



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ
ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ
ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Φοιτητές

Μαστραπάς Κωνσταντίνος

Κωνσταντίνου Ιωάννης

Επιβλέπων Καθηγήτρια

κ. Μπίλλη Ευδοκία

ΑΙΓΙΟ-2020

**Low Back Pain prevalence in undergraduate
Physiotherapy students and reliability testing of
selected self-reported patient-based tools**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την εισηγήτριά μας και Πρόεδρο του Τμήματος Φυσικοθεραπείας Ευδοκία Μπίλλη για την στενή συνεργασία και καθοδήγηση που μας προσέφερε, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατή η επιτέλεση της υλοποίησης αυτής της εργασίας. Επίσης, οφείλουμε να επεκτείνουμε τις ευχαριστίες μας στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών (πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας) μέσω του οποίου μας δόθηκε η ευκαιρία της πραγματοποίησης αυτού του ερευνητικού έργου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή. Η οσφυαλγία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα διεθνώς, επιβαρύνοντας οικονομικά τα συστήματα υγείας και επηρεάζοντας τον συνολικό δείκτη αναπηρίας του πληθυσμού. Οι φοιτητές, αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα που επηρεάζεται σημαντικά από την οσφυαλγία λόγω του παρατεταμένου χρόνου σε καθιστικές (καμπτικές) θέσεις και στάσεις, οι οποίες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για οσφυαλγία. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τα επίπεδα οσφυαλγίας σε ένα δείγμα Ελλήνων φοιτητών Φυσικοθεραπείας. Ένας δευτερεύον στόχος της μελέτης ήταν ο έλεγχος της αξιοπιστίας (test-retest reliability) της ελληνικής μετάφρασης ενός προγνωστικού εργαλείου αξιολόγησης της οσφυαλγίας, του Keele StarT Back Screening Tool, το οποίο, σε μετέπειτα χρόνο θα βοηθήσει στην καλύτερη παρακολούθηση της οσφυαλγίας του δείγματος.

Μέθοδος. Το ερωτηματολόγιο καταγραφής που δημιουργήθηκε βασίστηκε στο Nordic Musculoskeletal Questionnaire, στο Roland Morris Disability Questionnaire και στην ευρύτερη βιβλιογραφία, αποτελούμενο από 4 ενότητες και συνολικά 33 ερωτήσεις, συμπεριλαμβανομένων κλειστού και ανοιχτού τύπου καθώς και ερωτήσεις τύπου κλίμακας Likert. Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε στις φόρμες Google (Google Forms), και διαμοιράστηκε ηλεκτρονικά στους φοιτητές, με πρόσκληση δια μέσω ηλεκτρονικού συνδέσμου. Για την αξιοπιστία της ελληνικής μορφής του StarT Back Tool, χορηγήθηκε κατόπιν ενημέρωσης και συναίνεσης, το ερωτηματολόγιο δύο φορές σε διάστημα 1-3 εβδομάδων (από την αρχική συμπλήρωση). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε μέσω του google forms (περιγραφική για το πρώτο σκέλος) και του SPSS, (μέσω του συντελεστή συσχέτισης Intraclass Correlation Coefficient ή ICC για την αξιοπιστία) για τη μελέτη αξιοπιστίας.

Αποτελέσματα. Το συνολικό δείγμα φοιτητών που συμμετείχε στο πρώτο σκέλος της μελέτης ήταν 52, εκ των οποίων το 46,2% (24) δήλωσαν πως έπασχαν από οσφυαλγία. Η έναρξη του πόνου για το 70,8% (17 άτομα) ήταν πάνω από έξι μήνες πριν (χρόνιος πόνος), ενώ στο 75% των περιπτώσεων (18 άτομα) ο πόνος δεν σχετιζόταν με οξύ τραυματισμό. 14 άτομα (58,3%) δήλωσαν σταδιακή έναρξη του πόνου, με το 70,8% (17 άτομα) να αναφέρουν το συγκεκριμένο επεισόδιο ως το πρώτο τους. Το 29,2% (7 άτομα) των ερωτηθέντων δήλωσε πως ο πόνος εμφανίστηκε πριν από την έναρξη φοίτησής τους στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ενώ άλλο ένα 29,2% δήλωσε ως έτος εμφάνισης του πόνου το δεύτερο έτος και ένα 29,2% το τρίτο έτος. Δημοφιλέστεροι παράγοντες κινδύνου αποτελούν η καθιστή και παρατεταμένη όρθια θέση (21 και 19 άτομα, αντίστοιχα) καθώς και η μεταφορά βαριών φορτίων (18 άτομα). Για την αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του Keele StarT Back Screening Tool (test-retest reliability), χρησιμοποιήθηκε δείγμα 23 ατόμων και οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης ICC βγήκαν πολύ καλές (ICC=0,930, με διαστήματα εμπιστοσύνης ενιαίων μέτρων μεταξύ 0,842-0,970, SEM= 0,532 & SDD=54,714%).

Συμπεράσματα. Οι φοιτητές Φυσικοθεραπείας φαίνεται να έχουν υψηλή επικράτηση οσφυαλγίας και στην χώρα μας με συγκρίσιμα με χώρες του εξωτερικού αποτελέσματα. Η μετακίνηση φορτίων που σχετίζονται με ακαδημαϊκές διαδικασίες (π.χ. συγγράμματα) και η χρήση των εγκαταστάσεων (π.χ. κακή καθιστική στάση κατά τις εργαστηριακές δραστηριότητες) ίσως να αποτελούν παράγοντες κινδύνου της οσφυαλγίας σε αυτό το δείγμα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για αναλυτικότερη συσχέτιση της οσφυαλγίας με τις ακαδημαϊκές δραστηριότητες και απαιτήσεις. Επίσης, η ελληνική έκδοση του StarT Back Screening Tool φαίνεται να είναι αξιόπιστη. Επομένως, προτείνεται η χρήση του από επαγγελματίες υγείας και η ενσωμάτωσή του στην οργάνωση της θεραπευτικής διαδικασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εισαγωγή	1
1.1 Ιστορική αναδρομή	2
1.2 Σημεία και συμπτώματα	2
1.3 Αιτίες	3
1.4 Επιδημιολογία.....	4
1.4.1 Παθοφυσιολογία.....	4
1.4.2 Ανατομία.....	5
1.5 Διάγνωση	6
1.6 Ταξινόμηση	6
1.7 Απεικονίσεις.....	7
1.8 Κλινικές δοκιμές.....	7
1.8.1 Αυτοαναφερόμενα μέσα αξιολόγησης.....	8
1.9 Πρόληψη.....	9
2. Διαχείριση.....	10
2.1 Φυσικοθεραπεία.....	10
2.2 Φάρμακευτική αγωγή	11
2.3 Χειρουργικές επεμβάσεις.....	12
2.4 Εναλλακτικές θεραπείες.....	13
2.5 Πρόγνωση	14
2.6 Κοινωνία και πολιτισμός.....	14
2.7 Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης και σκοπός μελέτης	15
3. Μέθοδος.....	16
3.1 Καταγραφή οσφυαλγίας σε δείγμα φοιτητών του πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.....	16
3.1.1 Δείγμα.....	16
3.1.2 Δημιουργία και περιεχόμενο ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου.....	16
3.2 Αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Keele StarT Back Screening Tool..	17
3.2.1 Δείγμα.....	17
3.2.2 Διαδικασία ελέγχου της αξιοπιστίας.....	17
3.3 Ανάλυση δεδομένων.....	18
4. Αποτελέσματα.....	19
4.1 Καταγραφή οσφυαλγίας σε δείγμα φοιτητών του πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.....	19

4.1.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος φοιτητών.....	19
4.1.2 Καταγραφή οσφυαλγίας.....	21
4.2 Αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Keele StarT Back Screening Tool..	28
4.3 Συζήτηση.....	30
4.4 Περιορισμοί.....	32
4.5 Κλινική σημασία μελέτης.....	33
4.6 Συμπεράσματα.....	34
5. Αρθρογραφία	36
5.1 Διαδικτυογραφία.....	38
6. Παράρτημα.....	39

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Στοιχεία δείγματος.....	27
Πίνακας 2. Στοιχεία οσφυαλγίας.....	28
Πίνακας 3. Κλινικό προφίλ δείγματος.....	29

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1. Έτος φοίτησης δείγματος.....	19
Διάγραμμα 2. Ιδιαίτερες συνήθειες.....	20
Διάγραμμα 3. Άθλημα.....	20
Διάγραμμα 4. Εργασία.....	21
Διάγραμμα 5. Οσφυαλγία.....	22
Διάγραμμα 6. Τραυματισμός.....	22
Διάγραμμα 7. Έναρξη πόνου.....	23
Διάγραμμα 8. Χρονική στιγμή έναρξης πόνου.....	23
Διάγραμμα 9. Έτος φοίτησης εμφάνισης πόνου.....	24
Διάγραμμα 10. Αποφυγή δραστηριοτήτων λόγω οσφυαλγίας.....	25
Διάγραμμα 11. Τύπος στρώματος κρεβατιού.....	26
Διάγραμμα 12. Άνεση σπουδαστικών εγκαταστάσεων.....	26

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1. Επιδράσεις της οσφυαλγίας στην ζωή των φοιτητών.....	25
Γράφημα 2. Προσωπικοί παράγοντες κινδύνου.....	27

1. Εισαγωγή

Ο χαμηλός πόνος στην οσφύ (LBP) ή οσφυαλγία είναι μια κοινή διαταραχή που αποτελείται από πόνο στην περιοχή της οσφύς και μπορεί να συνοδεύεται από πόνο που εκτείνεται στο κάτω άκρο (ισχιαλγία). Ο πόνος μπορεί να ποικίλει από ένα μουντό πόνο σε ένα έντονο διαξιφιστικό αίσθημα. Ο χαμηλός πόνος στην οσφύ μπορεί να ταξινομηθεί ως οξεία διάρκεια (πόνος που διαρκεί λιγότερο από 6 εβδομάδες), υποξεία (6 έως 12 εβδομάδες) ή χρόνια (πάνω από 12 εβδομάδες) (Koes et al, 2010). Ο πόνος μπορεί να ταξινομηθεί περαιτέρω από την υποκείμενη αιτία ως μηχανικός ή μη μηχανικός (και οι δυο αυτοί τύποι μπορεί να είναι αναφερόμενοι πόνοι), με το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων, ωστόσο, να πρόκειται για οσφυαλγία αγνώστου αιτιολογίας (Maher et al, 2018).

Τα συμπτώματα του χαμηλού πόνου στην πλάτη συνήθως βελτιώνονται μέσα σε λίγες εβδομάδες από τη στιγμή που ξεκινούν, με ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων να είναι εντελώς καλύτερα με έξι εβδομάδες (NINDS, 2014).

Η οσφυαλγία είναι ο κύριος συντελεστής στα χρόνια ζωής με αναπηρία. Η LBP αγνώστου αιτιολογίας αντιπροσωπεύει το 90-95% των περιπτώσεων οσφυαλγίας (Oliveira, Maher et al, 2018). Το εκτιμημένο σημείο επικράτησης μη ειδικής οσφυαλγίας είναι 18% (Hoy, Bain et al, 2012). Η οσφυαλγία επιβάλλει μια κολοσσιαία επιβάρυνση στα συστήματα υγείας. Υπολογίζεται πως το κόστος που προκύπτει από την οσφυαλγία αγγίζει τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες (Dieleman, Baral et al, 2020).

Στα περισσότερα επεισόδια οσφυαλγίας, πιστεύεται ότι ο πόνος οφείλεται σε μηχανικά αίτια. Μηχανικής φύσεως αίτια αποτελούν μυοσκελετικές βλάβες, αρθρικά προβλήματα ή παθήσεις των μαλακών μορίων της περιοχής. Δηλαδή προβλήματα τα οποία επηρεάζονται από την κίνηση και την ακινησία (αυξάνοντας και μειώνοντας τα συμπτώματα της LBP, αντίστοιχα). Αν, όμως, ο πόνος δεν υποχωρεί με συντηρητική θεραπεία ή αν συνοδεύεται από «κόκκινες σημαίες» όπως ανεξήγητη απώλεια βάρους, πυρετό , ή σημαντικά προβλήματα με την αίσθηση ή την κίνηση, τότε χρειάζεται απαραίτητως παραπομπή σε ιατρό με στόχο την άμεση ιατρική παρέμβαση. Σε όσους πάσχουν από χρόνιο πόνο, το σύστημα επεξεργασίας πόνου μπορεί να παρουσιάσει δυσλειτουργία, προκαλώντας υπερβολικό πόνο σε απόκριση σε μη σοβαρά συμβάντα.

Η αρχική διαχείριση της οσφυαλγίας πραγματοποιείται αναλόγως αν πρόκειται για οξεία οσφυαλγία ή για χρόνιο πόνο. Στην οξεία οσφυαλγία, προτείνεται η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με αυτήν την κατάσταση, η καθησύχαση με έμφαση στην καλή πρόγνωση και προτροπή στην επιστροφή των καθημερινών δραστηριοτήτων, στην αποφυγή της ξεκούρασης στο κρεβάτι και την χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων NSAID και ήπιων οπιοειδών για μικρά χρονικά διαστήματα, αν αυτό κριθεί απαραίτητο (Maher et al, 2018). Για την χρόνια οσφυαλγία προτείνεται η φαρμακευτική προσέγγιση με την χρήση NSAID και αντικαταθλιπτικών, συνταγογράφηση θεραπευτικών ασκήσεων και φυσικοθεραπείας γενικότερα, καθώς και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Maher et al, 2018).

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η οσφυαλγία αποτελούσε φαινόμενο τουλάχιστον από την εποχή του Χαλκού . Η παλαιότερη γνωστή χειρουργική πραγματεία - ο Edwin Smith Papyrus , που χρονολογείται γύρω στα 1500 π.Χ. - περιγράφει μια διαγνωστική εξέταση και θεραπεία για κάκωση σπονδυλικής στήλης. Ο Ιπποκράτης (περίπου 460 π.Χ. - περίπου 370 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε έναν όρο για ισχιακό πόνο και πόνο στην οσφύ. Ο Galen περιέγραψε την έννοια με κάποιες λεπτομέρειες. Οι γιατροί μέσα από το τέλος της πρώτης χιλιετίας δεν επιχειρήσαν την επέμβαση και συνέστησαν την προσεκτική αναμονή. Κατά την μεσαιωνική περίοδο, οι ασκούμενοι της ιατρικής παρείχαν θεραπείες για τον πόνο στην πλάτη με βάση την πεποίθηση ότι προκλήθηκαν από τα οιοπνευματώδη ποτά.

Στις αρχές του 20ου αιώνα, οι γιατροί θεωρούσαν ότι ο χαμηλός πόνος στην οσφύ προκλήθηκε από φλεγμονή ή βλάβη στα νεύρα με νευραλγία και νευρίτιδα που συχνά αναφέρονταν από αυτούς στην ιατρική βιβλιογραφία της εποχής. Η δημοτικότητα τέτοιων προτεινόμενων αιτιών μειώθηκε κατά τον 20ό αιώνα. Στις αρχές του 20ού αιώνα, ο Αμερικανός νευροχειρουργός Harvey Williams Cushing αύξησε την αποδοχή των χειρουργικών θεραπειών για τον πόνο στην πλάτη. Στη δεκαετία του 1920 και του 1930, δημιουργήθηκαν νέες θεωρίες της αιτίας, με τους γιατρούς να προτείνουν ένα συνδυασμό νευρικού συστήματος και ψυχολογικών διαταραχών όπως η νευρική αδυναμία (νευρασθένεια) και η γυναικεία υστερία .Ο μυϊκός ρευματισμός (που τώρα ονομάζεται ινομυαλγία) αναφέρθηκε επίσης με αυξανόμενη συχνότητα.

Αναδυόμενες τεχνολογίες, όπως οι ακτίνες X, έδωσαν στους γιατρούς νέα διαγνωστικά εργαλεία, αποκαλύπτοντας τον μεσοσπονδύλιο δίσκο ως πηγή για πόνο στην πλάτη σε ορισμένες περιπτώσεις. Το 1938, ο ορθοπεδικός χειρουργός Joseph S. Barr ανέφερε, σχετικά με περιπτώσεις ισχιαλγίας που σχετίζονται με το δίσκο, βελτίωση ή πλήρη αποκατάσταση με χειρουργική επέμβαση στην σπονδυλική στήλη. Ως αποτέλεσμα αυτής της εργασίας, στη δεκαετία του 1940, το μοντέλο του μεσοσπονδύλιου δίσκου σχετικά με την οσφυαλγία κυριάρχησε στην βιβλιογραφία μέσα από τη δεκαετία του 1980, βοηθώντας περαιτέρω από την άνοδο των νέων τεχνολογιών απεικόνισης, όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία. Η συζήτηση υποχώρησε καθώς η έρευνα έδειξε ότι τα προβλήματα του δίσκου είναι μια σχετικά ασυνήθιστη αιτία του πόνου. Από τότε οι γιατροί συνειδητοποίησαν ότι είναι απίθανο να διαπιστωθεί σε πολλές περιπτώσεις μια συγκεκριμένη αιτία για πόνο από οσφυαλγία και αμφισβητήθηκε η ανάγκη να βρεθεί κανείς καθώς οι περισσότερες φορές τα συμπτώματα επιλύονται εντός 6 έως 12 εβδομάδων ανεξάρτητα από τη θεραπεία .

1.2 Σημεία και συμπτώματα

Τα συμπτώματα της οσφυαλγίας ενδέχεται να περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα, κυμαινόμενα από ήπια έως σοβαρά. Η οσφυαλγία μπορεί να προκύψει ξαφνικά ή να εμφανισθεί σταδιακά. Σε κοινές περιπτώσεις εμφάνισης οξείας οσφυαλγίας, ο πόνος αναπτύσσεται μετά από κινήσεις που περιλαμβάνουν ανύψωση κάτω άκρων, στροφή ή κάμψη

κορμού προς τα εμπρός. Η περιγραφή των συμπτωμάτων μπορεί να κυμαίνεται από την ευαισθησία σε ένα συγκεκριμένο σημείο έως τον διάχυτο πόνο. Μπορεί ή δεν μπορεί να επιδεινωθεί με ορισμένες κινήσεις, όπως ανύψωση ενός ποδιού, ή θέσεις, όπως κάθισμα ή στέκεται. Μπορεί να υπάρχει πόνος που ακτινοβολεί τα πόδια (γνωστός ως ισχιαλγία). Η πρώτη εμπειρία οξείας οσφυαλγίας είναι συνήθως μεταξύ των 20 και 40 ετών. Αυτός είναι συχνά ο πρώτος λόγος ενός ατόμου για να δει έναν ιατρικό επαγγελματία ως ενήλικα. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια εμφανίζονται σε περισσότερους από τους μισούς ανθρώπους με τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια να είναι γενικά πιο οδυνηρά από τα πρώτα (Pelozo, 2017).

