



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΕ ΚΑΘΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ
ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΛΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΕΤΟΣ: 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	4
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
2.1.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	7
2.2.ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΕ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΘΙΣΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ.....	10
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	
3.1.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	
4.1.ΜΕΘΟΔΟΣ.....	22
4.2.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	28
4.3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	38
4.4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	42
ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή. Η οσφυαλγία είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας τόσο στον Ελλαδικό όσο και στο διεθνή χώρο. Αυτή, έχει υψηλά ποσοστά εμφάνισης και στο χώρο εργασίας με αποτέλεσμα τη συχνή απουσία από αυτή και το μεγάλο κόστος στο σύστημα υγείας του κράτους. Είτε στα χειρωνακτικά είτε στα καθιστικά επαγγέλματα, η οσφυαλγία είναι μία από τις πιο συχνές παθήσεις με διαφορετικές αιτίες εμφάνισης στο καθένα από αυτά.

Σκοπός. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να συγκριθούν μεταξύ τους άτομα με οσφυαλγία σε καθιστικά και χειρωνακτικά επαγγέλματα από τον Ελλαδικό χώρο.

Μέθοδος. Τα άτομα που εξετάστηκαν σε αυτή τη μελέτη είναι 21 στο σύνολο και ανήκουν όλα στο εργασιακό δυναμικό της Ελλάδας. Τα 10 από αυτά τα άτομα, είναι από καθιστικά επαγγέλματα και τα υπόλοιπα 11 από χειρωνακτικά. Η φόρμα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από πέντε τμήματα. Στις πρώτες σελίδες αυτού, είναι τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, τα οποία ακολουθούνται από το ιστορικό του ασθενούς, το οποίο έχει 18 ερωτήσεις σχετικά με την πάθηση του ασθενή. Έπειτα, είναι η κλινική εξέταση με 18 δοκιμασίες και παρατηρήσεις που γίνονται από τον φυσικοθεραπευτή, ο οποίος, αφού έχει ολοκληρώσει την κλινική εξέταση, συμπληρώνει 4 ερωτήσεις με την κλινική του άποψη. Τέλος, συμπληρώθηκαν από το δείγμα τα 6 αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια το Keele start back screening tool, το Maine-Seattle back questionnaire, το Sciatica bothersomeness index, το Roland- Morris disability index, το HAD και το SF-12 Physical Health και SF-12 Mental Health. Τα στοιχεία από τα παραπάνω συλλέχθηκαν με μία προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή. Η ανάλυση δεδομένων έγινε περιγραφικά με συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις, ενώ τα στατιστικά αποτελέσματα έγιναν με την δοκιμασία independent samples t test μεταξύ των 2 ομάδων (χειρωνακτών και παρατεταμένης εργασίας)

Αποτελέσματα. Ένα σύνολο από 21 άτομα (9 άντρες, μέσος όρος ηλικίας: συμπλήρωσαν τη φόρμα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα. Μεταξύ αυτών, οι 11 (52,38%) ήταν από χειρωνακτικά επαγγέλματα και οι υπόλοιποι 10 (47,62%) από καθιστικά. Στο σύνολο οι γυναίκες (57,14%) ήταν περισσότερες από τους άνδρες, με τους άνδρες όμως να αποτελούν την πλειοψηφία στα χειρωνακτικά (63,6%). Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων υπάρχει στην ηλικία ($p=0,021$), στο φύλο ($p=0,044$), στη διαμονή ($p=0$), στην οικογενειακή κατάσταση ($p=0,013$), στο ότι η ξαπλωμένη θέση είναι θέση ανακούφισης ($p=0,016$) και στον πόνο με άρση τεταμένου σκέλους ($p=0,04$). Ο πόνος με άρση τεταμένου σκέλους εμφανίζεται με ποσοστό 80% σε άτομα με καθιστικό επάγγελμα, ενώ στα άτομα με χειρωνακτικό με 36,4%. Σε καμία άλλη παράμετρο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι HAD-κλίμακες για το άγχος και

την κατάθλιψη φαίνεται να είναι 50% και 80% ως κανονική περίπτωση αντίστοιχα, για τα άτομα σε καθιστικά επαγγέλματα, ενώ στα άτομα με χειρωνακτικά επαγγέλματα αποτελεί το 63,6% και το 90,9% ως κανονική περίπτωση, αντίστοιχα. Επομένως, εδώ δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές.

Συμπεράσματα. Φαίνεται ότι, η οσφυαλγία είναι ένα συχνό σύμπτωμα στον εργασιακό πληθυσμό της Ελλάδας, τόσο στα χειρωνακτικά όσο και στα καθιστικά επαγγέλματα. Αυτές οι ομάδες διέφεραν ως προς διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, ειδικά με την ηλικία, το φύλο, τον τόπο διαμονής και την οικογενειακή κατάσταση, αλλά και ως προς την θέση ανακούφισης και τον πόνο με την άρση του τεταμένου σκέλους.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

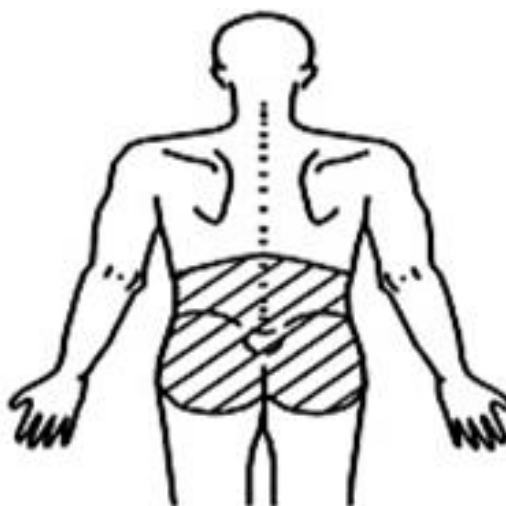
LBP	= Low back pain = Οσφυαλγία
ODI	= Oswestry Disability Index Questionnaire = Ερωτηματολόγιο ανικανότητας
RMDQ	= Roland-Morris Disability Questionnaire = Ερωτηματολόγιο ανικανότητας
QBPDS ανικανότητας	= Quebec Back Pain Disability Scale = Κλίμακα ανικανότητας
STarT Back ανικανότητας	= The keele start back screening tool = Κλίμακα ανικανότητας
HADS	= Hospital Anxiety and Depression Scale = Κλίμακα για το άγχος και τη κατάθλιψη
BDI	= Beck Depression Inventory = Κλίμακα για τη κατάθλιψη
STAI	= State-Trait Anxiety Inventory = Κλίμακα για το άγχος
ΟΜΣΣ	= Οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης
SF-12 Physical Health	= Short Form-12 Physical Health = ερωτηματολόγιο για τη σωματική υγεία
SF-12 Mental Health	= Short Form-12 Mental Health = ερωτηματολόγιο για τη ψυχική υγεία
T.A.	= Τυπική απόκλιση
Σ.Σ.	= Σπονδυλική στήλη

Κεφάλαιο 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η οσφυαλγία (LBP) είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα μυοσκελετικά προβλήματα υγείας στις δυτικές βιομηχανικές χώρες και στον υπόλοιπο κόσμο. Οι επιδράσεις της στην οικονομία και στη δημόσια υγεία φαίνεται να είναι αυξημένες και αυτό γιατί το εύρος εμφάνισης της κυμαίνεται από 50% έως 80% κατά τη διάρκεια της ζωής.

Αυτό που ορίζουμε ως οσφυαλγία είναι ο πόνος που εμφανίζεται στην περιοχή κάτω από το δωδέκατο πλευρό και πάνω από την κατώτερη γλουτιαία πτύχωση, με ή χωρίς πόνο στο πόδι (ισχιαλγία) (Εικόνα 1.1.).



Εικόνα 1.1. Καθορισμός της περιοχής με πόνο στη μέση.

Οι ασθενείς με οσφυαλγία μπορούν να ταξινομηθούν σε μία από τις τρεις κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής: η μη ειδική οσφυαλγία, ο πόνος στην πλάτη που συνδέεται με ριζοπάθεια ή σπονδυλική στένωση ή ο πόνος στην πλάτη που ενδεχομένως εμφανίζεται λόγω άλλης συνθήκης της σπονδυλικής στήλης, καθώς και η οσφυαλγία που οφείλεται σε παθολογικά αίτια (diagnostic triage), (Chou και συν., 2007). Από την άλλη, κάποιες περιπτώσεις μη ειδικής αιτιολογίας είναι το σύνδρομο δισκοπάθειας - δισκοκήλης, σύνδρομο οπίσθιων

αποφυσιακών αρθρώσεων (facet) κ.ά.. Η δισκοπάθεια είναι η ελάττωση του ύψους του δίσκου με μικρή αποπλάτυνση του, ενώ η δισκοκήλη είναι η μερική ή πλήρης ρήξη του ινώδους δακτυλίου με αποτέλεσμα την προβολή του πυρηνικού υλικού έξω από την ακτίνα του δίσκου. Οι «κόκκινες σημαίες» (red flags) είναι δείκτες για πιθανή υποκείμενη παθολογία και όταν δεν υπάρχουν ο ασθενής θεωρείται ότι έχει μη ειδική οσφυαλγία.

Οι παράγοντες κινδύνου είναι διαφορετικοί με αρκετές πιθανές αιτιολογίες και μπορούν να ταξινομηθούν σε περιπτώσεις **μη ειδικής** οσφυαλγίας σε ατομικούς, ψυχοκοινωνικούς και επαγγελματικούς (Manek και MacGregor, 2005). Κάποιους από αυτούς τους παράγοντες φαίνονται και στον Πίνακα 1.1.

Πίνακας 1.1. Μερικοί παράγοντες κινδύνου σε μη ειδική οσφυαλγία (τροποποιημένο από Maneka και MacGregorb, 2005).

ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Ηλικία	Άγχος	Χειρωνακτικά επαγγέλματα
Φύλο	Κατάθλιψη	Μονότονα επαγγέλματα
Κάπνισμα		Μη επαγγελματική ικανοποίηση
Παχυσαρκία		Νυκτερινές βάρδιες
		Σκύψιμο και συστροφή
		Δόνηση ολόκληρου του σώματος

Η LBP μπορεί να χαρακτηριστεί επίσης, ανάλογα με το χρονικό διάστημα που διαρκεί, ως οξεία, που επικρατεί για λιγότερο από έξι εβδομάδες, υποξεία που επικρατεί από έξι εβδομάδες μέχρι τρεις μήνες και τέλος χρόνια που επικρατεί για περισσότερο από τρεις μήνες (Koes, van Tulder και Thomas, 2008).

Κεφάλαιο 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η οσφυαλγία επηρεάζει το 80% των ενηλίκων και είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία επίσκεψης στον ιατρό. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Tameside του Manchester στη βορειοδυτική Αγγλία, το 24,5% των γυναικών και το 21,3% των ανδρών αναφέρουν πόνο στην μέση για τουλάχιστον 1 εβδομάδα τον τελευταίο μήνα. Σε ποσοστό 74,8% των ασθενών με πόνο στη μέση αναφέρουν πόνο και σε άλλες περιοχές του σώματος. Ακόμη στην ίδια, αναφέρεται ότι η ηλικία μεταξύ 65 και 74 χρονών στους άνδρες και 45 με 64 χρονών στις γυναίκες είχαν τη μεγαλύτερη εμφάνιση πόνου στην μέση (Webb και συν., 2003). Μία ακόμη μελέτη αναφέρει, ότι η μεγαλύτερη εμφάνιση της LBP στους άνδρες και στις γυναίκες είναι στην ηλικία των 45 με 59 χρονών. Σε μία παλιότερη επιδημιολογική μελέτη στο Manchester της Αγγλίας, βρέθηκε ότι σε ποσοστό 39% υπήρχε επικράτηση της οσφυαλγίας σε περίοδο ενός μήνα, από το οποίο το 35% αντιστοιχεί στους άνδρες και 42% στις γυναίκες (Παπαγεωργίου και συν., 1995). Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι η ετήσια συχνότητα της LBP είναι 47 ανά 1000 άτομα, με ποσοστό 40,5 ανά 1000 για τους άνδρες και 54 ανά 1000 για τις γυναίκες. Ακόμη, το 14% των ενηλίκων ηλικίας 25 έως 64 χρονών συμβουλευτήκε τη γενική ιατρική για την LBP, ενώ 38,5 ανά 1000 άτομα στο Bradford επισκέπτονται το φυσικοθεραπευτή εξαιτίας του πόνου στη μέση. Πάνω από μία χρονική περίοδο ενός έτους, το 50,3% των επεισοδίων ήταν οξεία (<2 εβδομάδες), το 21% ήταν υποξεία (2 εβδομάδες-3 μήνες), και το 26% ήταν χρόνια (πάνω από 3 μήνες) σε διάρκεια (Hillman και συν., 1996). Σε μία μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με LBP τους τελευταίους 6 μήνες δεν αναζήτησε περίθαλψη για αυτό (Walker και συν., 2004). Στις ΗΠΑ, μία έρευνα που έγινε αποδεικνύει ότι το 33,2% είχε πόνο για διάρκεια μικρότερη από ένα μήνα, το 33% είχε πόνο για τουλάχιστον έναν με πέντε μήνες και το

