



ΠΑΝΑΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Π.Μ.Σ. «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

Της φοιτήτριας Ιωάννας Παπαδοπούλου

ΘΕΜΑ

« Αξιολόγηση συμπτωμάτων αξονικού σκελετού στο νοσηλευτικό προσωπικό
του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων»

Επιβλέπων Καθηγητής: Ιωάννης Γελαλής

Ιωάννινα 2017

Evaluation of symptoms of the axial skeleton for nursing stuff at University Hospital of Ioannina

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι «Καταγραφή συμπτωμάτων του αξονικού σκελετού στο νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων». Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μια μικρής εμβέλειας επιδημιολογικού τύπου έρευνα, με στόχο την διερεύνηση του επιπολασμού της οσφυαλγίας, κατά κύριο λόγο, καθώς και άλλων παραμέτρων που την επηρεάζουν. Το συγκεκριμένο θέμα επιλέχθηκε να λάβει χώρα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο λόγω του ότι:

- Είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο της Ηπείρου
- Δεν έχει διεξαχθεί άλλη αντίστοιχη έρευνα
- Συνδυάζει 3 περιοχές (αγροτική, ημιαστική, αστική)

Η μελέτη αυτή έχει διεξαχθεί μέσω χορήγησης ενός συνόλου ερωτήσεων και ερωτηματολογίων, τα οποία περιέχουν εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία και μια σειρά από αναγνωρισμένα διεθνή ερωτηματολόγια που είναι σταθμισμένα και στα ελληνικά και αναφέρονται στη λειτουργικότητα, στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους και την ποιότητα ζωής. Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης θα διερευνηθεί αν αυτά έρχονται σε αντίθεση ή συμφωνούν με παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και σε παγκόσμιο επίπεδο τόσο στην ίδια επαγγελματική ομάδα ή/και διαφορετικές όσο και στο γενικό πληθυσμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: ο επιπολασμός της οσφυαλγίας έχει ερευνηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και με βάση τη βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετοί παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενιακή κατάσταση, ο τόπος κατοικίας κ.α. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τον περιορισμένο αριθμό επιδημιολογικού τύπου μελετών στην Ελλάδα, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του επιπολασμού των νοσηλευτών καθώς και οι παράγοντες κινδύνου που την επηρεάζουν.

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως και τον Μάιο το 2015. Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελούνταν από το νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, οι οποίοι είναι Έλληνες πολίτες, κάτοικοι των ευρύτερων περιοχών του νομού και η δειγματοληψία ήταν τυχαία (μέσω κλήρωσης), σε όλες τις κλινικές του νοσοκομείου. Δημιουργήθηκε μια φόρμα αξιολόγησης για να καλύψει τους παράγοντες που μπορεί να οφείλεται ή να επηρεάζεται ο πόνος στον αξονικό σκελετό και να μετρήσει την ένταση και τη σοβαρότητα του χρόνιου πόνου με διάφορα διεθνή ερωτηματολόγια που εξυπηρετούν αυτούς τους σκοπούς (Roland – Morris Disability Questionnaire, HAD, SF – 36, OSWESTRY). Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 22.0).

Αποτελέσματα: Στην έρευνα αυτή από τα 280 άτομα απάντησαν 117 (82,1% γυναίκες, 17,9% άντρες). Βρέθηκε ότι το 80,3% του δείγματος βίωσε πόνο στον αξονικό σκελετό του τις τελευταίες 4 εβδομάδες με το 27,4% να αναφέρει οσφυαλγία. Οι συσχετίσεις που έγιναν αφορούσαν το ιστορικό με τα ερωτηματολόγια. Τα δημογραφικά στοιχεία δεν εμφάνισαν κάποια συσχέτιση παρά μόνο το φύλο με την υποκλίμακα HAD-depression.

Συμπεράσματα: η οσφυαλγία αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας σε όλους τους πληθυσμούς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν πέρα από σωματικοί είναι και ψυχοκοινωνικοί.

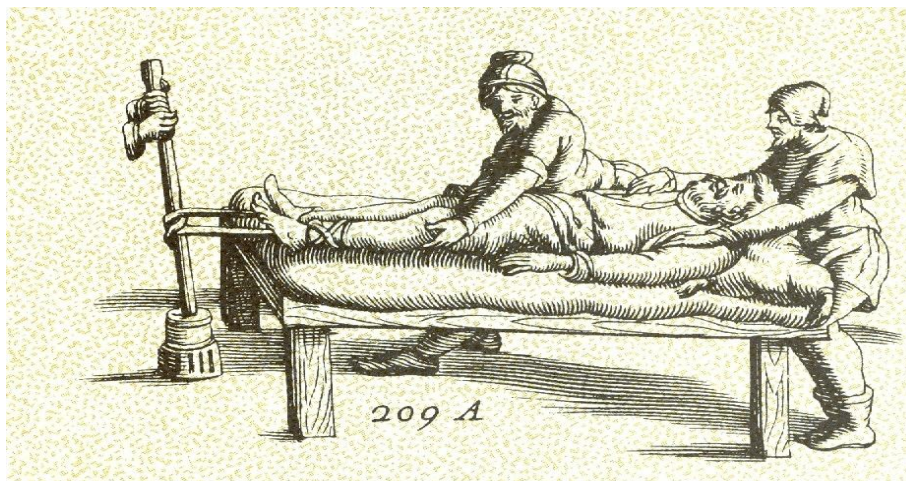
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	3
1.1 Επιδημιολογία σε διάφορες χώρες.....	3
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα	6
1.3 Ανασκόπηση ερωτηματολογίων	8
1.4 Παράγοντες κινδύνου.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	17
2.1 Εισαγωγή.....	17
2.2 Μέθοδος	17
2.2.1. Δείγμα – Καταγραφή	17
2.2.2. Δημιουργία φόρμας αξιολόγησης.....	18
2.2.3. Ανάλυση δεδομένων	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	21
3.1 Αποτελέσματα	21
3.1.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	21
3.1.2. Ιστορικό και συμπτωματολογία.....	24
3.2 Ερωτηματολόγια.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	37
4.1 Συζήτηση.....	37
4.2 Συμπέρασμα	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	41
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	48

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα που θα ακολουθήσει αναφέρεται στην αξιολόγηση συμπτωμάτων του αξονικού σκελετού στο νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Τα συχνότερα συμπτώματα αναφέρονται στον αυχένα και στην οσφύ και αποτελούν μάλιστα τις τελευταίες δεκαετίες και λιγότερο στο θώρακα.

Για την οσφυαλγία γίνεται αναφορά από τα πρώιμα αιγυπτιακά, ελληνικά και ρωμαϊκά κείμενα (Igor de Castro, et al, 2005). Συγκεκριμένα ο Ιπποκράτης (460 π.Χ – 370 π.Χ) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «Οσφυαλγία» στο βιβλίο του «Περί άρθρων» (1990). Μετέπειτα το μεσαίωνα από τη γκραβούρα του Andrea Praland στο σύγγραμά του «Operum Hippocratis coi et Galani» θα δούμε τη θεραπεία της σπονδυλικής στήλης σαν ένα βασανιστήριο (Andreas Praland, 1685).



Αρκετά χρόνια αργότερα, ο Γάλλος Laseque το 1864 θα περιγράψει την ομώνυμη δοκιμασία του ισχιακού νεύρου. Από το 1975 και μετά με την είσοδο της αξονικής τομογραφίας (CT) και το 1989 της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) άρχισαν τα επιτηδευμένα χειρουργεία και η αναζήτηση τρόπων πρόληψης της εκφύλισης των σπονδυλικών δίσκων. Έτσι το 2008 φάνηκε ότι η γονιδιακή θεραπεία και η

θεραπεία με βλαστοκύτταρα είναι η λύση του μέλλοντος και θα στοχεύσει στην ανάπλαση του δίσκου όπως δημοσίευσαν Ιάπωνες ορθοπεδικοί ιατροί (Nishida et al, 2008). Επίσης το 2012 ο Kadi και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι το γονίδιο ERAP1 ευθύνεται για τη δυσκοπάθεια – σπονδυλαρθρίτιδα (Kadi, et al, 2012). Το 2016 ο Feng και οι συνεργάτες του ερεύνησαν ότι το γονίδιο COL1A1 που κωδικοποιεί το κολλαγόνο τύπου I που συναντάται και στους πυρήνες των σπονδυλικών δίσκων αύξησε τον κίνδυνο εκφυλιστικών παραμορφώσεων των δίσκων. Ο υποδοχέας της βιταμίνης D είναι ένα από τα γονίδια που αναφέρθηκε ότι συσχετίστηκε με την εκφύλιση των σπονδυλικών δίσκων και μαζί με τα αλληλόμορφα γονίδια FokI και TaqI βρέθηκε ότι παράγουν χαμηλό σήμα στην απεικόνιση μαγνητικής τομογραφίας στους θωρακικούς και οσφυϊκούς σπονδύλους (Feng, et al, 2016; Chan, et al, 2006). Παρόλα αυτά ο πόνος στην σπονδυλική στήλη είναι συχνό φαινόμενο στις μέρες μας. Πιο συχνά αναφερόμενες δυσλειτουργίες είναι η οσφυαλγία και η αυχεναλγία σε σχέση με τον πόνο στο θώρακα. Η οσφυαλγία αναφέρεται ως η πιο συχνή δυσλειτουργία σε παγκόσμιο επίπεδο μαζί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον διαβήτη, τις νεφροπάθειες και τη νόσο του Alzheimer's και έχει επίδραση τόσο στον οικονομικό τομέα όσο και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Αναφέρεται ως η δεύτερη συχνή αιτία επίσκεψης στο γιατρό στην Αμερική (Feng, et al, 2016). Αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα από τον Γκούβα το 2010 σε δείγμα 18.000 ασθενών έδειξαν ότι είναι το πρώτο αίτιο προσέλευσης στο ιατρείο και αποτελεί το 40% των ασθενών και δεύτερο αίτιο είναι η αυχεναλγία. Σύμφωνα με έρευνα του (Polyzos, 2002) φαίνεται ότι η οσφυαλγία είναι η έκτη αιτία μεγαλύτερης παραμονής στο νοσοκομείο, περίπου 6.5 μέρες με πρώτη αιτία να είναι το έμφραγμα μυοκαρδίου και η υπερπλασία του προστάτη 8.7 μέρες παραμονής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Μετά τη σύντομη ιστορική αναφορά σχετικά με την σπονδυλική στήλη στη συνέχεια θα γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά τον επιπολασμό οσφυαλγίας καθώς και ποιοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο για τη διαμόρφωσή της.

1.1 Επιδημιολογία σε διάφορες χώρες

Οσφυαλγία είναι μια διαταραχή με πολλές αιτιολογίες που συμβαίνει σε αρκετές πληθυσμιακές ομάδες (Manchikanti, 2000). Εντάσσεται στις 4 μυοσκελετικές διαταραχές που σχετίζονται με την μεγαλύτερη πληθυσμιακή ανικανότητα, οι άλλες τρεις είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση και ορίζεται ως ο πόνος που εντοπίζεται κάτω από την 12^η πλευρά και πάνω από τη γλουτιαία πτυχή με ή χωρίς πόνο στο πόδι. Κατηγοριοποιείται σε οξύ στάδιο (< 6 εβδομάδες), σε υποξύ στάδιο (6 εβδομάδες – 3 μήνες) και σε χρόνια στάδιο (> 3 μήνες) (Woolf & Pfleger, 2003). Σύμφωνα με την έρευνα των (Breivik, et al, 2006) που έγινε σε 15 ευρωπαϊκές χώρες συν το Ισραήλ, φαίνεται ότι το 19% των Ευρωπαίων πάσχει από χρόνια πόνο, ο οποίος έχει επιδράσει στην ποιότητα ζωής τους και κοινωνικά αλλά και εργασιακά. Στον παρακάτω πίνακα θα δούμε τον επιπολασμό της κάθε χώρας αναλυτικά σε δείγμα 46.394 ενηλίκων. Φαίνεται ότι οι χώρες που έχουν τον μεγαλύτερο επιπολασμό οσφυαλγίας είναι η Νορβηγία με 30%, η Πολωνία με 27% και ακολουθεί η Ιταλία με 26% σε αντίθεση με την Ισπανία που βρίσκεται στο 12%, η Ιρλανδία και η Αγγλία έχουν επιπολασμό 13% οι οποίες βρίσκονται στα κατώτατα όρια στην Ευρώπη.

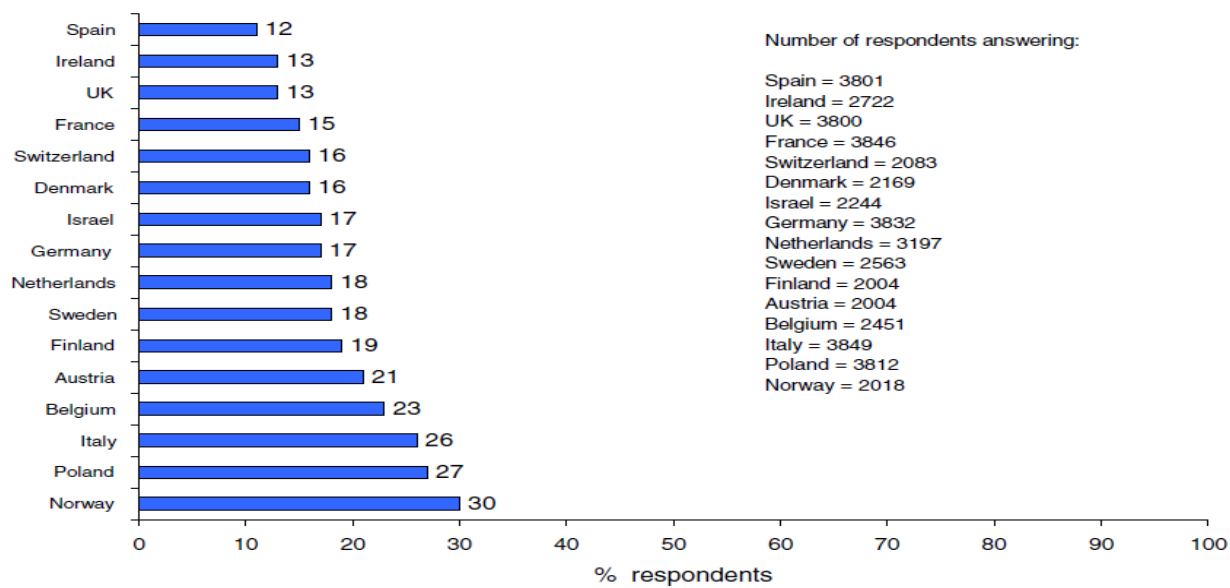


Figure 1. Επιπολασμός του χρόνιου πόνου σε 46.394 ενήλικους (>18 χρονών) σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες συν το Ισραήλ (Breivik, et al, 2006)

Η έρευνα των παραπάνω συμφωνεί με άλλες μεγάλες έρευνες σε Ευρώπη και Αμερική. Σε έρευνα που έγινε στη Δανία σε δείγμα 12.333 ατόμων με χρόνια πόνο διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών και όριο ηλικίας πάνω από 16 ετών, βρέθηκε επιπολασμός 19% (Eriksen, et al, 2003). Επίσης σε έρευνα στη Νορβηγία που διεξήχθη με ερωτηματολόγια σε δείγμα 4.000 ενήλικων ο επιπολασμός ήταν 24.4% (Rustoen, et al, 2004). Σύμφωνα με τους Saastamoinen, et al, 2005 στο Ελσίνκι σε έρευνα που διεξήχθη σε ενήλικες εργαζομένους ηλικίας 40 – 60 ετών και δείγμα 8970 βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου (διάρκειας πόνου πάνω από 3 μήνες) είναι 29% και ο επιπολασμός χρόνιου πόνου και ανικανότητας είναι 7% για τις γυναίκες και 24% με 5% ανικανότητα για τους άνδρες. Έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από οποιονδήποτε μυοσκελετικό πόνο (45%) είναι μεγαλύτερο από των αντρών (39%), με τις γυναίκες να πονάνε περισσότερο στα ισχία και την άκρα χείρα, παρόλα αυτά για την οσφυαλγία δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα σύμφωνα με τους Wijnhoven, et al, 2006. Στην Ισπανία σε δείγμα 2998 ενήλικων ο επιπολασμός βρέθηκε 14.8% σύμφωνα με τους Carmona, et al, 2001 μια έρευνα η οποία έγινε σε 20 νομούς και επιβεβαιώνει την έρευνα των Breivik, et al, (2006). Σύμφωνα με τους McBeth & Jones (2007), ένας στους δυο πάσχει από οσφυαλγία, επίσης τόνισαν ότι ο μυοσκελετικός πόνος είναι δύσκολο να υπολογισθεί και να ερευνηθεί, γιατί κάθε έρευνα χρησιμοποιεί διαφορετικό πληθυσμό, διαφορετικές μεθοδολογίες και οι παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο είναι πολλοί.

Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός κυμαίνεται από 8% - 56% σε ένα χρόνο, και της εμμένουσας οσφυαλγίας είναι 15% (Manchikanti, 2000). Με βάση την έρευνα του Cassidy και των συνεργατών του (1998) στον Καναδά ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια ζωής τους είναι 84%. Σε 6 μήνες τον κατηγοριοποίησε σε τέσσερις βαθμούς ανάλογα την σοβαρότητα και την ανικανότητα του ατόμου, ο βαθμός 1 περιγράφει χαμηλή ένταση πόνου και ανικανότητα και ο επιπολασμός φτάνει στο 47%, ο βαθμός 2 περιγράφει υψηλή ένταση και χαμηλή ανικανότητα και είναι 12%, ο βαθμός 3 και 4 περιγράφει υψηλή ένταση με μέτρια και σοβαρή αντίστοιχα ανικανότητα και ο επιπολασμός είναι 13% και στο σύνολό τους είναι 72%.

Στη Σαγκάη σε έρευνα που έγινε σε 3 διαφορετικά επαγγέλματα δείγματος 383 εργατών (παραγωγής ενδυμάτων, παραγωγής μπαταρίας και δάσκαλοι) βρέθηκε ότι ο ετήσιος επιπολασμός οσφυαλγίας ανέρχεται στο 50% με τον επιπολασμό των εργατών να φτάνει στο 74% ενώ τον δασκάλων στο 40% (Jin, et al, 2004). Σε άλλη έρευνα στο Ιράν σε 13776 εργαζομένους σε εργοστάσιο αυτοκινήτων ο ετήσιος επιπολασμός οσφυαλγίας είναι 21% με τους άνδρες να είναι στο 20.5% και τις γυναίκες στο 27.2%, από την έρευνα αυτή αποκλείστηκαν όσοι δούλευαν για λιγότερο από ένα χρόνο (Ghaffari, et al, 2006). Στην Αντάλια της Τουρκίας σε δείγμα 3.173 ατόμων, που πάσχουν από οσφυαλγία, με ηλικία 16 και άνω ο επιπολασμός στη διάρκεια ζωής βρέθηκε 46.6%, ενώ ο ετήσιος είναι 35.9%, η έρευνα αυτή έγινε με συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο από 30 ερευνητές (Gilgil, et al, 2005). Σε έρευνα που έγινε σε χωριά στο Θιβέτ σε δείγμα 499 ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω σε 19 χωριά, βρέθηκε ότι πάσχει από οσφυαλγία το 34.1%, και σε επιπολασμό ενός χρόνου βρέθηκε το 41.9%, επίσης το 20% ανέφερε ανικανότητα η οποία σχετίζεται με την οσφυαλγία (Hoy, et al, 2003).

Στην Αφρική διεξήχθη μια διαφορετική έρευνα, η οποία περιλαμβάνει βιβλιογραφική ανασκόπηση στον επιπολασμό της οσφυαλγίας, χρησιμοποιώντας όλες τις βάσεις δεδομένων για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Βρέθηκε ότι η οσφυαλγία αυξάνεται με την ηλικία και η μέση τιμή για τον επιπολασμό τώρα είναι 32% για τους ενήλικες. Χαρακτηριστικό είναι ο επιπολασμός 59% στη Νιγηρία σε εύρος ηλικίας από 20 – 60 ετών, οποίος παραμένει σταθερός και σε επιπολασμό ενός χρόνου. Ο ετήσιος επιπολασμός έχει μέση τιμή 50%, ενώ ο επιπολασμός σε όλη τη διάρκεια ζωής έχει μέση τιμή 62% στους ενήλικες. Φαίνεται ότι ο επιπολασμός αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου (Louw, et al, 2007). Οι Gureje et al (1998) σε έρευνα που έγινε σε 15 κέντρα σε Ασία, Αφρική, Ευρώπη και Αμερική με δείγμα 5438 ατόμων που πήραν μέρος στη συνέντευξη βρήκαν ότι το 22% αναφέρει επίμονο πόνο και παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών διαταραχών και πόνου σε κάθε κέντρο ενώ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ ανικανότητας και πόνου. Ανέφεραν επίσης ότι η οσφυαλγία είναι ο τρίτος συχνότερος αναφερόμενος πόνος μετά τον πονοκέφαλο και τις

αρθραλγίες ενώ την ίδια χρονιά η έρευνα του Lawrence και συνεργατών του είπαν ότι είναι η πρώτη διαταραχή σε επιπολασμό με ποσοστό 56%.

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα

Ο πόνος στην σπονδυλική στήλη και άλλες μυοσκελετικές διαταραχές έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό τις τελευταίες δεκαετίες και στον Ελλαδικό χώρο. Συχνός παράγοντας είναι το επάγγελμα και οι οικονομικές συνέπειες αυτού. Παρακάτω αναφέρονται μερικά επαγγέλματα και τα ποσοστά που πάσχουν σε καθένα από αυτά.

Σύμφωνα με έρευνα των Stranjalis, et al, 2004 η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ελληνικού γενικού πληθυσμού 2000 ατόμων, έδειξε ότι ο επιπολασμός οσφυαλγίας σε όλη τη διάρκεια ζωής κυμαίνεται 50% - 80%, ενώ ο ετήσιος είναι περίπου 50%. Ανέφεραν επίσης ότι οι Έλληνες έχουν μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές σε σύγκριση με άλλες χώρες, π.χ. το ΑΕΠ στην Ελλάδα είναι κατά μέσο όρο 18.000\$ ενώ στη Β. Ευρώπη είναι μεταξύ 25.000\$ - 30.000\$, ενώ στις ΗΠΑ φθάνει τα 35.000\$. Επίσης στην Ελλάδα η γεωργία εκτιμάται στο 17% ενώ σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση το ποσοστό είναι στο 4% του συνόλου των εργαζομένων. Επίσης το 2011 σε έρευνα που έκανε ο Stranjalis και οι συνεργάτες του σε δείγμα 1000 ατόμων βρήκαν ότι οι 204 πάσχουν από αυχεναλγία, εκ των οποίων το 35.3% έλαβε φαρμακευτική αγωγή, το 7.4% έμεινε στο κρεβάτι εξαιτίας του πόνου και το 8.6% των εργαζομένων πήρε αναρρωτική άδεια μέσης διάρκειας 4.6 μέρες. Επίσης συσχέτισαν τον πόνο στον αυχένα με το φύλο με μεγαλύτερη εμφάνιση στις γυναίκες, με την αύξηση της ηλικίας και με την οικογενειακή κατάσταση, οι παντρεμένοι εμφάνιζαν πόνο.

Σε έρευνα των Stergioulas, et al, 2004 σε άνδρες καθηγητές φυσικής αγωγής βρέθηκε να πάσχουν από οσφυαλγία το 63%. Η έρευνα έγινε στην Αθήνα μέσω ερωτηματολογίων και έδειξε υψηλότερα ποσοστά οσφυαλγίας σε αυτούς που απάντησαν ότι δεν έκαναν personal training σε σχέση με αυτούς που έκαναν. Σε πιλωτική έρευνα της Σολιδάκη, 2006 η οποία πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη σε δείγμα 50 νοσηλευτών και 50 ταχυδρομικών υπαλλήλων με τελικά δείγμα 89 ατόμων(45 νοσηλευτές και 44 ταχυδρομικοί υπάλληλοι) βρέθηκε ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες ανέφεραν πόνο στην οσφύ το 37.2%. Σε έρευνα των Antonopoulou, et al, 2007 σε δείγμα 455 ατόμων που επισκέφτηκαν

ανεξαρτήτως λόγου 3 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας (που επιλέχθηκαν για την έρευνα) ασθενών στην Κρήτη δόθηκαν να συμπληρωθούν κάποια ερωτηματολόγια σχετικά με τον μυοσκελετικό πόνο. Από αυτούς οι 376 ανέφεραν κάποιο μυοσκελετικό πόνο που βίωσαν τον προηγούμενο χρόνο, με το 56.9% να αναφέρει οσφυαλγία. Οι Spyropoulos, et al., 2007 σε έρευνά τους σε 771 Έλληνες δημοσίους υπαλλήλους βρήκαν ότι 61.6% πάσχουν από οσφυαλγία σε όλη τη διάρκεια ζωής τους, ενώ στον ετήσιο επιπολασμό το ποσοστό είναι 37.8%. Ακόμα παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα στη συγκεκριμένη έρευνα με το ποσοστό των γυναικών να φτάσει στο 63.3%, ενώ των ανδρών να είναι 56.1%. Επίσης το 37% των ατόμων με χρόνια πρόβλημα ανέφερε και διαταραχές στον ύπνο.

Σε έρευνα των Alexopoulos, et al, 2003 που διεξήχθη σε νοσηλευτικό προσωπικό δείγματος 351 ατόμων, σε έξι νοσοκομεία στην Αθήνα, έδειξε ότι το 75% των συμμετεχόντων αναφέρει πόνο στην περιοχή της οσφύς τους τελευταίους 12 μήνες. Ενώ το 11% αναφέρει χρόνια πρόβλημα διάρκειας 3 μηνών και άνω και απουσία από τη δουλειά για τις αντίστοιχες ενοχλήσεις αναφέρει το 17%. Η παραπάνω έρευνα συμφωνεί με παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες χώρες όπως στη Σουηδία (Josephson, et al, 1997) και στην Ολλανδία (Engels, et al, 1996). Επίσης σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Alexopoulos και του συνεργάτες του το 2004 σε 430 οδοντιάτρους στη Θεσσαλονίκη βρέθηκε ότι το 46% αναφέρει οσφυαλγία τους τελευταίους 12 μήνες, το 10% αναφέρει απουσία από τη δουλειά λόγω οσφυαλγίας. Επίσης ιατρική φροντίδα αναζήτησε το 19%. Τέλος σύγκριναν τα ποσοστά των οδοντιάτρων με το νοσηλευτικό προσωπικό και διαπίστωσαν ότι υπάρχει διαφορά στα ποσοστά οσφυαλγίας και αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω του διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού 'status' και τον τύπο της εργασίας.

Δυο χρόνια μετά οι Alexopoulos, et al, 2005 σε έρευνα που πραγματοποίησαν σύγκριναν τις μυοσκελετικές διαταραχές Ελλήνων νοσηλευτών δείγματος 351 ατόμων και Δανών δείγματος 393 ατόμων και βρήκαν ότι τα προβλήματα οσφυαλγίας σε ετήσιο επιπολασμό στους Έλληνες είναι 75% ενώ στους Δανούς 62%. Απουσία από την εργασία δήλωσε για την οσφυαλγία το 17% των Ελλήνων και το 15% των Δανών. Φαίνεται ότι τα ποσοστά του ελληνικού νοσηλευτικού προσωπικού είναι μεγαλύτερα από της Δανίας. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στα έτη εργασιακής απασχόλησης του δείγματος που στην Ελλάδα είναι 12.7 έτη (μέσος όρος) ενώ στην Ολλανδία είναι 8.4 έτη (μέσος όρος). Στην Ελλάδα αναφέρουν συχνότερη άρση ή μετακίνηση βάρους, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι παρόμοιοι για τις δυο χώρες. Επίσης και στις δυο χώρες περίπου το 45% αναζητά ιατρική φροντίδα και αποκατάσταση, όμως στην Ελλάδα ο ένας

στους 4 επισκέπτονται ιατρό και το 5% φυσικοθεραπευτή, ενώ στη Δανία λιγότεροι επισκέπτονται κάποιον επαγγελματία υγείας και το 20% φυσικοθεραπευτή. Τέλος οι χαρακτηριστικές διαφορές που παρατηρούνται στην Ελλάδα και τη Δανία οφείλονται στη δομή και στη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος.

1.3 Ανασκόπηση ερωτηματολογίων

Ένας από τους πιο διαδεδομένους, αξιόπιστους, πρακτικούς, χρήσιμους και σημαντικούς τρόπους εκτίμησης των ασθενών με πόσο στη σπονδυλική στήλη είναι μέσω χορήγησης αυτό-αναφερόμενων (self - reported) ερωτηματολογίων. Αυτή η μελέτη έγινε με ερωτηματολόγια που καταγράφουν πέραν από τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, τον πόνο στην σπονδυλική στήλη και πως επιδρά στη λειτουργικότητα με το ερωτηματολόγιο Roland – Morris Disability Questionnaire (RMDQ) και το δείκτη αναπηρίας ODI (Oswestry Disability Index), πώς επιρεάζει ο πόνος την ψυχολογία του ατόμου με την κλίμακα HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) αλλά και πως περιγράφει το άτομο την γενική υγεία του με την SF – 36 (Healthy Survey Scoring Demonstration). Όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ερωτηματολογίων έχουν γίνει οι αντίστοιχες έρευνες που το αποδεικνύουν.

