM ΛΕΚΑΝΗΣ	ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ	
Οπίσθια κλίση	ΝΑΙ	ΟΧΙ

8 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (συνέχεια)**Συμπτωματική πλευρά: ΑΡΙΣΤΕΡΗ [€] ΔΕΞΙΑ [€]****6.1 ΜΥΟΤΟΜΙΑ****ΑΔΥΝΑΜΙΑ**

Ο2	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο3	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο5	ΝΑΙ	ΟΧΙ

6.2 ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΜΕΙΩΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ
Ο2
Ο3
Ο4
Ο5
Ι1

6.3 ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΜΕΙΩΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΥΞΗΜΕΝΟ	ΚΛΩΝΟΣ
ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ
4ΚΕΦΑΛΟΥ

6.4 ΝΕΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΑ

	ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ		ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣ	
SLR	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αντίστροφο SLR	ΝΑΙ	ΟΧΙ		

7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ

7.1	ΙΣΧΙΑ	Υπερκινητικότητα	Φυσιολογικό	Περιορισμένο	Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων	
	Έξω στροφή	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Έσω στροφή	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7.2	ΙΕΡΟΛΑΓΩΝΙΕΣ	Υπερκινητικότητα	Φυσιολογικό	Περιορισμένο	Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων	
	Distraction	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Thigh thrust	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Compression test	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Πρηνή

7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ (συνέχεια)

7.3	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ (Οπισθο-πρόσθιες ολισθήσεις)	Υπερκινητικότητα	Φυσιολογικό	Περιορισμένο	Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων	
	O1	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	O2	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	O3	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	O4	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	O5	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	I1	..	..	..	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7.4	ΨΗΛΑΦΗΣΗ				..	..
	Ευαισθησία/trigger points στην παρασπονδυλική περιοχή της άνω οσφυϊκής				.. ΝΑΙ	.. ΟΧΙ
	Ευαισθησία/ trigger points στην παρασπονδυλική περιοχή της κάτω οσφυϊκής				.. ΝΑΙ	.. ΟΧΙ
	Ευαισθησία/ trigger points στην περιοχή ιερολαγόνιας άρθρ. (inferolateral angle)				.. ΝΑΙ	.. ΟΧΙ
	Αλλοδημία (πόνος κατά την αφή του στρογγυλού άκρου ενός συνδετήρα)				ΝΑΙ	ΟΧΙ

8 ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Καταγραφή συμπτωματικής πλευράς: ΑΡΙΣΤΕΡΗ	€ ΔΕΞΙΑ €		ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ
	ΜΗΔΕΝ /ΙΧΝΟΣ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ			
ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	0-1	2	3	4	5
Γλουτιαίοι	£	£	£	£	£
Ισχιοκνημιαίοι	£	£	£	£	£

10 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

10.1 Ποιος είναι ο κυρίαρχος μηχανισμός πόνου του ασθενή;

£ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ (ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ) /NOCCICEPTIVE
(πόνος από το τοπικό σύστημα των αλγοϋποδοχέων)

£ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ (πόνος από το νευρικό σύστημα αυτό καθαυτό)

£ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (υπερδιέγερση του ΚΝΣ)

£ ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (AFFECTIVE), (μία δυνατή, συναισθηματική ανταπόκριση στον πόνο)

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

Ασυμφωνίες /αντιθέσεις στην κλινική εικόνα .. NAI .. OXI

Υπερβολή .. NAI .. OXI

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

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

Πόνος στο πόδι οφειλόμενος στην μέση	NAI	OXI
Πρόπτωση /κήλη δίσκου	NAI	OXI
Πόνος στην μέση με εμπλοκή νευρικής ρίζας	NAI	OXI
Σπονδυλική στένωση	NAI	OXI
Μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία	NAI	OXI
Ιερολαγονίτιδα	NAI	OXI
Σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων	NAI	OXI
Άλλο:	NAI	OXI

ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ (για την εξέταση)

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

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΗ (σελ. 2)

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

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

1. ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1.1. Περιοχή πόνου

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

2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

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

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

4. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

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

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

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

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

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

7. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

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

§ **5.1. ROM οσφυϊκής.** Άνω του 25-30% μείωση της φυσιολογικής κίνησης στην οσφυϊκής μοίρα, να χαρακτηριστεί ως «περιορισμένη». «Υπερκινητικότητα» μπορεί να εμφανιστεί είτε σε όλη την οσφυϊκή μοίρα π.χ. υπέρμετρη κάμψη οσφυϊκής μοίρας με ολική απώλεια της οσφυϊκής λόρδωσης κατά το τέλος της τροχιάς ή μπορεί να εμφανιστεί τμηματικά (ανά σπονδυλικό επίπεδο). Παρακαλώ διαφοροποιείστε τι από τα 2 συμβαίνει και σημειώστε το.

§ **5.2. Επαναλαμβανόμενες κινήσεις.** Ενδείκνυται να κάνετε άνω των 10 επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή όσες χρειαστούν προκειμένου να εντοπίσετε τί αλλαγές συνέβησαν (περιφριοποίηση ή επικέντρωση των συμπτωμάτων). Όμως συνιστάται, να εκτιμήσετε την ευερεθιστικότητα του ασθενή και να υποβάλλετε τον ασθενή σε όσες επαναλήψεις είναι (κατά την κρίση σας) ανεκτές σε αυτόν.