Μπορούν να εμφανιστούν και άλλα προβλήματα μαζί με πόνο στην πλάτη. Ο χρόνιος πόνος στην πλάτη σχετίζεται με προβλήματα ύπνου, όπως μεγαλύτερος χρόνος για να κοιμηθεί, διαταραχές κατά τον ύπνο, μικρότερη διάρκεια ύπνου και λιγότερη ικανοποίηση από τον ύπνο. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ατόμων με χρόνια πόνο στη μέση παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους.

Η οσφυαλγία μπορεί να συνοδεύεται και από νευρολογική σημειολογία. Τέτοια συμπτώματα μπορούν να περιλαμβάνουν ισχιαλγία (πόνος σε κάτω άκρο σε κατανομή νευρικής ρίζας), απώλειες αισθητικότητας, μειωμένα αντανακλαστικά, μυϊκή αδυναμία σε κατανομή μυοτομίου κ.α. Απαιτείται προσοχή κατά την αξιολόγηση, όμως, καθώς αυτά τα συμπτώματα μπορεί να μην προέρχονται από οσφυαλγία (Atlas et al, 2001).

1.3 Αιτίες

Η οσφυαλγία δεν είναι μια συγκεκριμένη πάθηση, αλλά μια εκδήλωση πόνου στην περιοχή της οσφύς, που συνήθως προκύπτει ως αποτέλεσμα μυϊκών ή σκελετικών προβλημάτων. Η πλειοψηφία της LBP είναι αγνώστου αιτιολογίας ή μηχανικής φύσεως. Η οσφυαλγία μηχανικής φύσεως εμφανίζεται εγγενώς από παθήσεις που περιλαμβάνουν την σπονδυλική στήλη, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους ή γειτονικές δομές μαλακών μορίων (Will, Bury & Miller, 2018). Ένας πλήρης κατάλογος πιθανών αιτιών περιλαμβάνει πολλές λιγότερο συνήθεις συνθήκες. Τα αίτια της οσφυαλγίας μπορούν να ταξινομηθούν ευρέως σε τέσσερις κύριες κατηγορίες:

1. Μυοσκελετικά – (μηχανικής φύσεως): οι περισσότερες περιπτώσεις οξείας οσφυαλγίας προκαλούνται από ρήξεις διάφορων ειδών σε μαλακά μέρη όπως τένοντες και μύες. Η εκφύλιση μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι από τις πιο συχνές αιτίες πρόκλησης οσφυαλγίας μηχανικής φύσεως. Επιπλέον, άλλο ένα πιθανό αίτιο σχετικά με τους δίσκους είναι οι δισκοκήλες, οι οποίες επίσης μπορεί να είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση οσφυαλγίας. Άλλη πιθανή πάθηση-αίτιο αποτελεί η σπονδυλολίσθηση. Η σπονδυλολίσθηση είναι μια κοινή εκφυλιστική διαταραχή στην σπονδυλική στήλη, κατά την οποία το σπονδυλικό σώμα, σε σύγκρισή με το σώμα του υποκείμενου σπονδύλου, έχει μια εμπρόσθια μετατόπιση, με άθικτο σπονδυλικό τόξο (Zhang et al, 2018). Η σπονδυλική στένωση μπορεί να αυξήσει την πίεση στον νωτιαίο μυελό και στις εξερχόμενες νευρικές ρίζες, με αποτέλεσμα την πρόκληση πόνου, αιμωδίες και με την πάροδο του χρόνου αδυναμία στο κάτω άκρο και διαταραχή αισθητικότητας. Πιθανοί τραυματισμοί μπορούν να προκαλέσουν οποιαδήποτε από τις παραπάνω παθήσεις. Επίσης, εδώ συμπεριλαμβάνονται και σκελετικές ανωμαλίες όπως η σκολίωση, η λόρδωση και άλλες σύμφυτες καταστάσεις (NINDS, 2014). Η μυοσκελετικής φύσεως LBP επηρεάζει το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών.

2. Φλεγμονώδεις αιτίες, όπως αρθρίτιδα περιλαμβανομένης της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας , της ρευματοειδούς αρθρίτιδας , της ψωριασικής αρθρίτιδας, οστεοαρθρίτιδα και της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (NINDS, 2014).
3. Κακοήθεια - μεταστάσεις όγκων από πνεύμονες, μαστού, προστάτη, θυρεοειδή, μεταξύ άλλων (NINDS, 2014).
4. Λοιμώδεις αιτίες – οστεομυελίτιδα, απόστημα

Άλλες αιτίες αποτελούν το σύνδρομο Cauda equina, κοιλιακά ανευρύσματα αορτής, λιθίαση του ουροποιητικού, η ενδομητρίωση, η ινομυαλγία, και άλλα (NINDS, 2014).

1.4 Επιδημιολογία

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα εξαιρετικά συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή στην ζωή τους. Ο χαμηλός πόνος στην οσφύ που διαρκεί τουλάχιστον μία ημέρα και περιορίζει τη δραστηριότητα είναι μια κοινή αναφορά. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου το 40% των ανθρώπων έχουν LBP κάποια στιγμή στη ζωή τους, με εκτιμήσεις τόσο υψηλές όσο το 80% των ανθρώπων στον ανεπτυγμένο κόσμο (Kesley & White, 1980). Περίπου 9 έως 12% των ατόμων (632 εκατομμύρια) έχουν LBP σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή και σχεδόν το ένα τέταρτο (23,2%) αναφέρει ότι το έχει σε κάποια χρονική στιγμή για οποιαδήποτε περίοδο ενός μηνός(Driscoll, Jacklyn et al, 2014). Η δυσκολία συνήθως αρχίζει μεταξύ 20 και 40 ετών. Ο χαμηλός πόνος στην πλάτη είναι πιο συχνός μεταξύ των ατόμων ηλικίας 40-80 ετών, ενώ ο συνολικός αριθμός των προσβεβλημένων ατόμων αναμένεται να αυξηθεί καθώς ο πληθυσμός γερνάει. Η οσφυαλγία φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επικράτηση στις γυναίκες (Meucci et al, 2015). Οι σημερινοί καπνιστές - και ειδικά αυτοί που είναι έφηβοι - είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλό πόνο στην πλάτη από τους πρώην καπνιστές και οι πρώην καπνιστές είναι πιθανότερο να έχουν χαμηλό πόνο στην πλάτη από όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ (Green, Johnson et al, 2016).

Σύμφωνα με μια έρευνα του 2004, η οσφυαλγία φαίνεται να είναι ένα συχνό πρόβλημα και στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Η συχνότητάς και η σοβαρότητάς της σχετίζονται με αρκετούς κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες, ειδικά με την ηλικία, το φύλο και το είδος της εργασίας του ατόμου (Stranjalis et al, 2004). Σύμφωνα, όμως, με άλλη έρευνα της Ελλάδας, στο δείγμα που εξετάστηκε, η οσφυαλγία είχε συσχέτιση με σωματικές παραμέτρους και όχι με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (Billis et al, 2017).

Μια έρευνα του 2013 έδειξε πως οι προπτυχιακοί φοιτητές εμφανίζουν μεγάλη επικράτηση οσφυαλγίας. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές ιατρικής φαίνεται να έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο (Hafeez et al, 2013).

1.4.1 Παθοφυσιολογία

Η σχέση μεταξύ εκφυλισμού μεσοσπονδύλιου δίσκου και οσφυαλγίας δεν είναι σαφώς κατανοητή. Φαίνεται ότι η αλλοίωση των βιο-μηχανικών ιδιοτήτων της δομής του δίσκου, η ευαισθητοποίηση των νευρικών απολήξεων με την απελευθέρωση των χημικών μεσολαβητών και η νευροαγγειακή ανάπτυξη σε όλους τους εκφυλισμένους δίσκους μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη του πόνου. Εκφυλισμένοι δίσκοι μπορεί να έχουν αξιοσημείωτη ανάπτυξη νευρικών ινών και αιμοφόρων αγγείων εντός του εσωτερικού του ινώδους δακτυλίου και του πηκτοειδή πυρήνα. Η αλλοίωση της δομής του δίσκου μεταβάλλει επίσης την απόκριση στις φορτίσεις και την ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης, συμπεριλαμβανομένων των

ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων, των συνδέσμων και των μυών της Σ.Σ., οι οποίες δομές, τελικά, μπορεί να γίνουν επιπλέον γεννήτριες πόνου. Η οσφυαλγία και η ισχιαλγία μπορούν να εκδηλωθούν ακόμη και ελλείψει μορφολογικών αλλαγών. Αντιστρόφως, πολλοί ασθενείς δεν αναφέρουν κανένα πόνο, ούτε με παρουσία σημαντικού εκφυλισμού. Επίσης, έχουν εντοπιστεί αρκετές κυτοκίνες που μπορεί να είναι υπεύθυνες για την χημική μεσολάβηση του πόνου. Παρομοίως, έχουν απομονωθεί ενδογενείς αναστολές αυτών των κυτοκινών (Biyani et al, 2014).

1.4.2 Ανατομία

Η οσφυϊκή (ή χαμηλή) περιοχή αποτελείται από πέντε σπονδύλους (L1-L5), μερικές φορές συμπεριλαμβανομένου του ιερού. Μεταξύ αυτών των σπονδύλων βρίσκονται οι δίσκοι ινώδους δακτύλιου (μεσοσπονδύλιοι δίσκοι) , οι οποίοι δρουν ως μαξιλάρια, εμποδίζοντας την τριβή μεταξύ των σπονδύλων ενώ παράλληλα προστατεύουν το νωτιαίο μυελό . Τα νεύρα εξέρχονται από τον νωτιαίο μυελό μέσω των μεσοσπονδυλίων τρημάτων μεταξύ των σπονδύλων, παρέχοντας αισθητικότητα και μεταβιβάζοντας κεντρομόλες και φυγόκεντρες ώσεις από και προς τους μύες. Η σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης παρέχεται από τους συνδέσμους και τους μύς της πλάτης και της κοιλιακής περιοχής. Αρθρώσεις που ονομάζονται ζυγοαποφυσιακές (facets) περιορίζουν και κατευθύνουν την κίνηση της σπονδυλικής στήλης (Peng, 2013).

Πολλαπλοί μύες τρέχουν κατά μήκος του οπίσθιου μέρους της σπονδυλικής στήλης και είναι σημαντικοί για τη διατήρηση της σπονδυλικής σταθερότητας και ανατομίας κατά τη διάρκεια πολλών κοινών κινήσεων, όπως κάθισμα, περπάτημα και ανύψωση. Ένα πρόβλημα με αυτούς τους μύς συχνά συναντάται σε κάποιον με χρόνιο πόνο στην πλάτη, επειδή ο πόνος στην πλάτη προκαλεί το άτομο να χρησιμοποιήσει τους μύς της πλάτης ακατάλληλα προσπαθώντας να αποφύγει τον πόνο. Το πρόβλημα με τους μύες συνεχίζεται ακόμα και μετά την απομάκρυνση του πόνου και είναι πιθανώς ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο ο πόνος επανέρχεται. Συνιστάται η διδασκαλία ατόμων με χρόνιο πόνο χαμηλής οσφυϊκής χώρας για τη χρήση αυτών των μυών στο πλαίσιο ενός προγράμματος αποκατάστασης.

Ένας μεσοσπονδύλιος δίσκος έχει ζελατινώδη πυρήνα που περιβάλλεται από ινώδη δακτύλιο . Στην φυσιολογική, μη τραυματισμένη κατάσταση, το μεγαλύτερο μέρος του δίσκου δεν εξυπηρετείται από το κυκλοφορικό ή το νευρικό σύστημα - το αίμα και τα νεύρα τρέχουν μόνο στο εξωτερικό του δίσκου. Στο εσωτερικό βρίσκονται εξειδικευμένα κύτταρα που μπορούν να επιβιώσουν χωρίς άμεση παροχή αίματος. Με την πάροδο του χρόνου, οι δίσκοι χάνουν την ευελιξία και την ικανότητα να απορροφούν τις φυσικές δυνάμεις. Αυτή η μειωμένη ικανότητα να χειρίζονται φυσικές δυνάμεις αυξάνει καταπονήσεις σε άλλα μέρη της σπονδυλικής στήλης, προκαλώντας αύξηση του όγκου των συνδέσμων της σπονδυλικής στήλης και οστεώδεις όγκους να αναπτυχθούν επί των σπονδύλων. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει μικρός χώρος μέσω του οποίου μπορεί να περάσει ο νωτιαίος μυελός και οι ρίζες των νεύρων. Όταν ένας δίσκος εκφυλίζεται ως αποτέλεσμα τραυματισμού ή ασθένειας, αλλάζει η σύνθεσή του: αιμοφόρα αγγεία και νεύρα μπορούν να αναπτυχθούν στο εσωτερικό του ή / και το υλικό των ριγμένων δίσκων μπορεί να πιέσει άμεσα μια νευρική ρίζα. Οποιαδήποτε από αυτές τις αλλαγές μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πόνο στην πλάτη.

1.5 Διάγνωση

Καθώς η δομή της σπονδυλικής στήλης και της οσφύς είναι περίπλοκη και η αναφορά του πόνου είναι υποκειμενική και επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες, η διάγνωση του πόνου χαμηλής οσφυαλγίας δεν είναι απλή. Η διάγνωση συνήθως αφορά επισκόπηση του ιστορικού του ασθενή, με έμφαση σε προηγούμενες παθήσεις, τραυματισμούς, εκδηλώσεις πόνου καθώς και την διάρκεια αυτού (Shiel, 2019). Ενώ ο περισσότερος χαμηλός πόνος στην πλάτη είναι δισκογενής, αυτή η αιτία πρέπει να διαχωριστεί από νευρολογικά προβλήματα, όγκους της σπονδυλικής στήλης, κάταγμα της σπονδυλικής στήλης και λοιμώξεις, μεταξύ άλλων (Casazza, 2012). Οι διαγνωστικές απεικονίσεις δεν προτείνονται, με εξαίρεση την περίπτωση υποψίας σοβαρής πάθησης. Σε περιπτώσεις υποψίας μόλυνσης ή νεοπλασματος μπορεί να είναι χρήσιμες εργαστηριακές δοκιμές όπως πλήρες τεστ αίματος με διαφορεικό ρυθμό καθίζησης ερυθροκυττάρων και επιπέδων C-αντιδραστικής πρωτεΐνης (Casazza, 2012).

1.6 Ταξινόμηση

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι ταξινόμησης της οσφυαλγίας. Ένα είδος ταξινόμηση είναι βάσει των αιτιών αυτής σε: μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία (συμπεριλαμβανομένων μη ειδικών μυοσκελετικών τάσεων, κήλες δίσκων, συμπιεσμένες νευρικές ρίζες, εκφύλισης δίσκου ή νόσος των αρθρώσεων) και σε μη-μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία (όγκοι, φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως η σπονδυλαρθρίτιδα και οι μολύνσεις) και πόνος από εσωτερικά όργανα (ασθένεια της χοληδόχου κύστης, πέτρες στα νεφρά, νεφρικές μολύνσεις και ανεύρυσμα της αορτής, μεταξύ άλλων) (Hayashi, 2004). Μηχανικά ή μυοσκελετικά προβλήματα υποκρύπτονται στις περισσότερες περιπτώσεις και από αυτά τα περισσότερα δεν έχουν συγκεκριμένη αιτία, αλλά πιστεύεται ότι οφείλονται σε τραυματισμούς δίσκων, μυών ή συνδέσμων.

Η οσφυαλγία μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τα σημεία και τα συμπτώματα. Ο διάχυτος πόνος που δεν αλλάζει σε απόκριση συγκεκριμένων κινήσεων και εντοπίζεται στο κάτω μέρος της πλάτης χωρίς να ακτινοβολεί πέρα από τους γλουτούς, χαρακτηρίζεται ως μη ειδικής αιτιολογίας οσφυαλγία και αποτελεί την πιο κοινή ταξινόμηση. Ο πόνος που ακτινοβολεί το πόδι κάτω από το γόνατο, βρίσκεται στη μία πλευρά (στην περίπτωση της κήλης δίσκου) ή είναι και στις δύο πλευρές (στην κεντρική σπονδυλική στένωση) και οι αλλαγές στη σοβαρότητα σε απόκριση σε ορισμένες θέσεις ή ελιγμούς είναι ριζιτικός (ισχιαλγία), αποτελώντας το 7% των περιπτώσεων. Ο πόνος που συνοδεύεται από «κόκκινες σημαίες»(δηλαδή ιδιαιτέρως σοβαρή κλινική σημειολογία) όπως σοβαρό τραύμα (π.χ. κάταγμα), πυρετό, ιστορικό καρκίνου, σύμπτωμα ιππουριδικής συνδρομής ή σημαντική μυϊκή αδυναμία μπορεί να υποδηλώνει σοβαρότερο υποκείμενο πρόβλημα και χαρακτηρίζεται ως κατάσταση που χρειάζεται επείγουσα ή εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

Η οσφυαλγία μπορεί επίσης να ταξινομηθεί ως προς την διάρκεια των συμπτωμάτων της ως οξεία, υποξεία ή χρόνια. Η συγκεκριμένη διάρκεια που απαιτείται για την κάλυψη καθενός από αυτούς δεν συμφωνείται γενικά, αλλά γενικά ο πόνος που διαρκεί λιγότερο από έξι εβδομάδες χαρακτηρίζεται ως οξύς, ο πόνος που διαρκεί έξι έως δώδεκα εβδομάδες είναι υπο χρόνιας και πάνω από δώδεκα εβδομάδες είναι χρόνιος. Η διαχείριση και η πρόγνωση μπορεί να αλλάξουν με βάση τη διάρκεια των συμπτωμάτων (NINDS, 2014).