32,7% για περισσότερο από 6 μήνες. Η σοβαρότητα του πόνου στην ίδια, είναι ήπια στο 21,2%, μέτρια στο 43,4% και σοβαρή 35,4% (Deyo και συν., 1986). Σε μία έρευνα για την παγκόσμια επικράτηση της LBP έχει βρεθεί ότι είναι πιο συχνό φαινόμενο στις γυναίκες και σε άτομα ηλικίας 40 με 80 χρονών. Επιπλέον, αναφέρει ότι η οσφυαλγία με λειτουργικό περιορισμό που διαρκεί για μια μέρα είναι $11,9\% \pm 2,0\%$ και για ένα μήνα $23,2\% \pm 2,9\%$ (Hoy και συν., 2012). Σε μία μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε οκτώ διαφορετικές περιοχές της Μ. Βρετανίας βρέθηκε ότι η επικράτηση της LBP είναι 58,3%, ενώ η επικράτηση περιόδου ενός έτους είναι 36,1% (Walsh, και συν., 1992). Σε μία Ιρανική βιομηχανία αυτοκίνητων έγινε μία μεγάλη έρευνα στους εργαζόμενους της για την εμφάνιση της LBP και την απουσία τους από τη δουλειά εξαιτίας αυτής. Τα ποσοστά εμφάνισης της κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου σε αυτή την έρευνα λοιπόν είναι 21%, στο οποίο οι γυναίκες είναι 7% υψηλότερα από τους άνδρες, ενώ το ποσοστό εμφάνισης της LBP τις προηγούμενες επτά ημέρες είναι 8,5%. Ακόμη, το 5% αγγίζει το ποσοστό απουσίας από την εργασία τον προηγούμενο χρόνο (Ghaffari και συν., 2006).

Όσον αφορά την Ελλάδα, η επικράτηση της LBP είναι 31,7% κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, από τους οποίους οι 46,6% ανέφεραν πόνο στον πόδι. Οι 21% επισκέφτηκαν γιατρό εξαιτίας των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, ενώ οι 36% έλαβαν φαρμακευτική αγωγή εξαιτίας του πόνου κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου. Επίσης, η διάρκεια του πόνου στην ίδια έρευνα είναι 7,49 μέρες (Stranjalis και συν., 2004). Σε μία άλλη έρευνα που αφορά τις μυοσκελετικές παθήσεις στην Κρήτη βρέθηκε ότι κατά τη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου το 56,9% είχε ένα ή περισσότερα συμπτώματα από πόνο στη μέση, ο οποίος ακολουθείται από τον πόνο στο λαιμό (34,1%), τους ώμους (29,9%) και τα γόνατα (27,9%) (Antonopoulou και συν., 2007). Σε μία επιπλέον έρευνα, βρέθηκε ότι ο πόνος στη μέση είναι η πιο κοινή μυοσκελετική ασθένεια στην Κρήτη με ποσοστό 43,2% κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δώδεκα μηνών (Antonopoulou και συν., 2009).

Επομένως, η οσφυαλγία με τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης της τόσο στον Ελλαδικό όσο και στον διεθνή χώρο, αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά μυοσκελετικά προβλήματα υγείας.

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΣΕ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΘΙΣΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ

Η οσφυαλγία είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας όχι μόνο εξαιτίας της υψηλής εμφάνισής της, αλλά επειδή δημιουργεί ανικανότητα στην εργασία και απουσία από αυτήν για μέρες.

Στα χειρωνακτικά επαγγέλματα, οι μεγάλες φυσικές εργασιακές απαιτήσεις, καθώς και οι ψυχολογικοί παράγοντες δείχνουν μια ξεκάθαρη συσχέτιση με την εμφάνιση οσφυαλγίας. Οι ακραίες κινήσεις και η υιοθέτηση από ανώμαλες θέσεις κορμού είναι βασικά στοιχεία για την εμφάνιση πόνου στη μέση. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Δανών εργαζομένων βρέθηκε ότι, όταν βρίσκονταν καθ' όλη τη διάρκεια της εργασιακής τους ημέρας σε κάμψη και συστροφή, τότε το ποσοστό εμφάνισης της LBP είναι 54%, ενώ όταν βρισκόταν σε ορθοστασία είναι 47,1% και τέλος, σε έντονη εργασία είναι 63,3% (Ying Xu και συν., 1997). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν την υψηλή πίεση σε χρόνο και φόρτο εργασίας, μη επαγγελματική ικανοποίηση, τη μονότονη δουλειά κ.ά. (Latzka και συν., 2002). Σύμφωνα με μία έρευνα που έγινε στην Ιρλανδία μεταξύ 571 αγροτών, από τους οποίους το 65% είναι πλήρους απασχόλησης και το υπόλοιπο 35% μερικής με εύρος ηλικίας 18 έως 45 ετών, βρέθηκε, ότι το 49% είχε ένα σημαντικό επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους, το 72% πίστευε ότι αυτό οφείλεται είτε σε συγκεκριμένο τραυματισμό στο αγρόκτημα είτε σε επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και το 28% δεν γνώριζε τι την προκάλεσε. Οι γεωργοί, οι οποίοι πίστευαν ότι η LBP τους οφείλεται σε ένα συγκεκριμένο τραυματισμό στο αγρόκτημα κλήθηκαν να περιγράψουν πώς η ζημιά επήλθε και το 54% ανέφερε ότι οφείλεται σε μία γενική άρση, έλξη ή ώθηση από τις δραστηριότητες στο αγρόκτημα. Οι αγρότες, οι οποίοι πίστευαν ότι η LBP τους προκλήθηκε από επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες στο αγρόκτημα, το 65% από αυτούς, την απέδωσαν σε γενικές άρσεις, έλξεις ή ωθήσεις (Osborne και

συν., 2013).

Από την άλλη πλευρά, για τα καθιστικά επαγγέλματα υπάρχουν αρκετές έρευνες που υποστηρίζουν ότι το πολύωρο κάθισμα, αυτό καθ' αυτό, δεν αποτελεί απόδειξη για δημιουργία πόνου στη μέση (Hartvigsen και συν., 2000). Παρ' όλα αυτά υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι το πολύωρο κάθισμα με συγκεκριμένες συμπεριφορικές συνθήκες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση LBP. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε δεκατρείς εργαζόμενους γραφείου που εξετάστηκαν για περίπου δύο ώρες βρέθηκε ότι όσο η ΟΜΣΣ βρισκόταν σε μεγαλύτερη κάμψη, τόσο πιο ανενεργοί είναι οι οσφυϊκοί μύες. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η περίοδος με πολύ χαμηλή έως καθόλου ενεργοποίηση των οσφυϊκών μυών αποτελούσε το 30% από τις χαλαρές καθιστές θέσεις (Mörl και Bradl, 2012). Στην τελευταία βρήκαν ότι οι «κακές» εργονομικές συνήθειες στην καθιστή θέση σχετίζονται με την οσφυαλγία. Ακόμη, η συσσωρευμένη χρήση του υπολογιστή έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο οσφυαλγίας. Μία έρευνα στην Εσθονία, βρήκε ότι από τους 202 εργαζόμενους που χρησιμοποιούν υπολογιστή, το 42% εμφάνισε πόνο στην πλάτη τον τελευταίο χρόνο με πρώτο μυοσκελετικό πόνο αυτόν στον αυχένα (51%), (Oha και συν., 2014). Μία έρευνα στην οποία διεξήχθη ένα ερωτηματολόγιο και μία φυσική εξέταση σε 397 εργαζόμενους γραφείου ανακάλυψαν ότι η LBP έχει ποσοστά εμφάνισης τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες 55%. Ένα ποσοστό από τους εργαζόμενους ανέφερε συχνή χρήση του υπολογιστή (92%), τη καθιστή θέση για περισσότερο από δύο ώρες την ημέρα (88%), κάμψη προς τα εμπρός (58%) και συστροφή του σώματος (46%), (Janwantanakul και συν., 2011). Τέλος, τα διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως αναφερθήκαν και παραπάνω είναι η υψηλή πίεση, η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη κ.ά. Επομένως, η καθιστική εργασία σε μια μη ουδέτερη θέση κορμού με περιορισμένες πιθανότητες να αλλάξει είναι ένας παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση άλγους στην περιοχή της οσφύς.

Τέλος, μία συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε ξυλουργούς (χειρωνακτικό) και εργαζόμενους σε καθιστικό επάγγελμα απέδειξε ότι το 79% των ξυλουργών εμφάνισε LBP τους προηγούμενους δώδεκα μήνες, ενώ εμφάνισε LBP το 61% των εργαζομένων σε καθιστικό επάγγελμα. Επιπλέον, η ισχιαλγία εμφανίστηκε τους τελευταίους δώδεκα μήνες σε ποσοστό 29% για τους ξυλουργούς και 19% για τους εργαζόμενους σε καθιστικό επάγγελμα (Riihimaki και συν., 1988).

Σε μία ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και αφορά εργαζόμενους σε ναυπηγεία, έδειξε, ότι η LBP είναι η πιο συχνή αιτία απουσίας από τη δουλειά με ποσοστό 14% με εμπειρία τουλάχιστον ενός επεισοδίου (Alexopoulos και συν., 2008). Στην Ελλάδα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους γραφείου βρέθηκε ότι 33% πονούσε κατά τη διάρκεια της έρευνας, το 37,8% και το 41,8% παρουσίασε LBP τα προηγούμενα ένα και δύο χρόνια, αντίστοιχα και τέλος, αναφέρει ότι το 61,6% είχαν μία τουλάχιστον εμπειρία από πόνο στη μέση στη ζωή τους (Spygopoulos και συν., 2007). Σε μία επιπλέον έρευνα που έγινε σε ένα ναυπηγείο μεταξύ 853 εργαζομένων, από τους οποίους οι 624 είναι εργάτες μετάλλου (χειρωνακτικό) και οι υπόλοιποι είναι κυρίως εργαζόμενοι γραφείου, βρέθηκε ότι το 36,8% είχε κάποιο σύμπτωμα στην οσφύ τους τελευταίους 12 μήνες. Μεταξύ αυτών, το 16,1% των εργατών μετάλλου και το 25,6% μεταξύ των εργαζόμενων γραφείου είχε χρόνιο πόνο (δηλαδή τουλάχιστον 1 μήνα παρουσίας των συμπτωμάτων). Επιπρόσθετα, η απουσία από την εργασία μεταξύ των εργαζομένων λόγω της LBP ήταν 37,8% για τους εργαζόμενους γραφείου και 43,3% για τους εργαζόμενους μετάλλου (Alexopoulos και συν., 2006). Σε μία επιπλέον έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη της Ελλάδας, αναφέρει ότι μεταξύ των 430 οδοντιάτρων, το 46% είχε εμφανίσει χαμηλό πόνο στη μέση τους προηγούμενους 12 μήνες και ότι το 57% από αυτούς, αναφέρει ότι το επάγγελμα είναι η μόνη αιτία εμφάνισης του πόνου στη μέση (Alexopoulos και συν., 2004). Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού σε έξι μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας στην Ελλάδα, ανέφερε ότι το 75% από τους 351 είχαν

LBP. Ο χρόνιος πόνος στην οσφύ βιώθηκε από 39 (11%) των εργαζομένων, πράγμα που σημαίνει ότι περίπου 15% όλων των ασθενών με πόνο στην πλάτη ανέφεραν ότι πάσχουν από χρόνια πόνο στην πλάτη (Alexopoulos και συν., 2003).

Καθίσταται σαφές λοιπόν, ότι, τα άτομα και σε χειρωνακτικά και σε καθιστικά επαγγέλματα έχουν μεγάλα ποσοστά εμφάνισης LBP και οι παράγοντες κινδύνου είναι πολλοί και διαφορετικοί και απαιτούν περαιτέρω μελέτη.