Roland – Morris Disability Questionnaire (RMDQ): Εισήχθη πριν το 1980 για την εκτίμηση την ανικανότητας ατόμων με οσφυαλγία, αυτό το ερωτηματολόγιο δεν δίνει έμφαση σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Είναι απλό, εύκολα κατανοητό και μικρό, απαρτίζεται από 24 ερωτήσεις. Έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 35 γλώσσες. Η μετάφραση στα ελληνικά πέρασε από διάφορα στάδια και ο έλεγχός του αρχικά έγινε σε δείγμα μόλις 20 ασθενών, με αποτέλεσμα να γίνουν αλλαγές στην αρχική μορφή του. Έπειτα η αξιοπιστία και εγκυρότητά του δοκιμάστηκε σε μεγαλύτερο δείγμα της τάξεως των 697 ασθενών με οσφυαλγία μέσα σε 5 χρόνια με εύρος ηλικίας 18 – 80 ετών και μέσο όρο 45.9 έτη (235 άνδρες), ενώ αποκλείστηκαν οι ψυχιατρικοί ασθενείς. Η αξιοπιστία του RMDI μέσω του δείκτη Cronbach κυμάνθηκε από 0.887 – 0.886, υποδηλώνοντας πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή – αξιοπιστία (R: 0 – 1, όσο υψηλή είναι η τιμή του συντελεστή τόσο τόσο υψηλή συνοχή έχουμε). Όμως η αξιοπιστία δεν εξασφαλίζει και την εγκυρότητα. Έτσι η face validity ενισχύθηκε από το σχεδιάγραμμα, τη σαφή δομή και τη σαφήνεια των ερωτήσεων, η εγκυρότητα

περιεχομένου αξιολογήθηκε από ορθοπεδικούς και έναν κλινικό, ειδικό στη διερεύνηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτηματολογίων και βρέθηκε ότι περιλαμβάνουν τα απαραίτητα στοιχεία για την ακριβή εντύπωση της ανικανότητας και τέλος η ταυτόχρονη εγκυρότητα έγινε χρησιμοποιώντας μια εξαβάθμια κλίμακα πόνου ως κριτήριο (Boscainos, et al, 2003).

Oswestry Disability Index (ODI): Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε για να εξετάσει την ανικανότητα σε καθημερινές δραστηριότητες και τον τρόπο ζωής του ασθενή. Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις που κάθε μια βαθμονομείται από 0 – 5. Το μέγιστο σκορ όλων των ερωτήσεων είναι 50. Η ανικανότητα υπολογίζεται ως :

$\frac{\text{Σκορ του ασθενή}}{\text{Ερωτήσεις που απάντησε} \times 5} \times 100 = \dots \%$

Όσο πιο μικρό το ποσοστό τόσο μικρότερη η ανικανότητα του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο αυτό εισήχθη από τον John O'Brien το 1976 αλλά δημοσιεύθηκε το 1980 από τον Fairbank και τους συνεργάτες του. Στα ελληνικά σταθμίστηκε από τον Boscainos και τους συνεργάτες του το 2003 σε δείγμα 697 ασθενών με οσφυαλγία μέσα σε 5 χρόνια με εύρος ηλικίας 18 – 80 ετών και μέσο όρο 45.9 έτη (235 άνδρες). Η αξιοπιστία του ODI μέσω του δείκτη Cronbach κυμάνθηκε από 0.803 – 0.872, υποδηλώνοντας πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή – αξιοπιστία (R: 0 – 1, όσο υψηλή είναι η τιμή του συντελεστή τόσο τόσο υψηλή συνοχή έχουμε).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs): Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε το 1983 από τους Zigmond και Snaith και πλέον είναι μεταφρασμένη σε πάνω από 67 γλώσσες. Δημιουργήθηκε για να παράσχει στους ιατρούς ένα αποδεκτό, αξιόπιστο, έγκυρο και εύχρηστο εργαλείο για τη κατάθλιψη και ανησυχία που βιώνουν οι ασθενείς, δεν δημιουργήθηκε για να χρησιμοποιείται για διάγνωση αλλά για να προσδιορίσει ποιοι ασθενείς χρειάζονται περαιτέρω βοήθεια. Να σημειωθεί ότι έχουν αποκλειστεί συμπτώματα όπως αυπνία, κόπωση, φοβίες κ.α. (Zigmond & Snaith, 1983). Η κλίμακα HAD έχει δοθεί στον παρακάτω εκδοτικό οίκο National Foundation for Educational Research (nferNelson: <http://www.nfer-nelson.co.uk> και email: information@nfer-nelson.co.uk), ο οποίος παρέχει τη φόρμα και το εγχειρίδιο χρήσης της καθώς επίσης και τις μεταφράσεις σε συνεργασία με άλλους εκδότες (Snaith, 2003). Στην Ελλάδα σταθμίστηκε από τον

Michopoulos και τους συνεργάτες του το 2008 σε δείγμα 521 συμμετεχόντων (246 ασθενείς και 275 ομάδα ελέγχου). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 14 στοιχεία που κάθε στοιχείο βαθμονομείται με την κλίμακα Likert από το 0-3. Από τα 14 στοιχεία τα 7 αναφέρονται στην κατάθλιψη και τα άλλα 7 στην ανησυχία. Έτσι το συνολικό αποτέλεσμα των 14 είναι το αντίστοιχο ποσό των 7 στοιχείων με εύρος από 0 – 21. Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας HADs μέσω του δείκτη Cronbach's α είναι 0.884 συνολικά, επιμέρους για την ανησυχία είναι 0.829 και για την κατάθλιψη 0.840. Η αξιοπιστία μέσω του δείκτη Cronbach's α είναι 0.944 συνολικά, επιμέρους για την ανησυχία είναι 0.899 και για την κατάθλιψη 0.837.

SF – 36 Health Survey: Η αρχική φόρμα ποιότητας ζωής (MOS_(Medical Outcomes Study) 36-item short-form health survey (SF-36)) δημιουργήθηκε το 1992 από τους Ware και Sherbourne και αναφέρεται στην γενική κατάσταση υγείας. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτονται από 8 κατηγορίες ερωτήσεων

1. Περιορισμός σωματικών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας,
2. Περιορισμός κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων
3. Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω σωματικής υγείας
4. Σωματικός πόνος
5. Γενική ψυχική υγεία
6. Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω ψυχικής υγείας
7. Ζωτικότητα (ενέργεια και κόπωση)
8. Αντίληψη γενικής υγείας

Ένα χρόνο μετά ο Hays και οι συνεργάτες του τροποποίησαν την προηγούμενη φόρμα, ονόμασαν την καινούρια (RAND 36-Item Health Survey), όχι ως προς το περιεχόμενο των ερωτήσεων αλλά ως προς τον υπολογισμό του σκορ . Το συνολικό σκορ της κλίμακας βγαίνει από ένα συγκεκριμένο λειτουργικό σύστημα που συνυπολογίζει τις 8 κατηγορίες και βγάζει σαν αποτέλεσμα 2 παραμέτρους την σωματική υγεία και την ψυχική. Υπολογίζεται από 0 – 100, όσο υψηλότερο το σκορ τόσο πιο υγιές είναι το άτομο. Στην Ελλάδα σταθμίστηκε από τους (Pappa, et al, 2005) σε δείγμα 1426 ατόμων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας με ποσοστό ανταπόκρισης 70.6% (46.6% άντρες και το 53.4% γυναίκες). Η εσωτερική συνοχή μέσω του δείκτη Cronbach α κυμάνθηκε από 0.79 – 0.95 και στις 8 κατηγορίες.

1.4 Παράγοντες κινδύνου

Ο πόνος στην σπονδυλική στήλη όπως έχει αποδειχθεί από πληθώρα ερευνών σχετίζεται με πολλούς παράγοντες κινδύνου, είτε αυτοί αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά, είτε ψυχολογικά, είτε κοινωνικοοικονομικά. Ο χρόνιος πόνος είναι ο πόνος που διαρκεί τουλάχιστον 3 μήνες, μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα όμως μπορεί να υπάρξουν εξάρσεις και υφέσεις και δεν πρέπει να υπάρξει σύγχυση με το να περιγραφθεί ως οξύς. Παρακάτω θα αναφερθούν μερικοί παράγοντες κινδύνου και πως επηρεάζει ο καθένας από αυτούς το χρόνιο πόνο της σπονδυλικής στήλης.

Οι McBeth & Jones, 2007 στην έρευνά τους κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με την οσφυαλγία σε 3 μέρη:

- i. Ηλικία και φύλο: και στα δυο φύλα ο επιπολασμός της οσφυαλγίας αυξάνεται με την ηλικία. Αναφέρθηκε επίσης ότι σε επιπολασμό μιας εβδομάδας ο μέγιστος ήταν στις γυναίκες ηλικίας 64 – 66 και στους άνδρες ηλικίας 54 – 56 (Natvig, et al, 2001). Η παρουσία των συμπτωμάτων αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι με την αύξηση της ηλικίας προοδεύει και ο εκφυλισμός.
- ii. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, εθνικότητα και φυλή: το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Roth, et al, 2001), το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία (Portenoy, et al, 2004) σχετίζονται με την αύξηση του πόνου. Οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές σχετίζονται με την αύξηση επιπολασμού χρόνιου πόνου και στα δυο φύλα, ακόμα σχετίζεται και με έναν αριθμό ψυχολογικών παραγόντων (Bergman, et al, 2001). Έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ φυλής, εθνικότητας και πόνου. Συγκρίθηκαν οι Καυκάσιοι με τους Αφροαμερικάνους και τους Ισπανούς και βρέθηκε ότι οι πρώτοι αναφέρουν πιο σοβαρό πόνο με μικρότερη ανοχή σε αυτόν και αναζητούν πιο εύκολα θεραπεία (Edwards, et al, 2001; McCracken, et al, 2001).
- iii. Κάπνισμα, δείκτης μάζας σώματος (BMI), ψυχολογικό στάτους: σε έρευνες βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και οσφυαλγίας (Palmer, et al, 2003). Επίσης έχει αναφερθεί ότι υπάρχει συσχέτιση οσφυαλγίας με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και ιδιαίτερα από τον χώρο εργασίας (Manek & MacGregor, 2005).

Σε έρευνα του Goubert, et al, 2004 στο Βέλγιο με εξαμηνιαίο επιπολασμό 41.8% σε δείγμα 1624 ατόμων, οι παράγοντες που φαίνονται να συσχετίζονται με οσφυαλγία είναι πολλοί. Μερικοί από αυτούς είναι η ηλικία που σχετίζεται όπως φαίνεται σε πληθώρα ερευνών, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα κ.α. Στο Βέλγιο χαρακτηριστικό επίσης είναι η διαφορά γλώσσας σε Ολλανδόφωνους και Γαλλόφωνους που όπως βρέθηκε σχετίζεται και αυτή με την οσφυαλγία. Βρέθηκε ότι στον εξαμηνιο επιπολασμό οι Γαλλόφωνοι φαίνεται να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό 48.3% από τους Ολλανδόφωνους 36.8%. Έρευνα του Currie & Wang, 2004 στον Καναδά έδειξε ότι η κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο, και θα δούμε πως επηρεάζεται η ένταση του πόνου με το ποσοστό κατάθλιψης. Στην ίδια έρευνα σύγκριναν αυτούς που δεν έχουν κατάθλιψη με τους πάσχοντες και βρέθηκε ότι τα άτομα με χρόνια πόνο και κατάθλιψη είναι νέες ανύπαντρες γυναίκες. Βρέθηκε ότι αυτοί που δεν έχουν χρόνια πόνο έχουν μικρό ποσοστό κατάθλιψης περίπου 6% σε αντίθεση με αυτούς που έχουν σοβαρό πόνο και έχουν κατάθλιψη περίπου 25%. Ο συνδυασμός κατάθλιψης και χρόνιου πόνου στον γενικό πληθυσμό είναι 2%. Βρέθηκε επίσης και το πώς επηρεάστηκε η εργασία των ατόμων στις τρεις κατηγορίες ηλικιών, με βάση τη σοβαρότητα του πόνου, σε διάστημα 2 εβδομάδων. Φαίνεται ότι ο επιπολασμός των ατόμων που πάσχουν από οσφυαλγία άνω των 65 ετών, οι οποίοι είναι άνεργοι, είναι υψηλός περίπου 85% σε αντίθεση με τις ηλικίες 20 – 64 ετών που είναι 15%. Επίσης αυτοί που ανέφεραν ανικανότητα εργασίας τουλάχιστον μια ημέρα είναι αυτοί που είναι από 20 – 64 ετών και ο επιπολασμός είναι 40% σε αντίθεση με αυτούς που είναι 65 ετών και άνω που ο επιπολασμός είναι στο 30%.

Ο Manchikanti, 2000 κατηγοριοποίησε τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οσφυαλγία σύμφωνα με το ποιοί παράγοντες ευθύνονται και τους κατέταξε ως εξής: παράγοντες συνήθεις και ανεξάρτητοι. Αυτά φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2):

Causal	Probable	Possible	Nonrelated
None	Genetic	Lifting	Body height
	Age	Vibration	Scoliosis
	Smoking	Psychosocial factors	Kyphosis
		Gender	Leg-length discrepancy
		Obesity	Physical activity
		Heavy physical work	
		Static work postures	
		Back pain history	
		Job dissatisfaction	

Figure 2. Παράγοντες κινδύνου οσφυαλγίας (Manchikanti, 2000)

Οι Manek & MacGregor, 2005 κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες κινδύνου ανάλογα με αυτούς που σχετίζονται με περιστασιακή οσφυαλγία και αυτούς που σχετίζονται με χρόνια οσφυαλγία (πίνακας 3) :

	Περιστασιακή	Χρόνια
Ανεξάρτητοι παράγοντες	Ηλικία Φύλο Κάπνισμα Γενική υγεία Αυξημένο βάρος γέννησης (άνδρες)	Παχυσαρκία Μορφωτικό επίπεδο Υψηλά επίπεδα πόνου / ανικανότητας Υγειονομική περίθαλψη Ανεργία
Ψυχολογικοί παράγοντες	Άγχος Συμπεριφορά πόνου Κατάθλιψη Γνωστική λειτουργία	Άγχος Κατάθλιψη Somatization Μακράς διάρκειας πόνος Φόβος Επαγγελματική δυσσάρεσκεια

Επαγγελματικοί παράγοντες	Χειρωνακτική εργασία Μονότονη εργασία Επαγγελματική δυσαρέσκεια Κοινωνική υποστήριξη / εργασιακές σχέσεις Νυχτερινές βάρδιες Κάμψη και στροφή Δόνηση σε όλο το σώμα	Αδιαθεσιμότητα ελαφρών καθηκόντων Άρση βάρους για περισσότερο από τρία τέταρτα την ημέρα
----------------------------------	--	--

Figure 3. Παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με Manek & MacGregor, 2005

Με βάση των παραπάνω πίνακα οι ανεξάρτητοι παράγοντες (ηλικία, φύλο κ.α.), οι ψυχολογικοί (άγχος, κατάθλιψη κ.α.) και οι επαγγελματικοί (χειρωνακτική εργασία, βάρδιες κ.α.) φαίνεται ότι επηρεάζουν την οσφυαλγία. Επίσης δείχνει ποιοι είναι αυτοί που ευθύνονται για τη χρονιότητα της οσφυαλγίας και ποιοι για ένα περιστασιακό συμβάν το οποίο αν εξακολουθήσει να συμβαίνει μπορεί να οδηγήσει στη χρονιότητα.

