

**ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ
ΣΤΗΛΗΣ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

του
Λάζαρου Πανταζή

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του Μεταπτυχιακού τίτλου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Οργάνωση και Διοίκηση Αθλητικών Οργανισμών και Επιχειρήσεων» του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στην κατεύθυνση «Οργάνωση και Διαχείριση Προγραμμάτων βελτίωσης Υγείας».

Σπάρτη
2014

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Απόστολος Στεργιούλας, Καθηγητής πρώτης βαθμίδας

2^{ος} Επιβλέπων: Γεώργιος Τσίγκανος, Λέκτορας

3^η Επιβλέπουσα: Αλεξάνδρα Τριπολιτσιώτη, Ε.Ε.Π.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πανταζής Λάζαρος: Χρόνια σύνδρομα οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλική στήλης,
εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.
(Υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Απόστολου Στεργιούλα)

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν να καταγράψει τα χρόνια σύνδρομα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλική στήλης εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπως είναι οσφυαλγία, το λουμπάγκο και η ισχιαλγία. Στη μελέτη πήραν μέρος με τυχαία επιλογή 398 εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που ελέγχθηκε για την αντικειμενικότητα, αξιοπιστία και εγκυρότητά του. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS με τη χρησιμοποίηση των δοκιμασιών χ^2 . Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2= 0.358$, $df=1$, $p>0.05$), την εκπαίδευση ($\chi^2= 0.37$, $df=2$, $p>0.05$) και τα έτη εργασίας ($\chi^2= 0.29$, $df=2$, $p>0.05$). Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2= 34.57$, $df=2$, $p<0.001$), το επάγγελμα ($\chi^2= 33.7$, $df=2$, $p<0.001$), το σωματικό βάρος ($\chi^2= 27.2$, $df=2$, $p<0.001$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2= 3.85$, $df=1$, $p<0.05$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2= 1.66$, $df=1$, $p>0.05$), το επάγγελμα ($\chi^2= 2.93$, $df=2$, $p>0.05$) και τα έτη εργασίας ($\chi^2= 0.54$, $df=2$, $p>0.05$). Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2= 41.58$, $df=2$, $p<0.001$), το επάγγελμα ($\chi^2= 35.33$, $df=2$, $p<0.001$), το σωματικό βάρος ($\chi^2= 35.86$, $df=2$, $p<0.001$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2= 4.10$, $df=2$, $p<0.04$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2= 0.87$, $df=1$, $p>0.05$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2= 1.28$, $df=2$, $p>0.05$), τα έτη εργασίας ($\chi^2= 0.42$, $df=2$, $p>0.05$) και το ταμείο

ασφάλισης ($\chi^2= 2.54$, $df=1$, $p>0.05$). Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2= 47.14$, $df=2$, $p<0.001$), με την ειδικότητα ($\chi^2= 28.57$, $df=2$, $p<0.001$) και το σωματικό βάρος ($\chi^2= 30.09$, $df=2$, $p<0.001$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2= 2.98$, $df=1$, $p>0.05$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2= 1.28$, $df=2$, $p>0.05$), τα έτη εργασίας ($\chi^2= 3.80$, $df=2$, $p>0.05$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2= 0.51$, $df=2$, $p>0.05$). Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2= 40.11$, $df=2$, $p<0.001$), με την ειδικότητα ($\chi^2= 37.95$, $df=2$, $p<0.001$) και το σωματικό βάρος ($\chi^2= 31.38$, $df=2$, $p<0.001$).

Λέξεις κλειδιά: Σύνδρομα, οσφυαλγία, οσφυοισχιαλγία, λουμπάγκο, ισχιαλγία

ABSTRACT

Pantazis Lazaros: Chronic Low back syndrome of primary school teachers.
(Under supervision of Professor Apostolos Stergioulas)

The purpose of the present work was to record the chronic syndromes of the lumbar vertebral column primary teachers, such as back pain, lumbago and the sciatica. Participated in the study were randomly assigned to 398 primary school teachers who responded to a questionnaire that was tested for its objectivity, reliability and validity. Data analythikanme the statistical program SPSS using the X2 test. No statistically significant differences in the overall prevalence of chronic problems in the lumbar spine of teachers according to gender ($\chi^2 = 0.358$, $df = 1$, $p > 0.05$), education ($\chi^2 = 0.37$, $df = 2$, $p > 0.05$) and working years ($\chi^2 = 0.29$, $df = 2$, $p > 0.05$). Statistically significant differences in the overall prevalence of chronic problems in O.M.S.S. teachers according to age ($\chi^2 = 34.57$, $df = 2$, $p < 0.001$), occupation ($\chi^2 = 33.7$, $df = 2$, $p < 0.001$), body weight ($\chi^2 = 27.2$, $df = 2$, $p < 0.001$) and the insurance fund ($\chi^2 = 3.85$, $df = 1$, $p < 0.05$). No statistically significant differences in the prevalence of LBP teachers according to gender ($\chi^2 = 1.66$, $df = 1$, $p > 0.05$), occupation ($\chi^2 = 2.93$, $df = 2$, $p > 0.05$) and years of work ($\chi^2 = 0.54$, $df = 2$, $p > 0.05$). Statistically significant differences in the prevalence of LBP teachers according to age ($\chi^2 = 41.58$, $df = 2$, $p < 0.001$), occupation ($\chi^2 = 35.33$, $df = 2$, $p < 0.001$), body weight ($\chi^2 = 35.86$, $df = 2$, $p < 0.001$) and the insurance fund ($\chi^2 = 4.10$, $df = 2$, $p < 0.04$). No statistically significant differences in the prevalence of lumbago teachers according to gender ($\chi^2 = 0.87$, $df = 1$, $p > 0.05$), educational level ($\chi^2 = 1.28$, $df = 2$, $p > 0.05$), years of work ($\chi^2 = 0.42$, $df = 2$, $p > 0.05$) and the insurance fund ($\chi^2 = 2.54$, $df = 1$, $p > 0.05$). Statistically significant differences in the prevalence of lumbago teachers according to age ($\chi^2 = 47.14$, $df = 2$, $p < 0.001$), the specificity ($\chi^2 = 28.57$, $df = 2$, $p < 0.001$) and body weight ($\chi^2 = 30.09$, $df = 2$, $p < 0.001$). No statistically significant differences in the prevalence of sciatica teachers according to gender ($\chi^2 = 2.98$, $df = 1$, $p > 0.05$), educational level ($\chi^2 = 1.28$, $df = 2$, $p > 0.05$), years of work ($\chi^2 = 3.80$, $df = 2$, $p > 0.05$) and the insurance fund ($\chi^2 = 0.51$, $df = 2$, $p > 0.05$). Statistically significant differences in the prevalence of sciatica

teachers according to age ($\chi^2 = 40.11$, $df = 2$, $p < 0.001$), the specificity ($\chi^2 = 37.95$, $df = 2$, $p < 0.001$) and body weight ($\chi^2 = 31.38$, $df = 2$, $p < 0.001$).

Keywords: Syndromes, backache, osfyoischialgia, lumbago, sciatica

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Πρωταρχικά επιλέγω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον εποπτεύοντα καθηγητή μου κύριο Απόστολο Στεργιούλα και στην οικογένειά μου, οι οποίοι στάθηκαν αρωγοί και υποστηρικτές καθόλη τη διάρκεια των προσωπικών μου προσπαθειών για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

	Σελ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	4
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	.6
ΠΙΝΑΞΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Θεωρητικό υπόβαθρο	12
Διατύπωση του προβλήματος	13
Σκοπός της έρευνας	13
Σημαντικότητα της έρευνας	13
Ερευνητικές υποθέσεις	13
Διευκρίνιση όρων	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
Εισαγωγή	15
Οσφυαλγία	19
Ισχιαλγία	28
Λουμπάγκο	33
Οσφυο-ισχιαλγία	35
Περίληψη-συμπεράσματα	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	57
Εισαγωγή	58
Ερευνητικός σχεδιασμός	59
Ερωτηματολόγιο	59
Μέθοδος συλλογής δεδομένων	59
Στατιστική ανάλυση	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	99
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΕΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	101
ΒΒΙΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102

		Σελ.
Πίνακας 1	Χαρακτηριστικά δείγματος	62
Πίνακας 2	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το φύλο	63
Πίνακας 3	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με την ηλικία.	65
Πίνακας 4	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με την ειδικότητα.	66
Πίνακας 5	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το σωματικό βάρος.	67
Πίνακας 6	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	68
Πίνακας 7	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με τα έτη εργασίας.	70
Πίνακας 8	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης.	71
Πίνακας 9	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με το φύλο	72
Πίνακας 10	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα σύμφωνα με την ηλικία.	73
Πίνακας 11	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα σύμφωνα με την ειδικότητα.	74
Πίνακας 12	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα. σύμφωνα με το σωματικό βάρος.	75
Πίνακας 13	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	76
Πίνακας 14	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα. σύμφωνα με τα έτη εργασίας.	77
Πίνακας 15	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης.	78
Πίνακας 16	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το φύλο	79
Πίνακας 17	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με την ηλικία.	80
Πίνακας 18	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με την ειδικότητα.	81
Πίνακας 19	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το σωματικό βάρος.	82
Πίνακας 20	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	83
Πίνακας 21	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του	84

	λουμπάγκο σύμφωνα με τα έτη εργασίας.	
Πίνακας 22	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης.	85
Πίνακας 23	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με το φύλο.	86
Πίνακας 24	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με την ηλικία.	87
Πίνακας 25	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με την ειδικότητα.	88
Πίνακας 26	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας με το σωματικό βάρος.	89
Πίνακας 27	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας επίπεδο εκπαίδευσης	90
Πίνακας 28	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με τα έτη εργασίας.	91
Πίνακας 29	Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης.	92

		Σελ.
Γράφημα 1	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο	64
Γράφημα 2	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία	65
Γράφημα 3	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα	66
Γράφημα 4	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος	68
Γράφημα 5	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	69
Γράφημα 6	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας	70
Γράφημα 7	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης	71
Γράφημα 8	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο	72
Γράφημα 9	Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία	73
Γράφημα 10	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα	74
Γράφημα 11	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος	75
Γράφημα 12	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	76
Γράφημα 13	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας	77
Γράφημα 14	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης	78
Γράφημα 15	Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο	79
Γράφημα 16	Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα σύμφωνα με την ηλικία	80
Γράφημα 17	Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα	81
Γράφημα 18	Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος	82
Γράφημα 19	Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	84
Γράφημα 20	Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας	85
Γράφημα 21	Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης	86
Γράφημα 22	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο	87
Γράφημα 23	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την	88

	ηλικία	
Γράφημα 24	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα	89
Γράφημα 25	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος	90
Γράφημα 26	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	91
Γράφημα 27	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας	92
Γράφημα 28	Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θεωρητικό υπόβαθρο

Τα μυοσκελετικά προβλήματα που έχουν αφετηρία την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ισχιαλγία, λουμπάγκο, οσφυαλγία), παρά τις προσπάθειες των ερευνητών την τελευταία εικοσαετία, παραμένουν ένα μεγάλο ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Περίπου το 85% από όλα τα ενήλικα άτομα έχουν προβλήματα στην οσφυϊκή περιοχή σε κάποια φάση της ζωής τους, ενώ η συχνότητα επικράτησης παρόμοιων προβλημάτων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, κυμαίνεται από 7 % μέχρι 50 %.

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μεγάλη συχνότητα των προβλημάτων στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, λαμβάνει χώρα στα πιο παραγωγικά χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Η βαριά σωματική εργασία, η ανύψωση βαρών, και η διατήρηση για παρατεταμένο χρονικό διάστημα κάποιας συγκεκριμένης θέσης, καταπονούν την σπονδυλική στήλη και ειδικότερα την οσφυϊκή μοίρα, με αποτέλεσμα να προκαλούνται προβλήματα στην περιοχή αυτή.

Επίσης κάποιες άλλες επαγγελματικές δραστηριότητες, όπως η οδήγηση, ο χειρισμός κάποιων μηχανημάτων από καθιστή ή όρθια θέση, έχουν συνδεθεί με προβλήματα στην οσφυϊκή περιοχή. Προβλήματα στην οσφυϊκή περιοχή έχουν αναφερθεί και εξ αιτίας των επίπλων.

Η καλή φυσική κατάσταση (ισομετρική δύναμη των κοιλιακών, αντοχή των εκτεινόντων την σπονδυλική στήλη και η ελαστικότητα των ισchioκνημιαίων μυών), φαίνεται ότι αποτελούν προστασία για τα προβλήματα που προέρχονται από την σπονδυλική στήλη.