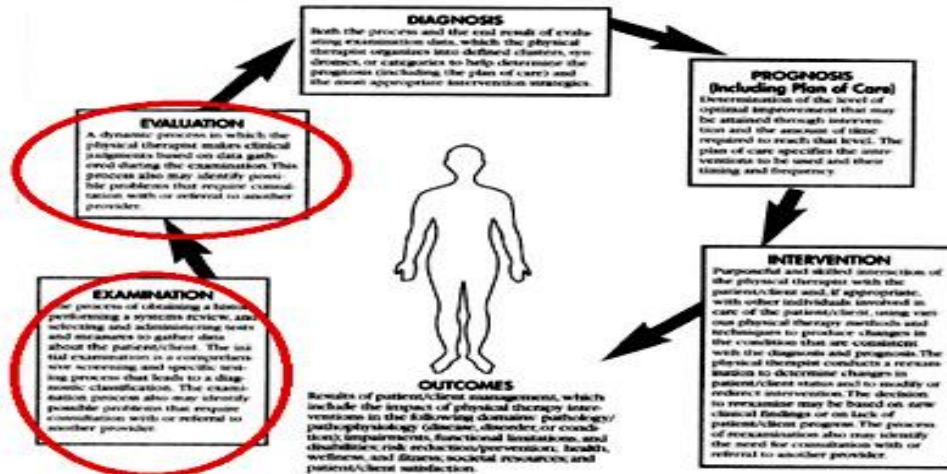
Κεφάλαιο 3

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η αξιολόγηση είναι ένα σημαντικό κομμάτι της θεραπείας για τη σωστή αντιμετώπιση του πόνου στη μέση. Οι φυσικοθεραπευτές χρησιμοποιούν την αξιολόγηση ως μία διαδικασία της οποίας σκοπός είναι, να καταλήξουν σε σωστές αποφάσεις θεραπείας που θα οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Οι επαγγελματίες υγείας κατά την αρχική εξέταση περιστατικών LBP, θα πρέπει να λάβουν δεδομένα μέσα από ένα πλήρη ιστορικό του ασθενή, από την αντικειμενική αξιολόγηση ή τη φυσική ή κλινική εξέταση, από επιλεγμένες δοκιμασίες και μετρήσεις καθώς και από ερωτηματολόγια ανικανότητας και ψυχολογικά τεστ. Μερικά δεδομένα από αυτά θα τους δώσουν πληροφορίες σχετικά με την περιοχή του σώματος που υποφέρει ή θα ανακαλύψουν σε ποια από τις κατηγορίες οσφυαλγίας ανήκουν οι ασθενείς, ενώ άλλα ποια μορφή θεραπείας θα ακολουθήσουν. Οι τρεις κατηγορίες που αναφέρθηκαν και παραπάνω είναι οι εξής: μη ειδική οσφυαλγία, πόνος στην πλάτη που συνδέεται με ριζοπάθεια ή σπονδυλική στένωση ή πόνος στην πλάτη που ενδεχομένως εμφανίζεται λόγω άλλης σοβαρής παθολογίας της σπονδυλικής στήλης. Αυτές οι τρεις κατηγορίες καθοδηγούν τον εξεταστή για τη λήψη απόφασης.

Στην Εικόνα 3.1. που ακολουθεί φαίνονται τα πέντε στάδια διαχείρισης ενός ασθενή. Στο πρώτο στάδιο είναι η υποκειμενική εξέταση του ασθενή (ιστορικό), που ακολουθείτε από την αντικειμενική αξιολόγηση (κλινική εξέταση). Έπειτα από αυτά, είναι η διάγνωση, η πρόγνωση, η παρέμβαση και τέλος τα αποτελέσματα της θεραπείας.

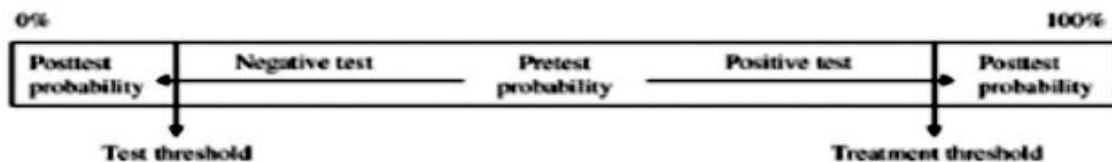


Εικόνα 3.1. Τα πέντε στάδια στη διαχείριση ενός ασθενούς.

Το ιστορικό συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διάρκεια των συμπτωμάτων, τους παράγοντες κινδύνου για ενδεχόμενες σοβαρές καταστάσεις, συμπτώματα για ριζοπάθεια ή σπονδυλική στένωση και παρουσία και σοβαρότητα νευρολογικών ελλειμμάτων. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης του ασθενούς, ο φυσικοθεραπευτής δημιουργεί υποθέσεις για τις πιθανές αιτίες ή διαγνώσεις του προβλήματος. Αυτές οι υποθέσεις στη συνέχεια εξετάζονται κατά τη διάρκεια της αντικειμενικής αξιολόγησης ή της φυσικής εξέτασης με τη χρήση κλινικών δοκιμών. Επιπλέον, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις κόκκινες σημαίες. Οι κόκκινες σημαίες και ιδίως ο συνδυασμός τους αυξάνει τη πιθανότητα για ύπαρξη μιας συγκεκριμένης αιτίας LBP. Οι κόκκινες σημαίες λοιπόν συσχετιζόμενες με προβλήματα της σπονδυλικής στήλης ή νευρικής ρίζας είναι οι εξής: ηλικία κατά την έναρξη μικρότερη από τα 20 χρόνια ή μεγαλύτερη από τα 55, θωρακικός πόνος, προηγούμενο επεισόδιο από καρκίνωμα, στεροειδή ή ιό HIV, αίσθημα αδιαθεσίας, απώλεια βάρους, ευρεία νευρολογικά συμπτώματα, διαρθρικές σπονδυλικές παραμορφώσεις και μη μηχανικός πόνος κ.ά.

Τα διαγνωστικά τεστ συνήθως χρησιμοποιούνται για να εξακριβώσουν την ύπαρξη ή όχι μιας συγκεκριμένης κατάστασης στον ασθενή. Ένα παράδειγμα που πρέπει να χρησιμοποιείται ένα διαγνωστικό τεστ είναι στην

περίπτωση που ένας ασθενής πονάει και στη μέση και στον γλουτό. Σε αυτή τη περίπτωση πρέπει να διαχωριστεί εάν ο πόνος στον γλουτό είναι αντανακλώμενος από την μέση ή υπάρχει λόγω εκφύλισης του ισχίου. Στην Εικόνα 3.2. φαίνεται η πορεία που ακολουθείται ανάλογα με το εάν η απάντηση είναι θετική ή αρνητική μετά το διαγνωστικό τεστ.



Εικόνα 3.2. Ο ρόλος των διαγνωστικών τεστ.

Οι επαγγελματίες υγείας λοιπόν, χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση για να εκτιμήσουν την αρχική υπόθεση και στη συνέχεια χρησιμοποιούν τα αποτελέσματα από τις εξετάσεις και άλλες διαγνωστικές διαδικασίες για να τροποποιήσουν την πιθανότητα αυτή μέχρις ότου να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί.

Επιπλέον, τα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της αξιολόγησης. Αυτά αποτελούν ένα σημαντικό έργο για την αξιολόγηση του πόνου στη μέση για τους επαγγελματίες υγείας και ερευνητές. Παλιότερα, η κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης καθώς και η δύναμη των μυών του κορμού ήταν τα κύρια μέρη της αξιολόγησης σε άτομα με οσφυαλγία. Τα τελευταία χρόνια όμως, όλο και περισσότερο χρησιμοποιούνται επικυρωμένα και έγκυρα ερωτηματολόγια ανικανότητας για την κλινική εκτίμηση, τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και τη διερεύνηση της μεθοδολογίας του πόνου στη μέση. Παρακάτω αναφέρονται μερικά από τα πολλά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται σε περιστατικά LBP.

Μερικά από αυτά τα ερωτηματολόγια ανικανότητας, τα οποία είναι αξιόπιστα και έγκυρα, είναι το Oswestry Disability Index (ODI), το Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ), το Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) κ.ά.

Τα ερωτηματολόγια ODI και RMDQ δημιουργήθηκαν το 1980 και από τότε εφαρμόζονται, τροποποιούνται και μεταφράζονται σε διάφορες γλώσσες, συμπεριλαμβανομένου και της Ελληνικής (Boscainos και συν., 2003). Επίσης, είναι από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα για ασθενείς με οσφυαλγία, επειδή έχουν δοκιμαστεί στις αρχικές τους εκδόσεις για την αξιοπιστία, την εγκυρότητα και την ανταπόκριση τους. Συχνά χρησιμοποιούνται ως μέτρα έκβασης σε ασθενείς με οσφυαλγία. Τα δύο ερωτηματολόγια είναι σύντομα, εύκολα, κατανοητά και απλά για να ολοκληρωθούν. Παρακάτω, στην Εικόνα 3.3. είναι δύο ενδεικτικές ερωτήσεις από την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου ODI.

Ερώτηση 1^η: Σχετικά με την ένταση του πόνου

Μπορώ να αντέξω τον πόνο που έχω, χωρίς να παίρνω παυσίπονα.
Ο πόνος είναι ισχυρός, αλλά τον αντιμετωπίζω χωρίς να παίρνω παυσίπονα.
Τα παυσίπονα με ανακουφίζουν τελείως από τον πόνο.
Τα παυσίπονα με ανακουφίζουν μερικώς από τον πόνο.
Τα παυσίπονα με ανακουφίζουν ελάχιστα από τον πόνο.
Τα παυσίπονα δεν έχουν επίδραση στον πόνο και δεν τα χρησιμοποιώ.

Ερώτηση 2^η: Σχετικά με την προσωπική φροντίδα (πλύσιμο ή ντύσιμο κλπ.)

Μπορώ να περιποιηθώ τον εαυτό μου χωρίς να προκαλείται περισσότερος πόνος.
Μπορώ να περιποιηθώ τον εαυτό μου, αλλά αυτό προκαλεί περισσότερο πόνο.
Η περιποίηση του εαυτού μου είναι επώδυνη και είμαι αργός(-ή) και προσεκτικός(-ή).
Χρειάζομαι κάποια βοήθεια αλλά καταφέρνω τα περισσότερα σχετικά με την περιποίηση του εαυτού μου.
Χρειάζομαι βοήθεια κάθε μέρα στα περισσότερα θέματα σχετικά με την περιποίηση του εαυτού μου.
Δεν ντύνομαι, πλένομαι με δυσκολία και μένω στο κρεβάτι.

Appendix 1. Greek version of the Oswestry Disability Index (continues)

Εικόνα 3.3. Δύο ενδεικτικές ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο ODI.

Το QBPDS είναι ένας τρόπος μέτρησης της αναπηρίας που περιγράφηκε από τον Korac και τους συνεργάτες του το 1995. Το τελικό σύνολο των στοιχείων του QBPDS επιλέχτηκε από ένα μεγαλύτερο σύνολο στοιχείων. Οι δημιουργοί του QBPDS πιστεύουν ότι αυτή η μέθοδος ήταν πιθανό να παραγάγει μια κλίμακα με ιδιότητες μέτρησης, ανώτερες από εκείνες που

παρέχουν άλλες κλίμακες που αναπτύχθηκαν με μία πιο διαισθητική προσέγγιση. Αυτή η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες και χρησιμοποιείται σε αρκετές ερευνητικές μελέτες.

Ένα επιπλέον ερωτηματολόγιο είναι το keele start back screening tool (STarT Back). Το SBST είναι ένα προγνωστικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να ορίσουν τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για ανικανότητα από πόνο στην πλάτη. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 9 ερωτήσεις (Εικόνα 3.4.) και το τελικό σκορ τοποθετεί τον ασθενή σε ποιο επίπεδο είναι, δηλαδή αν είναι σε χαμηλή, μεσαία ή υψηλή κατηγορία ρίσκου. Για καθεμία από αυτές τις κατηγορίες υπάρχει και η ανάλογη θεραπεία.

Thinking about the last 2 weeks tick your response to the following questions:

	Disagree 0	Agree 1
1 My back pain has spread down my leg(s) at some time in the last 2 weeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 I have had pain in the shoulder or neck at some time in the last 2 weeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 I have only walked short distances because of my back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 In the last 2 weeks, I have dressed more slowly than usual because of back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 It's not really safe for a person with a condition like mine to be physically active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 I feel that my back pain is terrible and it's never going to get any better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 In general I have not enjoyed all the things I used to enjoy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Overall, how bothersome has your back pain been in the last 2 weeks?

Not at all	Slightly	Moderately	Very much	Extremely
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Εικόνα 3.4. Το ερωτηματολόγιο keele start back screening tool.

Κάθε ερωτηματολόγιο θα πρέπει να έχει μεταφραστεί και να είναι πολιτισμικά προσαρμοσμένο, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές χώρες. Η μετάφραση στη συνέχεια θα πρέπει να αξιολογείται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, που είναι θεμελιώδης χαρακτηριστικά του εργαλείου

μέτρησης. Στον Πίνακα 3.1. εμφανίζονται κάποιες εκδόσεις των ερωτηματολογίων ODI και RMDQ.

