



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

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:** Καπάρου Χριστίνα

Λικολάρι Οριάντα

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:** κ. ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ PhD MSc MCSP MMACP Καθηγήτρια  
Φυσικοθεραπείας.

ΑΙΓΙΟ 2015

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την εισηγήτρια καθηγήτρια του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας (τ. ΤΕΙ Πάτρας) Τμήματος Φυσικοθεραπείας (με έδρα το Αίγιο) κ. Μπίλλη Ευδοκία, για την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράστασή της.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές του τμήματός μας, που μας έδωσαν με τις γνώσεις τους, αυτά τα χρόνια, και τα εφόδια για την υλοποίηση της εργασίας μας.

Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας σε όλους όσους δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνά μας, η συμμετοχή των οποίων ήταν απαραίτητη για την διεκπεραίωση της.

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Στη παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος εθελοντές ασθενείς από τις περιοχές της Πάτρας, της Κέρκυρας, της Άρτας και του Πύργου, και εκπονήθηκε από το Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ) Δυτικής Ελλάδας του τμήματος Φυσικοθεραπείας (Παράρτημα Αιγίου).

Η συγκεκριμένη έρευνα χρήζει σημαντικότητας τόσο για τους σπουδαστές όσο και για την κοινωνία, καθώς εξετάστηκε ένα μείζον πρόβλημα που απασχολεί μεγάλη πλειοψηφία ανθρώπων.

Στόχος αυτής της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της οσφυαλγίας σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και στην ποιότητα ζωής Ελλήνων που πάσχουν από οσφυαλγία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Κύριος σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης της οσφυαλγίας σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και στην ποιότητα ζωής Ελλήνων που πάσχουν.

**Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα (εθελοντές) που έπασχαν από οσφυαλγία, και οι οποίοι προήλθαν από διάφορα κέντρα, όπως νοσοκομεία, φυσικοθεραπευτήρια αλλά και από το ευρύτερο περιβάλλον των σπουδαστών των περιοχών Αχαΐας, .....Το κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα που έπρεπε να πληρούν οι συμμετέχοντες ήταν η αντιμετώπιση οσφυαλγίας (ή/και ισχιαλγίας) για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδες το τελευταίο δίμηνο. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξετάστηκαν με αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια. Σε πρώτη φάση τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν μία φόρμα αξιολόγησης των συμπτωμάτων & κλινικών σημείων τους. Στη συνέχεια κλήθηκαν να συμπληρώσουν αξιόπιστα εργαλεία καταγραφής της οσφυαλγίας με την μορφή 6 αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων που καλύπτουν τον σκοπό της έρευνας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με περιγραφική και στατιστική ανάλυση (συντελεστή συσχέτισης Pearson).

**Αποτελέσματα:** Από τους 40 εθελοντές (18 άνδρες και 22 γυναίκες με Μ.Ο. ηλικίας  $43,63 \pm 13,37$  το 50% δήλωσε ότι μένει σε αστική περιοχή και το 37% είχε τελειώσει το δημοτικό, ενώ το 52,5% δήλωσε ότι είναι παντρεμένοι. Όσο αναφορά την οσφυαλγία, το 42,5% ανέφερε ότι έχει υποστεί κλινοστατισμό, το 100% ότι είχαν επισκεφτεί έναν ειδικευμένο ιατρό και το 97,5% ότι έχει ακολουθήσει κάποια μορφή θεραπείας. Όσο αναφορά τα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια, προέκυψε ότι ο μέσος όρος της μέσης έντασης του πόνου στην οσφύ είναι  $31,28 \pm 32,047$  το οποίο είναι υψηλότερο σε σχέση με τον μέσο όρο της μέσης έντασης του πόνου στο πόδι, το οποίο φτάνει στο  $18,36 \pm 26,56$ . Επίσης ο μέσος όρος στην υποκλίμακα άγχους είναι  $6,02 \pm 3,46$  και στην υποκλίμακα κατάθλιψης ο μέσος όρος είναι  $5,82 \pm 3,75$ , υποδηλώνοντας την ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης στα άτομα της μελέτης, με υψηλότερα κατά μέσο όρο επίπεδα άγχους. Στο SF-12 Physical subscore παρατηρείται μέσος όρος  $35,27 \pm 11,75$  ενώ στο SF-12 Mental subscore  $45,52 \pm 8,94$  το οποίο είναι υψηλότερο, γεγονός που δηλώνει ότι υπάρχουν λειτουργικοί περιορισμοί που είναι αποτέλεσμα της σωματικής και ψυχικής υγείας. Το 60% ανέφερε αριστερό οσφυϊκό πόνο, ένα 70% πόνο στην δεξιά οσφυϊκή περιοχή, το 45% ανέφερε πόνους στην περιοχή του αριστερού γλουτού ενώ ποσοστό 60% στην περιοχή δεξιού γλουτού και 35% των ατόμων ανέφερε πόνους στην περιοχή δεξιού οπίσθιου μηρού. Όσον αφορά τώρα την στατιστική ανάλυση προέκυψαν τα εξής: η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει Αρνητική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση με την μεταβλητή Ψυχικής Υγείας SF-12, με  $r = -0,395$ . Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει Θετική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Άγχους, με  $r = 0,313$ . Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει Θετική σχετικά ισχυρή Συσχέτιση με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Κατάθλιψης, με  $r = 0,487$ . Η μεταβλητή Προηγούμενα Επεισόδια παρουσιάζει Θετική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Άγχους, με  $r = 0,363$ .

**Συμπεράσματα:** Το άγχος και η κατάθλιψη, το χαμηλό εισόδημα, η κοινωνική απομόνωση, η κινησιοφοβία αποτελούν ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συμβάλλουν στην επιμονή της οσφυαλγίας. Από έρευνες του εξωτερικού και της Ελλάδας προέκυψε ότι τα άτομα με οσφυαλγία παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, κοινωνικής απομόνωσης με αποτέλεσμα να συνεπάγεται και η μείωση

της λειτουργικότητας τους. Προκύπτει, πως το ζήτημα της οσφυαλγίας είναι ένα πολυσύνθετο με ιδιαίτερες επιπτώσεις στην ψυχική και κοινωνική του ζωή του ατόμου και απαιτεί συνεργασία με περισσότερες ειδικότητες ιατρών.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|   |             |
|---|-------------|
| <b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....  | <b>1</b>    |
| <b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</b> .....  | <b>2</b>    |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ</b> .....                                  | <b>3</b>    |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....  | 3           |
| 1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....  | 3           |
| 1.2. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....  | 5           |
| 1.3.. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ .....  | 6           |
| 1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....  | 9           |
| 1.4.1. <i>Η οσφυαλγία στην Ελλάδα</i> .....   | 11          |
| 1.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....   | 14          |
| 1.6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....  | 15          |
| 1.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....  | 18          |
| 1.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....   | 23          |
| 1.9. ΠΡΟΛΗΨΗ .....  | 29          |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ</b> .....                                | <b>32</b>   |
| 2.1. ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ .....   | 32          |
| 2.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....        | 35          |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ</b> ..... | <b>51</b>   |
| 3.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ .....   | 52          |
| 3.1.1. <i>Αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων</i> .....                              | 53          |
| 3.2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....                      | 55          |
| 3.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΜΕΣΩ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....                               | 58          |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΣ</b> .....  | <b>633</b>  |
| 4.1. ΣΚΟΠΟΣ.....  | 633         |
| 4.2. ΔΕΙΓΜΑ .....   | 633         |
| 4.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....  | 788         |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....   | <b>799</b>  |
| 5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ & ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....   | 822         |
| 5.2. ΣΤΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....   | 877         |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....   | <b>933</b>  |
| 6.1. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ.....   | 966         |
| 6.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....   | 999         |
| 6.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ.....   | 100         |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....   | <b>1011</b> |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....   | <b>1022</b> |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....   | 1022        |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....   | 1111        |
| ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....  | 1111        |

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ..... | 1133 |
|-----------------------------------|------|

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

|  |    |
|--|----|
| Πίνακας 1.: Αίτια της οσφυαλγίας   | 13 |
| Πίνακας 3.1.: Αποτελέσματα ερευνών για την συσχέτιση της οσφυαλγία και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων | 58 |
| Πίνακας 5.1.: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος   | 78 |
| Πίνακας 5.2.: Περιγραφική ανάλυση αυτό αναφερόμενων ερωτηματολογίων                                  | 80 |
| Πίνακας 5.3.: Ιστορικό ασθενών   | 81 |
| Πίνακας 5.4.: Κλινική εξέταση ασθενών  | 83 |
| Πίνακας 5.5.: Συσχετίσεις (συντελεστής Pearson's r)  | 86 |
| Πίνακας 5.6.: Συσχετίσεις (συντελεστής Pearson's r)  | 88 |



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

|   |    |
|---|----|
| Εικόνα 1.1. Περιοχή εμφάνισης πόνου κατά την οσφυαλγία                      | 2  |
| Εικόνα 2.1 Πόνος στην οπίσθια περιοχή του ισχίου και στο υπόλοιπο κάτω άκρο | 6  |
| Εικόνα 4.1: Κάμψη κορμού προς τα εμπρός                                     | 64 |
| Εικόνα 4.2: Έκταση άνω κορμού   | 65 |
| Εικόνα 4.3: Ένεργητική πλάγια κάμψη δεξιά                                   | 66 |
| Εικόνα 4.4: Ένεργητική πλάγια κάμψη αριστερά                                | 67 |
| Εικόνα 4.5: Έλεγχος αντανακλαστικού τετρακεφάλου                            | 68 |
| Εικόνα 4.6: Έλεγχος αντανακλαστικού αχιλλείου τένοντα                       | 68 |
| Εικόνα 4.7: Άρση τεταμένου σκέλους (SLR)                                    | 69 |
| Εικόνα 4.8: Αντίστροφο SLR  | 69 |

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ**

## ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Στο παρόν κεφάλαιο αποσαφηνίζεται η έννοια της οσφυαλγίας, αναλύονται οι μορφές της καθώς και τα συμπτώματα των παθήσεων στην οσφυαλγία. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται η κλινική εικόνα των ασθενών με οσφυαλγία, η αιτιολογία της, τα επιδημιολογικά στοιχεία της, η πρόληψη, η διάγνωση της και τέλος η θεραπεία της οσφυαλγίας.

### ***1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ***

Ο ορισμός οσφυαλγία περιλαμβάνει κάθε άλγος το οποίο εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα, ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί. Σε περιπτώσεις που ο πόνος επεκτείνεται στους γλουτούς και κατά μήκος της πορείας του ισχιακού νεύρου, ονομάζεται ισχιαλγία ή ριζιτικός πόνος (Κοτζαηλίας, 2011).

Η οσφυαλγία αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα μετά την κεφαλαλγία, ενώ το 80-90% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους κρίση οσφυαλγίας ή οσφυοϊσχιαλγίας. (Συμεωνίδης,1996 & Macfarlane, 2012). Είναι σύμπτωμα και όχι νόσος και ορίζεται ως ο πόνος, μυϊκή τάση ή δυσκαμψία που εντοπίζεται μεταξύ των πλευρικών διαστημάτων και των κατώτερων γλουτιαίων πτυχών με ή χωρίς αντανακλώμενο πόνο στο πόδι (Licciartone, 2008) (Εικόνα 1.1.).

Ένα άλλο σύμπτωμα που παρατηρείται αρκετές φορές παράλληλα με την οσφυαλγία είναι η ισχιαλγία. Ισχιαλγία ορίζεται ως ο πόνος που προέρχεται από τη μέση και αντανακλά από το γόνατο και κάτω με ή χωρίς πόνο σε αυτή. Στην περίπτωση που υπάρχει πόνος στη μέση αλλά και στη διαδρομή του ισχιακού νεύρου χαρακτηρίζεται ως οσφυοϊσχιαλγία και περιγράφει συνδυασμό και των δύο παραπάνω καταστάσεων.



**Εικόνα 2.1. Περιοχή εμφάνισης πόνου κατά την οσφυαλγία**

## **1.2. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ**

Ανάλογα με τη διάρκειά της η οσφυαλγία διακρίνεται σε τρεις μορφές:

- ✚ Στην οξεία οσφυαλγία που έχει διάρκεια μικρότερη από 4 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 85% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας.
- ✚ Στην υποξεία οσφυαλγία που έχει διάρκεια από 4-12 εβδομάδες και
- ✚ Στη χρόνια οσφυαλγία η οποία διαρκεί πάνω από 12 εβδομάδες (Bogduk M. 2003)

Σε επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί ότι στο 75% των περιπτώσεων η οσφυαλγία υποτροπιάζει τουλάχιστον μια φορά μέσα σε ένα χρόνο. (Jacqueline & Hart. 2008). Η οσφυαλγία μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια, μια ενόχληση με εξάρσεις και υφέσεις, αλλά ικανή να περιορίσει τις καθημερινές δραστηριότητες ενός ευρέος φάσματος ηλικιών.

Πολύ συχνά μετά την διάγνωση δεν είναι εύκολα διακριτές οι γενεσιουργές αιτίες, ωστόσο παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια να συνοψιστούν οι πιο συχνές καταστάσεις που προσέρχονται στο ιατρείο χρόνιου μυοσκελετικού πόνου. (Koes et al. 2008).

Οξεία οσφυαλγία είναι ένα πολύ αλγεινό σύμπτωμα που προκαλείται από κάποια κίνηση κάμψης ή στροφής π.χ. στρώσιμο των κλινοσκεπασμάτων ή σκύψιμο πάνω από τον νιπτήρα το πρωί. Εκεί μια αίσθηση απλού «πιασίματος», ο πόνος στους κατώτερους οσφυϊκούς μύες σιγά-σιγά απλώνεται στους γλουτούς και δυναμώνει καθώς ο ερεθισμός επεκτείνεται, αφού οι μύες της οσφύος λειτουργούν συνεχώς διατηρώντας την όρθια θέση. Έτσι ενώ για όλες τις μυϊκές κακώσεις στην οξεία φάση θα τοποθετούνταν το πάσχων μέλος σε ανάρροπη θέση με πάγο, αυτό δεν είναι και τόσο εφικτό με τους οσφυϊκούς μύες (Boissonnault & Fabio, 1996).

### **1.3.. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ**

Η οσφυαλγία χαρακτηρίζεται από επώδυνο αίσθημα στην περιοχή της μέσης, που ποικίλλει σε διάρκεια (οξεία ή χρόνια) και σε ένταση (βαθύς έως αφόρητος πόνος). Μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και κυρίως σε παθήσεις μεσοσπονδύλιου δίσκου (δισκοκήλη) το οποίο περιλαμβάνει το 70-75% των περιπτώσεων (Συμεωνίδης, 1996). Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου μπορεί να προκληθεί καταρχάς από οξύ τραυματισμό, καθώς εκτιμάται πως το 30-60% των παιδιών και εφήβων με συμπτωματική κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου έχουν ιστορικό τραύματος πριν από την έναρξη του πόνου (Durham et al., 2000; Shillito 1996; Papagelopoulos et al., 1998), γεγονός βέβαια που το αντικρούουν πιο πρόσφατες μελέτες που δείχνουν πως αντί να είναι ένας πρωταρχικός παράγοντας ο τραυματισμός, είναι πιθανό να αποτελεί εκδήλωση επιδείνωσης μιας ήδη προϋπάρχουσας βλάβης στους δίσκους, π.χ. μικροζημιά, εκφυλιστικές αλλαγές, κλπ. (Papagelopoulos et al., 1998; Kumar et al., 2007; Parisini et al., 2001). Ωστόσο, οι ενήλικες ασθενείς συνήθως δεν έχουν τραυματικές εμπειρίες πριν να εμφανιστούν τα συμπτώματα (Dang & Zhongjun 2010). Η κίνηση που λαμβάνει χώρα στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ είναι σημαντική για την δυνατότητα ενός ατόμου να εκτελεί πολυάριθμες δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. η οσφυϊκή κίνηση μπορεί να κυμανθεί από πολύ μικρές μετατοπίσεις έως πολύ μεγάλες τροχιές κίνησης που εμφανίζονται κατά το σκύψιμο και την προσπάθεια τεντώματος για να φτάσει κάτι. Οι ανωμαλίες της οσφυϊκής κίνησης μπορούν να εμφανιστούν με διάφορους συνδιασμούς μειωμένων, υπερβολικών ή ανεπαρκώς συγχρονισμένων αρθρικών μετατοπίσεων. Αυτές οι διακυμάνσεις αποτελούν μια κυρία πηγή συμπτωμάτων και συχνά οδηγούν σε εκφυλισμό του ιστού μέσω της επαναλαμβανόμενης ανώμαλης φόρτισης. (Oatis et al, 2010)

Η χειρότερη εξέλιξη της οσφυαλγίας είναι η ισχιαλγία. Ισχιαλγία ονομάζεται ο πόνος που ξεκινά από τη μέση και καταλήγει στο πόδι σε διαφορετικό κάθε φορά ύψος και μπορεί να φτάσει μέχρι τα δάχτυλα και το πέλμα. Συνδυάζεται πολλές φορές με μούδιασμα και μείωση της αισθητικότητας της περιοχής που πονά και πολλές φορές με δυσλειτουργία των μυών του κάτω άκρου (αδυναμία στο προσβαλλόμενο

μυοτόμιο). Τα συμπτώματα της κρίσης<sup>1</sup> μοιάζουν κατά πολύ με αυτά της απλής οσφυαλγίας όπως και η θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Η ισχιαλγία είναι μια κατάσταση επείγουσα και πρέπει πάντοτε να εξετάζεται πρωτίστως από ιατρό. Ο κίνδυνος σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η χρονιότητα με αποτέλεσμα να περιορίζει τον ασθενή σε πολλές καθημερινές δραστηριότητες ακόμα και στην δουλειά του. (Τσακλής, 2005) Σύμφωνα με τους Kaneda et al (2001), αν η οξεία οσφυαλγία δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα μετατρέπεται σε ισχιαλγία στο 50% περίπου των περιπτώσεων. Εάν η κατάσταση παραμείνει χωρίς θεραπεία τότε ο πόνος θα γίνει μόνιμος, η μείωση της αισθητικότητας θα εξελιχθεί σε πλήρη αναισθησία και η απλή δυσλειτουργία των μυών θα μετατραπεί σε πλήρη παράλυση του κάτω άκρου. (Kaneda et al., 2001).

Άλλα σημεία και συμπτώματα είναι το εντοπισμένο οίδημα, ο παρασπονδυλικός μυϊκός σπασμός, η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και την κίνηση της άρθρωσης, η επιδείνωση του πόνου κατά την έκταση, τη συμπίεση και τη στροφή προς τη προσβεβλημένη πλευρά (Oatis, 2010). Ο πόνος μπορεί να ακτινοβολεί και προς το κάτω άκρο. Μπορεί να παρατηρηθεί παρέκκλιση από τη σωστή στάση, εξαιτίας του μυϊκού σπασμού, (Shultz et al., 2009).

Ηπιότερα είναι τα συμπτώματα που σχετίζονται με χρόνια οσφυαλγία και αρκετές φορές είναι γνωστές οι αιτίες στον ασθενή, καθώς ξεκίνησαν από έναν οξύ τραυματισμό ή συνεχείς επιβαρύνσεις που σχετίζονται με το επάγγελμά του. Τα συμπτώματα τότε είναι βαθύς πόνος που έρχεται και φεύγει στην μία πλευρά ή αμφοτερόπλευρα ή κεντρικά, κατά μήκος της οσφύος. Έτσι δημιουργείται ένας χρόνιος επώδυνος μυϊκός σπασμός που πολλές φορές αλλάζει τη στάση του σώματος και ο πόνος αντανακλά στους γλουτούς και τους οπίσθιους μηριαίους (ψευδοϊσχιαλγία). (Smith et al., 2008). Επίσης συμπτώματα πόνου στο πίσω μέρος του ισχίου συχνά αναφέρονται από την οσφυϊκή μοίρα και διατρέχουν κατά μήκος

---

<sup>1</sup> Το τμήμα ενός σκελετικού μυ που νευρώνεται από ένα ορισμένο νεύρο η επίπεδο του νωτιαίου μυελού ονομάζεται μυοτόμιο. Οι περισσότεροι μύες του σώματος νευρώνονται από περισσότερα του ενός επίπεδα του νωτιαίου μυελού και για αυτό ο προσδιορισμός των μυοτομίων γίνεται συνήθως με έλεγχο των κινήσεων αρθρώσεων ή μυϊκών ομάδων. (Gray's anatomy, 2005)

του ισχιακού νεύρου. Επίσης μπορεί να επιφέρει στον ασθενή και ανταλγική στάση. (εικόνα 2.1) (Hoppenfeld, 2008).



**Εικόνα 2.1 Πόνος στην οπίσθια περιοχή του ισχίου και ανάκλασή του στο υπόλοιπο κάτω άκρο.**

#### **1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ**

Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ διαδεδομένο και με αυξημένο κόστος πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες. Είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό, αφού είναι η δεύτερη σε συχνότητα παθολογική κατάσταση μετά το κοινό κρυολόγημα. (Kaneda et al., 2001). υπολογίζεται πως το 60 – 80% των ανθρώπων έχουν τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους την εμπειρία του πόνου της μέσης, κατατάσσοντας τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης στην τρίτη θέση σε συχνότητα, μετά τα καρδιαγγειακά και τις αρθροπάθειες. (Jacqueline & Hart., 2008) Στην Ευρώπη, το 30% του πληθυσμού των εργαζομένων γενικά, δηλαδή 44 εκατομμύρια εργαζόμενοι υποφέρουν από οσφυαλγία.

Παγκοσμίως, η οσφυαλγία είναι το δεύτερο αίτιο πόνου μετά τον πονοκέφαλο. (Jacqueline & Hart 2008). Η οσφυαλγία μπορεί να προσβάλλει όλες τις ηλικίες. Εμφανίζεται, όμως, συχνότερα στις ηλικίες μεταξύ 30 και 60 ετών. Σε νεότερα άτομα είναι συνήθως παροδική, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι συχνά χρόνια (Alexopoulos et al., 2004). Επιδημιολογικά παρατηρείται αυξημένη επίπτωση οσφυαλγίας σε πιλότους ελικοπτέρων, σε οδηγούς λεωφορείων ή φορτηγών, καθώς και σε χειριστές γεωργικών μηχανημάτων (Βερβαινώτη Α., 2014). Η άρση βαριών αντικειμένων αλλά και η καθιστική εργασία έχει επίσης ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη οσφυαλγίας. (Jacqueline & Hart., 2008). Στις Η.Π.Α για παράδειγμα, δέκα εκατομμύρια άνθρωποι καθημερινά είναι εκτός εργασίας λόγω οσφυαλγίας, ενώ στην Μ. Βρετανία για τον ίδιο ακριβώς λόγο χάνονται δεκαπέντε εκατομμύρια εργάσιμες μέρες ετησίως. (Βερβαινώτη Α., 2014).

Εκτός από ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας, η οσφυαλγία, έχει μεγάλες οικονομικές επιπτώσεις σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες του σύγχρονου κόσμου κυρίως μέσω των χαμένων εργατοωρών αλλά και της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας φαρμάκων. Οι έρευνες στις ΗΠΑ επίσης, έχουν δείξει ότι το κόστος από την απώλεια εργατοωρών, της φαρμακευτικής αγωγής, της φυσικοθεραπείας και της νοσηλείας, όταν είναι απαραίτητη, φτάνει τα 24 δισ. Δολάρια ετησίως. Κάθε χρόνο το 14% των Αμερικανών χάνει έστω και μια ημέρα εργασίας λόγω οσφυαλγίας, και το 2% παίρνει κάποιου είδους ασφαλιστική αποζημίωση για τον ίδιο λόγο. (Kaneda et



al., 2001). Είναι ευρέως γνωστό ότι ο πόνος στη μέση είναι αυτοπεριοριζόμενος, δηλαδή μειώνεται χωρίς καμία θεραπευτική παρέμβαση, αφού:

- το 44% των ανθρώπων με οσφυαλγία είναι καλύτερα σε μια εβδομάδα,
- το 86% σε ένα μήνα και
- το 92% σε δυο μήνες.

Όμως, τα παραπάνω ποσοστά ανατρέπονται καθώς το 90% των περιπτώσεων υποτροπιάζει και από αυτούς το 35% θα εμφανίσει ισχιαλγία, ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά. (Smith et al., 2008).

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι, το ποσοστό της ειδικής διάγνωσης των ασθενών με οσφυαλγία που εξετάζονται είναι μόνο 15% ενώ το υπόλοιπο 85% αποχωρεί από το ιατρείο με μη ειδική διάγνωση της αιτίας που προκάλεσε τον πόνο. (Werneke & Hart 2001). Οι πόνοι στην περιοχή της οσφύος(οσφυαλγία) είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα του γενικού πληθυσμού.(Stranjalis et al., 2004).

### **1.4.1. Η οσφυαλγία στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα μεγάλο ποσοστό των ελλήνων εργαζομένων και όχι μόνο, υποφέρουν από οσφυαλγία. Η οσφυαλγία αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες δυσκινησίας, απουσία από την εργασία και χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών, που έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές οικονομικές συνέπειες λόγω αποζημίωσης των εργαζομένων και ιατρικών εξόδων. (Alexopoulos., 2003; Stranjalis et al., 2004) Μελέτη σε ελληνικό πληθυσμό των Stranjalis et al. (2004) ανεβάζει το ποσοστό εμφάνισης της οσφυαλγίας στο 32% σε περίοδο ενός μήνα (monthly prevalence). Συγκεκριμένα από την ίδια μελέτη προκύπτει πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς (37.2%) σε σχέση με τους άνδρες (25.8%). Επίσης φαίνεται πως όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η συχνότητα του πόνου, η διάρκεια του, η επίσκεψη στον γιατρό (το 29% των ανδρών και το 28% των γυναικών που είχαν πόνο επισκέφθηκαν γιατρό), η κατανάλωση φαρμάκων (32% των ανδρών και 39% των γυναικών αντίστοιχα πήραν φάρμακα), η φυσικοθεραπεία (το 3% των ανδρών και το 5% των γυναικών έκαναν φυσικοθεραπεία) και η νοσηλεία στο νοσοκομείο (το 1.4% των ανδρών και το 1.2% των γυναικών νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, εξαιτίας πόνου στη μέση). Σε ό,τι αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, η συχνότητα και η διάρκεια της οσφυαλγίας μειώνονται. Τα άτομα που ασκούν αποκλειστικά χειρωνακτική εργασία εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό οσφυαλγία από ότι οι ασκούντες σε μη-χειρωνακτική εργασία. Ακόμα τα άτομα που κατοικούν σε αστικές περιοχές αναφέρουν πιο συχνά πόνο στη διάρκεια των 30 ημερών της συγκεκριμένης έρευνας. Σε ό,τι αφορά την επέκταση του πόνου, το 47% των ατόμων με οσφυαλγία δήλωσε ότι ο πόνος αυτός επεκτεινόταν στο πόδι (ισχιαλγία), το 28% ότι μούδιαζε το πόδι και το 14% ότι δυσκολεύονταν στη βάρδιση (Stranjalis et al., 2004).

Μελέτες έχουν δείξει επίσης ότι το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται με την εμφάνιση οσφυαλγίας (Anderson, 1999; McCracken & Gross, 1998), και ότι άνθρωποι με οσφυαλγία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν άγχος και καταθλιπτικές διαταραχές (Polatin et al., 1993). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί πως στην Ελλάδα, παρά τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού μείζονος κατάθλιψης και άγχους που παρατηρούνται σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, δεν υπάρχει καμία προσπάθεια διερεύνησης του ζητήματος. Σε έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό που δημοσιεύθηκε το 2008, μελετάται η οσφυαλγία προκειμένου να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο ο πόνος επιδρά στη συναισθηματική κατάσταση

των ασθενών και ιδιαίτερα σε ότι αφορά στο άγχος και την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η πλειονότητα ασθενών ανέφερε ήπια επίπεδα κατάθλιψης (30% δήλωσε απουσία κατάθλιψης, ενώ το 35% ήπια κατάθλιψη). Εντούτοις, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών βρέθηκε ότι υπέφερε από μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (25% δήλωσε μέτρια κατάθλιψη ενώ 10% σοβαρή κατάθλιψη). Επιπρόσθετα η κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικότερο πρόβλημα για τις γυναίκες απ' ότι για τους άνδρες, το μέσο επίπεδο κατάθλιψης σε μία κλίμακα έντασης 3-40 ήταν 15, υποδηλώνοντας μετρίου βαθμού κατάθλιψη. Όσον αφορά το άγχος, τα ευρήματα σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες χαρακτήρισαν τον εαυτό τους σε αγχωτικούς και μη αγχωτικούς, κατέδειξαν ότι η πλειονότητα των ασθενών δεν εμφάνισε κανένα σημάδι ανησυχίας (60% των ερωτηθέντων). Μόνο λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν μέτριο (30% των ερωτηθέντων) ή μεγάλο άγχος (10% των ερωτηθέντων). Ομοίως με την κατάθλιψη, το άγχος φάνηκε να είναι σημαντικότερο πρόβλημα για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες, το μέσο επίπεδο άγχους σε μία κλίμακα έντασης 2-26 αξιολογήθηκε στο 7,40, το οποίο είναι μικρότερο από εκείνο που αντιστοιχεί στο μέτριο άγχος. Συμπερασματικά, δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της έντασης της κατάθλιψης, του άγχους και του πόνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η χρόνια οσφυαλγία πιθανώς να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές, (Σαράφης και συν. 2008).

Ωστόσο η οσφυαλγία είναι ένα από τα πιο κοινά αίτια των μυοσκελετικών διαταραχών που σχετίζονται με την εργασία και τις συνθήκες εργασίας (Pope et al., 2002). Στην Ελλάδα το 44% των εργαζομένων παρουσίασαν πόνο στην οσφυ σχετιζόμενο με την εργασία τους (O'Neil 2001).

Είναι αποδεκτό πως και το νοσηλευτικό προσωπικό συγκαταλέγεται στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων ειδικότερα της οσφυϊκής μοίρας. Σε μελέτη που έγινε με στόχο τη διερεύνηση του προβλήματος της οσφυαλγίας σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Το 33,5% των ερωτηθέντων, ανέφερε ότι πάσχει από κακώσεις της σπονδυλικής στήλης που οφείλονται στις συνθήκες εργασίας, ενώ το 78,8% ανέφερε ότι νιώθει πόνο στην οσφυϊκή χώρα κατά την ώρα της εργασίας ή μετά το τέλος αυτής. Στην συχνότητα του πόνου στην οσφυϊκή χώρα το 6,1% απάντησε ότι δε νιώθει καθόλου πόνο, το 52,4% αναφέρει ότι αισθάνεται πόνο τουλάχιστον μια φορά τον μήνα, το 30,2% αναφέρει τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και το 10,8%

συνεχώς. Από τη ανάλυση δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του πόνου στην οσφυϊκή μοίρα καθώς επίσης και μεταξύ φύλου και πόνου στην οσφυϊκή μοίρα. (Σιαμάγκα και συν., 2013).

Μεταξύ αυτών που ανταποκρίθηκαν σε έρευνα που είχε ως στόχο την αξιολόγηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας σε Έλληνες δημόσιους υπαλλήλους προκύπτει πως το 33% υπέφερε από οσφυαλγία τη στιγμή της έρευνας, το 37,8% παρουσίασε συμπτώματα εντός του προηγούμενου έτους, το 41,8% εντός των 2 προηγούμενων ετών και το 61,6% όλων των ερωτηθέντων υπαλλήλων γραφείου παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας στη διάρκεια της ζωής τους. Υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες (56,1%) και στις γυναίκες (63,3%) όσον αφορά τον εφ' όρου ζωής επιπολασμό της νόσου. Εργονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η απόσταση της οθόνης του υπολογιστή από το σώμα του εργαζόμενου, η δυνατότητα ρύθμισης της πλάτης στήριξης με βάση τις προσωπικές ανάγκες, η ικανοποίηση σε προσωπικό επίπεδο από την εργασία, το εργασιακό άγχος, ο θυμός που μπορεί να αντιμετωπίζει ο συμμετέχων την περίοδο που διεξήχθη η έρευνα, ο δείκτης μάζας σώματος καθώς και ο χρόνος παραμονής σε καθιστή θέση, εμφανίζουν σημαντικές παραμέτρους για ορισμένες από τις περιόδους επιπολασμού της νόσου (Spyropoulos et al., 2007).

Συμπερασματικά, φαίνεται λοιπόν πως η οσφυαλγία έχει υψηλή συχνότητα επιπολασμού, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στην Ελλάδα. και έχει επίδραση στον γενικό αλλά και εργασιακό πληθυσμό.

## **1.5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η τυπική εικόνα είναι χαρακτηριστική: Πόνος στη μέση, συνήθως ισχυρός, που αρχίζει συνήθως μετά από μία απότομη κίνηση ή άρση κάποιου βάρους. Ο πόνος μπορεί να είναι τοπικός ή να αντανακλά στο πόδι. Συχνά επίσης ο πόνος ξεκινά «χωρίς εμφανή αιτία» και χωρίς ιστορικό τραυματισμού. Άλλοτε πάλι ξεκινά από τη γάμπα ή το μηρό ή τους γοφούς κι επεκτείνεται στη μέση. Κατά την ιατρική εξέταση παρατηρείται συνήθως εξάλειψη της φυσιολογικής λόρδωσης της σπονδυλικής στήλης και ανταλγική σκολίωση (κλίση σώματος προς τη μία πλευρά λόγω του πόνου που εκδηλώνεται στην άλλη). (Boissonnault & Fabio, 1996).

Οι κινήσεις είναι συνήθως περιορισμένες κι ο πάσχοντας δυσκολεύεται να σκύψει προς τα μπρος και προς τα πλάγια. Οι στροφικές κινήσεις της μέσης δεν προκαλούν, συνήθως, κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα πόνου. Παρατηρείται αυξημένη ευαισθησία στη μέση (προς τους γοφούς), πόνος αν πιεστούν οι γλουτοί και, συνηθέστατα, πόνος κι ευαισθησία στο ένα πόδι.

Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει μείωση της δύναμης και αδυναμία πραγματοποίησης συγκεκριμένων κινήσεων χωρίς πόνο. Ο πόνος επιδεινώνεται με τον βήχα ή το φτέρνισμα. (Γσακλής, 2005).