Εξαιρετικά μεγάλο μέρος του πληθυσμού παρουσιάζει ενοχλήσεις στην οσφυϊκή περιοχή. Τα προβλήματα αυτά προκαλούν δυσλειτουργίες, πόνο καθώς και αδυναμία εκτέλεσης των καθημερινών εργασιών και υποχρεώσεων.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης ~~ως προς προβλήματα~~ κλινικής διατριβής ήταν να καταγράψει τα χρόνια σύνδρομα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλική στήλης εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπως είναι οσφυαλγία, το λουμπάγκο και η ισχιαλγία. Επί μέρους σκοποί της έρευνας ήταν να καταγραφεί ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων της ΟΜΣΣ σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, επίπεδο εκπαίδευσης, την ειδικότητα, τα έτη εργασίας και το ταμείο ασφάλισης.

Σημαντικότητα

Η μελέτη κρίνεται εξαιρετικά σημαντική λόγω των συνθηκών εργασίας του συγκεκριμένου δείγματος που λόγω των συνθηκών εργασίας του μπορεί να παραμένει για αρκετή ώρα σε καθιστή στάση.

Ερευνητικές υποθέσεις

Υ1

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών και το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, την εκπαίδευση, την ειδικότητα, τα έτη εργασίας και το ταμείο ασφάλισης.

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών και το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, την εκπαίδευση, την ειδικότητα, τα έτη εργασίας και το ταμείο ασφάλισης.

Y3

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών και το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, την εκπαίδευση, την ειδικότητα, τα έτη εργασίας και το ταμείο ασφάλισης.

Y4

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών και το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, την εκπαίδευση, την ειδικότητα, τα έτη εργασίας και το ταμείο ασφάλισης.

Λειτουργικοί Ορισμοί

Οσφυαλγία: το σύνολο των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην περιοχή της μέσης

Ισχιαλγία: Άλγος σε ένα από τα δύο κάτω άκρα εξαιτίας της πίεσης του ισχιακού νεύρου

Λουμπάγκο: οξεία οσφυαλγία

Οσφυοισχιαλγία: απόρροια της σύμπραξης οσφυαλγίας και ισχιαλγίας.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Εισαγωγή

Τα παθητικά και τα ενεργητικά στοιχεία της σπονδυλικής μονάδας, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ)

Το σχήμα των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης είναι σαν ένα τρίποδο και βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι η μια άρθρωση ασκεί επιρροή στην άλλη. Για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε καλύτερα αυτή την κατάσταση θα μπορούσαμε να την παρομοιάσουμε με ένα τρίποδο σκαμπό το οποίο εάν το ένα πόδι του είναι πιο κοντό από τα άλλα θα προκληθεί ταλάντευση μέχρι και δημιουργηθεί το ίδιο και στα υπόλοιπα πόδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι παραπάνω αρθρώσεις, θεωρώντας ότι στην σπονδυλική στήλη υπάρχουν πολλές λειτουργικές μονάδες η μια πάνω στην άλλη, σχηματίζουν στην σπονδυλική στήλη μια πρόσθια και δυο οπίσθιες κολόνες μέσα από τις οποίες γίνεται η μεταφορά του βάρους. Τα σπονδυλικά σώματα και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι περιλαμβάνονται στην πρόσθια κολόνα ενώ τα ζεύγη των οπίσθιων αρθρώσεων σχηματίζουν τις οπίσθιες κολόνες.

Ανάλογα με τις κινήσεις της σπονδυλικής στήλης μεταβάλλεται και το βάρος από την πρόσθια κολόνα και από τις δυο οπίσθιες. (Newman, 2007)

Οι οσφυϊκοί σπόνδυλοι

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από πέντε οσφυϊκούς σπονδύλους (Ο1-Ο5) και τα σώματα τους αποτελούν τα ογκωδέστερα από όλους τους σπονδύλους. Το μέγεθος τους παρουσιάζει αύξηση από πάνω προς τα κάτω όπως ακριβώς και στην θωρακική μοίρα. Οι ακανθώδεις αποφύσεις έχουν τέσσερις πλευρές και η κατεύθυνση τους ωθείται προς τα πίσω. Τα μεσοσπονδύλια τμήματα τα οποία είναι σχηματισμένα ανάμεσα στους οσφυϊκούς σπονδύλους είναι σε γενικές γραμμές μεγάλα ενώ μικρό είναι το σπονδυλικό τμήμα. Μέσα στο σπονδυλικό τμήμα στο οπίσθιο μέρος της επιφάνειας του σώματος διακρίνεται ένα μεγάλο τμήμα το οποίο υφίσταται για την έξοδο της βασοσπονδυλικής φλέβας. Στην επιφάνεια του σπονδυλικού σώματος περιλαμβάνεται ο δακτύλιος από συμπαγή οστίτη ιστό ενώ στο κέντρο του υπάρχει η σπογγώδης ουσία. Από τους 5 οσφυϊκούς σπονδύλους αυτός που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη διαφορά είναι ο 5ος διότι το σώμα του στην πρόσθια επιφάνεια είναι παχύτερο σε σχέση με την οπίσθια (Κούσκουρας, 1999).

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αποτελούν τα πιο ευαίσθητα στοιχεία της σπονδυλικής στήλης και προσδίδουν την σταθερότητα της. Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι είναι τοποθετημένοι μεταξύ των σπονδυλικών σωμάτων και αποτελούνται από τον πυρήνα και το περίβλημα το οποίο ονομάζεται

ινώδης δακτύλιος και θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε την κατασκευή του με το ελαστικό του αυτοκινήτου.

Επιπλέον, αποτελούνται από έναν συνδετικό ιστό και στο κέντρο τους διακρίνεται ο πηκτοειδής πυρήνας ο οποίος είναι κατασκευασμένος από ινώδη ιστό. Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αναπτύσσονται από τους ιστούς που βρίσκονται τον περίγυρο του. Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι με ετερόπλευρο τρόπο ελαχιστοποιούνται και μεγιστοποιούνται κάθε φορά που η σπονδυλική στήλη βρίσκεται υπό κινητική δραστηριότητα (Βεζύρογλου, 2000).

Σταθεροποιοί και Κινητήριοι μύες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης Οι ονομαζόμενοι κινητήριοι μύες έχουν σαν βασικό χαρακτηριστικό την συμμετοχή και τον προσδιορισμό στην εκτέλεση των κινήσεων ενώ οι σταθεροποιοί μύες

προσδίδουν την σταθερότητα στο ανθρώπινο σώμα. Σύμφωνα με έρευνες είναι αποδεδειγμένο ότι οι σταθεροποιοί μύες παρουσιάζουν διαφορετική λειτουργία στα άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία σε σχέση με τα υγιή άτομα.

Στους σταθεροποιούς μύες της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης συμπεριλαμβάνονται ο εγκάρσιος, ο κοιλιακός, ο πολυσχιδής, οι μεσεγκάρσιοι και οι μεσακάνθιοι κλπ. Η ύπαρξη κατάστασης που προκαλείται διαταραχή στο σύστημα των σταθεροποιητών μυών μπορεί να εκδηλώσει τη μείωση της κινητικής δραστηριότητας και ταυτόχρονα της ρύθμισης της όπου επαφίεται με άμεσο τρόπο με την αντανακλαστική ικανότητα των μυών. Στη συνέχεια, απόρροια του παραπάνω αποτελέσματος είναι η αδυναμία ενεργοποίησης του μυϊκού συστήματος. Οι σταθεροποιητικοί μύες συμβάλλουν στην κατανόηση του πόνου από τον ανθρώπινο οργανισμό καθώς και στην παθολογική του προέλευση. Στη συνολική εικόνα της μυϊκής κινητικότητας του συστήματος παρατηρείται αλλιωμένος μεταβαλλόμενος χρόνος ως προς τη συσπαστικότητα των μυών και συνεπάγεται την ολική αποδιοργάνωση ενός τμήματος ή ολόκληρου του κινητικού συστήματος της Ο.Μ.Σ.Σ.

Το σύστημα του κινητικού ελέγχου που αποτελεί κινητήρια δύναμη του σώματος συνίσταται από μύες που αναπτύσσουν έργο, καλούμενα ως ροπή. Πιο συγκεκριμένα, η σύσπαση των μυών πραγματοποιείται με κατεύθυνση δύναμης προς το κέντρο του βάρους σώματος ώστε να ρυθμίζεται το εύρος κίνησης κάθε μέλους. Αντίθετα, η συστολή των μυών μπορεί να αναπτύξει κινήσεις δυσκαμψίας σε κάθε περίπτωση που η δύναμη είναι υψηλού μεγέθους προερχόμενη από παθολογικά αίτια. Τέτοιες καταστάσεις ενδείκνυται να παρουσιαστούν στην χρόνια οσφυαλγία. Όταν η δυσκαμψία ανιχνεύεται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, διακρίνονται συμπτώματα που σηματοδοτούν την αύξηση της νωτιαίας πίεσης. Οι μύες που συγκλίνουν σε αυτή την περιοχή αντιδρούν στην παθολογική κατάσταση με την

Το κινητικό σύστημα περιλαμβάνει πληθώρα μυών μερικοί από τους οποίους είναι οι ακόλουθοι: ορθός κοιλιακός, έξω λοξός, πρόσθια μοίρα του έσω λοξού και ομάδα πλάγιων μυϊκών

ινών. Σε ολιγάριθμα άτομα το σύστημα των μυών που περιλαμβάνουν τη κνήμη θεωρούνται πιο διαταραχή της πάσχουσας περιοχής.

ενισχυμένοι από δυναμικής άποψης ενώ αντιθέτως επικρατεί η αντίθετη άποψη σε άτομα που νοσούν από χρόνια οσφυαλγία. Στις μέρες μας η επιστήμη της ιατρικής αναφέρει ότι η εκγύμναση των κινητικών μυών σε ασθενείς που πάσχουν από την παραπάνω νόσο δεν αποτελεί πάντα επιτυχή προσπάθεια φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης λόγω της εκτεταμένης βλάβης που ανιχνεύεται στη σπονδυλική στήλη.

Οι σταθεροποιητικοί μύες συγκριτικά με τους κινητικούς διαθέτουν μεγαλύτερη περιεκτικότητα ινών βραδείας διέγερσης ενώ οι κινητικοί μύες περιλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό ινών ταχείας διέγερσης. Ο βασικός ρόλος των σταθεροποιητικών μυών είναι η ισορροπία του σώματος και η εγκατάσταση του σε μια ορθή στάση. Για την πραγματοποίηση του αναφερθέντος αποδέχονται ενέργεια με τη χρήση του αερόβιου μηχανισμού. Αυτού του είδους η ενέργεια συνίσταται κατά κύριο λόγο σε γλυκογόνο και λιπώδης ουσίες με χαμηλή περιεκτικότητα του γαλακτικού οξέος. Αντίθετα οι κινητήριοι μύες απαιτούν για την ενεργοποίησή τους αποκλειστικά ενέργεια συνιστώμενη σε κολλαγόνο και υψηλή συγκέντρωση γαλακτικού οξέος. Η συγκέντρωση αυτής της ενέργειας πραγματοποιείται με τη χρήση αναερόβιου μηχανισμού.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η ύπαρξη δυσλειτουργικής κατάστασης στην Ο.Μ.Σ.Σ. παρουσιάζει τους σταθεροποιητικούς μύες να έχουν την τάση να

Η αδυναμία ομαδοποίησης των μυϊκών μυών ή η ανεπάρκεια τους ως προς τη συσπαστική τους ικανότητα εμφανίζει σταδιακά μεταβολή της μυϊκής δραστηριότητας με αποτέλεσμα να επηρεάζει αρνητικά και τον μηχανισμό της άρθρωσης του σώματος. Έτσι λοιπόν, η κλινική εικόνα συνίσταται στην εμφάνιση έντονου πόνου σε συνδυασμό με δυσκαμψία με κατάληξη την εκφύλιση της Ο.Μ.Σ.Σ. Συνοψίζοντας τα όσα αναφέραμε, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- Ο ρόλος του μυϊκού συστήματος εκφράζεται με δύο χαρακτήρες, τον κινητικό και τον σταθεροποιητικό.

βραχύνονται σε αντίθεση με τους μύες του κινητικού συστήματος να εμφανίζουν μείωση της ενεργητικότητας τους.

- Οι σταθεροποιητικοί μύες συμβάλλουν στην ισορροπία και στάση του σώματος ελέγχοντας αυτόματα το εύρος κάμψης της σπονδυλικής στήλης.
- Οι κινητήριοι μύες συμβάλλουν στο έργο της ροπής κάθε φορά που το σώμα λαμβάνει ή μεταφέρει ένα συγκεκριμένο φορτίο (Βεζύρογλου, 2000).