Στην έρευνα των Vindigni, et al, 2005 με δείγμα 189 ατόμων, σε αγροτική κοινότητα Αβοριγίνων στην Αυστραλία, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίστηκαν με την οσφυαλγία ήταν:

- i. το κάπνισμα με υψηλό επιπολασμό 46%, 38% αυτοί που κάπνιζαν 10 – 20 τσιγάρα καθημερινώς και 8% αυτοί που κάπνιζαν πάνω από 20 τσιγάρα καθημερινώς. Το ποσοστό ιθαγενών που καπνίζουν πάνω από 18 χρονών είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σύγκριση με των ενδογενών, 51% με 24% αντίστοιχα (Australian Bureau of Statistics, 1995).
- ii. Χαμηλή φυσική κατάσταση: 16% δεν γυμνάζονται καθόλου ενώ 35.9% ξοδεύουν λιγότερο από 30 λεπτά / βδομάδα για γυμναστική.
- iii. Παχυσαρκία: ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι υψηλός 45% ενώ οι υπέρβαροι είναι 26%. Μεγαλύτερες τιμές παρατηρούνται μεταξύ 26 – 45 ετών με τους άνδρες να είναι πιο υπέρβαροι (26%) και γυναίκες (18%), ενώ στην παχυσαρκία και οι άνδρες και οι γυναίκες είναι (23%) στο ίδιο εύρος ηλικίας. Σε αντίθεση με ηλικία πάνω από 45 ετών που οι γυναίκες έχουν

μεγαλύτερα ποσοστά και στις δυο κατηγορίες. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι ανησυχητικός, γιατί αφενός είναι ένας δείκτης οσφυαλγίας, αφετέρου έχει αντίκτυπο σε παγκόσμιο επίπεδο (Webb, et al, 2004).

Με βάση τις παραπάνω έρευνες και τα αποτελέσματα αυτών, φαίνεται ότι η οσφυαλγία σχετίζεται με πολλούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Μερικοί από τους παράγοντες που ευθύνονται για την οσφυαλγία είναι η ηλικία, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται και τα συμπτώματα οσφυαλγίας λόγω εκφύλισης, επίσης βρέθηκε ότι ευθύνεται το βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, όσο χαμηλότερο είναι τόσο μεγαλύτεροι οι δείκτες οσφυαλγίας. Τέλος ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η κατάθλιψη και γενικότερα η ψυχολογία του ατόμου που όπως βρέθηκε είναι η μάστιγα των τελευταίων δεκαετιών και επιδρά αρνητικά και στα σωματικά συμπτώματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Εισαγωγή

Βάση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με την οσφυαλγία, παρατηρούμε τα εξής:

- Το ποσοστό οσφυαλγίας στον Ελλαδικό χώρο είναι κυρίαρχο
- Δεν έχουν διερευνηθεί αρκετά διάφορα επαγγέλματα
- Δεν έχουν διερευνηθεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα

Επομένως σκοπός αυτής της μελέτης είναι:

- Η αξιολόγηση συμπτωμάτων οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωάννινων
- Η διερεύνηση παραγόντων κινδύνου

2.2 Μέθοδος

2.2.1. Δείγμα – Καταγραφή

Το δείγμα των ερωτηθέντων αποτελούνταν από το νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, οι οποίοι είναι Έλληνες πολίτες με γνώση γραφής και ανάγνωσης της ελληνικής γλώσσας, κάτοικοι των ευρύτερων περιοχών του νομού. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία (μέσω κλήρωσης) και πραγματοποιήθηκε από την τελειόφοιτη φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Αντιμετώπισης του πόνου». Συγκεκριμένα, η δειγματοληψία έγινε από όλες τις κλινικές του νοσοκομείου έχοντας τη λίστα όλων των νοσηλευτών του νοσοκομείου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως και τον Μάιο το 2015. Κατόπιν προσέγγισης του κάθε νοσηλευτή, ο οποίος επιλέχθηκε τυχαία και ενημερώθηκε για το σκοπό της μελέτης, μοιράσθηκε η φόρμα αξιολόγησης των συμπτωμάτων. Η διάρκεια συμπλήρωσης της φόρμας υπολογίσθηκε περίπου στα 5 - 7 λεπτά. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, εμπιστευτική και απόρρητη, ενώ υπήρχε η δυνατότητα απόσυρσης οποιαδήποτε στιγμή το ήθελαν.

2.2.2. Δημιουργία φόρμας αξιολόγησης

Η φόρμα αξιολόγησης που χορηγήθηκε για την έρευνα αυτή, δημιουργήθηκε για να καλύψει τους παράγοντες που μπορεί να οφείλεται ή να επηρεάζεται ο πόνος στον αξονικό σκελετό και να μετρήσει την ένταση και τη σοβαρότητα του χρόνιου πόνου με διάφορα διεθνή ερωτηματολόγια που εξυπηρετούν αυτούς τους σκοπούς. Η φόρμα αυτή αποτελείται από:

1. 10 ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία, όπως ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων, κάπνισμα, κ.α.
2. 17 ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό, την κλινική συμπτωματολογία του ασθενή, το αν επισκέφτηκε κάποιον επαγγελματία υγείας, αν έχει υποβληθεί σε εξετάσεις, αν έχει πάρει αναρρωτική άδεια, αν έχει υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο και ένα body chart για να σημειώσει τα ακρινή σημεία ενόχλησης.
3. 4 διεθνή ερωτηματολόγια, σχετικά με την ανικανότητα, την ψυχοσωματική κατάσταση, την ποιότητα ζωής. Τα επιλεγμένα ερωτηματολόγια είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα στα ελληνικά. Χρησιμοποιήθηκαν γιατί είναι απλά, κατανοητά, μικρά, έγκυρα και αξιόπιστα. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν:
 - Roland – Morris Disability Index: χρησιμοποιείται για την οσφυαλγία και μετρά την σωματική ανικανότητα του ατόμου με 24 ερωτήσεις. Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη είναι η ανικανότητα.
 - HAD (Hospital Anxiety and Depression scale): μετρά την ανησυχία και την κατάθλιψη με 14 ερωτήσεις. Οι 7 αναφέρονται στην ανησυχία, οι υπόλοιπες 7 στην κατάθλιψη και διατυπώνονται εναλλάξ.
 - SF-36: μετρά την γενική υγεία με 36 ερωτήσεις που συνθέτονται από 8 κατηγορίες ερωτήσεων. Το σκορ υπολογίζεται με ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα και όσο ψηλότερο το σκορ τόσο πιο υγιές είναι το άτομο.
 - Oswestry Disability Index (ODI): εξετάζει την ανικανότητα σε καθημερινές δραστηριότητες και τον τρόπο ζωής του ασθενή, μέσα από 10 ερωτήσεις. Όσο μεγαλύτερο το ποσοστό τόσο μεγάλη και η ανικανότητα.

2.2.3. Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις στις συνεχείς κλίμακες μέτρησης όπως το SF36 ή κλίμακα RDMQ, η κλίμακα Oswestry κ.α ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά. Για την εξέταση των ερευνητικών υποθέσεων που αφορούν την επίδραση των δημογραφικών και του ιστορικού χρησιμοποιήθηκαν αρχικά μονοπαραγοντικοί έλεγχοι Pearson Chi Square, Independent Samples T-test και Analysis of Variance, ανάλογα με την κλίμακα μέτρησης των μεταβλητών σε κάθε έλεγχο. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα των αναλύσεων αυτών χρησιμοποιήθηκαν σε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής που δημιουργήκαν ξεχωριστά για κάθε μία από τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων έκβασης. Σε όλες τις περιπτώσεις το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05 και τα αποτελέσματα προέκυψαν με χρήση του λογισμικού SPSS v.22.0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Αποτελέσματα

3.1.1. Δημογραφικά στοιχεία

Στην έρευνα αυτή δόθηκαν 280 ερωτηματολόγια σε όλα τα τμήματα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, από αυτά απαντήθηκαν τα 127 και έγκυρα ήταν 117. Τα 10 ερωτηματολόγια χαρακτηρίστηκαν άκυρα λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης. Από τους 117 που απάντησαν, οι 23 δεν εμφάνιζαν κάποιου είδους πόνο. Από το σύνολο του δείγματος το 82,1% ήταν γυναίκες και το 17,9% άνδρες (διάγραμμα 4).). Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το φύλο συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης στο ερωτηματολόγιο HAD. Συγκεκριμένα οι άνδρες φαίνεται ότι έχουν κατά μέσο όρο 1,990 λιγότερες μονάδες σε σχέση με τις γυναίκες ως προς την κατάθλιψη στη HAD depression (p-value=0.020).

Parameter Estimates

Dependent Variable: HAD Depression subscale

Parameter	B	Std. Error	T	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	5,901	,518	11,383	,000	4,874	6,929
[gender=1]	-1,990	,846	-2,352	,020	-3,666	-,313
[gender=2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[pastsurgery=1]	-1,196	,653	-1,833	,070	-2,489	,097
[pastsurgery=2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[treatment=1]	1,617	,655	2,469	,015	,319	2,914
[treatment=2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Figure 4. Συσχέτιση φύλου με HAD - Depression

Το εύρος των ηλικιών κυμαινόταν από 32 ως 53 ετών. Η μέση ηλικία ήταν 43,96 με τυπική απόκλιση 5,156. Επίσης ο τόπος κατοικίας τους έδειξε ότι 5,1% προερχόταν από αγροτικές περιοχές, το 27,4% από ημιαστικές και το 67,5% από αστικές. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 13,7% ήταν άγαμοι, το 5,1% διαζευγμένοι, το 0,9% χήροι και το 80,3% έγγαμοι. Το 85,5% είχαν από ένα ως τέσσερα παιδιά. Ρωτήθηκαν αν ασχολούνταν και με δεύτερη εργασία και το 8,5% απάντησε θετικά.

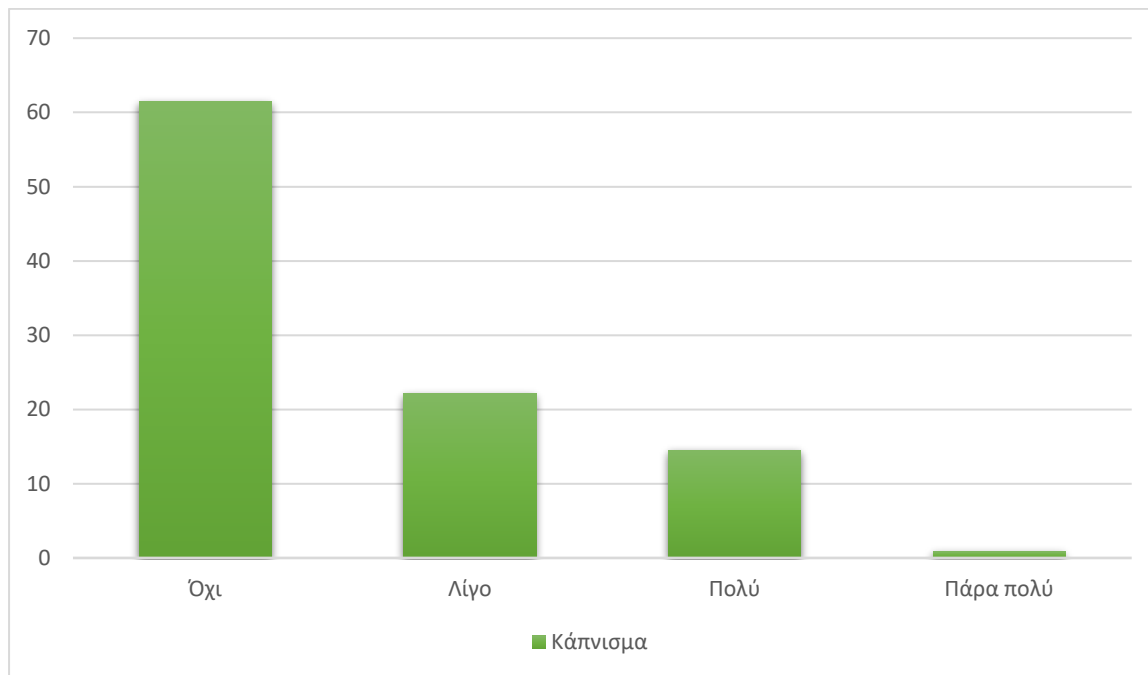


Figure 5. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το κάπνισμα.

Όσον αφορά το κάπνισμα όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα το 61,5% δεν είναι καπνιστές, το 22,2% δήλωσαν ότι καπνίζουν λίγο (<20 τσιγ/εβδομάδα), το 14,9% πολύ (20 – 40 τσιγ/ημ) και το 0,9% πάρα πολύ (>40 τσιγ/ημ) (διάγραμμα 5). Όσον αφορά τα παραπάνω δεν βρέθηκε καμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση στην έρευνα αυτή.

Η κατανομή του δείγματος με βάση τις κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

	Frequency	Percent
Valid Αιματολογική	1	,9
Αιμοδοσία	3	2,6
Αιμοληψίες	2	1,7
Ακτινολογικό	2	1,7
Αναισθησιολογικό	7	6,0
γυναικολογική	1	,9
Γυναικολογική	2	1,7
Δερματολογική	2	1,7
Καρδιολογική	1	,9
Λιθοτρίπτης	1	,9
Μαιευτήριο	1	,9
Μαιευτική	8	6,8
ΜΕΘ	12	10,3
ΜΕΠΚ	3	2,6
Μεταμοσχεύσεις	1	,9
Μονάδα τεχνητού νεφρού	4	3,4
ΜΟΠ	1	,9
Νεογνολογική	10	8,5
Νευρολογική	2	1,7
Νευροχειρουργική	1	,9
Νεφρολογική	4	3,4
Ορθοπεδική	5	4,3
Ουρολογική	1	,9
Οφθαλμολογική	2	1,7
Παθολογική	3	2,6
Παιδιατρική	5	4,3
Παιδοορθοπαιδική	4	3,4
Πνευμονολογική	3	2,6
ΤΕΙ	1	,9
ΤΕΠ	6	5,1
Χειρουργείο	8	6,8

Χειρουργική	5	4,3
Χημειοθεραπείες	2	1,7
Ψυχιατρική	3	2,6
Total	117	100,0

Figure 6. Κατανομή δείγματος της κάθε κλινικής

3.1.2. Ιστορικό και συμπτωματολογία

Σχετικά με την καταγραφή που αφορά το ιστορικό, σημαντικό ποσοστό 81,2% των εργαζομένων νοιώθει πόνο τον τελευταίο μήνα, στις περισσότερες περιπτώσεις στον αυχένα και την οσφύ και σε λιγότερες περιπτώσεις στο θώρακα. Όπως προκύπτει αν και ο πόνος είναι σε πολλές περιπτώσεις συχνός, σε ποσοστό 73,5% δεν επιβαρύνει τους εργαζόμενους στην καθημερινή τους εργασία. Επίσης το 81% δήλωσε ότι σηκώνει βάρος στην καθημερινότητά του.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η ένταση του πόνου στα καλύτερά της, η συνηθισμένη ένταση και η χειρότερη. Όσον αφορά την ένταση του πόνου, είναι κατά μέσο όρο συνήθως κοντά στο 4,3 ενώ στη χειρότερή του κατάσταση φτάνει το 6. Σημειώνεται ότι η κλίμακα μέτρησης παίρνει τιμές από 0 έως 10, όπου μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν μεγαλύτερο πόνο.