Πίνακας 3.1. Ερωτηματολόγια Oswestry Disability Index και Roland-Morris Disability σε διάφορες γλώσσες. Σε όλες τις γλώσσες η εγκυρότητα και η αξιοπιστία είναι επαρκής.

Roland-Morris Disability Questionnaires	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2003 697 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,885
	ΙΤΑΛΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2002 70 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,82
	ΙΡΑΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2006 100 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,83
	ΟΥΓΓΑΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2014 133 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,87
	ΓΕΡΜΑΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	1999 125 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a 0,81
Oswestry Disability Index Questionnaires	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2003 697 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,833
	ΙΡΑΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2006 100 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,75
	ΚΟΡΕΑΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2005 206 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,84
	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ	2007 120 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕ Cronbach's a ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ 0,87

Ακόμη, τα ψυχολογικά τεστ συμβάλλουν σημαντικά στη σωστή αξιολόγηση των ασθενών με LBP, αφού η επίδραση του πόνου, τους επηρεάζει μερικές φορές και σε ψυχικό επίπεδο. Σε μία έρευνα που έγινε από τον Marino Marčić και τους συνεργάτες του (2014) βρέθηκε ότι από τους 99 ασθενείς με LBP, οι 26 δεν είχαν εμφανίσει κατάθλιψη αλλά οι 73 είχαν κάποιο βαθμό. Από αυτούς, οι 27 είχαν ήπια μορφή, ενώ οι 46 είχαν πολύ βαριά μορφή κατάθλιψης. Ένα από αυτά τα τεστ είναι το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), το οποίο δημιουργήθηκε το 1983 από τον Zigmond και Snaith. Το HADS έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιείται ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες από την αρχική δημιουργία του. Ο σκοπός της δημιουργίας του ήταν να παρέχει στους επαγγελματίες ένα αξιόπιστο, έγκυρο και πρακτικό εργαλείο για τον εντοπισμό των δύο πιο κοινών μορφών ψυχολογικής διαταραχής στους ασθενείς. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιέχει επτά ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής για το άγχος και ακόμη επτά πολλαπλής επιλογής για την κατάθλιψη. Εκτός από αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν και άλλα όπως το Beck Depression Inventory (BDI) και το State-Trait Anxiety Inventory (STAI), στα οποία μετράτε μόνο η κατάθλιψη και το άγχος, αντίστοιχα. Τα παραπάνω ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται και σε άλλες περιπτώσεις όπως καρκίνο του μαστού, στεφανιαία νόσο, επιληψία κ.ά.

Κάποια άλλα εργαλεία αναφέρονται σύντομα στον Πίνακα 3.2.

Πίνακας 3.2. Εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις LBP.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Visual analogue scale (VAS)	Για την ένταση του πόνου.
Short form 36 (SF-36)	Για τη γενική υγεία (σωματική & ψυχική) και τη ποιότητα ζωής
Dallas pain questionnaire	Για τη ποιότητα ζωής.
Maine-Seattle Back questionnaire	Για τη σωματική δυσλειτουργία.

Fear avoidance and beliefs questionnaire (FABQ)	Για την αποφυγή του φόβου.
Bone-specific physical activity questionnaire (BPAQ)	Για τη συσχέτιση ανάμεσα στην LBP και τη φυσική δραστηριότητα.

Επομένως, η εμφάνιση της LBP είναι πολύ συχνή, όπως δείχνουν και τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης της. Στους εργαζόμενους σε χειρωνακτικά επαγγέλματα, καθώς επίσης και σε καθιστικά αποτελεί συχνή αιτία απουσίας από την εργασία και έχει μεγάλο ποσοστό επικράτησης σε αυτούς. Έτσι, η αξιολόγηση της αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι πριν την έναρξη της θεραπείας για τη σωστή αντιμετώπιση της που θα έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του υψηλού κόστους της. Επιπλέον, το έλλειμμα μελετών με πληθυσμούς LBP σε χειρωνακτικά και καθιστικά επαγγέλματα στην Ελλάδα, καθιστά την ανάγκη διερεύνησης αυτού προτεραιότητα.

Κεφάλαιο 4

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα. Το δείγμα, το οποίο συμμετέχει σε αυτή την έρευνα είναι άνθρωποι, οι οποίοι γνωρίζουν την Ελληνική γλώσσα. Όλο το δείγμα είναι από το νομό Καστοριάς με το εύρος ηλικίας του να είναι μεταξύ 26 με 59 χρονών. Στο δείγμα αυτό δεν μπορούσαν να συμμετέχουν άτομα με νοητική υστέρηση, έγκυες γυναίκες, αλλοδαποί με κακή χρήση της Ελληνικής γλώσσας, άτομα που έχουν υποστεί χειρουργεία στη ΣΣ και άτομα με προβλήματα του ΚΝΣ. Ακόμη, τα άτομα δεν επιλέχθηκαν με το αν επισκέφτηκαν κάποιο επαγγελματία υγείας ή όχι. Όσα άτομα ανέφεραν πόνο στην περιοχή που οριοθετείται στον ορισμό δηλαδή, από τη δωδέκατη πλευρά μέχρι τη κατώτερη γλουτιαία πτύχωση, μπορούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες πριν συμπληρώσουν τη φόρμα αξιολόγησης, διάβαζαν ένα έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης (βλ. Παράτημα 1), το οποίο περιείχε περιγραφή της διαδικασίας και πλήρη διασφάλιση των προσωπικών τους στοιχείων. Σε αυτή την έρευνα, η σύγκριση γίνεται ανάμεσα σε άτομα με χειρωνακτικά και καθιστικά επαγγέλματα, τα οποία δεν επηρεάζονται από άλλους παράγοντες. Στα τελευταία για παράδειγμα, δεν εμπεριέχονται τα επαγγέλματα στα οποία υπάρχει δόνηση στη σπονδυλική στήλη (Σ.Σ.), όπως στην περίπτωση των οδηγών βαρέων οχημάτων. Αυτό έγινε για το λόγο, ότι η δόνηση αποτελεί μία αιτία εμφάνισης της LBP ξεχωριστή. Επιπρόσθετα, τα επαγγέλματα που επιλέχθηκαν για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας είναι με γνώμονα, ότι οι εργαζόμενοι κάθονται τις περισσότερες ώρες εργασίας στα καθιστικά επαγγέλματα, ενώ στα χειρωνακτικά τις περισσότερες ώρες εργασίας κάνουν κάτι πρακτικό, δηλαδή, δεν υπήρχε ένας συνδυασμός και των δύο. Αυτό ακολουθήθηκε όσο ήταν δυνατόν.

Εργαλεία μέτρησης και αξιολόγησης. Σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκε μία φόρμα αξιολόγησης (βλ. Παραρτημα2), η οποία

αποτελείται από κάποια επιμέρους μέρη (έντυπο ενημέρωσης, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, αξιολόγηση, αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια). Οι ερωτήσεις που εμπεριέχονται στην φόρμα αξιολόγησης προήλθαν ύστερα από μελέτη και αναζήτηση στοιχείων και παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν τη δημιουργία και εξέλιξη της οσφυαλγίας (Billis και συν., 2010, 2012, 2013). Στην πρώτη σελίδα αυτού, υπάρχει ένα έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης, στο οποίο ο ασθενής διαβάζει τι θα του ζητηθεί να κάνει και ενημερώνεται για τη διασφάλιση των προσωπικών του στοιχείων. Έπειτα, υπάρχουν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία που συμπεριλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τις ώρες εργασίας, τον τόπο κατοικίας, τη μόρφωση, την οικογενειακή κατάσταση, το ετήσιο εισόδημα κ.ά. Στις επόμενες σελίδες αυτού, υπάρχει η αξιολόγηση του ασθενή. Αρχικά, είναι η υποκειμενική αξιολόγηση (το ιστορικό), όπου υπάρχει ένα διάγραμμα του σώματος που απεικονίζει τη μπροστά και πίσω όψη του ανθρώπινου σώματος, για να σημειωθούν οι περιοχές του πόνου. Ακόμη, υπάρχει μία κλίμακα από το 0 μέχρι το 10, η οποία περιγράφει την ένταση του πόνου στη μέση και το πόδι (0-καθολου πόνος, 10-πολύ έντονος πόνος). Συμπληρωματικά στοιχεία είναι η ποιότητα του πόνου (μέση και πόδι), οι παράγοντες επιδείνωσης και ανακούφισης του πόνου, η εικοσιτετράωρη συμπεριφορά του πόνου, το ιστορικό συμπτωμάτων και προηγούμενα επεισόδια, οι εξετάσεις, η φαρμακευτική αγωγή, η σημειολογία σοβαρής παθολογίας και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα κ.ά. Συνολικά το ιστορικό αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις. Σε αυτό το κομμάτι ο ασθενής αναφέρει την προσωπική του γνώμη χωρίς να υπάρχει καμία παρέμβαση από τον φυσικοθεραπευτή. Μετέπειτα, είναι η αντικειμενική αξιολόγηση που αποτελείται από την παρατήρηση του ασθενή (στάση, βάρδιση και γενική παρατήρηση), τις ενεργητικές κινήσεις της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ), τη νευρολογική εξέταση, τον παθητικό έλεγχο των αρθρώσεων και ψηλάφηση της ΟΜΣΣ και τον μυϊκό έλεγχο των γλουτιαίων και των ισχιοκνημιαίων. Αυτά πραγματοποιούνται από

τον φυσικοθεραπευτή, ο οποίος βαθμολογεί τον ασθενή ανάλογα με το πώς το κρίνει ο ίδιος. Επιπλέον, υπάρχει η κλινική άποψη του φυσικοθεραπευτή στην οποία αναγράφονται τα συμπεράσματα που έβγαλε ο ίδιος από την κλινική εξέταση. Αυτό έχει 4 σύντομες ερωτήσεις. Στις τελευταίες σελίδες αυτής της φόρμας αξιολόγησης υπάρχουν 6 αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια. Το the keele start back screening tool αφορά την κατηγορία ρίσκου, το maine-seatle back sciatica bothersomeness index, που αφορά το επίπεδο ενόχλησης της ισχιαλγίας, το Roland-Morris disability index, το οποίο είναι ένα συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο ανικανότητας, το HAD που είναι για το άγχος και την κατάθλιψη και τέλος, το Short Form-12 (SF-12) Physical Health και Short Form-12 Mental Health που αφορά τη φυσική και γενική υγεία αντίστοιχα.

Διαδικασία εξέτασης. Ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιήθηκε αυτή η εξέταση είναι ο εξής: αρχικά κανονιζόταν ραντεβού με τον ασθενή. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης, γινόταν μία σύντομη ενημέρωση ή διαβαζόταν από τον ίδιο τον ασθενή για το λόγο πραγματοποίησης αυτού του ερωτηματολογίου και για τη διασφάλιση των προσωπικών του στοιχείων. Αφού ολοκληρωνόταν αυτή η διαδικασία και ο ασθενής συμφωνούσε να συμμετάσχει σε αυτή την έρευνα συνεχιζόταν η συμπλήρωση του. Ο ασθενής καθώς διάβαζε το ερωτηματολόγιο ταυτόχρονα του δινόταν βοήθεια από τον φυσικοθεραπευτή σε τυχόν ερωτήσεις που δεν του ήταν απολύτως κατανοητές. Ξεκινούσε με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία και στη συνέχεια στην υποκειμενική αξιολόγηση. Αυτό διαρκούσε αρκετή ώρα. Εφόσον όλα είχαν τελειώσει το επόμενο βήμα ήταν η κλινική εξέταση. Πριν την έναρξη αυτής υπήρχε μία σύντομη ενημέρωση για το τι θα εμπεριέχει αυτή. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ασθενείς αρνούνταν να κάνουν κάποιες δοκιμασίες λόγω φόβου ή ρωτούσαν το λόγο για τον οποίο γινόταν η καθεμία από αυτές. Στη τελευταία όσο γινόταν πιο διακριτικά και κατανοητά απαντιόταν οι απορίες. Κατά τη διάρκεια αυτής, η δοκιμασία διακοπτόταν εάν ο ασθενής ένιωθε έντονο πόνο ή

οποιαδήποτε άλλη δυσαρέσκεια. Σε πολλές στιγμές του γινόταν ερώτηση για αυτό. Παρακάτω, στην Εικόνα 4.1. φαίνονται κάποιες από τις δοκιμασίες κατά την κλινική εξέταση.



Εικόνα 4.1. Α. Κάμψη Β. Κάμψη με δεξιά πλάγια κάμψη Γ. Έκταση με δεξιά πλάγια κάμψη Δ. Έσω στροφή Ε. Έλεγχος δύναμης ισchioκνημιαίων ΣΤ. Οπισθοπρόσθια ολίσθηση Ο5.