## 1.6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κάποια από τα πιθανά αίτια που οδηγούν σταδιακά σε πόνο στην οσφύ μπορεί να είναι οι κακώσεις των οστών, μυών και συνδέσμων της σπονδυλικής στήλης, η λανθασμένη στάση σώματος, η οσφυϊκή λόρδωση και σκολίωση, η αστάθεια σπονδύλων, η στένωση των σπονδυλικών τρημάτων, οι ρευματοειδής παθήσεις αλλά και λανθασμένες εργονομικές στάσεις και κινήσεις όπως υπερβολικές στροφικές κινήσεις του κορμού αλλά και λανθασμένος τρόπος ανύψωσης βάρους. Φαίνεται δε ότι μεγάλο ποσοστό των συμπτωμάτων οσφυαλγίας οφείλεται στο επάγγελμα, την παχυσαρκία και στην ψυχολογία. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αιτίες οσφυαλγίας που πιθανόν να μας ξεφύγουν όπως το ινομύωμα μήτρας, το ανεύρυσμα κοιλιακής αρτηίας, οι παθήσεις νεφρών και του προστάτη (Αμπατζίδης, 1998).

Τα αίτια της οσφυαλγίας είναι ποικίλα και κατατάσσονται σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Ο όρος **Μηχανικά αίτια** αναφέρονται στα αίτια που αφορούν κάποιο τραυματισμό των οστών.

Ενώ **Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες** : είναι μια ομάδα φλεγμονωδών ρευματικών παθήσεων, που έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά: προσβολή ορισμένων άλλων οργάνων (για παράδειγμα των ματιών), απουσία ρευματοειδούς παράγοντα από το αίμα του ασθενή, προσβολή των ιερολαγονίων αρθρώσεων (δηλαδή των αρθρώσεων που σχηματίζονται μεταξύ του ιερού οστού και των λαγονίων οστών της λεκάνης, καθώς και της σπονδυλικής στήλης).

**Πίνακας 1:Αίτια της οσφυαλγίας**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Μηχανικά αίτια</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>® Μυοσυνδεσμική βλάβη</li><li>® Οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης</li><li>® Παθολογία δίσκου (δισκοκήλη, δισκοπάθεια</li><li>® Σπονδυλολίσθηση</li><li>® Στένωση σπονδυλικού σωλήνα</li><li>® Διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική</li></ul> |
|-----------------------|---|

|  |  |
|--|--|
|  | υπερόστωση   |
| <b>Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>® Αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα</li> <li>® Ψωριασική αρθρίτιδα</li> <li>® Αντιδραστική αρθρίτιδα</li> <li>® Εντεροπαθητική αρθρίτιδα</li> </ul> |
| <b>Μη διαφοροποιημένη οροαρνητική σπονδυλαρθρίτιδα</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>® Οστεοπόρωση</li> <li>® Μικροβιακοί παράγοντες</li> <li>® Νεοπλασματικά νοσήματα</li> </ul>  |
| <b>Καλοήθη(οστεοειδές οστέωμα)</b>                               |  |
| <b>Κακοήθη(πολλαπλούν μυέλωμα, μεταστάσεις στους σπονδύλους)</b> | <u>Αιματολογικά νοσήματα: Αιμοσφαιρινοπάθειες</u>  |
| <b>Διάφορες άλλες παθήσεις:</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>® Ινομυαλγία</li> <li>® Νόσος του Paget</li> <li>® Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής</li> <li>® Ψυχιατρικές παθ</li> </ul>                       |

Από όλα αυτά τα αίτια της οσφυαλγίας συνηθέστερα είναι τα «μηχανικά», που είναι υπεύθυνα για το 90% και πλέον όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας (Λαμπίρης, 2007). Όταν η οσφυαλγία οφείλεται σε δισκοκήλη ή σπονδυλολίσηση μπορεί να συνοδεύεται από ισχιαλγία λόγω πίεσης κάποιας ρίζας του ισχιακού νεύρου στο επίπεδο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο θεράπων γιατρός με βάση το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση και τον κατάλληλο, όταν χρειάζεται, απεικονιστικό έλεγχο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (συνήθως με

ακτινογραφίες, μερικές φορές με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και σπανιότερα με άλλες μεθόδους) επιδιώκει να θέσει τη διάγνωση του αιτίου της οσφυαλγίας. (Koes et al., 2006).

Η εσφαλμένη στάση του σώματος, η κακή εμβιομηχανική, οι αδύναμοι μύες και η έλλειψη ευκαμψίας είναι παράγοντες που συμβάλλουν επίσης στην πρόκληση επαναλαμβανόμενων μικροτραυματισμών, μπορούν επίσης να αποδυναμώσουν τον ινώδη δακτύλιο και επιτρέπουν την προβολή και την πιθανή πρόπτωση και αποκόλληση του υλικού του δίσκου εκτός του ινώδους δακτυλίου. Η ανύψωση ενός βαρέως αντικειμένου με στροφή του κορμού μακριά από το σώμα είναι ένας συχνός μηχανισμός για την οξεία κήλη ενός οσφυϊκού μεσοσπονδύλιου δίσκου (Shultz et al., 2009). Ακόμα, μια γενικώς αναγνωρισμένη αιτία αποτελεί και ο γενετικός παράγοντας (Zamani & MacEwen 1982. Clarke & Cleak 1983; DeLuka et al., 1994)



## **1.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η αντικειμενική (κλινική) εξέταση σε συνδυασμό με το καλό ιστορικό μπορεί να βοηθήσει πολύ τον γιατρό να καταλήξει σε συμπεράσματα σχετικά με τα αίτια της οσφυαλγίας. Είναι μάλιστα αρκετά πιθανό να βασιστεί μόνο σε αυτά και να δώσει οδηγίες χωρίς άλλες εξετάσεις. Εφόσον όμως υποψιάζεται κανείς πιο σοβαρές καταστάσεις, θα πρέπει να προχωρήσει σε πιο εκτεταμένες εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης υπάρχουν και οι διαγνωστικές δοκιμασίες που βοηθούν το γιατρό να συγκεκριμενοποιήσει τη διάγνωση και να καθορίσει τον εντοπισμό και τη διαμόρφωση του πόνου. Το πρώτο βήμα είναι συνήθως μια απλή ακτινογραφία. Βασισμένος στα ευρήματα της απλής ακτινογραφίας, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει πρόσθετες εξετάσεις. Συνήθως μπορεί να ζητήσει μια αξονική τομογραφία, μια μαγνητική τομογραφία ή ένα μυελογράφημα μαζί με αξονική. Σε γενικές γραμμές, η μαγνητική τομογραφία αποτελεί εξέταση επιλογής επειδή είναι μη παρεμβατική και παρέχει υψηλή ακρίβεια. (Wong et al., 2008).

Οι **Απλές ακτινογραφίες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (X-RAYS)** δείχνουν μόνο τα οστά του σώματος. Οι περισσότερες από τις δομές μαλακού ιστού της Σ.Σ. δεν φαίνονται, ωστόσο πολλά μπορεί να μάθει κανείς από τις απλές ακτινογραφίες. Οι απλές ακτινογραφίες είναι το πρώτο βήμα για κάθε πρόβλημα μέσης και βοηθά στο να αποφασιστεί τι είδους εξετάσεις χρειάζονται επιπλέον, εάν χρειάζονται

Η **Μαγνητική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης** είναι η πιο συνηθισμένη εξέταση που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της σπονδυλικής στήλης. Ο μαγνητικός τομογράφος χρησιμοποιεί μαγνητικά κύματα αντί για ακτινοβολία – X. Φανταστείτε ότι θα μπορούσατε να τεμαχίσετε τη σπονδυλική στήλη σε στρώματα και να φωτογραφίσετε κάθε στρώμα. Αυτό ακριβώς μας επιτρέπει να κάνει ο μαγνητικός τομογράφος. Πολλαπλές απεικονίσεις της Σ.Σ. μπορούν να ληφθούν από το μαγνητικό τομογράφο. Αυτό μας επιτρέπει να δούμε όχι μόνο τα οστά της Σ.Σ. αλλά και τα νεύρα και τους μεσοσπονδυλίους δίσκους. Ο μαγνητικός τομογράφος μας

επιτρέπει να δούμε τα νεύρα και τους μεσοσπονδυλίους δίσκους με μεγάλη ακρίβεια χωρίς τη χρήση ειδικών σκιαγραφικών ή βελόνων. (Jacqueline & Hart, 2008).

### **Εξετάσεις ούρων και αίματος.**

Οι εξετάσεις αυτές δίνουν πληροφορίες για την γενική κατάσταση του οργανισμού, την ύπαρξη φλεγμονοδών ή άλλων παθήσεων που μπορεί να σχετίζονται με ορθοπεδικά προβλήματα όπως η οσφυαλγία. Σε μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία όμως, οι εξετάσεις αυτές είναι αρνητικές (<http://www.greekorthopaedic.gr/geniki-aimatos/>)

### **Λιγότερο συχνά χρησιμοποιούνται:**

➤ **Σπινθηρογραφήματα οστών.** Το σπινθηρογράφημα χρησιμοποιείται για να εντοπιστεί η περιοχή της Σ.Σ. που έχει υποστεί βλάβη. Είναι ιδιαίτερα σημαντική αυτή η εξέταση ειδικότερα όταν πρόκειται για μη μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία. Για να πραγματοποιηθεί το σπινθηρογράφημα, διοχετεύεται στην κυκλοφορία του αίματος με ένεση μια ειδική ουσία. Η ουσία αυτή προσκολλάται στις περιοχές του οστού που υφίστανται απότομες αλλαγές για οποιοδήποτε λόγο. Οι περιοχές του σκελετού που υφίστανται ραγδαίες αλλαγές εμφανίζονται ως σκοτεινές περιοχές στο απεικονιστικό φιλμ. Μόλις εντοπιστεί η περιοχή που έχει υποστεί αλλαγές, άλλες εξετάσεις όπως η μαγνητική τομογραφία μπορούν να πραγματοποιηθούν για να εξεταστεί πιο προσεκτικά η συγκεκριμένη περιοχή. Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες πόνου στην κάτω οσφυϊκή χώρα. Μερικές από αυτές τις αιτίες δεν σχετίζονται με εκφύλιση της Σπονδυλικής Στήλης. Μπορεί να είναι απαραίτητες εξετάσεις αίματος για τον εντοπισμό μόλυνσης ή αρθρίτιδας. Ωστόσο, πόνος στην οσφυϊκή χώρα μπορεί να προκαλούν και προβλήματα που σχετίζονται με περιοχές διάφορες της σπονδυλικής στήλης. Τέτοια προβλήματα μπορεί να σχετίζονται με αορτικά ανευρύσματα, προβλήματα νεφρών και στομαχικά έλκη. (Jacqueline & Hart, 2008).

➤ **Αξονική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης**

Η αξονική τομογραφία (CAT SCAN) είναι μια εξέταση ακτίνων X που μοιάζει πολύ με τη μαγνητική τομογραφία. Μπορούν να ληφθούν ειδικές τομές της σπονδυλικής στήλης που δίνουν μια διατμηματική άποψη. Η αξονική απεικονίζει οστά της Σ.Σ.

πολύ καλύτερα από τη μαγνητική τομογραφία και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις που θεωρούμε ότι σχετίζονται με τα οστά της Σ.Σ. Η αξονική τομογραφία συνήθως συνδυάζεται με μυελογράφημα για να δοθεί μια καλύτερη εικόνα των σπονδυλικών νεύρων και να βοηθήσει στο να καθοριστεί εάν υπάρχει πίεση από σπονδυλική στένωση ή από εκφυλισμένο δίσκο. (Smeets et al., 2006).

➤ **Ηλεκτρομυογραφήματα και μελέτες νευρικής αγωγιμότητας.** Το ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ) είναι μια εξέταση που ελέγχει τη λειτουργία των νευρικών ριζών που εκφύονται από τη σπονδυλική στήλη. Η εξέταση πραγματοποιείται με την τοποθέτηση μικρών ηλεκτροδίων στους μύες των κάτω άκρων. Ψάχνοντας για μη φυσιολογικά ηλεκτρικά σήματα των μυών, το ΗΜΓ μπορεί να δείξει εάν ένα νεύρο ερεθίζεται ή πιέζεται κατά την έξοδο του από τη σπονδυλική στήλη. Εάν το ΗΜΓ δείξει ότι οι μύες δεν δουλεύουν σωστά, μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα νεύρα πιέζονται σε κάποιο σημείο. (Smeets et al., 2006).

➤ Το **μυελογράφημα** είναι μια εξέταση που σχετίζεται με την τοποθέτηση σκιαγραφικού υλικού στο νωτιαίο σάκο το οποίο απεικονίζεται σε ακτινογραφία. Κάθε μη φυσιολογική οδόντωση στο νωτιαίο σάκο μπορεί να υποδηλώνει ύπαρξη πίεσης των νεύρων, όπως αυτή που προκαλείται από εκφυλισμένο δίσκο. (Smeets et al., 2006).

➤ Το **δισκόγραμμα** είναι μια ειδική εξέταση όπου σκιαγραφικό υλικό περνά με ένεση απ' ευθείας στο δίσκο, στην περιοχή του πηκτοειδούς πυρήνα. Εάν η ένεση προκαλεί τον ίδιο πόνο στη μέση ο οποίος σας ταλαιπωρεί σημαίνει ότι ο υπό εξέταση δίσκος είναι αυτός που προκαλεί τον πόνο σας. Απλές ακτινογραφίες και μια αξονική τομογραφία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να δούμε το δίσκο και μπορεί να δείξουν εάν έχει ραγεί ο δίσκος ή όχι. (Smeets et al., 2006).

Κατά την διάρκεια του 1960 ο Robin McKenzie ανέπτυξε μια νέα μέθοδο για την κλινική διάγνωση και την θεραπεία του οσφυϊκού πόνου, μέσα από την συστηματική ανάλυση των ασθενών, οι οποίοι εμφάνιζαν οξύ ή χρόνια πόνο. Η μέθοδος McKenzie, αποτελεί πλέον μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αξιολόγηση και αποκατάσταση προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης, βασισμένη σε αρχές και θεμελιώδη στοιχεία, όπως είναι η κατάταξη του ασθενούς σε μία από τις τρεις κατηγορίες συνδρόμων, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της λήψης του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης, καθώς επίσης και της αξιολόγησης της κλινικής εικόνας του

ασθενή (Wong et al., 2008). Σύμφωνα με την μέθοδο McKenzie, διαχωρίζουμε τρία βασικά σύνδρομα:

Το **σύνδρομο διαταραχής** είναι ένα από τα πιο συχνά εμφανιζόμενα σύνδρομα, το οποίο χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία κλινικών χαρακτηριστικών και τυπικών αντιδράσεων που προκύπτουν κατά τις στρατηγικές φόρτισης. Τα συμπτώματα είναι κυμαινόμενα κατά τη διάρκεια της ημέρας, με προοδευτική επιδείνωση της εικόνας, ενώ παρατηρείται μειωμένη κινητικότητα και παρακώλυση της κίνησης. Προκαλείται από την εσωτερική μετατόπιση ιστών, με αποτέλεσμα να προκαλεί αδιάκοπο πόνο, μέχρις ότου να ‘αναταχθεί’ η διαταραχή. (Koes et al., 2006).

Το **σύνδρομο στάσης** είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης στάσης. Ο πόνος είναι διακοπτόμενος, τοπικός στο κέντρο της Σ.Σ. και δεν αντανακλά προς τα άκρα. Ο πόνος παράγεται μετά από παρατεταμένες θέσεις ή φορτίσεις κοντά ή στο τέλος του εύρους κίνησης. Η παρατεταμένη χαλαρή καθιστή θέση, είναι αυτή που ενοχοποιείται για την δημιουργία του συνδρόμου αυτού. Ο πόνος εξαφανίζεται μόλις ο ασθενής αλλάξει θέση, και για τον λόγο αυτό υπάρχει υποψία ότι ο πόνος είναι ισχαιμικής φύσεως. (McKenzie R, May S., 2003)

Το **σύνδρομο της δυσλειτουργίας** επέρχεται ως αποτέλεσμα προηγούμενου τραυματισμού ή φλεγμονής ή κάποιας εκφυλιστικής διαδικασίας. Χαρακτηριστικό αυτού του συνδρόμου αποτελεί το γεγονός πως ο πόνος εμφανίζεται όταν ο μη φυσιολογικός ιστός φορτιστεί και μόνο τότε (Koes et al., 2006) Το τρίτο σύνδρομο είναι το σύνδρομο της στάσεως που προκαλείται από μηχανική παραμόρφωση μαλακών ιστών ή λόγω παρατεταμένων στατικών φορτίων. Ο πόνος είναι διακοπτόμενος και πάντοτε τοπικός και χαρακτηρίζεται από άμεση κατάργηση του μόλις αρθούν τα αίτια, δηλαδή μόλις διορθωθεί η στάση. (Koes et al., 2006)

Τέλος, για την διάγνωση της οσφυαλγίας, εκτός των προαναφερθέντων εκτεταμένων εργαστηριακών εξετάσεων, η φυσική εξέταση και η πλήρης λήψη ενός αναλυτικού ιστορικού του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Κατά την διάρκεια της φυσικής εξέτασης, θα πρέπει να ελεγχθεί η βάδιση, η στάση, το εύρος της κίνησης στις αρθρώσεις, καθώς επίσης και κάποιες ειδικές δοκιμασίες, όπως η βάδιση στα δάκτυλα των ποδιών, το κάθισμα σταυροπόδι και τέλος η έγερση. Ειδικές δοκιμασίες που θα πρέπει να εξεταστούν είναι επίσης η άρση τεταμένου σκέλους και σε ορισμένες περιπτώσεις (οσφυο-ισχιαλγίας) όπου τα συμπτώματα εντοπίζονται κατώτερα από

την περιοχή του γόνατος θα πρέπει να εξεταστούν και τα αντανακλαστικά. (Wong et al., 2008.)

## 1.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία οποιουδήποτε προβλήματος στη μέση, προϋποθέτει τον εντοπισμό των αιτιών. Αφού εξακριβωθούν τα αίτια, η θεραπεία πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη, ανάλογα με τα αίτια που προκάλεσαν το πρόβλημα, την ηλικία, την προδιάθεση, τον αριθμό των προηγηθέντων παρόμοιων προβλημάτων, το επάγγελμα και τις καθημερινές δραστηριότητες. Η θεραπεία διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική (στις βαρύτερες περιπτώσεις ή όπου η συντηρητική θεραπεία έχει αποτύχει). (Boissonnault & Fabio, 1996).

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Όσον αφορά την **συντηρητική θεραπεία** γίνεται με συνδυαστικό τρόπο και μέσα, και συνήθως περιλαμβάνει:

- ➡ **Φάρμακα:** Υπάρχουν αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, στεροειδή αντιφλεγμονώδη, και μυοχαλαρωτικά που προτείνονται από γιατρούς τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την μείωση του σπασμού, σε συνδυασμό με αλοιφές' (Nackemson Al. et al 2000)

Επίσης οι τοπικές εγχύσεις προτείνονται, εάν ο πόνος επιμένει. Γίνονται στο σημείο του πόνου (της φλεγμονής) τοπικά αναισθητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα με ειδική τεχνική και τονίζεται με τοπική δράση. Είναι πολύ καλό και χωρίς κίνδυνο, διότι εξασφαλίζει καλά αποτελέσματα το συντομότερο δυνατό, χωρίς αναφερόμενες παρενέργειες. Φυσικά εφαρμόζεται από χειρουργό Ορθοπεδικό, που είναι γνώστης της ανατομίας της περιοχής, λόγω της χειρουργικής του εμπειρίας.

Οι τοπικές εγχύσεις είναι συνήθως, τουλάχιστον δύο με κενό διάστημα μεταξύ τους 1 εβδομάδα. Μπορούν να επαναληφθούν στο μέλλον, εάν χρειαστεί χωρίς κανένα πρόβλημα. Το ποσοστό επιτυχίας τους ξεπερνάει το 95% των περιπτώσεων.

Βασική αρχή μετά την έγχυση είναι ο περιορισμός της δραστηριότητας του ασθενούς, μέχρι την επανάληψη της. (Nackemson Al. et al 2000)

- ➡ **Ανάπαυση:** η παρατεταμένη ανάπαυση (άνω των 3-4 ημερών) δηλ η αποχή από τις καθημερινές δραστηριότητες(εργασία, χόμπι κτλ) έχει δείξει ότι οδηγεί σε εξασθένηση, χρόνια ανικανότητα, φοβίες, ψυχολογικά προβλήματα και αυξημένη δυσκολία στην αποκατάσταση, Η ανάρρωση θα πρέπει να γίνεται σε άνετη θέση όταν θα ξαπλώνει ο ασθενής, η οποία είναι ύπτια ή

πλάγια με τα γόνατα σε κάμψη. Εάν η θέση στο κρεβάτι είναι επώδυνη τότε μια αναπαυτική καρέκλα ίσως έλυνε το πρόβλημα. Η ανάπαυση προβλέπεται σε περιπτώσεις οξύ πόνου γιατί όταν ο πόνος είναι μικρός συνίσταται το ελαφρύ περπάτημα, πλήν της ορθοστασίας και της άσκοπης κούρασης.

- ➡ **Ζώνη οσφύος:** Είναι απαραίτητη αλλά μόνον για μικρό χρονικό διάστημα στα νεαρά άτομα (1 – 3 ώρες ημερησίως) και για λίγο περισσότερο διάστημα στα ηλικιωμένα άτομα (2 – 5 ώρες ημερησίως). Πρέπει να αφαιρείται κατά την ξεκούραση. Η καθημερινή, μακροχρόνια, χρήση της, μπορεί να προκαλέσει αδυναμία (ατροφία) στους κοιλιακούς και ραχιαίους μύες.
- ➡ **Φυσικοθεραπεία – Κινησιοθεραπεία:** Είναι χρήσιμα σε κάθε περίπτωση. Βοηθούν στη μείωση του πόνου, στη βελτίωση της κινητικότητας και της δύναμης και στην σωστή αντίληψη της μηχανικής συμπεριφοράς της σπονδυλικής στήλης στις διάφορες στάσεις και κινήσεις. Περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση φυσικών μέσων (LASER, αναλγητικά ρεύματα, υπερήχους, διαθερμίες, μαλάξεις) καθώς και ένα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας με οδηγό σημείο τον πόνο. όταν αρχίσει να υποχωρεί ο πόνος τότε ξεκινά η ήπια κινητοποίηση της Σ.Σ, η οποία είναι πολύ σημαντική μιας και στην περίπτωση που έχει επιτευχθεί ένα πλήρες εύρος κίνησης, ο μύς ή ο σύνδεσμος είναι πιθανό να έχει επουλωθεί και τα φορτία θα μπορούν να κατανεμηθούν ισοδύναμα σε όλη την Σ.Σ.. Επομένως θα χρειαστεί ένα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας το οποίο θα περιλαμβάνει ασκήσεις προοδευτικής δυσκολίας, οι οποίες θα στοχεύουν στην αύξηση της ελαστικότητας της δύναμης και της αντοχής των κοιλιακών των ραχιαίων και των γλουτιαίων μυών, ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει σε μεγάλα φορτία. (Smeets et al., 2006). Με την 1) έλξη για παράδειγμα στο οξύ στάδιο, μπορεί να επιτευχθεί ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα αν και υπάρχουν και κάποιες έρευνες που δεν συμφωνούν με αυτό (Nackemson Al., et al 2000). Αν λοιπόν εφαρμοστεί η έλξη, η δύναμη της θα πρέπει να είναι ήπια και σταθερή για 30-60 δευτερόλεπτα και η επαναφορά πολύ αργή. Η έλξη μπορεί να εφαρμοστεί για όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής νιώθει ανακούφιση. Αν αρχίζει να προκαλεί ενόχληση θα πρέπει η συνεδρία να σταματήσει. 2) Σύνσπασση εγκάρσιου κοιλιακού-πυελικού εδάφους. Η σύσπασση του πυελικού εδάφους δεν θα πρέπει να είναι μέγιστη, καθώς μόνο το 25% της μέγιστης δύναμης είναι αρκετό για να σταθεροποιήσει τη μέση (Kisner & Colby, 1996) Θα πρέπει

ωστόσο να είναι παρατεταμένη, τουλάχιστον για 10 δευτερόλεπτα. Αυτό είναι και το δυσκολότερο κομμάτι της άσκησης καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να συσπάσουν το πυελικό τους έδαφος μόνο στιγμιαία και αδυνατούν να διατηρήσουν τη σύσπαση αυτή για περισσότερο από 1 έως 2 δευτερόλεπτα 3) **Ήπιες διατάσεις Σ.Σ** Σκοπός της άσκησης αυτής είναι κυρίως η ήπια κινητοποίηση των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης και κατά δεύτερον η διατήρηση της ελαστικότητας των μυών. 4) **Ήπιες στροφικές κινήσεις στη μέση**. Η άσκηση αυτή είναι συνήθως ανακουφιστική σε προβλήματα πίεσης της νευρικής ρίζας, καθώς “ανοίγει” το χώρο στον οποίο μπορεί να εγκλωβίζεται η ρίζα. Το εύρος κίνησης θα πρέπει να είναι μικρό. Αν παρ’ όλα αυτά αναπαράγει τα συμπτώματα του ασθενούς, δεν θα πρέπει να εκτελείται.(Oatis 2010)

Συχνό λάθος στην άσκηση αυτή είναι η αύξηση/μείωση της λόρδωσης ή η στροφή στη μέση.

Στο στάδιο της υποξείας φάσης. Στο στάδιο αυτό ο έντονος πόνος και η φλεγμονή θα πρέπει να έχουν αρχίσει να υποχωρούν. Ο ασθενής είναι πλέον ικανός να εκτελέσει πιο πολύπλοκες ασκήσεις. Ο χρόνος μετάβασης από το ένα στάδιο στο άλλο εξαρτάται από τη σοβαρότητα της πάθησης του κάθε ατόμου. Σκοπός του σταδίου αυτού είναι η σωστή ευθυγράμμιση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ελαφρά λόρδωση) και η ενδυνάμωση των κοιλιακών τοιχωμάτων στη θέση αυτή. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό καμία άσκηση να μην προκαλεί πόνο. Βασικό κριτήριο είναι η εκτέλεση των ασκήσεων να μην αναπαράγει τα συμπτώματα του ασθενούς. Σαφώς η καθοδήγηση και η συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό είναι εξέχουσας σημασίας. Ενδεικτικά, κάποιες ασκήσεις που χρησιμοποιούνται στη φάση αυτή είναι:

**1)Ασκήσεις οσφυϊκής λόρδωσης από ύπτια θέση**. Η λεκάνη έχει τη δυνατότητα να περιστρέφεται προς τα εμπρός και προς τα πίσω. Έτσι λοιπόν η πρόσθια κλίση της λεκάνης οδηγεί σε λόρδωση της μέσης. Αντίθετα η οπίσθια κλίση της λεκάνης οδηγεί στην εξάλειψή της. Για τον εντοπισμό λοιπόν της λόρδωσης μπορεί ο ασθενής να κατευθύνει την λεκάνη του σε λόρδωση, και στη συνέχεια να την



επαναφέρει στην αρχική της θέση. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η φυσιολογική ευθυγράμμιση της οσφύος η οποία θα πρέπει να είναι περίπου στο ενδιάμεσο. (Κοτζαηλίας Δ. 2011)

**2) Σύσπαση εγκάρσιου κοιλιακού-πυελικού εδάφους.** Αυτή η άσκηση επαναλαμβάνεται αφού ο ασθενής μπορέσει να εκτελέσει τη λόρδωση, διατηρεί και συσπά το πυελικό του έδαφος –και τον εγκάρσιο κοιλιακό.

**3) Τετραποδική.** Η θέση αυτή είναι εξαιρετική για τη εκμάθηση της σωστής λόρδωσης στη μέση. Όπως αναφέρθηκε και από ύπτια, αλλάζοντας την κλίση της λεκάνης μπορεί να βρει την θέση λόρδωσης και την θέση κύφωσης. Με αυτό τον τρόπο είναι εύκολο στη συνέχεια να βρεί ο ασθενής και την ουδέτερη θέση μεταξύ των δύο αυτών θέσεων, στην οποία θα έχει ελαφρά λόρδωση. Στη θέση αυτή συσπά το πυελικό έδαφος και μένει όσο περισσότερο χρόνο μπορεί

Μετά ακολουθεί η χρόνια φάση. Σε αυτή τη χρονική περίοδο ο πόνος θα πρέπει να έχει ελαττωθεί αισθητά ή να έχει εξαλειφθεί εντελώς. Σκοπός του σταδίου αυτού είναι οι κανόνες που διδάχτηκε ο ασθενής μέχρι τώρα σχετικά με τη σωστή ευθυγράμμιση της σπονδυλικής του στήλης, να εφαρμοστούν στις καθημερινές του ενασχολήσεις, στο εργασιακό του περιβάλλον ή στις αθλητικές του δραστηριότητες. Οι ασκήσεις που επιλέγονται σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να προσομοιάζουν στις δραστηριότητες που το άτομο εκτελεί στην καθημερινότητα του. Ενδεικτικά αναφέρονται παρακάτω κάποιες ασκήσεις σε περίπτωση που τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την το σκύψιμο/άρση βάρους ή και το γυμναστήριο.

**1) Ημικαθήματα** Η άσκηση αυτή δυναμώνει πολύ τους μύες των ποδιών και διδάσκει τον ασθενή το σωστό τρόπο σκυψίματος. Δηλαδή με γόνατα λυγισμένα και όχι η μέση.

**2) Ραχιαίοι.** Η άσκηση αυτή είναι χρήσιμη για την ενδυνάμωση των ραχιαίων μυών του κορμού. Πολλές φορές εκτελείται με λάθος τρόπο με τους ασθενείς να κάνουν υπερβολική λόρδωση στη μέση τους και προοδευτικά να τραυματίζουν την περιοχή. Επιπλέον, οι ραχιαίοι είναι μύες που διατηρούν συνεχώς τη στάση ενάντια στη βαρύτητα, θα πρέπει επομένως να γυμνάζονται κυρίως στατικά και όχι με κίνηση.

**3) Διατάσεις.** Η κακή στάση μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες βραχύνσεις ορισμένων μυϊκών ομάδων, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί σε περαιτέρω επιδείνωση της κακής στάσης. Γι αυτό το λόγο οι διατάσεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της αποκατάστασης. Συνήθως τα άτομα που στέκονται με υπερβολική λόρδωση τείνουν να έχουν βραχυσμένους τους μύες της πρόσθιας επιφάνειας του μηρού (τετρακέφαλο, λαγονοψοίτη). Αντίθετα όσοι στέκονται με ευθειασμό στη μέση τους, έχουν συνήθως ανάγκη να διατείνουν τους μύες της οπίσθιας επιφάνειας του μηρού (ισχιοκνημιαίους, γλουτιαίους). (<http://www.backcare.gr/page>).

**4) Βελονισμός:** Ο βελονισμός μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην ταχύτερη αποκατάσταση των ασθενών, αρκεί η πρωτοπαθής διαταραχή να μην χαρακτηρίζεται από σοβαρές ανατομικές αλλοιώσεις (Καράβης, 2007). Έτσι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων οξείας οσφυαλγίας ή ισχιαλγίας που οφείλεται σε τραυματική κάκωση της σπονδυλικής στήλης των παρακείμενων μυών, σε μικρή πρόπτωση του μεσοσπονδύλιου δίσκου, σε οστεοαρθρίτιδα χωρίς σοβαρές ακτινολογικές αλλοιώσεις, σε ρευματοειδή αρθρίτιδα ή αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα ο βελονισμός μπορεί κάλλιστα ως μοναδική θεραπευτική παρέμβαση ή σε συνδυασμό με άλλες κλασσικές τεχνικές, να επιτύχει γρήγορη ανακούφιση από τον πόνο και να επιταχύνει την κινητοποίηση του ασθενή. (Καράβης, 2007). Αντίθετα, σε καταστάσεις σοβαρής πρόπτωσης του μεσοσπονδύλιου δίσκου ή σε παρουσία έκδηλης οστεοφυτικής υπερπλασίας με έντονα συμπτώματα πίεσης νεύρων, δεν αναμένονται με το βελονισμό ευνοϊκά αποτελέσματα. Στις περιπτώσεις αυτές, ο βελονισμός απλά μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική αναλγητική μέθοδο, μέχρι τη χειρουργική αποκατάσταση της βλάβης. Ευνόητο είναι πως ο βελονισμός δεν έχει καμιά θέση στη θεραπεία σοβαρών παθήσεων της κοιλιάς ή της σπονδυλικής στήλης παρά μόνο σαν μέθοδος αναλγησίας (λοιμώξεις, νεοπλάσματα), τα οποία και θα πρέπει να διερευνούνται πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης. (Smith et al, 2008). Στην οξεία οσφυαλγία η θεραπεία πρέπει να επαναλαμβάνεται καθημερινά, μέχρι τη μερική βελτίωση των συμπτωμάτων (Καράβης, 2007). Στα χρόνια περιστατικά θεωρείται σκόπιμο η θεραπεία να επαναλαμβάνεται δύο φορές την εβδομάδα. Στην περίπτωση αυτή, η βελτίωση των συμπτωμάτων αναμένεται μετά την 5<sup>η</sup> - 6<sup>η</sup> συνεδρία και συνολικά μπορεί να απαιτηθούν 15 - 20 συνεδρίες. (Smith et al., 2008).