§ **5.3. Συνδυασμένες κινήσεις.** Κατά τις κινήσεις κάμψεις με τις πλάγιες κάμψεις συνιστάται η σταθεροποίηση από μέρος σας της λεκάνης του ασθενή και η εφαρμογή πίεσης στο τέλος της τροχιάς κίνησης της κάθε πλάγιας κάμψης. Αντίστοιχα, κατά την έκταση και πλάγια κάμψη, συνιστάται το «μπλοκάρισμα» των γονάτων προς κάμψη μαζί με την σταθεροποίηση της λεκάνης και την εφαρμογή overpressure στο τέλος της πλάγιας κάμψης (όπως προηγουμένως).

§ **5.4.** Η συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο ασθενής κατά τις συνδυασμένες κινήσεις χαρακτηρίζονται ως εξής:

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

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

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

(controlling dysfunction)

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

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

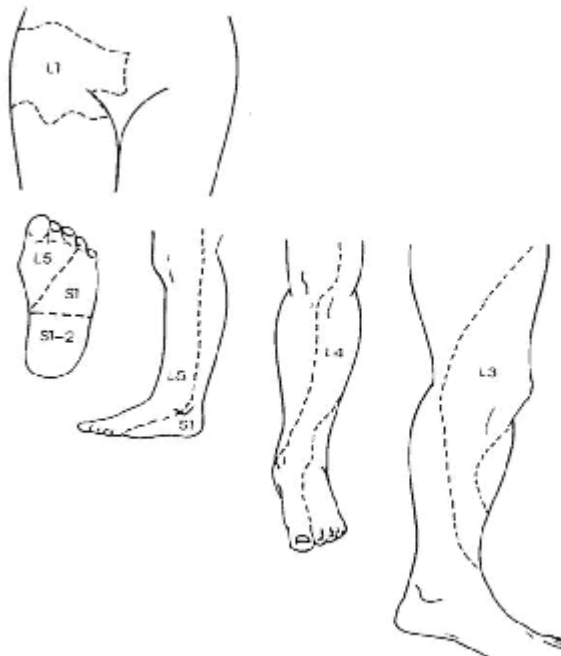
6. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

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

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

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



§ **6.3. Αντανακλαστικά.** Συνιστάται η επανάληψη 4-5 φορές της εξέτασης κάθε αντανακλαστικού για να καταλήξετε στην σωστή απάντηση. Κλώνος- απότομη διάταση σε ραχιαία κάμψη στο αντανακλαστικό του αχίλλειου (υποδηλώνει εμπλοκή του εξωπυραμιδικού συστήματος)

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

7. ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ

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

§ **7.1. Ισχία.** Οι στροφές να εξεταστούν από ύπτια με 90° κάμψη ισχίου

§ **7.2. Ιερολαγώνιες.** Οι συγκεκριμένες δοκιμασίες περιγράφονται ως εξής^{3, 4}:

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



Εικόνα 1. Distraction test



Εικόνα 2. Thigh thrust test

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

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



Εικόνα 3. Compression test

§ **7.3. Επικουρικές οπισθο-πρόσθιες ολισθήσεις.** Χρησιμοποιείστε μαξιλάρια στην λεκάνη και θώρακα σε ασθενείς με αυξημένη λόρδωση και κύφωση αντίστοιχα. Κάντε πάλι ορισμένες επαναλήψεις (ταλαντώσεις) για να βεβαιωθείτε για την απάντησή σας.

§ **7.4. Ψηλάφηση.** Το όριο μεταξύ άνω και κάτω οσφυϊκής μοίρας είναι στο επίπεδο του Ο3 σπονδύλου. Η ψηλάφηση στην οσφυϊκή μοίρα μπορεί να απλωθεί μέχρι τον τετράγωνο οσφυϊκό μυ, ενώ για την ιερολαγόνια άρθρωση μέχρι και την κάτω-έξω γωνία του ιερού οστού (inferolateral angle).

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

Ισchioκνημιαίοι. Ισομετρική σύσπαση ισchioκνημιαίων από 90° κάμψης γόνατος

-ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΣΥΡΘΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ.

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

9. ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

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

10. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

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

The Keele STarT Back Screening Tool

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

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

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

Maine-Seattle Back Questionnaire

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

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

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

(Sciatica Bothersomeness Index)

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

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

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

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:

Τις περισσότερες φορές	3
Αρκετές φορές	2
Περιστασιακά	1
Καθόλου	0

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

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

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

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

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

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

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

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

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος –η

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

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

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

8(D) Αισθάνομαι με “πεσμένη” διάθεση:

Σχεδόν διαρκώς	3
Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι

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

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

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

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

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

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

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

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

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

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

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

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

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

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

α. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

β. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια

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

Ναι	Όχι
-----	-----

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

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

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

	Ναι	Όχι
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' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

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

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

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

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

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

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