Οσφυαλγία

Η οσφυαλγία δεν αποτελεί μια πάθηση, αλλά αφορά το σύνολο των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην περιοχή της μέσης και ο τρόπος που εκδηλώνονται αυτά τα συμπτώματα είναι ο πόνος. Παρόλα αυτά μπορούμε να διακρίνουμε πέντε είδη οσφυαλγίας με βάση το αίτιο που τις προκάλεσε. Αυτές είναι οι εξής: Μηχανικής αιτιολογίας: στην συγκεκριμένη κατηγορία, περιλαμβάνονται οι οσφυαλγίες εκείνες οι οποίες έχουν προκληθεί από διαταραχές της στατικής ισορροπίας ή έχει παρεκκλίνει από το φυσιολογικό η λειτουργία της σπονδυλικής στήλης, της λεκάνης και των κάτω άκρων.

Φλεγμονώδους μικροβιακής αιτιολογίας: στην συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται παθήσεις όπως είναι η φυματιώδης σπονδυλίτιδα, η σπονδυλοδισκίτιδα κ.α.

Συγγενούς αιτιολογίας: στην συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται παθήσεις που αφορούν την ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου, τη δισχιδής ράχη κλπ. Από νεοπλασίες.

Από παθήσεις γειτονικών προς τη σπονδυλική στήλη οργάνων: η συγκεκριμένη κατηγορία αφορά οσφυαλγίες που σχετίζονται με διάφορες φλεγμονές και όγκους στην περιοχή των νεφρών, των ουρητήρων, των γεννητικών οργάνων, του εντέρου κλπ.

Η διάπλαση της σπονδυλικής στήλης από ανατομική άποψη περιλαμβάνει τους μεγάλους συνδέσμους, το οπίσθιο τμήμα του ινώδους δακτυλίου, τους θύλακες των facet's και επίσης το σώμα με τις ακανθώδεις αποφύσεις των σπονδύλων. Όλα αυτά συνδέονται με τα αισθητικά νεύρα και στην περίπτωση που ερεθιστούν από κάποια από τις προαναφερθέντες αιτίες, θα προκληθεί πόνος. Με βάση τα προαναφερθέντα μπορούμε να αντιληφθούμε πόσο δύσκολο είναι για τους γιατρούς να διαγνώσουν τα αίτια που προκάλεσαν οσφυαλγία.

Οι πιο συνηθισμένες οσφυαλγίες που παρουσιάζονται από όλες τις προαναφερθέντες κατηγορίες με ποσοστό 75% είναι οι οσφυαλγίες μηχανικής αιτιολογίας οι οποίες οφείλονται σε μηχανικά φορτία (Oldenkott, 1998)

Επιμέρους κατηγοριοποίηση της οσφυαλγίας

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε τρεις επιπλέον κατηγορίες οι οποίες αφορούν οσφυαλγίες που προκαλούνται από το μέγεθος και τον τρόπο που θα εφαρμοστούν τα φορτία στην σπονδυλική στήλη. Αυτές είναι οι εξής :

Παρατεταμένη φόρτιση, σε φυσιολογική σπονδυλική στήλη: στην συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται φορτίσεις οι οποίες δεν προκαλούν τραυματισμό αλλά έχουν το σύμπτωμα του πόνου. Αυτός προκαλείται όταν το σώμα μας διατηρεί μια στάση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα να φορτίζονται και να παραμορφώνονται τα μαλακά μέρη της

σπονδυλικής στήλης και να προκαλείται ερεθισμός των ελεύθερων νευρικών κλώνιων τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση ενός ατόμου το οποίο εργάζεται σε γραφείο πράγμα που σημαίνει ότι κάθεται πολλές ώρες και σκύβει προς τα εμπρός. Με αυτή την στάση λοιπόν, διατείνονται οι σύνδεσμοι της οπίσθιας πλευράς της σπονδυλικής στήλης και ο πυρήνας του μεσοσπονδύλιου δίσκου κινείται προς τα πίσω και διατείνει τα οπίσθια τοιχώματα του ινώδους δακτυλίου. Όλα αυτά συνδέονται με τα αισθητικά νεύρα με αποτέλεσμα να προκαλείται πόνος ο οποίος θα αυξάνεται όσο διατηρείται η συγκεκριμένη στάση. Αυτού του είδους η οσφυαλγία αποτελεί το «σύνδρομο στάσης» και τα συμπτώματα της εξαφανίζονται όταν το άτομο παύει να διατηρεί την επώδυνη αυτή στάση. Το συγκεκριμένο, παρουσιάζεται σε άτομα που η εργασία τους είναι καθιστική και δεν έχουν καλή φυσική κατάσταση.

Φυσιολογική φόρτιση, σε μη φυσιολογική σπονδυλική στήλη: όταν τα μαλακά μέρη της σπονδυλικής στήλης, τα οποία είναι οι σύνδεσμοι και οι μύες που την στηρίζουν, δεν λειτουργούν σωστά τότε η κίνηση της σπονδυλικής στήλης θα περιορίζεται με αποτέλεσμα να προκαλείται πόνος παρά το γεγονός ότι η κίνηση και η φόρτιση των μαλακών μορίων ήταν φυσιολογικές. Αυτού του είδους οι οσφυαλγίες ονομάζονται «σύνδρομο δυσλειτουργίας». Η συγκεκριμένη δυσλειτουργία της σπονδυλικής στήλης αποτελεί μια μακροχρόνια διαδικασία και θα μπορούσαμε να αναφέρουμε δυο πιθανούς λόγους που την προκαλούν. Ο πρώτος αφορά κάποιον παλαιό τραυματισμό του μεσοσπονδύλιου δίσκου καθώς ο ουλώδης ιστός που παρουσιάστηκε κατά τη διαδικασία επούλωσης παράλληλα με τον πόνο, περιόρισαν την κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης με αποτέλεσμα να μην λειτουργεί σωστά η οσφυϊκή μοίρα το οποίο συνεπάγεται με αστάθεια της σπονδυλικής στήλης. Ο δεύτερος λόγος αφορά την μακροχρόνια κακή στάση όπου η φόρτιση των οπίσθιων στοιχείων της σπονδυλικής στήλης για μεγάλο χρονικό διάστημα δημιουργούν μικροτραυματισμούς και πόνο και αυτό συνεπάγεται με δυσλειτουργία της περιοχής.

Μεγάλη φόρτιση, σε φυσιολογική σπονδυλική στήλη/μικρή φόρτιση σε απροετοίμαστη σπονδυλική στήλη/επαναλαμβανόμενη φόρτιση σε φυσιολογική σπονδυλική στήλη: στην

συγκεκριμένη κατηγορία, αυτά τα τρία είδη φόρτισης έχουν σαν κοινό στοιχείο την αδυναμία των μυών να στηρίζουν τα φορτία που επιβαρύνουν την σπονδυλική στήλη. Το αποτέλεσμα που δημιουργείται από αυτό είναι να τραυματίζονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι και οι σύνδεσμοι καθώς η κατασκευή τους δεν είναι για να στηρίζει τόσο μεγάλα φορτία. Στην πρώτη περίπτωση (μεγάλη φόρτιση σε φυσιολογική σπονδυλική στήλη), οι μύες δεν μπορούν να απορροφήσουν τα μεγάλα φορτία της κίνησης. Στην δεύτερη περίπτωση (μικρή φόρτιση σε απροετοίμαστη σπονδυλική στήλη), οι μύες δεν έχουν την δυνατότητα να απορροφήσουν την φόρτιση που δημιουργείται καθώς η κίνηση είναι απότομη και στην τρίτη περίπτωση (επαναλαμβανόμενη φόρτιση σε φυσιολογική σπονδυλική στήλη), οι μύες έχουν κουραστεί και δεν είναι σε θέση να απορροφήσουν την φόρτιση που παράγεται καθώς η κίνηση είναι επαναλαμβανόμενη. Οι οσφυαλγίες που δημιουργούνται από αυτού του είδους τις φορτίσεις ονομάζονται «σύνδρομο αποδιοργάνωσης» (Oldenkott, 1998)

Αντιμετώπιση του συνδρόμου στάσης

Όπως προαναφέραμε, το σύνδρομο στάσης δεν παρουσιάζει πόνο από κάποια βλάβη ή δυσλειτουργία των μαλακών μορίων της σπονδυλικής στήλης αλλά δημιουργείται πόνος λόγω της παρατεταμένης φόρτισης των συγκεκριμένων από κακή στάση του ατόμου. Για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πόνου δεν είναι απαραίτητη φαρμακευτική περίθαλψη ούτε επίσης κάποια ειδική αντιμετώπιση με ασκήσεις αλλά το μόνο που χρειάζεται είναι να συνειδητοποιήσει ο πάσχοντας την κακή θέση και να την διορθώσει. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό ο πάσχοντας να ενημερωθεί για τον τρόπο που θα διατηρήσει την σωστή στάση και θα προφυλαχθεί από πιθανές υποτροπές.

Για να είναι κατάλληλο το κάθισμα ώστε να τοποθετείται το σώμα σωστά θα πρέπει να είναι η βάση και η πλάτη του σταθερή πράγμα το οποίο στηρίζει την πάνω οσφυϊκή και κάτω

θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό και το ύψος της βάσης του καθίσματος από το έδαφος.

Στην περίπτωση που το κάθισμα είναι χαμηλό τότε δημιουργείται μεγάλη γωνία έλξης των καμπτηρών των ισχίων οι οποίοι με τη σειρά τους προκαλούν κλίση της λεκάνης και παρασύρουν προς τα εμπρός την οσφυϊκή μοίρα κάτι το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα να διατείνονται τα μαλακά μέρη της. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε αυτή την περίπτωση αποτελούν τα άτομα που εργάζονται ως οδηγοί.

Στην περίπτωση που το κάθισμα είναι ψηλό τότε, διατείνονται τα μαλακά μέρη της οσφυϊκής μοίρας καθώς τα κάτω άκρα αιωρούνται από τα γόνατα, η οπίσθια επιφάνεια του μηρού πιέζεται και οι ισchioκνημιαίοι που εφάπτονται με την λεκάνη δεν της επιτρέπουν να διατηρήσει την χαλαρή της θέση.

Αυτό που θα πρέπει να αποφύγουν τα άτομα τα οποία εργάζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα διατηρώντας όρθια στάση όπως για παράδειγμα οι οδοντίατροι είναι η λорδωτική θέση της οσφυϊκής μοίρας. Η συγκεκριμένη θέση όταν διατηρείται μακροχρόνια προκαλεί διάταση των μαλακών μορίων της περιοχής με αποτέλεσμα

τον πόνο. Από ποθ συνίσταται είναι να διατηρούν μια θέση στην οποία θα κερδίσουν ένα μικρό κέρδη στο να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι να παρατηρήσει να χρησιμοποιούν ένα μικρό και ισχυρό σωμα στο λόρδωση της οσφυϊκής μοίρας ή ακόμα καλύτερα να διατηρούν επίπεδη στάση. οποίο θα στηρίζουν το ένα τους πόδι και αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την εξουδετέρωση του λαγονομοίτη ο οποίος είναι ένας πολύ σημαντικός μυς που συνδέει την σπονδυλική στήλη με τον μηρό και για αυτό το λόγο παρουσιάζει τα λεγόμενα μυοπεριτοναϊκά σημεία και το τελικό αποτέλεσμα θα είναι να γίνει επίπεδη η οσφυϊκή μοίρα.

Επιπλέον, για το άτομο που παρουσιάζει συμπτώματα οσφυαλγίας η επανεκπαίδευση του είναι πάρα πολύ σημαντική για το πώς θα διατηρεί την σωστή όρθια και καθιστή στάση. Για να γίνει κάτι τέτοιο είναι βασικό να βρεθεί το αίτιο του πόνου του, κατόπιν να συνειδητοποιήσει ποια είναι η λανθασμένη στάση που προκαλεί πόνο και να την διορθώσει.

Η σωστή όρθια στάση επιτυγχάνεται ελέγχοντας ο πάσχων την κλίση της λεκάνης του προς τα εμπρός, σηκώνοντας προς τα πάνω τον κορμό και το θώρακα του. Τέλος είναι πολύ βασικό για τον πάσχων να αντιληφθεί ότι από την στιγμή που φροντίζει την στάση του εξαφανίζοντας τον πόνο θα αποφύγει πιθανή υποτροπή (Βεζύρογλου, 2000).