Η παρουσία ορισμένων σημείων, που ονομάζονται «κόκκινες σημαίες» (red flags), υποδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω δοκιμές για την αναζήτηση πιο σοβαρών υποκείμενων

προβλημάτων, τα οποία μπορεί να απαιτούν άμεση ή ειδική θεραπεία. Εάν δεν υπάρχουν κόκκινες σημαίες, η εκτέλεση διαγνωστικής απεικόνισης ή εργαστηριακών εξετάσεων τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμη (NINDS, 2014).

Με άλλα αίτια που αποκλείονται, τα άτομα με μη συγκεκριμένο πόνο χαμηλής οσφυαλγίας τυπικά αντιμετωπίζονται συμπτωματικά, χωρίς ακριβή προσδιορισμό της αιτίας. Οι προσπάθειες για την αποκάλυψη παραγόντων που μπορεί να περιπλέξουν τη διάγνωση, όπως η κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών ή μια ημερήσια διάταξη σχετικά με τις ασφαλιστικές πληρωμές μπορεί να είναι χρήσιμη.

1.7 Απεικονίσεις

Η απεικόνιση ενδείκνυται όταν υπάρχουν κόκκινες σημαίες, συνεχιζόμενα νευρολογικά συμπτώματα που δεν επιλύονται, ή συνεχιζόμενος ή επιδεινούμενος πόνος. Συγκεκριμένα, η έγκαιρη χρήση της απεικόνισης (είτε MRI είτε CT) συνιστάται για υποψία καρκίνου, λοίμωξης ή σύνδρομο cauda equina (Tavee & Levin, 2017). Η μαγνητική τομογραφία είναι καλύτερη (96% ακρίβεια) από την CT (57% ακρίβεια) για την αναγνώριση δισκοκήλης, στην οποία μπορεί να οφείλεται η οσφυαλγία (Janssen, Bertrand et al, 1994). Οι δύο τεχνολογίες είναι περίπου εξίσου αποτελεσματικές για τη διάγνωση της σπονδυλικής στένωσης, με την CT να φαίνεται λίγο πιο ακριβής από την μαγνητική τομογραφία (Eun, Lee et al, 2012).

Οι αναφορές για πόνο στη μέση είναι ένας από τους συνηθέστερους λόγους που επισκέπτονται τους γιατρούς. Για τον πόνο που διήρκεσε μόνο μερικές εβδομάδες, ο πόνος είναι πιθανό να υποχωρήσει μόνος του (NINDS, 2014). Έτσι, εάν το ιατρικό ιστορικό και η φυσική εξέταση ενός ατόμου δεν υποδηλώνουν ότι μια συγκεκριμένη πάθηση είναι η αιτία, οι ιατρικές εταιρείες συμβουλεύουν τις εξετάσεις απεικόνισης, όπως οι ακτινογραφίες, οι CT και οι μαγνητικές τομογραφίες. Η ρουτίνα απεικόνισης αυξάνει το κόστος, συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά χειρουργικής επέμβασης χωρίς συνολικό όφελος και η χρησιμοποιούμενη ακτινοβολία μπορεί να είναι επιβλαβής για την υγεία του ατόμου. Σε ελάχιστες περιπτώσεις οι εξετάσεις απεικόνισης προσδιορίζουν την αιτία του προβλήματος (NINDS, 2014). Η απεικόνιση μπορεί επίσης να εντοπίζει αβλαβείς ανωμαλίες, ενθαρρύνοντας τους ανθρώπους να ζητούν περαιτέρω περιττές δοκιμές ή να ανησυχούν. Παρόλα αυτά, οι σαρώσεις MRI της οσφυϊκής περιοχής αυξήθηκαν μεταξύ των δικαιούχων των Medicare των Ηνωμένων Πολιτειών (Lurie, Birkmeyer & Weinstein, 2003).

1.8 Κλινικές δοκιμές

Λίγες μόνο φυσικές διαγνωστικές εξετάσεις είναι χρήσιμες. Η δοκιμή ανύψωσης με ίσιο πόδι είναι σχεδόν πάντα θετική σε εκείνους με κήλη δίσκου. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν θεραπευτικές διαδικασίες όπως μπλοκ νεύρων για να προσδιοριστεί μια συγκεκριμένη πηγή πόνου. Η παρατήρηση και αξιολόγηση της βάδισης και της στάσης σώματος του ασθενή συστήνεται για όλες τις περιπτώσεις οσφυαλγίας. Μπορεί να γίνει έλεγχος του εύρους κίνησης της σπονδυλικής στήλης του ασθενή, αν και η αξιολόγηση αυτού έχει περιορισμένη διαγνωστική χρησιμότητα. Πόνος κατά την κάμψη κορμού είναι η πιο συνήθης απόκριση και συχνά παραπέμπει σε μηχανικής φύσεως αιτίες. Αν ο πόνος

προκαλείται με την έκταση κορμού θα πρέπει να υπάρχει υποψία για σπονδυλική στένωση. Άλλη μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι η βάδιση <<από την πτέρνα στα δάχτυλα>> (heel to toe walk) και το <<βαθύ κάθισμα-έγερση>> (squat and rise). Όταν ο ασθενής αδυνατεί να εκτελέσει αυτές τις δοκιμασίες ίσως να υπάρχει νευρολογικό πρόβλημα. Η αξιολόγηση αντανακλαστικών του γόνατος και του αστραγάλου συχνά βοηθά στον καθορισμό του νευρολογικού επιπέδου της βλάβης. Η νευρολογική εξέταση μπορεί να περιοριστεί μόνο σε κάποια τεστ. Αυτά περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της δύναμης κατά την ραχιαία κάμψη της ποδοκνημικής και του μεγάλου δακτύλου, τον έλεγχο των αντανακλαστικών και το SLR (Bratton, 1999). Καθώς οι κλινικές δοκιμές δεν είναι πάντα αξιόπιστες και έγκυρες, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο έχουν τα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της οσφυαλγίας και της ισχιαλγίας. Έγκυρα εργαλεία όπως το Oswestry Disability Index μπορούν να βοηθήσουν στην διευκρίνιση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και των λειτουργικών αλλαγών σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Herndon et al, 2015).

1.8.1 Αυτοαναφερόμενα μέσα αξιολόγησης

Καθώς πολλές φορές η διάγνωση είναι ασαφής, η χρήση αυτοαναφερόμενων (self-reported) μέσων αξιολόγησης κρίνεται μεγάλης σημασίας. Αυτά τα εργαλεία συμπληρώνονται βάσει της αντίληψης των ίδιων των ασθενών, ενώ δεν απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις για την συμπλήρωσή τους. Αυτά τα πλεονεκτήματα τα καθιστούν εύχρηστα και πολλές φορές απαραίτητα για την προσέγγιση περιστατικών οσφυαλγίας.

Ένα έγκυρο και ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι το Oswestry Disability Index. Το ODI χρησιμοποιείται για να ποσοτικοποιήσει την αναπηρία που προκαλεί η οσφυαλγία στον ασθενή. Η χρήση του γίνεται για περίπου τέσσερις δεκαετίες τώρα και έχει μεταφραστεί σε εννέα άλλες γλώσσες πέραν της αρχικής αγγλικής. Μέσω ερευνών, έχει αποδειχθεί έγκυρο, αξιόπιστο και αποτελεσματικό (Fairbank & Pynsent, 2000).

Το Quebec Back Pain Disability Scale είναι ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο είκοσι ερωτήσεων, το οποίο έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί το επίπεδο της λειτουργικής αναπηρίας σε άτομα με οσφυαλγία. Είναι εξαιρετικά διαδεδомένο, καθώς έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και συνιστάται για χρήση ως μέτρο έκβασης στις κλινικές δοκιμασίες καθώς και στην παρακολούθηση της προόδου των ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπείες ή σε προγράμματα αποκατάστασης (Kopce et al, 1995).

Ένα σύγχρονο και ισχυρό εργαλείο προγνωστικού ενδιαφέροντος αποτελεί το StarT Back Screening Tool. Είναι ένα ερωτηματολόγιο εννέα αντικειμένων, το οποίο έχει σχεδιαστεί με σκοπό την αξιολόγηση των ατόμων με οσφυαλγία για προγνωστικούς δείκτες που σχετίζονται με την αρχική προσέγγιση στην θεραπεία (Keele University, 2013). Πρόκειται για ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο που χρησιμοποιείται συχνά από τους επαγγελματίες υγείας, αφού έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο μέσω πολλαπλών ερευνών, όπως αυτή που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες για την αγγλική έκδοση του εργαλείου (Suri et al, 2018). Όπως θα αναφερθεί στην συνέχεια, αυτό το εργαλείο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και μέσω ερευνών, έχει αποδειχθεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο προγνωστικό εργαλείο για την κατηγοριοποίηση των ασθενών με οσφυαλγία σε ομάδες κινδύνου για κακή πρόγνωση LBP.

1.9 Πρόληψη

Η πρόληψη αποτελεί ένα κομμάτι ιδιαίτερης σημασίας καθώς μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης οσφυαλγίας. Η άσκηση φαίνεται να είναι χρήσιμη για την πρόληψη της οσφυαλγίας. Επιπλέον, η παχυσαρκία επιβαρύνει μια υπάρχουσα κατάσταση πόνου στην οσφύ, ενώ αυξάνει και τις πιθανότητες εμφάνισης αυτής (Butchbinder, van Tulder et al, 2018). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνουν το κοινό για τις αιτίες εμφάνισης της οσφυαλγίας, τους μηχανισμούς πίσω από αυτή και την πρόγνωσή της, καθώς επίσης και να προάγουν τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας(Butchbinder, van Tulder et al, 2018). Η σωματική άσκηση από μόνη της ή σε συνδυασμό με την ενημέρωση περί της οσφυαλγίας έχει αποδειχθεί, με δεδομένα μεσαίας ποιότητας, αποτελεσματική για την πρόληψη αυτής(Steffens, Maher et al, 2016).

2. Διαχείριση

Η αντιμετώπιση του πόνου της οσφυϊκής περιοχής εξαρτάται από ποια από τις τρεις γενικές κατηγορίες είναι η αιτία: μηχανικά προβλήματα, μη μηχανικά προβλήματα ή αναφερόμενος πόνος. Για οξύ πόνο που προκαλεί μόνο ήπια έως μέτρια προβλήματα, οι στόχοι είναι η αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας, η επιστροφή του ατόμου στην εργασία και η ελαχιστοποίηση του πόνου (Foster, Anema et al, 2018). Η κατάσταση συνήθως δεν είναι σοβαρή, επιλύεται χωρίς ιδιαίτερη επιδείνωση και η αποκατάσταση επωφελείται από την προσπάθεια να επιστρέψει το άτομο σε κανονικές δραστηριότητες το συντομότερο δυνατό, μέσα στα όρια του πόνου. Για όσους έχουν υποξύ ή χρόνια οσφυαλγία, μπορούν να βοηθήσουν προγράμματα πολυθεματικής θεραπείας (σωματικής και ψυχολογικής, συνδυασμένη). Απαιτείται αρχική αντιμετώπιση με θεραπείες που δεν βασίζονται σε φάρμακα, ενώ τα ΜΣΑΦ χρησιμοποιούνται εάν δεν είναι επαρκώς αποτελεσματικά (Almeida, Saragiotto et al, 2018).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν συγκεκριμένες προσεγγίσεις και τεχνικές ενώ επισημαίνουν αντενδείξεις σε άλλες. Προτείνεται η αυτοδιαχείριση, δηλαδή η ενημέρωση του ασθενή για το θέμα της οσφυαλγίας και η προμήθεια αυτού με συμβουλές εξατομικευμένες για την κατάστασή του. Ενθαρρύνεται η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ προτείνεται και η σωματική άσκηση. Τα ορθωτικά βοηθήματα αντενδείκνυνται, καθώς επίσης ο βελονισμός και η ηλεκτροθεραπεία. Οι ειδικές τεχνικές κινητοποίησης αποτελούν μια πιθανή προσέγγιση, εφόσον, όμως, συνδυάζονται με σωματική άσκηση με ή χωρίς ψυχολογική θεραπεία. Όσον αφορά την ψυχολογική θεραπεία, προτείνεται η συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral therapy). Τέλος, ενθαρρύνονται προγράμματα επιστροφής στην εργασία (return to work programmes), τα οποία προωθούν την επιστροφή στις συνήθεις δραστηριότητες της καθημερινότητας. Όλα τα παραπάνω αποτελούν μέρος των επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών του NICE (National Institute for Health and Care Excellence) για την οσφυαλγία (NG59).

2.1 Φυσικοθεραπεία

Οι κατευθυντήριες γραμμές για την οσφυαλγία συχνά παραπέμπουν σε διάφορα προγράμματα φυσικοθεραπείας, όταν αυτή (η οσφυαλγία) είναι αγνώστου αιτιολογίας και δεν συνοδεύεται από “κόκκινες σημαίες”. Η αύξηση της γενικής σωματικής δραστηριότητας συνιστάται, με επιπρόσθετα τα προγράμματα ψυχολογικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνια συμπτώματα (Shipton, 2018). Η προτεινόμενη συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τεχνικές κινητοποίησης (manual therapy), σωματική άσκηση και εφαρμογή επιπολής θερμότητας (Chou, Côté et al, 2018).

Η διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδος McKenzie χρησιμοποιείται για διαχωρισμό των ασθενών σε ομοιογενείς υποομάδες (σύνδρομο στάσης, δυσλειτουργίας, αποδιοργάνωσης), με σκοπό την αντιμετώπιση της κατάστασης με κατάλληλες και στοχευμένες ασκήσεις και συμβουλές (Lam, Strenger et al, 2018). Σε επεισόδια οξείας οσφυαλγίας μελέτες μεσαίας έως μεγάλης ποιότητας δείχνουν πως η μέθοδος McKenzie δεν υπερτερεί έναντι άλλων μεθόδων αποκατάστασης όσον αφορά την μείωση του πόνου και της αναπηρίας (Lam, Strenger et al, 2018). Αντιθέτως, σε περιπτώσεις χρόνιας οσφυαλγίας, υποστηρίζεται από δεδομένα μεσαίας ως μεγάλης ποιότητας, πως η μέθοδος McKenzie είναι ανώτερη από άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην βελτίωση των ίδιων παραμέτρων (Lam, Strenger et al, 2018).

Η μέθοδος Pilates είναι ένα σύστημα ασκήσεων με έμφαση στην ελεγχόμενη κίνηση του κορμού, στην αναπνοή και τη διάταση του κορμού. Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε πως το Pilates είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο αποκατάστασης που οδηγεί στα επιθυμητά αποτελέσματα, όπως μείωση του πόνου και της αναπηρίας (Byrnes, Wu & Whillier, 2018).

Η Γιόγκα είναι μια συνδυασμένη άσκηση νου-σώματος που χρησιμοποιείται ορισμένες φορές για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας (Wieland & Santesso, 2017). Μια ανασκόπηση του Cochrane έδειξε πως η Γιόγκα προάγει μερικώς την μείωση του πόνου σε χρόνια οσφυαλγία, ενώ σε κάποια άτομα βρέθηκε πως, αντιθέτως, επιδεινώνει τα συμπτώματα (Wieland & Santesso, 2017).

Το περπάτημα είναι μια απλή δραστηριότητα που χαρακτηρίζεται από την μεγάλη ευκολία πραγματοποίησής της. Σε περιπτώσεις χρόνιας οσφυαλγίας, μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμασιών, βρέθηκε πως αυξάνει την ποιότητα ζωής (μείωση αναπηρίας και πόνου) σε διαστήματα μεταξύ τριών και δώδεκα μηνών. Επιπροσθέτως, αποδείχθηκε, για αυτούς τους στόχους, το ίδιο αποτελεσματικό με άλλες, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις (Sitthipornvorakul, Klinsophon et al, 2017).

Άλλες παρεμβάσεις αποτελούν οι θεραπείες κινητοποίησης και οι ειδικοί χειρισμοί. Μια συστηματική ανασκόπηση και ανάλυση έδειξε, με δεδομένα μεσαίας ποιότητας, πως η κινητοποίηση και οι ειδικές τεχνικές μείωσαν τον πόνο και αύξησαν την λειτουργικότητα. Οι ειδικές τεχνικές αποδείχθηκαν πιο αποτελεσματικές από την κινητοποίηση αλλά και οι δύο μέθοδοι ήταν ασφαλείς (Coulter, Crawford et al, 2018).

2.2 Φαρμακευτική αγωγή

Η αντιμετώπιση του πόνου χαμηλής πλάτης περιλαμβάνει συχνά φάρμακα για όσο διάστημα είναι επωφελής. Με το πρώτο επεισόδιο πόνο χαμηλής πλάτης η ελπίδα είναι η πλήρης ίαση. Ωστόσο, αν το πρόβλημα γίνει χρόνιο, οι στόχοι μπορεί να μεταπηδήσουν στη διαχείριση του πόνου και στην ανάκτηση όσο το δυνατόν περισσότερης λειτουργίας. Καθώς τα φάρμακα για τον πόνο είναι μόνο κάπως αποτελεσματικά, οι προσδοκίες σχετικά με το όφελος τους μπορεί να διαφέρουν από την πραγματικότητα, και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ικανοποίηση.

Το φάρμακο συνήθως συνιστάται πρώτα είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs) (αν και όχι η ασπιρίνη) ή τα σκελετικά μυοχαλαρωτικά και αυτά είναι αρκετά για τους περισσότερους ανθρώπους. Τα οφέλη με τα ΜΣΑΦ ωστόσο, είναι συχνά μικρά. Μελέτες υψηλής ποιότητας έχουν δείξει ότι η ακεταμινοφαίνη (παρακεταμόλη) δεν είναι πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο στη βελτίωση του πόνου, της ποιότητας ζωής ή της λειτουργίας. Τα ΜΣΑΦ είναι πιο αποτελεσματικά για οξεία επεισόδια από την ακεταμινοφαίνη. Εντούτοις, φέρουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως νεφρική ανεπάρκεια, έλκη στομάχου και πιθανώς καρδιακά προβλήματα. Έτσι, τα ΜΣΑΦ είναι μια δεύτερη επιλογή μετά από την ακεταμινοφαίνη και συνιστώνται μόνο όταν ο πόνος δεν είναι διαχειρίσιμος. Τα μυοχαλαρωτικά μπορεί να είναι ευεργετικά.