Descriptive Statistics

	N	Min	Max	Mean	Std. Dev
Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 πείτε μας τη συνηθισμένη ένταση του πόνου σας	116	0	10	4,28	2,640
Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 πείτε μας τον πόνο όταν είναι στα καλύτερα του	116	0	8	2,58	2,135
Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 πείτε μας τον πόνο όταν είναι στα χειρότερα του	116	0	10	6,05	3,323
Valid N (listwise)	116				

Figure 7. Πίνακας έντασης πόνου

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τον παράγοντα όταν ο πόνος είναι στα καλύτερά του με το ερωτηματολόγιο Roland

– Morris (RMDQ), φαίνεται ότι για κάθε μία μονάδα αύξησης του πόνου στα καλύτερά του, αναμένεται αύξηση της ανικανότητας κατά 0,575 (p-value= 0,031).

Το σύνολο των εργαζομένων που επισκέφθηκε κάποιον επαγγελματία υγείας είναι 43,6% και αυτοί ακολούθησαν και θεραπεία, ενώ σε 30 (25,6%) περιπτώσεις καταγράφηκε κλινοστατισμός και αναρρωτική άδεια. Επίσης το 32,5% ανέφερε και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα και το 45,7% είχε χειρουργηθεί στο παρελθόν για οποιονδήποτε λόγο. Αυτοί που ακολούθησαν κάποια μορφή θεραπείας βρέθηκε ότι υπήρχε συσχέτιση με την υποκλίμακα της HAD – depression. Συγκεκριμένα άτομα που δεν έχουν ακολουθήσει κάποια αγωγή έχουν κατά μέσο όρο 1,617 (p-value=0,015) περισσότερες μονάδες στον ίδιο δείκτη. Ενώ στην υποκλίμακα της ανησυχίας βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά με το αν έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν για οποιονδήποτε λόγο, φάνηκε ότι τα άτομα που έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν έχουν κατά μέσο όρο 1,795 λιγότερες μονάδες στην υποκλίμακα HAD anxiety σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή (p-value= 0,017).

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: HAD -Anxiety subscale

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	171,825 ^a	2	85,912	5,526	,005
Intercept	3533,425	1	3533,425	227,285	,000
gender	55,512	1	55,512	3,571	,061
past surgery	90,584	1	90,584	5,827	,017
Error	1756,727	113	15,546		
Total	9036,000	116			
Corrected Total	1928,552	115			

a. R Squared = ,089 (Adjusted R Squared = ,073)

Figure 8. Συσχέτιση χειρουργείων - HAD-anxiety.

Σχετικά με την περιοχή του πόνου στον επόμενο πίνακα τονίζονται με κίτρινο χρώμα οι περιοχές με την πιο συχνή εμφάνιση (αρ. και δ. γλουτός, οπίσθια επιφάνεια μηρών, αρ. και δ. επιφάνεια ωμοπλάτης). Οι τελευταίες περιοχές του πίνακα είναι και οι πιο σπάνιες (θώρακας και κοιλιά). (Παράρτημα II).

Περιοχή πόνου

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Περιοχή πόνου	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (1)	45	13,4%	48,4%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (2)	48	14,3%	51,6%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (3)	24	7,2%	25,8%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (4)	28	8,4%	30,1%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (5)	9	2,7%	9,7%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (6)	11	3,3%	11,8%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (7)	12	3,6%	12,9%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (8)	11	3,3%	11,8%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (9)	9	2,7%	9,7%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (10)	10	3,0%	10,8%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (11)	44	13,1%	47,3%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (12)	51	15,2%	54,8%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (13)	7	2,1%	7,5%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (14)	6	1,8%	6,5%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (15)	5	1,5%	5,4%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (16)	2	0,6%	2,2%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (17)	6	1,8%	6,5%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (18)	3	0,9%	3,2%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (19)	2	0,6%	2,2%
	ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΝΟΥ (20)	2	0,6%	2,2%
Total		335	100,0%	360,2%

Figure 9. Περιοχές πόνου

Οι διαγνώσεις που είχαν δωθεί είναι ποικίλες και σε αρκετές περιπτώσεις συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα. Το 61,5% ανέφερε ότι δεν έλαβε καμία διάγνωση. Από τους υπόλοιπους οι περισσότεροι είχαν κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου με ποσοστό 15,7%. Έχουν αναφερθεί επίσης σκολίωση, οστεοπόρωση, δισχιδής ράχη, ιερολαγωνίτιδα, αγκυλωποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα, οστεόφυτα και ραιβόκρανο. Όσον αφορά τις θεραπείες το 54,7% δήλωσε ότι δεν ακολούθησε κάποια μορφή θεραπείας. Οι περισσότεροι έλαβαν μυοχαλαρωτικά και αναλγητικά (13,7%), το 5,1% αποκλειστικά έκανε θεραπεία με μυοχαλαρωτικά.

Επίσης το 3,4% ανέφερε ότι πήραν αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη καθώς και μυοχαλαρωτικά, αναλγητικά και φυσικοθεραπείες.

3.2 Ερωτηματολόγια

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η καταγραφή των τιμών για τα 4 ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους εργαζόμενους και συγκεκριμένα για το ερωτηματολόγιο RMDQ, για τις δύο διαστάσεις του ερωτηματολογίου HAD, για την κλίμακα Oswestry και για τις 8 επιμέρους και δύο συνολικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36. Συνολικά φαίνεται, και από τις δύο κλίμακες, ότι σε επίπεδο ανικανότητας οι τιμές είναι σχετικά χαμηλές, το οποίο είναι αναμενόμενο αν αναλογιστεί κανείς ότι οι συμμετέχοντες είναι εργαζόμενοι. Στον ψυχολογικό τομέα και κυρίως στον τομέα του άγχους παρατηρούνται σχετικά αυξημένες τιμές, ενώ αυξημένες συγκεκριμένων διαστάσεων του Sf-36.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
RMDQ – TOTAL	117	0	17	3,11	3,727
HAD -Anxiety subscale	117	0	19	7,85	4,082
HAD Depression subscale	116	0	18	5,67	3,597
OSWESTRY SCORE %	117	0	48	12,15	10,707
Physical functioning	117	15,00	100,00	75,1282	19,52520
Role limitations due to physical health problems	117	12,50	100,00	69,3910	23,21750
Role limitations due to emotional problems	117	16,67	100,00	76,6382	19,94483
Vitality	117	6,25	93,75	54,4338	16,95940
Mental health	117	25,00	100,00	61,5385	16,71853
Social functioning	117	,00	100,00	71,6068	24,07995
Bodily Pain	117	12,50	100,00	61,8803	24,97608

General health	117	20,00	100,00	65,2991	16,78067
SF - 36 Physical subscore (PCS)	117	28,67	61,25	48,5097	7,45754
SF - 36 Mental subscore (MCS)	117	22,69	62,77	46,0802	8,38540
Valid N (listwise)	116				

Figure 10. Καταγραφή τιμών ερωτηματολογίων

Ο έλεγχος της εσωτερικής αξιοπιστίας τους έγινε με το δείκτη Cronbach's alpha. Τα αποτελέσματα για το καθένα ερωτηματολόγιο ξεχωριστά φαίνονται στη συνέχεια:

- Roland – Morris Disability Index: Η εσωτερική αξιοπιστία για αυτό το ερωτηματολόγιο είναι ιδιαίτερα υψηλή $\alpha=0.862$. Η μέση βαθμολογία σε κλίμακα από 0 – 24 ήταν 3,11 με τυπική απόκλιση 3,72. Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 0 και η μέγιστη 17. Οι απαντήσεις που έδωσε το δείγμα για κάθε επιμέρους ερώτηση φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 10):

	Ναι %	Όχι %
Μένω στο σπίτι τον περισσότερο χρόνο λόγω της μέσης μου	5,1	94,9
Αλλάζω συχνά θέσεις προσπαθώντας να βρω πιο άνετη θέση για τη μέση μου	48,7	51,3
Περπατώ πιο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου	20,5	79,5
Λόγω της μέσης μου, δεν κάνω καμία από τις εργασίες που κάνω συνήθως στο σπίτι	2,6	97,4
Λόγω της μέσης μου χρησιμοποιώ την κουπαστή της σκάλας για να ανέβω τη σκάλα	10,3	89,7
Λόγω της μέσης μου ξαπλώνω για να ξεκουραστώ πιο συχνά	24,1	75,9
Λόγω της μέσης μου πρέπει να στηριχτώ σε κάτι για να σηκωθώ από μια αναπαυτική καρέκλα	15,4	84,6
Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να βάζω άλλους ανθρώπους να κάνουν πράγματα για μένα	6	94
Ντύνομαι περισσότερο αργά από ότι συνήθως λόγω της μέσης μου	16,2	83,8
Στέκομαι όρθιος για μικρά χρονικά διαστήματα λόγω της μέσης μου	15,4	84,6
Λόγω της μέσης μου προσπαθώ να μη σκύβω ή να μη γονατίζω	27,4	72,6

Το βρίσκω δύσκολο να σηκωθώ από μια καρέκλα λόγω της μέσης μου	6,8	93,2
Η μέση μου πονάει σχεδόν την περισσότερη ώρα	7,7	92,3
Το βρίσκω δύσκολο να γυρίσω πλευρό στο κρεβάτι λόγω της μέσης μου	22,2	77,8
Η όρεξη μου δεν είναι πολύ καλή λόγω του πόνου της μέσης μου	4,3	95,7
Έχω πρόβλημα να φορέσω τις κάλτσες μου λόγω του πόνου στη μέση μου	10,3	89,7
Περπατάω μόνο μικρές αποστάσεις λόγω του πόνου της μέσης μου	7,7	92,3
Κοιμάμαι λιγότερο καλά λόγω του πόνου της μέσης μου	14,5	85,5
Λόγω του πόνου της μέσης μου ντύνομαι με βοήθεια από κάποιον άλλο	0,9	99,1
Κάθομαι την περισσότερη διάρκεια της ημέρας λόγω της μέσης μου	3,4	96,6
Αποφεύγω δουλειές στο σπίτι λόγω του πόνου της μέσης μου	13,7	86,3
Λόγω του πόνου της μέσης μου είμαι περισσότερο ευερέθιστος και κακοδιάθετος με τους ανθρώπους από ότι συνήθως	8,5	91,5
Λόγω της μέσης μου ανεβαίνω και κατεβαίνω σκάλες περισσότερο αργά από ότι συνήθως	13,7	86,3
Μένω στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα λόγω της μέσης μου	2,6	97,4

Figure 11. Απαντήσεις του δείγματος στο RMDQ.

Συχνότερο πρόβλημα για τους συμμετέχοντες ήταν οι συχνές αλλαγές θέσεων στο κρεβάτι (48,7%) και το να αποφεύγουν να σκύβουν και να γονατίζουν (27,4%). Σε αντίθεση με τα σπανιότερα προβλήματα, να ντύνονται με τη βοήθεια κάποιου άλλου (0,9%), με το να μην κάνουν καμία από τις εργασίες που έκαναν συνήθως στο σπίτι (2,6%) και να μένουν στο κρεβάτι την περισσότερη ώρα (2,6%).

- Hospital Anxiety and Depression Scale: Η εσωτερική αξιοπιστία για αυτό το ερωτηματολόγιο συνολικά είναι υψηλή με $\alpha=0,858$. Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα της ανησυχίας που ήταν οι ερωτήσεις (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) σε κλίμακα από 0 – 21 ήταν 7,85 με τυπική απόκλιση 4,08. Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 0 και η μέγιστη 19. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας της κατάθλιψης που ήταν οι ερωτήσεις (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) σε κλίμακα από 0 – 21 ήταν 5,67 με τυπική απόκλιση 3,60. Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 0 και η μέγιστη 18.
- SF – 36: Ο έλεγχος αξιοπιστίας για τη σωματική υποκλίμακα (PCS) βρέθηκε $\alpha=0.655$. Η μέση βαθμολογία ήταν 48,51 με τυπική απόκλιση 7,46.

Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 28,67 και η μέγιστη 61,25. Ενώ για την ψυχολογική υποκλίμακα (MCS) η εσωτερική αξιοπιστία ήταν $\alpha=0.715$. Η μέση βαθμολογία ήταν 46,08 με τυπική απόκλιση 8,39. Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 22,69 και η μέγιστη 62,77. Για τις συσχετίσεις του ερωτηματολογίου SF – 36 έχουν αναλυθεί και οι 8 παράγοντες που αξιολογεί χωριστά. Συγκεκριμένα για τους παράγοντες Physical Functioning, General Health, Vitality και Role-functioning Physical συσχετίστηκαν με το «αν ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες» βρέθηκε ότι έχουν χαμηλότερο βαθμό στις αντίστοιχες κλίμακες με τα άτομα που δεν ανήκουν σε αυτές τις ομάδες. Φαίνεται ότι τα άτομα που απάντησαν καταφατικά έχουν κατά μέσο όρο 11,161 ($p\text{-value}= 0,019$) περισσότερες μονάδες στην κλίμακα physical functioning σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή, τα άτομα που απάντησαν καταφατικά έχουν κατά μέσο όρο 7,912 ($p\text{-value}= 0,035$) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα General Health σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή, τα άτομα που απάντησαν καταφατικά έχουν κατά μέσο όρο 12,710 ($p\text{-value}=0,000$) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα Vitality σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή, τα άτομα που απάντησαν καταφατικά σχετικά με τους περιορισμούς από την καθημερινή δραστηριότητα έχουν κατά μέσο όρο 12,661 ($p\text{-value}= 0,010$) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα RP σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή. Ο παράγοντας Mental health συσχετίστηκε με το «αν ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες» και το αν έχει χειρουργηθεί κάποιος για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν και βρέθηκε ότι τα άτομα που απάντησαν καταφατικά σχετικά με τους περιορισμούς από την καθημερινή δραστηριότητα έχουν κατά μέσο όρο 8,634 ($p\text{-value}= 0,013$) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα Mental health σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή και τα άτομα που έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν έχουν κατά μέσο όρο 7,813 ($p\text{-value}= 0,011$) περισσότερες μονάδες στον ίδιο δείκτη. Ο παράγοντας Social Functioning δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με κάτι. . Ο παράγοντας Bodily Pain συσχετίστηκε με «Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 πείτε μας τον πόνο όταν είναι στα χειρότερα του» και βρέθηκε ότι για κάθε μία μονάδα αύξησης του “πόνου στα χειρότερα του”, αναμένεται αύξηση του bodily pain κατά 3,016 ($p\text{-value}= 0,027$). Ο παράγοντας Role Emotional συσχετίστηκε με το «Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε;» και βρέθηκε ότι τα άτομα που απάντησαν “τις

περισσότερες ημέρες” έχουν κατά μέσο όρο 19,898 (p-value= 0,008) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα RE σε σχέση με τα άτομα που απαντούν «κάθε μέρα» . Η διαφορά με τα άτομα που απαντούν κάποιες ημέρες δεν είναι στατιστικά σημαντική καθώς είναι μικρός ο αριθμός των ατόμων που επέλεξαν την απάντηση αυτή. Το συνολικό σκορ από τις 2 βασικές ομάδες Physical Component Summary (PCS) συσχετίστηκε με το «Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες;» φάνηκε ότι τα άτομα που απάντησαν καταφατικά σχετικά με τους περιορισμούς από την καθημερινή δραστηριότητα έχουν κατά μέσο όρο 3,459 (p-value= 0,031) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα PCS σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή. Στο Mental Component Summary (MCS) συσχετίστηκε με το «Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες;» και το αν «Έχετε χειρουργηθεί για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν;» και φάνηκε ότι τα άτομα που απάντησαν καταφατικά σχετικά με τους περιορισμούς από την καθημερινή δραστηριότητα έχουν κατά μέσο όρο 4,411(p-value= 0,023) λιγότερες μονάδες στην κλίμακα MCS σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή και τα άτομα που έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν έχουν κατά μέσο όρο 4,466 (p-value= 0,014) περισσότερες μονάδες στον ίδιο δείκτη.