Αντιμετώπιση του συνδρόμου δυσλειτουργίας

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε τα τρία βασικά βήματα που πρέπει να γίνουν για να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο δυσλειτουργίας. Αυτά είναι τα εξής:

Καταρχήν το πρώτο και βασικότερο βήμα είναι να αντιμετωπιστεί το σύνδρομο στάσης που παρουσιάζει ο πάσχων καθώς ως επί το πλείστον τα σύνδρομα δυσλειτουργίας παρουσιάζονται μετά από σύνδρομο στάσης τα οποία δεν έχουν αντιμετωπιστεί. Οπότε, όπως προαναφέραμε, πρέπει να συνειδητοποιήσει ο πάσχων

Στην συνέχεια το δεύτερο βήμα αφορά τα στοιχεία ανατομίας της σπονδυλικής στήλης, της λεκάνης και των ισχίων τα οποία βρίσκονται σε βράχυνση και αυτό που πρέπει πρώτα να γίνει είναι να αναγνωριστούν και στην συνέχεια να διαταθούν με τις κατάλληλες τεχνικές και από τις σωστές θέσεις. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να διαταθούν οι μύες που παρουσιάζουν βράχυνση.

την λανθασμένη όρθια και καθιστή στάση που διατηρείται για εκπαιδευτικά και άλλα
Όσον αφορά την διάταση των μύων που βρίσκονται στην οσφυϊκή μοίρα και είναι σε
διορθώσει.

βράχυνση, επειδή η συγκεκριμένη περιοχή είναι πολύ ευαίσθητη θα πρέπει να γίνει με ιδιαίτερη
προσοχή ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος βλάβης στο μεσοσπονδύλιο δίσκο.

Όσον αφορά την διάταση των συνδέσμων και των θυλάκων, κρίνεται απαραίτητο να
διατηρείται η συγκεκριμένη θέση διάτασης για τουλάχιστον 20 λεπτά ώστε να δημιουργηθεί το
φαινόμενο του ερπυσμού (φαινόμενο creep).

Το τρίτο και τελευταίο βήμα αφορά ασκήσεις οι οποίες γίνονται για να ενισχυθούν οι
κοιλιακοί και οι ραχιαίοι μύες ώστε να σταθεροποιηθεί η σπονδυλική στήλη. Αυτή η διαδικασία
πραγματοποιείται αφού γίνει αποκατάσταση του φυσιολογικού εύρους της τροχιάς των κινήσεων
το οποίο ήταν περιορισμένο. Επιπλέον πρέπει να αναφέρουμε ότι λόγω του ότι η περιοχή είναι
πάρα πολύ ευαίσθητη όλα αυτά θα πρέπει να γίνονται με προσοχή προς αποφυγή τραυματισμών.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η επανεκπαίδευση του πάσχοντα είναι πάρα
πολύ σημαντική καθώς μειώνονται οι πιθανότητες υποτροπής, διατηρώντας τη σωστή στάση και
το φυσιολογικό εύρος της τροχιάς της οσφυϊκής μοίρας (Oldenkott, 1998)

Τα ~~αντιμετώπιση των συνδέσμων αποδοχάνεση~~ λόγο κήλες του μεσοσπονδύλιου δίσκου οι οποίες είναι σε διάφορα μεγέθη και τύπους και οι οποίες εμφανίζονται με διαφορετικά συμπτώματα. Τρεις είναι οι κλινικές μορφές που παρουσιάζονται οι βλάβες του μεσοσπονδύλιου δίσκου και είναι οι εξής:

Η πρώτη είναι η προβολή η οποία χαρακτηρίζεται και ως η μικρότερη βλάβη του μεσοσπονδύλιου δίσκου, σύμφωνα με την οποία ενώ ο πυκτοειδής πυρήνας παραμένει ακέραιος, προβάλλει προς τα πίσω, δημιουργεί βλάβες στις περιφερικές ίνες του ινώδους δακτυλίου και στην συνέχεια διατείνει τον οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο οποίος παραμένει ακέραιος και στην περίπτωση που ερεθίσει το νωτιαίο νεύρο θα προκαλέσει ισχιαλγία ειδάλλως θα υπάρχει μόνο η οσφυαλγία.

Η δεύτερη κλινική μορφή αποτελεί την πρόπτωση και χαρακτηρίζεται ως μια σοβαρή βλάβη σύμφωνα με την οποία η βλάβη των περιφερικών ινών του ινώδους δακτυλίου είναι μεγάλη, ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος είναι ήδη πιο λεπτός και έχει παρουσιάσει υποχώρηση και ο πυκτοειδής πυρήνας έχει εγκλωβιστεί και έχει δυσκολία στην κίνηση καθώς έχει δημιουργηθεί στενός χώρος από την υποχώρηση του οπίσθιου επιμήκη συνδέσμου, και συνεχώς πιέζει το νωτιαίο νεύρο. Στην συγκεκριμένη βλάβη τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι πολύ έντονα και υπάρχει δυσκολία στην κίνηση καθώς και αντανακλαστική σκολίωση της σπονδυλικής στήλης.

Η τρίτη και τελευταία κλινική βλάβη αποτελεί την έκθλιψη και χαρακτηρίζεται ως μια πολύ μεγάλη βλάβη, σύμφωνα με την οποία κατά την προς τα πίσω κίνηση του πυκτοειδή πυρήνα έχουν σπάσει πολλές περιφερικές ίνες του ινώδους δακτυλίου και επιπλέον έχουν σπάσει ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος και ο

Η αντιμετώπιση των βλαβών του μεσοσπονδύλιου δίσκου γίνεται ανάλογα με το βαθμό που έχουν τραυματιστεί τα ανατομικά στοιχεία. Για παράδειγμα στην προβολή η αποκατάσταση είναι συντηρητική ενώ στην πρόπτωση και στην έκθλιψη για αρχή γίνεται μια συντηρητική

αποκατάστασή του σε περίπτωση ύπνου. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στην συγκεκριμένη βλάβη είναι πολύ έντονα καθώς προκαλείται πόνος και υπάρχει δυσκολία στην κίνηση. Ο στόχος να αποσυμπιέσει το νεύρο ώστε να υποχωρήσουν τα συμπτώματα.

Επιπλέον, σε πιο προχωρημένο στάδιο που αφορά την αποκατάσταση, καλό θα ήταν εκτός από την φαρμακευτική αγωγή που θα λαμβάνει ο ασθενής όπως είναι τα μυοχαλαρωτικά και τα αντιφλεγμονώδη και από την επέμβαση του φυσιοθεραπευτή με φυσικά μέσα, να γίνει η μηχανική αποφόρτιση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και η μηχανική αποσυμπίεση των στοιχείων που βρίσκονται σε πίεση από τον πυρήνα. (Χατζηπαύλου, 2013).

Οι διαδικασίες που πραγματοποιούνται για την μηχανική αποφόρτιση και αποσυμπίεση της οσφυϊκής μοίρας είναι δύο. Η πρώτη αφορά τον κλινοστατισμό σύμφωνα με τον οποίο και με βάση έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει αποδειχθεί ότι η πίεση στον μεσοσπονδύλιο δίσκο που γίνεται με την κατάκλιση είναι μικρότερη σε σχέση με άλλες στάσεις και θέσεις του σώματος. Στην συγκεκριμένη διαδικασία υποβάλλονται τα άτομα τα οποία έχουν πολύ σοβαρή βλάβη στον μεσοσπονδύλιο δίσκο και είναι απαραίτητη η διακοπή της κατά διαστήματα με λίγο βάδισμα στον χώρο και διατηρώντας όρθια στάση έστω και αν χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν πατερίτσες.

Η δεύτερη διαδικασία αφορά τις θέσεις που μειώνουν και επικεντρώνουν τον πόνο, οι οποίες έχουν σαν στόχο να αναγκάσουν τον πυκτοειδή πυρήνα να μετακινηθεί προς το κέντρο του σπονδύλου ώστε να σταματήσει την πίεση στα οπίσθια στοιχεία της σπονδυλικής στήλης. Κατά κύριο λόγο, έχουν σαν στόχο την αποσυμπίεση της ρίζας του νεύρου.

Ισχιαλγία

Ο πόνος που προκαλείται σε ένα από τα δύο κάτω άκρα εξαιτίας της πίεσης του ισχιακού νεύρου ονομάζεται ισχιαλγία. Όταν λέμε ισχιακό νεύρο εννοούμε το σύμπλεγμα νεύρων το οποίο αρχίζει από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και τερματίζει σε διακλαδώσεις νεύρων όπως είναι το κνημιαίο και περονιαίο νεύρο που βρίσκονται στα κάτω άκρα.

Βασικό είναι να αναφέρουμε ότι η ισχιαλγία δεν είναι μια ιατρική πάθηση και χαρακτηρίζεται από πόνο, αδυναμία ή μούδιασμα στο πόδι. Επιπλέον, η ισχιαλγία παρουσιάζεται όταν τραυματίζεται ή συμπιέζεται το ισχιακό νεύρο.

Οι παθολογικές καταστάσεις οι οποίες προκαλούν πίεση του ισχιακού νεύρου είναι η φλεγμονή του μεσοσπονδυλίου δίσκου, η διάτρηση και απομόνωση σπονδύλων, οι τραυματισμοί οστών στην περιοχή της λεκάνης, το σύνδρομο του απιοειδούς μυός και διάφοροι όγκοι στη περιοχή.

Όσον αφορά την ανατομία του ισχιακού νεύρου είναι περίπλοκη καθώς αποτελεί το πιο μακρύ και το πιο παχύ νεύρο στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο σχηματισμός του ισχιακού νεύρου γίνεται στην Οσφυϊκή μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης κατά κύριο λόγο από τις νευρικές ρίζες μεταξύ των οσφυϊκών σπονδύλων 4-5 και των ιερών σπονδύλων 1 -3 αλλά λαμβάνει και αναστοματικούς κλάδους από τις ρίζες των οσφυϊκών σπονδύλων 2,3 και 4. Αφού έχει πραγματοποιηθεί ο σχηματισμός του κύριου στελέχους διαπερνά την ελάσσονα πύελο και συνεχίζει μέχρι το οπίσθιο τμήμα του παχέος εντέρου όπου καταλήγει στο γλουτιαίο μυ από την υπαπιοειδή εντομή. Κατόπιν ακολουθεί την εξής διαδρομή: κάτω από τον Απιοειδή μυ, πάνω από τον Δίδυμο και Έσω Θυρεοειδή Μυ, πάνω από τον Τετράγωνο Μηριαίο και κάτω από τον μείζον Γλουτιαίο, διαπερνά την περιοχή μεταξύ μείζονος τροχαντήρος και του ισχιακού κυρτώματος και καταλήγει στο μηρό. Σε αυτό το σημείο ακολουθεί την διαδρομή πίσω από το Δικέφαλο Μηριαίο Μυ μέχρι την ιγνυακή κοιλότητα όπου και γίνεται διαχωρισμός σε κοινό Περονιαίο νεύρο και σε Ιγνυακό νεύρο.

Η ισχιαλγία, ως επί το πλείστον εκδηλώνεται μετά από βλάβη των ριζών των οσφυϊκών σπονδύλων 5 και των ιερών σπονδύλων 1. Ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται για την ισχιαλγία είναι "Σύνδρομο Οσφυοϊερής Ριζοπάθειας" (Lumbosacral Radicular syndrome, LRS). Τα συμπτώματα της ισχιαλγίας ποικίλλουν ανάλογα με την ρίζα του ισχιακού συμπλέγματος που έχει

ερεθιστεί. Η ισχιαλγία τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από οσφυαλγία και εκδηλώνεται με πόνο ο οποίος αντανακλάται και αρκετές φορές υπάρχει η αίσθηση του μούδιασματος ή του καψίματος ή του κρύου στο μηρό, τη γάμπα και στο πόδι. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρουσιάζεται η τοπική ισχιαλγία πράγμα που σημαίνει ότι ο πόνο περιορίζεται σε μια μόνο περιοχή δηλαδή είτε στον αστράγαλο, είτε στη γάμπα, είτε στην περόνη κλπ. (Χατζηδάκης, 1994).

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της ισχιαλγίας ποικίλλουν πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθεί είτε με οξύ πόνο, είτε με μούδιασμα είτε με την αίσθηση καψίματος. Σε βαριές περιπτώσεις ο πόνος που εκδηλώνεται είναι τόσο έντονος όπου περιορίζεται η κινητικότητα του ατόμου.

Τις περισσότερες φορές ο πόνος παρουσιάζεται στην μια πλευρά. Σε ορισμένους εκδηλώνεται έντονος πόνος στο ένα μέρος του ποδιού και μυρμήγκιασμα σε άλλο τμήμα του. Επιπλέον, αυτή η αίσθηση του μούδιασματος μπορεί να

Τις περισσότερες φορές ο πόνος εκδηλώνεται σταδιακά. Κάποιες φορές γίνεται πιο έντονος μετά από αρκετή ώρα σε όρθια ή καθιστή στάση. Ορισμένες φορές επιδεινώνεται τις βραδινές ώρες, με το φτέρνισμα, το βήχα ή το γέλιο και επιπλέον όταν η αιτία της ισχιαλγίας είναι η σπονδυλική στένωση επιδεινώνεται με το σκύψιμο προς τα πίσω ή με το βάδισμα μερικών μέτρων.