Αν ο πόνος εξακολουθεί να μην πέφτει σε ικανοποιητικά επίπεδα, η βραχυχρόνια χρήση οπιοειδών όπως η μορφίνη μπορεί να είναι χρήσιμη. Αυτά τα φάρμακα φέρουν κίνδυνο εθισμού, ενδέχεται να έχουν αρνητικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως ζάλη, ναυτία και δυσκοιλιότητα. Η επίδραση της μακροχρόνιας χρήσης οπιοειδών για τον πόνο στην κάτω πλάτη είναι άγνωστη. Η θεραπεία με οπιοειδή για χρόνιο πόνο χαμηλής οσμής αυξάνει τον κίνδυνο χρήσης παράνομων ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Από το 2016, το CDC δημοσίευσε

μια κατευθυντήρια γραμμή για τη συνταγογραφούμενη χρήση οπιοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Αναφέρει ότι η χρήση οπιοειδών δεν αποτελεί την προτιμώμενη θεραπεία κατά τη διαχείριση του χρόνιου πόνου εξαιτίας των υπερβολικών κινδύνων που ενέχει. Εάν έχει συνταγογραφηθεί, ένα άτομο και ο ιατρός του θα πρέπει να έχουν ένα ρεαλιστικό σχέδιο να διακόψουν τη χρήση του σε περίπτωση που οι κίνδυνοι υπερτερούν του οφέλους.

Για ηλικιωμένους με χρόνια πόνο, τα οπιοειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε εκείνους για τους οποίους τα ΜΣΑΦ παρουσιάζουν υπερβολικό κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με διαβήτη, προβλήματα στο στομάχι ή στην καρδιά. Μπορούν επίσης να είναι χρήσιμες για μια επιλεγμένη ομάδα ατόμων με νευροπαθητικό πόνο.

Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου που σχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά διατρέχουν κίνδυνο παρενεργειών. Παρόλο που τα αντιεπιληπτικά φάρμακα gabapentin, pregabalin και topiramate χρησιμοποιούνται μερικές φορές για την απόδειξη χρόνιου πόνου, δεν υποστηρίζουν ένα όφελος. Τα συστηματικά στοματικά στεροειδή δεν έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για τον πόνο χαμηλής πλάτης.

Τα φυτικά φάρμακα, στο σύνολό τους, υποστηρίζονται ελάχιστα από στοιχεία. Οι βοτανικές θεραπείες (το νύχι του διαβόλου και η λευκή ιτιά) μπορούν να επιφέρουν βελτίωση στα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα πόνου. Ωστόσο, για εκείνους που παίρνουν αναλγητικά, αυτή η διαφορά δεν είναι σημαντική. Το Capsicum, με τη μορφή είτε γέλης είτε γύψου, έχει βρεθεί ότι μειώνει τον πόνο και αυξάνει τη λειτουργικότητα.

2.3 Χειρουργικές επεμβάσεις

Η συνηθέστερη θεραπεία που ακολουθείται για την οσφυαλγία είναι συντηρητική, δίχως αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν επιλογές χειρουργικής αντιμετώπισης. Αυτές έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι χρήσιμη σε άτομα με δυσκοκλήλη που προκαλεί σημαντικό πόνο συνοδευόμενο από ισχιαλγία, σημαντική αδυναμία κάτω άκρων ή προβλήματα ιππουριδικής συνδρομής. Μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη σε άτομα με σπονδυλική στένωση. Ελλείψει αυτών των θεμάτων, δεν υπάρχει σαφής ένδειξη για όφελος από τη χειρουργική επέμβαση.

Η δισκεκτομή (η μερική αφαίρεση ενός δίσκου που προκαλεί πόνο) μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο νωρίτερα από τις μη χειρουργικές θεραπείες. Η δισκεκτομή έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ένα έτος αλλά όχι σε τέσσερα έως δέκα χρόνια. Η μικρότερη διεισδυτική μικροδισκεκτομή δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει διαφορετικό αποτέλεσμα από την κανονική δισκεκτομή. Για τις περισσότερες άλλες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να παρέχουν συστάσεις για χειρουργικές επιλογές. Η χειρουργική επέμβαση μακροχρόνιας επίδρασης στην εκφυλιστικές νόσους του δίσκου δεν είναι ξεκάθαρη. Οι λιγότερο επεμβατικές χειρουργικές επιλογές έχουν βελτιώσει τους χρόνους αποκατάστασης, αλλά τα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα είναι ανεπαρκή.

Μια επιλογή αποτελεί η χειρουργική θεραπεία σπονδυλικής στήλης (SMT). Η SMT, ωστόσο, δεν φαίνεται να έχει ως αποτέλεσμα ίσες ή καλύτερες βελτιώσεις στον πόνο και τη λειτουργία σε σύγκριση με άλλες συνήθεις παρεμβάσεις για βραχυπρόθεσμη, ενδιάμεση και μακροπρόθεσμη παρακολούθηση (Rubinstein, 2012).

Για όσους έχουν πόνο εντοπισμένο στην κάτω ράχη λόγω εκφυλισμού δίσκου, ενδείξεις υποστηρίζουν τη σύντηξη της σπονδυλικής στήλης (spinal fusion) ως ίση με την εντατική φυσιοθεραπεία και ελαφρώς καλύτερη από τα μη χειρουργικά μέτρα χαμηλής έντασης. Η σύντηξη μπορεί να θεωρηθεί για εκείνους με χαμηλό πόνο στην οσφυ που δεν

βελτιώνεται με συντηρητική θεραπεία , αν και μόνο λίγοι από αυτούς που έχουν προβεί σε σύντηξη σπονδυλικής στήλης έχουν καλά αποτελέσματα. Υπάρχει ένας αριθμός διαφορετικών χειρουργικών διαδικασιών για να επιτευχθεί σύντηξη, χωρίς σαφή απόδειξη της μιας να είναι καλύτερη από τις άλλες (Dhillion, 2016). Η προσθήκη συσκευών μέσω εμφύτευσης στην σπονδυλική στήλη κατά τη διάρκεια της σύντηξης αυξάνει τους κινδύνους, αλλά δεν παρέχει καμία πρόσθετη βελτίωση στον πόνο ή τη λειτουργία.

2.4 Εναλλακτικές Θεραπείες

Υπάρχουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας για την οσφυαλγία, των οποίων όμως, η αποτελεσματικότητα είναι αμφιλεγόμενη. Δεν είναι σαφές εάν μεταξύ αυτών με μη χρόνιο πόνο στην πλάτη είναι χρήσιμες εναλλακτικές θεραπείες. Δεν είναι σαφές εάν η χειροπρακτική φροντίδα βελτιώνει τα αποτελέσματα λίγο, πολύ ή λιγότερο από άλλες θεραπείες. Οι εθνικές κατευθυντήριες γραμμές καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα, ορισμένοι περιγράφουν την χειροπρακτική ως προαιρετική και άλλοι συνιστούν σύντομη πορεία για όσους δεν βελτιώνονται με άλλες θεραπείες.

Ο βελονισμός δεν είναι καλύτερος από το εικονικό φάρμακο, τη συνηθισμένη φροντίδα ή τον εικονικό βελονισμό για μη συγκεκριμένο οξύ πόνο ή υποτονικό πόνο. Για όσους πάσχουν από χρόνιο πόνο, βελτιώνει τον πόνο λίγο περισσότερο από καθόλου θεραπεία και περίπου το ίδιο με τα φάρμακα, αλλά δεν βοηθά στην αναπηρία. Αυτό το όφελος από τον πόνο εμφανίζεται μόνο αμέσως μετά τη θεραπεία και όχι στη συνέχεια. Ο βελονισμός μπορεί να είναι μια λογική μέθοδος για να εφαρμοστεί σε εκείνους με χρόνιο πόνο που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες θεραπείες όπως η συντηρητική φροντίδα και τα φάρμακα.

Η θεραπεία με μάλαξη δεν φαίνεται να προσφέρει πολλά οφέλη για οξύ πόνο στην πλάτη. Μια επισκόπηση του Cochrane του 2015 διαπίστωσε ότι για θεραπεία οξείας οσφυαλγίας η μάλαξη ήταν καλύτερη από τη θεραπεία για πόνο μόνο βραχυπρόθεσμα (Furlan, Giraldo et al, 2015). Δεν υπήρξε καμία επίδραση στη βελτίωση της λειτουργίας. Για τη θεραπεία χρόνιας οσφυαλγίας, η θεραπεία με μάλαξη δεν ήταν καλύτερη από την απουσία θεραπείας τόσο για τον πόνο όσο και για τη λειτουργία. Η συνολική ποιότητα των στοιχείων ήταν χαμηλή και οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία με μάλαξη γενικά δεν αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία για οσφυαλγία.

Η προκλιματολογία - η πρακτική της έγχυσης διαλυμάτων στις αρθρώσεις (ή σε άλλες περιοχές) για να προκαλέσουν φλεγμονή με αποτέλεσμα την τόνωση της θεραπευτικής απόκρισης του σώματος - δεν έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική από μόνη της, αν και μπορεί να είναι χρήσιμη όταν προστίθεται σε άλλη θεραπεία.

Η συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral therapy) μπορεί να είναι χρήσιμη για χρόνιο πόνο. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τους ανθρώπους να εντοπίζουν και να διορθώνουν την αρνητική σκέψη και συμπεριφορά (National Institutes of Health, 2016). Υπάρχουν διάφοροι διαθέσιμοι τύποι, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμιζόμενου χειριστή , ο οποίος χρησιμοποιεί ενίσχυση για τη μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και την αύξηση των επιθυμητών συμπεριφορών. Η κλινική αντιμετώπιση των ερωτώμενων μπορεί να τροποποιήσει τη φυσιολογική απάντηση ενός ατόμου στον πόνο. Ωστόσο, το όφελος είναι μικρό. Οι ιατρικοί πάροχοι μπορούν να αναπτύξουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπειών συμπεριφοράς. Τα αποδεικτικά στοιχεία δεν καταλήγουν στο συμπέρασμα σχετικά με το αν η μείωση της πίεσης που βασίζεται στην ευαισθησία μειώνει την ένταση του χρόνιου πόνου στην

πλάτη ή τη σχετική ανικανότητα, παρόλο που υποδηλώνει ότι μπορεί να είναι χρήσιμη για τη βελτίωση της αποδοχής του υπάρχοντος πόνου.

Τα προσωρινά αποδεικτικά στοιχεία υποστηρίζουν τη νευρορεφλεξοθεραπεία (NRT), στην οποία τοποθετούνται μικρά τεμάχια μετάλλου ακριβώς κάτω από το δέρμα του αυτιού και της πλάτης, για οσφυαλγία μη καθορισμένης αιτίας.

2.5 Πρόγνωση

Γενικά, η πρόγνωση για την οξεία οσφυαλγία είναι θετική. Ο πόνος και η αναπηρία συνήθως βελτιώνονται σημαντικά κατά τις πρώτες έξι εβδομάδες, ενώ σε όσους εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα μετά από έξι εβδομάδες, η βελτίωση είναι γενικά βραδύτερη με ελάχιστα κέρδη έως ένα έτος (Menezes, Maher et al, 2012). Σε ένα χρόνο, τα επίπεδα πόνου και αναπηρίας είναι χαμηλά έως ελάχιστα στους περισσότερους ανθρώπους. Η ταλαιπωρία, προηγούμενα επεισόδια οσφυαλγίας και η ικανοποίηση από την εργασία είναι παράγοντες πρόκλησης μακροχρόνιας έκβασης μετά από ένα επεισόδιο οξείας πόνου. Ορισμένα ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη ή η δυστυχία λόγω απώλειας απασχόλησης μπορεί να παρατείνουν το επεισόδιο της οσφυαλγίας. Μετά από ένα πρώτο επεισόδιο πόνου στην οσφύ, οι υποτροπές εμφανίζονται σε περισσότερους από τους μισούς ανθρώπους.

Για τον επίμονο πόνο οσφυαλγίας, το βραχυπρόθεσμο αποτέλεσμα είναι επίσης θετικό, με βελτίωση τις πρώτες έξι εβδομάδες αλλά ελάχιστη βελτίωση μετά από αυτό. Σε ένα χρόνο, οι ασθενείς με χρόνια πόνο στην πλάτη συνήθως συνεχίζουν να έχουν μέτριο πόνο και αναπηρία. Οι άνθρωποι που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μακροχρόνιας αναπηρίας περιλαμβάνουν αυτούς με κακές ικανότητες αντιμετώπισης ή με φόβο δραστηριότητας, εκείνοι που έχουν κακή ικανότητα να αντιμετωπίσουν τον πόνο, λειτουργικές διαταραχές, κακή γενική υγεία ή σημαντική ψυχιατρική ή ψυχολογική συνιστώσα στον πόνο (σημεία Waddell).

2.6 Κοινωνία και πολιτισμός

Η οσφυαλγία έχει ως αποτέλεσμα μεγάλο οικονομικό κόστος. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος πόνου σε ενήλικες, υπεύθυνος για μεγάλο αριθμό χαμένων ημερών εργασίας και είναι η πιο κοινή μυοσκελετική πάθηση που παρατηρείται στα επείγοντα. Το 1998 εκτιμάται ότι είναι υπεύθυνο για ετήσια έξοδα υγειονομικής περίθαλψης ύψους 90 δισεκατομμυρίων δολαρίων, με το 5% των ατόμων να πληρώνουν το μεγαλύτερο μέρος (75%) του κόστους (Dagenais, Simon & Caro, Jaime & Haldeman, Scott., 2008). Μεταξύ του 1990 και του 2001 υπήρξαν περισσότερες από διπλάσιες αυξήσεις στις χειρουργικές επεμβάσεις της νωτιαίας σύντηξης στις ΗΠΑ, παρά το γεγονός ότι δεν υπήρξαν αλλαγές στις ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης ή νέες ενδείξεις μεγαλύτερης χρησιμότητας. Περαιτέρω έξοδα συμβαίνουν με τη μορφή χαμένου εισοδήματος και παραγωγικότητας, με χαμηλό πόνο στην πλάτη υπεύθυνο για το 40% όλων των χαμένων ημερών εργασίας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο χαμηλός πόνος στην οσφύ προκαλεί αναπηρία σε μεγαλύτερο ποσοστό του εργατικού δυναμικού στον Καναδά, τη Μεγάλη Βρετανία, τις Κάτω Χώρες και τη Σουηδία από ό, τι στις ΗΠΑ ή τη Γερμανία.

Οι εργαζόμενοι που αντιμετωπίζουν οξύ πόνο στην πλάτη λόγω τραυματισμού στην εργασία μπορεί να ζητήσουν από τους εργοδότες τους να υποβληθούν σε διαγνωστική απεικόνιση (πχ. ακτινογραφία). Όπως και σε άλλες περιπτώσεις, οι δοκιμές δεν υποδεικνύονται εκτός εάν υπάρχουν "κόκκινες σημαίες". Η ανησυχία του εργοδότη σχετικά με τη νομική ευθύνη δεν αποτελεί ιατρική ένδειξη και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να δικαιολογήσει την ιατρική εξέταση όταν δεν αναφέρεται. Δεν πρέπει να υπάρχει κανένας νομικός λόγος για να ενθαρρύνονται οποιοσδήποτε να προβεί σε εξετάσεις τις οποίες καθορίζει ένας πάροχος της υγειονομικής περίθαλψης.

2.7 Συμπεράσματα ανασκόπησης και σκοπός μελέτης

Λαμβάνοντας υπόψη την ανασκόπηση της παρούσας εργασίας, η οσφυαλγία αποτελεί ένα πολύ συχνό πρόβλημα που επηρεάζει ομάδες ανθρώπων σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπολογίζεται πως ανά κάθε χρονική στιγμή πεντακόσια σαράντα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν οσφυαλγία (University of Warwick, 2018). Η οσφυαλγία επιφέρει τεράστια οικονομική επιβάρυνση στους κρατικούς μηχανισμούς. Είναι συχνό φαινόμενο και στην χώρα μας. Είναι ένα πρόβλημα που δεν είναι εύκολα διαχειρίσιμο, καθώς πολλές φορές είναι αγνώστου ή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Επίσης, η διάγνωση μπορεί πολλές φορές να είναι προβληματική, καθώς δεν υπάρχουν κλινικές δοκιμασίες που να προσδιορίζουν την παθολογοανατομική αιτία με μεγάλη ακρίβεια, γεγονός που καθιστά την χρήση αυτοαναφερόμενων εργαλείων ακόμη πιο σημαντική.

Με βάση τα προηγούμενα, πρωτεύων στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας σε πληθυσμό φοιτητών. Αυτό κρίνεται σημαντικό καθώς μελέτες έχουν δείξει στο παρελθόν πως ο αριθμός των περιπτώσεων οσφυαλγίας σε παρόμοιο δείγμα πληθυσμού είναι άξιος ενδιαφέροντος. Δευτερεύων στόχος αποτελεί η διερεύνηση της αξιόπιστης χρήσης ενός αυτοαναφερόμενου ερωτηματολογίου για οσφυαλγία-ισχιαλγία.

3. Μέθοδος

3.1. Καταγραφή οσφυαλγίας σε δείγμα φοιτητών του πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

3.1.1 Δείγμα

Η καταγραφή της οσφυαλγίας αφορά σπουδαστές του Τμήματος Φυσικοθεραπείας, στην έδρα του Τμήματος στο Αίγιο, οπότε το δείγμα περιορίστηκε σε αυτό το δείγμα πληθυσμού. Το δείγμα στρατολογήθηκε ως εξής: α) μέσω ενημέρωσης και πρόσκλησης για συμμετοχή των φοιτητών στην μελέτη από την πλατφόρμα τηλεκπαίδευσης eclass της υπεύθυνης για την παρούσα πτυχιακή επόπτριας, β) μέσω προσωπικής πρόσκλησης των φοιτητών και, τέλος, γ) μέσω πρόσκλησης συμμετοχής δια μέσω της χρήσης κοινωνικών δικτύων (π.χ. Facebook). Η συμμετοχή κάθε φοιτητή στην μελέτη γινόταν κατόπιν συναίνεσης από πληροφόρηση για τον σκοπό και τις λεπτομέρειες της μελέτης.