1. **Ελάττωση βάρους – Δίαιτα:** Στα υπέρβαρα άτομα η μείωση του σωματικού βάρους προκαλεί άμεση ανακούφιση των πόνων. Με τη μείωση του σωματικού βάρους ελαττώνεται η πίεση στους μεσοσπονδύλιους δίσκους και η παραμόρφωση (λόγω του αυξημένου βάρους) των δομών της σπονδυλικής στήλης, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο μηχανικός ερεθισμός των σπονδύλων και ο πάσχοντας να ανακουφίζεται από τους πόνους. Ακόμα και μόνον η ελάττωση του σωματικού βάρους, επιφέρει γρήγορα και θεαματικά αποτελέσματα στο 50% των περιπτώσεων. (Werneke & Hart, 2001).
2. **Ιαματικά λουτρά - Γυμναστική στην πισίνα:** Και τα δύο συστήνονται ανεπιφύλακτα. Ειδικά η γυμναστική στην πισίνα και το κολύμπι είναι πολύ ασφαλή γιατί το σωματικό βάρος στο νερό «μειώνεται» λόγω της άνωσης. (Wong et al., 2008)
3. **Μέθοδος pilates:** Το θεραπευτικό Pilates είναι μια μορφή άσκησης που είναι αποτελεσματική στη μείωση του πόνου και της τυχόν αναπηρίας σε ασθενείς με οσφυαλγία. Ωστόσο σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Βραζιλία, προκύπτει ότι έχει αποτελέσματα μόνο βραχυπρόθεσμα και σε συνδυασμό με ρεύματα. (Miyamoto et al., 2003)

Όσον αφορά την χειρουργική αντιμετώπιση της σπονδυλικής στήλης είναι συνήθως η σπονδυλοδεσία η οποία γίνεται σε περιπτώσεις όπως:

- § Αφαίρεση δίσκου σε προπτώσεις δίσκων με νευρολογικά σημεία
  - § Αστάθεια προκαλούμενη από απονδολίση ή ασταθείς δίσκους.
  - § Σκολίωση, κύφωση και άλλες σπονδυλικές παραμορφώσεις.
- Όγκοι και φλεγμονές(Dandy&Edwards, 2010)

Συνεπώς, είναι κακό να χειρουργείται μια οσφυαλγία εκτός και αν έχει διαγνωστεί μια συγκεκριμένη μηχανική αιτία (Dandy & Edwards, 2010).

## **1.9. ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η σημαντικότερη θεραπεία στην οσφυαλγία είναι η πρόληψη. Το σημείο κλειδί στη φροντίδα του μυοσκελετικού μας συστήματος είναι η σωστή στάση του σώματος. Λέγοντας, σωστή στάση εννοούμε τη διατήρηση της σπονδυλικής στήλης αλλά και των υπόλοιπων μελών του σώματος σε τέτοια θέση στο χώρο, κατά τη διάρκεια των κινήσεων, ώστε να μειώνεται στο ελάχιστο η επιβάρυνση της ράχης με περιττά και υπερβολικά φορτία. (Koes et al., 2006). Η διατήρηση της σωστής στάσης επιβάλλεται κατά την εκτέλεση οποιασδήποτε εργασίας, καθιστικής ή χειρωνακτικής. (Werneke & Hart, 2001). Η σωστή στάση για σήκωμα βάρους για παράδειγμα είναι αυτή με τα γόνατα σε κάμψη και τη μέση σε ευθεία θέση με τη λεκάνη και τον υπόλοιπο κορμό. Καλό θα είναι όμως η άρση βαρών να απαγορεύεται μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος υποτροπής. Μετά την ενδυνάμωση κοιλιακών και ραχιαίων υπάρχουν ειδικοί τρόποι κι ειδικές ασκήσεις με βάρη που όχι μόνον δεν βλάπτουν, αλλά ισχυροποιούν ακόμα περισσότερο το σώμα κι ειδικά τη μέση. Όταν πρέπει να σηκωθούν αντικείμενα από το έδαφος, καλό είναι να χρησιμοποιηθεί ζώνη για τη μέση, να λυγίζουν τα πόδια, η πλάτη να διατηρείται ευθειασμένη και το βάρος να σηκώνετε κοντά κι όχι μακριά από το σώμα.. (Kaneda et al., 2001

Ένα σωστό πρόγραμμα εργονομίας για την πρόληψη των μυοσκελετικών παθήσεων που σχετίζονται με την εργασία αποτελείται σύμφωνα με ερευνητές του Εθνικού Ιδρύματος για την Επαγγελματική Υγεία και Ασφάλεια των ΗΠΑ από τα εξής δομικά στοιχεία (Τσακλής, 2005):

- Ανάλυση του χώρου εργασίας (αξιολόγηση του χώρου εργασίας και των ανθρώπινων ικανοτήτων).
- Περιορισμός του επαγγελματικού κινδύνου (εργονομική προσαρμογή εργαλείων, εξοπλισμού, οργανωτικές/διοικητικές αλλαγές, χρήση προστατευτικού εξοπλισμού). Ως επαγγελματικός ορίζεται ο κίνδυνος για την ασφάλεια και υγεία των εργαζομένων, ο οποίος προέρχεται από την επαγγελματική έκθεση στους βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος.
- Παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων για την καταγραφή και

- παρακολούθηση των μυοσκελετικών παθήσεων που προκύπτουν από την εργασία.
- Ιατρική παρακολούθηση (πρόωρη αναφορά μυοσκελετικών παθήσεων, άμεση πρόσβαση του εργαζομένου που παρουσιάζει συμπτώματα μυοσκελετικών παθήσεων σε ιατρική παρακολούθηση, ιατρική επίσης παρακολούθηση κατά την επιστροφή του εργαζομένου στην εργασία μετά από απουσία, αποκατάσταση των εργαζομένων που έχουν υποστεί μυοσκελετική πάθηση).
- Πληροφόρηση και εκπαίδευση όλων των εμπλεκομένων στην επιχείρηση για ενεργή συμμετοχή στην αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων.

Για την πρόληψη της πάθησης ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή του για τους παράγοντες κινδύνου (μηχανικούς ψυχοκοινωνικούς, ατομικούς παθολογικούς κ.ά.) τόσο στην εργασία, όσο και έξω από αυτήν, αλλά και πώς αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους πολλαπλασιάζοντας τον κίνδυνο. Να εκπαιδεύσει τον ασθενή του στην εργονομία στάσης και κίνησης (π.χ. πώς να κάθεται, σε ποιά θέση πρέπει να είναι ο υπολογιστής, πώς ανυψώνουμε αντικείμενα κλπ.) και να προτείνει τον κατάλληλο εργονομικό εξοπλισμό π.χ. σε υπαλλήλους γραφείου, μαθητές και φοιτητές (διαστάσεις γραφείου, διαστάσεις και ρυθμίσεις καρέκλας κ.ά.). Ανάλογη ενημέρωση και εκπαίδευση μπορεί να γίνει σε χειρονακτικές εργασίες (οικοδόμοι, εργάτες σε βιοτεχνίες, αυτοκινητιστές κλπ.).

Επίσης, επιστημονικά σχεδιασμένα προγράμματα θεραπευτικής άσκησης, (medical exercise) με ελεγχόμενες επιβαρύνσεις φορτίων, (με όργανα γυμναστικής, λάστιχα, βάρακια κ.ά.) μπορούν να προλάβουν νέο επεισόδιο οσφυαλγίας, ή τουλάχιστον θα μειώσουν την ένταση και την διάρκεια του. (Τσακλής, 2005)

Συμπερασματικά λοιπόν η οσφυαλγία είναι ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και αποτελεί μια σημαντική αιτία της αναπηρίας που επηρεάζει αδιακρίτως την γενική ευημερία του ατόμου, και την απόδοση του στην εργασία. Κατηγοριοποιείται ανάλογα με την διάρκεια της σε οξεία-υποξεία-χρόνια. Οφείλεται συνήθως σε παθήσεις της Σ.Σ αλλά κυρίως σε παθήσεις του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Η χειρότερη εξέλιξη της μπορεί να είναι η ισχιαλγία, της οποίας ο πόνος αντανακλά στο πόδι και δίνει μια κακή κλινική εικόνα. Τα αίτια της οσφυαλγίας κατατάσσονται σε διάφορες κατηγορίες, αλλά κυρίως τα μηχανικά αίτια είναι τα πιο συχνά. Η διάγνωση της οσφυαλγίας μπορεί να επιτευχθεί με αντικειμενική κλινική εξέταση,

καθώς και μια σειρά από απεικονιστικές μεθόδους. Η θεραπεία χωρίζεται σε συντηρητική και χειρουργική, με την πρώτη να είναι η πιο συχνή και διαδεδομένη καθώς συνίσταται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Τέλος η σημαντικότερη θεραπεία της οσφυαλγίας είναι η πρόληψη, η οποία εάν γίνει σωστά θα αποτρέψει σίγουρα κάποιο μελλοντικό επεισόδιο οσφυαλγίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ**

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται η λήψη ιστορικού σε ασθενείς με οσφυαλγία, η κλινική εξέταση, και τέλος τα αναφερόμενα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται διεθνώς.

### **2.1. ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ**

Η πιο συνηθισμένη περιοχή πόνου στη μέση είναι η κάτω οσφυϊκή χώρα και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι «κουβαλά» το μεγαλύτερο ποσοστό του βάρους. Η διάγνωση του πόνου στη μέση μερικές φορές είναι δύσκολη διαδικασία. Ο γιατρός χρειάζεται λεπτομερές ιστορικό και κλινική εξέταση.

Με τη λήψη του ιστορικού, και την αντικειμενική εξέταση του ασθενούς πιστεύεται ότι κατευθύνεται ο κλινικός φυσικοθεραπευτής στην ορθή διάγνωση στο 60 - 80% των περιπτώσεων, διότι μπορεί να διακρίνει τις αιτίες, και να διαφοροδιαγνώσει συστηματικές παθήσεις που πιθανόν να εκδηλώνονται με συμπτώματα και ενοχλήσεις από την Σ.Σ. όπως για παράδειγμα οι μεταστατικές εστίες. Επίσης με την λήψη ιστορικού μπορεί ο φυσικοθεραπευτής να διακρίνει τα παρόντα συμπτώματα π.χ το άλγος, καθώς και να κατανοεί το ιστορικό της παρούσης κατάστασης. Πχ ανακούφιση του πόνου σε διάφορες θέσεις, επιδείνωση, 24ωρη συμπεριφορά πόνου κ.α (Λαμπίρης 2007). Μια επαρκής αξιολόγηση όμως πάντα του ασθενούς, όχι μόνο βοηθά στην αποφυγή της παράβλεψης ορισμένων σημαντικών παραγόντων και επιτρέπει τον καθορισμό των λειτουργικών περιορισμών του ασθενούς, αλλά και επηρεάζει σημαντικές αποφάσεις σχετικά με την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος (Dekker et al., 1993)

Η λήψη του ιστορικού του ασθενούς δεν είναι εύκολη διαδικασία. Ο φυσικοθεραπευτής είναι πιθανό να αντιμετωπίσει ορισμένες δυσκολίες, συχνότερες των οποίων είναι:

1. Η απροθυμία του ασθενούς να αποκαλύψει κάποιες πληροφορίες
2. Διαφορετική εκτίμηση μεταξύ ασθενούς και ιατρού ως προς τη σημασία των λέξεων.
3. Μη ακριβής προσδιορισμός του χρόνου έναρξης της νόσου.
4. Υπερτίμηση ή υποτίμηση των ενοχλημάτων από την πλευρά του ασθενούς.
5. Συνεχείς μεταβολές του ιστορικού εξαιτίας των όσων αναφέρονται από τον ασθενή.

<http://healthnotesandnews.blogspot.gr/healthgate>)

Το εγχειρίδιο εξέτασης λοιπόν, σε πρώτη φάση θα διαθέτει ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία του ασθενή.(υποκειμενική αξιολόγηση) Ειδικότερα η διατύπωση των ερωτημάτων θα γίνεται με ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις που να αφορούν το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, το τόπο κατοικίας, το επίπεδο μόρφωσης, απασχόληση κ.α

Στη συνέχεια θα γίνεται μία καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς. Για να περιγραφούν τα παρόντα συμπτώματα. Όπως η έναρξη άλγους, χρονική διάρκεια άλγους, εντόπιση άλγους, σχέση άλγους με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, συνοδά νευρολογικά συμπτώματα, διαγνωστικές εξετάσεις, ανταπόκριση σε προηγούμενες θεραπείες κ.α.

Έπειτα το ερωτηματολόγιο θα διαθέτει κάποιες κλινικές δοκιμασίες, όπως επίσης και κάποια ευρέως διεθνώς διαδεδομένα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια τα οποία υποβάλλει ο εξεταστής τον ασθενή και ο πρώτος καλείται να καταγράψει σύμφωνα με τη κρίση του τα αποτελέσματα αυτών.

Επίσης καλό είναι να περιλαμβάνει ακόμα κάποιες ερωτήσεις που να αφορούν τη φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να έχει χορηγηθεί στον ασθενή, και να συνεχίζεται με ερωτήσεις που αφορούν παρελθούσες και παρούσες ιατρικές καταστάσεις όπως(σακχαρώδης διαβήτης κ.α).

Η κλινική(αντικειμενική) εξέταση λοιπόν ξεκινά με τη γενική παρατήρηση του ασθενή που στοχεύει στην αξιολόγηση της στάσης, της βάδισης καθώς και την ψηλάφηση έτσι ώστε να επιτυγχάνεται μια γενικότερη εκτίμηση της εικόνας του ασθενή

Σειρά θα έχουν κάποιες ενεργητικές και συνδυασμένες κινήσεις της οσφυϊκής μοίρας που να αποσκοπούν στην αξιολόγηση του εύρους τροχιάς και της συμπεριφοράς του πόνου κατά την εκτέλεσή τους. Η αξιολόγηση της βάδισης λοιπόν παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, στο να γίνεται έλεγχος ραχιαίων καμπτήρων ποδοκνημικής αυτό επιτυγχάνεται με βάδιση στις πτέρνες από τον ασθενή, έλεγχος πελματιαίων



καμπτήρων με βάδιση στα ακροδάχτυλα και ο έλεγχος για αντιαλγική βάδιση ή μεγάλο μήκος βήματος, στάση του σώματος κατά την κίνηση.

Έπειτα να ακολουθεί νευρολογικός έλεγχος συμπεριλαμβανομένου έλεγχο μυοτομιών, αισθητικότητας, αντανακλαστικών, και νευροδυναμικών τεστ με τυχόν ελλείμματα θα πρέπει να καταγράφονται.

Στη συνέχεια να γίνεται παθητικός έλεγχος των αρθρώσεων (ισχίων, ιερολαγόνιων, και αρθρώσεων οσφυϊκής μοίρας), για τον εντοπισμό παθολογικών σημείων.

Και τέλος να ολοκληρώνεται με την ψηλάφηση στη παρασπονδυλική περιοχή της οσφυϊκής και ιερής μοίρας για παρατήρηση τυχόν ευαισθησίας, επώδυνων σημείων ή συμπτώματα αλλοδυνίας.

Τελειώνοντας λοιπόν στο σημείο αυτό η διαδικασία της αξιολόγησης ο εξεταστής θα καλείται να καταγράψει τη προσωπική του κλινική άποψη για το περιστατικό που θα αντιμετωπίζει..(Hoppenfeld., 2008)

## **2.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.**

### **Αυτό-αναφερόμενα μέσα αξιολόγησης**

Τα ερωτηματολόγια τα συμπληρώνει μόνος του ο εξεταζόμενος, μας δείχνουν την εικόνα του ασθενούς και τους περιορισμούς που επιφέρει η οσφυαλγία στην καθημερινότητα του ή και στην εργασία του. (Deyo et al.,1994).

Οι Φυσικοθεραπευτές συνήθως καταγράφουν πληροφορίες για τον ασθενή σχετικά με υποκειμενικά παράπονα που αφορούν την οσφυαλγία, (Ford et al.,2009).Υπάρχουν ακόμα ερωτηματολόγια που αντίστοιχα με την υποομάδα που κατατάσσεται ο ασθενής προτείνεται και αντίστοιχη θεραπεία γι' αυτόν (Hay et al., 2008).

Σημαντική είναι επίσης η ακριβής διάγνωση της λειτουργικής βελτίωσης κατά την διάρκεια της αποκατάστασης των ασθενών, και αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως ουσιώδης ώστε να αποδειχθεί αν οι ασθενείς έχουν εν τέλει σημαντικό όφελος από την αποκατάσταση. Μεγάλος αριθμός ερωτηματολογίων έχουν αναπτυχθεί για το σκοπό αυτό.

Συμφώνα με τους Grotle et al. (2005) υπάρχει μια ποικιλία ερωτηματολογίων που αξιολογούν τον πόνο, τις διαταραχές του ύπνου, τις ψυχολογικές διαταραχές, τις σωματικές βλάβες, καθώς και τη λειτουργική ανικανότητα, όμως μερικά μόνο από αυτά μπορεί να θεωρηθούν έγκυρα. Σε μια ανασκόπηση της αγγλικής βιβλιογραφίας που περιλάμβανε άρθρα που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2001 έως τις 31 Δεκεμβρίου του 2010 από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και καταλόγους αναφοράς των βασικών άρθρων, που είχε ως σκοπό να μελετηθούν τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε έξι διαφορετικούς τομείς, σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, εντοπιστήκαν 75 μετρά έκβασης της αξιολόγησης, 29 από τα οποία αποκλείστηκαν γιατί είχαν μόνο μια βιβλιογραφική αναφορά. Επίσης, από την ίδια έρευνα προκύπτει πως για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα μέτρα αξιολόγησης ήταν το Oswestry Disability Index, το Roland Morris, και το εύρος της κίνησης (Chapman et al., 2011). Παρακάτω, γίνεται μια ανάλυση για μερικά αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια αξιολόγησης κατάλληλα προς χρήση σε οσφυαλγικούς ασθενείς.

## **Ερωτηματολόγια για την λειτουργικότητα του ασθενή**

Πρόκειται για ειδικά ερωτηματολόγια τα οποία μετράνε το μέγεθος της ανικανότητας (σωματικής κυρίως δυσλειτουργίας) των ασθενών. Σκοπός τους είναι να καταγραφεί το ποσοστό αναπηρίας του κάθε ασθενή, μετά την θεραπεία του (Riddle et al., 1998).

### **Roland –Morris Disability Questionnaire (RMDQ)**

Η κλίμακα Roland Morris ελέγχει την λειτουργικότητα του ασθενή και αποτελείται από 24 ερωτήσεις που σχετίζονται με την λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να προκαλέσει η οσφυαλγία. Ο ασθενής πρέπει να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με το πως ένιωσε το τελευταίο 24ωρο. Οι ερωτήσεις αφορούν καθημερινές δραστηριότητες όπως το σκύψιμο, την φροντίδα του, το ντύσιμο, τον ύπνο και το περπάτημα, την εργασία στο σπίτι αλλά και ακόμα αν ο πόνος στην μέση επηρεάζει την διάθεση του. Ο ασθενής μπορεί να απαντήσει στις ερωτήσεις αυτές με ένα ναι ή με ένα όχι. Η τελική βαθμολογία του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 0-24. Ο ασθενής με βαθμολογία 0 δεν έχει καθόλου αναπηρία ενώ με βαθμολογία 24 έχει σοβαρή αναπηρία (Roland & Morris, 1983).

Όσο αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου Roland-Morris στην ελληνική γλώσσα, οι Boscainos et al. (2003) μετάφρασαν το ερωτηματολόγιο και το μοίρασαν σε 677 ασθενείς για να ελεγχθεί η αξιοπιστία της κλίμακας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την ελληνική μετάφραση του Roland-Morris έφτασε σε συντελεστή 0,885, υποδηλώνοντας ικανοποιητική αξιοπιστία.

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Stratford & Binkley (2000) σε 153 ασθενείς έδειξε αξιοπιστία του ερωτηματολογίου Roland-Morris της τάξεως του 0,87. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων του Roland-Morris ήταν 0,79.

Υπάρχουν αρκετές παραλλαγές του ερωτηματολογίου Roland Morris, παρακάτω γίνεται μια ανάλυση για τις σημαντικότερες :

Το RDQ 18 αποτελείται από 18 ερωτήσεις. Το σύστημα βαθμολόγησης διατηρείται όπως το αρχικό. Απευθύνεται σε ασθενείς με οσφυαλγία που προέρχονται από μυοσκελετική παθολογία (Stratford et al., 1997).

Η κλίμακα RDQ 23 είναι μια παραλλαγή του ερωτηματολογίου Roland Morris. Αποτελείται από 23 ερωτήσεις που αφορούν ασθενείς με ισχιαλγία, προερχόμενοι από κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, και ο ασθενής πρέπει να το συμπληρώσει σκεπτόμενος τις απαντήσεις που τον εκφράζουν για το τελευταίο 24ωρο. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με 0 ή 1. Το 0 σημαίνει ότι δεν τον εκφράζει η συγκεκριμένη ερώτηση και το 1 ότι τον εκφράζει. Η μεγάλη διαφορά εντοπίζεται στο ότι διαγράφονται 5 ερωτήσεις που αφορούν πόνο στην οσφύ και αντικαθίστανται με 4 ερωτήσεις που επέλεξαν οι ερευνητές από το SIP (SICKNESS IMPACT PROFILE) (Patrick et al., 1995).

Το RDQ TWO αξιολογεί την ανικανότητα του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες εξαιτίας της οσφυαλγίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθύνεται σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 1 ανάλογα με το πόσες μέρες έχει περιορίσει ο πόνος τον ασθενή. Έτσι η απάντηση "κάθε μέρα" βαθμολογείται με 1 ενώ η απάντηση "21-27 μέρες" βαθμολογείται με 0,8, αντίστοιχα "15-21 μέρες" με 0,6, οι "8-14 μέρες" με 0,4 ενώ από "1-7 μέρες" με 0,2, οι απαντήσεις "όχι σε όλα" και "δεν εφαρμόζεται" παίρνουν βαθμό 0. (Underwood et al., 1999).

Τέλος το RDQ 7 είναι μια ακόμη τροποποιημένη έκδοση του ερωτηματολογίου, και αποτελείται από 7 ερωτήσεις κατά Likert. Ο ασθενής πρέπει να απαντήσει τις ερωτήσεις με βάση το πως νιώθει σήμερα και αφορά άτομα με χρόνια οσφυαλγία. Η βαθμολόγηση γίνεται με μια κλίμακα από 0-6. Τα χαρακτηριστικά της κλίμακας αυτής είναι: 0 βαθμούς σημαίνει "διαφωνώ απολύτως", 3 βαθμοί σημαίνει "δεν είμαι σίγουρος" και 6 βαθμοί σημαίνει "συμφωνώ απολύτως". Η τελική βαθμολογία του ερωτηματολογίου προκύπτει ως ποσοστό της συνολικής δυνατής βαθμολογίας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη αναπηρία (Walsh & Radcliffe, 2002).

### **Waddell Disability Intex (WDI)**

Το ερωτηματολόγιο Waddell Disability Intex αξιολογεί την λειτουργική ανικανότητα προερχόμενη από την οσφυαλγία. Αποτελείται από 9 ερωτήσεις που αφορούν την άρση βάρους, την καθιστή θέση, την όρθια θέση, τις μετακινήσεις με αμάξι ή λεωφορείο, το περπάτημα, τον ύπνο, την κοινωνική και σεξουαλική ζωή ενώ περιλαμβάνει και ερώτηση σχετικά με τη δυσκολία που αντιμετωπίζει το άτομο στο να φορέσει κάλτσες ή υποδήματα. Οι ασθενείς απαντούν στις ερωτήσεις με ναι ή όχι. Η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 (δεν υπάρχει λειτουργική ανικανότητα) έως 9 (μεγίστη λειτουργική ανικανότητα) (Waddell & Main, 1984).

Οι Davidson & Keating (2002) έλεγξαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των παρακάτω ερωτηματολογίων: Oswestry Disability Questionnaire, the Quebec Back Pain Disability Scale, the Roland-Morris Disability Questionnaire, the Waddell Disability Index, and the physical health scales of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Μοίρασαν 226 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 106 επιστράφηκαν μετά από 6 εβδομάδες. Η βαθμολογία για το WDI ήταν ICCs 0.74.

### **Oswestry Disability Index (ODI)**

Το ερωτηματολόγιο Oswestry Disability Index αξιολογεί την λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να επέλθει από την οσφυαλγία και αποτελείται από 10 ενότητες, με τη κάθε ενότητα να περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές σχετίζονται με την καθημερινότητα του ατόμου η οποία μπορεί να επηρεαστεί εξαιτίας της οσφυαλγίας. Οι ενότητες έχουν θέματα όπως η ένταση του πόνου, η φροντίδα του, το σήκωμα βάρους και περπάτημα, καθώς και διάφορες ερωτήσεις πχ. για όταν κάθονται σε καρέκλα, αλλά και ερωτήσεις για την όρθια θέση, για την σεξουαλική ζωή, την κοινωνική ζωή ακόμα και για τα ταξίδια. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να είναι από 0- 100%. Μια βαθμολογία από 0- 20% σημαίνει ελάχιστη αναπηρία, από 20- 40% σημαίνει μέτρια αναπηρία, από 40-60% σοβαρή αναπηρία, από 60-80% ανάπηρος ενώ τέλος 80-100% σημαίνει πως ο ασθενής είναι κατάκοιτος (Fairbank, et al 2000).

Η αξιοπιστία αλλά και η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου ODI έγινε από τους Boscainos et al. (2003). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 687 ασθενείς. Αντίστοιχη έρευνα που έγινε σε 85 ασθενείς για να αξιολογήσει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ODI στην πολωνική γλώσσα έδειξε τιμή Cronback για το ODI 0,85 ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν για το ODI 0,88. Οι Davidson & Keating (2002) έλεγξαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ακόλουθων ερωτηματολογίων: Oswestry Disability Questionnaire, the Quebec Back Pain Disability Scale, the Roland-Morris Disability Questionnaire, the Waddell Disability Index, and the physical health scales of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Διένειμαν 226 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 106 επιστράφηκαν ύστερα από 6 εβδομάδες. Η βαθμολογία για το ODI ήταν ICC 0,84.

### **Low Back Outcome Score (LBOS)**

Το Low Back Outcome Score ερωτηματολόγιο αποτελείται από 13 ερωτήσεις απευθυνόμενες σε οσφυαλγικούς και πρέπει να απαντηθούν ανάλογα με το πως νιώθουν σήμερα. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν καθημερινές δραστηριότητες (όπως ο ύπνος, το περπάτημα, η ανάπαυση, τα ταξίδια, το ντύσιμο) αλλά και ερωτήσεις για τον πόνο που νιώθει τώρα, την απασχόληση, τις οικιακές εργασίες, τις αθλητικές δραστηριότητες, την ανάπαυση, τις ιατρικές θεραπείες, την χρήση ναρκωτικών, την σεξουαλική ζωή. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας της κάθε ερώτησης και κυμαίνεται από 0 έως 75, με τις χαμηλότερες τιμές να αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη αναπηρία ενώ οι υψηλότερες αντίστοιχα μικρότερη αναπηρία (Greenough et al., 1992).

Οι Misterska et al. (2011) μετέφρασαν στην πολωνική γλώσσα το LBOS και ήλεγξαν την τιμή Cronback αλλά και την αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 85 ασθενείς, η τιμή Cronback για το LBOS ήταν 0,77 ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων δεν ήταν καλή, συγκεκριμένα ήταν 0,34. Αντίθετα σε έρευνα που συμμετείχαν 374 ασθενείς με ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν 84% και ο συντελεστής αξιοπιστίας έφτασε από 0,51 έως 0,86. (Holt et al., 2002).

### **Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)**

Το Quebec Back Pain Disability Scale ερωτηματολόγιο εκτιμά το βαθμό λειτουργικής ανικανότητας που μπορεί να προέλθει από πόνο στην πλάτη και διαθέτει 20 ερωτήσεις. Το περιεχόμενο της κλίμακας αναπτύχθηκε σε διάφορα στάδια, έπειτα από αναζήτηση στη βιβλιογραφία. Η κλίμακα αυτή αξιολογεί καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όπως: το περπάτημα, την φροντίδα του εαυτού του, τις δουλειές του σπιτιού, τον τρόπο που κάθεται ή στέκεται. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από τον ασθενή με 0 "καθόλου δύσκολο" έως το 5 "δεν μπορεί να το κάνει". Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα του συνόλου των απαντημένων ερωτήσεων και κυμαίνεται από 0-100. (Korec et al., 1995,1996)

Οι Christakou et al. (2011) σε έρευνα με δείγμα 170 οσφυαλγικούς ασθενείς συμπέραναν πως η ελληνική μετάφραση του QBPDS παρέχεται ως αξιόπιστο και έγκυρο όργανο για την αξιολόγηση των Ελλήνων ασθενών με οσφυαλγία. Αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μεταφρασμένα ερωτηματολόγια στην πολωνική γλώσσα με δείγμα 85 ασθενείς εξήγαγε πως η τιμή Cronback για το QBPDS ήταν 0,95 ενώ στην αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων η τιμή ήταν 0,93. Οι Davidson & Keating (2002) ήλεγξαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των παρακάτω ερωτηματολογίων: Oswestry Disability Questionnaire, the Quebec Back Pain Disability Scale, the Roland-Morris Disability Questionnaire, the Waddell Disability Index, and the physical health scales of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Μοίρασαν 226 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 106 επιστράφηκαν μετά από 6 εβδομάδες. Η βαθμολογία του QBPDS ICC ήταν 0,84.

### **Back Pain Functional Scale (BPFs)**

Το ερωτηματολόγιο Back Pain Functional Scale είναι κλίμακα που ελέγχει την λειτουργική κατάσταση του ασθενή και αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Τις ερωτήσεις τις έχει χρησιμοποιήσει ο συγγραφέας από ήδη υπάρχοντες κλίμακες όπως (SIP, OLBDP, QBPD, DPQ, RMQ, MOS-36, PSFS 50). Οι ερωτήσεις αφορούν καθημερινές δραστηριότητες όπως: την εργασία, την μετακίνηση ενός βάρους, τον ύπνο, την οδήγηση και χόμπι ή αθλητικές δραστηριότητες. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 έως 5, όπου το 0 σημαίνει ότι δεν μπορεί να εκτελέσει την

δραστηριότητα, το 1 υπερβολική δυσκολία στην εκτέλεση, το 2 αρκετή δυσκολία, το 3 μέτρια δυσκολία, το 4 λίγη δυσκολία και το 5 καμία δυσκολία. Η συνολική βαθμολογία BPFs μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 60. Το 60 αντιπροσωπεύει τη μη ύπαρξη δυσλειτουργίας ενώ το 0 αντίστοιχα αντιπροσωπεύει τη μέγιστη δυσλειτουργία (Stratford et al., 2000).

Οι Stratford et al. (2000) πραγματοποίησαν μελέτη για να διακρίνουν την εσωτερική συνέπεια και την αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων για το BPFs. Στην έρευνα συμμετείχαν 153 ασθενείς. Η εσωτερική συνέπεια για το BPFs ήταν εξαιρετική 0,93 ενώ η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσιών ήταν 0,82, υποδηλώνοντας ικανοποιητική αξιοπιστία

Συμπερασματικά η Roland–Morris Disability Questionnaire, η Oswestry Disability Index αλλά και η Quebec Back Pain Disability Scale είναι ιδιαίτερα αξιόπιστες κλίμακες για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των οσφυαλγικών ασθενών. Επίσης, οι παραπάνω κλίμακες έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες ανάμεσα τους και η ελληνική.. Το ίδιο ισχύει αντίστοιχα και για τις κλίμακες Back Pain Functional Scale και Waddell Disability Index.

Επιπλέον, υπάρχουν αντίστοιχα και οι κλίμακες που απευθύνονται σε ασθενείς με ισχιαλγία. Οι κλίμακες αυτές μετράνε τη μειωμένη λειτουργικότητα που μπορεί να προέλθει από μια κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου ή από σπονδυλική στένωση. Συνεπώς επηρεάζεται η λειτουργία του ισχιακού νεύρου, αλλά και η νεύρωση που προσφέρει το νεύρο αυτό στο αντίστοιχο μέλος. Οι παρακάτω κλίμακες μετράνε την μειωμένη λειτουργικότητα της οσφύς και επικεντρώνονται σημαντικά και στην μείωση της λειτουργικότητας που μπορεί να προέρθει από την ισχιαλγία και χρησιμοποιούνται ευρέως μετά από χειρουργεία στην σπονδυλική στήλη σε ασθενείς που είχαν συμπτώματα ισχιαλγίας. Παρακάτω, γίνεται μία ανάλυση για μερικές από αυτές την κλίμακες.

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

Το ερωτηματολόγιο Sciatica Bothersomeness Index περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις και απευθύνεται κυρίως σε ασθενείς με ισχιαλγία. Οι ερωτήσεις αφορούν τον πόνο στο πόδι, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πόδι, άκρο πόδα, ή ισχίο, τυχόν αδυναμία στο πόδι ή άκρο πόδα, και τον πόνο κατά την καθιστή θέση στο πόδι ή την οσφύ. Η



βαθμολόγηση κυμαίνεται από 0 έως 6. Το 0 χαρακτηρίζει τον πόνο ως "καθόλου ενοχλητικό" το 3 "κάπως ενοχλητικό" ενώ το 6 "υπερβολικά ενοχλητικό". Η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 24. Το 0 υποδηλώνει "καθόλου ενόχληση", ενώ το 24 "υπερβολική ενόχληση" (Grønle et al., 2008). Εν τέλει στο ερωτηματολόγιο προστέθηκε και 5<sup>η</sup> ερώτηση που αναφέρεται στον πόνο στην οσφύ κατά την καθιστή θέση. Οι Grønle et al. (2008) πραγματοποίησαν έρευνα για να ελέγξουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του SBI στην μεταφρασμένη του έκδοση στην νορβηγική γλωσσά. Από τους 366 ασθενείς, οι 87 συμμετείχαν στην επαναληπτική μέτρηση. Ο χρόνος ολοκλήρωσης για το ερωτηματολόγιο ήταν 1-2 λεπτά και το ICCs κυμάνθηκε στη τιμή του 0,90 ενώ το cronbach alpha στο 0,70. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο ότι πολλοί ερευνητές κάνουν χρήση του ερωτηματολογίου σε ασθενείς έπειτα από χειρουργείο στην οσφύ (Radcliff et al., 2013; Fritz et al., 2014).