Parameter Estimates

Dependent Variable: SF - 36 Mental subscore (MCS)

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	47,882	3,167	15,120	,000	41,589	54,176
[routineproblems=1]	-4,411	1,907	-2,312	,023	-8,201	-,620
[routineproblems=2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[painoften=1]	-2,242	2,940	-,763	,448	-8,084	3,599
[painoften=2]	-4,325	3,111	-1,390	,168	-10,508	1,858
[painoften=3]	0 ^a	.	.	.	.	.
[pastsurgery=1]	4,466	1,778	2,511	,014	,932	8,000
[pastsurgery=2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Figure 12. Συσχετίσεις με υποκλίμακα MCS (SF-36).

- OSWESTRY: Η εσωτερική αξιοπιστία βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλή με $\alpha=0.846$. Η μέση βαθμολογία σε κλίμακα από 0 – 60 ήταν 12,15 με τυπική απόκλιση 10,71. Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν και η μέγιστη 48. Οι απαντήσεις που έδωσε το δείγμα για κάθε επιμέρους ερώτηση φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 11):

Ένταση πόνου

	Συχνότητα	%
Δεν πονάω αυτή τη στιγμή.	66	56.4
Ο πόνος είναι πολύ λίγος αυτή τη στιγμή.	20	17.1
Ο πόνος είναι μέτριος αυτή τη στιγμή.	29	24.8
Ο πόνος είναι αρκετά δυνατός αυτή τη στιγμή.	2	1.7
Σύνολο	117	100.0

Προσωπική φροντίδα

	Συχνότητα	%
Μπορώ να φροντίσω τον εαυτό μου όπως συνήθως χωρίς να προκαλείται περισσότερος πόνος.	107	91.5
Μπορώ να φροντίσω τον εαυτό μου όπως συνήθως αλλά προκαλείται πολύς πόνος.	2	1.7
Το να φροντίζω τον εαυτό μου προκαλεί πόνο και είμαι αργός/αργή και προσεκτικός/προσεκτική.	6	5.1
Χρειάζομαι κάποια βοήθεια, αλλά φέρνω βόλτα σχεδόν όλη την προσωπική μου φροντίδα.	2	1.7
Σύνολο	117	100.0

Ικανότητα άρσης βάρους

	Συχνότητα	%
Σηκώνω βαριά αντικείμενα χωρίς περισσότερο πόνο.	51	43.6
Σηκώνω βαριά αντικείμενα, αλλά αυτό προκαλεί περισσότερο πόνο.	39	33.3
Ο πόνος με εμποδίζει να σηκώσω βαριά αντικείμενα από το πάτωμα, αλλά μπορώ να τα σηκώσω αν βρίσκονται κάπου που με βολεύει, π.χ. πάνω σε τραπέζι.	6	5.1
Ο πόνος δε με αφήνει να σηκώσω βαριά αντικείμενα, αλλά μπορώ να σηκώσω μέτρια ή ελαφρά βάρη, αν βρίσκονται κάπου που με βολεύει.	15	12.8
Μπορώ να σηκώσω μόνο πολύ ελαφρά βάρη.	6	5.1
Σύνολο	117	100.0

Περπάτημα

	Συχνότητα	%
--	-----------	---

Ο πόνος δε με εμποδίζει να περπατήσω οποιαδήποτε απόσταση.	83	70.9
Ο πόνος με εμποδίζει να περπατήσω περισσότερο από 1 χιλιόμετρο.	31	26.5
Ο πόνος με εμποδίζει να περπατήσω περισσότερο από 500 μέτρα.	3	2.6
Σύνολο	117	100.0

Καθιστή θέση

	Συχνότητα	%
Κάθομαι σε οποιαδήποτε καρέκλα όση ώρα θέλω.	55	47.0
Κάθομαι στην αγαπημένη μου καρέκλα όση ώρα θέλω.	18	15.4
Ο πόνος με εμποδίζει να κάθομαι περισσότερο από 1 ώρα.	36	30.8
Ο πόνος με εμποδίζει να κάθομαι περισσότερο από ½ ώρα.	7	6.0
Σύνολο	116	99.1

Όρθια θέση

	Συχνότητα	%
Στέκομαι όση ώρα θέλω χωρίς περισσότερο πόνο.	47	40.2
Στέκομαι όση ώρα θέλω αλλά έχω περισσότερο πόνο.	32	27.4
Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από 1 ώρα.	25	21.4
Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από ½ ώρα.	4	3.4
Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από 10 λεπτά.	7	6.0
Σύνολο	117	100.0

Ύπνος

	Συχνότητα	%
Ο πόνος δεν διαταράσσει ποτέ τον ύπνο μου.	46	39.3
Ο πόνος διαταράσσει τον ύπνο μου περιστασιακά.	61	52.1
Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 6 ώρες.	8	6.8
Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 4 ώρες.	1	.9
Σύνολο	117	100.0

Σεξουαλική ζωή

	Συχνότητα	%
Έχω φυσιολογική σεξουαλική ζωή, χωρίς να προκαλεί περισσότερο πόνο.	99	84.6
Έχω φυσιολογική σεξουαλική ζωή, αλλά προκαλεί λίγο περισσότερο πόνο.	16	13.7
Η σεξουαλική μου ζωή περιορίζεται σοβαρά λόγω του πόνου.	2	1.7
Σύνολο	117	100.0

Κοινωνική ζωή

	Συχνότητα	%
--	-----------	---

Η κοινωνική ζωή μου είναι φυσιολογική και δεν μου προκαλεί περισσότερο πόνο.	89	76.1
Η κοινωνική ζωή μου είναι φυσιολογική αλλά αυξάνει τον πόνο.	9	7.7
Ο πόνος δεν επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική μου ζωή, με εξαίρεση ότι περιορίζει τις πιο δραστήριες ασχολίες μου, π.χ. αθλητισμός κ.λπ.	16	13.7
Ο πόνος περιορίζει την κοινωνική μου ζωή και δε βγαίνω έξω τόσο συχνά.	3	2.6
Σύνολο	117	100.0
Ταξίδια		
	Συχνότητα	%
Μπορώ να ταξιδεύω οπουδήποτε χωρίς πόνο.	80	68.4
Μπορώ να ταξιδεύω οπουδήποτε, αλλά αυτό μου προκαλεί περισσότερο πόνο.	36	30.8
Ο πόνος είναι δυνατός, αλλά καταφέρνω να ταξιδεύω πάνω από 2 ώρες.	1	.9
Σύνολο	117	100.0

Figure 13. Απαντήσεις του δείγματος στο OSWESTRY.

Με βάση τον παραπάνω πίνακα τα ποσοστά της κάθε επιμέρους ερώτησης του ερωτηματολογίου είναι τα εξής. Το 56,4% δήλωσε ότι δεν πονάει κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το 91,5% δήλωσε ότι μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του όπως συνήθως χωρίς να προκαλείτε περισσότερος πόνος. Το 43,6% δήλωσε ότι μπορεί να σηκώσει βαριά αντικείμενα χωρίς περισσότερο πόνο. Το 70.9% δηλώσε ότι ο πόνος δεν τους εμποδίζει να περπατήσει οποιαδήποτε απόσταση. Το 47.0% δήλωσε ότι κάθεται σε οποιαδήποτε καρέκλα όση ώρα θέλει. Το 40,2% δήλωσε ότι στέκεται όση ώρα θέλει χωρίς περισσότερο πόνο. Το 39.3% δήλωσε ότι δεν διαταράσσεται ποτέ ο ύπνος του. Το 84,6% δήλωσε ότι έχουν φυσιολογική σεξουαλική ζωή χωρίς να προκαλεί περισσότερο πόνο. Το 76,1% δήλωσε ότι έχει φυσιολογική κοινωνική ζωή και δεν του προκαλεί καθόλου πόνο και το 68,4% δήλωσε ότι ταξιδεύει οπουδήποτε χωρίς πόνο. Με το ερωτηματολόγιο OSWESTRY βρέθηκε συσχέτιση με 2 παράγοντες του ιστορικού : *Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες; και Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας;*

Φαίνεται ότι τα άτομα που απάντησαν καταφατικά σχετικά με τους περιορισμούς από την καθημερινή δραστηριότητα αλλά και τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε κλινοστατισμό έχουν κατά μέσο όρο 6,310 (p-value= 0,010) και 5,497 (p-value=

0,031) αντίστοιχα περισσότερες μονάδες στην κλίμακα Oswestry σε σχέση με τα άτομα που δεν ανήκουν σε κάποια από τις δύο ομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Συζήτηση

Σε αυτή την έρευνα μελετήθηκε η επίδραση των δημογραφικών, κοινωνικών, σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την οσφυαλγία σε ένα τυχαίο δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Βρέθηκε ότι το 80,3% του δείγματος βίωσε πόνο στον αξονικό σκελετό του τις τελευταίες 4 εβδομάδες με το 27,4% να αναφέρει οσφυαλγία. Βρέθηκε ότι από τους 21 άνδρες πονάνε οι 19 με ποσοστό 90,47% και από τις 96 γυναίκες πονάνε οι 76 με ποσοστό 79,16%. Παρόλο που το σύνολο των ανδρών είναι αρκετά μικρότερο από των γυναικών λόγω του επαγγέλματος αρκετές έρευνες δείχνουν ότι πάσχουν οι γυναίκες περισσότερο αλλά υπάρχουν και άλλες που δείχνουν ότι πάσχουν οι άνδρες (Hussain, et al, 2016; Bohman, et al, 2014; Currie & Wang, 2004; Eriksen, et al, 2003). Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το φύλο συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης στο ερωτηματολόγιο HAD.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την οσφυαλγία στα δυο φύλα δεν είναι απαραίτητως και ίδιοι. Οι McBeth & Jones (2007) βρήκαν ότι και στα δυο φύλα η οσφυαλγία αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία, στην παρούσα έρευνα η ηλικία δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με κάποιον από τους παράγοντες. Σχετικά με το κάπνισμα έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οσφυαλγίας και καπνίσματος (Shiri & Falah – Hassani, 2016; Orhurhu, et al, 2015; Palmer, et al, 2003), εδώ όμως δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση παρόλο που το ποσοστό καπνιστών ήταν στο 38% ανεξαρτήτως αν κάπνιζαν λίγο ή πάρα πολύ. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση στην έρευνα αυτή δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση αλλά σύμφωνα με την έρευνα των Currie & Wang, 2004 στον Καναδά έδειξε ότι τα άτομα με χρόνιο πόνο και κατάθλιψη είναι νέες ανύπαντρες γυναίκες.

Από τα τέσσερα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν προέκυψαν κάποιες στατιστικές σημαντικές συσχετίσεις. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο RMDQ βρέθηκε ότι συσχετίστηκε με την ερώτηση «Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 πείτε μας τον πόνο όταν είναι στα καλύτερα του», δηλαδή όσο λιγότερος είναι ο πόνος, τόσο λιγότερη και η ανικανότητα όπως μετράται από το ερωτηματολόγιο RMDQ. Με την κλίμακα HAD και συγκεκριμένα με την υποκλίμακα της κατάθλιψης συσχετίστηκαν όπως αναφέρθηκε ήδη το φύλο αλλά επίσης και το αν ακολουθήθηκε κάποια μορφή θεραπείας, βρέθηκε ότι τα άτομα

που δεν έχουν ακολουθήσει κάποια αγωγή έχουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό όπως μετράται από τη διάσταση HAD depression.

Ενώ στην υποκλίμακα της ανησυχίας βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά με το αν έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν για οποιονδήποτε λόγο και βρέθηκε ότι αυτοί που χειρουργήθηκαν έχουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό όπως μετράται από τη διάσταση HAD anxiety. Σε έρευνα των Currie & Wang, 2004 βρέθηκε ότι αυτοί που δεν πάσχουν από χρόνιο πόνο έχουν μικρό ποσοστό κατάθλιψης 6% σε αντίθεση με αυτούς που πάσχουν που εμφανίζουν 25% κατάθλιψη.

Με το ερωτηματολόγιο OSWESTRY βρέθηκε συσχέτιση με 2 παράγοντες του ιστορικού : *Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες; και Υποβληθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας;*

Φαίνεται ότι τα άτομα με πόνο που περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, αλλά και τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε κλινοστατισμό έχουν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ανικανότητας όπως μετράται από το ερωτηματολόγιο Oswestry. Σε έρευνα των (Ng, et al, 2017) βρέθηκε ότι υπήρχε συσχέτιση μεταξύ κλίμακας VAS και Oswestry, όσο υψηλότερη η VAS τόσο υψηλότεροι και οι δείκτες ανικανότητας του Oswestry.

Όσον αφορά την κλίμακα ποιότητας ζωής SF- 36 έγιναν συσχετίσεις για κάθε έναν από τους 8 παράγοντες που αξιολογεί και βρέθηκαν τα εξής. Για τους παράγοντες Physical Functioning, General Health, Vitality και Role-functioning Physical συσχετίστηκαν με το «αν ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες» βρέθηκε ότι έχουν χαμηλότερο βαθμό στις αντίστοιχες κλίμακες με τα άτομα που δεν ανήκουν σε αυτές τις ομάδες. Ο παράγοντας Mental health συσχετίστηκε με το «αν ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες» και το αν έχει χειρουργηθεί κάποιος για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν και βρέθηκε ότι τα άτομα με πόνο που περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες αλλά και όσα έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν, έχουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό όπως μετράται από τη διάσταση Mental health. Ο παράγοντας Bodily Pain συσχετίστηκε με «Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 πείτε μας τον πόνο όταν είναι στα χειρότερα του» και βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερος ο πόνος στα χειρότερά του, τόσο περισσότερος είναι ο πόνος στη διάσταση Bodily Pain. Ο παράγοντας Role Emotional συσχετίστηκε με το «Αν είχατε πόνο τις τελευταίες

4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε;» και βρέθηκε ότι τα άτομα με πόνο που περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, έχουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό όπως μετράται από τη διάσταση RE. Το συνολικό σκορ από τις 2 βασικές ομάδες Physical Component Summary (PCS) συσχετίστηκε με το «Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες;» φάνηκε ότι τα άτομα με πόνο που περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, έχουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό και στο Mental Component Summary (MCS) συσχετίστηκε με το «Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες για περισσότερες από μία μέρες;» και το αν «Έχετε χειρουργηθεί για οποιονδήποτε λόγο στο παρελθόν;» και φάνηκε ότι τα άτομα με πόνο που περιορίζει σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες αλλά και όσα έχουν χειρουργηθεί στο παρελθόν, έχουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό όπως μετράται από τη διάσταση MCS.