3.1.2 Δημιουργία και περιεχόμενο ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου

Συγκεκριμένα, για την καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές του Τμήματος Φυσικοθεραπείας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο ηλεκτρονικής μορφής. Προτιμήθηκε η ηλεκτρονική μορφή έναντι της φυσικής διότι καθιστά τον διαμοιρασμό του ερωτηματολογίου πιο εύκολο, ενώ παράλληλα η συμπλήρωση αυτού γίνεται ταχεία και ανώνυμα. Η πρόσβαση σε αυτό έγινε μέσω ενός συνδέσμου, ο οποίος μετέφερε τον χρήστη στην σελίδα του προς απάντηση ερωτηματολογίου. Ύστερα από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την κατάθεση αυτού, όλες οι απαντήσεις αποθηκεύονται και αναλύονται από τις φόρμες Google. Στην συνέχεια, εμφανίζονται γραφικές αναπαραστάσεις των απαντήσεων (διαγράμματα) πάνω στις οποίες γίνεται συζήτηση (βλ. Παράρτημα).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε στις φόρμες Google (Google forms), οι οποίες παρέχουν μια εύκολη, για τους συμμετέχοντες, λύση, ενώ ταυτόχρονα καθιστούν την ανάλυση των αποτελεσμάτων γρήγορη, καθώς δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή αυτών σε τρίτες εφαρμογές.

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι βασισμένο στα διεθνώς χρησιμοποιούμενα Nordic Musculoskeletal Questionnaire και Roland Morris Disability Questionnaire. Έχει διαμορφωθεί, όμως, συγκεκριμένα για φοιτητές του τμήματος, δηλαδή περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με αυτό το δείγμα πληθυσμού. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις ενότητες και συνολικά 33 ερωτήσεις. Η πρώτη ενότητα περιέχει δέκα ερωτήσεις. Όσες αφορούν σωματομετρικά χαρακτηριστικά είναι ανοιχτού τύπου, ενώ οι υπόλοιπες είναι κλειστού. Η δεύτερη περιέχει οκτώ ερωτήματα κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής, ναι/όχι), η τρίτη περιέχει δέκα ερωτήματα ενώ η τέταρτη αποτελείται από πέντε ερωτήσεις. Η διαμόρφωση του εργαλείου έγινε κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου <<Ναι-Όχι>>, ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, κλίμακας Likert (Likert Scale) και ορισμένων, κυρίως προαιρετικών ερωτήσεων ανοιχτού τύπου (π.χ. σωματομετρικά στοιχεία, δραστηριότητες, κλπ). Επίσης, η διαμόρφωση του περιεχομένου του ερωτηματολογίου έγινε με βάση τη βιβλιογραφία που αφορά επιδημιολογικά στοιχεία (Hoy et al, 2010, Manchikanti, 2000). Η σχεδίαση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με τον προπτυχιακό

φοιτητή φυσικοθεραπείας του πανεπιστημίου του Κάιρο Amr Mohamed Galal. Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου ήταν στην αγγλική γλώσσα, ενώ η μετάφραση στην ελληνική πραγματοποιήθηκε από την επόπτρια της παρούσας εργασίας και Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φυσικοθεραπείας [Ευδοκία Μπίλλη](#). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν πλήρως ανώνυμη και δεν συλλέχθηκαν προσωπικά ονομαστικά στοιχεία των ερωτηθέντων. (βλ. Παράρτημα για πλήρης παρουσίαση του ερωτηματολογίου)

3.2 Αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Keele StarT Back Screening Tool

Ο δεύτερος στόχος της παρούσας εργασίας αφορά τον έλεγχο αξιοπιστίας ενός προγνωστικού ερωτηματολογίου που αφορά την οσφυαλγία, του Keele StarT Back Screening Tool (Keele University). Η αφορμή για την υλοποίηση του δεύτερου σκέλους της μελέτης ήταν η διερεύνηση παρακολούθησης (μέσω StarT Back) των ατόμων με οσφυαλγία. Λόγω, όμως, πρακτικών θεμάτων (περιορισμένος χρόνος, μεγάλος όγκος εργασίας, κ.α.) η διερεύνηση αυτή θα πραγματοποιηθεί στο εγγύς μέλλον από άλλη ομάδα φοιτητών.

3.2.1 Δείγμα

Το κομμάτι της αξιοπιστίας του εργαλείου StarT Back Screening Tool του πανεπιστημίου του Keele αφορούσε δείγμα πληθυσμού το οποίο πάσχει από συντρέχον επεισόδιο οσφυαλγίας. Το συγκεκριμένο δείγμα δεν περιορίστηκε σε μόνο σε φοιτητές φυσικοθεραπείας. Το δείγμα αυτό περιλαμβάνει φοιτητές Φυσικοθεραπείας αλλά και άλλων τμημάτων, καθώς και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία εργάζονται. Η επιστράτευση του δείγματος πραγματοποιήθηκε με προσωπική πρόσκληση σε συμφοιτητές καθώς και σε οικεία πρόσωπα, ενώ χρησιμοποιήθηκαν και μέσα κοινωνικής δικτύωσης, όπως το Facebook.

3.2.2 Διαδικασία ελέγχου της αξιοπιστίας

Αυτό το μέρος της εργασίας έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της αξιοπιστίας ενός εργαλείου, του λεγόμενου Keele StarT Back Screening Tool. Η επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου έγινε λόγω της χρησιμότητας του εργαλείου στην προσέγγιση της θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά και λόγω της διαδεδομένης χρήσης του. Πρόκειται για ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως από τους κλινικούς διάφορων χωρών στον κόσμο. Ο διαμοιρασμός αυτού του ερωτηματολογίου έγινε σε φυσική (εκτυπωμένη) μορφή στο δείγμα. Το έντυπο, στο σύνολό του, περιείχε το συγκεκριμένο εργαλείο, μια ενημέρωση περί συναίνεσης για τους συμμετέχοντες, καθώς και δύο άλλα ερωτηματολόγια, το Maine-Seattle Back Questionnaire και το Sciatica Bothersomeness Index τα οποία χρησιμοποιήθηκαν συμπληρωματικά, για την καταγραφή των προβλημάτων οσφυαλγίας του δείγματος. Επιπλέον, τα δυο τελευταία εργαλεία συμπεριλήφθηκαν ως συμπληρωματικά (για επαλήθευση), σε περίπτωση που ο δείκτης αξιοπιστίας του StarT Back αποδεικνυόταν χαμηλός.

Το StarT Back Screening Tool είναι ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 9 ερωτήματα, που έχει σχεδιαστεί με στόχο τον έλεγχο των ατόμων με οσφυαλγία για προγνωστικούς δείκτες οι οποίοι σχετίζονται με την αρχική θεραπευτική προσέγγιση (δηλαδή την κατάστροψη ενός πλάνου θεραπείας) (Hill et al, 2008). Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται

από τους επαγγελματίες υγείας για τον διαχωρισμό των ασθενών με οσφυαλγία σε τρεις κατηγορίες κινδύνου για κακή πρόγνωση: χαμηλός, μέτριος, υψηλός. Αυτή η κατηγοριοποίηση επιτρέπει, στην συνέχεια, στους κλινικούς να οργανώσουν στοχευμένες παρεμβάσεις για κάθε ομάδα. (Keele University, 2013).

Από την συμπλήρωση του εργαλείου προκύπτουν δύο βαθμολογίες, το συνολικό σκορ και σκορ των ερωτήσεων πέντε έως εννέα. Το σκορ 5-9 χρησιμοποιείται για να αναγνωρίσει την υποομάδα μεγάλου κινδύνου για κακή πρόγνωση της οσφυαλγίας. Για την εύρεση του σκορ αυτού προστίθενται τα τελευταία 5 στοιχεία του ερωτηματολογίου (φόβος, ανησυχία, καταστροφισμός, κατάθλιψη και ενόχληση). Οι ασθενείς των οποίων το σκορ είναι τέσσερα ή πέντε ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου (Keele University, 2013). Το συνολικό σκορ χρησιμοποιείται για τον διαχωρισμό των ατόμων των μέτριου και χαμηλού κινδύνου υποομάδων. Προκύπτει από το άθροισμα των θετικών απαντήσεων και μπορεί να είναι από το μηδέν έως το εννέα. Τα άτομα με σκορ μηδέν έως τρία ανήκουν στην υποομάδα χαμηλού κινδύνου, ενώ αυτά με σκορ από τέσσερα έως εννέα ανήκουν στην υποομάδα μετρίου κινδύνου (Keele University, 2013) (Βλ. Παράρτημα).

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο Αξιολόγησης-Επαναξιολόγησης (Test-Retest), κατά την οποία οι συμμετέχοντες απάντησαν το ερωτηματολόγιο για πρώτη φορά μια δεδομένη χρονική στιγμή και επανέλαβαν την συμπλήρωσή του μετά από μία έως τρεις εβδομάδες ύστερα από την αρχική συμπλήρωση. Επιλέχθηκε η μέθοδος test-retest με αυτό το χρονικό διάστημα μεταξύ αρχικής αξιολόγησης και επαναξιολόγησης καθώς χρησιμοποιείται συχνά για τον έλεγχο εργαλείων μέτρησης υγείας με καλά αποτελέσματα (Marx et al, 2003).

Το StarT Back Screening Tool χρησιμοποιείται ευρέως και έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο από διάφορες έρευνες, όπως μια που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, μέσω της οποίας το εργαλείο αποδείχθηκε αξιόπιστο σε follow up έξι μηνών των ασθενών (Suri, Delaney et al, 2018). Η ευρεία χρήση του σημαίνει πως το εργαλείο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες από την αρχική μορφή του στην αγγλική γλώσσα. Οι μεταφρασμένες εκδόσεις, όμως, δεν εγγυόνται ακριβή αποτελέσματα, ούτε την εγκυρότητα των ίδιων. Κάθε μεταφρασμένη μορφή, λοιπόν, χρήζει έρευνας προκειμένου να μελετηθεί η αξιοπιστία της, όπως έχει γίνει με την αρχική αγγλική. Αυτή η διαδικασία (της μετάφρασης-ελέγχου αξιοπιστίας) έχει ήδη πραγματοποιηθεί για αρκετές γλώσσες, όπως για την Νορβηγική στην οποία το εργαλείο αποδείχθηκε αξιόπιστο (Robinson & Dagfinrud, 2017), την Βραζιλιανή με παρόμοια αποτελέσματα (Pilz, Vasconcelos et al, 2014) και άλλες. Η μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε από την Ευδοκία Μπίλλη (PhD Thesis). Το StarT Back Tool δεν χρησιμοποιείται γενικά στην Ελλάδα. Στόχος αυτού του μέρους της εργασίας είναι ο έλεγχος της αξιοπιστίας της Ελληνικής έκδοσης του εργαλείου. Ο προσδιορισμός της αξιοπιστίας θα θέσει τα θεμέλια για την χρήση του εργαλείου και στην Ελλάδα, το οποίο μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα της οργάνωσης ενός πλάνου θεραπείας και να ενισχύσει την θεραπευτική προσέγγιση για την οσφυαλγία.

3.3 Ανάλυση δεδομένων

Για την καταγραφή της οσφυαλγίας χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με ποσοστά και συχνότητες για δεδομένα κατηγοριών και μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για συνεχή δεδομένα από τα προγράμματα google forms και SPSS (version 24), αντίστοιχα.

Σχετικά με την μελέτη αξιοπιστίας, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση (μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, διαστήματα εμπιστοσύνης, διακυμάνσεις κ.α.) , ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε με τον συντελεστή συσχέτισης Intraclass Correlation Coefficient (ICC).

4. Αποτελέσματα

4.1 Καταγραφή οσφυαλγίας σε δείγμα φοιτητών του πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

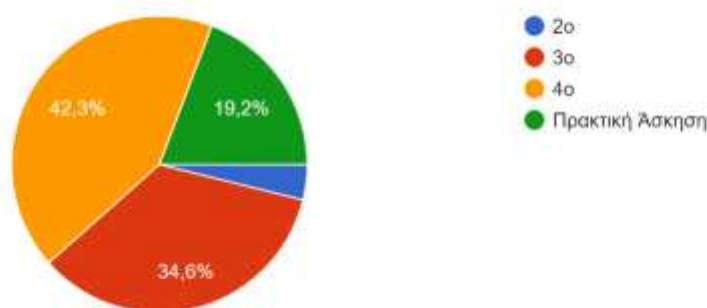
Για τον σκοπό της καταγραφής της οσφυαλγίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ηλεκτρονικής μορφής βασισμένο στις φόρμες Google. Η πρόσβαση σε αυτό έγινε μέσω συνδέσμου, ο οποίος στάλθηκε στις διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου των φοιτητών διαμέσου των μαθημάτων στα οποία ήταν εγγεγραμμένοι στην πλατφόρμα ασύγχρονης τηλεκπαίδευσης Eclass. Έτσι, δεν συλλέχθηκαν προσωπικές πληροφορίες, καθώς και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη.

Από τον συνολικό αριθμό φοιτητών στους οποίους διαμοιράστηκε το ερωτηματολόγιο, οι συνολικές απαντήσεις ήταν πενήντα δύο, με μέσο όρο ηλικίας τα 21 ± 2 έτη, 32 γυναίκες και 20 άνδρες. Η σύνοψη των απαντήσεων μελετήθηκε στις φόρμες Google καθώς παρουσιάζονται γραφικά και ποσοτικά. Με αυτόν τον τρόπο, δηλαδή, προσφέρεται μια ολοκληρωμένη εικόνα γύρω από τις απαντήσεις των φοιτητών, γεγονός που επιτρέπει την διερεύνηση τυχόν συσχετίσεων μεταξύ των αντικειμένων του ερωτηματολογίου.

4.1.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος φοιτητών

Αρχικά, το δείγμα των συμμετεχόντων αφορά, κατά την πλειοψηφία του, 22 φοιτητές στο τέταρτο έτος φοίτησης (42,3%) με την αμέσως επόμενη κατηγορία να αφορά 18 φοιτητές στο τρίτο έτος φοίτησής τους (34,6%), ενώ οι ηλικίες κυμαίνονται κυρίως από είκοσι 20 έως 23 ετών (Διάγραμμα 1). Επίσης, όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, οι γυναίκες υπερτερούν έναντι των ανδρών (32 προς 20) με ποσοστά 61,5% προς 38,5% αντίστοιχα.

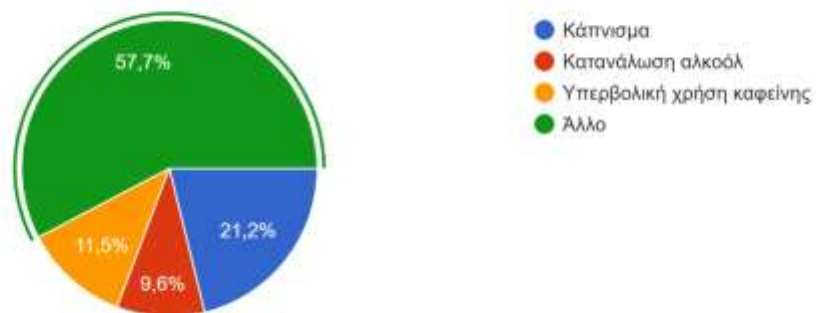
Σε ποιο έτος είσαι;
52 απαντήσεις



Διάγραμμα 1. Έτος φοίτησης δείγματος (N=52)

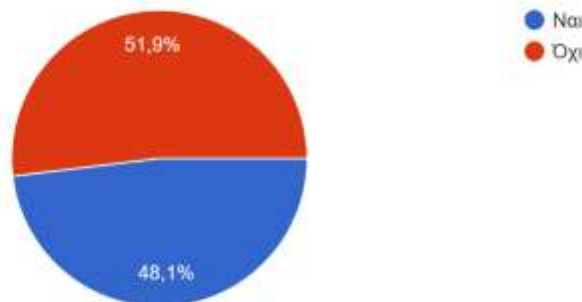
Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων φοιτητών, στην ερώτηση περί συγκεκριμένων συνηθειών (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, υπέρμετρη κατανάλωση καφεΐνης ή άλλο), απάντησαν άλλο (57,7%) με το αμέσως επόμενο ποσοστό να αφορά το κάπνισμα (21,2%) (Διάγραμμα 2). Η πλειοψηφία (51,9%) δεν ασχολείται με κάποιο άθλημα (διάγραμμα 3), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 76,9% δεν ασχολείται με κάποια εργασία πέραν της παρακολούθησης της Σχολής (Διάγραμμα 4).

Ιδιαίτερες συνήθειες
52 απαντήσεις



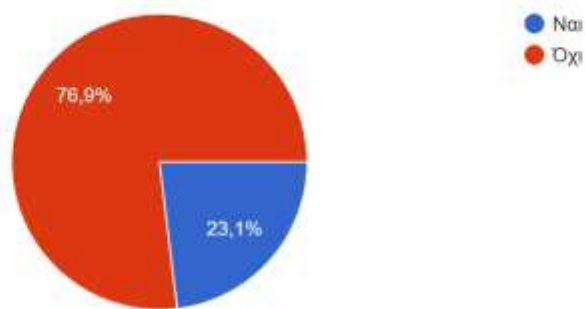
Διάγραμμα 2. Ιδιαίτερες συνήθειες

Κάνετε κάποιο άθλημα
52 απαντήσεις



Διάγραμμα 3. Άθλημα

Έχετε εργασία μετά την σχολή;
52 απαντήσεις

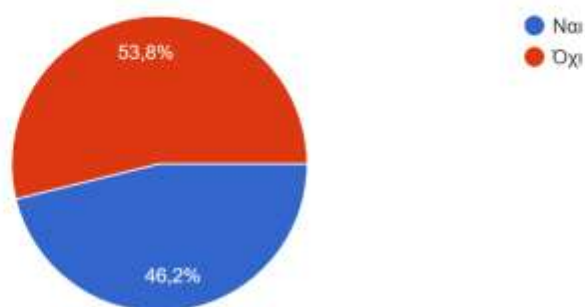


Διάγραμμα 4. Εργασία

4.1.2 Καταγραφή οσφυαλγίας

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία απάντησε αρνητικά στην ερώτηση σχετικά με το αν πάσχουν οσφυαλγία, όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα 5. Παρόλα αυτά, τα ποσοστά μεταξύ πασχόντων και μη δεν έχουν σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, 28 άτομα απάντησαν πως δεν πάσχουν από οσφυαλγία, ενώ 24 άτομα απάντησαν πως έχουν. Έτσι, παρατηρείται πως το πλήθος μεν και δε είναι κοντά.