Ο πόνος που παρουσιάζεται στην ισχιαλγία αφορά τα κάτω άκρα. Επιπλέον, άλλο ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται σ' αυτή την περιοχή είναι η αίσθηση μούδιασματος. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα επιδεινώνονται με το φτέρνισμα ή το βήχα και επίσης με τις κινήσεις της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής ανακουφίζεται κινώντας είτε μπροστά είτε πλάγια το σώμα του (Βεζύρογλου, 2000).

Εξετάσεις και Δοκιμασίες

Η διαγνωστική ισχιαλγία γίνεται από τον κατάλληλο γιατρό με μια νεύρωτική εξέταση. Επίσης η αίσθηση αδυναμίας στο ερεθισμένο πόδι είναι πιθανή.

Επιπλέον, μπορεί να διαγνωστεί καθώς κάποιες φορές υπάρχει δυσκολία στην κίνηση του ποδιού και δυσκολία κάμψης στο γόνατο και δεν υπάρχει ανταπόκριση στα εξωτερικά ερεθίσματα.

Επίσης, κατά την διάρκεια της εξέτασης ο πόνος γίνεται πιο έντονος καθώς ο γιατρός ανυψώνει το πόδι ευθεία από το κρεβάτι εξέτασης.

Περαιτέρω εξετάσεις που πραγματοποιούνται ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς και τα συμπτώματα του και πως αυτά αναπτύσσονται είναι οι εξετάσεις αίματος, οι ακτινογραφίες και η μαγνητική τομογραφία.

Για να αντιμετωπιστεί η ισχιαλγία είναι πολύ βασικό να αναγνωριστεί για αρχή το αίτιο που την προκάλεσε. Αυτό γίνεται διότι δεν είναι μια ιατρική πάθηση αλλά το είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων μιας άλλης ιατρικής πάθησης. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί.

Ο καλύτερος τρόπος, τις περισσότερες φορές για την αντιμετώπιση της ισχιαλγίας είναι μια συντηρητική θεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι ακολουθώντας ορισμένες τεχνικές που προτείνονται από τον γιατρό θα υπάρξει βελτίωση των συμπτωμάτων και μείωση της φλεγμονής.

Αυτές είναι οι εξής:

- Εφαρμόζοντας στην επώδυνη περιοχή πάγο τις πρώτες 48- 72 ώρες και κατόπιν χρησιμοποιώντας θερμότητα.
- Λαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένα αναλγητικά όπως είναι η ιβουπροφαίνη ή η ακεταμινοφαίνη.
- Κατά την διάρκεια του ύπνου διατηρώντας μια εμβρυική στάση τοποθετώντας ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα πόδια. Στην περίπτωση που κατά την διάρκεια του ύπνου ο ασθενής είναι ανάσκελα, τοποθετώντας ένα μαξιλάρι στην περιοχή κάτω από τα γόνατα.

Σε περίπτωση που οι προαναφερθέντες τεχνικές δεν βελτιώσουν τα συμπτώματα της ισχιαλγίας τότε προτείνονται από τον γιατρό ενέσεις οι οποίες θα μειώσουν την φλεγμονή γύρω

Αντιμετώπιση περιστατικά όπου ο πόνος είναι ιδιαίτερα έντονος προτείνεται και χορήγηση περαιτέρω φαρμακευτικής αγωγής.

Επιπλέον, περαιτέρω θεραπείες όπως είναι η φυσικοθεραπεία προτείνονται ανάλογα με την πάθηση η οποία έχει προκαλέσει την ισχιαλγία.

Για τον λόγο ότι ο πόνος γύρω από τα νεύρα δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί συστήνεται η παρακολούθηση από έναν νευρολόγο ο οποίος θα προτείνει περαιτέρω τρόπους αντιμετώπισης.

Πρόγνωση

Είναι πολύ βασικό να γνωρίζουμε ότι όταν γίνεται άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση του αίτιου που έχει προκαλέσει ισχιαλγία τότε οι πιθανότητες για πλήρη ανάκαμψη αυξάνονται. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα υπάρχει γρήγορη λύση αλλά χρειάζεται χρόνος. Ως επί το πλείστον, οι ασθενείς βελτιώνονται μετά από τα παραπάνω φαρμακευτικά και θεραπευτικά μέτρα παρόλο που ορισμένα συμπτώματα όπως είναι ο νευρικός πόνος μπορούν να συνεχιστούν για κάποιο διάστημα (Βεζύρογλου, 2000).

Πιθανές Επιπλοκές

- Οι επιπλοκές που είναι πιθανό να παρουσιαστούν είναι οι εξής:
- Μερική ή ολική μείωση της κινητικότητας στο πόδι.
- Μερική ή ολική μείωση της αίσθησης στο πόδι.
- Πιθανός τραυματισμός στο πόδι ο οποίος είναι απαρατήρητος.
- Παρενέργειες των φαρμάκων.
- Νευροαπραξία που σημαίνει διακοπή της λειτουργίας του νεύρου για ένα μικρό διάστημα και η οποία προκαλείται από την πίεση στο ισχιακό νεύρο.

Πρόληψη κατά της ισχιαλγίας

Στην συνέχεια, θα παρουσιάσουμε ορισμένες οδηγίες οι οποίες θα συμβάλλουν στην αποφυγή εκδήλωσης της ισχιαλγίας. Αυτές είναι οι εξής:

- Διατηρώντας μια καλή φυσική κατάσταση στον ανθρώπινο οργανισμό.
- Αποφεύγοντας να διατηρούμε μια στάση αρκετές ώρες σε σκληρά έπιπλα.

- Αποφεύγοντας να σταθρίζουμε με ένα μεγάλο βάρος κατά την διάρκεια του ύπνου είτε κατά την διάρκεια της ανάπαυσης μόνο από την μια πλευρά.
- Αποφεύγοντας να τοποθετούμε βαριά αντικείμενα στις πίσω τσέπες του παντελονιού (Coute,1993)

Λουμπάγκο ή οξεία οσφυαλγία

Ο οποίος πολλές φορές είναι συνεχής και μειώνεται είτε αλλάζοντας στάση είτε πραγματοποιώντας σωματική άσκηση σε ελαφριά μορφή. Η δεύτερη αιτία ιατρικών επισκέψεων είναι ο πόνος στην περιοχή της μέσης και ήδη εκτιμάται ότι οι 7 τους 10 ανθρώπους θα το παρουσιάσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η όρθια στάση που διατηρούμε στο σώμα μας ως ανθρώπινο είδος καθώς στεκόμαστε στα δύο πόδια έχει το μειονέκτημα να επιβαρύνει το μυοσκελετικό μας σύστημα.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται με την εκδήλωση της οξείας οσφυαλγίας είναι τα εξής:

- Το πρώτο και βασικότερο σύμπτωμα της συγκεκριμένης πάθησης είναι ο πόνος, ο οποίος εμφανίζεται στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και σε γενικές γραμμές μπορεί να εντοπιστεί και στην πλάτη. Για να υπάρξει μείωση του κινδύνου να παρουσιαστεί ο πόνος και στην πλάτη συνίσταται ελαφριά σωματική άσκηση για να δυναμώσουν οι μύες σ' εκείνη την περιοχή.
- Ένα δεύτερο σύμπτωμα αποτελεί η μειωμένη κινητικότητα την σπονδυλική στήλη και πιο συγκεκριμένα εκτελώντας κάμψεις είτε προς τα εμπρός είτε προς τα πίσω.
- Το τρίτο σύμπτωμα ορισμένες φορές παρουσιάζεται σε συνδυασμό με τον πόνο και αναφέρεται στο μούδιασμα είτε στην περιοχή της πλάτης είτε τους γλουτιαίους μυς είτε στο πόδι.

- Επιπλέον μπορεί να παρουσιαστούν και μυϊκές συσπάσεις στην περιοχή γύρω από τη σπονδυλική στήλη.
- Τέλος λόγω των σπασμών των μυών και του έντονου πόνου είναι πιθανό να προκληθεί αλλαγή στη στάση του σώματος.

Τα αίτια τα οποία συμβάλλουν στην εκδήλωση της οξείας οσφυαλγίας ή λουμπάγκο είναι τα εξής:

- Η αδράνεια των μυών η οποία θεωρείται και ως μυϊκό πιάσιμο.
- Η διατήρηση λανθασμένης στάσης ή η εκτέλεση κάποιας απότομης κίνησης.
- Το σήκωμα μεγάλου βάρους.
- Αίτια τα οποία σχετίζονται με τα νεύρα, τη σπονδυλική στήλη, τους συνδέσμους και τους αρθρικούς θυλάκους.

Είναι πιθανό επίσης το λουμπάγκο να σχετίζεται και με κάποια άλλη σοβαρή πάθηση η οποία παρουσιάζει το συγκεκριμένο σύμπτωμα.

Οι τρόποι για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της οξείας οσφυαλγίας μετά την διάγνωση της και ακολουθώντας τις συμβουλές του γιατρού είναι οι εξής:

- Ο πρώτος τρόπος είναι ξαπλώνοντας σε ένα κρεβάτι διατηρώντας μια στάση η οποία δεν δημιουργεί πόνο και τοποθετώντας ένα μαξιλάρι κάτω από τα γόνατα.
- Ο δεύτερος αφορά τις θερμαντικές κρέμες και τα ζεστά επιθέματα.

- Ο τρίτος αφορά την ξεκούραση και την αποφυγή σηκώματος μεγάλου βάρους και κάμψεων.

Κατόπιν, στα πλαίσια μιας ελαφριάς μορφής άσκησης, κάλο θα ήταν να συμπεριλαμβάνονται παυσίπονα και τα αντιφλεγμονώδη ή τα μυοχαλαρωτικά φάρμακα. και ασκήσεις οι οποίες θα γυμνάζουν τους κοιλιακούς μυς και τους ραχιαίους και το οποίο θα έχει σαν αποτέλεσμα να δυναμώσουν οι μυς του κορμού και να μειωθούν οι κρίσεις της οξείας οσφυαλγίας.

Επιπλέον είναι πολύ βασικό ο πάσχων να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί για τον τρόπο που θα διατηρεί την σωστή στάση του σώματος του σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Είναι επίσης πολύ σημαντικό να μην παραβλέψουμε το γεγονός ότι σε περιπτώσεις που εκδηλώνονται πολύ συχνά επεισόδια οξείας οσφυαλγίας υπάρχει πιθανότητα να κρύβεται κάποια σοβαρή πάθηση και γι αυτό θα πρέπει να γίνει άμεση επίσκεψη σε ειδικό γιατρό (Garg, 1992)

Οσφυοϊσχιαλγία

Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε σε μια πάθηση της σπονδυλικής στήλης που αποτελεί απόρροια της σύμπραξης δυο επιμέρους ασθενειών, της οσφυαλγίας και της ισχιαλγίας. Τα δυο σημαντικότερα σημεία που δέχονται τις αρνητικές επιρροές της οσφυοϊσχιαλγίας είναι η οσφυϊκή περιοχή και το ισχιακό νεύρο. Εκδηλώνεται με την μορφή μιας χρόνιας κατάστασης διότι οι επιπλοκές που επιφέρει η οσφυαλγία και η ισχιαλγία είναι μακρόχρονες και με ανεπανόρθωτες μηχανικές βλάβες.

Για την εκδήλωση της πάθησης της οσφυοϊσχιαλγίας ο κυριότερος ευθυνόμενος ρόλος ανιχνεύεται στη δυσλειτουργία του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Το ποσοστό που καταλαμβάνει στην κλινική εικόνα της νόσου περιλαμβάνει το 26-40% του γενικού συνόλου των συμπτωμάτων. Η αιτιολογία έγκειται στο γεγονός ότι ο μεσοσπονδύλιος δίσκος διαθέτει πλούσια αιμάτωση ανάμεσα στους ιστούς της σπονδυλικής στήλης και εξίσου αυξημένη νεύρωση (για το λόγο αυτό ο πόνος ενδέχεται να είναι έντονος και χρόνιος δημιουργώντας μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενή).

Σήμερα πιστεύεται ότι η αρχή της επιβάρυνσης των σπονδύλων που συνιστούν την σπονδυλική στήλη εμφανίζεται όταν το άτομο περνά στην δεύτερη δεκαετία της ζωής του και η επιδείνωση συνυπάρχει όταν η κινητική δραστηριότητα του ασθενή αυξάνεται (π.χ. κατά την άθληση; Garg, 1992).