### **Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ) ή RDQ 12**

Η κλίμακα Maine-Seattle Back Questionnaire ή αλλιώς RDQ 12 προέρχεται από το RDQ 23 και αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Η κλίμακα αυτή είναι κατάλληλη για ασθενείς άνω των 18 ετών με ισχιαλγία που οφείλεται σε κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου ή σπονδυλική στένωση. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με 0 ή 1. Με το 0 να σημαίνει ότι δεν τον εκφράζει η συγκεκριμένη ερώτηση και το 1 αντίστοιχα πως τον εκφράζει. Η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-12 με το 0 να υποδηλώνει έλλειψη πόνου και το 12 σοβαρή δυσλειτουργία (Atlas et al., 2003). Οι Atlas et al. (2003) επιθυμούσαν να τροποποιήσουν το RDQ 23 και να δημιουργήσουν μια μικρότερη εκδοχή του ερωτηματολογίου, το RDQ 12. Έτσι, εξέτασαν 507 ασθενείς με ισχιαλγία. Η εσωτερική συνέπεια ήταν πολύ καλή, αλλά λίγο χαμηλότερη για την κλίμακα RDQ 12 σε σχέση με το RDQ 23. Ο επανέλεγχος σε διάστημα 3 μηνών ήταν πολύ καλός και δεν διέφερε το RDQ 23 με το RDQ 12 ενώ η εγκυρότητα και στις 2 κλίμακες ήταν αρκετά υψηλή. Το RDQ 12 αποδίδει εξαιρετικά καλά σε σύγκριση με την αρχική κλίμακα RDQ 23 (Atlas et al., 2003). Ωστόσο οι Grønle et al. (2008) πραγματοποίησαν έρευνα για να ελέγξουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του RDQ 12 στην μεταφρασμένη του έκδοση στην νορβηγική γλωσσά. Από τους 366 ασθενείς, οι 87 συμμετείχαν στην επαναληπτική μέτρηση. Ο χρόνος ολοκλήρωσης για το ερωτηματολόγιο ήταν 1-2 λεπτά και το ICCs κυμάνθηκε στο 0,86 ενώ το cronbach alpha στο 0,74.

## **Ερωτηματολόγια για πρόληψη και πρόγνωση της οσφυαλγίας**

Τα ερωτηματολόγια αυτά αποσκοπούν στην πρόγνωση και την πρόληψη της οσφυαλγίας, και εντοπίζουν ποιοι ασθενείς χρειάζονται άμεσα αποκατάσταση. Τα εργαλεία αυτά σε πρόσφατες μελέτες παρουσίασαν καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και έγιναν αποδεκτά από γιατρούς και ασθενείς (Hill et al., 2008).

### **Keele Start Back Screening Tool**

Το Keele Start Back Screening Tool είναι μια κλίμακα που βοηθά στην πρόγνωση του πόνου στην οσφύ καθώς και στην αρχική λήψη των αποφάσεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αποτελείται από εννέα ερωτήσεις όπου ο ασθενής πρέπει να επιλέξει αν συμφωνεί ή διαφωνεί με αυτές. Οι ερωτήσεις αυτές ελέγχουν την ενόχληση, τον αναφερόμενο πόνο στο κάτω άκρο, την αναπηρία, την υπερβολή στο πρόβλημα, το φόβο, το άγχος και την κατάθλιψη. Ανάλογα με την βαθμολογία που συλλέγει ο ασθενής κατατάσσεται σε μία ομάδα "χαμηλού κινδύνου" που διαθέτει ενοχλήσεις ή λίγο πόνο στην οσφύ, "μέσου κινδύνου" που έχει πόνο αλλά χωρίς ψυχοκοινωνικά προβλήματα και "υψηλού κινδύνου" με σοβαρό πόνο και ψυχοκοινωνικά προβλήματα και ανάλογα υπάρχει προτεινόμενη προσέγγιση θεραπείας (Hill et al., 2008). Όσον αφορά την ομάδα "χαμηλού κινδύνου" συνήθως προτείνεται μία 30 λεπτή συνάντηση με ένα φυσικοθεραπευτή όπου δίνει συμβουλές και εξηγεί κάποια δεδομένα στον ασθενή για την οσφυαλγία. Για την ομάδα "μέσου κίνδυνου" προτείνονται πάνω από 6 συνεδρίες των 30 λεπτών επειδή στοχεύει περισσότερο σε φυσικά χαρακτηριστικά, ενώ για την ομάδα "υψηλού κίνδυνου" ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να είναι εξειδικευμένος ώστε να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει τον πόνο αλλά και την ψυχολογική δυσφορία με τη χρήση των κατάλληλων γνωστικών στρατηγικών συμπεριφοράς (Hay et al., 2008).

Αναφορικά με την αξιοπιστία του Keele Start Back Screening Tool σε έρευνα των Bruyere et al. (2014) με δείγμα 108 ασθενείς, αξιολογήθηκε η αξιοπιστία της γαλλικής έκδοσης του Keele Start Back Screening Tool. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων SBST, Roland-Morris Disability Questionnaire, Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, Medical Outcomes Survey Short Form-36 questionnaire, και σε μία pain visual analogue scale. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων του SBST συνολικής βαθμολογίας ήταν εξαιρετική με εσωτερικό συντελεστή συσχέτισης 0,90 Ο συντελεστής του Cronbach ήταν 0,73 και

δείχνει μια καλή εσωτερική συνοχή για την ψυχολογική υποκλίμακα. Παρατηρήθηκαν υψηλοί συντελεστές συσχέτισης Spearman 0,74, μεταξύ των SBST και Roland-Morris ερωτηματολογίων και 0,74 μεταξύ του SBST και The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire ( Luan et al., 2014).

### **Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire**

Το Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire είναι μια παραλλαγή του ερωτηματολογίου ALBPSQ (Linton & Boersma 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό συμβάλλει στον εντοπισμό των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης επίμονων προβλημάτων εξαιτίας της οσφυαλγίας, όπως η μακροχρόνια απουσία από την εργασία, συνεχή περιορισμό στην λειτουργικότητα ή συνεχή πόνο (Nonclercg & Berguin, 2012). Αποτελείται από 25 ερωτήσεις που αφορούν την απουσία από την εργασία, το άγχος, την κατάθλιψη, τον πόνο, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που σχετίζονται με τον πόνο, την αντιμετώπιση, την ικανοποίηση από την εργασία, και τις προσδοκίες του ασθενούς για να ανακάμψει. Η βαθμολογία μπορεί να φτάνει από 2 έως 210 μονάδες. Υψηλότερες τιμές δείχνουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων προβλημάτων εξαιτίας της οσφυαλγίας. Η τιμή 105 και άνω είναι ένδειξη για άτομα που βρίσκονται σε "σε κίνδυνο" για την ανάπτυξη χρόνιων προβλημάτων (Sattelmayer et al., 2012).

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε έρευνα για την προγνωστική χρησιμότητα του ερωτηματολογίου Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire με στόχο τον εντοπισμό των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για την ανάπτυξη χρόνιας οσφυαλγίας. Δείγμα 107 υποψηφίων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και παρακολούθησαν για διάστημα 6 μηνών για να αξιολογήσουν τη σχέση τους με τον πόνο, τη λειτουργικότητα, και την απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας. Οι αναλύσεις του ερωτηματολογίου βρήκαν πως το 68% των ασθενών απουσίασαν από την εργασία. Ακόμα προέκυψε με μειωμένη λειτουργικότητα το 81% του δείγματος και με συμπτώματα πόνου το 71% αντίστοιχα. Μια συνολική ανάλυση της βαθμολογίας κατέδειξε ότι σκορ 90 πόντων κατέδειξε ευαισθησία 89% και ειδικότητα 65% για τις απουσίες λόγω ασθένειας, και ευαισθησία 74% και ειδικότητα 79% για τη λειτουργική ικανότητα (Linton & Boersma, 2003). Άλλη μια έρευνα έγινε με σκοπό τη σύγκριση του OMPSQ και του SBT σε 244 ασθενείς με "μη ειδική

οσφυαλγία". Οι 130 από τους 244 ολοκλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Η συσχέτιση της SBT και ÖMPSQ ήταν εξαιρετική ( $r_s = 0,80$ ), το ÖMPSQ ήταν καλύτερο στη διάκριση της έντασης του πόνου, ενώ το SBT ήταν καλύτερο για τη διάκριση της ενόχλησης στην οσφύ και για την ισχιαλγία. Συγκριτικά και τα 2 ερωτηματολόγια είναι αξιόπιστα, ωστόσο το SBT είναι μικρότερο σε έκταση και πιο ευκολονόητο για τον ασθενή, ενώ αποτελεί κατάλληλη εναλλακτική λύση για τον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου οσφυαλγίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Hill et al., 2010).

Συμπερασματικά το Keele Start Back Screening Tool αλλά και το Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire είναι εξίσου αξιόπιστα και έγκυρα ερωτηματολόγια για την πρόγνωση της οσφυαλγίας. Το Keele Start Back Screening Tool είναι μικρότερο σε μέγεθος ερωτηματο-λόγιο από το Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire και συνεπώς ο ασθενής το συμπληρώνει πιο γρήγορα. Ακόμα το Keele Start Back Screening Tool κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε 3 ομάδες και προτείνει θεραπεία, σε αντίθεση με το Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire που δεν προτείνει..

### **Ερωτηματολόγια που αξιολογούν το άγχος και τη κατάθλιψη**

Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι έγκυρα εργαλεία μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων με ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με οσφυαλγία, και συγκεκριμένα το άγχος και την κατάθλιψη που νιώθουν. Σκοπός είναι να παρέχει ένα έγκυρο και αποδεκτό εργαλείο, για τον εντοπισμό και την ποσοτικοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης. (Michopoulos et al., 2008)

### **Hospital Anxiety and Depression (HAD)**

Η κλίμακα HAD αποτελεί ένα ακόμα αυτο-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο. Αναπτύχθηκε για να ανιχνεύσει τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, και συναισθηματικής δυσφορίας μεταξύ των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία για μια ποικιλία κλινικών προβλημάτων (Zigmond & Snaith, 1983). Έχει συνολικά 14 ερωτήσεις, με τις απαντήσεις να βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από 0-3, με το 3 να δείχνει υψηλότερης συχνότητας σύμπτωμα (Whelan et al., 2009). Η βαθμολογία για κάθε

υποκλίμακα (άγχος και κατάθλιψη) μπορεί να κυμαίνεται από 0-21 με τα αποτελέσματα να κατηγοριοποιούνται ως εξής: κανονικό (0-7), ήπια (8-10), μέτρια (11-14), σοβαρή (15-21). Η βαθμολογία για το σύνολο της κλίμακας (συναισθηματική δυσφορία) κυμαίνεται από 0-42, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη αγωνία. Πριν από την συμπλήρωση της κλίμακας οι ασθενείς καλούνται να "συμπληρώσουν τα στοιχεία πλήρως ώστε να αντικατοπτρίζουν το πώς ένιωθαν κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας" (Zigmond & Snaith, 1983)

Όσον αφορά την αξιοπιστία αλλά και την εγκυρότητα του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου HADS στο γενικό νοσοκομείο "Αττικών" στην Αθήνα χορηγήθηκε η κλίμακα HADS σε 521 ασθενείς των τμημάτων παθολογικής και χειρουργικής κλινικής για την αξιολόγησή της. Η HADS παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνοχή. Η τιμή του Cronbach για το σύνολο των HADS ήταν 0.884 ενώ 0.829 για το άγχος και για την κατάθλιψη 0.840.

Πενήντα από τους ασθενείς, επιλέχθηκαν τυχαία ώστε να συμπληρώσουν την HADS για δεύτερη φορά σε μεσοδιάστημα 20 ημερών. Τόσο η συνολική κλίμακα όσο και οι δύο υποκλίμακες εμφάνισαν μεγάλη σταθερότητα επανελέγχου. Ο εσωτερικός συντελεστής συσχέτισης για το σύνολο των HADS ήταν 0.944, για την HADS/άγχος 0,899 και για την HADS/κατάθλιψη 0.837. Καμία από τις κλίμακες δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο δοκιμών (Michopoulos et al., 2008). Όσον αφορά τους οσφυαλγικούς ασθενείς έγινε έρευνα για τον έλεγχο της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία. Ένα σύνολο 564 ασθενών που είχαν πόνο για διάστημα από 2 έως 10 μήνες οφειλόμενο σε μη ειδική οσφυαλγία αξιολογήθηκαν. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια: Single-item questions for depression and anxiety from the Subjective Health Complaint Inventory and 2 longer questionnaires, the Hospital Anxiety and Depression Scale και Hopkins Symptom Checklist-25. Τα ερωτηματολόγια αυτά συγκριθήκαν με το Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Το HAD έδειξε ευαισθησία 91% και 85% ειδικότητα για καταθλιπτικές διαταραχές και ευαισθησία 58% και 83% ειδικότητα για τις διαταραχές άγχους (Reme et al., 2014).

## **The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**

Η The State-Trait Anxiety Inventory είναι κλίμακα που εξετάζει τα συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει το άγχος στους ασθενείς. Αποτελείται από 2 υποκλίμακες που συνολικά αποτελούνται από 40 ερωτήσεις (20 η κάθε υποκλίμακα). Η the State Anxiety Scale (S-Anxiety) είναι μία υποκλίμακα που εξετάζει τι νιώθει ο ασθενής "τώρα" χρησιμοποιώντας στοιχεία τα οποία μετρούν υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας, ένταση, νευρικότητα, ανησυχία, και την ενεργοποίηση/διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ η The Trait Anxiety Scale (T-Anxiety) κλίμακα αξιολογεί την προδιάθεση στο άγχος, την κατάσταση ηρεμίας, εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Υπάρχει και μια παραλλαγή του ερωτηματολογίου STAI που είναι για παιδιά, η STAIC αποτελούμενη από τον ίδιο αριθμό ερωτήσεων (Julian, 2011). Η βαθμολόγηση κάθε ερώτησης είναι από 1 έως το 4. Για το (T-Anxiety) οι απαντήσεις για κάθε ερώτηση είναι : (1) σχεδόν ποτέ, (2) μερικές φορές, (3) πολλές φορές, (4) σχεδόν πάντα. Αντίστοιχα για το (S-Anxiety) οι απαντήσεις για κάθε ερώτηση είναι : (1) δεν είναι καθόλου, (2) κάπως, (3) μέτρια, (4) πάρα πολύ έτσι. Η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 20 έως 80 (Fountoulakis et al., 2006).

Όσον αφορά την αξιοπιστία του State-Trait Anxiety Inventory μορφής Y, ερευνητές μετάφρασαν το ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα και εξέτασαν την αξιοπιστία και τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής μετάφρασής του. Συμμετείχαν 121 υγιείς εθελοντές και 22 ασθενείς με κατάθλιψη. Η βαθμολογία για τους υγιείς για το (S-Anxiety) ήταν  $24.95 \pm 11.36$ , ενώ για (T-Anxiety) ήταν  $27.88 \pm 11.43$ . Για τους ασθενείς με κατάθλιψη ήταν  $44.91 \pm 9.18$  και  $43.50 \pm 9.99$  αντίστοιχα. Το  $\alpha$ -Cronbach για το (S-Anxiety) ήταν 0,93 ενώ για το (T-Anxiety) ήταν 0,92. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν εξαιρετική, με το συντελεστή Pearson να είναι μεταξύ 0,75 και 0,98 για τα επιμέρους στοιχεία και ίσο με 0,96 για το (S-Anxiety) και 0,98 για το (T-Anxiety). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman Rank μεταξύ των υποκλιμάκων STAI ήταν 0.79 (Fountoulakis et al., 2006). Μια μετά-ανάλυση που είχε στόχο να ελέγξει την αξιοπιστία της STAI επέλεξε 131 επιστημονικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν την χρονική περίοδο 2008 με 2012. Η αξιοπιστία για την εύρεση ασθενών με διαταραχή άγχους ήταν μεταξύ 0,87 και 0,93. Έτσι φαίνεται ότι η STAI είναι ευαίσθητη για να βρει το επίπεδο του άγχους του ατόμου και αξιόπιστη για τους ασθενείς με διάγνωση κρίσης πανικού, ειδική φοβία, κοινωνική φοβία, γενικευμένη κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή,

διαταραχή μετά-τραυματικού στρες, ή οξεία διαταραχή στρες (Guillén-Riquelme & Buéla, 2014).

### **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

Το Beck Anxiety Inventory είναι ερωτηματολόγιο που μετράει το άγχος με έμφαση στα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να αναπτύξει ο ασθενής από αυτό (Beck et al., 1988). Αποτελείται από 21 ερωτήσεις όπου ο ασθενής μπορεί να απαντήσει με 0 (καθόλου) έως 3 (σοβαρά). Η τελική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0-63. Σκορ από 0-9 σημαίνει καθόλου άγχος, 10-18 ήπιο έως μέτριο άγχος, 19-29 μέτριο έως σοβαρό άγχος, 30-63 σοβαρή ανησυχία (Julian, 2011).

Επίσης πραγματοποιήθηκαν 2 έρευνες για να αξιολογήσουν την Beck Anxiety Inventory σε αξιοπιστία και εγκυρότητα. Στην πρώτη μελέτη εξέτασαν 40 ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές. Η Beck Anxiety Inventory είχε (Cronbach  $\alpha = .94$ ) και αξιοπιστία στην επανάληψη μετά από μια περίοδο 11 ημερών ( $r = .67$ ). Η δεύτερη μελέτη έγινε για να μετρηθεί η εγκυρότητα της BAI έναντι του άγχους και της κατάθλιψης σε σύγκριση με την The State-Trait Anxiety Inventory. Δείγμα 71 ασθενών με αγχώδεις διαταραχές συμπλήρωσαν το State-Trait Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, daily diary ratings of anxiety και τη BAI. Όσοι συμπλήρωσαν την κλίμακα BAI τα πήγαν καλύτερα στα τεστ για συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα σε σχέση με αυτούς που συμπλήρωσαν την Trait Anxiety. Η BAI ήταν καλύτερη από το daily diary ratings of anxiety όμως η The State-Trait Anxiety Inventory μορφής Y ήταν καλύτερη από την BAI (Fydrich et al., 1992).

### **Beck Depression Inventory (BDI)**

Η Beck Depression Inventory είναι μια κλίμακα που αξιολογεί συμπτώματα και χαρακτηριστικά της κατάθλιψης (Beck et al., 1961). Αποτελείται από 21 ερωτήσεις που ο ασθενής μπορεί να απαντήσει με 0 (καθόλου) έως 3 (σοβαρά). Η τελική βαθμολογία μπορεί να έχει τιμές από 0-63. Σκορ από 0-9 υποδηλώνει ελάχιστη κατάθλιψη, 10-18 ήπια κατάθλιψη, 19-29 μέτρια κατάθλιψη, 30-63 σοβαρή κατάθλιψη (Beck et al., 1988). Υπάρχουν και παραλλαγές της κλίμακας αυτής όπως η BDI-IA και η BDI-II (Beck AT, et al 1996).

Όσον αφορά τη διαγνωστική εγκυρότητα της κλίμακας Beck Depression Inventory (BDI), η BDI χορηγήθηκε τυχαία σε 2645 άτομα στην νότια Κορέα που ήταν άνω των 60 ετών. Από τους 2645, οι 84 είχαν κατάθλιψη. Η BDI έδειξε σημαντική θετική εσωτερική συνοχή ( $r = 0,88$ ) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ( $r = 0,60$ ) (Jo et al., 2007). Αντίστοιχη έρευνα έγινε για τον έλεγχο της εγκυρότητα και της αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε 2 φορές σε διάστημα μίας εβδομάδας σε 105 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο ενώ συμπλήρωναν ταυτόχρονα και τη κλίμακα HAD. Η ελληνική έκδοση είχε  $\alpha$ -Cronbach 0,906. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων σε όρους Spearman-rho, ο συντελεστής Pearson-rho και tau-b Kendall ήταν επίσης ικανοποιητικός ( $p < 0.0005$ ). Συσχετίσεις μεταξύ του BDI και της HAD κλίμακας, ήταν 0.544 για την υποκλίμακα του άγχους και 0.657 για την υποκλίμακα της κατάθλιψης (Mystakidou et al., 2007).

Συμπερασματικά όλες οι παραπάνω κλίμακες είναι ιδιαίτερα αξιόπιστες.

### **Ερωτηματολόγια Γενικής Υγείας**

Η κλίμακα SF-12 αποτελεί ένα γενικό ερωτηματολόγιο των ίδιων των ασθενών για την γενική τους υγεία, με σκοπό να συγκεντρωθούν πληροφορίες για το πώς αισθάνονται οι ασθενείς και κατά πόσο μπορούν να ασχοληθούν με τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της SF-12 κλίμακα είναι τεκμηριωμένη σε ένα γενικό πληθυσμό (Luo et al., 2003)

Η SF-12(Health Survey) είναι κλίμακα αποτελούμενη από 12 ερωτήσεις, προερχόμενη από την αρχική κλίμακα SF-36 που περιλαμβάνει αντίστοιχα 36 ερωτήσεις (Ware et al., 1996). Αναπτύχθηκε για να παρέχει μια μικρότερη, ακόμη έγκυρη εναλλακτική λύση για το SF-36. Οι ερωτήσεις συνδυάστηκαν για να αξιολογηθεί η ψυχική, η σωματική, καθώς και η γενική υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Το SF-12 είναι ένα γενικό μέτρο και δεν στοχεύει σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ή ασθένεια. Το ερωτηματολόγιο περιέχει



κατηγορηματικές απαντήσεις στις ερωτήσεις του (π.χ. ναι/όχι) που αξιολογούν τους περιορισμούς σε λειτουργικότητα ως αποτέλεσμα της φυσικής και συναισθηματικής υγείας. Η κλίμακα περιλαμβάνει ερώτηση που αξιολογεί τη συνολική υγεία με απαντήσεις όπως (άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή). Επιπλέον, διαθέτει ερωτήσεις που αξιολογούν τους περιορισμούς στη φυσική δραστηριότητα και τη σωματική λειτουργία με απαντήσεις (π.χ., με περιορίζει πολύ, με περιορίζει λίγο ή δεν με περιορίζει καθόλου). Ακόμα περιέχει ερωτήσεις που αξιολογούν τους περιορισμούς σε λειτουργικότητα ως αποτέλεσμα της σωματικής και συναισθηματικής υγείας με κατηγορηματικές απαντήσεις (π.χ. ναι/όχι). Άλλη ερώτηση αξιολογεί τον πόνο με απαντήσεις όπως (π.χ., καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ μεγάλο βαθμό, και υπερβολικά) και επίσης διαθέτει ερώτηση που αξιολογεί τη συνολική υγεία με απαντήσεις όπως (άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια και κακή) καθώς και ερωτήσεις που αξιολογούν την ψυχική υγεία, τη ζωτικότητα και την κοινωνικότητα με απαντήσεις όπως συνεχώς, τις περισσότερες φορές, μερικές φορές, λίγες φορές, καθόλου (Larson, 2002)

Όσον αφορά την αξιολόγηση της εγκυρότητας του SF-12 εξετάστηκαν 1.005 ασθενείς άνω των 18 ετών προερχόμενοι από το γενικό ελληνικό πληθυσμό. Η έρευνα περιελάμβανε επίσης το SF-36, το EuroQol EQ-5D και ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την υγεία. Οι βαθμολογίες των PCS-12 και MCS-12 ήταν 93,2% και 86,9% αντίστοιχα της συνολικής διακύμανσης των PCS-36 και MCS-36, υποστηρίζοντας την εγκυρότητα του περιεχομένου του Ελληνικού SF-12. Συγκεκριμένα  $r = 0,97$  ( $p < 0,01$ ) μεταξύ PCS-36 και PCS-12 και  $r = 0,93$  ( $p < 0,01$ ) μεταξύ της MCS-36 και MCS-12 (Κοντοδημόπουλος και συν. 2007). Άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε για να συσχετίσει τις κλίμακες SF-36 και SF-12. Στην έρευνα αυτή πήραν μέρος 9.151 άτομα από το γενικό πληθυσμό προερχόμενοι από εννέα διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Νορβηγία, Ισπανία, Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο). Οι συσχετίσεις μεταξύ SF-36 και SF-12 ήταν πολύ υψηλές και κυμαίνονται 0,94 έως 0,96 και 0,94 έως 0,97 για τη σωματική και ψυχική υγεία αντίστοιχα (Gandek et al., 1998).

Το SF-12 έχει καλή αξιοπιστία καθώς και εγκυρότητα με ευκολία στην συμπλήρωσή του.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ.**

Στον παρόν κεφάλαιο παρατίθεται ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην οσφυαλγία. Μέσα από την διεθνή αρθρογραφία αναφέρεται η έννοια των ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στο τι περιλαμβάνουν, πως επηρεάζουν την οσφυαλγία και πως ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να τους αναγνωρίσει και να τους αξιολογήσει. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στην επίδραση του πόνου στους ασθενείς με οσφυαλγία και πως μπορεί να αντιμετωπιστεί.

### **3.1. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ**

Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της οσφυαλγίας και αυτοί είναι 1) **Φυσικοί** (π.χ επίπονες στάσεις εργασίας) 2) **Ατομικοί** (π.χ ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο) και 3) **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**(πχ άγχος,κατάθλιψη) (Πολλάλης και συν 2012) Λέγοντας ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, εννοούμε εκείνους τους παράγοντες που αφορούν την αλληλεπίδραση των ψυχολογικών καταστάσεων με το κοινωνικό περιβάλλον. (Πολλάλης και συν 2012)

Στους σημαντικότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, σχετιζόμενους με την οσφυαλγία ανήκουν τα παρακάτω:

- ◆ **Stress** : μια συγκινησιακή αντίδραση σε στρεσογόνο παράγοντα, που χαρακτηρίζεται από αγωνία πχ όταν ένας εργαζόμενος αισθάνεται ότι οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες του είναι ανεπαρκείς για να ανταπεξέλθει στις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας, τότε αρχίζει το << stress>>, δηλαδή να είναι υπό πίεση.(Freeman, 1975)
- ◆ **κατάθλιψη** :αποτελεί διαταραχή της διάθεσης όπου το άτομο αποκτά αρνητική οπτική για τον εαυτό του
- ◆ **φόβος κίνησης (kinesiophobia)**
- ◆ **φόβος πόνου & γενικότερες πεπονηθήσεις αποφυγής πόνου**
- ◆ **χαμηλό εισόδημα**
- ◆ **χαμηλό επίπεδο μόρφωσης**
- ◆ **κοινωνική απομόνωση.**
- ◆ **δυσaréσκεια στο εργασιακό περιβάλλον**
- ◆ **έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό του** (Anderson, 1999). κ.α

### 3.1.1. Αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων

Είναι, γενικώς αποδεκτό ότι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και στην επιμονή της οσφυαλγίας(Waddell, 2004).Υπάρχουν επιστημονικές αποδεδειγμένες έρευνες που αναφέρουν,ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την οσφυαλγία είναι διαφορετικοί για το κάθε άτομο και δεν υπάρχει κανένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά που να επιφέρει αποτελέσματα για όλους τους ασθενείς. Έχει υποστηριχθεί ότι η υποομαδοποίηση και ο στόχος θεραπείας σύμφωνα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενή είναι πολύ σημαντική για την παροχή της βέλτιστης περίθαλψης στους ασθενείς με οσφυαλγία (Borkan&Cherkin,1996 ; Abraham& Killackey, 2002; Fritz 2007).Έτσι έχουν αναπτυχθεί κάποια <<πρώτης γραμμής>> ερωτηματολόγια ελέγχου για την διευκόλυνση υπο-ομαδοποίησης των ασθενών με οσφυαλγία,σύμφωνα με τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά (Hill et all, 2008 ; Main et all,1992; Pilowsky&Spence, 1983).Μερικοί από τους γνωστούς τρόπους μέτρησης είναι

- Ø **The Keele StarT Back Screening Tool**, το οποίο έχει προγνωστικό χαρακτήρα, αναγνωρίζει και ταξινομεί τους ασθενείς σε 3 κατηγορίες, χαμηλού, μεσαίου, και υψηλού κινδύνου. (Hill et al., 2008) Στόχος η κατηγοριοποίηση ασθενών σε ομάδες έτσι ώστε να διακριθούν αυτοί που χρειάζονται άμεσα κάποιου είδους θεραπεία..
- Ø **Distress & Risk Assessment Method** το οποίο αφορά τους ασθενείς με οσφυαλγία και είναι ένα πρακτικό μέσο εκτίμησης του βαθμού ψυχολογικής διαταραχής. Και κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε << φυσιολογικός>>, <<σε κίνδυνο>>, << θλιμμένος -καταθληπτικός>> και << θλιμμένος σωματικό >>.(Hobby et al., 2001)
- Ø **Maine-Seattle Back Questionnaire** το οποίο αξιολογεί τους λειτουργικούς περιορισμούς λόγω του πόνου στην οσφύ.(Haugen et al., 2011). Αναφέται για ασθενείς με ισχιαλγία και στένωση σπονδυλικού σωλήνα.
- Ø **Roland-Moris Disability Index** το οποίο αξιολογεί την σωματική ανικανότητα λόγω της οσφυαλγίας. Στόχος είναι η αξιολόγηση του επιπέδου ανικανότητας που μπορεί να προκληθεί από επεισόδια οσφυαλγίας και τους λειτουργικούς περιορισμούς.

**Ø Κλίμακα HAD η οποία ανιχνεύει τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συναισθηματικής δυσφορίας μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από οσφυαλγία. (Zigmond & Snaith 1983)**

Προσοχή έχει δοθεί στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ερωτηματολογίων ελέγχου (Hill et al,2010; Prior&Bond 2010; Chaturvedi et al,1996 ) αλλά έχει δοθεί μικρή προσοχή στην εγκυρότητα των σημείων και των συμπτωμάτων που αναγνωρίζονται κατά την κλινική εξέταση ή στις αξιολογήσεις. Πρόσφατα οι Jellema et al (2007) συμπέραναν ότι οι εκτιμήσεις που γίνονται από τους γενικούς ιατρούς ήταν το ίδιο αξιόπιστες στην αξιολόγηση των ασθενών με οσφυαλγία.

Η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με οσφυαλγία θεωρείται ότι ελέγχεται από πολλά συμπτώματα, όπως της περιορισμένης κινητικότητας οσφύος και αδυναμία επικέντρωσης. Ο Waddel et al,(2004) προτείνει τη χρήση διαγραμμάτων πόνου, τα σημεία και συμπτώματα πόνου. Σύμφωνα με τους Pope et al,(1980); Carnes et al (2006) θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα ψυχολογικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία των ασθενών με οσφυαλγία.

### **3.2. Η επίδραση της οσφυαλγίας στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.**

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε άτομα με χρόνια πόνο.( Dworkin& Giltin, 1991 al; Rush et al., 2000).Σε κλινικά δείγματα βρέθηκε ότι τα ποσοστά της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνονταν μεταξύ 30-54%, ποσοστό υψηλότερο από το 5-8% που βρέθηκε στο γενικό πληθυσμό του Καναδά (Kessler et al., 2003). Παρ'όλα αυτά μόνο ένα μικρό ποσοστό ατόμων με χρόνια πόνο αναφέρει ότι επισκέπτεται τα ιατρεία (Magni et al.,1990; Wilson et al). Επιπλέον ασθενείς που επιζητούν θεραπεία έχουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας και μεγαλύτερη επαγγελματική δυσλειτουργία.( Dersh et al., 2002)

Λίγες είναι οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό. Μια πρώιμη μελέτη από τους Von Korff et al., 1998 έδειξε ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν πιο συχνά σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία σε σύγκριση με άτομα που δεν πόναγαν. Η κατάθλιψη ήταν άσχετη με την ένταση του πόνου αλλά σχετιζόταν με την εμφάνιση του πόνου.

Μια μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ (Magni et al., 1993) έδειξε ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης σε άτομα με χρόνια πόνο ήταν 18% σε αντίθεση με τα άτομα που δεν πόναγαν, που ήταν 8%. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από 1 έρευνα των Magni et al., 1993. Επιπλέον μια άλλη μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι η ψυχολογική δυσφορία ήταν πιο συχνή σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία, παρά στα άτομα που δεν πόναγαν(Von Korff & Simon 1996).

Τα αποτελέσματα όλων αυτών των επιδημιολογικών μελετών επισημαίνουν ότι η **κατάθλιψη** είναι πιο συχνή σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία. Ακριβείς εκτιμήσεις για την επικράτηση είναι δύσκολο να εξαχθούν λόγω των διακυμάνσεων στο σχεδιασμό μελέτης, την μέτρηση κατάθλιψης και τον ορισμό χρόνιου οσφυαλγίας. Σύμφωνα με άλλες μεγάλες έρευνες του Καναδά και των άλλων χωρών (Blazer et al.,1994, DeMarko 2000; Kessler et al.,2003), που σχετίζονταν με την κατάθλιψη έδειξαν ότι υπήρξε σημαντική η επίδραση της ηλικίας, φύλου και οικογενειακής κατάστασης με την κατάθλιψη σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία παρά σε άτομα χωρίς πόνο.

Έρευνα στην Ελλάδα έδειξε ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς (37.2%) σε σχέση με τους άνδρες (25.8%) (Stranjalis et al. 2004) Επίσης ακόμα και οι γυναίκες οι οποίες δεν ήταν παντρεμένες, έδειξε ότι είχαν περισσότερη πιθανότητα να πάθουν

κατάθλιψη ανεξάρτητα από την κατάσταση του πόνου. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούσαν με τα αποτελέσματα της έρευνας των Magni et al., (1990-1993).

Επιπλέον έρευνες αναφέρουν ότι **η ηλικία** παίζει ρόλο, συγκεκριμένα αναφέρουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο μεγαλύτερη και η διάρκεια του πόνου.(Ghaffari et al, 2006).

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι **η απουσία από την δουλειά** έχει ψυχολογικό αντίκτυπο στον εργαζόμενο, καθώς το άτομο είναι σε θέση να χάσει το κοινωνικό του ρόλο και τον έλεγχο της ζωής του (Joling et al., 2004; Lemstra&Olszynski,2003) Οι σκέψεις σχετικά με την εργασία προκαλούν επιπλέον άγχος στο ήδη υπάρχον, λόγω οσφυαλγίας και αυξάνουν το αίσθημα της αγωνίας και της κατάθλιψης (Joling et al.,2004; Staal et al.,2005 ).Σύμφωνα με αυτά η πρόωγη επιστροφή της εργασίας επιφέρει το ψυχολογικό όφελος της διαρκούς ένταξης στο εργασιακό περιβάλλον και το όφελος της αποφυγής σοβαρών ψυχολογικών και ιατρικών επιδράσεων τόσο στην εργασιακή ζωή όσο και στον ελεύθερο χρόνο του εργαζόμενου με οσφυαλγία.