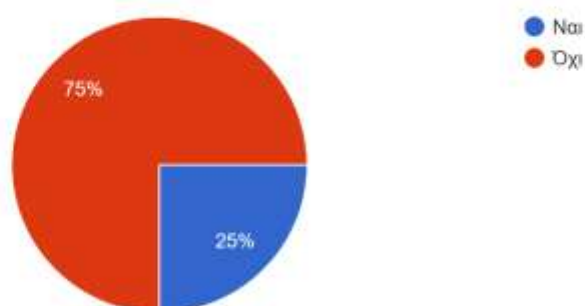
Έχεις οσφυαλγία;
52 απαντήσεις



Διάγραμμα 5. Οσφυαλγία

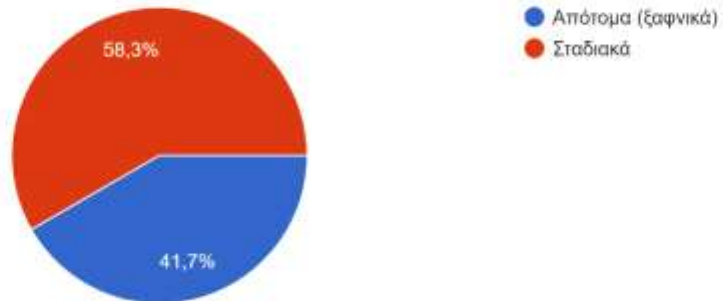
Τα $\frac{3}{4}$ των φοιτητών που ερωτήθηκαν ανέφεραν πως το επεισόδιο οσφυαλγίας τους δεν σχετίζεται με κάποιον τραυματισμό (Διάγραμμα 6). Επιπροσθέτως, η έναρξη των συμπτωμάτων, κατά την πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν σταδιακή (Διάγραμμα 7), ενώ οι περισσότεροι φοιτητές ανέφεραν πως η έναρξη του πόνου συνέβη πριν από περισσότερο από έξι μήνες (Διάγραμμα 8).

Υποστήκατε κάποιον τραυματισμό που οδήγησε σε οσφυαλγία;
24 απαντήσεις



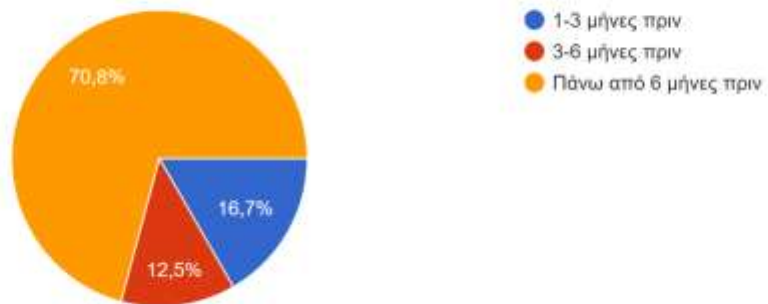
Διάγραμμα 6. Τραυματισμός

Έναρξη συμπτωμάτων
24 απαντήσεις



Διάγραμμα 7. Έναρξη πόνου

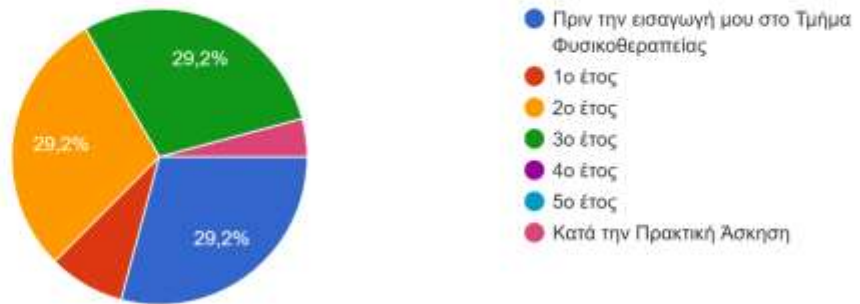
Έναρξη πόνου
24 απαντήσεις



Διάγραμμα 8. Χρονική στιγμή έναρξης πόνου

Στο παρακάτω διάγραμμα πίτας (Διάγραμμα 9) παρατηρείται πως το ίδιο ποσοστό φοιτητών της τάξης του 29,2% αναφέρουν πως ο πόνος εμφανίσθηκε στο 2^ο και 3^ο έτος φοίτησης αλλά και πριν την εισαγωγή στο τμήμα Φυσικοθεραπείας.

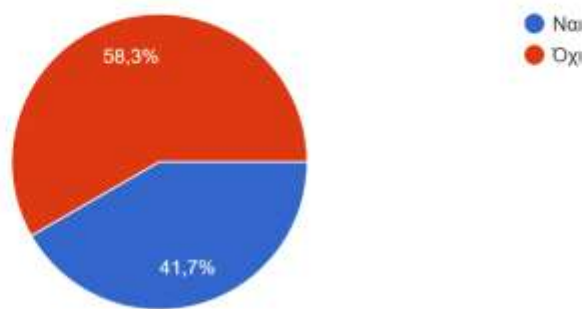
Από ποιο έτος (φοίτησης) αισθανθήκατε τον πόνο;
24 απαντήσεις



Διάγραμμα 9. Έτος φοίτησης εμφάνισης πόνου

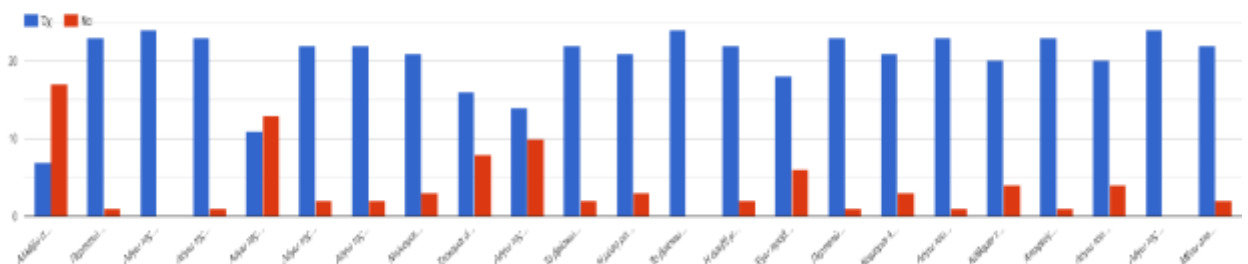
Όσον αφορά τις επιπτώσεις του πόνου, η πλειοψηφία των φοιτητών δεν αποφεύγει καθημερινές δραστηριότητες λόγω αυτού αλλά ένα επίσης μεγάλο ποσοστό αναφέρει πως τις αποφεύγει (Διάγραμμα 10). Στο Γράφημα 1 παρουσιάζονται κάποιες επιδράσεις που έχει επιφέρει η οσφυαλγία στην ζωή των συμμετεχόντων. Τα σημαντικότερα ποσοστά αφορούν συχνές αλλαγές θέσης, συχνότερες περιόδους ξεκούρασης αλλά και αποφυγή συγκεκριμένων κινήσεων όπως γονάτισμα ή σκύψιμο. Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες αλλαγές στην επιτέλεση των εργασιών στο σπίτι, ούτε στις σωματικές μετακινήσεις.

Αποφεύγετε ή αποφεύγετε καθημερινές δραστηριότητες λόγω της οσφυαλγίας;
24 απαντήσεις



Διάγραμμα 10. Αποφυγή δραστηριοτήτων λόγω οσφυαλγίας

Επιδράσεις της οσφυαλγίας στην ζωή σας

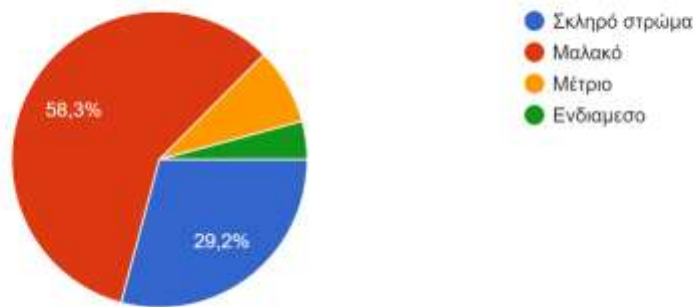


Γράφημα 1. Επιδράσεις της οσφυαλγίας στην ζωή των φοιτητών

Τέλος, σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, περισσότεροι από το ήμισυ των ερωτηθέντων δήλωσε πως χρησιμοποιεί μαλακό τύπο στρώματος κρεβατιού (Διάγραμμα 11). Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών χαρακτήρισε τις εγκαταστάσεις της σχολής Φυσικοθεραπείας ως αποδεκτές, ένα μικρότερο ποσοστό ως πλήρως άβολες αλλά κανείς δεν τις χαρακτήρισε ως άνετες (Διάγραμμα 12). Σε συναφή ερώτηση περί της καλύτερης θέσης μελέτης, πολλοί από τους φοιτητές ανέφεραν την καθιστή θέση σε γραφείο. Στο γράφημα 2 απεικονίζονται ορισμένοι προσωπικοί παράγοντες κινδύνου, πιο συχνόι από τους οποίους

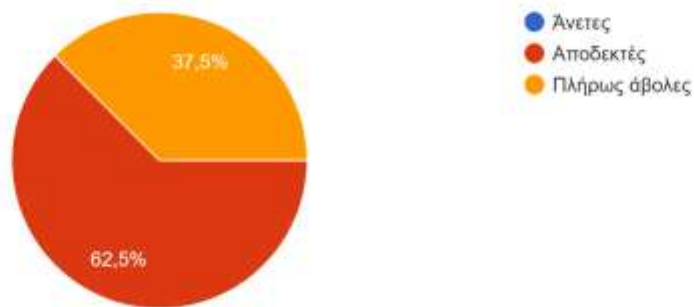
αποτελούν η καθιστή και όρθια θέση άνω των δύο ωρών και η μεταφορά βαριών φορτίων και τσάντας ώμου.

Τύπος στρώματος ύπνου
24 απαντήσεις



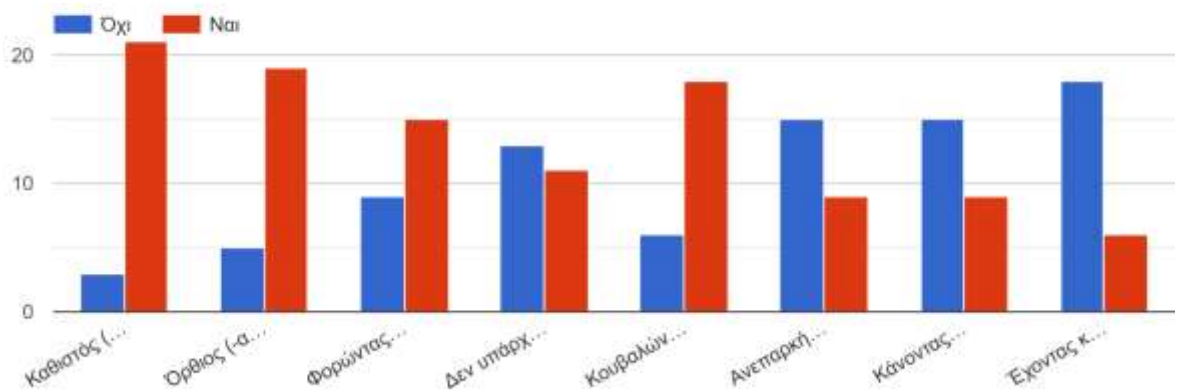
Διάγραμμα 11. Τύπος στρώματος κρεβατιού

2 - Άνεση σπουδαστικών εγκαταστάσεων (θρανία σχολής, γραφείο μελέτης, καρέκλα κ.ο.κ.)
24 απαντήσεις



Διάγραμμα 12. Άνεση σπουδαστικών εγκαταστάσεων

5 - Προσωπικοί παράγοντες κινδύνου



Γράφημα 2. Προσωπικοί παράγοντες κινδύνου

Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 1 και Πίνακας 2) εμφανίζονται συνοπτικά στοιχεία για το δείγμα και την οσφυαλγία.

Στοιχεία δείγματος	Συχνότητα (Ποσοστά)
Φύλο	
Άνδρας	38,5%
Γυναίκα	61,5%
Άθλημα	
Ναι	48,1%
Όχι	51,9%
Εργασία μετά την σχολή	
Ναι	23,1%
Όχι	76,9%
Συνήθειες	
Κάπνισμα	21,2%
Αλκοόλ	9,6%
Καφεΐνη	11,5%

Πίνακας 1. (Στοιχεία δείγματος)

Στοιχεία οσφυαλγίας	Συχνότητα (Ποσοστό)
Οσφυαλγία	46,2%
Έναρξη συμπτωμάτων	
Τραυματική	25%
Σταδιακή (μη τραυματική)	58,3%
Απότομη (μη τραυματική)	41,7%

Έναρξη πόνου	
1-3 μήνες πριν	16,7%
3-6 μήνες πριν	12,5%
<6 μήνες πριν	70,8%
Πρώτο επεισόδιο	
Ναι	70,8%
Όχι	29,2%
Αποφυγή δραστηριοτήτων λόγω LBP	
Ναι	41,7%
Όχι	58,3%

Πίνακας 2. (Στοιχεία οσφυαλγίας)

4.2 Αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Keele StarT Back Screening Tool

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της ελληνικής μετάφρασης του StarT Back Screening Tool, διαμοιράστηκε ένα έντυπο φυσικής μορφής σε άτομα τα οποία είχαν ή έχουν επεισόδιο οσφυαλγίας. Αυτό το έντυπο περιλάμβανε επίσης ένα έντυπο συγκατάθεσης, δύο συμπληρωματικά ερωτηματολόγια εκτός του StarT Back, καθώς και τις σελίδες επαναξιολόγησης των εργαλείων. Για την διεκπεραίωση αυτής της διαδικασίας ήταν απαραίτητο να συλλεχθούν ορισμένα προσωπικά στοιχεία, τα οποία, όμως, παρέμειναν απολύτως εμπιστευτικά. Το δείγμα στο σύνολό του αποτελείται από 23 συμμετέχοντες (13

άνδρες, 10 γυναίκες). Η επαναξιολόγηση έγινε σε χρονικό διάστημα μιας έως τριών εβδομάδων από την ημέρα της αρχικής συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Οι τιμές της συχνότητας των παραμέτρων σε ποσοστά παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Παράμετροι	Συχνότητα (Ποσοστό %)
Φύλο	
• Άνδρας	13 (56,5%)
• Γυναίκα	10 (43,5%)
Τομέας Εργασίας	
• Δημόσιος	1 (4,3%)
• Ιδιωτικός	6 (26,1%)
• Δ/Υ*	16 (69,6%)
Περιοχή Κατοικίας	
• Αγροτική	4 (17,4%)
• Αστική	14 (60,9%)
• Ημιαστική	22 (95,7%)
• Δ/Υ	1 (4,3%)
Μορφωτικό Επίπεδο	
• Δημοτικό	2 (8,7%)
• Γυμνάσιο	2 (8,7%)
• Λύκειο	4 (17,4%)
• Τριτοβάθμια	14 (60,9%)
• Δ/Υ	1 (4,3%)
Οικογενειακή Κατάσταση	
• Άγαμος	16 (69,6%)
• Έγγαμος	5 (21,7%)
• Διαζευγμένος	0
• Χήρος	1 (4,3%)
• Δ/Υ	1 (4,3%)
Κάπνισμα	
• Μη καπνιστής	18 (78,3%)
• Λίγο (<20 τσιγ/εβδ.)	3 (13,0%)
• Πολύ (20-40/ημέρα)	1 (4,3%)

• Πάρα πολύ (>40/ημέρα)	0
• Δ/Υ	1 (4,3%)

*Δ/Υ=Δεν Υπάρχει (μη διαθέσιμη απάντηση)

Πίνακας 3. Κλινικό προφίλ δείγματος (n=23)

Όσον αφορά τον έλεγχο της αξιοπιστίας μεταξύ δύο επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης ICC βγήκαν πολύ καλές, $ICC=0,930$ (two way mixed model) σε διαστήματα εμπιστοσύνης ενιαίων μέτρων από 0,842 έως 0,970 και μέσων μέτρων από 0,914 έως 0,985, ενώ η τιμή της τυπικής απόκλισης του λάθους (SEM) ήταν 0,532 και της SDD ήταν 54,614%.

4.3 Συζήτηση

Σχετικά με την καταγραφή της οσφυαλγίας, το δείγμα των 52 φοιτητών, κατά κύριο λόγο, αποτελείται από φοιτητές τρίτου (18) και τέταρτου (22) έτους, δηλαδή, από άτομα τα οποία έχουν ήδη περάσει σημαντικό χρόνο στην σχολή Φυσικοθεραπείας. Από αυτούς, οι 24 ανέφεραν προβλήματα οσφυαλγίας, εκ των οποίων οι 20 ήταν άνδρες. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών δεν ασχολείται με κάποια άλλη εργασία, είναι πιθανό ένα τυχόν επεισόδιο οσφυαλγίας να σχετίζεται με τις δραστηριότητες γύρω από την φοίτηση στο τμήμα Φυσικοθεραπείας. Τα στοιχεία γύρω από την έναρξη του πόνου επίσης υποδεικνύουν μια συσχέτιση μεταξύ της οσφυαλγίας και την φοίτηση στην σχολή Φυσικοθεραπείας, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις η οσφυαλγία είχε σταδιακή έναρξη και δεν προήλθε από κάποιον οξύ τραυματισμό. Επιπρόσθετα, και ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ο πόνος εμφανίστηκε πριν από την ένταξη στο τμήμα, η πλειοψηφία των φοιτητών αισθάνθηκε τον πόνο στο δεύτερο και τρίτο έτος φοίτησης, τα περισσότερα από τα οποία αποτελούν τα πρώτα επεισόδια οσφυαλγίας στα συγκεκριμένα άτομα. Ένας σημαντικός αριθμός των συμμετεχόντων δήλωσε την καθιστή θέση ως την προτιμώμενη θέση μελέτης. Αυτό συμβαδίζει με τις απαντήσεις στην ερώτηση περί προσωπικών παραγόντων κινδύνου όπου μεγάλος αριθμός των φοιτητών ανέφερε πως παραμένει στην καθιστή θέση άνω των δύο ωρών. Όλα αυτά τα στοιχεία, σε συνδυασμό με τις εγκαταστάσεις του τμήματος Φυσικοθεραπείας, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν κυρίως ως αποδεκτές, υποδηλώνουν πως η οσφυαλγία είναι πιθανό

να προήλθε από την χρήση αυτών των εγκαταστάσεων κατά τη διάρκεια πολύωρων διαλέξεων με ανεπαρκή κενά μεταξύ αυτών. Επίσης, φαίνεται να έχει σημαντική παρουσία και η χρήση σακιδίων ώμου, καθώς και η μεταφορά βάρους, τα οποία ενδέχεται να είναι αλληλένδετα (π.χ. μεταφορά ογκωδών ακαδημαϊκών συγγραμμάτων), καθώς αρκετοί φοιτητές δήλωσαν πως πραγματοποιούν αυτές τις μεταφορές (στην ερώτηση περί παραγόντων κινδύνου). Εν κατακλείδι, η οσφυαλγία φαίνεται να αποτελεί μείζων πρόβλημα και στον πληθυσμό των φοιτητών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας. Παρόλα αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν φαίνεται να είναι τόσο σημαντική ώστε να επηρεάζει την καθημερινή ζωή των πασχόντων σε μεγάλο βαθμό.