Χαρακτηριστικά του πόνου

Ο πόνος που εντοπίζεται διάχυτα στην σπονδυλική στήλη αποτελεί το κυριότερο εύρημα από το θέραιπων ιατρό με τον οποίο έρχεται αντιμέτωπος ο ασθενής και τον περιορίζει σε μεγάλο βαθμό στο να ανταποκρίνεται στην καθημερινή του ζωή. Η αρνητική πλευρά της πάθησης θεωρείται η μη πλήρη αποκατάσταση του ασθενή από το αίσθημα του πόνου καθώς όλα τα είδη θεραπευτικής προσέγγισης στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση της συμπτωματολογίας και όχι στην ολική εξάλειψη της. Η οσφυοϊσχιαλγία μπορεί να παρουσιαστεί με δυο μορφές κλινικού πόνου.

Αυτές οι δυο κατηγορίες περιλαμβάνουν:

- τον αλγαισθητικό πόνο.
- και τον νευροπαθητικό πόνο.

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του αλγαισθητικού πόνου είναι η καταστροφή ή η δυσλειτουργία όλων των ιστών του ανθρώπινου σώματος και όχι απλά της περιοχής που καταλαμβάνει την σπονδυλική στήλη. Αιτιολογικοί παράγοντες που επιδεινώνουν αυτή την μορφή εκδήλωσης του πόνου είναι ο τραυματισμός των σπονδύλων από εξωτερική δύναμη, η παρουσία τοπικής φλεγμονής, η άσκηση πίεσης στο σώμα και η επίδραση θερμών και ψυχρών ερεθισμάτων από το περιβάλλον. Το σώμα διαθέτει συγκεκριμένους μηχανισμούς που έχουν την δυνατότητα να λαμβάνουν την ύπαρξη σημάτων που υποδηλώνουν την έναρξη του πόνου και να κατανοούν την εξάπλωση τους σε ολόκληρο τον οργανισμό. Αυτή η διαδικασία επιτυγχάνεται χάρης της λειτουργίας των ονομαζόμενων αλγουποδοχέων, οι οποίοι ανιχνεύονται στη δερματική επιφάνεια του σώματος και στα εσωτερικά όργανα του ανθρώπου.

Η δεύτερη μορφή πόνου με την οποία μπορεί να εκδηλωθεί η οσφυοϊσχιαλγία και θεωρείται πιο κρίσιμη κατάσταση είναι η εμφάνιση του νευροπαθητικού πόνου. Η επικινδυνότητα αυτής της κατηγορίας αιτιολογείται από την προέλευση του πόνου, η οποία είναι λόγω βλάβης του νευρικού συστήματος. Παρατηρείτε δηλαδή ότι η πάθηση της σπονδυλικής στήλης και οι επιπτώσεις της στο μυϊκό σύστημα έχουν διεισδύσει πιο κεντρικά και φτάνουν μέχρι την πρόκληση διαταραχής των νεύρων. Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να πυροδοτήσει την παραγωγή σημάτων που σχετίζονται με την έναρξη του πόνου ακόμα και σε περιπτώσεις που η κλινική εικόνα του πάσχοντα δεν αποδεικνύει την εμφάνιση δυσλειτουργίας ή την εγκατάσταση βλάβης στους ιστούς της σπονδυλικής στήλης. Αιτίες που συντελούν στην ανάπτυξη αυτής της μορφής μυϊκού ή σπονδυλικού άλγους αποτελούν ο τραυματισμός των νεύρων που περικλείουν την σπονδυλική στήλη, η συνύπαρξη επιμέρους παθήσεων που επιδρούν αρνητικά στο μυϊκό σύστημα (οσφυαλγία, ισχιαλγία), η άσκηση πίεσης που δεχόταν το σώμα για μακρό χρονικό διάστημα, οι συνεχόμενες λοιμώξεις που έπλητταν τον οργανισμό όπως ο ιός του έρπητα ζωστήρα, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τέλος κάθε διαταραχή προερχόμενη από το μεταβολικό σύστημα, με κύρια προσοχή στον σακχαρώδη διαβήτη (Κούσκουρας, 1999).

~~Αιτιολογία οσφυοϊσχιαλγίας~~
Στην συνέχεια παρατίθενται μια συνολική προσέγγιση καταστάσεων που σηματοδοτούν την εκδήλωση της οσφυοϊσχιαλγίας και αποτελούν τα κυριότερα αιτιολογικά στοιχεία:

- Κήλη οσφυϊκού μεσοσπονδύλιου δίσκου: παρατηρείτε προεξοχή του πηκτοειδή πυρήνα του μεσοσπονδύλιου δίσκου οπισθοπλάγια του ινώδη δακτυλίου. Απόρροια αυτής της διαταραχής είναι η πιεστική αντανάκλαση της κήλης απέναντι στο νωτιαίο μυελό και στις νευρικές απολήξεις του ισχιακού νεύρου που πυροδοτούν έντονο πόνο της πάσχουσας περιοχής.
- Σύνδρομο οπίσθιων αποφυσιακών αρθρώσεων της οσφύος περιοχής: αποτελεί σημαντική παράμετρος για την ανάπτυξη οσφυοϊσχιαλγίας καθώς η οσφυϊκή περιοχή δέχεται περίπου το 20% του συνολικού βάρους που αφορά την σπονδυλική στήλη. Όταν το άτομο νοσεί από παθήσεις σχετιζόμενες με αυτήν την περιοχή (σκολίωση ή λόρδωση) τότε το σύστημα των σπονδύλων αποδιοργανώνεται πιο εύκολα δημιουργώντας πρόσφορο έδαφος για την εγκατάσταση βλάβης οσφυοϊσχιαλγίας ή σπονδυλοαρθροπάθειας. Η επέκταση της δυσλειτουργίας μπορεί να επηρεάσει άμεσα των νωτιαίο μυελό και τα επιμέρους στοιχεία του όπως οι νευρικές ρίζες λόγω διάσπασης της δομής των αρθρώσεων και της παρουσίας φλεγμονής στους μύες.
- Σπονδυλολίσηση: θεωρείται η πρόσθια μετατόπιση ενός σπονδύλου και επέκταση του σώματος λόγω απομάκρυνσης του από τις σπονδυλικές ομάδες. Από τον παραπάνω ορισμό συμπεραίνουμε ότι για να αναπτυχθεί το φαινόμενο της σπονδυλολίσησης θα πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί νωρίτερα σπονδυλόλυση, δηλαδή διακοπή της ακολουθίας των σπονδύλων.
- Οστεόφυτα σπονδύλων: με τον όρο αυτό αναφερόμαστε στις οστικές προεξοχές που υφίστανται η σπονδυλική στήλη λόγω διαταραχής των νευρικών ριζών. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της συγκεκριμένης κατάστασης είναι η εκδήλωση έντονου πόνου σε συνδυασμό με το αίσθημα του μούδιασματος.

- Σύνδρομο απιοειδούς μυός: στο 90% των περιπτώσεων των πάσχοντα ασθενών παρατηρείται ότι το ισχιακό νεύρο διαπερνά την κάτω πλευρά του απιοειδή. Υπάρχει όμως το ενδεχόμενο ένα μέρος του να εισέρχεται μέσα από τον απιοειδή προκαλώντας σαν επίπτωση την πρόκληση μυϊκών σπασμών και την πίεση του ισχιακού νεύρου. Πιστεύεται ότι η κλινική εικόνα αυτού του ασθενή συσχετίζεται με κατάσταση προδιάθεσης για οσφυοϊσχιαλγία (Newman, 2007).

Ο θεράπων ιατρός προκειμένου να προβεί στη σωστή διαγνωστική προσέγγιση της νόσου οφείλει να εστιάζει στην παρουσία μίας ή περισσότερων των προαναφερθέντων σπονδυλικών παθήσεων με σκοπό αφενός μεν να εντοπίσει την ακριβή αιτία εκδήλωσης της οσφυοϊσχιαλγίας αφετέρου δε να συμπεριλάβει στο θεραπευτικό πλάνο το ενδεχόμενο σύμπραξης παραπάνω παθήσεων που περικλείουν την σπονδυλική στήλη και να συνεχίσει με την συνολική τους αντιμετώπιση. Τέλος διαπιστώνουμε ότι η οσφυοϊσχιαλγία προϋποθέτει την εμφάνιση τουλάχιστον μιας βλάβης προερχόμενη από την σπονδυλική στήλη και διαθέτει τα κριτήρια από αιτιολογικής άποψης για να συνυπάρχει με περισσότερες νόσους που αφορούν το σπονδυλικό σύστημα.

Η συμπτωματολογία της πάθησης ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό με την κλινική εκδήλωση της οσφυαλγίας και της ισχιαλγίας. Τα συμπτώματα της νόσου εστιάζονται στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης καθώς αυτό το σημείο του σώματος δέχεται τις παθολογικές αλλοιώσεις της οσφυοϊσχιαλγίας.

Αναφέρονται τα σημαντικότερα σημεία που εκφράζουν την σημασιολογία της συγκεκριμένης πάθησης:

- Έντονος πόνος στην μέση.
- Περίοδοι διάχυτου άλγους που επεκτείνεται στον μηρό μέχρι και το γόνατο.
- Αίσθημα μουδιάσματος.
- Μυϊκή αδυναμία ή παροδική εμφάνιση μυϊκών σπασμών.

Κλινική εικόνα οσφυοϊσχιαλγίας που περιλαμβάνει την σπονδυλική στήλη.

- Μειωμένη κινητική δραστηριότητα.
- Μεταβολή στο εύρος των κινήσεων.

Διαγνωστικές εξετάσεις οσφυοϊσχιαλγίας

- Ακτινογραφία ΟΜΣΣ: παρέχεται η δυνατότητα να ανιχνευθεί οποιαδήποτε συγγενή ανωμαλία που επιδρά στη σπονδυλική στήλη και συγκεκριμένα στην ιεροποίηση του 5ου οσφυϊκού σπονδύλου, του υπεράριθμου 6ου οσφυϊκού σπονδύλου και στην ασυμμετρία της οσφυϊκής περιοχής. Ο ιατρός επικεντρώνεται σε σημεία που υποδηλώνουν την εμφάνιση δυσχιδούς ράχης (διαταραχή του 11 σπονδύλου), σκολίωσης, σπονδυλολίστεσης ή σπονδυλόλυσης, ανάπτυξη όγκου στους ιστούς των σπονδύλων, τραυματισμό ή κάταγμα της σπονδυλικής στήλη κ.ά. Πραγματοποιώντας ακτινολογικό

- Εξετάσεις αίματος: με βάση τις εργαστηριακές εξετάσεις αίματος μπορεί να ληφθούν υπόψη οστά που μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη ισχιαλγίας. Τέτοιες παθολογικές καταστάσεις που συνδυάζουν την οσφυοισχιαλγία με την οσφυαλγία. Τέτοιες παθήσεις αποτελούν η Βρουκέλλωση, η ουρολοίμωξη, η λευχαιμία, η μικροβιακή κύστη των σπονδύλων, νοσήματα προερχόμενα από την ρευματολογία, η αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και τέλος οποιαδήποτε μεταστατική ικανότητα του καρκίνου.
- Σπινθηρογράφημα οστών: αυτή η εξέταση πραγματοποιείται όταν ο ιατρός θέλει να αποκλείσει το ενδεχόμενο η οσφυοισχιαλγία να συσχετίζεται με πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή οστικό όγκο προερχόμενο από την σπονδυλική στήλη ή από μετάσταση καρκίνου από άλλο σημείο του σώματος. Η προσοχή στρέφεται στην μικροβιακή οστεομυελίτιδα και στο οστεοπορωτικό κάταγμα.
- Υπερηχογράφημα κοιλίας: επειδή πολλές φορές ο πόνος από το εσωτερικό της κοιλιάς αντανακλά στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης έχει σαν αποτέλεσμα να μπερδεύεται η διάγνωση με την πάθηση της οσφυαλγίας. Με το υπερηχογράφημα αφαιρείται κάθε πιθανότητα νεφρολιθίασης, παρουσίας όγκων στους νεφρούς, κύστεων των ωοθηκών, ανάπτυξης όγκων στα όργανα της κοιλιάς και την εμφάνιση ανευρύσματος στην κοιλιακή αορτή.
- Αξονική τομογραφία οσφύος: το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου έγκειται στον υψηλό βαθμό ακτινοβολίας που διοχετεύεται στον οργανισμό, για αυτό το λόγο αποφεύγεται η εκτέλεση της στον ασθενή. Ο μόνος λόγος που επιλέγει ο ιατρός την αξονική τομογραφία οσφύος είναι για την αναλυτική
 - Μαγνητική τομογραφία οσφύος: αυτή η μέθοδος αποτελεί την ακριβέστερη τεχνική συγκριτικά με τις προηγούμενες που αναφέρθηκαν καθώς παρέχεται η δυνατότητα της πλήρους απεικόνισης των μεσοσπονδύλιων δίσκων, του νωτιαίου μυελού και ιδίως των νευρικών ριζών και του οστικού συστήματος. Διασφαλίζει στον ασθενή την προστασία από ιονίζουσα ακτινοβολία και δίνει σημαντικές πληροφορίες για σημεία εκφυλισμού ή

εγκατάσταση της βλάβης ανάμεσα στους επόνδρους. Ο θεράπων ιατρός μπορεί μέσω αυτής διάγνωση οστικών καταγμάτων.