Η **κοινωνική απομόνωση** είναι διαδεδομένη και σχετίζεται με ανικανότητα οφειλόμενη σε οσφυαλγία, η οποία όμως δεν προέβλεπε κατάθλιψη. ( Oliveira et al., 2014). Απο μια έρευνα των Hawthorne et al, 2013, οι οποίοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα Friendship Scale (FS), προέκυψε ότι όσοι ανέφεραν ότι έπασχαν από οσφυαλγία,εμφάνιζαν σοβαρή κοινωνική απομόνωση. Το ίδιο ανέφεραν και Tse et al, 2012

Όσο αναφορά **την κινησιοφοβία**, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 193 οσφυαλγικούς ασθενείς με στόχο να περιγράψουν τον πόνο, την κινησιοφοβία και την ποιότητα ζωής τους, προέκυψε ότι ασθενείς με οσφυαλγία και κατάθλιψη παρουσιάζουν περισσότερη ευαισθησία στον πόνο, μεγαλύτερο φόβο κίνησης με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αποφεύγουν έστω και την πιο απλή κίνηση με αποτέλεσμα την χαμηλή ποιότητα ζωής. (Antunes., et al 2013).Η ηλικία και το φύλο σχετίζονται με την κινησιοφοβία. Όσο αναφορά το φύλο, οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπής, διότι μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αρχίζουν να χάνουν σταθερά μυϊκή μάζα και οδηγούνται σε απώλεια μυϊκής δυνάμεως 1-2% (Brown et al., 2000)

Όσο αναφορά **τον φόβο του πόνου** οι Waddel et al, (1993) σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν σε 184 ασθενείς, έδειξε ότι η αποφυγή του πόνου αποτελεί παράγοντα επιμονής της οσφυαλγίας και ότι αντιπροσωπεύει το 23% της αναπηρίας στις καθημερινές δραστηριότητες, και το 26% της απώλειας της εργασίας.

Επίσης από την έρευνα των Ghaffari et al (2006) προέκυψε ότι και το **είδος της δουλειάς** παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της οσφυαλγίας. Συγκεκριμένα η δουλειά που περιέχει άρση βαριών αντικειμένων συμβάλλει στην επιβάρυνση της κατάστασης του ασθενή που πάσχει από οσφυαλγία.

**Η περιοχή** που κατοικούν τα άτομα επίσης παίζει σημαντικό ρόλο (για παράδειγμα ένας κάτοικος της ανατολικής Τουρκίας έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει το πρόβλημα της οσφυαλγίας)(Breivik et al,2006; Gilgi et al, 2005)

Τέλος και **το φύλο** είναι σημαντικός παράγοντας,σε έρευνα του Alexopoulos et al, (2008) αναφέρεται ότι οι γυναίκες πονάνε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους άνδρες.



### **3.3. Αντιμετώπιση οσφυαλγίας μέσω ειδικών προγραμμάτων**

Έχει αναφερθεί ότι η ψυχοπαθολογία που δεν αναγνωρίζεται και δεν αντιμετωπίζεται, μπορεί να εμποδίσει σημαντικά την επιτυχή αποκατάσταση των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία (Gatchel et al., 1986; Korbon et al., 1987). Έρευνες αναφέρουν ότι αν αντιμετωπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες τότε θα μειωθεί και ο πόνος που σχετίζεται με την οσφυαλγία. Σύμφωνα λοιπόν με την έρευνα των Chou et al. (2009) προέκυψε ότι τα <<Σχολεία Οσφυαλγίας>> (**back school**) τα οποία είναι εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την οσφυαλγία και τα οποία βασίζονται στο Σουηδικό πρότυπο, φαίνεται να είναι τα πιο αποτελεσματικά (Chou et al. 2009). Ωστόσο δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση ότι είναι πιο αποτελεσματικά από τις ενεργητικές και παθητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επίσης η προσθήκη παρακολούθησης <<σχολείου οσφυαλγίας>> σε συνδυασμό με ασκήσεις και φυσικοθεραπεία για ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία φαίνεται ότι συμβάλλει σημαντικά στην μείωση του πόνου και στην βελτίωση του λειτουργικού αποτελέσματος. (Sahin et al 2011). Εκτός από τα παραπάνω προγράμματα υπάρχει και η << γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία >> (**cognitive behavioural therapy**), της οποίας στόχος είναι η ανακούφιση του συμπτώματος και η παρέμβαση απευθύνεται άμεσα στα συμπτώματα και την έκδηλη συμπεριφορά του ατόμου. (Beck, 1976).

Ωστόσο δεν εμφανίζουν όλοι οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία σχετικούς ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου και είναι λογικό μια υπο-ομάδα να χρειάζεται προσεχτική ψυχολογική αξιολόγηση. Για αυτό χρειάζεται επιπλέον έρευνα για την επιβεβαίωση των προκαταρκτικών αποτελεσμάτων και την ανάπτυξη και αξιολόγηση διαδικασιών ελέγχου με διαγνωστική και θεραπευτική αξιοπιστία.

Επιπλέον η χορήγηση εντύπων (φυλλάδια-βιβλία) τα οποία αναφέρονται στα μέτρα αντιμετώπισης της οσφυαλγίας σε συνδυασμό με προφορικές οδηγίες είναι αποτελεσματικότερη από τη μη χρήση φυλλαδίων. (Engers et al., 2008) Ορισμένες μελέτες συμπεραίνουν ότι η χορήγηση εγχειριδίων είναι εξίσου αποτελεσματική με την εξατομικευμένη εκπαίδευση <<πρόσωπο με πρόσωπο>>, αν και καμία από τις δύο παρεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές μεμονωμένα (Australian Academic Press, 2003). Βιβλία που αποσκοπούν στην αλλαγή των πεποιθήσεων φόβου-αποφυγής είναι αποτελεσματικότερα από τα συμβατικά βιβλία ενημέρωσης για την

οσφυαλγία (Chou et al, 2009). Επίσης η αποτελεσματικότητα βιβλίων αυτοφροντίδας αυξάνει σημαντικά όταν η χρήση τους συνδυάζεται με μια σύντομη ενημερωτική – εκπαιδευτική επίσκεψη, αν και υπάρχουν μελέτες που δεν επιβεβαιώνουν την βελτίωση του κλινικού αποτελέσματος από την προσθήκη << πρόσωπο με πρόσωπο >> οδηγιών στη χρήση βιβλίων αυτοφροντίδας (Chou et al, 2009).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται έρευνες οι οποίες αναφέρονται στον σκοπό της διεξαγωγής τους, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην οσφυαλγία. Καθώς και τι ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες και ποια τα αποτελέσματα αυτών.

**Πίνακας 3.1** Αποτελέσματα ερευνών για την συσχέτιση της οσφυαλγία και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

| Έρευνα                  | Σκοπός μελέτης  | Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες  | Πώς ελέγχθησαν                           | Αποτελέσματα   |
|-------------------------|---|--|--|--|
| Antonopoulos et al 2007 | Η αξιολόγηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας μεταξύ των των Ελλήνων δημοσίων υπαλλήλων αλλά και πως σχετίζεται οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες με την εμφάνιση της οσφυαλγίας.            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ηλικία,</li> <li>▶ φύλο,</li> <li>▶ άγχος στον εργασιακό χώρο</li> </ul>  | Αυτό-αναφερόμενο                         | Η συχνότητα εμφάνισης της οσφυαλγίας είναι συνδεδεμένη με εργονομικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες  |
| Ghaffari et al 2006     | Να προσδιοριστεί η επικράτηση της οσφυαλγίας στους Ιρακινούς βιομηχανικούς εργάτες. Να διερευνηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ οσφυαλγίας και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο χώρο εργασίας. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ηλικία,</li> <li>▶ φύλο,</li> <li>▶ ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.</li> </ul> | Τυποποιημένο Σκανδιναβικό ερωτηματολόγιο | Η ηλικία και το φύλο καθώς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την επικράτηση της οσφυαλγίας αλλά οι διαφορές μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών των εργαζομένων ήταν μικρές |

|                         |   |  |  |  |
|-------------------------|---|--|--|--|
| Antonopoulou et al 2007 | Η αναφορά των προτύπων του πόνου που σχετίζονται με μυοσκελετικές παθήσεις αλλά και η συμβουλευτική συμπεριφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ηλικία,</li> <li>▶ φύλο,</li> <li>▶ άγχος</li> </ul>          | Ερωτηματολόγιο Nordic  | 82,6% επαναλαμβανόμενα επεισόδια<br>Πόνος στη μέση 56,9%<br>Πόνος στον αυχένα 34,1%<br>Πόνος στο γόνατο 27,9%<br>48,6% περιορισμός δραστηριοτήτων                            |
| Currie&Wang 2004        | Ο επιπολασμός της οσφυαλγίας και πως σχετίζεται η μείζονος κατάθλιψη σε άτομα με χρόνια   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Η ηλικία,</li> <li>▶ η κατάθλιψη</li> </ul>                   | Συνέντευξη βραχείας μορφής της Διεθνούς Διαγνωστικής συνέντευξης | Ο συνδυασμός της οσφυαλγίας και της κατάθλιψης συσχετίστηκε με μεγάλη αναπηρία αλλά η σοβαρότητα του πόνου βρέθηκε να είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της αναπηρίας |
| Stranjalis et al 2004   | Η εκτίμηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας στον ελληνικό πληθυσμό και να μελετηθεί η συσχέτιση της συχνότητας οσφυαλγίας και η σοβαρότητα με κοινωνικοοικονομικά | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Φύλο,</li> <li>▶ ηλικία,</li> <li>▶ είδος δουλειάς</li> </ul> | Προσωπική συνέντευξη   | Τον τελευταίο μήνα 31,7% οσφυαλγία μεταξύ των οποίων 19,9% μείνανε στο κρεβάτι για 5,5 μέρες μέσο όρο. Απουσία από την δουλειά άγγιξε το 19,1% των ατόμων                    |

|                     |   |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|---|
|                     | και δημογραφικά στοιχεία  |   |   | κάτω από 65 με μέσο όρο ημερών 4,52                                       |
| Palacios et al 2014 | Να υπολογιστεί και να προσδιοριστεί κατά πόσο τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία, τρόπος ζωής, σχετίζονται με οσφυαλγία στους ενήλικες της Ισπανίας. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Φύλο,</li> <li>▶ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο</li> </ul> | ερωτηματολόγιο Ευρωπαϊκής έρευνας για Ισπανία 2009 και Ισπανική Εθνική έρευνα Υγείας 2011 | Ο πόνος εξαρτάται από την ηλικία αλλά και από το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο |

Συμπερασματικά, πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση και επιμονή της οσφυαλγίας, μερικοί εξ'αυτών είναι η ηλικία, το φύλο και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (.π.χ άγχος, κατάθλιψη), Σύμφωνα με έρευνες η κατάθλιψη και το άγχος παρατηρείται πιο συχνά σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία και κυρίως γυναίκες. Ο συνδυασμός της κατάθλιψης με την οσφυαλγία οδηγούν σε μεγάλο βαθμό υπολειτουργικότητας των ατόμων που πάσχουν. Τέλος η ύπαρξη διάφορων προγράμμάτων, συμβάλλουν στην μείωση του πόνου, στην ανακούφιση των δυσάρεστων συμπτωμάτων και την βελτίωση του λειτουργικού αποτελέσματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΣ

### 4.1. Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης της οσφυαλγίας σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και στην ποιότητα ζωής Ελλήνων που πάσχουν.

### 4.2. Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 40 άτομα-εθελοντές (18 άντρες, 22 γυναίκες, Μ.Ο ηλικίας: 43,63 έτη) με το δείγμα των ερωτηθέντων να αποτελείται από κατοίκους των περιοχών της Πάτρας, της Κέρκυρας, του Πύργου και της Άρτας. Ο πληθυσμός της μελέτης περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 23-65 ετών και η επιλογή τους έγινε ανεξαρτήτου φύλου, οικογενειακής, επαγγελματικής, οικονομικής κατάστασης και μορφωτικού επιπέδου. Αρκεί οι εθελοντές να αντιμετώπιζαν πόνο στην οσφύ (με διάγνωση γιατρού ή χωρίς) που είχε διάρκεια για τουλάχιστον 4 εβδομάδες κατά τη διάρκεια του τελευταίου διμήνου, από τη μέρα της εξέτασης και πριν, με ή χωρίς αναφερόμενο πόνο στο πόδι.

Από το δείγμα εξαιρούνταν α) τα άτομα που είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο στην οσφύ ή αντιμετώπιζαν οσφυαλγικό πόνο και δυσκολευόταν η διεξαγωγή της εξέτασης και της μέτρησης, β) εγκυμονούσες γυναίκες, γ) άτομα με προβλήματα κατανόησης της Ελληνικής γλώσσας, καθώς και δ) άτομα με προβλήματα κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε αρχικά σε προσωπικό του νοσοκομείου όπως γιατρούς, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές. Τα νοσοκομεία στα οποία ήταν δυνατή η πρόσβαση ήταν του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, Κέρκυρας και Πύργου. Οπότε μετά την έγκριση του υπεύθυνου αναζητήθηκαν άτομα για την διεξαγωγή της έρευνας. Άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν επίσης ασθενείς μέσα από το νοσοκομειακό χώρο που προσήλθαν στο νοσοκομείο παραπονούμενοι για πόνο στην οσφύ. Για τον σκοπό της έρευνας πραγματοποιήθηκε επίσκεψη ακόμα και σε ασθενείς φυσικοθεραπευτηρίων, αφού βέβαια υπήρξε θετική απάντηση από τον κάτοχο του εργαστηρίου και ζητήθηκε από τους ασθενείς να πάρουν μέρος στην

έρευνα. Τέλος μέρος του δείγματος της έρευνας αποτελούν και άτομα από το οικογενειακό και ευρύ περιβάλλον των σπουδαστών, οι οποίοι πληρούσαν τις προϋποθέσεις της συμμετοχής τους.

Τα άτομα ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και τον ακριβή τρόπο με το οποίο θα πραγματοποιούνταν η έρευνα και πως η συμμετοχή τους είναι εθελοντική αλλά και άκρως ασφαλής. Ενώ τους δόθηκε η δυνατότητα να αποχωρήσουν ανα πάσα στιγμή το επιθυμούσαν. Κατόπιν πλήρους ενημέρωσης όλοι έδωσαν γραπτή συγκατάθεση που επιβεβαίωναν την οικειοθελή συμμετοχή τους.

### **Δημιουργία της φόρμας αξιολόγησης**

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα καλά σχεδιασμένο και αξιόπιστο εργαλείο καταγραφής της οσφυαλγίας με την μορφή ερωτηματολογίου που καλύπτει τον σκοπό της έρευνας.

Οι ερωτήσεις που εμπεριέχονταν στην φόρμα αξιολόγησης προήλθαν ύστερα από μελέτη και αναζήτηση στοιχείων και παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν την δημιουργία και εξέλιξη της οσφυαλγίας.(Billis et al., 2010,2012, 2013).

Η φόρμα αξιολόγησης αποτελείται

- ✓ Γενικές ερωτήσεις
- ✓ Ερωτήσεις για την οσφυαλγία
- ✓ Κλινική εξέταση
- ✓ Εξειδικευμένα ερωτηματολόγια

Το εγχειρίδιο εξέτασης διαθέτει ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία του ασθενή. Ειδικότερα η διατύπωση των ερωτημάτων έγινε με ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις και αφορούν το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, το τόπο κατοικίας, το επίπεδο μόρφωσης κ.α. (**βλ. Παράρτημα Ι**)

Στη συνέχεια γίνεται μία καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς. Για να περιγραφθούν τα συμπτώματα, στο ερωτηματολόγιο παρατίθεται ένας χάρτης του ανθρώπινου σώματος σε πρόσθια και οπίσθια όψη ούτως ώστε οι ασθενείς να

σημειώσουν τις ακριβείς περιοχές του πόνου τοπικού ή αντανακλώμενου, καθώς και μία κλίμακα καταγραφής της έντασης του από το 0-10 για οσφύ και κάτω άκρα χαρακτηρίζοντάς τον στη καλύτερη και στη χειρότερή του φάση. Επίσης ζητείται στον ασθενή να σημειώσει για τυχόν αισθήματα μυρμηγκιάσματος, μουδιάσματος είτε αδυναμίας στο πόδι.

Ακολουθούν ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα του πόνου συμπεριλαμβανομένου τους παράγοντες επιδείνωσης/ανακούφισής, και την 24ωρη συμπεριφορά του. Ακόμα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό των συμπτωμάτων που αφορούν τον τρόπο έναρξής τους (απότομα ή σταδιακά), το χρονικό της έναρξης τους και τα πιθανά αίτια ή τους εμφανείς προδιαθεσικούς παράγοντες, ενώ τονίζεται η ακριβής περιοχή εμφάνισης του πρώτου επεισοδίου (μέση, γλουτός ή άκρο) καθώς και προηγούμενα παρόμοιου τύπου περιστατικά αλλά και η επίδραση πιθανής θεραπείας σε αυτά.

Περιλαμβάνει κάποιες ερωτήσεις που αφορούν φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να έχει χορηγηθεί στον ασθενή, ιστορικό προηγούμενων τραυματισμών, χειρουργείων ή άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων (π.χ. σκολίωση, ανισοσκελία, αυχενικός πόνος), καταγραφή γυναικολογικού ιστορικού, καθώς και να υποδείξει τυχόν συμπτώματα σοβαρής παθολογίας όπως υπαισθησία δίκην «σέλας», προβλήματα κύστης-εντέρου, νυχτερινός πόνος κ.α.

Επιπλέον το ερωτηματολόγιο διαθέτει κάποιες κλινικές δοκιμασίες στις οποίες υποβάλλει ο εξεταστής τον ασθενή και ο εξεταστής πρέπει να καταγράψει σύμφωνα με τη κρίση του τα αποτελέσματα.

Το κλινικό κομμάτι ξεκινά με τη γενική παρατήρηση του ασθενή που στοχεύει στην αξιολόγηση της στάσης, της βάδισης καθώς και στη γενικότερη εκτίμηση της εικόνας του ασθενή.

Έπειτα ακολουθούν κάποιες ενεργητικές και συνδυασμένες κινήσεις της οσφυϊκής μοίρας που αποσκοπούν στην αξιολόγηση του εύρους τροχιάς και της συμπεριφοράς του πόνου κατά την εκτέλεσή τους. Μερικές από αυτές είναι:

**Ενεργητική κάμψη κορμού προς τα εμπρός.** Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής βρίσκεται σε όρθια θέση, το κεφάλι του επάνω και να κοιτάει μπροστά, τα χέρια του στο πλάϊ και τα πόδια του λίγο ανοιχτά, όσο δηλαδή η απόσταση μεταξύ



των δύο ώμων Ο εξεταστής βρίσκεται εμπροσθέν του και του ζητάει να σύρει τα χέρια του σιγά σιγά στους μηρούς έτσι ώστε να λυγίσει τον κορμό του και τα χέρια του να έχουν φορά προς το έδαφος.(Εικ.1)



**Εικόνα 1: Κάμψη κορμού προς τα εμπρός**

**Ενεργητική έκταση κορμού.** Ο εξεταζόμενος είναι όρθιος, το κεφάλι του επάνω και μπροστά, τα πόδια του απομακρυσμένα μεταξύ τους όσο η απόσταση των δύο ώμων, τοποθετεί τα χέρια του πίσω λεκάνη και εκτελεί την κίνηση του άνω κορμού προς τα πίσω (Εικ. 2). Επίσης την ίδια ακριβώς κίνηση μπορεί να την εκτελέσει πάλι μόνος του αλλά μπροστά του να υπάρχει το φυσικοθεραπευτικό κρεβάτι ή κάποιο τραπέζι έτσι ώστε να εκτελείται πιο σωστά η κίνηση και σταθεροποιημένη.



**Εικόνα 2:** Έκταση άνω κορμού

Έπειτα ακολουθεί ενεργητική πλάγια κάμψη δεξιά (Εικόνα 3 ) και ενεργητική πλάγια κάμψη αριστερά ( Εικόνα 4 )



Εικόνα 3: Ένεργητική πλάγια κάμψη δεξιά



Εικόνα 4:Ενεργητική πλάγια κάμψη αριστερά

Ακολουθεί νευρολογικός έλεγχος συμπεριλαμβανομένου :

- τον **έλεγχο μυοτομιών**, όπως για το **O4**(περπάτημα στις φτέρνες) (Εικόνα 7 ) και **I1**(περπάτημα στις μύτες των ποδιών) (Εικόνα 8 )
- της **αισθητικότητας**,
- **των αντανακλαστικών**, όπως το **O4**(έλεγχος αντανακλαστικού τετρακεφάλου).Ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση με τα πόδια έξω από το κρεβάτι και ο φυσικοθεραπευτής βρίσκεται στο πλάι. (Εικ.9) Καθώς και το **I1**( έλεγχος αντανακλαστικού αχιλλείου τένοντα) (Εικ.10)



Εικόνα 9: Έλεγχος αντανακλαστικού τετρακεφάλου.



Εικόνα 10: Έλεγχος αντανακλαστικού αχιλλείου τένοντα

- και των νευροδυναμικών τεστ με τυχόν ελλείμματα. Τέτοια τεστ είναι άρση τεταμένου σκέλους ( SLR),κατά το οποίο ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση και του ζητείται να κάνει κάμψη ισχίου ενώ το πόδι του είναι τεντωμένο.(Εικόνα 5 ) Καθώς και το αντίστροφο SLR,όπου ο εξεταζόμενος βρίσκεται στην ίδια θέσηκαι εκτελεί την ίδια κίνηση ενώ ο φυσικοθεραπευτής εκτελεί ραχιαία κάμψη ποδοκνημικής.(Εικόνα 6 )



Εικόνα 5: Άρση τεταμένου σκέλους (SLR)



Εικόνα 6: Αντίστροφο SLR

Στη συνέχεια γίνεται παθητικός έλεγχος των αρθρώσεων των ισχίων, ιερολαγόνιων, και αρθρώσεων οσφυϊκής και ιερής μοίρας για τον εντοπισμό παθολογικών σημείων.

Και τέλος ολοκληρώνεται με την ψηλάφηση στη παρασπονδυλική περιοχή της οσφυϊκής και ιερής μοίρας για παρατήρηση τυχόν ευαισθησίας, επώδυνων σημείων ή συμπτώματα αλλοδυνίας.

Στο σημείο αυτό ο εξεταστής καλείται να αναφέρει γραπτώς τη προσωπική του άποψη για το κλινικό περιστατικό που αντιμετωπίζει.

Επιπρόσθετα, για να καταγραφεί το επίπεδο λειτουργικής ανικανότητας του κάθε ασθενή, η ψυχοκοινωνική του κατάσταση αλλά και για να μπορεί να περιγράψει ο ίδιος τη κατάσταση της γενικής του υγείας, στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν επίσης **6 ειδικά και έγκυρα αυτό-αναφερόμενα (self-reported) ερωτηματολόγια**. Το The Keele StarT Back Screening Tool, το Maine-Seattle Back Questionnaire, το Sciatica Bothersomeness Index, το Roland-Morris Disability Index, η κλίμακα HAD, και το SF-12.

Το **The Keele StarT Back Screening Tool** είναι ένα σύντομο επικυρωμένο εργαλείο, σχεδιασμένο για να ελέγχει ασθενείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με χαμηλό πόνο στην πλάτη για τυχόν προγνωστικούς δείκτες που έχουν σχέση με την αρχική λήψη αποφάσεων (Hill et al., 2008).

Το εργαλείο αξιολόγησης περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις. Οι 8 πρώτες αφορούν τον πόνο στα άκρα, συνυπάρχοντα πόνο, αναπηρία, ενόχληση, καταστροφικότητα, φόβο, άγχος και κατάθλιψη. Ενώ η τελευταία ερώτηση (9) περιλαμβάνει μία κλίμακα σχετικά με την ένταση του πόνου για τις τελευταίες 2 εβδομάδες και είναι η εξής: «Καθόλου» = 0, «Λίγο» = 0, «Μετρίως» = 0, «Πάρα πολύ» = 1, «Υπερβολικά» = 1. Η βαθμολογία στις πρώτες 8 ερωτήσεις είναι η εξής: «Διαφωνώ» = 0, «Συμφωνώ» = 1. Οι 5 τελευταίες ερωτήσεις εντοπίζονται ως ψυχοκοινωνική υποκλίμακα.

Το εργαλείο βοηθά τους ιατρούς και φυσικοθεραπευτές να ταξινομήσουν τους ασθενείς σε 3 κατηγορίες, χαμηλού, μεσαίου, και υψηλού κινδύνου. Οι ασθενείς με σκορ 0-3 είχαν ταξινομηθεί ως χαμηλού κινδύνου, και εκείνοι που είχαν σκορ 4 ή 5 σε ψυχοκοινωνική υποκλίμακα είχαν χαρακτηριστεί ως υψηλού κινδύνου. Οι υπόλοιποι ταξινομούνται ως μετρίου κινδύνου. Η Keele Start Back Screening Tool έχει μεταφραστεί στη Δανική γλώσσα (Morso et al, 2011) στα Ισπανικά (Gusi et al, 2011) στα Γαλλικά (Bruyere et al, 2012) στα Ιρανικά (Azim et al, 2014) και στα Κινέζικα (Luan et al, 2014). Η αξιοπιστία της γαλλικής έκδοσης του Keele Start Back Screening Tool αξιολογήθηκε σε δείγμα 108 ασθενών (Bruyere et al, 2014). Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων SBST, Roland-Morris Disability Questionnaire, Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, Medical Outcomes Survey Short Form-36 questionnaire, και σε μία pain visual analogue scale. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων του SBST συνολικής βαθμολογίας ήταν εξαιρετική με εσωτερικό συντελεστή συσχέτισης 0,90 (0,81 -

0,95). Ο συντελεστής του Cronbach ήταν 0,73 και δείχνει μια καλή εσωτερική συνοχή για την ψυχολογική υποκλίμακα. Παρατηρήθηκαν υψηλοί συντελεστές συσχέτισης Spearman 0,74, μεταξύ των SBST και Roland-Morris ερωτηματολογίων και 0,74 μεταξύ του SBST και The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire.

Το **Maine-Seattle Back Questionnaire** είναι μια συντομευμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου Roland-Morris Disability Index, που τροποποιήθηκε για ασθενείς με ισχιαλγία και σπονδυλική στένωση (Atlas et al., 2003). Η κλίμακα αποτελείται από 12 ερωτήσεις, η κάθε μία με την απάντηση «ναι» = 1 ή «όχι» = 0, με το σκορ να κυμαίνεται από 0-12. Η MSBQ αξιολογεί την αναπηρία και τους λειτουργικούς περιορισμούς λόγω ισχιακού πόνου και πόνου στην οσφύ, ενώ υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερο περιορισμό σχετικά με τη δραστηριότητα. Έχει αναφερθεί στο παρελθόν ότι η MSBQ είναι το καλύτερο μέτρο για τη διάκριση μεταξύ της επιτυχίας και της μη-επιτυχίας στην ισχιαλγία σε 1 έτος παρακολούθησης (Haugen et al., 2011). Η κλίμακα Maine-Seattle back questionnaire ή αλλιώς RDQ 12, είναι ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Αυτό φαίνεται από μία έρευνα που πραγματοποίησαν οι Grovle et al. (2008) για να ελέγξουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του RDQ 12 στην μεταφρασμένη του έκδοση στην νορβηγική γλωσσά. Από τους 366 ασθενείς, οι 87 συμμετείχαν στην επαναληπτική μέτρηση. Ο χρόνος ολοκλήρωσης για το ερωτηματολόγιο ήταν 1-2 λεπτά και το ICCs κυμάνθηκε στο 0,86 ενώ το cronbach alpha στο 0,74.

Το **Sciatica Bothersomeness Index** είναι ένα αυτό-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τα ισχιακά συμπτώματα (Grovle et al. 2008). Το SBI είναι ένα σύνθετο των αποτελεσμάτων για τέσσερα συμπτώματα:

- Ü πόνος στο πόδι (ισχιαλγία).
- Ü μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πόδι, άκρο πόδα, ή ισχίο.
- Ü αδυναμία στο πόδι ή στον άκρο πόδα.
- Ü πόνος στην μέση ή στο πόδι κατά την καθιστή θέση.

Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0-6 για κάθε ερώτηση, με το 0 να αντιπροσωπεύει το «καθόλου ενοχλητικά» και το 6 το «υπερβολικά ενοχλητικά», αθροίζοντας σε μια συνολική βαθμολογία στην κλίμακα από 0-24, όπου υψηλότερες βαθμολογίες



δείχνουν χειρότερα συμπτώματα. Οι Grovle et al. (2008) πραγματοποίησαν έρευνα για να ελέγξουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του SBI στην μεταφρασμένη του έκδοση στην νορβηγική γλώσσα. Από τους 366 ασθενείς, οι 87 συμμετείχαν στην επαναληπτική μέτρηση. Ο χρόνος ολοκλήρωσης για το ερωτηματολόγιο ήταν 1-2 λεπτά και το ICCs κυμάνθηκε στη τιμή του 0,90 ενώ το cronbach στο 0,70.

Το **Roland-Morris Disability Index** είναι ένα μέσο μέτρησης της κατάστασης της υγείας σχεδιασμένο να συμπληρωθεί από τους ασθενείς για την αξιολόγηση της σωματικής αναπηρίας λόγω της οσφυαλγίας (Roland & Fairbank, 2000), όπου τα υψηλότερα επίπεδα λειτουργικής ανικανότητας αντανακλώνται από μεγαλύτερους αριθμούς σε μια κλίμακα 24 σημείων (Stratford et al., 1995). Περιλαμβάνει 24 εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τον εαυτό τους άτομα με πόνο στην οσφύ, και σχετίζονται με τις συνήθειες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους. Οι ασθενείς καλούνται να επιλέξουν τις εκφράσεις που τους αντιπροσωπεύουν. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με 0 ή 1, έτσι η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-24 με υψηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει υψηλότερη αναπηρία. Η RMDQ έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες : Γερμανικά (Wiesinger et al., 1999), Γαλλικά (Coste et al., 1993), Σουηδική (Johansson & Lindberg, 1998), Πορτογαλικά-Βραζιλίας (Nusbaum et al., 2001), Τουρκικά (Kucukdeveci et al., 2001), Ισπανικά (Konacs et al., 2002), Ελληνικά (Boscainos et al., 2003), Γιαπωνέζικα (Yoshimi Et al., 2003), Δανική (Albert et al, 2003), Αραβικά-Τυνησίας (Bejia et al., 2005), Ιρανικά (Mousavi et al, 2006), Κορεατική (Lee, et al 2011), Κινέζικα (Fan et al., 2012) κ.α.. Όσο αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου Roland-Morris στην ελληνική γλώσσα, οι Boscainos et al. (2003) μετάφρασαν το ερωτηματολόγιο και το μοίρασαν σε 677 ασθενείς για να ελεγχθεί η αξιοπιστία της κλίμακας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την ελληνική μετάφραση του Roland-Morris έφτασε σε συντελεστή 0,885.

Η κλίμακα **HAD** αποτελεί ένα εργαλείο αυτο-αξιολόγησης και αναπτύχθηκε για να ανιχνεύσει τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συναισθηματικής δυσφορίας μεταξύ των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία για μια ποικιλία κλινικών

προβλημάτων (Zigmond & Snaith 1983). Αρχικά η κλίμακα αποτελούταν από 8 ερωτήσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη και 8 που σχετίζονται με το άγχος. Το τελικό μέγεθος της όμως έχει συνολικά 14 ερωτήσεις, με τις απαντήσεις να βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από 0-3, με το 3 να δείχνει υψηλότερης συχνότητας σύμπτωμα (Whelan-Goodinson et al., 2009). Η βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα (άγχος και κατάθλιψη) μπορεί να κυμαίνεται από 0-21 με τα αποτελέσματα να κατηγοριοποιούνται ως εξής: κανονικό (0-7), ήπια (8-10), μέτρια (11-14), σοβαρή (15-21). Η βαθμολογία για το σύνολο της κλίμακας (συναισθηματική δυσφορία) κυμαίνεται από 0-42, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν μεγαλύτερη αγωνία. Πριν από την συμπλήρωση της κλίμακας οι ασθενείς καλούνται να "συμπληρώσουν τα στοιχεία πλήρως ώστε να περιγράψουν το πώς ένιωθαν κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας" (Zigmond & Snaith, 1983). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά (Michopoulos et al., 2008). Για να διαπιστωθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της HAD στην ελληνική γλώσσα χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο σε 521 ασθενής της παθολογικής και της χειρουργικής κλινικής στο γενικό νοσοκομείο Αττικόν' στην Αθήνα. Η HAD παρουσίασε αυξημένη εσωτερική συνοχή. Η τιμή για το σύνολο των HADS ήταν 0,884.

Η κλίμακα **SF-12**, απευθύνεται συχνά σε μεγάλες έρευνες για την υγεία του πληθυσμού, ως μία σύντομη και αξιόπιστη μέτρηση της συνολικής κατάστασης της υγείας ([Gemma Vilagut et al., 2013](#)), έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές σε μελέτες που αφορούν την κατάσταση της υγείας του γενικού πληθυσμού (Johnson & Coons, 1998; Pickard et al., 1999; Hanmer et al., 2006), καθώς και σε μελέτες με ομάδες ασθενών (Gandhi et al., 2001 & Globe et al., 2002 & Haywood et al., 2002 & Cote et al., 2004). Αρχικά, αναπτύχθηκε το 1944 ως μία συντομότερη εναλλακτική λύση (12 αντικείμενα) για το ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο SF-36, για τις μελέτες όπου ένα έντυπο 36 σημείων ήταν πολύ χρονοβόρο, ενώ όσον αφορά την αξιοπιστία και το κύρος της έχουν αποδειχθεί (Ware et al., 1996). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το περιεχόμενο του SF-12 ερωτηματολογίου διαθέτει ερωτήσεις (π.χ., ναι/όχι) που αξιολογούν τους περιορισμούς ως αποτέλεσμα της σωματικής και συναισθηματικής υγείας.