Τέλος, επιστρεφόταν το ερωτηματολόγιο στον ασθενή για να απαντήσει το τελευταίο κομμάτι των αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων. Αφού συμπληρωνόταν και αυτά, ολοκληρωνόταν η διαδικασία εξέτασης του ασθενή. Αυτό επαναλήφθηκε και για τους είκοσι ένα ασθενείς. Πολλές φορές είχαν απορίες σχετικά με το τι έχουν ή πως μπορούν να βελτιώσουν την κατάσταση τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις δινόταν απλές συμβουλές με κύριο στόχο να μην

προκαλέσουν πανικό. Ο χώρος διεξαγωγής της διαδικασίας που περιγράφηκε λεπτομερώς παραπάνω, ήταν συνήθως στην κατοικία του ασθενή. Υπήρχαν βέβαια και περιπτώσεις, στις οποίες η συμπλήρωση γινόταν στο κέντρο αποκατάστασης του Νοσοκομείου Καστοριάς. Ο χρόνος που διαρκούσε η ολοκλήρωση της διαδικασίας ήταν περίπου μία ώρα. Αυτό εξαρτιόταν και από τον ίδιο τον ασθενή. Μεγάλο κομμάτι του χρόνου αυτού καταναλωνόταν από τα τελευταία έξι αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια οπότε οι ερωτήσεις ήταν πολλές. Τέλος, τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν ήταν ότι το ερωτηματολόγιο διαρκούσε αρκετή ώρα και οι ασθενείς συνήθως βιαζόταν, με αποτέλεσμα να υπάρχει μία σχετική πίεση κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του. Επιπλέον, υπήρχε πρόβλημα στην κατανόηση των αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων. Σε αυτά συχνά ανέφεραν οι ασθενείς ότι ήταν οι ίδιες και οι ίδιες ερωτήσεις χωρίς να παρατηρήσουν ότι το χρονικό διάστημα στο οποίο αναφέρονται είναι διαφορετικό. Έτσι, τους δινόταν συνεχής υπενθύμιση του χρονικού διαστήματος, στο οποίο αναφέρεται το καθένα.

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 χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική δοκιμασία independent samples t test για ανεξάρτητες ομάδες μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης (χειρωνακτών και ομάδα καθιστικών επαγγελματιών) προκειμένου να διευκρινιστεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους. Πιο αναλυτικά έγινε σύγκριση όλων των αποτελεσμάτων από την αξιολόγηση (δημογραφικά, υποκειμενικά στοιχεία, αντικειμενικά στοιχεία και αποτελέσματα αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων) μεταξύ των δύο ομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά 21 εργαζόμενοι με καθιστικά και χειρωνακτικά επαγγέλματα απάντησαν τη φόρμα αξιολόγησης. Από αυτούς, οι 10 (47,62%) αποτελούν την ομάδα των καθιστικών επαγγελμάτων και οι υπόλοιποι 11 (52,38%) την ομάδα των χειρωνακτικών. Το 57,14% του συνολικού δείγματος είναι κυρίως ηλικίας 30 έως 50 χρονών, ενώ μικρό ποσοστό συμμετοχής είναι τα άτομα ηλικίας 18 έως 30 χρονών (14,28%). Ακόμη, φαίνεται ότι το 52,38% των ατόμων κατοικούν σε αγροτική περιοχή και η πλειοψηφία του δείγματος είχε ως εκπαίδευση το λύκειο με ποσοστό 47,61%. Ο ιδιωτικός τομέας είναι ο κύριος εργασιακός χώρος του δείγματος (61,9%) και αυτός συμπεριλαμβάνει επαγγέλματα όπως αγρότες, κτηνοτρόφους, λογιστές, καθαρίστριες κ.ά., ενώ στο δημόσιο (38,09%) είναι κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι σε εφορίες και δημαρχεία. Στον Πίνακα 4.1. παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που είναι στο δείγμα.

Πίνακας 4.1. Το προφίλ του δείγματος της έρευνας (n=21).

	Συχνότητα	%
Φύλο		
Άνδρες	9	42,85
Γυναίκες	12	57,14
Διαμονή		
Αγροτική περιοχή	11	52,38
Αστική περιοχή	1	4,76
Ημι-αστική/προάστιο	9	42,85
Εργασιακός χώρος		
Δημόσιος τομέας	8	38,09
Ιδιωτικός τομέας	13	61,9
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	2	9,52
Γυμνάσιο	2	9,52
Λύκειο	10	47,61
Τριτοβάθμια	7	33,33

Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος	3	14,28
Παντρεμένος	15	71,42
Διαζευγμένος/χήρος (-α)	3	14,28
Είδος δουλειάς		
Χειρωνακτικό	11	52,38
Καθιστικό	10	47,62
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα		
<7200	1	4,76
7200-14400	5	23,81
14400-24000	4	19,04
>24000	0	0
Καμία απάντηση	11	52,38
Ηλικία		
18-30 χρονών	3	14,28
30-50 χρονών	12	57,14
>50 χρονών	6	28,57

Σε αυτό το δείγμα η διάγνωση στο 38,09% ήταν δισκοκήλες σε διαφορετικά επίπεδα και στο 28,57% ανέφεραν τον γενικό όρο οσφυαλγία/ισχιαλγία. Υπήρχαν και περιπτώσεις, στις οποίες δεν είχαν διάγνωση, καθώς και δύο άτομα με αφυδάτωση δίσκου το ένα και με ρωγμές σπονδύλου το άλλο. Η θεραπεία περιελάμβανε κατά βάση φυσικοθεραπεία ή μυοχαλαρωτικά χάπια και ενέσεις. Και εδώ υπάρχουν άτομα χωρίς καθόλου θεραπεία. Τέλος, κανένας από το δείγμα δεν πήρε αναρρωτική άδεια ή αποζημίωση εξαιτίας του πόνου στη μέση.

Η πλειοψηφία μεταξύ των ατόμων σε καθιστικά επαγγέλματα είναι γυναίκες με ποσοστό 80%, ενώ στα χειρωνακτικά είναι οι άνδρες με ποσοστό 63,6%. Επιπρόσθετα, στα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια βρέθηκε ότι το 80% των ατόμων στα καθιστικά επαγγέλματα είναι μεσαίου ρίσκου κινδύνου, ενώ το αντίστοιχο 45,5% είναι μεταξύ των ατόμων στα χειρωνακτικά. Η HAD-κλίμακα για το άγχος και την κατάθλιψη φαίνεται να είναι 50% και 80% ως

κανονική περίπτωση αντίστοιχα, για τα άτομα σε καθιστικά επαγγέλματα, ενώ στα άτομα με χειρωνακτικά επαγγέλματα αποτελεί το 63,6% και το 90,9% ως κανονική περίπτωση, αντίστοιχα. Μεγάλη διαφορά σε αυτή την έρευνα, εμφανίζει η τυπική απόκλιση (Τ.Α.) της ηλικίας μεταξύ των δύο ομάδων χωρίς όμως μεγάλη διαφορά στη μέση τιμή. Η τελευταία έχει 51,1 έτη με Τ.Α. 4,12 στην ομάδα καθιστικών επαγγελμάτων και 42,18 έτη με Τ.Α. 10,4 στην ομάδα χειρωνακτικών επαγγελμάτων, αντίστοιχα. Η θέση ανακούφισης για το 90,9% στα άτομα με χειρωνακτικό επάγγελμα είναι η ξαπλωμένη, ενώ στα άτομα με καθιστικό για το 40%. Ακόμη, ο πόνος είναι έντονος στο πίσω μέρος του μηρού με μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης (70%) στα άτομα με καθιστικό επάγγελμα. Ο Πίνακας 4.2. δείχνει κάποια βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης.

Πίνακας 4.2. Στοιχεία ανά ομάδες: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και στοιχεία από τα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια.

	Ομάδα καθιστικών επαγγελμάτων (n=10)	Ομάδα χειρωνακτικών επαγγελμάτων (n=11)
Ηλικία [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	51,1 (4,12)	42,18 (10,4)
Φύλο [Συχνότητα (%)]		
Άντρας	2 (20,0)	7 (63,6)
Γυναίκα	8 (80,0)	4 (36,4)
Διαμονή [Συχνότητα (%)]		
Αγροτική περιοχή	1 (10,0)	10 (90,9)

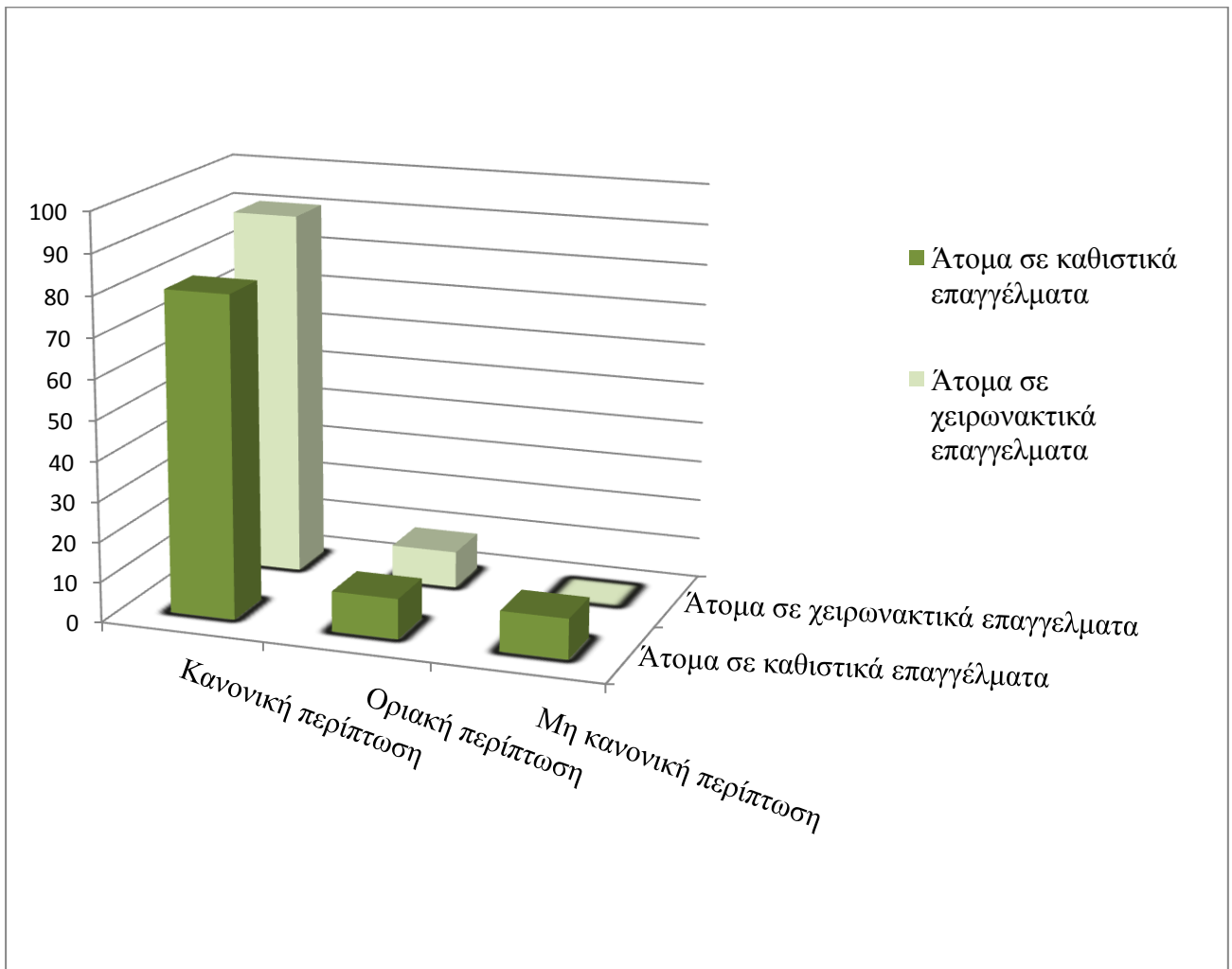
Αστική περιοχή	1 (10,0)	0 (0)
Ημι-αστική / προάστιο	8 (80,0)	1 (9,1)
Οικογενειακή κατάσταση		
[Συχνότητα (%)]		
Ελεύθερος	0 (0)	3 (27,3)
Παντρεμένος	7 (70,0)	8 (72,7)
Διαζευγμένος (-η) /χήρος (-α)	3 (30,0)	0 (0)
Περιοχές πόνου		
[Συχνότητα (%)]		
Αριστερό πίσω μέρος του μηρού	7 (70,0)	3 (27,3)
Θέσεις ανακούφισης		
[Συχνότητα (%)]		
Ξαπλωμένος (-η)	4 (40,0)	10 (90,9)
Παράγοντας επιδείνωσης		
[Συχνότητα (%)]		
Σκύψιμο	6(60)	7(63,6)
Περπάτημα	2(20)	1(9,1)
Προηγούμενα επεισόδια στη μέση		
[Συχνότητα (%)]	5(50)	4(36,4)
ROM-περιορισμένη έκταση ΟΜΣΣ		
[Συχνότητα (%)]	9(90)	8(72,7)
Περιορισμένη κάμψη με αριστερή πλάγια κάμψη		
[Συχνότητα (%)]	5(50)	7(63,6)
Περιορισμένο παθητικό ROM O4		
[Συχνότητα (%)]	6(60)	7(63,6)
Εμφάνιση Trigger points άνω οσφυϊκής μοίρας		