της μεθόδου να ανιχνεύσει αν η οσφυοϊσχιαλγία συνοδεύεται από σπονδυλόλυση ή σπονδυλολίση και κατά πόσο οφείλεται σε διαταραχές προερχόμενες από το νευρικό σύστημα. Ιδιαίτερο γεγονός αποτελεί ο εντοπισμός οστικών βλαβών που ακόμα δεν έχουν ενεργοποιήσει την συμπτωματολογία στον ασθενή και μπορεί να βρεθεί αντιμετώπος με αυτή την βλάβη κατά την διάρκεια που αντιμετωπίζεται η οσφυοϊσχιαλγία (Χατζηπαύλου, 2013).

Θεραπευτική προσέγγιση οσφυοϊσχιαλγίας

Η οσφυοϊσχιαλγία αποτελεί μια πάθηση που ενδέχεται να συνδυάζεται με απόλυτα συσχετιζόμενο τρόπο και με άλλες παθήσεις που προσβάλλουν την σπονδυλική στήλη. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η εγκατάσταση της οσφυαλγίας ή της ισχιαλγίας στον οργανισμό συνεπάγεται και την ανάπτυξη της πορείας ενός μακροχρόνιου πόνου που επιδεινώνει την παθολογική κατάσταση. Αυτό το γεγονός δυσχεραίνει την προσπάθεια για ολική αποκατάσταση της σωματικής και πιο συγκεκριμένα της σπονδυλικής βλάβης.

Παρακάτω παραθέτονται ορισμένες αναγνωρισμένες θεραπευτικές εφαρμογές που έχουν σαν κύριο στόχο τους μερική αν όχι ολική εξάλειψη των συμπτωμάτων που επέρχονται με την εμφάνιση της οσφυοϊσχιαλγίας. Οι τοπικές εγχύσεις φαρμάκων περιλαμβάνουν:

- Τοπικά αναισθητικά.
- Χορήγηση κορτικοστεροειδών.
- Αλκοόλη.
- Ιατρικό τσιμέντο.

Στην συνέχεια εφαρμόζονται εναλλακτικές μέθοδοι στην περιοχή κυρίως της οσφύος περιοχής:

- Διατριματική οσφυϊκή επισκληρίδιος έγχυση.

- Αυχενική ή θωρακική επισκληρίδιος έγχυση.
- Ιεροκοκκυγική επισκληρίδιος έγχυση.
- Νευροπλαστική με χρήση καθετήρα (συμφυσιόληση).
- Χρήση νευροδιεγέρτη για αφαίρεση ή απομάκρυνση νεύρων.
- Πλαστική σπονδύλων (σε περιπτώσεις που η οσφυοίσχιαλγία συνοδεύεται από τραυματισμούς ή κατάγματα των οστών ή των σπονδύλων).

Ειδικότερες τεχνικές αποκατάστασης της βλάβης είναι οι παρακάτω:

- Χρήση ραδιοσυχνότητας RF.
- Απονέυρωση των εκφυλισμένων σπονδύλων ή αντίστοιχων οστών.
- Σε περίπτωση ύπαρξης καρκίνου εντοπισμένος στην σπονδυλική στήλη ακολουθεί.
απονέυρωση των πασχόντων οστών για αποδυνάμωση της εξέλιξης της νόσου.
- Απομάκρυνση του γαγγλίου του τριδύμου.

Σε αυτό το φάρμακο δρουν οι ραδιοσυχνότητες PRF, εφαρμογή της διακοπτόμενης ραδιοσυχνότητας στοχεύουμε στα παρακάτω επιθυμητά αποτελέσματα:

- Εξάλειψη περιφερικών νευροπαθειών.
- Αντιμετώπιση άτυπης προσωπαλγίας.
- Θεραπεία χρόνιας ριζίτιδας που επιφέρει επιπλοκές κατά την έκβαση της οσφυοϊσχιαλγίας.
- Αντιμετώπιση επώδυνων αρθρώσεων.

Κλείνοντας το κομμάτι που αφορά την θεραπευτική τοποθέτηση κρίνεται απαραίτητο να δηλώσουμε ότι ο σχεδιασμός του φαρμακευτικού και χειρουργικού πλάνου αποτελεί προσωπικό ζήτημα μεταξύ του ασθενή και του ιατρού και εφαρμόζεται σε επιλεκτικά άτομα διότι η οσφυοϊσχιαλγία εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε ασθενή. Η αιτιολογία της και ο συνδυασμός της με αντίστοιχες παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος είναι ξεχωριστή από άτομο σε άτομο. Σημαντικοί παράμετροι πέραν της συμπτωματολογίας αποτελούν η ανταπόκριση του ασθενή στην φαρμακευτική αγωγή, ή υποκειμενική του άποψη για την έννοια του πόνου και οι επιπλοκές που επιφέρει η ταυτόχρονη παρουσία άλλης σπονδυλικής πάθησης (Haslegrave, 1994).

Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στις μυοσκελετικές παθήσεις

Η κλινική εκτίμηση των μυοσκελετικών παθήσεων που σχετίζονται με την σπονδυλική στήλη του σώματος ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής θα πραγματοποιήσει την πρώτη του επίσκεψη στον φυσικοθεραπευτή. Ο θεράπων ιατρός έχει την δυνατότητα μέσω της μεθόδου επισκόπησης να αντιληφθεί περισσότερα συμπτώματα πριν ακόμα ξεκινήσει ο ασθενής να του τα αναφέρει. Για παράδειγμα, η αδυναμία του πάσχοντα να αφαιρέσει τα ρούχα του προκειμένου ο φυσικοθεραπευτής να προβεί σε έλεγχο του σώματος, υποδηλώνει σημείο δυσκαμψίας ή μείωση του εύρους κινήσεων λόγω δυσλειτουργίας των κινητικών μυών, προερχόμενη από πάθηση της σπονδυλικής στήλης.

Πολλές φορές, ενώ ο ασθενής διαθέτει έγγραφα που αναφέρουν την διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου καθώς και το παραπεμπτικό για την θεραπεία του ωστόσο ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να συνειδητοποιήσει τη λανθασμένη εκτίμηση του προηγούμενου ιατρού από ενδεικτικά σημεία που προδιαθέτουν την συνύπαρξη παραπάνω από μια νόσου όπως για παράδειγμα η οσφυοισχιαλγία. Έτσι ο φυσικοθεραπευτής, με την εκ νέου παρέμβαση του αυξάνει τις πιθανότητες να εξαλειφθεί η μεγαλύτερη ομάδα συμπτωμάτων αφού δεν μπορεί να προηγηθεί ολοκληρωτική και επιτυχής αποκατάσταση της βλάβης. (Lee, 1995)

Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή ενάντια στις μυοσκελετικές παθήσεις περιορίζεται στα εξής στάδια:

- Την περισυλλογή των αντικειμενικών ευρημάτων και στην συνέχεια την ομαδοποίηση τους.
- Την αξιολόγηση των στοιχείων που συγκέντρωσε.
- Τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου που βασίζεται καθαρά στην φυσικοθεραπευτική προσέγγιση.

Η ανάπτυξη βάσης δεδομένων για τον συγκεκριμένο ασθενή αποσκοπεί στην καταγραφή στοιχείων που αναφέρονται στη λειτουργικότητα του μυϊκού συστήματος, στην συμπτωματολογία που εκδηλώνεται ανάλογα με το αίτιο πρόκλησης και στη συνέχεια την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αφού έχει πραγματοποιηθεί η θεραπεία

Εκτίμηση υποκειμενικών ευρημάτων

Η εκτίμηση των υποκειμενικών ευρημάτων συνίσταται από το ιστορικό του πάσχοντα, τις απαντήσεις που δόθηκαν με βάση το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του πόνου και την αναφορά οποιασδήποτε μεταβολής της κλινικής εικόνας του ασθενούς. Ξεκινώντας από το ιστορικό, οφείλουμε να αναφέρουμε ότι μας αναθέτει πληροφορίες που γενικεύονται ως προς την συνολική εικόνα του ασθενούς όπως είναι το όνομα, η ηλικία και το επάγγελμα του πάσχοντα. Στη συνέχεια,

λαμβάνονται στοιχεία που αξιολογούν την εγκατάσταση και την επίδραση της νόσου στον οργανισμό όπως είναι η δυσκαμψία, η μυαλγία και ο διάχυτος αντανακλαστικός πόνος (Atamney, 1992).

οργανισμό όπως είναι η δυσκαμψία, η μυαλγία και ο διάχυτος αντανακλαστικός πόνος.

Κατόπιν, επιμέρους στοιχεία είναι το προηγούμενο ιστορικό του ασθενούς στο οποίο εμπεριέχονται στοιχεία που αφορούν την πρώτη εκδήλωση της πάθησης, προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, πιθανές νοσηλείες και προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, πολύ σημαντικό για την εκτίμηση των υποκειμενικών ευρημάτων έχει το οικογενειακό ιστορικό στο οποίο συμπεριλαμβάνονται στοιχεία που αφορούν την κληρονομικότητα και τέλος το κοινωνικό και εργασιακό ιστορικό αναφέρεται σε πληροφορίες που αφορούν το είδος και το περιβάλλον εργασίας καθώς επίσης και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς.

Στην εκτίμηση των υποκειμενικών ευρημάτων και συγκεκριμένα στην αξιολόγηση του πόνου, ο πόνος μετριέται υποκειμενικά με βάση τον βαθμό που εκδηλώνεται στον ασθενή. Σε αυτή την διαδικασία συμπεριλαμβάνονται αναφορές πόνων που προέρχονται από αισθήματα, δηλώσεις και εικόνες καθώς επίσης περιλαμβάνονται και στοιχεία που αφορούν την ένταση, την ποιότητα και τη διάρκεια του. Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να αναφέρουμε ότι τα πιο σημαντικά στοιχεία που συμβάλλουν στην καθοδήγηση του φυσιοθεραπευτή για τις μεθόδους και για το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης που θα ακολουθήσουν είναι οι αναφορές των ασθενών για τα συμπτώματα που έχουν εκδηλωθεί ε συνδυασμό με το προηγούμενο ιστορικό. Επιπλέον, για την εκτίμηση του πόνου, με σκοπό να κατανοήσει καλύτερα και να αξιολογήσει αποτελεσματικότερα ο φυσιοθεραπευτής κρίνεται απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν κλίμακες αξιολόγησης σε συνδυασμό με ορισμένα εξειδικευμένα όργανα όπως είναι για παράδειγμα τα μηχανικά και ηλεκτρονικά αλγόμετρα.

Για τον λόγο ότι οι μυοσκελετικές παθήσεις αφορούν ένα πρόβλημα το οποίο χαρακτηρίζεται ως πολυδιάστατο, είναι μεγίστης σημασίας η διάκριση των μυοσκελετικών παθήσεων σε κατηγορίες με βάση το αίτιο που προκλήθηκαν. Αυτό συμβαίνει διότι ο φυσιοθεραπευτής, αναγνωρίζοντας και εκτιμώντας το αίτιο που προκάλεσε τις συγκεκριμένες

παθήσεις θα προχωρήσει με μεγαλύτερη ακρίβεια στο σχεδιασμό και στην οργάνωση του πλάνου για την θεραπευτική αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων.

Τέλος μετά την συλλογή και την καταγραφή των υποκειμενικών ευρημάτων της εκτίμησης, πραγματοποιείται μια επανεξέταση και μια σύγκριση όλων των στοιχείων που θεωρεί αναγκαία ο φυσιοθεραπευτής με σκοπό την καλύτερη και με μεγαλύτερη ακρίβεια οργάνωση του θεραπευτικού πλάνου. Στην πορεία, καθώς έχει υπάρξει επιτυχία του θεραπευτικού προγράμματος μειώνοντας τα συμπτώματα του ασθενούς, ο φυσιοθεραπευτής πραγματοποιεί μια επαναδιατύπωση των ερωτήσεων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του πόνου με σκοπό την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης τους (Αρβανίτης, 2009).