Τα θετικά σημεία αυτής της έρευνας είναι ότι λήφθηκε τυχαίο δείγμα από όλες τις κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και μελετήθηκαν πολλοί παράγοντες που σε άλλες έρευνες έχουν δείξει πως επηρεάζουν την οσφυαλγία ενώ σε αυτή, είτε βρέθηκε κάποια συσχέτιση όπως ότι το φύλο συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης στο ερωτηματολόγιο HAD είτε όχι, όπως η ηλικία, το κάπνισμα κ.α. Τα αρνητικά σημεία ήταν ότι το δείγμα της κάθε κλινικής ήταν μικρό και δεν μπορούσε να βγάλει ασφαλή αποτελέσματα, η συμμετοχή των νοσηλευτών ήταν μικρή από τους 280 που είχαν επιλεγεί απάντησαν οι 117. Επίσης θα μπορούσαν να βγουν ασφαλή αποτελέσματα κλινικών αν συμπεριλαμβανόταν περισσότερα νοσοκομεία.

4.2 Συμπέρασμα

Αυτή η έρευνα έδειξε τον επιπολασμό της οσφυαλγίας του νοσηλευτικού προσωπικού και τους παράγοντες κινδύνου που την επηρεάζουν. Βρέθηκε ότι πάσχουν περισσότερο οι άνδρες παρόλο που ο αριθμός τους ήταν μικρός σε σχέση με τις γυναίκες, πιθανόν λόγω φύσεως του επαγγέλματος. Παράγοντες όπως το κάπνισμα και οι οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να συσχετίστηκαν, αλλά τα επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης συσχετίστηκαν και αυτοί που δεν έχουν χειρουργηθεί εμφανίζουν περισσότερο ανησυχία ενώ αυτοί που ακολουθούν κάποια μορφή θεραπείας εμφανίζουν περισσότερο κατάθλιψη. Επίσης στο ερωτηματολόγιο σωματικής ανικανότητας Roland – Morris Disability Questionnaire, βρέθηκε ότι όσο περισσότερος είναι ο πόνος τόσο μεγαλύτερη και η ανικανότητα. Κλείνοντας βρέθηκε ότι στα άτομα που ο πόνος περιορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες αλλά και σε αυτούς που υποβλήθηκαν σε κλινοστατισμό εμφανίζουν μεγαλύτερη ανικανότητα στο ερωτηματολόγιο Oswestry.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alexopoulos E.C., Burdorf A., Kalokerinou A. Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Occup Environ Health* 2003 May; 76(4): 289–294.

Alexopoulos E.C., Stathi I., Charizani F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2004, 5:16.

Alexopoulos E.C., Burdorf A., Kalokerinou A. A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health*, 2005; 79(1):82-8.

Allan I Binder. Cervical spondylosis and neck pain. *BMJ* 2007; 334:527-31

Andrea Pralard: "Operum Hippocratis coi et Galeni", Bibliopolam, M.DC.LXXIX, Italia, 1685

Antonopoulou M., Antonakis N., Hadjipavlou A., Lionis C. Patterns of pain and consulting behaviour in patients with musculoskeletal disorders^[1] in rural Crete, Greece. *Fam Pract.* 2007 Jun;24(3):209-16.

Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006, 10(4): 287–333.

Bergman S., Herrstrom P., Hogstrom K., Petersson IF., Svensson B., Jacobsson LT,. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *Journal of Rheumatology* 2001, Jun 28(6): 1369– 1377.

Bohman T., Alfredsson L., Jensen I., Hallaquist J., Vingard E., Skillgate E. Does a healthy lifestyle behaviour influence the prognosis of low back pain among men and women in a general population? A population-based cohort study. *BMJ Open* 2014, Dec 30;4(12).

Boscainos P.J., Sapkas G., Stilianessi E., Prouskas K., Papadakis S.A.. Greek Versions of the Oswestry and Roland-Morris Disability Questionnaires. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2003, 411:40–53.

Carmona L., Ballina J., Gabriel R., Laffon A.. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of Rheumatic Diseases* 2001 Nov; 60(11):1040–1045

Cassidy D, Carroll L, Cote P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. *Spine* 1998; 23:1860-1867.

Chan D., Song Y., Sham P., Cheung K.M.. Genetics of disc degeneration. *Eur Spine J* (2006) 15 (Suppl. 3):S317–S325

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

Edwards R., Suresh R., Lynch S., Clarkson P., Stanley P. Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2001 Feb, 50(2): 65–68.

Engels J.A., Gulden J.W., Senden T.F., Hof B. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occup Environ Med* 1996, 53:636–641

Eriksen J., Jensen M.K., Siogren P., Ekholm O., Rasmussen N.K. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221–8.

Fairbank J., Couper J., Davies J., O'Brien J.P.. The Oswestry low back pain questionnaire. *Physiotherapy* 1980;66:271–273.

Feng Y., Egan B., Wang J. Genetic Factors in Intervertebral Disc Degeneration. *Genes Dis.* 2016 September ; 3(3): 178–185.

Ghaffari M., Alipour A., Jensen I., Farshad A. A., Vingard E. Low back pain among Iranian industrial workers. *Occupational Medicine* 2006;56:455–460.

Gilgil E., Kacar C., Butun B., Tuncer T., Urhan S., Yildirim C., Sunbuloglu G., Arikan V., Tekeoglu I., Oksuz C. M., Dundar U. Prevalence of Low Back Pain in a Developing Urban Setting. *SPINE* 2005 30(9):1093–1098.

Goubert L., Crombez G., De Bourdeaudhuij I. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. *European Journal of Pain* 2004; 8: 385–394

Gureje O, Von Korff M, Simon GE et al. Persistent pain and well being. A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998; 280:147-151.

Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ.* 1993 Oct;2(3):217-27.

Hoy D., Toole M.J., Morgan D., Morgan C.. Low back pain in rural Tibet. *Lancet* 2003;361:225–6.

Hussain SM., Urquhart DM., Wang Y, Dunstan D., Shaw JE., Magliano DJ., Wluka AE., Cicuttini FM. Associations between television viewing and physical activity and low back pain in community-based adults: A cohort study. *Medicine Baltimore* 2016 Jun;95(25):e3963.

Igor de Castro, Daniel Paes dos Santos, Daniel de Holanda Cristoph, Lose Alberto Landeiro: “ Η ιστορία των επεμβάσεων σπονδυλικής στήλης για τη δισκοπάθεια”. *Arquives Neuropsychiatriques* 2005;63 3-A: 701-706

Jin K., Sorock G.S., Courtney T.K. Prevalence of low back pain in three occupational groups in Shanghai, People’s Republic of China. *J Safety Res* 2004;35:23–28.

Josephson M, Lagerstrom M, Hagberg M, Hjelm E.W.. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occup Environ Med* 1997;54:681–685

Kadi A., Izac B., Said-Nahal R., Leboime A., Van Praet L., de Vlam K., Elewaut D., Chiochia G., Breban M. Investigating the genetic association between ERAP1 and spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* (Aug 2012)

Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C., Deyo R.A., Felson D.T., Giannini E.H., Heyse S.P., Hirsch R., Hochberg M.C., Hunder G.G., Liang M.H., Pillemer S.R., Steen V.D., Wolfe F. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998; 41:778-799.

Louw A. Q., Morris¹ D. L., Grimmer-Somers K. The Prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007, 8:105.

Manchikanti L. Epidemiology of Low Back Pain. *Pain Physician* 2000; 3 (2): 167 – 192.

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

McCracken L.M., Matthews A.K., Tang T.S., Cuba S.L.. A comparison of blacks and whites seeking treatment for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 2001 Sep; 17(3): 249–255.

McBeth J., Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2007; 21(3): 403–425

Michopoulos I., Douzenis A., Kalkavoura C., Christodoulou C., Michalopoulou P., Kalemi G., Fineti K., Patapis P., Protopapas K., Lykouras L. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:4.

Natvig B., Bruusgaard D., Eriksen W. Localized low back pain and low back pain as part of widespread musculoskeletal pain: two different disorders? A cross-sectional population study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001;33: 21–25.

Ng BK., Kipli M., Abdul Karim AK., Shohaimi S., Abdul Ghani NA., Lim PS. Back pain in pregnancy among office workers: risk factors and its impact on quality of life. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 2017 Sep 4.

Nishida K., Suzuki T., Kakutani K., Yurube T., Maeno K., Kurosaka M., Doita M. Gene therapy approach for disc degeneration and associated spinal disorders. *Eur Spine J.* 2008; 4:459-66.

Orhurhu VJ., Pittelkow TP., Hooten WM. Prevalence of smoking in adults with chronic pain. *Tob Induc Dis.* 2015 Jul 17;13(1):17.

Palmer K., Syddall H., Cooper C., and Coggon D. Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey. *Ann Rheum Dis* 2003;62(1): 33–36.

Pappa E., Kontodimopoulos N., Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research* (2005) 14: 1433–1438.

Portenoy R.K., Ugarte C., Fuller I., Haas G. Population-based survey of pain in the United States: Differences among White, African American, and Hispanic subjects. *J Pain* 2004; 5(6): 317–28

Polyzos N. Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications. *Health Policy* 2002, 61: 305–328.

Roth R.S., Punch M.R., Bachman J.E. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 563–569.

Rustoen T., Wahl A.K., Hanestad B.R., Lerdal A., Paul S., Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004;8:555–65.

Saastamoinen P., Leino-Arjas P., Laaksonen M., Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005; 114: 364–371.

Shiri R., Falah – Hassani K. The Effect of Smoking on the Risk of Sciatica: A Meta-analysis. *Am J Med.* 2016 Jan;129(1):64-73.

Snaith P.R. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:29.

Spyropoulos P., Papathanasiou G., Georgoudis G., Chronopoulos E., Koutis H., Koumoutsou F. Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers. *Pain Physician* 2007, 10:651-660.

Stergioulas A., Filippou D. K., Triga A., Grigoriadis E., Shipkov C.D. Low back pain in physical education teachers. *Folia Med (Plovdiv)*. 2004, 46(3):51-5.

Stranjalis G., Tsamandouraki K., Sakas D.E., Alamanos Y. Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine* 2004;29(12):1355–1361.

Vindigni D., Walker B.F, Jamison R. J., Da Costa C., Parkinson L., Blunden S. Low back pain risk factors in a large rural Australian Aboriginal community. An opportunity for managing co-morbidities? *Chiropr Osteopat* 2005, 13:21.

Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 Jun;30(6):473-83.

Webb R., Brammah T., Lunt M., Urwin M., Allison T., Symmons D. Opportunities for prevention of 'clinically significant' knee pain: results from a population-based cross sectional survey. *J Public Health (Oxf)* 2004, 26(3):277-84.

Wijnhoven H.A., de Vet H.C., Picavet H.S. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *The Clinical Journal of Pain* 2006 Oct; 22(8): 717–724

Woolf A., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003, 81(9):646-656.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67: 361–70.

Γκούβας Χ. Χειρουργική Νευροανατομία και Ορθοπαιδική Νευρολογία. Β' Έκδοση, 2010.

Ιπποκράτης: «Περί άρθρων», εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα 1990

Σολιδάκη Ε., Κογεβίνας Μ. Πιλοτική μελέτη στην Κρήτη μιας διεθνούς μελέτης για τα μυοσκελετικά προβλήματα. Κρήτη, Μάρτιος 2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

FIGURE 1. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ 46.394 ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ (>18 ΧΡΟΝΩΝ) ΣΕ 15 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΣΥΝ ΤΟ ΙΣΡΑΗΛ (BREIVIK, ET AL, 2006)...	4
FIGURE 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ (MANCHIKANTI, 2000).....	13
FIGURE 3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ MANEK & MACGREGOR, 2005	14
FIGURE 4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ HAD - DEPRESSION	21
FIGURE 5. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	22
FIGURE 6. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	24
FIGURE 7. ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	24
FIGURE 8. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ - HAD-ANXIETY.	25
FIGURE 9. ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΟΝΟΥ	26
FIGURE 10. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΙΜΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	28
FIGURE 11. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΟ RMDQ.	29
FIGURE 12. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ MCS (SF-36).	31
FIGURE 13. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΟ OSWESTRY.....	34

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΞΟΝΙΚΟΥ ΣΚΕΛΕΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Σας καλούμε να συμπληρώσετε το παρόν έντυπο που αφορά την λειτουργικότητά σας και το πόσο ο πόνος επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες κ.α. στοιχεία, τα οποία έχουν σκοπό την συλλογή πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα του κορμού σας. Το παρόν αποτελεί μέρος έρευνας, η οποία διεξάγεται από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ι. Παπαδοπούλου, στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας υπό την εποπτεία του κ. Γελαλή (*Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*).

Τα στοιχεία που θα συλλέξουμε θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και απόρρητα, ενώ έχετε την δυνατότητα να αποσυρθείτε από την συμμετοχή σας στην μελέτη οποιαδήποτε στιγμή. Παρακαλώ, αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, συμπληρώστε τα στοιχεία σας παρακάτω και εν συνεχεία, προχωρήστε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η οποία δεν θα σας πάρει πάνω από 10' λεπτά. Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, παρακαλώ μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλ. 6986082194 ή στην ηλ. διεύθυνση (email): iwanna1303@hotmail.com

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Υπογραφή συμμετέχοντα **Ημερομηνία:.....**

Στοιχεία επικοινωνίας:

☐ ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ☐ ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ

Γενικές πληροφορίες

ΦΥΛΟ: ☐ Άρρεν ☐ Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ:

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ☐ Αγροτική ☐ Αστική ☐ Ημιαστική

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ☐ Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Διαζευγμένος ☐ Χήρος

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ:.....

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; ☐ Όχι ☐ Λίγο (<20τσιγ/εβδ) ☐ Πολύ (20-40 τσιγ/ημ) ☐ Πάρα πολύ (>40 τσιγ/ημ)

ΧΟΜΠΥ /ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ/ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ:

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:.....