Περιλαμβάνει ακόμα μια υποκλίμακα πέντε σημείων που αξιολογεί τη συνολική υγεία (άριστη, πολύ καλή, καλή, δίκαιη, κακή), μια ακόμα υποκλίμακα πέντε σημείων (π.χ., καθόλου, λίγο, μέτρια, σε μεγάλο βαθμό, και υπερβολικά) που αξιολογεί τον πόνο, μία άλλη κλίμακα πέντε σημείων (π.χ., συνεχώς, τις περισσότερες φορές, μερικές φορές, λίγες φορές, καθόλου) που αξιολογεί ψυχική υγεία, τη ζωτικότητα και την κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και μια κλίμακα τριών σημείων (π.χ., ναι περιορίζονται πολύ, ναι περιορίζεται λίγο, ή όχι δεν περιορίζεται καθόλου) που αξιολογεί τους περιορισμούς στη φυσική δραστηριότητα και τη λειτουργικότητα. Το SF-12 έχει καλή αξιοπιστία καθώς και εγκυρότητα και έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες. Η αξιολόγηση της εγκυρότητας της ελληνικής εκδοχής του SF-12 εξετάστηκε σε 1005 ασθενείς άνω των 18 ετών προερχόμενοι από το γενικό ελληνικό πληθυσμό. Η έρευνα περιλάμβανε επίσης το SF-36, το EuroQol EQ-5D και ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικό-δημογραφικές χαρακτηριστικά και την υγεία. Οι βαθμολογίες των PCS-12 και MCS-12 ήταν 93,2% και 86,9% αντίστοιχα της συνολικής διακύμανσης των PCS-36 και MCS-36, υποστηρίζοντας την εγκυρότητα του περιεχομένου του Ελληνικού SF-12. Συγκεκριμένα  $r = 0,97$  ( $p < 0,01$ ) μεταξύ PCS-36 και PCS-12 και  $r = 0,93$  ( $p < 0,01$ ) μεταξύ της MCS-36 και MCS-12 (Κοντοδημόπουλος και συν. 2007).

### **Διαδικασία εξέτασης**

Για την διεξαγωγή της έρευνας στην αρχή αναζητήθηκαν εθελοντές-ασθενείς που να πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής. Αφού δόθηκε θετική απάντηση από τους υποψηφίους, ορίστηκε ο τόπος που θα πραγματοποιούνταν η εξέταση και η ακριβής ώρα συνάντησης, ώστε να διευκολύνεται κατά κύριο λόγο ο εξεταζόμενος. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν εντός του φυσικοθεραπευτηρίου το οποίο επισκέπτονταν, ή εντός του νοσοκομείου σε κάποιο ελεύθερο θάλαμο, εφόσον ήταν διαθέσιμοι οι συμμετέχοντες.

Οι εθελοντές υποβάλλονταν σε μία εξέταση που διαρκούσε 35-45 λεπτά. Αφού υπέγραφαν το έντυπο συναίνεσης συμμετοχής τους στην έρευνα, η διαδικασία ξεκινούσε με τη χορήγηση των εξειδικευμένων ερωτηματολογίων που αφορούσαν τα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό του ασθενούς και ειδικές ερωτήσεις σχετικά με το πόνο στην οσφύ. Στη συνέχεια έπρεπε να συμπληρωθούν τα 6 αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια που σχετίζονταν τόσο με την οσφυαλγία, όσο

και με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους καθώς και με τη γενική υγεία και ευημερία του εξεταζόμενου.

Η εξέταση συνεχιζόταν με τις κλινικές δοκιμασίες οι οποίες έπρεπε να εκτελεστούν πρώτα στην όρθια θέση, μετά στην ύπτια κατάκλιση, και τέλος στην πρηνή. Ο κλινικός έλεγχος ξεκινούσε με τη παρατήρηση της στάσης και βάδισης καθώς και μία γενική παρατήρηση του ασθενούς (πχ., έκφραση προσώπου). Έπειτα ακολουθούσαν οι ενεργητικές και συνδυασμένες κινήσεις για την αξιολόγηση τόσο του εύρους τροχιάς όσο και της συμπεριφοράς του πόνου. Έπειτα συνεχιζόταν η νευρολογική εξέταση η οποία συμπεριλάμβανε τον έλεγχο των μυοτομιών, της αισθητικότητας, των αντανακλαστικών και τα νευροδυναμικά τεστ. Στη συνέχεια ακολουθούσε ο παθητικός έλεγχος των αρθρώσεων (ισχίων, ιερολαγόνιων και επικουρικές σε οσφυϊκή και άνω ιερή μοίρα), καθώς και η ψηλάφηση της άνω, κάτω οσφυϊκής μοίρας και στην περιοχή της ιερολαγόνιας άρθρωσης για τυχόν ευαισθησία/trigger points ή συμπτώματα αλλοδυνίας. Στο τέλος αφού ολοκληρωνόταν η διαδικασία, ο φυσικοθεραπευτής κατέγραφε την προσωπική του γνώμη σύμφωνα με την κλινική εικόνα, η οποία προέκυπτε από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αλλά και από την αξιολόγηση του ασθενή από τον φυσικοθεραπευτή. Η εκπαίδευση της διαδικασίας εξέτασης έγινε από την υπεύθυνη-επόπτρια καθηγήτρια Μπίλλη Ευδοκία PhD MSc MCSP MMACP, η οποία καθόρισε ως τόπο εκπαίδευσης το κλινικό εργαστήριο στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Φυσικοθεραπείας στο Αίγιο. Η εκπαίδευση διήρκησε 1 ημέρα (3-4 ώρες περίπου), όπου δόθηκαν ακριβείς υποδείξεις για τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, ειδικότερα το κλινικό μέρος της αξιολόγησης. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση ξεκίνησε με την αναλυτική παρουσίαση της φόρμας αξιολόγησης και έπειτα ακολούθησε υπόδειξη σωστής συμπλήρωσης της φόρμας αυτής. Όσο αφορά τον κλινικό έλεγχο και τις κλινικές δοκιμασίες, πρέπει να αναφερθεί ότι έγιναν με την σύμφωνη γνώμη της καθηγήτριας και κατόπιν σωστής και αναλυτικής υπόδειξης αυτής. Όμως σε περίπτωση που κάποιος από τους φοιτητές δυσκολεύοταν κατά την διάρκεια των κλινικών δοκιμασιών λόγω του τύπου διεξαγωγής της έρευνας ή μη ακριβής κατανόησης της δοκιμασίας, τότε γινόντουσαν επιπλέον συναντήσεις με την καθηγήτρια η οποία έδινε τη δυνατότητα παραχώρησης του εργαστηρίου για την διεξαγωγή κλινικών δοκιμασιών και ελέγχου από την ίδια.

### **4.3. Ανάλυση Δεδομένων**

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).

Όσον αφορά την στατιστική ανάλυση έγιναν συσχετίσεις μέσω της διαδικασίας Pearson's correlation coefficient προκειμένου να διευκρινιστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους. Πιο αναλυτικά συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που αφορούν ψυχοκοινωνικές παραμέτρους και ποιότητα ζωής (STarT Back, SF-12, HAD, SBI, Maine-Seattle), με ένταση, περιοχή πόνου και σχεδόν όλων των δοκιμασιών αξιολόγησης του δείγματος..

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στόχος της έρευνας είναι η αξιολόγηση των ασθενών με οσφυαλγία και η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε αυτήν. Αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το άγχος και η κατάθλιψη συμβάλλουν στην εμφάνιση και την εξέλιξη της οσφυαλγίας. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 40 άτομα όπου η μικρότερη ηλικία που παρατηρήθηκε ήταν 23 χρόνων και η μεγαλύτερη 65 χρόνων ενώ ο μέσος όρος της ηλικίας των ατόμων  $43,63 \pm 13,37$ . Το 45% (18) του δείγματος ήταν άνδρες και το 55% (22) γυναίκες. Όσο αναφορά τον τόπο διαμονής το 32,5% δήλωσε ότι διαμένει σε αγροτικές περιοχές, το 50% σε αστικές περιοχές και το 17,5% σε ημιαστική ή προάστιο. Σχετικά με την μόρφωση το 37,5% του δείγματος έχει τελειώσει το δημοτικό, το 5% το γυμνάσιο, το 35% το λύκειο, ενώ το 22,5% την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το 52,5% δήλωσε ότι είναι παντρεμένοι, έπειτα ερωτήθηκαν για το αν είναι καπνιστές και για ποσό χρονικό διάστημα, Το 55% ήταν μη καπνιστές. Τα άτομα που ανέφεραν κλινοστατισμό ήταν το 42,5% του δείγματος ενώ εντυπωσιακό ήταν το ποσοστό που έχει επισκεφτεί ένα ειδικευμένο ιατρό το οποίο ήταν 100% ενώ το 97,5% έχει ακολουθήσει και κάποια θεραπεία. Άτομα που είχαν διαγνωστεί με δισκοπάθεια-κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου έφτανε το ποσοστό 40%, οσφυαλγία στο 32,5%, σφυοϊσχυαλγία στο 10%, μετατόπιση σπονδύλου στο 2,5%, σπονδυλοαρθρίτιδα / στένωση στο 7,5% και υπερκινητική οσφυϊκή μοίρα στο 2,5%. Στον Πίνακα 1 συνοψίζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

**Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος**

|                               |                                 | <b>Εύρος<br/>Ηλικίας</b> | <b>Μέσος Όρος</b>      |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>Ηλικία</b>                 |                                 | 23 -65                   | 43,63                  |
|                               |                                 | <b>Συχνότητα</b>         | <b>Ποσοστό<br/>(%)</b> |
| <b>Φύλο</b>                   | Άντρας                          | 18                       | 45,0                   |
|                               | Γυναίκα                         | 22                       | 55,0                   |
| <b>Διαμονή</b>                | Αγροτική περιοχή                | 13                       | 32,5                   |
|                               | Αστική περιοχή                  | 20                       | 50,0                   |
|                               | Ημια-αστική / προάστιο          | 7                        | 17,5                   |
| <b>Εκπαίδευση</b>             | Δημοτικό                        | 15                       | 37,5                   |
|                               | Γυμνάσιο                        | 2                        | 5,0                    |
|                               | Λύκειο                          | 14                       | 35,0                   |
|                               | Τριτοβάθμια                     | 9                        | 22,5                   |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> | Ελεύθερος                       | 13                       | 32,5                   |
|                               | Παντρεμένος                     | 21                       | 52,5                   |
|                               | Διαζευγμένος /χήρος (-α)        | 6                        | 15                     |
| <b>Κάπνισμα</b>               | Μη καπνιστής                    | 22                       | 55,0                   |
|                               | Λίγο (1-2<br>πακέτα/εβδομάδα)   | 12                       | 30,0                   |
|                               | Αρκετά (1-2<br>πακέτα/εβδομάδα) | 5                        | 12,5                   |
|                               | Πάρα πολύ (>2<br>πακέτα/ημέρα)  | 1                        | 2,5                    |

|  |                               |    |       |
|--|-------------------------------|----|-------|
| <b>Κλινοστατισμός</b>                    |                               | 17 | 42,5  |
| <b>Επίσκεψη σε ειδικευμένο<br/>ιατρό</b> |                               | 40 | 100,0 |
| <b>Θεραπεία</b>                          |                               | 39 | 97,5  |
| <b>Διάγνωση</b>                          | Δισκοπάθεια /κήλη δίσκου      | 16 | 40,0  |
|  | Οσφυαλγία                     | 13 | 32,5  |
|  | Οσφυοίσχυαλγία                | 2  | 10,0  |
|  | Μετατόπιση σπονδύλου          | 1  | 2,5   |
|  | Σπονδυλοαρθρίτιδα<br>/στένωση | 3  | 7,5   |
|  | Υπερκινητική οσφυϊκή<br>μοίρα | 1  | 2,5   |
| <b>Ετήσιο εισόδημα</b>                   | 0 ευρώ                        | 1  | 2,5   |
|  | <7.200 ευρώ                   | 18 | 45,0  |
|  | 7.200-14.400 ευρώ             | 14 | 35,0  |
|  | 14.400-24.000 ευρώ            | 4  | 10,0  |
|  | >24.000 ευρώ                  | 3  | 7,5   |



## 5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ & ΑΥΤΟ-ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση βασικών μεταβλητών και παρατηρείται ότι ο μέσος όρος αυτών που ανέφεραν χειρότερο πόνο στην πλάτη ήταν 8,08 ενώ αυτών που παρουσίαζαν μέση ένταση είναι 31,28. Επίσης προέκυψε ότι στις υποκλίμακες του SF-12 (σωματικής & ψυχικής υγείας), ο μέσος όρος ήταν σχετικά υψηλός αγγίζοντας τις τιμές 35,2775 και 45,5250.

**Πίνακας 2. Περιγραφική ανάλυση βασικών μεταβλητών αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων.**

|  | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέσος όρος |
|--|---------------|--------------|------------|
| Χειρότερος πόνος (πλάτη)               | 5             | 10           | 8,08       |
| Καλύτερος πόνος (πλάτη)                | 1             | 8            | 4,93       |
| Μέση ένταση πόνου (πλάτη)              | 3             | 85           | 31,28      |
| Χειρότερος πόνος (πόδι)                | 0             | 10           | 5,93       |
| Μέση ένταση πόνου (πόδι)               | 0             | 8            | 4,03       |
| VAS -μέση ένταση πόνου (LEG)           | 0             | 75           | 18,36      |
| STarTBacktotal                         | 0             | 8            | 4,32       |
| Maine-Seattle Total Score              | 9,00          | 23,00        | 16,2250    |
| SBI -Total score                       | ,00           | 30,00        | 14,4000    |
| Roland-Morris Disability Questionnaire | 2             | 23           | 11,60      |
| Υποκλίμακα άγχους                      | 1             | 15           | 6,02       |
| Υποκλίμακα κατάθλιψης                  | 0             | 14           | 5,82       |
| SF-12 Physical subscore                | 3,00          | 62,00        | 35,2775    |
| SF-12 Mental subscore                  | 27,60         | 59,80        | 45,5250    |

Στην συνέχεια, προσπαθώντας να γίνει η ανάλυση του ιστορικού των ατόμων της έρευνας (βλ. Πίνακας 3), ρωτήθηκαν για τις περιοχές που νιώθουν πόνο, ένα 60% ανέφερε αριστερό οσφυϊκό πόνο, ένα 70% πόνο στην δεξιά οσφυϊκή περιοχή, το 45% ανέφερε πόνους στην περιοχή του αριστερού γλουτού ενώ ποσοστό 60% στην περιοχή δεξιού γλουτού και 35% των ατόμων ανέφερε πόνους στην περιοχή δεξιού οπίσθιου μηρού. Όσο αναφορά την 24ωρη συμπεριφορά πόνου που ενοχλεί τα άτομα και δεν τα αφήνει να κοιμηθούν, το 35% ανέφερε ξύπνημα το βράδυ, ποσοστό 42,5% ανέφερε ότι δεν τα αφήνει να κοιμηθούν, το 32,5% χειρότερα το πρωί και τις βράδυνες ώρες το 35%. Όσον αφορά άλλα μυοσκελετικά προβλήματα, 15% ανέφερε αυχεναλγία, προηγούμενους τραυματισμούς ανέφερε ένα ποσοστό 5% και προηγούμενα χειρουργεία ένα ποσοστό 22,5%. Σε εξετάσεις με ακτινογραφίες έχει καταφύγει ένα ποσοστό 60% και σε μαγνητική ένα ποσοστό 17,5%. Σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων ανέφερε το 57,5% και παράγοντες έναρξης ένα ποσοστό 25% και τέλος για αυτή την ομάδα ερωτήσεων τα άτομα που ανέφεραν προηγούμενα επεισόδια ήταν το 42,5%.

### Πίνακας 3. Ιστορικό ασθενών

|                           |                    | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---------------------------|--------------------|-----------|-------------|
| <b>Περιοχές πόνου</b>     | Αριστερή οσφυαλγία | 24        | 60,0        |
|                           | Δεξιά οσφυαλγία    | 28        | 70,0        |
|                           | Αριστερός γλουτός  | 18        | 45,0        |
|                           | Δεξιός γλουτός     | 24        | 60,0        |
|                           | Δεξιός μηρός       | 14        | 35,0        |
| <b>Θέσεις επιδείνωσης</b> | Κάμψη              | 21        | 52,5        |
|                           | Κάθισμα            | 12        | 30,0        |
|                           | Ορθοστασία         | 23        | 57,5        |
|                           | Εγερση από κάθισμα | 15        | 37,5        |
|                           | Βάδιση             | 12        | 30,0        |
| <b>Θέσεις ανακούφισης</b> | Ξαπλωμένος (-η)    |           |             |
|                           |                    |           |             |

|                                     |  |    |      |
|-------------------------------------|--|----|------|
| <b>24ωρη συμπεριφορά πόνου</b>      | Ξύπνημα το βράδυ λόγω πόνου                    | 14 | 35,0 |
|                                     | Δεν αφήνει ασθενή να κοιμηθεί                  | 17 | 42,5 |
|                                     | Χειρότερα το πρωί                              | 13 | 32,5 |
|                                     | Χειρότερα τις βραδινές ώρες                    | 14 | 35,0 |
|                                     |  |    |      |
| <b>Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα</b> | Αυχεναλγία                                     | 6  | 15,0 |
|                                     | Σκολίωση /παραμόρφωση/ άλλα                    | 11 | 27,5 |
| <b>Προηγούμενοι τραυματισμοί</b>    |  | 2  | 5,0  |
| <b>Προηγούμενα χειρουργεία</b>      |  | 9  | 22,5 |
| <b>Εξετάσεις</b>                    | Ακτινογραφία                                   | 24 | 60,0 |
|                                     | Μαγνητική                                      | 7  | 17,5 |
|                                     |  |    |      |
| <b>Ιστορικό</b>                     | Σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων                    | 23 | 57,5 |
|                                     | Προδιαθεσικοί παράγοντες έναρξης (προβλήματος) | 10 | 25,0 |
| <b>Προηγούμενα επεισόδια</b>        |  | 17 | 42,5 |

Κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης παρατηρήθηκε ότι το 40% των ασθενών είχαν φυσιολογική στάση, ενώ το ποσοστό αυτών που είχαν Λορδωτική στάση ήταν 32,5 %.Όσο αναφορά την γενική παρατήρηση του σωματότυπου,το 27,5% του δείγματος παρουσίασε μειωμένο μυϊκό τόνο ενώ το 70% παρουσίαζε κλειστό κινητικό πρότυπο.Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι 77,5% του δείγματος ανέφερε περιορισμό την κάμψη ενώ πόνο στην κάμψη 70%.Κατά την διάρκεια των επαναλαμβανόμενων κινήσεων το 22,5% ανέφερε περιφεριοποίηση των συμπτωμάτων. Ενώ στις συνδυασμένες κινήσεις το 77,5 % του δείγματος ανέφερε περιορισμένη κάμψη με αρ.πλάγια κάμψη και πόνο στην κάμψη με αρ.πλάγια κάμψη.

**Πίνακας 4. Κλινική εξέταση ασθενών**

|                                      |   | <b>Συχνότητα</b> | <b>Ποσοστό(%)</b> |
|--------------------------------------|---|------------------|-------------------|
| <b>Στάση</b>                         | Φυσιολογική                               | 16               | 40,0              |
|                                      | Λορδωτική                                 | 13               | 32,5              |
|                                      | Σκολιωτική                                | 10               | 25,0              |
|                                      | Ανταλγική                                 | 9                | 22,5              |
| <b>Ανταλγική βάδιση</b>              |   | 21               | 52,5              |
| <b>Γενική παρατήρηση σωματότυπου</b> | Μειωμένος μυϊκός τόνος                    | 11               | 27,5              |
|                                      | Αυξημένος μυϊκός τόνος                    | 6                | 15,0              |
|                                      | Μυϊκή ατροφία ποδιού                      | 4                | 10,0              |
| <b>Κινητικό πρότυπο</b>              | Ανοικτό πατέντο κίνησης (opening pattern) | 10               | 25,0              |
|                                      | Κλειστό πατέντο κίνησης (closing pattern) | 28               | 70,0              |
|                                      | Πρότυπο κινητικής δυσλειτουργίας          | 11               | 27,5              |
|                                      | Πρότυπο κινητικού ελέγχου                 | 4                | 10,0              |
| <b>Ενεργητικές κινήσεις</b>          | Περιορισμός κάμψης                        | 31               | 77,5              |

|                                       |                                      |    |      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----|------|
|                                       | Περιορισμός έκτασης                  | 27 | 67,5 |
|                                       | Περιορισμός αρ. Πλ. Κάμψης           | 28 | 70,0 |
|                                       | Περιορισμός δεξ. Πλ. Κάμψης          | 28 | 70,0 |
|                                       | Πόνος στην κάμψη                     | 28 | 70,0 |
|                                       | Πόνος στην έκταση                    | 27 | 67,5 |
|                                       | Πόνος αρ. πλ. Κάμψης                 | 22 | 55,0 |
|                                       | Πόνος δεξ. Πλ. Κάμψης                | 23 | 57,5 |
| <b>Επαναλαμβανόμενη κίνηση κάμψης</b> | Περιφερικοποίηση συμπτωμάτων         | 9  | 22,5 |
| <b>Συνδυασμένες κινήσεις</b>          | Περιορισμένη κάμψη με Δ πλ. κάμψη    | 30 | 75,0 |
|                                       | Περιορισμένη κάμψη με Αρ. πλ. κάμψη  | 31 | 77,5 |
|                                       | Περιορισμένη έκταση με Δ πλ. κάμψη   | 29 | 72,5 |
|                                       | Περιορισμένη έκταση με Αρ. πλ. κάμψη | 26 | 65,0 |
|                                       | Πόνος - κάμψη με Δ πλ. κάμψη         | 30 | 75,0 |
|                                       | Πόνος - κάμψη με Αρ. πλ. κάμψη       | 31 | 77,5 |
|                                       | Πόνος - έκταση με Δ πλ. κάμψη        | 28 | 70,0 |
|                                       | Πόνος - έκταση με Αρ. πλ. κάμψη      | 27 | 67,5 |

## 5.2. ΣΤΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας 5) προσδιορίζει την συσχέτιση μεταξύ των πιο σημαντικών μεταβλητών του δείγματος, της παρούσας στατιστικής ανάλυσης. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα από την ανάλυση από το SPSS διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

- Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει **Αρνητική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση** με την μεταβλητή Ψυχικής Υγείας SF-12, με  $r=-0,395$ . Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ένταση του πόνου, τόσο μειώνεται ο δείκτης της ψυχικής υγείας, υπάρχει δηλαδή μια επιδείνωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς.
- Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει **Θετική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση** με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Άγχους, με  $r=0,313$ . Δηλαδή τα επίπεδα άγχους του ασθενούς αυξάνονται, όσο αυξάνεται η μέση ένταση του πόνου
- Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει **Θετική σχετικά ισχυρή Συσχέτιση** με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Κατάθλιψης, με  $r=0,487$ . Δηλαδή και σε αυτή την περίπτωση η αύξηση του πόνου ενός ασθενούς μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα κατάθλιψης του ατόμου.
- Η μεταβλητή Προηγούμενα Επεισόδια παρουσιάζει **Θετική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση** με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Άγχους, με  $r=0,363$ . Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως η ύπαρξη προηγούμενων επεισοδίων οσφυαλγίας των ατόμων επιδρά αρνητικά στο άγχος που παρουσιάζουν, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες μεταβλητές και με το ιστορικό οξείας έναντι σταδιακής έναρξης που δεν παρουσιάζει καμία στατιστική σημαντικότητα.

Σύμφωνα με τα υπόλοιπα αποτελέσματα που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Οι περιοχές πόνου (Αριστερή οσφυϊκή περιοχή 1, Δεξιά οσφυϊκή περιοχή 2, Αριστερή γλουτιαία περιοχή 3, Δεξιά γλουτιαία περιοχή 4, VAS-Χειρότερος πόνος (πλάτης), VAS-Καλύτερος πόνος (πλάτης)), δεν φαίνονται να συνδέονται στατιστικά με τις υπό εξέταση μεταβλητές.

Πίνακας 5. Συσχετίσεις (συντελεστής Pearson's r)

|                                 | SF-12<br>φυσιολογική<br>βαθμολόγηση | SF-12<br>ψυχική<br>βαθμολογία | HAD<br>Υποκλίμακα<br>Άγχους | HAD-<br>Υποκλίμακα<br>καταθίψης | STarTBacktotal | 10.2 Σημεία<br>συμπεριφορά -<br>διακυμάνσεις<br>στην εικόνα<br>(Behavioural<br>signs -<br>discrepancies in<br>presentation) | 10.2 Σομεία<br>συμπεριφοράς -<br>υπερβολή<br>(Behavioural<br>signs -<br>exaggeration in<br>presentation) |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------|---|--|
| Αριστερή οσφυϊκή<br>περιοχή 1   | ,045                                | ,081                          | ,054                        | ,039                            | -,027          | -,230   | -,112  |
| Δεξιά οσφυϊκή<br>περιοχή 2      | ,058                                | -,090                         | ,170                        | ,193                            | ,198           | ,055  | -,140  |
| Αριστερή γλουτιαία<br>περιοχή 3 | ,199                                | -,113                         | -,111                       | -,205                           | -,206          | -,075   | ,101   |
| Δεξιά γλουτιαία<br>περιοχή 4    | ,009                                | -,142                         | -,080                       | ,011                            | ,133           | ,026  | -,112  |

|  |       |        |        |        |       |       |       |
|--|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|
| VAS-Χειρότερος<br>πόνος (πλάτης)                 | -,149 | -,188  | ,214   | ,139   | ,057  | ,084  | ,006  |
| VAS-Καλύτερος<br>πόνος (πλάτης)                  | -,143 | -,132  | ,020   | ,128   | ,131  | -,087 | -,053 |
| VAS -Μέση ένταση<br>πόνου                        | -,008 | -,395* | ,313*  | ,487** | ,117  | -,205 | -,269 |
| Προηγούμενα<br>ιστορικά επεισόδια                | -,113 | ,083   | -,363* | -,136  | ,035  | -,051 | -,079 |
| Ιστορικό - οξείας<br>έναντι σταδιακής<br>έναρξης | ,111  | ,123   | ,141   | ,068   | -,125 | -,202 | -,107 |

\* p < 0,05, \*\* p<0,001



Πίνακας 6. Συσχετίσεις (συντελεστής Pearson's r)

|   |                        | SF-12<br>Physical<br>subscore | SF-12<br>Mental<br>subscore | HAD-<br>Anxiety<br>subscale | HAD-<br>Depressio<br>n<br>subscale | STarTBack<br>total | Behavioural<br>signs -<br>discrepanci<br>es in<br>presentatio<br>n | Behavioural<br>signs -<br>exaggeration<br>in<br>presentation |
|---|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------|--|--|
| Φυσιολογική<br>σταση  | Pearson<br>Correlation | ,007                          | -,161                       | -,054                       | ,347                               | -,018              | -,026  | -,075  |
| Ανταλγική<br>σταση  | Pearson<br>Correlation | ,139                          | -,089                       | ,266                        | -,138                              | -,109              | ,030   | ,170   |
| Ανταλγική<br>βαδιση   | Pearson<br>Correlation | ,380*                         | ,093                        | ,110                        | -,212                              | -,431**            | ,100   | -,096  |
| ROM Οσφυϊκής<br>μοίρας -<br>κινητικότητα σε<br>κάμψη                  | Pearson<br>Correlation | -,361                         | -,269                       | -,033                       | ,201                               | ,372*              | ,271   | -,046  |
| ROM Οσφυϊκής<br>μοίρας –<br>κινητικότητα σε<br>έκταση                 | Pearson<br>Correlation | -,372                         | -,208                       | ,182                        | ,401*                              | ,172               | ,000   | -,059  |
| ROM Οσφυϊκής<br>μοίρας –<br>κινητικότητα<br>στην αριστερή<br>πλ.κάμψη | Pearson<br>Correlation | -,288                         | -,371*                      | ,019                        | ,321                               | ,243               | ,169   | -,057  |
| ROM Οσφυϊκής<br>μοίρας –<br>κινητικότητα<br>στην δεξιά πλ.<br>κάμψη   | Pearson<br>Correlation | -,484**                       | -,390*                      | ,339                        | ,440**                             | ,414**             | -,191  | -,060  |
| ROM Οσφυϊκής<br>μοίρας – πόνος  | Pearson<br>Correlation | ,467*                         | ,214                        | -,053                       | -,396*                             | -,316              | -,082  | ,260   |

|  |                     |       |       |       |       |       |       |       |
|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| στην κάμψη   |                     |       |       |       |       |       |       |       |
| ROM Οσφυϊκής μοίρας – πόνος στην έκταση            | Pearson Correlation | ,246  | ,195  | -,083 | -,169 | -,245 | -,053 | ,064  |
| ROM Οσφυϊκής μοίρας – πόνος στην αριστερή πλ.κάμψη | Pearson Correlation | ,278  | ,297  | -,124 | -,242 | -,290 | -,050 | -,286 |
| ROM Οσφυϊκής μοίρας – πόνος στην δεξιά πλ.κάμψη    | Pearson Correlation | ,272  | ,192  | -,184 | -,205 | -,284 | ,177  | -,107 |
| Επαναλαμβανόμενες κινήσεις - κάμψη                 | Pearson Correlation | ,240  | ,342  | -,441 | -,603 | -,221 | ,202  | ,153  |
| Ανοιχτό πατέντο                                    | Pearson Correlation | -,223 | ,115  | -,299 | -,105 | ,317  | -,144 | -,053 |
| Κλειστό πατέντο                                    | Pearson Correlation | ,290  | -,084 | ,170  | ,149  | -,414 | ,055  | ,060  |
| Πρόβλημα δυσλειτουργίας                            | Pearson Correlation | ,002  | ,231  | -,126 | -,331 | -,186 | ,252  | ,149  |
| Πρόβλημα ελέγχου                                   | Pearson Correlation | -,231 | -,076 | -,046 | ,097  | ,049  | ,042  | -,031 |
| SLR –Εύρος τροχιάς                                 | Pearson Correlation | ,272  | ,137  | -,122 | -,129 | -,375 | ,225  | -,113 |
| SLR – Αναπαραγωγή πόνου                            | Pearson Correlation | ,368  | ,290  | -,087 | -,153 | -,358 | ,255  | ,068  |
| Ψηλάφηση - trigger points ανω οσφυϊκής μοίρας      | Pearson Correlation | -,041 | ,048  | -,241 | -,128 | ,123  | ,125  | ,092  |

|  |                        |       |       |       |       |       |      |       |
|--|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Ψηλάφηση -<br>trigger points<br>κάτω οσφυϊκής<br>μύρας | Pearson<br>Correlation | ,152  | ,066  | -,357 | -,276 | ,128  | ,105 | ,067  |
| Ψηλάφηση<br>Ιερολαγόνιας<br>περιοχής                   | Pearson<br>Correlation | -,174 | ,061  | -,271 | -,079 | ,071  | ,075 | -,101 |
| Παρουσία<br>αλλοδυνίας                                 | Pearson<br>Correlation | ,046  | -,003 | ,069  | ,043  | -,250 | ,000 | -,035 |

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν 40. Η νεότερη ηλικία ήταν 23 ετών, ενώ η μεγαλύτερη 65 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα  $43,63 \pm 13,37$  έτη. Από το δείγμα των 40 ατόμων οι 18 ήταν άνδρες και οι 22 γυναίκες. Οι ηλικίες και η κατανομή φύλου προσομοιάζει αντίστοιχες έρευνες οσφυαλγικών από το διεθνή χώρο (Ghaffari et al., 2006, Alexoroulos et al., 2008; Dun & Croft, 2004). Όσον αναφορά τον τόπο διαμονής και την εκπαίδευσή τους, το 50% δήλωσε ότι μένει σε αστική περιοχή και το 38% του δείγματος δήλωσε ότι είχε τελειώσει το δημοτικό. Από τα 40 άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα, τα 21 άτομα δήλωσαν ότι ήταν παντρεμένοι ενώ οι υπόλοιποι ήταν ελεύθεροι. Το 55% των συμμετοχόντων δήλωσαν μη καπνιστές. Τα άτομα που ανέφεραν κλινοστατισμό ήταν το 42,5% του δείγματος, αρκετά μεγάλο ποσοστό, ενώ εντυπωσιακό ήταν το ποσοστό που έχει επισκεφτεί ένα ειδικευμένο ιατρό το οποίο ήταν 100% ενώ το 97,5% έχει ακολουθήσει και κάποια θεραπεία. Αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού αναφέρουν πως πολλοί ήταν αυτοί που επισκέπτονταν έναν ειδικευμένο ιατρό για την οσφυαλγία, αλλά και φυσικοθεραπευτές, χειροπράκτες κ.α.. Συγκεκριμένα, οι Deyo et al (1987) ανέφεραν ότι το 84,6% επισκέφθηκαν ιατρό, οι Freburget et al (2011) ανέφεραν το 84%, ενώ οι Walker et al 71%. Το 40% των ατόμων του δείγματος είχαν διαγνωστεί με δισκοπάθεια / κήλη δίσκου. Ενώ, το 45% αυτών που εμφάνιζαν συχνά οσφυαλγία ήταν άτομα που το εισόδημά τους ήταν κάτω 7.200.

Τα αποτελέσματα από τα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια έδειξαν ότι ο μέσος όρος αυτών που αναφέρουν χειρότερο πόνο στην πλάτη ήταν  $8,08 \pm 1,207$ , ενώ αυτών που δήλωσαν χειρότερο πόνο στο πόδι ήταν το  $5,93 \pm 3,661$ . Απο τις απαντήσεις στο STarTBacktotal προέκυψε ότι ο μέσος όρος ήταν  $4,32 \pm 2,2$ . Στο Maine-Seattle Total Score ο μέσος όρος ήταν  $16,2 \pm 3,3$ . Στο Roland-Morris Disability Questionnaire ο μέσος όρος άγγιξε την τιμή  $11,6 \pm 5,560$ . Όσον αναφορά τις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης οι τιμές ήταν 6,02 και 5,82. Αξίζει να παρατηρηθεί ότι ο μέσος όρος της SF-12 Physical subscore και SF-12 Mental subscore έφτασαν τις τιμές  $35,2 \pm 11,571$  και  $45,5 \pm 8,940$ . Οι τιμές για την SF-12 Physical subscore φαίνεται πως κινούνται σε σχετικά μέτρια επίπεδα ανικανότητας, με τυπική απόκλιση της τάξεως του 11,571, σε αντίθεση με την SF-12 Mental subscore που τα σκορ των ασθενών ήταν συγκριτικά υψηλότερα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας.