Σχετικά με τον έλεγχο αξιοπιστίας του StarT Back Tool, τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζουν την ελληνική έκδοση του εργαλείου ως αξιόπιστη με τον συντελεστή συσχέτισης ICC να είναι πολύ καλός.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συγκρίθηκαν με άλλες μελέτες που έχουν προηγηθεί σχετικά με την επικράτηση οσφυαλγίας σε προπτυχιακούς φοιτητές φυσικοθεραπείας. Η έρευνα των Hafeez et al, 2013 έδειξε πως οι φοιτητές ιατρικής έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης οσφυαλγίας. Αυτό, σε συνδυασμό με την έρευνα των Falavigna et al, 2011, η οποία κατέληξε πως οι πιθανότητες εμφάνισης οσφυαλγίας στους φοιτητές φυσικοθεραπείας είναι περίπου δύομισή φορές υψηλότερες από ότι στους φοιτητές ιατρικής, ενισχύει την ανάγκη για εφαρμογή ενεργειών για την πρόληψη και αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σε αυτόν τον πληθυσμό. Οι αυξημένες αυτές πιθανότητες εμφάνισης οσφυαλγίας φαίνεται να οφείλονται στο γεγονός πως οι νέοι φοιτητές δεν διαθέτουν επαρκή γνώση περί της οσφυαλγίας και ως αποτέλεσμα, δεν προβαίνουν στην υιοθέτηση προληπτικών μέτρων για αυτή. Αυτό το γεγονός, σε συνδυασμό και με τις εργαστηριακές δραστηριότητες φαίνεται να οδηγούν σε αυξημένη εμφάνιση οσφυαλγίας σε αυτό το δείγμα πληθυσμού. Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, η επικράτηση της οσφυαλγίας φαίνεται να σχετίζεται με τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες σχετικές με το αντικείμενο της φυσικοθεραπείας και προτείνεται προληπτική δράση για τους προπτυχιακούς φοιτητές (Onabajo et al, 2016). Τέλος, η έρευνα των Burger et al, 2013 έδειξε πως η επικράτηση της οσφυαλγίας σε φοιτητές φυσικοθεραπείας θα μειωνόταν αν οι φοιτητές λάμβαναν ενημέρωση και εκπαίδευση γύρω από την οσφυαλγία και την πρόληψή της από το πρώτο έτος φοίτησής τους. Η παρούσα μελέτη, λοιπόν, συμφωνεί στην ανάδειξη συσχέτισης μεταξύ επεισοδίων οσφυαλγίας και φοίτησης στο αντικείμενο της φυσικοθεραπείας.

Το StarT Back Screening Tool είναι ένα εργαλείο που κατά γενική ομολογία αποδεικνύεται αξιόπιστο. Ήδη έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και μέσω διάφορων ερευνών έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο. Η πρόσφατη έρευνα των Suri et al, 2018 απέδειξε, για άλλη μια φορά, την αξιοπιστία της αρχικής αγγλικής έκδοσης του ερωτηματολογίου. Μια έρευνα για την νορβηγική μετάφραση του εργαλείου κατέληξε στο συμπέρασμα πως αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο (Robinson & Dagfinrud, 2017). Η έρευνα των Pilz et al, 2014 για την βραζιλιανή έκδοση κατέληξε σε παρόμοιο συμπέρασμα. Το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας έρευνας για το StarT Back Tool ανέδειξε επίσης την αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του εργαλείου. Επομένως το ελληνικό StarT Back Screening Tool μπορεί αξιόπιστα να χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό οσφυαλγίας για προγνωστικούς λόγους ή για λόγους αξιολόγησης. Ο λόγος που επιλέχθηκε η αξιολόγηση της αξιοπιστίας του εργαλείου ως ο δεύτερος στόχος της εργασίας αποτελεί η περεταίρω διερεύνηση παρακολούθησης του δείγματος που πάσχει οσφυαλγία μέσω του StarT Back (διερεύνηση, δηλαδή, της προγνωστικής αξίας της ελληνικής μορφής του εργαλείου στην επικράτεια). Εξαιτίας, όμως, ορισμένων πρακτικών θεμάτων (όγκος εργασίας, περίοδος διεξαγωγής της εργασίας, περιορισμένος χρόνος, κ.α.) η διερεύνηση αυτή θα διεξαχθεί από άλλη ομάδα φοιτητών στο μέλλον.

4.4 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη, η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια προπτυχιακής εργασίας, δεν απείχε από περιορισμούς. Για την καταγραφή της οσφυαλγίας, ο κύριος περιορισμός αφορούσε το μέγεθος του δείγματος. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε μόνο από 52 φοιτητές, παρά το γεγονός πως οι προσκληθέντες φοιτητές, τα άτομα δηλαδή που έλαβαν τον σύνδεσμο πρόσβασης στο ερωτηματολόγιο και προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν ήταν πάνω από 100. Πιθανόν όμως, οι 'ενεργοί' στο eclass του μαθήματος φοιτητές να ήταν λιγότεροι. Δυστυχώς, το 'σύστημα' δεν είχε τέτοια δυνατότητα ελέγχου. Επίσης, δεν συμπλήρωσε ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων κάποιες επιμέρους, προαιρετικές απαντήσεις όπως λ.χ. το ερώτημα περί της προτιμώμενης θέσης μελέτης, το οποίο θα επέτρεπε πιο ενδελεχή διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οσφυαλγίας με τις σπουδές στο τμήμα Φυσικοθεραπείας.

Στο κομμάτι της αξιολόγησης της αξιοπιστίας του StarT Back, ο σημαντικότερος περιορισμός, πάλι, αφορά τον μικρό αριθμό του δείγματος. Το σύνολο των συμμετεχόντων ανέρχεται στους 23. Ενώ τα έντυπα συμπλήρωσης διαμοιράστηκαν, αρχικά, σε περισσότερα άτομα, δεν ήταν δυνατή η επαναξιολόγηση λόγω της περιόδου διεξαγωγής της έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά την εξεταστική περίοδο του εαρινού εξαμήνου. Επίσης, υπήρξαν ορισμένες καθυστερήσεις λόγω των διαδικασιών ένταξης του τμήματος Φυσικοθεραπείας στο Πανεπιστήμιο Πατρών, γεγονός που συνέβαλλε στον μειωμένο αριθμό συμμετεχόντων. Παρόλα αυτά, παρόμοιες έρευνες που αφορούν τον έλεγχο της αξιοπιστίας του StarT Back Tool σε άλλες γλώσσες χρησιμοποίησαν δείγμα το οποίο ήταν επίσης περιορισμένο, αν και μεγαλύτερο από της παρούσας μελέτης, όπως οι Pilz et al, 2014 για την βραζιλιάνικη μετάφραση (n=52) καθώς και οι Robinson & Dagfinrud, 2017 για την νορβηγική μετάφραση (n=52). Τέλος, στην παρούσα μελέτη δεν διερευνήθηκε η προγνωστική αξία του εργαλείου λόγω πρακτικών δυσκολιών (περιορισμένος χρόνος κτλ.). Μελλοντική μελέτη θα πρέπει να εστιάσει στην προγνωστική αξία του εργαλείου στην Ελληνική επικράτεια.

4.5 Κλινική σημασία μελέτης

Όπως προαναφέρθηκε, είναι μεγάλος ο αριθμός των μελετών ανά τον κόσμο οι οποίες έχουν αποδείξει πως η οσφυαλγία αποτελεί μείζων πρόβλημα σε πληθυσμούς προπτυχιακών φοιτητών επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα στον τομέα της φυσικοθεραπείας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση του θέματος αυτού σε ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό, όπου μέχρι τώρα δεν έχει διερευνηθεί. Επίσης, η παρούσα μελέτη μπορεί να λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς στην χώρα μας για την συσχέτιση οσφυαλγίας και την τριτοβάθμια εκπαίδευση στην φυσικοθεραπεία. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της έρευνας επισημαίνουν την ανάγκη για προληπτική δράση σχετικά με την οσφυαλγία. Οι προπτυχιακοί φοιτητές θα πρέπει να ενημερώνονται έγκαιρα για αυτή την κατάσταση ώστε να ωθούνται προς την εκτέλεση ενεργειών που θα τους προστατεύσουν από αυτό το μυοσκελετικό πρόβλημα. Τέτοιες ενέργειες αποτελούν η αποφυγή συγκεκριμένων κινήσεων, η τροποποίηση εκτέλεσης άλλων καθώς και η εργονομία κατά τις διάφορες θέσεις, πολλές από τις οποίες υιοθετούνται από τους φοιτητές καθημερινά στην διάρκεια των διαλέξεων (Hafeez et al, 2013). Όσον αφορά την εργονομία, αξίζει να σημειωθεί η χρησιμότητα μιας πιθανής αναβάθμισης των

εγκαταστάσεων της σχολής, όπως για παράδειγμα η αντικατάσταση των θρανίων και καθισμάτων με άλλο, περισσότερο εργονομικό εξοπλισμό που συμβάλλει στην καλύτερη θέση σώματος κατά την καθιστή θέση. Οι διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες όπως οι εργαστηριακές ενέργειες αλλά και η παρακολούθηση διαλέξεων είναι πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αυξημένη εμφάνιση οσφυαλγίας στους προπτυχιακούς φοιτητές Φυσικοθεραπείας.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος της εργασίας, το Keele StarT Back Screening Tool είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που πλέον χρησιμοποιείται ευρέως στον κόσμο. Η χρήση αυτού του εργαλείου, δυστυχώς, ελλείπει στην χώρα μας. Η παρούσα μελέτη διερευνά την αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου, παρά του μικρού της βεληνεκούς. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ως σημείο αναφοράς για μεταγενέστερες έρευνες, είτε ως έρευνα που αποδεικνύει την αξιοπιστία του ελληνικού StarT Back Tool. Αυτό το εργαλείο έχει μεγάλη προγνωστική αξία και δικαίως χρησιμοποιείται από τους κλινικούς και επιστήμονες υγείας ανά τον κόσμο. Μέσω αυτής της έρευνας προάγεται η χρήση αυτού του εργαλείου, αφενός λόγω της βοήθειας που παρέχει στους επαγγελματίες υγείας, κατηγοριοποιώντας τους ασθενείς σε ομάδες κινδύνου, και αφετέρου λόγω της επιβεβαιωμένης αξιοπιστίας του.

4.6 Συμπεράσματα

Η οσφυαλγία αποτελεί ακόμη μείζων πρόβλημα σε πολλές πληθυσμιακές ομάδες. Μέσω αυτή της έρευνας διαπιστώθηκε πως από τους συμμετέχοντες φοιτητές Φυσικοθεραπείας σχεδόν οι μισοί (46,2%) πάσχουν από αυτό το μυοσκελετικό πρόβλημα. Η φύση των σπουδών φυσικοθεραπείας, όπως η ανάγκη για εκτέλεση ιδιαίτερων χειρισμών κατά τις εργαστηριακές δραστηριότητες, η άρση και η μεταφορά βαρέων αντικειμένων (όπως πολλών συγγραμμάτων), σε συνδυασμό με τις πολύωρες διαλέξεις και εργαστηριακές παρακολουθήσεις (που πραγματοποιούνται σε παρατεταμένες καθιστικές θέσεις για τους φοιτητές), ίσως να συμβάλλουν στην αυξημένη επικράτηση οσφυαλγίας στους φοιτητές. Προκύπτει, λοιπόν, η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος και η εφαρμογή τόσο μαθησιακών (όπως η έγκαιρη ενημέρωση γύρω από το θέμα) όσο και εργονομικών αλλαγών

(εργονομικές παρεμβάσεις, αντικατάσταση εξοπλισμού εγκαταστάσεων, κ.α.) στους φοιτητές, από την έναρξη κιόλας της φοίτησής τους.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος της μελέτης, το Keele StarT Back Screening Tool αποτελεί, εδώ και χρόνια, ένα έγκυρο και ακριβές εργαλείο πρόγνωσης της οσφυαλγίας, το οποίο χρησιμοποιείται συχνά από επαγγελματίες και επιστήμονες υγείας ανά τον κόσμο. Είναι διαθέσιμο σε πολλές γλώσσες, καθώς οι επιμέρους μεταφράσεις έχουν εγκυροποιηθεί μέσω ερευνών. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης του StarT Back Tool, και συμπέρανε πως η ελληνική μορφή του εργαλείου είναι αξιόπιστη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για προγνωστικούς, κλινικούς σκοπούς (ICC=0,930, n=23) στην Ελληνική επικράτεια. Περαιτέρω μελέτη χρειάζεται να πιστοποιήσει την προγνωστική του αξία και σε δείγμα Ελλήνων οσφυαλγικών ασθενών.

5.Αρθρογραφία

1. **Ad, F. et al.** (2015) ‘Massage for low-back pain (Review)’, (9). doi: 10.1002/14651858.CD001929.pub3.www.cochranelibrary.com.
2. **Atlas, S. J. and Deyo, R. A.** (no date) ‘Evaluating and Managing Acute Low Back Pain in the Primary Care Setting’
3. **Back, L. and Manchikanti, L.** (2000) ‘Topical Review’, 3(2), pp. 167–192.
4. **Billis, E. et al.** (2017) ‘Association of low back pain on physical , sociodemographic and lifestyle factors across a general population sample within Greece’, 30, pp. 279–290. doi: 10.3233/BMR-150484.
5. **Biyani, A. and Andersson, G. B. J.** (2004) ‘Low Back Pain: Pathophysiology and Management’, pp. 106–115.
6. **Buchbinder, R. et al.** (2018) ‘Viewpoint Low back pain : a call for action’, 391, pp. 2384–2388. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30488-4.
7. **Burger, E.** (2013) ‘LOW BACK PAIN IN PHYSIOTHERAPY STUDENTS : PREVALENCE AND THE ASSOCIATION WITH NEUROMUSCULAR FINDINGS’, pp. 29–35.
8. **Byrnes, K., Wu, P. and Whillier, S.** (2017) ‘Department of Chiropractic , Faculty of Science and Engineering’, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.04.008.
9. **Casazza, B. A. et al.** (2012) ‘Diagnosis and Treatment of Acute Low Back Pain’.
10. **Chou, R. et al.** (2018) ‘The Global Spine Care Initiative : applying evidence - based guidelines on the non - invasive management of back and neck pain to low - and middle - income communities’, *European Spine Journal*. Springer Berlin Heidelberg, (0123456789). doi: 10.1007/s00586-017-5433-8.
11. **Costa, C. M. et al.** (2012) ‘a meta-analysis’, 184(11), pp. 613–624. doi: 10.1503/cmaj.120627.
12. **D, I. D. C. P. et al.** (2018) ‘Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis’, *The Spine Journal*. Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.spinee.2018.01.013.
13. **Dagenais, S., Caro, J. and Haldeman, S.** (2008) ‘A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally’, 8, pp. 8–20. doi: 10.1016/j.spinee.2007.10.005.
14. **Dieleman, J. L. et al.** (2016) ‘US Spending on Personal Health Care and Public Health, 1996-2013’, 98121(24), pp. 2627–2646. doi: 10.1001/jama.2016.16885.
15. **Driscoll, T. et al.** (2014) ‘The global burden of occupationally related low back pain : estimates from the Global Burden of Disease 2010 study’, (March). doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204631.
16. **Fairbank, J. C. T. and Pynsent, P. B.** (2000) ‘The Oswestry Disability Index’, 25(22), pp. 2940–2953.
17. **Foster, N. E. et al.** (2018) ‘Prevention and treatment of low back pain : evidence , challenges , and promising directions’, 391. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6.
18. **Green, B. N. et al.** (2016) ‘Association Between Smoking and Back Pain in a Cross-Section of Adult Americans’, 8(9), pp. 13–14. doi: 10.7759/cureus.806.
19. **Hafeez, K. et al.** (2013) ‘Back Pain – Are Health Care Undergraduates At Risk ?’, 42(8), pp. 819–825.
20. **Herndon, C. M. et al.** (2015) ‘Common Questions on Chronic Low Back Pain’.
21. **Hill, J. C. et al.** (2008) ‘A Primary Care Back Pain Screening Tool : Identifying Patient Subgroups for Initial Treatment’, 59(5), pp. 632–641. doi: 10.1002/art.23563.