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, είχατε **πόνο στον κορμό σας**(αυχένα, θώρακα, οσφύ); Παρακαλώ μην σημειώσετε πόνο από πυρετό ή από έμμηνο ρήση. ☐ Ναι ☐ Όχι
2. Αν ναι, που ήταν εντοπισμένος;.....
3. Αν είναι στον αυχένα σας προκαλεί ζάλη; Ναι ☐ Όχι ☐
4. Αν ναι, ήταν ο πόνος αρκετά άσχημος ώστε να περιορίσει τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες ή να αλλάξει την καθημερινή σας ρουτίνα για πάνω από μία ημέρα; ☐ Ναι ☐ Όχι
5. Στην καθημερινότητά σας σηκώνετε βάρος (π.χ. έγερση ασθενών...); ☐ Ναι ☐ Όχι
6. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά τον είχατε;
☐ Κάποιες μέρες ☐ Τις περισσότερες ημέρες ☐ Κάθε μέρα
7. Βαθμολογώντας τον πόνο σας από το 0 μέχρι το 10 (όπου 0 καθόλου πόνος και 10 ο χειρότερος πόνος που έχετε φανταστεί ποτέ), πείτε μας
 - α) τη συνηθισμένη ένταση του πόνου σας 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 - β) τον πόνο όταν είναι στα καλύτερα του 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
 - γ) τον πόνο όταν είναι στα χειρότερά του 0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10
8. Επισκεφτήκατε κάποιον επαγγελματία υγείας για τον πόνο σας; ☐ Ναι ☐ Όχι
 - α) Αν ναι, ποιον (ποιους);
 - β) Πόσες φορές τον/τους επισκεφτήκατε;
9. Τι διάγνωση σας έχουν δώσει;
10. Τι ιατρικές εξετάσεις έχετε κάνει;
☐ Καμία ☐ Ακτινογραφία ☐ Μαγνητική ☐ Αξονική ☐ Εξετάσεις αίματος ☐ Άλλο
11. Ακολουθήσατε κάποια μορφή θεραπείας; ☐ Ναι ☐ Όχι
 - α) Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά τι θεραπεία κάνατε.
(κατηγορίες φαρμάκων π.χ. μυοχαλαρωτικά, αναλγητικά, φ/θ...)
.....
 - β) Υποβλήθήκατε σε κλινοστατισμό (πλήρη ακινητοποίηση) για τη μέση σας; ☐ Ναι ☐ Όχι

γ) Αν ναι, για πόσον καιρό; ☐ 2-3 ημέρες ☐ 1 εβδ. ☐ 2 εβδ. ☐ 1 μήνα

12. Πήρατε αναρρωτική άδεια από την δουλειά σας λόγω του πόνου σας; ☐ Ναι ☐ Όχι

13. Αν ναι πόσες μέρες λείπατε;.....

14. Αν είχατε πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσος καιρός έχει περάσει από τότε που δεν είχατε πόνο για έναν ολόκληρο μήνα;

☐ <3 μήνες ☐ Μεταξύ 3 και 7 μήνες ☐ Μεταξύ 7 μηνών και 3 χρόνων ☐ >3 έτη

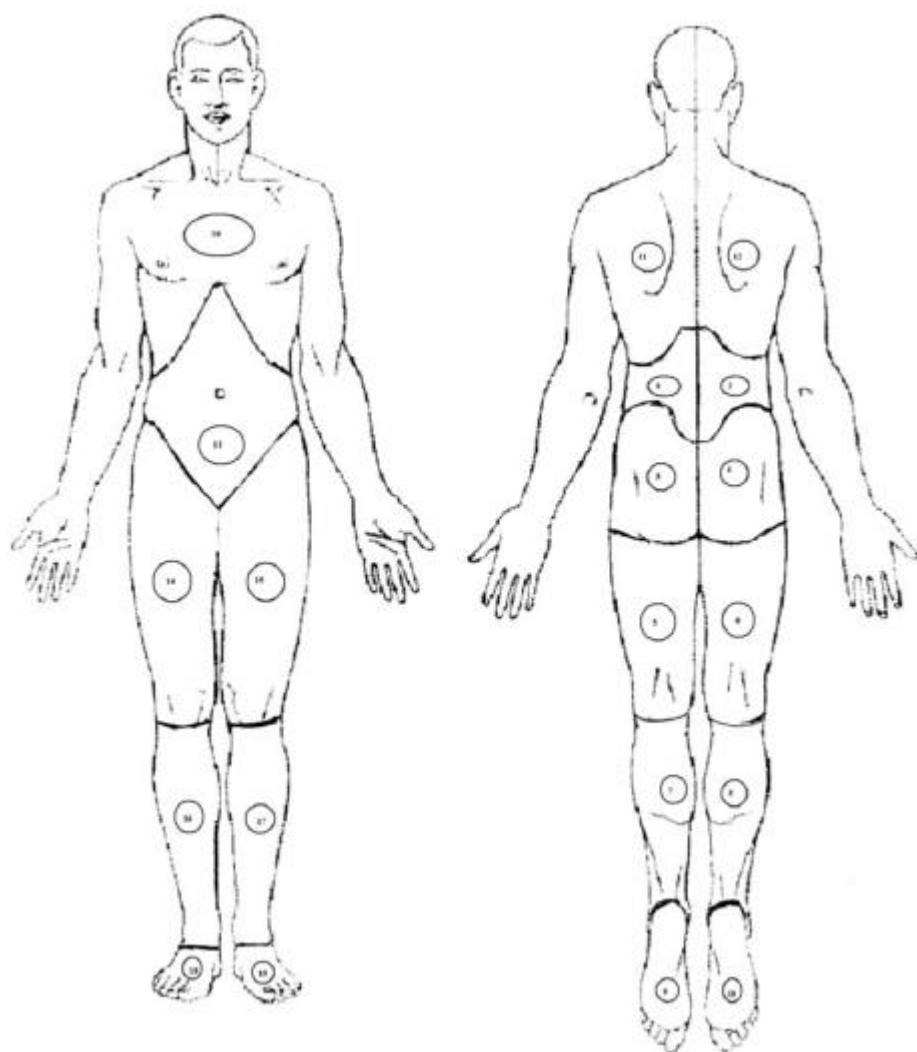
15. Έχετε άλλα μυοσκελετικά προβλήματα; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, αναφέρατε το/α προβλήματα

16. Έχετε χειρουργηθεί (για οποιονδήποτε λόγο) στο παρελθόν; ☐ Ναι ☐ Όχι

α) Αν ναι, σε τι χειρουργείο(-α) έχετε υποβληθεί;

17. Παρακαλώ σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα που αισθάνεστε τον πόνο σας.



Roland-Morris Disability Index

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάζοντας τις παρακάτω προτάσεις ενδεχομένως να βρείτε ότι κάποιες από αυτές εκφράζουν και εσάς, σήμερα. Αν κάποια από τις προτάσεις σας εκφράζει **σήμερα**, σημειώστε ένα √ στο τετράγωνο πλαίσιο που βρίσκεται δίπλα σε κάθε ερώτηση. Αν κάποια πρόταση δεν σας εκφράζει, αφήστε το πλαίσιο κενό.

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

ΚΛΙΜΑΚΑ HAD

7(A) Έχω αγχος η νιωσω σαστισμενος:

Τις περισσότερες φορές	3
Αρκετές φορές	2
Περιστασιακά	1
Καθόλου	0

8(Υ) Αισθανομαι με "πεσμενη" οιασθηση:

Σχεδόν διαρκώς	3
Πολύ συχνά	2
Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0

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

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

9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφίξιματος στο στομάχι

Καθόλου	0
Περιστασιακά	1
Αρκετά συχνά	2
Πολύ συχνά	3

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

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

10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

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

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

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

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

Πραγματικά πολύ	3
Αρκετά	2
Όχι πολύ	1
Καθόλου	0

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

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

12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:

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

6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η

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

13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:

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

7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω

Πάντα	0
Συνήθως	1
Όχι συχνά	2
Καθόλου	3

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

Συχνά	0
Μερικές φορές	1
Όχι συχνά	2
Πολύ σπάνια	3

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
☐	☐	☐	☐	☐
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
☐	☐	☐	☐	☐
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3 Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνατε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις

Ναί, με περιορίζει πολύ	Ναί, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
☐	☐	☐

- a Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- b Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- c Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- d Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- e Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- f Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- g Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- h Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- i Όταν περπατάτε εκατό μέτρα..... ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3
- j Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε ☐ 1..... ☐ 2..... ☐ 3

δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

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

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
	☐	☐	☐	☐	☐
a Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Περιορίσατε <u>το είδος</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d <u>Δυσκολευτήκατε να</u> επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

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

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
	☐	☐	☐	☐	☐
a Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b <u>Κάνατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
1	2	3	4	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
1	2	3	4	5	6

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

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
1	2	3	4	5

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

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
	☐	☐	☐	☐	☐
a Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Είχατε πολύ εκνευρισμό;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Αισθανόσασταν εξάντληση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i Αισθανόσασταν κούραση;	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
1	2	3	4	5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα

- a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους..... 1 2 3 4 5
- b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου 1 2 3 4 5
- c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει 1 2 3 4 5
- d Η υγεία μου είναι εξαιρετική 1 2 3 4 5

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

Δείκτης Αναπηρίας Oswestry

Το ακόλουθο ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί για να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε πώς επηρεάζουν τα προβλήματα που έχετε στη μέση σας (ή στα πόδια σας) την ικανότητά σας να ανταποκρίνεστε στην καθημερινή σας ζωή. Συμπληρώστε όλες τις ενότητες. Επιλέξτε την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στην κατάστασή σας σήμερα, βάζοντας σε κύκλο το αντίστοιχο τετραγωνάκι. Επιλέξτε μόνο μία απάντηση σε κάθε ερώτηση.

Ερώτηση 1 - Ένταση πόνου

- ☐ Δεν πονάω αυτή τη στιγμή.
- ☐ Ο πόνος είναι πολύ λίγος αυτή τη στιγμή.
- ☐ Ο πόνος είναι μέτριος αυτή τη στιγμή.
- ☐ Ο πόνος είναι αρκετά δυνατός αυτή τη στιγμή.
- ☐ Ο πόνος είναι πολύ δυνατός αυτή τη στιγμή.
- ☐ Ο πόνος είναι αφόρητος αυτή τη στιγμή.

Ερώτηση 2 - Προσωπική φροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)

- ☐ Μπορώ να φροντίσω τον εαυτό μου όπως συνήθως χωρίς να προκαλείται περισσότερος πόνος.
- ☐ Μπορώ να φροντίσω τον εαυτό μου όπως συνήθως αλλά προκαλείται πολύς πόνος.
- ☐ Το να φροντίζω τον εαυτό μου προκαλεί πόνο και είμαι αργός/αργή και προσεκτικός/προσεκτική.
- ☐ Χρειάζομαι κάποια βοήθεια, αλλά φέρνω βόλτα σχεδόν όλη την προσωπική μου φροντίδα.
- ☐ Χρειάζομαι βοήθεια κάθε μέρα στα περισσότερα θέματα σχετικά με την περιποίηση του εαυτού μου.
- ☐ Δεν ντύνομαι, πλένομαι με δυσκολία και μένω στο κρεβάτι.

Ερώτηση 3 - Ικανότητα να σηκώνετε βάρη

- ☐ Σηκώνω βαριά αντικείμενα χωρίς περισσότερο πόνο.
- ☐ Σηκώνω βαριά αντικείμενα, αλλά αυτό προκαλεί περισσότερο πόνο.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να σηκώσω βαριά αντικείμενα από το πάτωμα, αλλά μπορώ να τα σηκώσω αν βρίσκονται κάπου που με βολεύει, π.χ. πάνω σε τραπέζι.
- ☐ Ο πόνος δε με αφήνει να σηκώσω βαριά αντικείμενα, αλλά μπορώ να σηκώσω μέτρια ή ελαφρά βάρη, αν βρίσκονται κάπου που με βολεύει.
- ☐ Μπορώ να σηκώσω μόνο πολύ ελαφρά βάρη.
- ☐ Δεν μπορώ να σηκώσω ή να κουβαλήσω τίποτα απολύτως.

Ερώτηση 4 – Περπάτημα

- ☐ Ο πόνος δε με εμποδίζει να περπατήσω οποιαδήποτε απόσταση.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να περπατήσω περισσότερο από 1 χιλιόμετρο.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να περπατήσω περισσότερο από 500 μέτρα.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να περπατήσω περισσότερο από 100 μέτρα.
- ☐ Περπατάω μόνο με τη βοήθεια μαστιγίου ή πατερίτσας.
- ☐ Είμαι στο κρεβάτι τον περισσότερο καιρό και πρέπει να συρθώ για να πάω στην τουαλέτα.

Ερώτηση 5 - Καθιστή θέση

- ☐ Κάθομαι σε οποιαδήποτε καρέκλα όση ώρα θέλω.
- ☐ Κάθομαι στην αγαπημένη μου καρέκλα όση ώρα θέλω.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να κάθομαι περισσότερο από 1 ώρα.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να κάθομαι περισσότερο από ½ ώρα.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να κάθομαι περισσότερο από 10 λεπτά.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει εντελώς να κάθομαι.

Ερώτηση 6 - Όρθια θέση

- ☐ Στέκομαι όση ώρα θέλω χωρίς περισσότερο πόνο.
- ☐ Στέκομαι όση ώρα θέλω αλλά έχω περισσότερο πόνο.

- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από 1 ώρα.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από ½ ώρα.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από 10 λεπτά.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει εντελώς να στέκομαι.

Ερώτηση 7 – Ύπνος

- ☐ Ο πόνος δεν διαταράσσει ποτέ τον ύπνο μου.
- ☐ Ο πόνος διαταράσσει τον ύπνο μου περιστασιακά.
- ☐ Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 6 ώρες.
- ☐ Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 4 ώρες.
- ☐ Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 2 ώρες.
- ☐ Επειδή πονάω, δεν κοιμάμαι καθόλου.

Ερώτηση 8 - Σεξουαλική ζωή (εάν ισχύει στην περίπτωσή σας)

- ☐ Έχω φυσιολογική σεξουαλική ζωή, χωρίς να προκαλεί περισσότερο πόνο.
- ☐ Έχω φυσιολογική σεξουαλική ζωή, αλλά προκαλεί λίγο περισσότερο πόνο.
- ☐ Έχω σχεδόν φυσιολογική σεξουαλική ζωή, αλλά με πολύ πόνο.
- ☐ Η σεξουαλική μου ζωή περιορίζεται σοβαρά λόγω του πόνου.
- ☐ Έχω σχεδόν ανύπαρκτη σεξουαλική ζωή λόγω του πόνου.
- ☐ Δεν έχω καθόλου σεξουαλική ζωή λόγω του πόνου.

Ερώτηση 9 - Κοινωνική ζωή

- ☐ Η κοινωνική ζωή μου είναι φυσιολογική και δεν μου προκαλεί περισσότερο πόνο.
- ☐ Η κοινωνική ζωή μου είναι φυσιολογική αλλά αυξάνει τον πόνο.
- ☐ Ο πόνος δεν επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική μου ζωή, με εξαίρεση ότι περιορίζει τις πιο δραστήριες ασχολίες μου, π.χ. αθλητισμός κ.λπ.
- ☐ Ο πόνος περιορίζει την κοινωνική μου ζωή και δε βγαίνω έξω τόσο συχνά.
- ☐ Ο πόνος περιορίζει την κοινωνική μου ζωή στο σπίτι.
- ☐ Δεν έχω κοινωνική ζωή λόγω του πόνου.

Ερώτηση 10 – Ταξίδια

- ☐ Μπορώ να ταξιδεύω οπουδήποτε χωρίς πόνο.
- ☐ Μπορώ να ταξιδεύω οπουδήποτε, αλλά αυτό μου προκαλεί περισσότερο πόνο.
- ☐ Ο πόνος είναι δυνατός, αλλά καταφέρνω να ταξιδεύω πάνω από 2 ώρες.
- ☐ Ο πόνος με περιορίζει σε ταξίδια μικρότερα της 1 ώρας.
- ☐ Ο πόνος με περιορίζει σε σύντομα, αναγκαία ταξίδια μικρότερα της ½ ώρας.
- ☐ Ο πόνος με εμποδίζει να ταξιδεύω (εκτός από το να πηγαίνω για θεραπεία).

Αποτέλεσμα

Το αποτέλεσμά σας = %