[Συχνότητα (%)]	6(60)	7(63,6)
STarTBacktotal [Συχνότητα (%)]		
Χαμηλού ρίσκου	1(10)	4(36,4)
Μεσαίου ρίσκου	8(80)	5(45,5)
Υψηλού ρίσκου	2(20)	2(18,2)
HAD- Κλίμακα για το άγχος [Συχνότητα (%)]		
Κανονική περίπτωση	5(50)	7(63,6)
Οριακή περίπτωση	2(20)	2(18,2)
Μη κανονική περίπτωση	3(30)	2(18,2)
HAD- Κλίμακα για την κατάθλιψη [Συχνότητα (%)]		
Κανονική περίπτωση	8(80)	10(90,9)
Οριακή περίπτωση	1(10)	1(9,1)
Μη κανονική περίπτωση	1(10)	0(0)
Νευρολογικός έλεγχος [Συχνότητα (%)]		
SLR – πόνος με άρση τεταμένου σκέλους	8 (80,0)	4 (36,4)
SLR –θετική νευροδυναμική δοκιμασία	6 (60,0)	4 (36,4)
VAS στη μέση [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]		
Χειρότερος πόνος	8,2 (1,14)	8,27 (1,42)
Καλύτερος πόνος	2,2 (2,04)	1,73 (1,62)
Μέσος όρος έντασης πόνου	4,8 (2,1)	4,05 (2,24)

VAS στο πόδι [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]		
Χειρότερος πόνος	6,7 (3,71)	5,91 (4,09)
Καλύτερος πόνος	2,0 (2,31)	1,55 (2,30)
Μέσος όρος έντασης πόνου	4,05 (2,48)	2,41 (2,06)
STarTBacktotal [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	5,5 (1,84)	4,18 (1,78)
Maine-Seattle total score [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	15,2 (2,53)	15,9 (1,64)
SBI-Total score [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	14,4 (8,11)	9,55 (6,17)
Ερωτηματολόγιο Roland-Morris Disability [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	13,9 (5,0)	11,64 (6,8)
HAD- Κλίμακα για το άγχος [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	8,2 (4,21)	7,55 (4,01)
HAD-Κλίμακα για την κατάθλιψη [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	6,2 (2,35)	4,36 (2,11)
SF-12 για τη σωματική υγεία [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	34,59 (6,19)	36,27 (10,29)
SF-12 για τη ψυχική υγεία [Μέση Τιμή (Τυπική απόκλιση)]	46,42 (10,11)	43,14 (8,80)

Διαφορά εμφανίζουν και οι δύο ομάδες ως προς την εμφάνιση της κατάθλιψης, με 1 άτομο (10%) από καθιστικό επάγγελμα να είναι μη κανονική περίπτωση, ενώ αντίστοιχα στα άτομα από χειρωνακτικά επαγγέλματα δεν υπάρχει κανένας σε αυτή την κατηγορία και το υψηλότερο ποσοστό (90,9%) βρίσκεται σε αυτούς στην κατηγορία των κανονικών περιπτώσεων (Γράφημα 4.1.).

Γράφημα 4.1. Διαφορές ανάμεσα στην ομάδα με τα χειρωνακτικά και με τα καθιστικά επαγγέλματα ως προς τα ποσοστά εμφάνισης της κατάθλιψης.



Σχετικά με την στατιστική ανάλυση (μέσω της δοκιμασίας Independent samples t test), φαίνεται ότι η ομάδα με χειρωνακτικά και καθιστικά επαγγέλματα έχουν στατικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία ($p=0,02$), ως προς το φύλο ($p=0,04$), ως προς την περιοχή διαμονής ($p=0$), ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,01$) και ως προς τον τομέα εργασίας ($p=0,05$). Το κάπνισμα, ο κλινοστατισμός (πλήρης ακινητοποίηση) καθώς και ο τομέας εργασίας δεν εμφανίζουν σημαντικές στατιστικές διαφορές ($p>0,05$). Επιπλέον, η ξαπλωμένη θέση φαίνεται να ανακουφίζει το δείγμα της έρευνας αυτής ($p=0,02$), ενώ η άρση του τεταμένου σκέλους να προκαλεί πόνο ($p=0,04$). Όλα τα υπόλοιπα δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Η περιοχή στο αριστερό πίσω μέρος μηρού έδωσε τιμή $p=0,054$, καθώς και η HAD-κλίμακα για την κατάθλιψη ($p=0,07$) και οι καθημερινές ώρες εργασίας ($p=0,06$) είναι οριακά μη στατιστικά σημαντικά. Στον Πίνακα 4.3.

συγκρίνονται τα δημογραφικά στοιχεία, η συμπτωματολογία και η κλινική εικόνα μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 4.3. Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων, συμπτωματολογίας και κλινικής εικόνας μεταξύ των δύο ομάδων.

	Sig. (2-tailed) Τιμές στατιστικής σημαντικότητας p	95% Διάστημα εμπιστοσύνης (confidence interval)
Ηλικία	0,02*	1,59 με 16,24
Φύλο	0,04*	0,01 με 0,86
Καθημερινές ώρες εργασίας	0,06	-4,64 με 0,08
Διαμονή	0*	0,93 με 2,10
Οικογενειακή κατάσταση	0,01*	0,13 με 1,0
Κάπνισμα	0,37	-0,45 με 1,14
Κλινοστατισμός (πλήρης ακινητοποίηση)	0,93	-0,45 με 0,49
Τομέας εργασίας	0,05*	-0,84 με 0
Θέση ανακούφισης- Ξαπλωμένος (-η)	0,016*	0,10 με 0,90
Εκπαίδευση	0,24	0,35 με 1,31
Ετήσιο εισόδημα	0,30	-0,57 με 1,73
VAS στη μέση		
Χειρότερος πόνος	0,89	-1,24 με 1,09
Καλύτερος πόνος	0,56	-1,23 με 2,18
Μέσος όρος έντασης πόνου	0,43	-1,22 με 2,73
VAS στο πόδι		
Χειρότερος πόνος	0,64	-2,77 με 4,35
Καλύτερος πόνος	0,65	-1,65 με 2,56
Μέσος όρος έντασης πόνου	0,11	-0,46 με 3,74
STarTBacktotal	0,11	-0,34 με 2,97
Maine-Seattle total score	0,46	-2,71 με 1,29
SBI-Total score	0,14	-1,83 με 11,54
Ερωτηματολόγιο Roland-Morris	0,39	-3,17 με 7,69

Disability		
HAD- Κλίμακα για το άγχος	0,72	-3,11 με 4,42
HAD-Κλίμακα για την κατάθλιψη	0,07	-0,21 με 3,88
SF-12 για τη σωματική υγεία	0,65	-9,43 με 6,06
SF-12 για τη ψυχική υγεία	0,43	-5,44 με 12,0
Αριστερή άνω οσφυϊκή περιοχή	0,77	-0,38 με 0,51
Δεξιά άνω οσφυϊκή περιοχή	0,87	-0,50 με 0,43
Αριστερή κάτω οσφυϊκή περιοχή	0,56	-0,32 με 0,58
Δεξιά κάτω οσφυϊκή περιοχή	0,30	-0,70 με 0,23
Αριστερό πίσω μέρος μηρού	0,054	-0,86 με 0,008
Δεξιό πίσω μέρος μηρού	0,55	-0,52 με 0,29
Θέσεις επιδείνωσης		
Θέση κάμψης	0,87	-0,43 με 0,5
Όρθια θέση	0,81	-0,53 με 0,42
24ωρη συμπεριφορά		
Με ξυπνάει τη νύχτα	0,84	-0,52 με 0,43
Δυσκολία να κοιμηθώ	0,89	-0,46 με 0,40
Χειρότερος πόνος το πρωί	0,77	-0,38 με 0,51
Χειρότερος πόνος το βράδυ	0,56	-0,58 με 0,32
Άλλο	0,34	-0,32 με 0,12
Ιστορικό		
Απότομη/σταδιακή έναρξη συμπτωμάτων	0,30	-0,23 με 0,70
Προδιαθεσικοί παράγοντες	0,71	-0,33 με 0,47
Προηγούμενα επεισόδια στη μέση	0,55	-0,60 με 0,33
Φαρμακευτική αγωγή	0,84	-0,52 με 0,43
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα/πόνος στον αυχένα	0,84	-0,52 με 0,43

ROM ΟΜΣΣ		
Κινητικότητα στην κάμψη	0,71	-0,47 με 0,33
Κινητικότητα στην έκταση	0,33	-0,19 με 0,53
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		
Κάμψη	0,21	-0,83 με 0,19
Έκταση	0,36	-1,19 με 0,46
Παρουσία ανοιχτού πατέντου	0,35	-0,29 με 0,78
Παρουσία κλειστού πατέντου	0,91	-0,49 με 0,54
SLR – πόνος με άρση τεταμένου σκέλους	0,04*	-0,86 με -0,01
SLR –θετικό νευροδυναμικό τεστ	0,30	-0,70 με 0,23
Οπισθο-πρόσθια ολίσθηση O4	0,84	-0,43 με 0,52
Οπισθο-πρόσθια ολίσθηση O5	0,81	-0,53 με 0,42
Οπισθο-πρόσθια ολίσθηση I1	0,84	-0,52 με 0,43
Ύπαρξη trigger points στην άνω οσφυϊκή περιοχή	0,87	-0,43 με 0,50
Ύπαρξη trigger points στην κάτω οσφυϊκή περιοχή	0,52	-0,33 με 0,62
Μυϊκός έλεγχος γλουτιαίων	0,48	-1,07 με 0,52

*Independent samples test, όπου $p < 0,05$ αναφέρεται σε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα, η επικράτηση της LBP σε άτομα με χειρωνακτικά και καθιστικά επαγγέλματα μελετήθηκε σε ένα δείγμα από τον Ελληνικό πληθυσμό.

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα είναι από τον Νομό Καστοριάς, που αποτελεί μία αγροτική περιοχή. Για το λόγο αυτό, η μόρφωση του μεγαλύτερου μέρους του δείγματος (47,61%) είναι μέχρι το επίπεδο του λυκείου. Ο εργασιακός χώρος είναι κυρίως στον ιδιωτικό τομέα (61,9%) για τον λόγο ότι, στο δημόσιο ανήκουν μόνο τα άτομα από τα καθιστικά επαγγέλματα που εργαζόταν στα δημαρχεία και την εφορία του Νομού Καστοριάς. Οι γυναίκες είναι περισσότερες στο σύνολο λόγω της συχνότερης εμφάνισης του πόνου στη μέση σε αυτές (Hoy και συν., 2012). Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν παντρεμένοι (71,42%) λόγω ηλικίας. Τέλος, η ερώτηση για το ετήσιο εισόδημα δεν απαντήθηκε από τους περισσότερους, επειδή θεώρησαν ότι αποτελεί προσωπικό στοιχείο. Τα χειρωνακτικά επαγγέλματα απαιτούν μεγάλες εργασιακές απαιτήσεις με αποτέλεσμα οι άνδρες να αποτελούν την πλειοψηφία στο δείγμα των 11 ατόμων. Επιπλέον, κανένα άτομο δεν πήρε αναρρωτική άδεια ή κάποιο είδος αποζημίωσης, έχοντας ως αιτία τον πόνο στη μέση, λόγω της οικονομικής κατάστασης της χώρας. Μεγάλη στατιστική διαφορά, βέβαια, έχουν οι δύο ομάδες ως προς τη διαμονή ($p=0$) και αυτό γιατί, τα άτομα από τα καθιστικά επαγγέλματα ζουν στην πόλη της Καστοριάς, ενώ τα άτομα από τα χειρωνακτικά στα γύρω χωριά. Ακόμη, οι ώρες εργασίας έχουν σχεδόν σημαντική στατιστική διαφορά ($p=0,06$) μεταξύ των ομάδων για τον λόγο, του ότι, τα άτομα στον ιδιωτικό τομέα, τα οποία στην πλειοψηφία είναι στα χειρωνακτικά, δουλεύουν περισσότερες ώρες, από τα άτομα στο δημόσιο, τα οποία έχουν σταθερό ωράριο εργασίας.