Η στατιστική ανάλυση της λήψης του ιστορικού, προέκυψε ότι το 70 % ανέφερε δεξιά οσφυαλγία με θέση επιδείνωσης την ορθοστασία σε ποσοστό 57,5% και την κάμψη 52,5%. Το 42,5 % ανέφερε ότι ο πόνος δεν τους άφηνε να κοιμηθούν το βράδυ ενώ το 35% ανέφερε ξύπνημα το βράδυ λόγω του πόνου αλλά και ότι ο πόνος ήταν χειρότερος τις βραδινές ώρες.

Κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης προέκυψε ότι το 40% είχαν φυσιολογική στάση, ενώ το 52,5 % παρουσίαζε ανταλγική βάδιση. Το 70% των περιπτώσεων εμφάνιζε κλειστό κινητικό πατέντο. Όσον αναφορά τις ενεργητικές κινήσεις, το 70% πόνο στην κάμψη αλλά και περιορισμός αριστερή. πλ. κάμψης και δεξιά. πλ. κάμψης. Κατά την διάρκεια των επαναλαμβανόμενων κινήσεων κάμψης το 22,5% παρουσίασε περιφεριοποίηση συμπτωμάτων. Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν από την έρευνα των Spyrgorou et al., (2007), που υποστηρίζουν πως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το εργασιακό άγχος ή ο τυχόν θυμός που μπορεί να αντιμετωπίζει ο συμμετέχων την περίοδο που διεξήχθη η έρευνα εμφανίζουν σημαντικές παραμέτρους για ορισμένες από τις περιόδους επιπολασμού της νόσου. Επιπλέον όσο αναφορά τα επίπεδα κατάθλιψης βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας VAS και της κλίμακας HAD( υποκλίμακα κατάθλιψης), από το οποίο προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η μέση ένταση πόνου τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης. Αυτό το συμπέρασμα συμφωνεί με το αποτέλεσμα της έρευνας των Nurs et al (2008) οι οποίοι ανέφεραν ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης συσχετίζονται θετικά με την ένταση του πόνου αλλά είναι και ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της έντασης του πόνου Σε αντίθεση με την έρευνα των Von Korf et al (1998)., οι οποίοι ανέφεραν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν συχνά σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία αλλά δεν σχετιζόνταν με την ένταση του πόνου αλλά μόνο με την εμφάνισή του. Σύμφωνα λοιπόν με την στατιστική ανάλυση, η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει **Αρνητική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση** με την μεταβλητή Ψυχικής Υγείας SF-12, με  $r=-0,395$ . Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει **Θετική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση** με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Άγχους, με  $r=0,313$ . Δηλαδή τα επίπεδα άγχους του ασθενούς αυξάνονται, όσο αυξάνεται η μέση ένταση του πόνου. Η Μέση Ένταση Πόνου (VAS) παρουσιάζει **Θετική σχετικά ισχυρή Συσχέτιση** με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Κατάθλιψης, με  $r=0,487$ . Η μεταβλητή Προηγούμενα Επεισόδια παρουσιάζει **Θετική μετρίως ισχυρή Συσχέτιση** με την Κλίμακα HAD - Υποκλίμακα Άγχους, με  $r=0,363$ . Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως η ύπαρξη προηγούμενων επεισοδίων οσφυαλγίας των ατόμων επιδρά αρνητικά στο άγχος που παρουσιάζουν, σε αντίθεση με τις

υπόλοιπες μεταβλητές και με το ιστορικό οξείας έναντι σταδιακής έναρξης που δεν παρουσιάζει καμία στατιστική σημαντικότητα.

Επιπλέον η κοινωνική απομόνωση είναι διαδεδομένη και σχετίζεται με ανικανότητα οφειλόμενη σε οσφυαλγία, η οποία όμως δεν προέβλεπε κατάθλιψη. (Oliveira et al., 2014). Απο μια έρευνα των Hawthorne et al, (2013), οι οποίοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα Friendship Scale (FS), προέκυψε ότι όσοι ανέφεραν ότι έπασχαν από οσφυαλγία, εμφάνιζαν σοβαρή κοινωνική απομόνωση. Το ίδιο ανέφεραν και Tse et al, 2012.

Όσο αναφορά την κινησιοφοβία, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 193 οσφυαλγικούς ασθενείς με στόχο να περιγράψουν τον πόνο, την κινησιοφοβία και την ποιότητα ζωής τους, προέκυψε ότι ασθενείς με οσφυαλγία και κατάθλιψη παρουσιάζουν περισσότερη ευαισθησία στον πόνο, μεγαλύτερο φόβο κίνησης με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αποφεύγουν έστω και την πιο απλή κίνηση και χαμηλή ποιότητα ζωής (Antunes., et al 2013). Η ηλικία και το φύλο σχετίζονται με την κινησιοφοβία. Όσο αναφορά το φύλο, οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς, διότι μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αρχίζουν να χάνουν σταθερά μυϊκή μάζα και οδηγούνται σε απώλεια μυϊκής δυνάμεως 1-2% (Brown et al., 2000)

Όσο αναφορά τον φόβο του πόνου οι Waddell et al, (1993) σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν σε 184 ασθενείς, έδειξε ότι η αποφυγή του πόνου αποτελεί παράγοντα επιμονής της οσφυαλγίας και ότι αντιπροσωπεύει το 23% της αναπηρίας στις καθημερινές δραστηριότητες, και το 26% της απώλειας της εργασίας.

Γενικά, το ουσιαστικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως η κατάθλιψη, το άγχος, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη εμπιστοσύνης σχετίζονται με την οσφυαλγία. Και μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε προέκυψε ότι, όσο αυξανόταν η ένταση του πόνου τόσο μειωνόταν ο δείκτης ψυχικής υγείας, δηλαδή υπήρξε μια επιδείνωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς και όσο αυξανόταν η μέση ένταση του πόνου τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα άγχους και της κατάθλιψης.

## **6.1. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ**

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, προέκυψε το συμπέρασμα πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση πόνου στην οσφύ απ' ότι οι άνδρες. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται από τις πιο πρόσφατες έρευνες των Stranjalis et al., (2004), των Spyropoulos et al., (2007), των Freburger et al. (2011), καθώς και από τη σχετικά παλιότερη έρευνα των Parageorgiou et al., (1995). Ωστόσο έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Walsh et al., (1992), που συμπεραίνουν από τη μελέτη τους πως οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν μικρές όσον αφορά τον επιπολασμό της νόσου, με εξαίρεση ότι ένα υψηλότερο ποσοστό των ανδρών χρειάστηκε να απουσιάσει από την εργασία λόγω του πόνου στην οσφύ, ενώ επιπρόσθετα οι Deyo et al. (1987) συμπεραίνουν πως ο εφόρου ζωής επιπολασμός ήταν παρόμοιος μεταξύ ανδρών και γυναικών χωρίς σημαντικές διαφορές.

Όσο αναφορά τον τόπο κατοικίας, το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν πως η πλειοψηφία των ασθενών με οσφυαλγία αποτελούσαν κάτοικοι αστικών κέντρων το οποίο έρχεται να επαληθευτεί από τις προηγούμενες έρευνες των Stranjalis et al., (2004), που υποστήριξαν πως τα άτομα που κατοικούν σε αστικές περιοχές αναφέρουν πιο συχνά πόνο σε μηνιαίο επιπολασμό της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς και των Raspe et al., (2004) που συμπέραναν πως η πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζουν πόνο στην οσφύ στη Γερμανία είναι κάτοικοι αστικών περιοχών επίσης, ενώ έρχεται σε αντίθεση από τις έρευνες των Andrianakos et al., (2002) που δεν διαπίστωσαν σημαντική διαφορά του επιπολασμού της νόσου μεταξύ κατοίκων αστικών, ημιαστικών και επαρχιακών περιοχών.

Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης, προέκυψε ότι η πλειοψηφία των πάσχοντων έχει τελειώσει το δημοτικό σε ποσοστό 37,5% το οποίο συμφωνεί με τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα των Deyo et al., (1987) που υποστηρίζουν πως τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσίασαν συμπτώματα οσφυαλγίας σε ποσοστό 50% υψηλότερο από άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, και με αυτή των Stranjalis et al., (2004) που ισχυρίστηκαν πως η συχνότητα και η διάρκεια της οσφυαλγίας μειώνονται αντιστρόφως ανάλογα με την εκπαίδευση ενώ έρχεται σε αντίθεση με αυτή των Goubert et al (2004) οι οποίοι σε έρευνά τους που διεξήχθη στο Βέλγιο, ανέφεραν ότι το 34,7% που παρουσίαζε οσφυαλγία είχε αποφοιτήσει από κάποιο πανεπιστήμιο ενώ το 6,6% είχε λάβει εκπαίδευση ως το δημοτικό.

Επιπλέον, όσο αναφορά τον τόπο κατοικίας το συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι η πλειοψηφία των οσφυαλγικών που διαθέτει το δείγμα αποτελούν κάτοικοι αστικών κέντρων σε ποσοστό 50% το οποίο συμφωνεί με τις έρευνες των Stranjalis et al., (2004), που υποστήριξαν πως τα άτομα που κατοικούν σε αστικές περιοχές αναφέρουν πιο συχνά πόνο στη διάρκεια των 30 ημερών της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς και των Raspe et al., (2004) που συμπέραναν πως η πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζουν πόνο στην οσφύ στη Γερμανία είναι κάτοικοι αστικών περιοχών επίσης, ενώ αντικρούεται από τις έρευνες των Andrianakos et al., (2002) που δεν διαπίστωσαν σημαντική διαφορά του επιπολασμού της νόσου μεταξύ κατοίκων αστικών, ημιαστικών και επαρχιακών περιοχών.

Σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος προέκυψε πως υψηλότερα ποσοστά οσφυαλγίας εμφανίζουν τα παντρεμένα άτομα, γεγονός που δε συμφωνεί με τα δεδομένα της έρευνας των Stranjalis et al., (2004) που επισημαίνουν πως οι διαζευγμένοι/ες και οι χήροι/ες εμφανίζουν πιο συχνά οσφυαλγία σε σχέση με τα ανύπαντρα και παντρεμένα άτομα.

Ωστόσο προέκυψε ότι τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα εμφάνιζαν πιο συχνά πόνο στη μέση. Το οποίο συμφωνεί με την έρευνα των Stranjalis et al., (2004)

Επιπλέον, από τη συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει το δεδομένο πως η πλειοψηφία των οσφυαλγικών θα επισκεφθούν κάποιον ειδικό για το πρόβλημά τους, γεγονός που επαληθεύεται από τις έρευνες των Freburger et al. (2011) και Deyo et al., (1987) που επιβεβαιώνουν τα υψηλά ποσοστά αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης

Όσον αφορά τον παράγοντα άγχος, από την εν λόγω έρευνα φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση πόνου στην οσφύ και η συσχέτιση είναι θετική της τάξεως 0,313. Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν από την έρευνα των Spyropoulos et al., (2007), που υποστηρίζουν πως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το εργασιακό άγχος ή ο τυχόν θυμός που μπορεί να αντιμετωπίζε ο συμμετέχων την περίοδο που διεξήχθη η έρευνα εμφανίζουν σημαντικές παραμέτρους για ορισμένες από τις περιόδους επιπολασμού της νόσου. Επιπλέον όσο αναφορά τα επίπεδα κατάθλιψης βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας VAS και της κλίμακας HAD( υποκλίμακα κατάθλιψης), από το οποίο προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η μέση ένταση πόνου τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης. Αυτό το συμπέρασμα συμφωνεί με το αποτέλεσμα της έρευνας των Nurs et all (2008) οι οποίοι ανέφεραν ότι τα



επίπεδα της κατάθλιψης συσχετίζονται θετικά με την ένταση του πόνου αλλά είναι και ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της έντασης του πόνου Σε αντίθεση με την έρευνα των Von Korf et al (1998)., οι οποίοι ανέφεραν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν συχνά σε άτομα με χρόνια οσφυαλγία αλλά δεν σχετίζονταν με την ένταση του πόνου αλλά μόνο με την εμφάνισή του.

## **6.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της οσφυαλγίας στο ψυχοκοινωνικό επίπεδο της ζωής των Ελλήνων ατόμων που πάσχουν. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε περιοχές όπως στην Άρτα, Κέρκυρα, Πάτρα και Πύργος Ηλείας. Από την έρευνα προέκυψε ότι όντως υπάρχει αλληλεπίδραση της οσφυαλγίας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που την προκαλούν. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες ήταν πιο επιρρεπείς στον πόνο στην οσφύ σε σχέση με τους άνδρες καθώς επίσης και αυτοί που ζούσαν σε αστική περιοχή και είχαν χαμηλό εισόδημα. Ωστόσο παρατηρήθηκε ότι η κατάθλιψη και το άγχος σχετίζεται με την οσφυαλγία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι άτομα που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Αυτό διότι οι γρήγοροι ρυθμοί της ζωής, η πίεση στον εργασιακό χώρο και οι υποχρεώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον, τον αναγκάζουν να προσπαθήσει και να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις.

Γνωστοποιώντας λοιπόν, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση και την επιμονή της οσφυαλγίας, δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να ενημερωθεί για την κατάστασή του και να δει κατά πόσο η οσφυαλγία επιδρά στο ψυχοκοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι θα μπορέσει να διαμορφώσει μια πλήρη εικόνα και να προσπαθήσει μέσω ειδικής βοήθειας από ιατρό ή άλλον ειδικό (όσο αναφορά το άγχος και κατάθλιψη) και φυσικοθεραπευτή (όσο αναφορά την οσφυαλγία και τρόπους διαμόρφωσης εργασιακού χώρου) έτσι ώστε να μειώσει επιπλέον κινδύνους καταπόνησης στην οσφύς.

Όσο αναφορά τον φυσικοθεραπευτή, θα μπορέσει μέσω του ιστορικού και της κλινικής άσκησης, να ομαδοποιήσει τους ασθενείς σχετικά με τα ψυχολογικά του χαρακτηριστικά και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον καθένα ξεχωριστά. Έτσι θα κατανοήσει και κατ'επέκταση θα σχεδιάσει την κατάλληλη αποτελεσματική θεραπεία για την κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά. Επειδή το ζήτημα της οσφυαλγίας είναι ένα πολυσύνθετο με ιδιαίτερες επιπτώσεις στην ψυχική και κοινωνική του ζωή θα τον βοηθούσε και η συνεργασία με περισσότερες ειδικότητες ιατρών.

### **6.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Θα πρέπει να αναφερθεί πως αντιμετωπίστηκαν αρκετές δυσκολίες μέχρι να ολοκληρωθεί η διεξαγωγή της έρευνας. Μία από τις αρχικές και σημαντικές δυσκολίες, ήταν η εύρεση των ασθενών. Συγκεκριμένα η αναζήτησή απευθυνόταν σε άτομα ηλικίας 18 έως 65, οι οποίοι να μην είχαν υποστεί χειρουργείο ή αντιμετώπιζαν πόνο στην οσφύ με διάγνωση ιατρού ή χωρίς, που είχε διάρκεια για τουλάχιστον 4 εβδομάδες κατά τη διάρκεια του τελευταίου διμήνου, από τη μέρα της εξέτασης και πριν, με ή χωρίς αναφερόμενο πόνο στο πόδι. Όμως πολλοί ήταν αυτοί που δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις με αποτέλεσμα να αποκλείονται από την έρευνα. Επίσης ένας άλλος αρνητικός παράγοντας ήταν ότι οι ιδιοκτήτες φυσικοθεραπευτηρίων αρνήθηκαν να πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση από τις φοιτήτριες, γιατί όπως ισχυρίστηκαν, <<ο χρόνος για την συμπλήρωση της φόρμας αξιολόγησης ήταν πολύς και ότι μπορεί να κούραζε τον ασθενή>> και επίσης ότι << δεν προλάβαιναν να παραχωρήσουν κάποιους από τους ασθενείς τους, διότι είχαν επαγγελματικές υποχρεώσεις.>> Όμως παρ'όλη την άρνηση υπήρξε επιμονή και από την μεριά των φοιτητριών για την αναζήτηση ασθενών, παρά την πολύωρη παραμονή τους σε φυσικοθεραπευτήρια, νοσοκομεία, και κέντρα άστεγων. Ωστόσο, πολλοί ήταν και οι ασθενείς οι οποίοι προέρχονταν από το οικογενειακό, συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των φοιτητριών που θέλησαν να βοηθήσουν στην έρευνα και οι οποίοι πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής.

Τέλος ένας άλλος αρνητικός παράγοντας ήταν ότι το δείγμα ήταν αρκετά μικρό (n=40), με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να γενικευτούν τα αποτελέσματα στο γενικό πληθυσμό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>Ο</sup>. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν διερευνηθεί κατά πόσο επιδρά η οσφυαλγία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες των Ελλήνων που πάχουν.

Συνοψίζοντας απ'όλα τα παραπάνω, οι σημαντικότεροι ψυχοκοινωνικοί & κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση και την επιμονή της οσφυαλγίας είναι η ηλικία, η κινησιοφοβία, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση καθώς το άγχος και η κατάθλιψη.

Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι στη φόρμα αξιολόγησης προέκυψε ότι αυτοί που εμφάνιζον συχνά οσφυαλγία είναι κυρίως γυναίκες, άτομα που ζουν στις πόλεις και το εισόδημά τους είναι χαμηλό. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι άτομα των οποίων η ένταση του πόνου στην οσφύ αυξανόταν είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους επομένως στην μείωση της λειτουργικότητας των ατόμων. Επίσης άτομα με οσφυαλγία παρουσίαζαν κοινωνική απομόνωση, κινησιοφοβία με αποτέλεσμα να μειώνεται η λειτουργικότητά τους και η ποιότητα ζωής τους.

Όμως το δείγμα που μελετήθηκε ήταν μικρό σε σύγκριση με άλλες έρευνες και τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να γενικευτούν σε μεγαλύτερους πληθυσμούς. Παρ'όλα αυτά επειδή η οσφυαλγία αποτελεί μείζον πρόβλημα για πολλούς στη σημερινή κοινωνία και κυρίως όταν επιτείνεται λόγω κατάθλιψης και άγχους, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί επιπλέον μελέτη που να αφορά την αλληλεπίδραση της οσφυαλγίας στο ψυχοκοινωνικό επίπεδο των ατόμων. Έτσι προάγεται η υγεία καθώς και την απόδοση του συστήματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική αρθρογραφία*

- 1)Αντωνίου Κ., Βασιλοπούλου Γ.2009.Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8<sup>ο</sup>:pp 1-102)Σαράφης, Π., Αρβανίτη, Μ., Ξένου Ε., Μήτσιου, Κ., Ρόκα, Β., Γαϊτάνου, Κ., Δάλλας, Δ., Μαλλιάρου, Μ., 2008, Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Οσφυαλγία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 1(1):25-34.
- 3)Σιαμάγκα, Ε., Βασιλόπουλος, Α., Σωτηροπούλου, Π., Βλάχου, Π., Μαργαρίτης, Α., Τσούσκας, Ι., Ρούπα, Ζ., 2013, Διερεύνηση του επιπέδου εκπαίδευσης και της εμφάνισης οσφυαλγίας σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 5(3):102-108

### *Ξενογλώσση αρθρογραφία*

- 1)Abraham& Killackey, 2002, Lack of evidence-based research for idiopathic low back pain: the importance of a specific diagnosis. [Arch Intern Med.](#) 2002 Jul 8;162(13):1442-4
- 2)Alexopoulos,E.C. 2006, Bakoyannis, G, Tanagra, D.,& Buedorf,A.2008, "Risk factors for sickness absence due to low back pain and prognostic factors for return to work in a cohort of shipyard works",Eur.SpineJ,vol.17,no.9,pp.1185-1192.
- 3)Alexopoulos C. E, Burdof, A. & Kalokerinou, A 2003. Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals, Int.Arch.Occup.Environ. Health, 76:289-294
- 4)Alexopoulos C. E. Stathi I. C & Charizani F (2004).Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists, BMC musculoskeletal disorders 5:16
- 5)Andersson, GB., 1999, Epidemiological features of chronic low-back pain. The Lancet 354(9178):581-585.
- 6)Andersson, G., Fine. L., Silverstein, B., 1995. «Musculoskeletal disorders», in the Occupational Health: Recognizing and Preventing Work-Related Disease,3rd edn, Levy BS, Wegman DH, ed., Little Brown, Boston, pp. 455–489.
- 7)Antunes, M., Macedo, B., Amaral, S., (2013), Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression, Acta Orthop.Bras, pp.27-29
- 8)Andrianakos, A., Tavaniotou, E., Aslanides, S., Vafiadou, E., Kontelis, L., Dantis, P., Christoyiannis, F., Kaskani, E., Nikolia, Z., Georgountzos, A., Voudouris, C., Trontzas, P., Kontoyianni, A., 2003, Back Pain as a Cause of Short-Term Disability Compared to all other Disease Groups in Greek Adult General Population. Rheumatic Disease Epidemiology Section, 62(1):88.
- 9)Antonopoulou,M.,Antonakis,N.,Hadjipavlou,A.,&Lionis,C.2007, "Patterns of pain and consulting behavior in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete,Greece",Fam.Pract.,vol.24,no.3,pp. 209-216
- 10)Atlas, SJ., Deyo, RA., Van, Den, Ancker. M., Singer, DE., Keller, RB., Patrick, DL., 2003, The Maine-Seattle back questionnaire: a 12-item disability questionnaire for evaluating patients with

lumbar sciatica or stenosis: results of a derivation and validation cohort analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 28(16):1869-1876

**11)Azimi, P., Shahzadi, S., Azhari, S., Montazeri, A.,** 2014, A validation study of the Iranian version of STarT Back Screening Tool (SBST) in lumbar central canal stenosis patients. *Journal of Orthopaedic Science*, 19(2):213-217

**12)Beck, AT., Steer, RA., Ball R., Ranieri W., F.,** 1996, Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3):588-597.

**13)Bergenudd H, Nilsson B.** Back pain in middle age. Occupational workload and psychologic factors: an epidemiologic survey.. *Spine*. 1988, 13, σσ. 58–60

**14)Beck, AT., Steer, R., A., Garbin, M., G.,** 1988 Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1): 77-100.

**15)Billis, E., McCarthy, CJ., Gliatis, J., Stathopoulos, I., Papandreou, M., Oldham, JA.,** 2010, Which are the most important discriminatory items for subclassifying non-specific low back pain? A Delphi study among Greek health professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3):542-549.

**16)Billis, E., McCarthy, CJ., Gliatis, J., Gittins, M., Papandreou, M., Oldham, JA.,** 2012, Inter-tester reliability of discriminatory examination items for sub-classifying non-specific low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(10):851-857

**17)Billis, E., McCarthy, CJ., Roberts, C., Gliatis, J., Papandreou, M., Gioftsos, G., Oldham, JA.,** 2013, Sub-grouping patients with non-specific low back pain based on cluster analysis of discriminatory clinical items. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(2):177-85.

**18)Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS.** The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979–86.

**19)Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH.** Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease.. *Scand J Work Environ Health*. 1993, Τόμ. 19, 5, σσ. 297–312

**20)Borkan, J., Van-Tulder, M., Reis, S., Schoene, ML., Croft, P., Hermoni, D.,** 2002, Advances in the field of low back pain in primary care: a report from the fourth international forum. *Spine (Phila Pa 1976)*, 27(5):128-132

**21)Bogduk, M., Karasek, M.,** 2003, Two-year follow-up of a controlled trial of intradiscal electrothermal anuloplasty for chronic low back pain resulting from internal disc disruption. *Spine journal*, 2(5):343-350.

**22)Boissonnault & Fabio, 1996,** Variation in Back Pain Between Countries The Example of Britain and Germany, *Spine*,29(9):1017-1021

**23)Boscainos, PJ., Sapkas, G., Stilianessi, E., Prouskas, K., Papadakis, SA.,** 2003, Greek versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, (411):40-53.

**24)Bruyère, O., Demoulin, M., Brereton, C., Humblet, F., Flynn, D., Hill, J., C., Maquet, D., Beveren, J., V., Reginster, J.,Y., Crielaard, J., M., Demoulin, C.,** 2012, Translation validation of a

new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Health and Quality of Life Outcomes*, 70:12.

**25)Breivik EK, Bjørnsson GA, Skovlund E.** A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. *Clin. J. Pain* 2000;16:22–8. **Bruyere, O., Demoulin, M., Beaudart, C., Hill, J. C.,**

**26)Maquet, D., Genevay, S., Mahieu, G., Reginster, J. Y., Crielaard, J. M., Demoulin, C.,** 2014, Validity and reliability of the French version of the STarT Back screening tool for patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(2):123-128.

**27)Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J. & Hollis, S.** (1995)Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20, 722–728.

**28)Chapman, J. R., Norvell, D. C., Hermsmeyer, J. T., Bransford, R. J., DeVine, J., McGirt, M. J., Lee, M. J.** 2011, Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine. (Phila Pa 1976)*, 36(21):54-68

**29)Christakou, A., Andriopoulou, M., Asimakopoulos, P.,** 2011, Validity and reliability of the Greek version of the Quebec Back Pain Disability Scale. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 24(3):145-154.**Chu LF, D'Arcy N, Brady C, Zamora AK, Young CA, Kim JE, Clemenson AM, Angst MS, Clark JD.** Analgesic tolerance without demonstrable opioid-induced hyperalgesia: a double-blinded, randomized, placebo-controlled trial of sustained-release morphine for treatment of chronic nonradicular low-back pain. *Pain*. 2012, Τόμ. 153, 8, σσ. 1583-92.

**30)Clarke, NM., Cleak, DK.,** 1983, Intervertebral lumbar disc prolapse in children and adolescents. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 3(2):202-206.

**31)Currie&Wang 2004,** Chronic back pain and major depression in the general Canadian population, *J.Pain*,107:54-60

**32)Dang, L., Zhongjun L.,** 2010, A review of current treatment for lumbar disc herniation in children and adolescents. *European Spine Journal*, 19(2): 205–214

**33)DeLuca, PF., Mason, E., Weiland, R., Howard, R., Bassett, G.,** 1994, Excision of Herniated Nucleus Pulposus in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 14(3):318-322.

**34)Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ.** Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med* 2002; 64:773–86.

**35)Deyo, A., R., Weinstein, J., N.,** 2001, Low Back Pain. *The New England Journal of Medicine*, 344(5):363-370

**36)Deyo, RA., Andersson, G., Bombardier, C.,Cherkin, DC., Keller, RB.,Lee, CK., Liang, MH.,Lipscomb, B.,Shekelle, P., Spratt, KF., Weinstein, JN.,** 1994, Outcome measures for studying patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 19(18): 2032-2036.

**37)Deyo, RA., Rainville, J., Kent, DL.,** 1992, What can the history and physical examination tell us about low back pain? *Journal of the American Medical Association*, 268(6):760-765.

**38)Deyo, RA., Tsui-Wu, YJ.,** 1987, Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine*, 12(3):264-268.

**39)Durham, S., R., Sun, P., P., Sutton, L., N.,** 2000, Surgically treated lumbar disc disease in the pediatric population: an outcome study. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 92(1):1-6.

- 40) **Dworkin SF, Gitlin MJ.** Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *Clin J Pain* 1991;7:79–94
- 41) **Evdokia V. Billis MSc, Christopher J. McCarthy PhD, Ioannis Stathopoulos MSc, Eleni Kapreli MSc, Paulina Pantzou PhD and Jacqueline A. Oldham PhD., 2007,** The clinical and cultural factors in classifying low back pain patients within Greece: a qualitative exploration of Greek health professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.*
- 42) **Fairbank, JC., Pynsent, PB., 2000,** The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976),* 25(22):2940-2952
- 43) **Ford, JJ., Story I., McMeeken, J. 2009,** The test–retest reliability and concurrent validity of the Subjective Complaints Questionnaire for low back pain. *Manual Therapy,* 13(3):283-291.
- 44) **Fountoulakis, KN., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., Kaprinis, GS., 2006,** Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry,* 5:2.
- 45) **Freburger, JK., Carey, T., S., Holmes, G., M., 2011,** Physical Therapy for Chronic Low Back Pain in North Carolina: Overuse, Underuse, or Misuse? *Physical Therapy Reviews,* 91(4): 484–495.
- 46) **Fritz, JM., Lurie, JD., Zhao, W., Whitman, JM., Delitto, A., Brennan, GP., Weinstein, JN., 2014,** Associations between physical therapy and long-term outcomes for individuals with lumbar spinal stenosis in the SPORT study. *Spine,* 14(8):1611-1621
- 47) **Fydrich, T., Dowdall, D., Dianne, L., Chambless, 1992,** Reliability and validity of the beck anxiety inventory. [Journal of Anxiety Disorders,](#) 6(1):55-61.
- 48) **Gatchel et al., 1986; Korbon et al., 1987.** Quantification of lumbar function, VT :the use of psychological measures in guiding physical functional restoration, *Spine.* 1986;11:36-42
- 49) **Ghaffari, M., Alipour, A., Jensen, I., Asghar FA., Vingard E., 2006,** Low back pain among Iranian industrial workers. *Occupational Medicine,* 56(7):455–460.
- 50) **Goubert, L., Crombez, G., Bourdeaudhuij, I., 2004,** Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. *European Journal of Pain,* 8(4):385-394.
- 51) **Greenough, CG., Fraser, RD., 1992,** Assessment of outcome in patients with low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976),* 17(1):36-41.
- 52) **Grotle, Margaret, Brox Jens I., Vollestad Nina K., 2005,** Functional Status and Disability Questionnaires: What Do They Assess?: A Systematic Review of Back-Specific Outcome Questionnaires. *Spine,* 30(1):130-140
- 53) **Grøvle, L., Haugen, AJ., Keller, A., Natvig, B., Brox, JI., Grotle, M., 2008,** 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),* 33(21):2347-2353.
- 54) **Guck, T., Burke, R., Rainville, 2015,** A brief primary care intervention to reduce fear of movement in chronic low back pain patients, *Transl Behav Med* 5(1) pp.1113-221



- 55) Guillén-Riquelme, A., Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Smyrniotis, V., Galanos, A., Vlahos, L., 2007, Beck Depression Inventory: exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 16(3):244-250**
- 56) Gusi et al., 2011. The Spanish version of the "STarT Back Screening Tool" (SBST) in different subgroups. *Aten Primaria*. 2011 Jul;43(7):356-61**
- 57) Haugen, AJ., Grøvle, L., Brox, JI., Natvig, B., Keller, A., Soldal, D., Grotle, M., 2011, Estimates of success in patients with sciatica due to lumbar disc herniation depend upon outcome measure. *European Spine Journal*, 20(10):1669-1675.**
- 58) Hay, M.E., 2008, A Primary Care Back Pain Screening Tool :Identifying Patients Subgroups for Initial Treatment, *Arthritics & Rheumatism ( Arthritis Care & Research*, 59(5):632-641.**
- 59) Hawthorne, G., Morton N, Kent P, 2013, Back pain and social isolation :cross sectional validation of the friendship scale for use in studies on low back pain. *Clin J Pain* 29(3) pp.245-52**
- 60) Hill, C., J., Dunn, K., M., Hay, E., M., 2010, Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *European Journal of Pain*, 14(1):83–89**
- 61) Hill, JC., Dunn, KM., Lewis, M., Mullis, R., Main, CJ., Foster, NE., Hay, EM., 2008, A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Care & Research*, 59(5):632-641.**
- 62) Hill, C., J., Dunn, K., M., Hay, E., M., 2010, Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *European Journal of Pain*, 14(1):83–89.**
- 63) Holt, AE., Shaw, NJ., Shetty, A., Greenough, CG., 2002, The reliability of the Low Back Outcome Score for back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 27(2):206-210.**
- 64) Jacqueline & Hart, 2008, Comparison of chiropractic and hospital outpatient management of low back pain :a feasibility study. *Report of a working group* 40:12-17**
- 65) Jellema et al., 2007. Low back pain in general practice: cost-effectiveness of a minimal psychosocial intervention versus usual care. *European Spine Journal* 16(11):1812-21.**
- 66) Johan, W., Vlaeyen, Ank M, Ruben G, 1995, Fear of movement /(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance, *Pain* pp.363-372**
- 67) Julian, LJ., 2011, Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(11):467-472.**
- 68) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *J Am M.***
- 69) Kaneda et al., 2001 A Novel Back School Using a Multidisciplinary Team Approach Featuna Quantitative Functional Evaluation and Therapeutic Exercises for Patients With Chronic Low Back Pain: The Japanese Experience in the General Setting, issue 10 p.1219-1225**
- 70) Kessler RC, McGonagle KA, Katherine A, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month S.R. Currie, J. Wang / *Pain* 107 (2004) 54–60**

59 prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.

**71)Koes BW, Tulder MW, Peul WC. :2006**, Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*; 334:1313-7

**72)Kopec, JA., Esdaile, JM., Abrahamowicz, M., Abenhaim, L., Wood, Dauphinee, S., Lamping,**

**73)DL., Williams, JL.**, 1995, The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine (Phila Pa 1976)*, 20(3):341-352.

**74)Kopec, JA., Esdaile, JM., Abrahamowicz, M., Abenhaim, L., Wood, Dauphinee, S., Lamping, DL., Williams, JL.**, 1996, The Quebec Back Pain Disability Scale: conceptualization and development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 20(3):151-161.

**75)Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Tountas, Y.**, 2007, Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*, 5:55.

**76)Kumar, K., Taylor, RS., Jacques, L., Eldabe, S., Meglio, M., Molet, J., Thomson, S., O'Callaghan, J., Eisenberg, E., Milbouw, G., Buchser, E., Fortini, G., Richardson, J., North, RB.**, 2007, Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: a multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. *Pain*, 132(1-2):179-188.

**77)Larson, OC.**, 2002 Use of the SF-12 Instrument for Measuring the Health of Homeless Persons. *Health Services Research*, 37(3):733-750.

**78)Linton, SJ., Boersma, K.**, 2003, Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 19(2):80-86

**79)Luan, S., Min, Y., Li, G., Lin, C., Li, X., Wu, S., Ma, C., Hill, JC.**, 2014, Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Chinese version of the STarT Back Screening Tool in patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(16):974-979.