22. **Hoy, D. et al.** (2010) 'Best Practice & Research Clinical Rheumatology The Epidemiology of low back pain', 24, pp. 769–781. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002.
23. **Hoy, D. et al.** (2012) 'A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain', 64(6), pp. 2028–2037. doi: 10.1002/art.34347.
24. **Kesley L., Jennifer, White A., A.** (1980) 'Epidemiology and Impact of Low-Back Pain'.
25. **Koes, B. W. et al.** (2010) 'An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care', pp. 2075–2094. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y.
26. **Sm, R. et al.** (2012) 'Spinal manipulative therapy for acute low-back pain (Cochrane Review)', (12).
27. **Kopec A., Jacek, Esdaile M., John, Abrahamowicz, Michal, Abenhaim, Lucien, Wood-Dauphinee, Sharon, Lamping L., Donna, Williams, J. I.** (1995) 'The Quebec Back Pain Disability Scale', pp. 341–352.
28. **Ks, D.** (2016) 'Spinal Fusion for Chronic Low Back Pain : A “ Magic Bullet ” or Wishful Thinking?', 10(1), pp. 61–68.
29. **Lazzaretti, L. and Steiner, B.** (2011) 'Increased prevalence of low back pain among physiotherapy students compared to medical students', pp. 500–505. doi: 10.1007/s00586-010-1646-9.
30. **Lurie, J. D., Birkmeyer, N. J. and Weinstein, J. N.** (2003) 'Rates of Advanced Spinal Imaging and Spine Surgery', 28(6), pp. 616–620.
31. **Marx, R. G. et al.** (2003) 'A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments', 56, pp. 730–735. doi: 10.1016/S0895-4356(03)00084-2.
32. **Med, I.** (2018) 'HHS Public Access', pp. 39–40. doi: 10.1016/j.eujim.2017.03.003.A.
33. **Metropolitan, T. and Hospital, G.** (2004) 'Classification , Diagnosis , and Treatment of Low Back Pain', 128(12), pp. 227–233.
34. **Meucci, R. D. et al.** (2015) 'Prevalence of chronic low back pain : systematic review', pp. 1–10. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005874.
35. **Oliveira, C. B. et al.** (2018) 'Clinical practice guidelines for the management of non - specific low back pain in primary care : an updated overview', *European Spine Journal*. Springer Berlin Heidelberg, 27(11), pp. 2791–2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.
36. **Peng, B.** (2013) 'Pathophysiology , diagnosis , and treatment of discogenic low back pain', 4(2), pp. 42–52. doi: 10.5312/wjo.v4.i2.42.
37. **Pilz, B., Vasconcelos, R. A. and Marcondes, F. B.** (2014) 'The Brazilian version of STarT Back Screening Tool – translation , cross-cultural adaptation and reliability *', 18(5), pp. 453–461.
38. **Points, K. E. Y.** (2017) 'Diagnosis and management of low-back pain in primary care', 189(45), pp. 1386–1395. doi: 10.1503/cmaj.170527.
39. **Robinson, H. S.** (2017) 'Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice , a cohort study'. *BMC Musculoskeletal Disorders*, pp. 9–15. doi: 10.1186/s12891-017-1553-x.
40. **Shipton, E. A.** (2018) 'Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain', *Pain and Therapy*. Springer Healthcare, 7(2), pp. 127–137. doi: 10.1007/s40122-018-0105-x.
41. **Sitthipornvorakul, E. et al.** (2018) 'The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials', *Musculoskeletal Science and Practice*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.msksp.2017.12.003.
42. **Soo, S. et al.** (2012) 'ORIGINAL ARTICLE MRI versus CT for the diagnosis of lumbar spinal stenosis IRM versus TDM pour le diagnostic de sténose du rachis lombaire', pp. 104–109. doi: 10.1016/j.neurad.2011.02.008.
43. **Steffens, D. et al.** (2016) 'Prevention of Low Back Pain', 2000, pp. 1–10. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7431.

44. **Stranjalis, G. et al.** (2004) ‘Low Back Pain in a Representative Sample of Greek Population Analysis According to Personal and Socioeconomic Characteristics’, 29(12), pp. 1355–1361.
45. **Suri, P. et al.** (2019) ‘HHS Public Access’, 99(8), pp. 1533–1539. doi: 10.1016/j.apmr.2018.02.016.Predictive.
46. **Tavee O., Jinny, Levin H., K.** (2017) ‘Low Back Pain’, pp. 467–486.
47. **Vincent-onabajo, G. O. et al.** (2016) ‘Prevalence of Low Back Pain among Undergraduate Physiotherapy Students in Nigeria’. Hindawi Publishing Corporation, 2016. doi: 10.1155/2016/1230384.
48. **Will, J. S., Bury, D. C. and Miller, J. A.** (2018) ‘Mechanical Low Back Pain’, 98(7), pp. 421–428.
49. **Zhang, S. et al.** (2018) ‘Double-level lumbar spondylolysis and spondylolisthesis: A retrospective study’. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, pp. 1–7. doi: 10.1186/s13018-018-0723-3.
50. **Bratton, R.,** (1999) ‘Assessment and Management of Acute Low Back Pain, pp.2299-2306.

5.1 Διαδικτυογραφία

1. **National Institutes of Health**, (2016) ‘Meditation and cognitive-behavioral therapy easy low back pain’ (<https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/meditation-cognitive-behavioral-therapy-ease-low-back-pain>)
2. **ScienceDaily**, (2018) ‘Global burden of low back pain’. University of Warwick (<https://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180321130901.htm>)
3. **Shiel, W.,** (2019) ‘Lower Back Pain’ (https://www.medicinenet.com/low_back_pain/article.htm)
4. **National Institute of Neurological Disorders and Stroke**, (2014) ‘Low Back Pain Fact Sheet’ (<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Low-Back-Pain-Fact-Sheet>)
5. **Pelozo, J.,** (2017) ‘Lower Back Pain Symptoms, Diagnosis, and Treatment’ (<https://www.spine-health.com/conditions/lower-back-pain/lower-back-pain-symptoms-diagnosis-and-treatment>)
6. **Janssen, M.E., Bertland, S.L., Joe, C., Levine, MI.,** (1994) ‘Lumbar herniated disk disease: comparison of MRI, myelography, and post-myelographic CT scan with surgical findings.
7. **National Institute for Health and Care Excellence** (2016) ‘Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>)
8. **Almeida M., Saragiotto B., Richards B., Maher C.G.,** (2018) ‘Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines, pp.272-275.
9. **Patel, A.,** (2012) ‘ Sacroiliac Joint Injection for Lower Back Pain (<https://www.spine-health.com/treatment/injections/sacroiliac-joint-injection-lower-back-pain>)
10. **University of Keele, StarT Back** (<https://startback.hfac.keele.ac.uk/>)

6. Παράρτημα

Παρακάτω παρουσιάζεται ολόκληρο το ερωτηματολόγιο καταγραφής οσφυαλγίας από τις φόρμες Google.

Καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

Ερωτηματολόγιο οσφυαλγίας βασισμένο στο Nordic και Roland-Morris.

Στα πλαίσια της πτυχιακή μας εργασίας προσκαλούμε φοιτητές του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του πρώην ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας (Πανεπιστημίου Πατρών σήμερα) να συμμετέχουν στην συμπλήρωση του ακόλουθου ερωτηματολογίου που αφορά την οσφυαλγία. Ως στόχο έχουμε την καταγραφή των επιπέδων οσφυαλγίας και συγκεκριμένων παραμέτρων σχετικά με αυτή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι πλήρως ανώνυμη και δεν συλλέγονται ή/και αποθηκεύονται προσωπικά στοιχεία. Εκτιμούμε την συμμετοχή σας και σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων (Μαστραπάς Κωνσταντίνος, Κωνσταντίνου Ιωάννης).

Σε ποιο έτος είσαι: *

2ο

3ο

4ο

Πρακτική Άσκηση

Ηλικία *

Κείμενο σύντομης απάντησης

Ύψος (σε cm) *

Κείμενο σύντομης απάντησης

Βάρος (σε kg) *

Κείμενο σύντομης απάντησης

Δείκτης μάζας σώματος (BMI = kg/cm²)

Κείμενο σύντομης απάντησης

Ιδιαίτερες συνήθειες *

Παρακαλώ αναφέρετέ τις (το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα βοηθήσει σημαντικά στην έρευνα αυτή)

- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοόλ
- Υπερβολική χρήση καφεΐνης
- Άλλο

Κάνετε κάποιο άθλημα *

- Ναι
- Όχι

Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, παρακαλώ σημειώστε το άθλημα

Κείμενο σύντομης απάντησης

Έχετε εργασία μετά την σχολή; *

Ναι

Όχι

Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, παρακαλώ αναφέρατε το είδος της εργασίας.

Κείμενο σύντομης απάντησης

Καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας



Αυτο-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο βασισμένο στα ερωτηματολόγια Nordic και Roland-Morris.

Ενότητα 2: Παράγοντες σχετιζόμενοι με το φύλο & την οικογενειακή κατάσταση

Περιγραφή (προαιρετικό)

Φύλο *

Άνδρας

Γυναίκα

Είστε παντρεμένος (-η):

Ναι

Όχι

Καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας



Αυτο-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο βασισμένο στα ερωτηματολόγια Nordic και Roland-Morris.

Ενότητα 2: Παράγοντες σχετιζόμενοι με το φύλο & την οικογενειακή κατάσταση

Περιγραφή (προαιρετικό)

Φύλο *

Άνδρας

Γυναίκα

Είστε παντρεμένος (-η):

Ναι

Όχι

Καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας



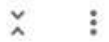
Αυτο-αναφερόμενο ερωτηματολόγιο βασισμένο στα ερωτηματολόγια Nordic και Roland-Morris.

Έχετε οσφυαλγία: *

Ναι

Όχι

Καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας



Περιγραφή (προαιρετικό)

Ενότητα 2-1: Πληροφορίες-στοιχεία για τις γυναίκες

Περιγραφή (προαιρετικό)

Σχετίζεται με εγκυμοσύνη η παρούσα οσφυαλγία:

Ναι

Όχι

Έχετε παιδιά: *

1. Ναι

2. Όχι

Είστε έγκυος: *

1. Ναι

2. Όχι

Καταγραφή της οσφυαλγίας σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας



Περιγραφή (προαιρετικό)

Ενότητα 3: Φύση του πόνου

Περιγραφή (προαιρετικό)

Υποστήκατε κάποιον τραυματισμό που οδήγησε σε οσφυαλγία: *

Ναι

Όχι

Εναρξη πόνου *

1-3 μήνες πριν

3-6 μήνες πριν

Πάνω από 6 μήνες πριν

Εναρξη συμπτωμάτων *

- Απότομα (ξαφνικά)
- Σταδιακά

Από ποιο έτος (φοίτησης) αισθανθήκατε τον πόνο: *

- Πριν την εισαγωγή μου στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας
- 1ο έτος
- 2ο έτος
- 3ο έτος
- 4ο έτος
- 5ο έτος
- Κατά την Πρακτική Άσκηση

Αυτό είναι το πρώτο σας επεισόδιο: *

- Ναι
- Όχι

Έχετε δει κάποιον ιατρό για το πρόβλημά σας: *

- Ναι
- Όχι

Αποφύγατε ή αποφεύγετε καθημερινές δραστηριότητες λόγω της οσφυαλγίας: *

- Ναι
- Όχι

Επιδράσεις της οσφυαλγίας στη ζωή σας *

Παρακαλώ επιλέξτε την κατάσταση (-εις) που σας εκφράζουν περισσότερο από τα παρακάτω:

	Όχι	Ναι
Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης μου δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης μου χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ περισσότερο συχνά.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης μου πρέπει να στηριχτώ σε κάτι για να σηκωθώ από μια αναπαυτική καρέκλα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η μέση μου πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η όρεξή μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπατώ μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια από κάποιον άλλο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κάθομαι την περισσότερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες περισσότερο αργά από ότι συνήθως.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Μένω στο κρεβάτι την
περισσότερη ώρα, λόγω της
μέσης μου.

Πώς εκτιμάτε την ένταση του πόνου: *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

καθόλου πόνος

πολύ σοβαρός πόνος

Ενότητα 4: Παράγοντες κινδύνου

1 -Υπνος
Το

Τύπος στρώματος ύπνου *

- Σκληρό στρώμα
- Μαλακό
- Άλλο: _____

2 -Ανεση σπουδαστικών εγκαταστάσεων (θρανία σχολής, γραφείο μελέτης, καρέκλα κ.ο.κ.) *

- Άνετες
- Αποδεκτές
- Πλήρως άβολες

3 - Που μελετάτε και ποια είναι η καλύτερη θέση μελέτης; *

Αναφέρατε την θέση σας κατά τη μελέτη (σε κατάκλιση, καθιστός κτλ.) και το μέρος της μελέτης σας (γραφείο, κρεβάτι κτλ.)

Η απάντησή σας _____

4- Πόσες ώρες χρησιμοποιείτε καθημερινά τον υπολογιστή σας; *

Παρακαλώ αναφέρατε τον αριθμό των ωρών και τη θέση

Η απάντησή σας _____

5 - Προσωπικοί παράγοντες κινδύνου *

Επιλέξτε τις καταστάσεις που επιδεινώνουν ή δημιουργούν τον πόνο σας από τα παρακάτω:

	Όχι	Ναι
Καθιστός (-η) στην ίδια θέση για πάνω από 2 ώρες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Όρθιος (-α) για πάνω από 2 ώρες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Φορώντας βαριά τσάντα ώμου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν υπάρχουν αρκετά διαλείμματα μεταξύ των θεωριών και εργαστηριακών μαθημάτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κουβαλώνοντας, σηκώνοντας ή μεταφέροντας βαρύ εξοπλισμό ή αντικείμενα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεπαρκής εκπαίδευση πάνω στην πρόληψη τραυματισμών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κάνοντας πρακτική άσκηση πάνω σε κάποιο μοντέλο για πάνω από 20 ώρες ανα εβδομάδα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχοντας κάποιον φοιτητή να κάνει πρακτική εξάσκηση πάνω σας για πάνω από 20 ώρες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Παρακάτω παρουσιάζεται το έντυπο φυσικής μορφής που διαμοιράστηκε στο δείγμα για την αξιοπιστία του StarT Back Screening Tool (περιλαμβάνεται και το ίδιο το εργαλείο στην ελληνική του μορφή).

Έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης εθελοντή

Καλείστε να λάβετε μέρος σε έρευνα που διεξάγεται από μία ομάδα εκπαιδευτικών & τελειόφοιτων σπουδαστών του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών με έδρα το Αίγιο, της οποίας τον στόχο αποτελεί η αξιολόγηση της αξιοπιστίας συγκεκριμένων ερωτηματολογίων που αφορούν την οσφυαλγία ή/και ισχιαλγία. Δηλαδή, ελέγχουν να τα χορηγούμενα ερωτηματολόγια βγάζουν πάντα το ίδιο πράγμα (ή όχι).

Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε; Πόσο χρόνο θα κρατήσει;

Οι εθελοντές που θα λάβουν μέρος στην παρούσα μελέτη αρχικά θα προβούν στην συμπλήρωση τριών πολύ σύντομων ερωτηματολογίων, των οποίων η συμπλήρωση δεν απαιτεί ειδική γνώση και τα οποία αφορούν τον πόνο στη μέση ή/και στο πόδι σας. Η διαδικασία συνολικά δεν θα διαρκέσει περισσότερο από 5-7 λεπτά. Επιπρόσθετα, και για τον έλεγχο της αξιοπιστίας, τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να χορηγηθούν για δεύτερη φορά μέσα σε διάστημα 1-3 εβδομάδων από την αρχική συμπλήρωσή τους. Με αυτή την μέθοδο της «αξιολόγησης-επαναξιολόγησης» θα αξιολογηθούν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των δύο μετρήσεων. Η καθιέρωση αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης του πόνου στη μέση αποτελεί στόχο κρίσιμης σημασίας καθώς αυτά τα εργαλεία πολλές φορές αποτελούν αφετηρία στην οργάνωση νέων πλάνων θεραπείας ή στην τροποποίηση υπαρχόντων θεραπειών.

Είναι ανώνυμη η διαδικασία;

Οι απαντήσεις σας στα ερωτηματολόγια, καθώς και όλα τα στοιχεία σας θα είναι άκρως εμπιστευτικά. Στα προσωπικά στοιχεία θα έχει πρόσβαση μόνο η μικρή μας ομάδα και δεν πρόκειται ποτέ να υπάρξει διαμοιρασμός αυτών.

Ποιοι είναι οι υπεύθυνοι για την παρούσα ερευνητική μελέτη; Σε ποιον να απευθυνθώ σε περίπτωση που το χρειαστώ;

Για περαιτέρω διευκρινίσεις μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 26910-61150(Τμήμα Φυσικοθεραπείας) ή ηλεκτρονική διεύθυνση της κα. Μπίλλης, (email: billis@upatras.gr), υπεύθυνης της μελέτης, καθώς και στις διευθύνσεις των σπουδαστών Μαστραπά Κωνσταντίνο (costasmas97@yahoo.gr) και Κωνσταντίνου Ιωάννη (gianniskonstantinoy42@gmail.com) . (σελ. 1)

Συναίνεση μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή σε μελέτη

Με την υπογραφή μου στο παρών έντυπο, δηλώνω υπεύθυνα πως έχω κατανοήσει πλήρως την διαδικασία και πως συναινώ στην συμμετοχή μου σε αυτήν την μελέτη. Γνωρίζω ότι μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή θελήσω χωρίς να υπάρχει πρόβλημα δέσμευσης από μέρους μου.

Υπογραφή συμμετέχοντα _____ Ημερομηνία: _____

Στοιχεία/email επικοινωνίας:

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

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

13. Τί επαγγελματίες υγείας έχετε επισκεφτεί για το πρόβλημά σας;
14. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; Ναι Όχι
15. Αν ΝΑΙ, περιγράψτε τι θεραπεία κάνατε.

..... (σελ. 2)

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): _____ (σελ.3)

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	___	___

(σελ. 4)

(Sciatica Bothersomeness Index)

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

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

(σελ. 5)

Επανάληψη μέτρησης (test-retest)

Ημερομηνία

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"/>

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

Καθόλου

Λίγο

Μετρίως

Πάρα πολύ

Υπερβολικά

0

0

0

1

1

Συνολικό σκορ (9 ερωτήσεις): _____ Σκορ (ερ. 5-9): _____ (σελ. 6)

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	___	___

(σελ. 7)

(Sciatica Bothersomeness Index)

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

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

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

Καθόλου
ενοχλητικός

Κάπως ενοχλητικός

Υπερβολικά
ενοχλητικός

0

1

2

3

4

5

6

(σελ. 8)