Στο μεγαλύτερο μέρος του συνόλου των ασθενών βρέθηκε ότι η θέση επιδείνωσης είναι η κάμψη της ΟΜΣΣ, εφόσον αποτελεί ένα βασικό παράγοντα

εμφάνισης LBP τόσο στα χειρωνακτικά όσο και στα καθιστικά επαγγέλματα. Από την εμφάνιση άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων, η αυχεναλγία είχε το μεγαλύτερο ποσοστό, αφού αποτελεί και αυτή μία από τις πιο συχνές παθήσεις. Η πορεία του πόνου στη μέση φαίνεται να καλυτερεύει στο 61,9%, εφόσον όλοι εκτός από δύο, ακλούθησαν κάποια μορφή θεραπείας με κύρια να είναι η φυσικοθεραπεία, τα χάπια και οι ενέσεις. Η 24ωρη συμπεριφορά του πόνου φαίνεται να επιδεινώνεται το βράδυ, πιθανόν γιατί οι περισσότεροι ασθενείς είχαν δισκοκήλες που επηρέαζαν τη νευρική ρίζα. Η ξαπλωμένη θέση ως παράγοντας ανακούφισης στα χειρωνακτικά επαγγέλματα φαίνεται ότι είναι στο 90,9%, έχοντας και σημαντική στατιστική διαφορά με τα καθιστικά ($p=0,016$) λόγω της αποφόρτισης της Σ.Σ. τους, αφού κατά τη διάρκεια της εργασίας υπάρχει πιθανή συνεχής κινητοποίηση της. Αντιθέτως, ο παράγοντας επιδείνωσης στα καθιστικά (60%) και στα χειρωνακτικά (63,6%) είναι το σκύψιμο, εξαιτίας των πιθανών οπισθο-πλάγιων δισκοκηλών, οι οποίες πιέζονται κατά πίσω κατά την κίνηση αυτή.

Όσον αφορά την κλινική εξέταση, το 81% φαίνεται να έχει περιορισμό στην έκταση εξαιτίας του έντονου πόνου λόγω ύπαρξης δισκοκηλών. Ο ίδιος λόγος, φαίνεται να είναι η αιτία και για την περιφεριοποίηση των συμπτωμάτων κατά την επαναλαμβανόμενη κάμψη, ενώ υπάρχει επικέντρωση κατά την επαναλαμβανόμενη έκταση. Ταυτόχρονα με τα παραπάνω, υπάρχει και πόνος κατά την παθητική οπισθο-πρόσθια ολίσθηση των οσφυϊκών σπονδύλων με μεγαλύτερο ποσοστό να εμφανίζεται στον Ο5 (57,1%). Ακόμη, τα σημεία πυροδότησης στην άνω οσφυϊκή μοίρα είναι αυξημένα, λόγω πιθανής κακής εργονομικής θέσης της ΟΜΣΣ. Συγκριτικά, η ομάδα με τα χειρωνακτικά επαγγέλματα και η ομάδα με τα καθιστικά δεν είχαν διαφορές στην κλινική εξέταση, αφού η ύπαρξη οσφυαλγίας και στις δύο περιπτώσεις οφειλόταν σε δισκοκήλες σε διαφορετικά επίπεδα.

Σχετικά με τα αυτό-αναφερόμενα ερωτηματολόγια, στο SF-12 για τη σωματική υγεία, οι ασθενείς δεν είχαν σημαντικές διαφορές, γιατί η σωματική

τους δραστηριότητα ήταν κάτι υποχρεωτικό είτε είχαν πόνο είτε όχι. Ακόμη, στο HAD-κλίμακα για το άγχος και τη κατάθλιψη, οι ασθενείς επίσης δεν εμφανίζουν διαφορές εξαιτίας των χαμηλών ρυθμών ζωής στην επαρχία. Παρόλα αυτά, έχουν σχεδόν σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ τους στην κατάθλιψη ($p=0,07$) με τα άτομα στα καθιστικά να υπερισχύουν, εξαιτίας της έντονης ψυχολογικής πίεσης που νιώθουν κατά την εργασία τους ή άλλων πιθανών παραγόντων.

Συγκριτικά, με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Ιρανούς εργάτες εργοστασίου, βρέθηκε ότι, υπάρχει μεγάλη επιρροή των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση της LBP (Ghaffari και συν., 2006). Στην μελέτη αυτή, η LBP δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τους ψυχολογικούς παράγοντες. Η ίδια διαφορά υπάρχει και σε μία έρευνα του Σπυρόπουλου και των συνεργατών του (2007), που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε εργαζόμενους γραφείου στην Ελλάδα, όπου και εκεί οι εργαζόμενοι ήταν επηρεασμένοι από ψυχολογικούς παράγοντες σε αντίθεση με το δικό μας δείγμα των καθιστικών επαγγελματιών. Επίσης, σε εκείνο το δείγμα υπήρχαν ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας αντίθετα με αυτή. Επιπλέον, σε μία ακόμη έρευνα ανάμεσα σε εργαζόμενους με καθιστικά και χειρωνακτικά επαγγέλματα σε ναυπηγική εταιρεία, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι σε καθιστική εργασία εμφανίζουν αυχεναλγία πιο συχνά από τα άτομα σε χειρωνακτική (Alexopoulos και συν., 2006). Εδώ, δεν φαίνεται τόσο μεγάλη η διαφορά. Στην ίδια μελέτη αναφέρει ότι υπάρχει απουσία από την εργασία λόγω πόνου στη μέση, αντίθετα με αυτή. Ακόμη, σε μία άλλη έρευνα που αφορούσε το γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα, βρήκαν ότι τα άτομα που συμμετείχαν, απουσίαζαν από την εργασία τους λόγω της οσφυαλγίας, σε αντίθεση με την παρόν, που κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έλειψε από την εργασία του (Stranjalis και συν., 2004).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η οσφυαλγία είναι ένα συχνό πρόβλημα τόσο στα χειρωνακτικά όσο και στα καθιστικά επαγγέλματα. Σε αυτή, βρέθηκε ότι οι δύο αυτές ομάδες είχαν διαφορές μεταξύ

τους, που όμως χρειάζονται περαιτέρω μελέτη. Παρόλα αυτά, ορισμένοι περιορισμοί φαίνεται να είναι παρόν σε αυτή την έρευνα. Γενικά, αν και αυτή τη μελέτη εμφάνισε αποτελέσματα δεν μπορεί να γενικευθεί για να συμπεριλάβει τους εργαζόμενους όλης της χώρας εξαιτίας του μικρού δείγματος, καθώς και των διαφορών στο προφίλ των ατόμων που συμμετείχαν, όπως είναι ο άνισος αριθμός ανδρών και γυναικών και το εύρος ηλικίας των ατόμων που ήταν σχετικά μεγάλο. Παρόλα αυτά, αυτή η μελέτη έχει μία καλή βάση για μελλοντικές έρευνες σε μεγαλύτερη κλίμακα που θα παρέχουν πρόσθετες πληροφορίες για άτομα με οσφυαλγία σε χειρωνακτικά και καθιστικά επαγγέλματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτή η μελέτη, δείχνει τις διαφορές από ένα δείγμα του εργασιακού δυναμικού της Ελλάδας. Αυτό, συμπεριλάμβανε άτομα από χειρωνακτικά και καθιστικά επαγγέλματα διαφόρων ηλικιών. Οι παράγοντες που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις δύο ομάδες, είναι η ηλικία, το φύλο, η περιοχή διαμονής και η οικογενειακή κατάσταση. Επιπλέον, η ξαπλωμένη θέση φαίνεται να ανακουφίζει τα άτομα με τα χειρωνακτικά επαγγέλματα, ενώ η άρση του τεταμένου σκέλους να προκαλεί πόνο σε περισσότερα άτομα των καθιστικών επαγγελμάτων. Φάνηκαν να έχουν οριακή στατιστική διαφορά οι καθημερινές ώρες εργασίας ($p=0,06$), η περιοχή στο αριστερό πίσω μέρος του μηρού ($p=0,054$), καθώς και η HAD-κλίμακα για την κατάθλιψη ($p=0,07$). Οι παράμετροι που δεν εμφάνισαν καμία στατιστική διαφορά είναι η 24ωρη συμπεριφορά του πόνου, οι θέσεις επιδείνωσης, το ROM της ΟΜΣΣ, οι οπισθο-πρόσθιες κινήσεις των οσφυϊκών σπονδύλων, ο μυϊκός έλεγχος των γλουτιαίων κ.ά.

Έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης εθελοντή

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

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

Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε;

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

Διασφάλιση της ανωνυμίας σας.

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

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

Υπογραφή συμμετέχοντα _____ Ημερομηνία: _____

Στοιχεία επικοινωνίας: _____

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

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Κωδικός ασθενή _____, Φυσικοθεραπευτής _____

Όνοματεπώνυμο: _____ Διεύθυνση: _____

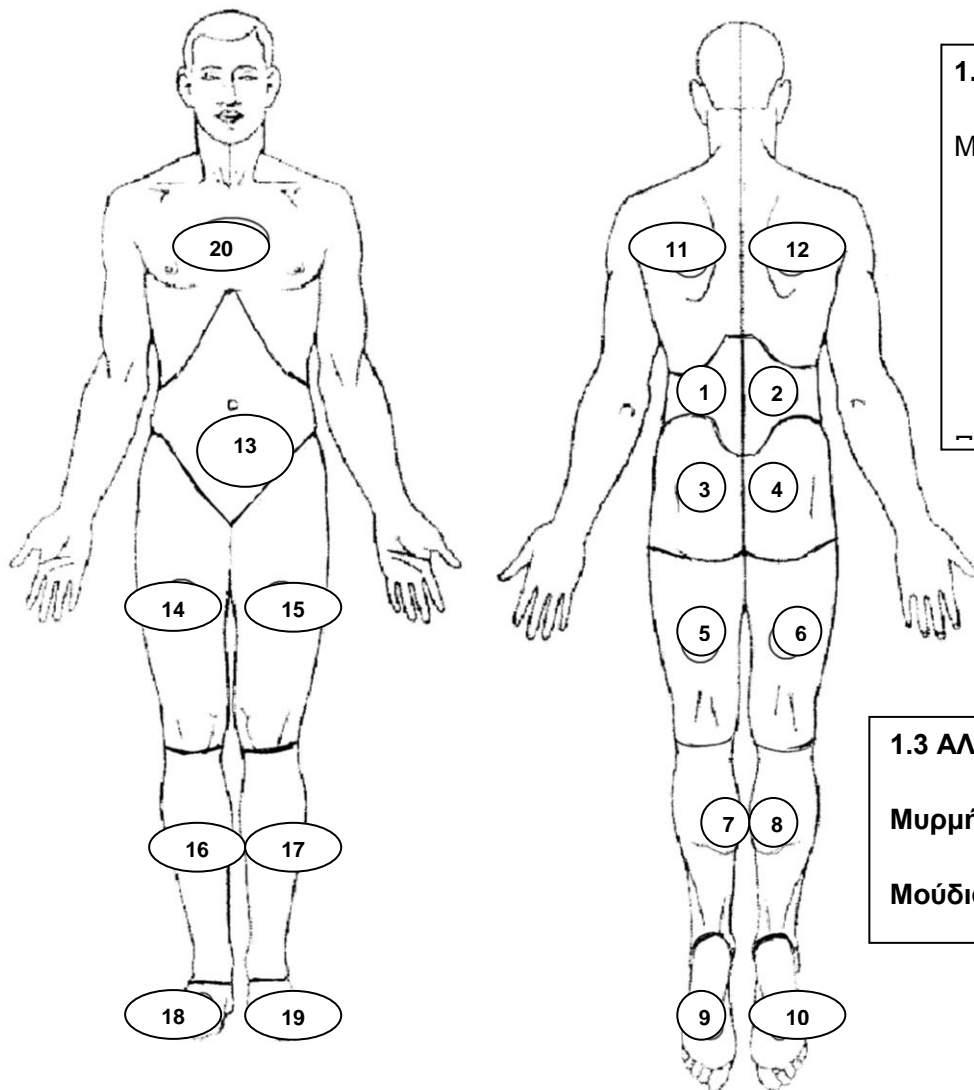
Τηλ. Επικοινωνίας:

1. ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ
2. ΗΛΙΚΙΑ:
3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
4. Εργάζεστε στον Δημόσιο τομέα Ιδιωτικό τομέα
5. ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ:
6. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Αγροτική Αστική Ημιαστική
7. ΜΟΡΦΩΣΗ: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Τριτοβάθμια εκπαίδευση
8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος
9. ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: <7.200€ 7.201-14.400€ 14.401-24.000€ > 24.000€
10. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:
11. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; Όχι Λίγο (<20τσιγ/εβδ) Πολύ (20-40 ημερ.) Πάρα πολύ (>40 ημ)
12. ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ:
13. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει;
14. Έχετε υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία (MRI) για το πρόβλημά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
15. Πόρισμα μαγνητικής:

16. Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας; Ναι Όχι
17. Αν ναι, για πόσον καιρό; 2-3 ημέρες 1 εβδ. 2 εβδ. 1 μήνα
18. Τί επαγγελματίες υγείας έχετε επισκεφτεί για το πρόβλημά σας;
19. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Ναι Όχι
20. Αν ΝΑΙ, περιγράψτε τι θεραπεία κάνατε.
.....
21. Είστε αυτόν τον καιρό σε αναρρωτική άδεια λόγω της μέσης σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
22. Αν ΝΑΙ, για πόσον καιρό;
23. Ζητάτε κάποια αποζημίωση για το πρόβλημά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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



1.2 Ένταση πόνου (0 – 10):

Μέση: χειρότερα _____

καλύτερα _____

μέσος όρος _____

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**

3.2 ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ (RED FLAGS)

Παραπονιέται ο ασθενής για τίποτα από τα παρακάτω:

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

3.3 ΑΛΛΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

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

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

3.4 Περιγραφή: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

3.5 Περιγραφή: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

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

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Όρθια στάση

4. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

4.1 ΣΤΑΣΗ

Ποια η στάση του ασθενή;

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

Προσδιορίστε /παρατηρήσεις:

4.2 ΒΑΔΙΣΗ

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

4.3 ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

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

5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

5.1

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

5.2

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

5.3

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

5.4 Βάσει των παραπάνω κινήσεων, ο ασθενής παρουσιάζει:

Ανοικτό πατέντο (opening /stretching pattern)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Κλειστό πατέντο (closing /compressive pattern)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Πρόβλημα 'δυσλειτουργίας' κατά την κίνηση (impairment dysfunction)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Πρόβλημα 'ελέγχου' κατά την κίνηση (controlling dysfunction)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

6 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

6.1 ΜΥΟΤΟΜΙΑ Ο5, Ι1 -Συμπτωματικό μέλος: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΔΕΞΙΑ

Ο4 (Βάδιση στις πτέρνες)

Ι1 (Βάδιση στις μύτες)

ΑΔΥΝΑΜΙΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΥΠΤΙΑ

5

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

5.5

ROM ΛΕΚΑΝΗΣ	ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ
Οπίσθια κλίση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

8 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (συνέχεια)

Συμπτωματική πλευρά: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΔΕΞΙΑ

6.1

ΜΥΟΤΟΜΙΑ

ΑΔΥΝΑΜΙΑ

Ο2 ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο3 ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο5 ΝΑΙ ΟΧΙ

6.2

ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΜΕΙΩΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ
Ο2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ι1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3

ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ	ΑΝΥΠΑΡΚΤΟ	ΜΕΙΩΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΥΞΗΜΕΝΟ	ΚΛΩΝΟΣ
ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ΚΕΦΑΛΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.4

ΝΕΥΡΟΔΥΝΑΜΙΚΑ	ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΟΝΟΥ	ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ
SLR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αντίστροφο SLR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ

7.1

ΙΣΧΙΑ	Υπερκινητικότητα	Φυσιολογικό	Περιορισμένο	Αναπαραγωγή /αύξηση συμπτωμάτων
Έξω στροφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Έσω στροφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

7.2

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

Πρηνή

7 ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ & ΨΗΛΑΦΗΣΗ (συνέχεια)

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

7.4 ΨΗΛΑΦΗΣΗ

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

8 ΜΥΪΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Καταγραφή συμπτωματικής πλευράς: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΔΕΞΙΑ

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

10 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

10.1 Ποιος είναι ο κυρίαρχος μηχανισμός πόνου του ασθενή;

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

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

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

Υπερβολή **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

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

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

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

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

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

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

Maine-Seattle Back Questionnaire

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

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση ή το πόδι μου	___	___
2	Λόγω του προβλήματος της μέσης μου, χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα	___	___
3	Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
4	Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
5	Λόγω της μέσης μου, προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω	___	___
6	Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
7	Η μέση ή το πόδι μου πονούν σχεδόν την περισσότερη ώρα	___	___
8	Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου	___	___
9	Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα, λόγω του πόνου στη μέση ή στο πόδι μου (ισχιαλγία)	___	___
10	Λόγω του προβλήματος της μέσης μου, η σεξουαλική μου δραστηριότητα έχει μειωθεί	___	___
11	Συνέχεια τρίβω ή βαστώ περιοχές του σώματός μου που με πονούν ή με ενοχλούν	___	___
12	Λόγω του προβλήματος της μέσης μου, κάνω λιγότερη δουλειά για το σπίτι από ότι συνήθως	___	___

(Sciatica Bothersomeness Index)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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**μυαλό μου:**

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

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Άρθρα

1. Papageorgiou A. C., Croft P. R., Ferry S., Jayson M. I. V. and Silman A. J., 1995, Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the south Manchester back pain survey. *SPINE* Volume 20, Number 17, pp 1889–1894.
2. Osborne A., Finnegan G., Blake C., Meredith D., J. McNamara, J. Phelan και C. Cunningham, 2012, An evaluation of low back pain among farmers in Ireland. *Occupational Medicine*;63:53–59.
3. Walker B. F., Muller R. and Grant W. D., 2004, Low back pain in Australian adults. Prevalence and associated disability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* Volume 27, Number 4.
4. Koes B W, Tulder van M W, Thomas S., 2006, Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*;332:1430–4.
5. Hoy D., Bain C., Williams G., March L., Brooks P., Blyth F., Woolf A., Vos T. and Buchbinder R., 2012, A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *arthritis & rheumatism* Vol. 64, No. 6, pp 2028–2037.
6. Billis E., McCarthy C. J., Gliatis J., Gittins M., Papandreou M. and Oldham J. A., 2012, Inter-tester reliability of discriminatory examination items for sub-classifying non-specific low back pain. *J Rehabil Med*; 44: 851–857.
7. Billis E., McCarthy C. J., Roberts C., Gliatis J., Papandreou M., Gioftsos G. and Oldham J. A., 2013, sub-grouping patients with non-specific low back pain based on cluster analysis of discriminatory clinical items. *J Rehabil Med*; 45: 177–185.

8. Alexopoulos E. C., Tanagra D., Konstantinou E. and Burdorf A., 2006, Musculoskeletal disorders in shipyard industry: prevalence, health care use, and absenteeism. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **7**:88.
9. Alexopoulos E. C., Stathi I. C. and Charizani F., 2004, Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **5**:16.
10. Alexopoulos E. C., Burdorf Z. A. and Kalokerinou A., 2003, Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Occup Environ Health* **76**: 289–294.
11. Alexopoulos E. C., Konstantinou Z., Bakoyannis G. Z., Tanagra D. Z., Eleni C. and Burdorf A., 2008, Risk factors for sickness absence due to low back pain and prognostic factors for return to work in a cohort of shipyard workers. *Eur Spine J* **17**:1185–1192
12. Realdi G., Previato L. and Vitturi N., 2008, Selection of diagnostic tests for clinical decision making and translation to a problem oriented medical record.
13. Stranjalis G., Tsamandouraki K., Sakas D. E. and Alamanos I., 2004, Low Back Pain in a Representative Sample of Greek Population. Analysis According to Personal and Socioeconomic Characteristics. *SPINE* Volume 29, Number 12, pp 1355–1361.
14. Riihimäki H., Tola S., Videman T. and Hanninen K., 1989, Low back pain and occupation. A cross sectional questionnaire study of men in machine operating, dynamic physical work and sedentary work. *SPINE* Volume 14, Number 2.
15. Hartvigsen J., Leboeuf-Yde C., Lings S. and Corder E. H., 2000, Is sitting while at work associated with low back pain? A systematic, critical literature review. *Scand J Public Health*; **28**: 230-239.
16. Oha K., Animägi L., Pääsuke M., Coggon D. and Merisalu E., 2014, individual and work-related risk factors for musculoskeletal pain: a

- cross-sectional study among Estonian computer users. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15:181.
17. Kim, Dong-Yun, Lee, Sang-Ho, Lee, Ho-Yeon, Lee, Hyun-Ju, Chang, Sang-Beom, Chung, Sang-Ki Kim και Hyun-Jib, 2005, Validation of the Korean Version of the Oswestry Disability Index. *Spine: Volume 30 - Issue 5 - pp E123-E127*.
 18. Walsh K., Cruddas M. and Coggon D., 1991, Low back pain in eight areas of Britain. *Journal of epidemiology and community health*;46: 227-230.
 19. Hillman M., Wright A., Rajaratnam G., Tennant A., Chamberlain M. A., 1996, Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK. *Journal of Epidemiology and Community Health*;50:347-352.
 20. Antonopoulou M., Antonakis, Hadjipavlou A. και Lionis C., 2007, Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders in rural Crete, Greece. *Family Practice*; 24: 209–216.
 21. Antonopoulou M. D., Alegakis A. K., Hadjipavlou A. G. and Lionis C. D., 2009, Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **10**:143.
 22. Ghaffari M., Alipour A., Jensen I., Asghar Farshad A. and Vingard E., 2006, Low back pain among Iranian industrial workers. *Occupational Medicine*;56:455–460.
 23. Marčić M., Mihalj M., Ivica N., Pintarić I. and Titlić M., 2014, How severe is depression in low back pain patients. *Acta Clin Croat*; 53:267-271.
 24. Mörl F. and Bradl I., 2012, Lumbar posture and muscular activity while sitting during office work. *J Electromyogr Kinesiol.*;23(2):362-8.

25. Manek N. J. and MacGregor A.J., 2005, Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors and prognosis. *Curr Opin Rheumatol* 17:134—140.
26. Prawit Janwantanakul, Praneet Pensri, Patriya Moolkay και Wiroj Jiamjarasrangsi, 2011, Development of a risk score for low back pain in office workers - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.*; 12: 23.
27. Spyropoulos P., Papathanasiou G., Georgoudis G., Chronopoulos E., Koutis H. and Koumoutsou F., 2007, Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers. *Pain Physician*; 10:651-660 • ISSN 1533-3159.
28. Boscainos P. J., Sapkas G., Stilianessi E., Prouskas K. and Papadakis S. A., 2003, Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires. *Clinical orthopaedics and related research* Number 411, pp. 40–53.
29. Padua R., Padua L., Ceccarelli E., Romanini E., Zanolì G., Bondì R., Campi A., 2002, Italian version of the Roland Disability Questionnaire, specific for low back pain: cross-cultural adaptation and validation. *Eur Spine J* (2002) 11 :126–129.
30. Chou R., Qaseem A., Snow V., Casey D., Cross J. T. Jr., Shekelle P. and Owens D. K., 2007, Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society.
31. Webb R., Brammah T., Lunt M., Urwin M., Allison T. and Symmons D., 2003, Prevalence and Predictors of Intense, Chronic, and Disabling Neck and Back Pain in the UK General Population. *SPINE* Volume 28, Number 11, pp 1195–1202.

32. Deyo R. A., Yuh-Jane Tsui-Wu, 1987, Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. *SPINE* Volume 12, Number 3.
33. Mousavi S. J., Parnianpour M., Mehdian H., Montazeri A. and Mobini B., 2006, The Oswestry Disability Index, the Roland-Morris Disability Questionnaire, and the Quebec Back Pain Disability Scale: Translation and Validation Studies of the Iranian Versions. *SPINE* Volume 31, Number 14, pp E454–E459.
34. Latza U., Pfahlberg A. and Gefeller O., 2002, Impact of repetitive manual materials handling and psychosocial work factors on the future prevalence of chronic low-back pain among construction workers. *Scand J Work Environ Health*;28(5):314—323.
35. Valasek T., Varga P.P., Szövérfi Z., Bozsodi A., Klemencsics I., Fekete L. and Lazary A., 2014, Validation of the Hungarian version of the Roland-Morris disability questionnaire.
36. Vigatto, Ricardo RN, MS; Alexandre, Neusa Maria Costa RN; Filho, Heleno Rodrigues Correa, 2007, Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity. *Spine*: - Volume 32 - Issue 4 - pp 481-486.
37. Wiesinger, Nuhr G. F., Quittan M., Ebenbichler M., Wöfl G., Fialka-Moser G., Veronika, 1999, Cross-Cultural Adaptation of the Roland-Morris Questionnaire for German-Speaking Patients With Low Back Pain. *Spine*:- Volume 24 - Issue 11 - p 1099–1103.
38. Ying Xu, Bach E. and Orhede E., 1997, Work environment and low back pain: the influence of occupational activities. *Occupational and Environmental Medicine*;54:741-745.

Βιβλία

1. Kisner C., Allen L., 1996, therapeutic exercise, foundations and techniques. Μετάφραση από τα Αγγλικά από Σπυριδόπουλο Κίμων και Σάτκα Γεωργία.