**80)Luo, X., George,L.M., Kakouras, I., Edwards, L. C., Pietrobon, R., Richardson, W & Hey, L.**2003, Reliability, Validity, and Responsiveness of the Short Form 12- Item Survey (SF-12) in Patients with back pain, *spine*, 28(15):1739-1745

**81)Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR.** Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain* 1993;53:163–8. M

**82)Magnusson, ML., Pope, MH., Wilder, DG., Areskoug, B.**, 1996, Are occupational drivers at an increased risk for developing musculoskeletal disorders? *Spine (Phila Pa 1976)*, 21(6):710-717.

**83)Manek,J. N. &MacGregor, J. A. 2005**, Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis,*Current Opinion in Rheumatology*,17:134-140.

**84)McCracken, ML., Gross, RT.**, 1998, The Role of Pain-Related Anxiety Reduction in the Outcome of Multidisciplinary Treatment for Chronic Low Back Pain: Preliminary Results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(3):179-189.

**85)Mckenzie R, May S.**2003,*The lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and therapy*.,Spinal Publication. New Zealand Ltd.

- 86)Michopoulos, I Douzenis<sup>1</sup>, A.,Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas K., Lykouras, L.,** 2008, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7:4.
- 87)Misterska, E., Jankowski, R., Glowacki, M.,** 2011, Quebec Back Pain Disability Scale, Low Back Outcome Score and revised Oswestry low back pain disability scale for patients with low back pain due to degenerative disc disease: evaluation of Polish versions. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(26):1722-1729.
- 88)Miyamoto GC, Costa LOP, Cabral CMN:** 2013 Efficacy of the Pilates method for pain and disability in patients with chronic nonspecific low back pain.
- 89)Morso, L., Albert, H., Kent, P., Manniche, Hill, CJ.,** 2011, Translation and discriminative validation of the STarT Back Screening Tool into Danish. *European Spine Journal*, 20(12):2166-2173.
- 90)Nachemson, AL.,** 2000, Newest knowledge of low back pain. A critical look. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. (279):8-20.
- 91)Nonclercq, O., Berquin, A.,** 2012, Predicting chronicity in acute back pain: validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 55(4):263-278.
- 92)Oneil 2001,** Variation in Back Pain Between Countries The Example of Britain and Germany *Spine*,29(9):1017-1021
- Oliveira,V., Ferreira, M., Morso,L., 2014, Patients' perceived level of social isolation affects the prognosis of lowback pain.*Eur J Pain*
- 93)Papageorgiou, A., Croft, PR., Ferry, S., Jayson, M., Silman, AJ.,** 1995, Estimating the Prevalence of Low Back Pain in the General Population. *Spine*, 20(17):1889-1894
- 94)Parisini, P., Di Silvestre, M., Greggi, T., Miglietta, A., Paderni, S.,** 2001, Lumbar Disc Excision in Children and Adolescents. *Spine*, 26(18):1997-2000
- 95)Patrick. DL., Deyo. RA., Atlas, SJ., Singer, DE., Chapin, A., Keller. RB.,** 1995, Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)*, 20(17):1899-1908.
- 96)Polatin, PB., Kennedy, RK., Gatchel, RJ., Lillo, EM., Mayer, TG.,** 1993, Psychiatric Illness and Chronic Low-Back Pain: The Mind and the Spine-Which Goes First? *Spine* 18(1):66-71.
- 97)Pope, MH., Wilder, DG., Jorneus, L., Broman, H., Svensson, M., Andersson, G.,** 1987, The response of the seated human to sinusoidal vibration and impact. *J Biomech Eng*, 109(4):279-84.
- 98)Radcliff, K., Curry, P., Hilibrand, A., Kepler, C., Lurie, J., Zhao, W., Albert, TJ., Weinstein, J.,** 2013, Risk for adjacent segment and same segment reoperation after surgery for lumbar stenosis: a subgroup analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)*, 38(7):531-539.
- 99)Raspe, H., Matthis, C., Croft, P.,O'Neill, T., and the European Vertebral Osteoporosis Study Group,** 2004, Variation in Back Pain Between Countries The Example of Britain and Germany. *Spine*, 29(9):1017–1021.
- 100)Reme, SE., Lie, SA., Eriksen, HR.,** 2014, Are 2 questions enough to screen for depression and anxiety in patients with chronic low back pain?. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(7):455-462.

- 101)Riddle, L.D., Stratford, W.P. & Binkley, M.J.** 1998, Sensitivity to change of the Roland Morris Back pain Questionnaire: Part 2, physical therapy, 78(11):1197-1207
- 102)Roland, M., Morris, R.,** 1983, A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. Spine (Phila Pa 1976), 8(2):141-144
- 103)Sahin N, Albayrak I, Durmus B, Ugurlu H.** Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2011, Τόμ. 43, 3, σσ. 224-9.
- 104)Sattelmayer, M., Lorenz, T., Hilfiker R.,** 2012, Predictive value of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire and the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire for persisting problems. European Spine Journal, 21(6):773-784.
- 105)Shultz J., S., Hougum A., P., Perrin H., D.,** 2009. Εξέταση Μυοσκελετικών Κακώσεων. 2<sup>η</sup> έκδοση. Μετάφραση- Επιμέλεια από τα Αγγλικά από Κατσουλάκης Δ. Κ. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- 106)Shillito, J.J.,** 1996, Pediatric lumbar disc surgery: 20 patients under 15 years of age. Surgical Neurology, 46(1):14-18
- 107)Smeets RJ, Vlaeyen JW, Hidding A.:** (2006) Active rehabilitation for chronic low back pain: cognitive-behavioral, physical or both? BMC Musculoskeletal Disord.: 7:5.
- 108)Smith et al, 2008,** Back Pain Among Farmers in Northern Area of China, issue 6 p.508-514.
- Spyropoulos, P., Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Chronopoulos, E., Koutis, H., Koumoutsou, F.,** 2007, Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers. Pain Physician, 10(5):651-660.
- 109)SJ., Linton.** A review of psychological risk factors in back and neck pain.. Spine. 2000, 25, σσ. 1148-56. ed Assoc 2003;289:3095-105.
- 110)Stranjalis, G., Tsamandouraki, K., Sakas, DE., Alamanos, Y.,** 2004, Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. Spine (Phila Pa 1976), 29(12):1355-1360
- 111)Stratford, PW., Binkley, JM.,** 2000, A comparison study of the back pain functional scale and Roland Morris Questionnaire. North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. 27(8):1928-1936.
- 112)Stratford, PW., Binkley, JM.,** 1997, Measurement properties of the RM-18. A modified version of the Roland-Morris Disability Scale. Spine (Phila Pa 1976), 22(20):2416-2421.
- 113)Turvey CL, Wallace RB, Herzog R.** A revised CES-D measure of depressive symptoms and a DSM-based measure of major depressive episodes in the elderly. Int Psychogeriatr 1999;11:139-48.
- 114)Underwood, MR., Barnett, AG., Vickers, MR.,** 1999, Evaluation of two time-specific back pain outcome measures. Spine (Phila Pa 1976), 24(11):1104-1112.
- 115)Von Korf M.1994,** "Studying the natural history of back pain", Spine, vol.19, no.18 Suppl, pp.2041S-2046S.
- 116)Von Korf M.1996,** "The course of back pain in primary care", Spine, vol.21, no.24, pp.2833-2837.
- 117)Waddell, G., Main, CJ.,** 1984, Assessment of severity in low-back disorders. Spine (Phila Pa 1976), 9(2):204-208

- 118)Waddell, G. 2004.** The Back Pain Revolution, 2nd Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone(bible)
- 119)Waddel, G., Mary, N., Henderson I, 1993** Afear –Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear –avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain pp.157-68
- 120)Walker, BF., Muller, R., Grant, WD., 2003,** Low back pain in Australian adults: the economic burden. Asia-Pacific Journal of Public Health, 15(2):79-87.
- 121)Walsh, K., Cruddas, M., Coggon D., 1992,** Low back pain in eight areas of Britain. Epidemiol Community Health, 46: 227-230.
- 122)Walsh, DA., Radcliffe, JC., 2002,** Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. Pain 97(1-2):23-31
- 123)Ware, J. Jr., Kosinski, M., Keller, SD., 1996,** A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Medical Care, 34(3):220-233
- 124)Werneke MW,Hart DL., 2001** association between repeated and range pain responses and behavioral signs in patients with acute non specific low back pain, 37:286-290
- 125)Wertli N., Held U., Weiser S., Brunner, F., 2014, Fear avoidance beliefs a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain :a systemic review, Spine 14(11) pp.2658-78**
- 126)Whelan, GR., Ponsford, J., Schönberger, M., 2009,** Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess depression and anxiety following traumatic brain injury as compared with the Structured Clinical Interview for DSM-IV. Journal of Affective Disorders, 114(1-3):94-102
- 127)Wong, D.A. & Transfeldt, E. (2008).** Classification of low back pain and alerts for different age groups, In : Macnab’s Backache (4th ed.), 19-25, Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 978-0-7817-6085-0, Philadelphia, USA
- 128)Zamani, MH., MacEwen, GD., 1982,** Herniation of the lumbar disc in children and adolescents. Journal of Pediatric Orthopaedics, 2(5):528-533.
- 129)Zigmond, AS., Snaith, RP., 1983,** The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67(6):361-7.

## *Ελληνική βιβλιογραφία*

1. **Αμπατζίδης, Γ.,1998**,Αθλητικές Κακώσεις : Κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος.Α Έκδοση,Θεσσαλονίκη :University Studio Press
2. **Κοτσαλιάς, Δ.Α.,2011**.Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος,Θεσσαλονίκη:University Studio Press
3. **Λαμπίρης, ΕΗ.** 2007. Ορθοπαιδική και Τραυματιολογία, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
4. **Συμεωνίδης Π.Π.(1996)** ορθοπαιδική,University Studio press,Θεσσαλονίκη
5. **Τσακλής, Π.,2005**.Γενικές αρχές εργονομίας και προληπτική φυσικοθεραπεία,Θεσσαλονίκη: University Studio Press
6. **Hoppenfeld, St,2008**. Φυσική εξέταση της σπονδυλικής στήλης και των άκρων,Αθήνα:Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε
7. **Oatis, Carol. A, 2010** κινήσιολογία (Η μηχανική και η παθομηχανική της Ανθρώπινης κίνησης):Δεύτερη Έκδοση.:Gotsis.
8. **Kisner Car, Colby Lynn Allen, 2003**,Θεραπευτικές ασκήσεις βασικές Αρχές και Τεχνικές,Αθήνας Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης
9. **Richard, L. Drake, Wayne, Vogl. Adam, W.M. Mitcell.2005**.Gray's ανατομία,Αθήνα:Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
10. **Vervainioti A,2014**,Work- related musculoskeletal disorder among percussionists in Greece :a pilot study, 25(3):116-9

## *Ξενόγλωσση βιβλιογραφία*

- 1)**Ebnezar, J., 2012**. Low back pain,1st edn,Kundli:Jaypee brothers Medical Publishers.
- 2)**Licciardone, JC., 2008**, The epidemiology and medical management of low back pain during ambulatory medical care visits in the United States. Osteopathic Medicine and Primary Care, 2:11.

## *Ελληνική διαδικτυογραφία*

- 1)**Dr Granitsas MD-PhD, Dr Togantzi MD PhD**.Greek orthopaedic: Σύγχρονα ορθοπεδικά Ιαρεία. (Online) Διαθέσιμο: (<http://www.greekorthopaedic.gr/geniki-aimatos/>) Πρόσβαση 28 Φεβρουαρίου 2015
- 2) **Σασσάνης Χρ.ΠΤ.ΟΜΤ. ΜAppSc, Φυσικοθεραπευτής, Μέλος BackCare network**: Πανελλήνιο Δίκτυο Παθήσεων Σπονδυλικής Στήλης Ασκήσεις αποκατάστασης για την οσφυαλγία. (Online) Διαθέσιμο: (<http://www.backcare.gr/page>) πρόσβαση 27 Φεβρουαρίου 2015.

## ***Ξένη διαδικτυογραφία***

3)Concha, BM., Deborah, IN., Driscoll, T., Steenland, NK., Punnett, L.,Fingerhut, MA., Prüss-Üstün, A., Leigh, J., Tak, S., Corvalan C., 2004 Selected occupational risk factors. [online] Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/1651-1802.pdf?ua=1> Πρόσβαση 22 Φεβρουαρίου 2015.

4)Healthgate. Λήψη Ιατρικού Ιστορικού. (Online) Διαθέσιμο: <http://healthnotesandnews.blogspot.gr/healthgate>) Πρόσβαση 19 Φεβρουαρίου 2015.

5)Low back disorders.. [online] European Agency for Safety and Health at Work Διαθέσιμο από: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/204>. Πρόσβαση 26 Φεβρουαρίου 2015.

6)MedinePlus, lowbackpain-acute. Διαθέσιμο από : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/backpain.htm> Πρόσβαση 2 Ιανουαρίου 2015

7)Michael K. Nicholas, Steven J. Watson and Chris J. Main,the “Decade of the Flags” Working Group,2010. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. <http://ptjournal.apta.org/content/early/2011/03/29/ptj.20100224.short> Πρόσβαση 22 Φεβρουαρίου.

8)The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life, [online] Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html> Πρόσβαση 23 Φεβρουαρίου 2015.

9)Wiliam C.and Shiel Jr,MedicineNet.com,lowback pain.Διαθέσιμο από : <http://www.medicinenet.com/script/main/hp.asp> Πρόσβαση 4 Ιανουαρίου2015.

# Παράρτημα Ι. Ερωτηματολόγιο

## Έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης εθελοντή

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

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

### Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε;

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

### Διασφάλιση της ανωνυμίας σας.

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

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

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



**Στοιχεία επικοινωνίας:** \_\_\_\_\_

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

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

# ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

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

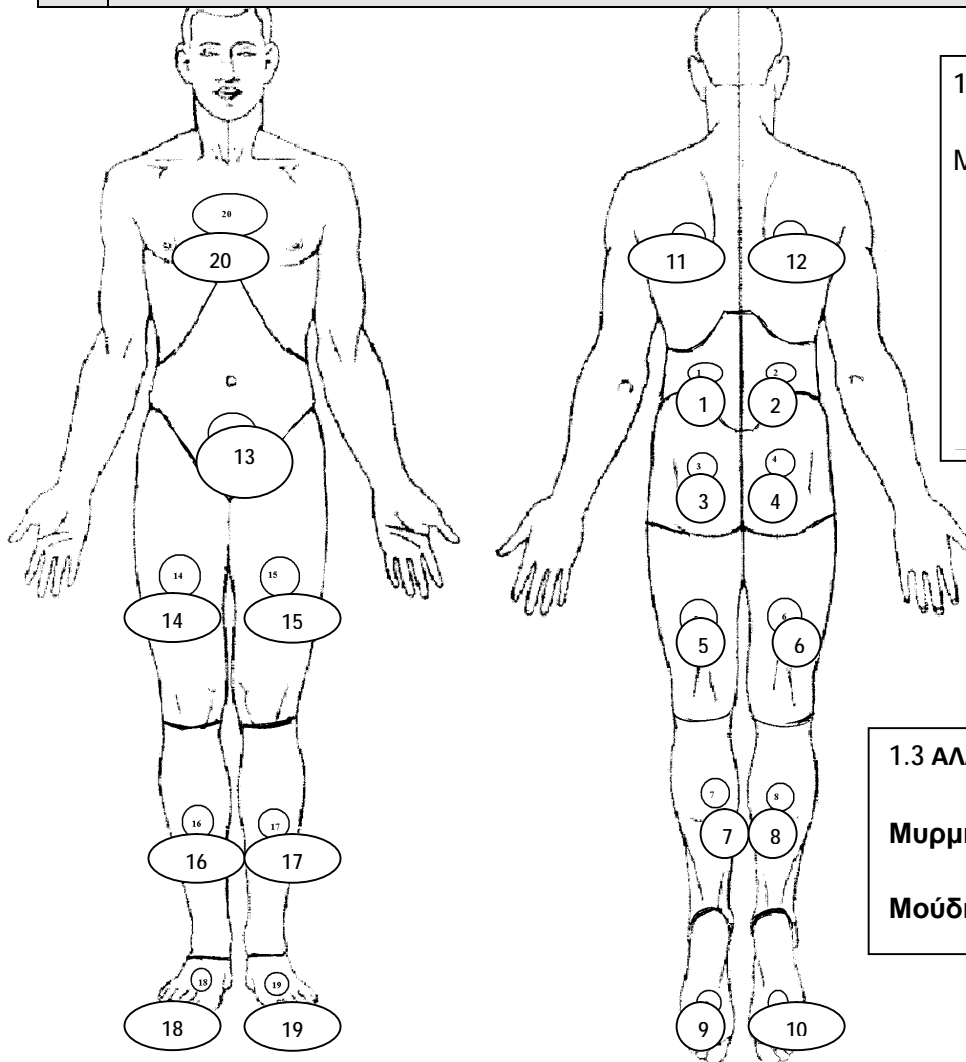
Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

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

|            |  |
|------------|--|
| <b>1.</b>  | <b>ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ.</b> 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 \_\_\_\_\_

**1.3 ΑΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Μυρμήγκιασμα \*\* ΝΑΙ \*\* ΟΧΙ

Μούδιασμα \*\* ΝΑΙ \*\* ΟΧΙ

Παρακαλώ κυκλώστε τις περιοχές πόνου:

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

**1.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ. Πως περιγράφετε τον πόνο σας; (κυκλώστε)**

**Στην μέση.** Μουντός/ Έντονος/ Επιφανειακός/ Εν τω βάθει/ Οξύς/ Διάχυτος/ Εντοπισμένος/  
Άλλο \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**1.7 24ΩΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΟΝΟΥ. Πότε αισθάνεστε τον σοβαρότερό σας πόνο;**

Με ξυπνάει την νύχτα / Δυσκολία να κοιμηθώ/ Χειρότερος τις πρωινές ώρες/ Χειρότερος τις  
βραδινές ώρες /Άλλο: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.8 ΑΛΛΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Οσφυαλγία από την έναρξη: Καλύτερα /Χειρότερα /Το ίδιο

Ισχιαλγία από την έναρξη: Καλύτερα /Χειρότερα /Το ίδιο

Ποιος πόνος είναι χειρότερος: Μέση /Πόδι

Λειτουργικοί περιορισμοί: `` ΝΑΙ `` ΟΧΙ (αναφέρατε τι σας σταματάει να κάνετε ο πόνος)  
\_\_\_\_\_

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

### 1.9 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ Έχετε άλλα συμπτώματα εκτός από πόνο;

Δυσκαμψία/ Σπασμός-κράμπες/ Σερνάμενα πόδια (dragging feet)/ Υπαισθησία/ Άλλο

---

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

## 2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ & ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Έναρξη συμπτωμάτων: Απότομα (οξεία) /Σταδιακά

Πότε άρχισαν

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

Περιγράψτε:

Περιοχή συμπτωμάτων κατά την έναρξη: Μέση /Γλουτός /Πόδι

Πρώτο επεισόδιο στην μέση/ πόδι  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στην μέση  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Προηγούμενα παρομοίου τύπου επεισόδια στο πόδι  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Επίδραση προηγούμενων θεραπειών για παρόμοια συμπτώματα

### 2.1 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ακτινογραφία/ Αίματος/ MRI/ Άλλο \_\_\_\_\_

## 3 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

### 3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Παίρνετε φάρμακα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Υπάρχει κάποιο φάρμακο που επηρεάζει την μέση σας;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

### ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (RED FLAGS)

3.2

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     | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Λορδωτική       | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Με σκολίωση     | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Ανταλγική στάση | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |

Προσδιορίστε /παρατηρήσεις:

#### 4.2 ΒΑΔΙΣΗ

|                  |    |            |    |            |
|------------------|----|------------|----|------------|
| Ανταλγική βάδιση | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Φυσιολογική      | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |

#### 4.3 ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

|   |    |            |    |            |
|---|----|------------|----|------------|
| Είναι φυσιολογική η έκφραση προσώπου;                     | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Φαίνεται υγιής ο ασθενής;                                 | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Έχει σε γενικές γραμμές χαλαρότητα (μειωμένο μυϊκό τόνο); | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Έχει σε γενικές γραμμές υψηλό μυϊκό τόνο;                 | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |
| Μυϊκή ατροφία κάτω άκρου                                  | ** | <b>ΝΑΙ</b> | ** | <b>ΟΧΙ</b> |

## 5 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

| 5.1 | ROM ΟΣΦΥΪΚΗΣ          | ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ | ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ | ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ           |
|-----|-----------------------|------------------|-------------|--------------|-----------------------------|
|     | Κάμψη                 | **               | **          | **           | ** <b>ΝΑΙ</b> ** <b>ΟΧΙ</b> |
|     | Έκταση                | **               | **          | **           | ** <b>ΝΑΙ</b> ** <b>ΟΧΙ</b> |
|     | Αριστερή πλάγια κάμψη | **               | **          | **           | ** <b>ΝΑΙ</b> ** <b>ΟΧΙ</b> |

Δεξιά πλάγια κάμψη

..

..

..

.. **ΝΑΙ**

.. **ΟΧΙ**

| 5.2 | ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ 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     | .. <b>ΝΑΙ</b> | .. <b>ΟΧΙ</b> | .. <b>ΝΑΙ</b>     | .. <b>ΟΧΙ</b> |
|     | Κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη  | .. <b>ΝΑΙ</b> | .. <b>ΟΧΙ</b> | .. <b>ΝΑΙ</b>     | .. <b>ΟΧΙ</b> |
|     | Έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη    | .. <b>ΝΑΙ</b> | .. <b>ΟΧΙ</b> | .. <b>ΝΑΙ</b>     | .. <b>ΟΧΙ</b> |
|     | Έκταση με αριστερή πλάγια κάμψη | .. <b>ΝΑΙ</b> | .. <b>ΟΧΙ</b> | .. <b>ΝΑΙ</b>     | .. <b>ΟΧΙ</b> |

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

## 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 |
|-----|-------------|------------------|-------------|--------------|-------------|
|-----|-------------|------------------|-------------|--------------|-------------|



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 ΑΠΑΝΤΗΣΗ       |
|----------------|-------------------|--------------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| SLR            | ..                | ..           | ..          | <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b> | <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b> |
| Αντίστροφο SLR | ..                | ..           | ..          | <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b> |                       |

## 7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ

### 7.1 ΙΣΧΙΑ

|            | Υπερκινητικότητα | Φυσιολογικό | Περιορισμένο | Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων |
|------------|------------------|-------------|--------------|---------------------------------|
| Έξω στροφή | ..               | ..          | ..           | <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b>           |
| Έσω στροφή | ..               | ..          | ..           | <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b>           |

| 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<br>(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 |
| Αλλοδηνία (πόνος κατά την αφή του στρογγυλού άκρου ενός συνδετήρα)               | .. ΝΑΙ | .. ΟΧΙ |

## 8 ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Καταγραφή συμπτωματικής πλευράς: ΑΡΙΣΤΕΡΗ £ ΔΕΞΙΑ £

| ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ | ΜΗΔΕΝ /ΙΧΝΟΣ | ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ | ΜΕΤΡΙΟ | ΚΑΛΟ | ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ |
|----------------|--------------|--------------|--------|------|-------------|
|                | 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) /NOCCICERTIVE**  
(πόνος από το τοπικό σύστημα των αλγούποδοχέων)

£ **ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ** (πόνος από το νευρικό σύστημα αυτό καθεαυτό)

£ **ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ** (υπερδιέγερση του ΚΝΣ)

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

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

Ασυμφωνίες /αντιθέσεις στην κλινική εικόνα `` **ΝΑΙ** `` **ΟΧΙ**

Υπερβολή `` **ΝΑΙ** `` **ΟΧΙ**

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

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

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Πόνος στο πόδι οφειλόμενος στην μέση      | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Πρόπτωση /κήλη δίσκου                     | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Πόνος στην μέση με εμπλοκή νευρικής ρίζας | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Σπονδυλική στένωση                        | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία          | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Ιερολαγονίτιδα                            | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων        | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |
| Άλλο: .....                               | `` <b>ΝΑΙ</b> `` <b>ΟΧΙ</b> |

## 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:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Λορδωτική</b>            | Όταν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη οσφυϊκή λόρδωση & πρόσθια κλίση της λεκάνης   |
| <b>Κυφωτική</b>             | Όταν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη θωρακική κύφωση   |
| <b>Κυφολορδωτική</b>        | Όταν συνυπάρχουν μεγάλη οσφυϊκή λόρδωση (με πρόσθια κλίση λεκάνης) & θωρακική κύφωση. Επίσης, υπάρχει και μία σχετική κάμψη ισχίων  |
| <b>Στάση επίπεδης ράχης</b> | Μείωση της θωρακικής κύφωσης και οσφυϊκής λόρδωσης (όψη επίπεδη πλάτης). Ουδέτερη ή μερικώς οπίσθια κλίση λεκάνης & σχετική έκταση ισχίων.                                      |
| <b>Κρεμμάμενη στάση</b>     | Αύξηση θωρακικής κύφωσης με μείωση οσφυϊκής λόρδωσης. Πρόσθια ταλάντωση της λεκάνης. Κλίση λεκάνης ουδέτερη ή οπίσθια και σχετική έκταση ισχίων. Συνήθως και υπερέκταση γόνατος |
| <b>Με σκολίωση</b>          | Στην πραγματική σκολίωση, κατά την κάμψη από όρθια θέση ή κατά την κατάκλιση, η παραμόρφωση της σκολίωσης παραμένει.  |
| <b>Ανταλγική στάση</b>      | 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:

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

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

## 7. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

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

**§ 5.1. ROM οσφυϊκής.** Άνω του 25-30% μείωση της φυσιολογικής κίνησης στην οσφυϊκή μοίρα, να χαρακτηριστεί ως «περιορισμένη». «Υπερκινητικότητα» μπορεί να εμφανιστεί είτε σε όλη την οσφυϊκή μοίρα π.χ. υπέρμετρη κάμψη οσφυϊκής μοίρας με ολική απώλεια της οσφυϊκής λόρδωσης κατά το τέλος της τροχιάς ή μπορεί να εμφανιστεί τμηματικά (ανά σπονδυλικό επίπεδο). Παρακαλώ διαφοροποιήστε 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 τι αλλαγές συνέβησαν (περιφεριοποίηση ή επικέντρωση των συμπτωμάτων). Όμως συνιστάται, να εκτιμήσετε την ευερεθιστικότητα του ασθενή και να υποβάλλετε τον ασθενή σε όσες επαναλήψεις είναι (κατά την κρίση σας) ανεκτές σε αυτόν.

**§ 5.3. Συνδυασμένες κινήσεις.** Κατά τις κινήσεις κάμψεις με τις πλάγιες κάμψεις συνίσταται η σταθεροποίηση από μέρους σας της λεκάνης του ασθενή και η εφαρμογή πίεσης στο τέλος της τροχιάς κίνησης της κάθε πλάγιας κάμψης. Αντίστοιχα, κατά την έκταση και πλάγια κάμψη, συνίσταται 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:

|  |  |
|--|--|
| <b>Ανοιχτό πατέντο (opening pattern)<sup>2</sup></b>   | Αν ο πόνος/συμπτώματα του ασθενή αναπαράγονται από <b>την αντίθετη πλευρά</b> από αυτήν όπου κατευθύνεται η συνδυασμένη κίνηση, τότε μιλάμε για «ανοικτό» πατέντο (opening ή stretching patter)  |
| <b>Κλειστό πατέντο (closing pattern)</b>   | Αν ο πόνος/συμπτώματα του ασθενή αναπαράγονται από <b>την ίδια πλευρά</b> από αυτήν όπου κατευθύνεται η συνδυασμένη κίνηση, τότε μιλάμε για «κλειστό» πατέντο (closing ή compressive pattern)  |
| <b>Πρόβλημα 'δυσλειτουργίας' κατά την κίνηση (movement impairment dysfunction)<sup>3</sup></b> | Αναφέρεται σε <b>απώλεια φυσιολογικής κίνησης</b> (ενεργητικής και παθητικής) <b>λόγω πόνου</b> 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                                     |
| <b>Πρόβλημα 'ελέγχου' κατά την κίνηση (controlling dysfunction)</b>                            | Αναφέρεται σε <b>απώλεια ελέγχου της συμπτωματικής σπονδυλικής μονάδας</b> 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.** Αξιολογήστε 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

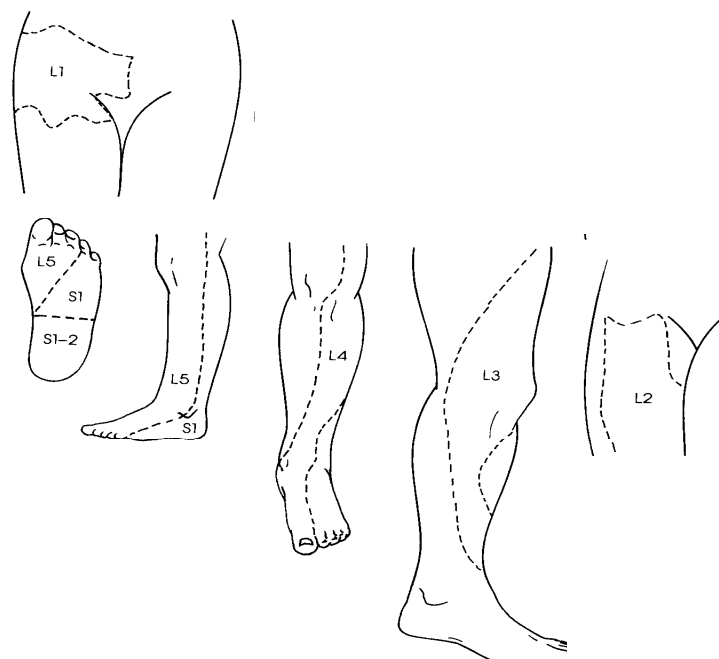
**I1 (->>-)** Περπάτημα στις μύτες ή άρση πτέρνας 7-10 φορές από μονοποδική θέση (με ήπια στήριξη στα χέρια)

<sup>2</sup> Edwards BC (1992). Manual of Combined Movements. Churchill Livingstone, Edinburgh

<sup>3</sup> 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.

|           |                         |
|-----------|-------------------------|
| O2 (ύπια) | Κάμψη ισχίου (σε 90°)   |
| O3 (->>-) | Έκταση γόνατος (σε 30°) |
| O5 (->>-) | Έκταση μεγάλου δακτύλου |
| I2 (->>-) | Κάμψη δακτύλων          |

**§ 6.2. Αισθητικότητα /Δερμοτόμια.** Αξιολογίστε 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 μόιρες 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<sup>4, 5</sup>:

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Distraction test</b> | Προσθιοπίσθια εφαρμογή δύναμης των λαγόνιων από ύπτια θέση με γόνατα τεντωμένα (Εικ. 1)  |
| <b>Thigh thrust</b>     | 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) |
| <b>Compression test</b> | 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

<sup>4</sup> 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.

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

9. Συνολικά, πόσο σας ενόχλησε ο πόνος στη μέση σας μέσα στις **τελευταίες 2 εβδομάδες**;
- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Καθόλου                  | Λίγο                     | Μετρίως                  | Πάρα πολύ                | Υπερβολικά               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 0                        | 0                        | 1                        | 1                        |

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

## Maine-Seattle Back Questionnaire

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

|    | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|----|-----|-----|
| 1  | ___ | ___ |
| 2  | ___ | ___ |
| 3  | ___ | ___ |
| 4  | ___ | ___ |
| 5  | ___ | ___ |
| 6  | ___ | ___ |
| 7  | ___ | ___ |
| 8  | ___ | ___ |
| 9  | ___ | ___ |
| 10 | ___ | ___ |
| 11 | ___ | ___ |
| 12 | ___ | ___ |

### (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<br>ενοχλητικός   | Κάπως ενοχλητικός        |                          |                          |                          |                          | Υπερβολικά<br>ενοχλητικός |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

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

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

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

|                        |                      |                      |                      |                      |                      |                           |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Καθόλου<br>ενοχλητικός | Κάπως ενοχλητικός    |                      |                      |                      |                      | Υπερβολικά<br>ενοχλητικός |
| 0                      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                    | 6                         |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |

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

|                        |                      |                      |                      |                      |                      |                           |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Καθόλου<br>ενοχλητικός | Κάπως ενοχλητικός    |                      |                      |                      |                      | Υπερβολικά<br>ενοχλητικός |
| 0                      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                    | 6                         |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |

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

|                        |                      |                      |                      |                      |                      |                           |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Καθόλου<br>ενοχλητικός | Κάπως ενοχλητικός    |                      |                      |                      |                      | Υπερβολικά<br>ενοχλητικός |
| 0                      | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                    | 6                         |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |

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

|    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1  | Μένω στο σπίτι τον περισσότερο χρόνο λόγω της μέσης μου.                               | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου.                | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Περπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης.                                       | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Λόγω της μέσης μου δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι.         | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Λόγω της μέσης μου χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα.          | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ περισσότερο συχνά.                        | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Λόγω της μέσης μου πρέπει να στηριχτώ σε κάτι για να σηκωθώ από μια αναπαυτική καρέκλα | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα           | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.                          | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.                       | <input type="checkbox"/> |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 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 |

### 8(D) Αισθάνομαι με “πεσμένη” διάθεση:

|                      |   |
|----------------------|---|
| Σχεδόν διαρκώς ..... | 3 |
| Πολύ συχνά .....     | 2 |
| Κάποιες φορές .....  | 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 |

### 9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι

|                   |   |
|-------------------|---|
| Καθόλου.....      | 0 |
| Περιστασιακά..... | 1 |
| Αρκετά συχνά..... | 2 |
| Πολύ συχνά.....   | 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 |

### 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 |

### 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 |

### 11(A) Νιώθω υπερκινητικός σαν να έπρεπε

διαρκώς να κάνω κάτι:

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

**5(A) Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το****μουαλό μου:**

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

**6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος –η**

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

**7A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να****χαλαρώνω**

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

**12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια****πράγματα:**

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

**13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:**

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

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

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



## Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
|  | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
- a Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....  1 .....  2  
(ίδια με την 3)
- b Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως .....  1 .....  2

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

|         |      |        |                 |            |
|---------|------|--------|-----------------|------------|
| Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Σε μεγάλο βαθμό | Υπερβολικά |
|---------|------|--------|-----------------|------------|

1 2 3 4 5

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

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

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

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

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