~~Στην Εκτίμηση αντικειμενικών ευρημάτων~~ στάδια που περιλαμβάνονται στην εκτίμηση των αντικειμενικών ευρημάτων και τα οποία είναι: η επισκόπηση, η ψηλάφηση, η λειτουργική αξιολόγηση και η συνεκτίμηση και οργάνωση.

Ξεκινώντας με την επισκόπηση, αναφερόμαστε στην πρώτη επικοινωνία που έχει ο ασθενής με τον φυσιοθεραπευτή του οποίου ο ρόλος είναι να σέβεται την προσωπικότητα και την συμπεριφορά του ασθενούς. Στο συγκεκριμένο στάδιο, πραγματοποιείται ένας εξωτερικός έλεγχος του ασθενούς προς αναζήτηση πιθανόν παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης όπως είναι η σκολίωση και μια γενικότερη εκτίμηση στην κατάσταση της υγείας του. Επιπλέον, ο συγκεκριμένος έλεγχος περιλαμβάνει τον έλεγχο στη συμμετρική ισορροπία των ωμοπλάτων, των λαγόνιων ακρολοφιών, των άνω οπίσθιων λαγόνιων ακανθών και των τροχαντήρων καθώς επίσης και την εκτίμηση της τυπικής όρθιας στάσης μαζί με την καταγραφή πιθανών συγγενών ανωμαλιών όπως είναι η κυφωλорδωτική στάση. Συμπεραίνοντας, η επισκόπηση έχει έναν σπουδαίο ρόλο στην αντικειμενική εκτίμηση του ασθενούς καθώς ελέγχοντας τον ασθενή σε όλες τις στάσεις είτε είναι όρθιος είτε καθιστός είτε πραγματοποιεί βάδην ή τρέξιμο και αξιολογώντας την στάση του σε όλες τις καταστάσεις ως λανθασμένη ή σωστή, ο φυσιοθεραπευτής θα έχει την δυνατότητα να διαπιστώσει και να αντιληφθεί ευκολότερα πιθανές δυσλειτουργίες στο μυϊκό σύστημα οι οποίες προέρχονται από την αδυναμία των σταθεροποιών μυών στην οσφυϊκή μοίρα και στο πυελικό έδαφος.

Στην συνέχεια, το επόμενο στάδιο περιλαμβάνει την ψηλάφηση η οποία λειτουργεί συμπληρωματικά με την επισκόπηση και χρησιμοποιείται η αίσθηση της αφής. Ο φυσιοθεραπευτής σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ηρεμία, συγκέντρωση και από διακριτικότητα προς τους ασθενείς του. Οι

Η ψηλάφηση που πραγματοποιείται τους ιστούς τη στιγμή που ο ασθενής κινείται ονομάζεται δυναμική ψηλάφηση και στο συγκεκριμένο είδος ψηλάφησης αξιολογείται η ποσοτική και η ποιοτική κίνηση των αρθρώσεων. Επιπλέον στην διαδικασία της ψηλάφησης λαμβάνονται

και περιεργά ενήμερα κινήσει θα πρέπει να αποφύγονται καθώς επίσης και την βαθύτερη υπερβολική πίεση.

αίσθηση του πόνου και την επικριτική αισθητικότητα η οποία αναφέρεται στην βαθύτερη αίσθηση του πόνου δίνοντας πληροφορίες που αφορούν την ποιότητα, την ένταση του κλπ. Το στάδιο της ψηλάφησης περιλαμβάνει τον έλεγχο και την αξιολόγηση της κατάστασης και της ποιότητας των ιστών. Σε γενικές γραμμές, πραγματοποιείται η ψηλάφηση των σταθεροποιών μυών ώστε ο φυσικοθεραπευτής όπως προαναφέρθηκε να είναι σε θέση να αναγνωρίσει πιθανές δυσλειτουργίες τους οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε περιορισμό της κινητικότητας του ασθενούς και με βάση αυτό θα επέλθει στην καλύτερη αξιολόγηση.

Η λειτουργική αξιολόγηση περιλαμβάνει το επόμενο στάδιο στο οποίο πραγματοποιείται ο έλεγχος της ισχύς του μυϊκού συστήματος και η ικανότητα του ασθενούς να πραγματοποιεί τις κινήσεις με αρμονία και με συντονισμό σύμφωνα με την αξιολόγηση της κλίμακας της Οξφόρδης που ισχύει και τις κατ'επανάληψη λειτουργικές καθημερινές κινήσεις που υποδεικνύονται από τον φυσιοθεραπευτή. Η δυσλειτουργία στην πραγματοποίηση των ενεργητικών κινήσεων οφείλονται στην αδυναμία του μυϊκού συστήματος. Επιπλέον η λειτουργική αξιολόγηση περιλαμβάνει την εκτίμηση των σχέσεων αγωνιστών-ανταγωνιστών που αφορούν τους κινητήριους μύες και την εκτίμηση της αντοχής και της σύσπασης των σταθεροποιών μυών. Ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή στην λειτουργική αξιολόγηση μέσα από την κινητική λειτουργία των μυών είναι να αντιληφθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια την αδυναμία της σπονδυλικής στήλης και να ενημερώσει τον ασθενή για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει με σκοπό να υπάρχει και η κατάλληλη ανταπόκριση του στην θεραπεία. Επίσης, βασικό είναι ο φυσιοθεραπευτής να αξιολογήσει εκτός από την λειτουργική αξιολόγηση στο μυϊκό σύστημα και τις στάσεις που διατηρούν οι ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις. Η πρώτη στάση που εκτιμάται είναι η καθιστή και αυτό διότι οι περισσότεροι στον εργασιακό τους χώρο διατηρούν για πολλές ώρες καθιστή στάση και αυτό συνεπάγεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων που προκαλούν έντονο πόνο. Με βάση λοιπόν τα προαναφερθέντα η λειτουργική αξιολόγηση του μυϊκού συστήματος και των κινήσεων είναι πάρα πολύ σημαντική

διότι ο τρόπος που κινείται και η στάση που διατηρεί η σπονδυλική στήλη ασκεί μεγάλη επίδραση στους μύες του πυελικού εδάφους.

Στο στάδιο που περιλαμβάνει την συνεκτίμηση και οργάνωση, ο φυσιοθεραπευτής μετά την διαδικασία της συλλογής και της καταγραφής των αντικειμενικών και υποκειμενικών ευρημάτων θα προχωρήσει στην επεξεργασία και αξιολόγηση τους βασιζόμενος πάντα στην ιατρική γνωμάτευση και στην ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής. Η αξιολόγηση και η επανεκπαίδευση των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες μυοσκελετικές παθήσεις και οι οποίοι είχαν εκδηλώσει αστάθεια στην σπονδυλική μονάδα στην διαδικασία της φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης θα πρέπει να γίνεται με βάση της λειτουργικές τους δραστηριότητες και επιπλέον η εκτέλεση του πλάνου της αποκατάστασης θα πρέπει να βασίζεται τις καθημερινές τους δραστηριότητες με βασικό στόχο την επίτευξη της γρήγορης επανένταξης τους στο εργασιακό περιβάλλον και στις περαιτέρω κοινωνικές τους δραστηριότητες. Επιπροσθέτως, πολύ σημαντικό στοιχείο είναι η επαναξιολόγηση και η καταγραφή της προόδου του ασθενούς. Οφείλουμε να

αναφέρουμε ότι το φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα δεχόμαστε να ανανεωθεί με τον ίδιο τρόπο και στον επαναπροσδιορισμό των πληροφοριών που συνεχώς λαμβάνει συγκρίνοντας τις με τις ήδη υπάρχουσες και προχωρώντας στην τροποποίηση και την επιβεβαίωση της αρχικής αξιολόγησης και τον τρόπο που θα αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα ώστε να αποφευχθεί η επανεμφάνιση τους και η εκδήλωση κακώσεων που οφείλονται σε παθολογικά αίτια των μυοσκελετικών παθήσεων. Τέλος, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση δεν αποτελεί μια γνωμάτευση αλλά την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής ώστε να υπάρξει το καταλληλότερο και αποτελεσματικότερο φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα. (Συμεωνίδης, 1996)

Κλινική εικόνα

Είναι πολύ βασικό να γνωρίζουμε ότι για την κλινική εικόνα ενός ασθενούς με προβλήματα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης κρίνεται απαραίτητο το ακριβές ιστορικό του το οποίο θα χρησιμοποιηθεί τόσο στην ιατρική γνωμάτευση όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Στη συνέχεια θα επισημάνουμε τα κυριότερα σημεία πάνω στα οποία στηρίζεται ένα ιστορικό.

- Καταρχήν είναι πολύ βασικό να υπάρξει η άμεση σύνδεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς με το ξεκίνημα της εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Επιπλέον, το γεγονός ότι η εκδήλωση της πάθησης οφείλεται στο σήκωμα μεγάλου βάρους μετά από κουραστικές δραστηριότητες στις οποίες ο ασθενής δεν ήταν συνηθισμένος είναι υψίστης σημασίας.
- Ένα επιπλέον βασικό σημείο είναι ο εντοπισμός του πόνου ο οποίος αποδίδεται σε βλάβη του μυϊκού συστήματος γύρω από την περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και εντοπίζεται στην οσφύ ή αντανακλάται μέχρι τον γλουτιαίο μυ και μερικές φορές μέχρι το μηρό όχι πιο χαμηλά από το γόνατο. Στην περίπτωση που αντανακλάται χαμηλότερα από το γόνατο τότε ο πόνος οφείλεται σε βλάβη της ρίζας του νωτιαίου νεύρου. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να γίνει η άμεση σύνδεση του πόνου με τις καταστάσεις που τον επιδεινώνουν όπως είναι ο βήχας, η ορθοστασία κλπ
- Συνεχίζουμε με άλλο ένα σημαντικό σημείο που αφορά τον χαρακτήρα του πόνου. Διακρίνεται από δυο χαρακτήρες. Τον βαθύ πόνο ο οποίος χειροτερεύει με την κινητικότητα και οδηγεί την

ιατρική γνωμάτευση σε βλάβη καταπόνησης του συστήματος βελτίηση ΟΜΣΣ και ο πόνος κατάκλιση, η χρήση του κατάλληλου καθίσματος κλπ.

καυσώδους χαρακτήρα ή νυγμώδης ή διαξιφιστικός ο οποίος οφείλεται βλάβη της ρίζας του νωτιαίου νεύρου.

- Στην περίπτωση που ο πόνος δεν χαρακτηρίζεται οξύς αλλά αποτελεί μια ενόχληση που εκδηλώνεται στους γλουτιαίους μυς, τους μηρούς ή τις κνήμες και βελτιώνεται με την ανάπαυση τότε η ιατρική γνωμάτευση θα οδηγηθεί στην ψευδοδιαλείπουσα χωλότητα που οφείλεται στην στένωση του σπονδυλικού σωλήνα.
- Ένα τελευταίο σημαντικό σημείο περιλαμβάνει την περίπτωση όπου ο νυγμώδης πόνος την περιοχή του περινέου μαζί με διαταραχές που εκδηλώνονται στους σφιγκτήρες όπως είναι η επιτακτική ούρηση, αποτελεί το σύνδρομο ιππούριδας το οποίο πρέπει να διαγνωστεί και να θεραπευτεί με χειρουργική επέμβαση άμεσα (Γαλανόπουλος, 1995).

Στην απεικονιστική διερεύνηση περιλαμβάνονται ο απλός ακτινολογικός έλεγχος, η υπολογιστική τομογραφία (ΥΤ), και η μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) τα οποία θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

Απλός ακτινολογικός έλεγχος

Σε έναν απλό ακτινολογικό έλεγχο της οσφυικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) περιλαμβάνονται η προσθοπίσθια λήψη, η πλάγια λήψη και σε μερικές περιπτώσεις όπου πρέπει να απεικονιστούν οι αποφυσιακές αρθρώσεις και λοξές λήψεις.

Τα ευρήματα που απεικονίζονται στην ακτινογραφία εκτός από τα εκφυλιστικά όπως είναι η στένωση του μεσοσπονδύλιου διαστήματος, οι εκφυλλίσεις των αποφυσιακών αρθρώσεων κλπ είναι και τα κατάγματα, η σπονδυλολίση, οι συγγενείς ανωμαλίες με όζους Schmorl και πιθανά σημεία όπου κρίνονται ύποπτα για την ύπαρξη ενός όγκου ή μιας λοίμωξης.

Σύμφωνα με τον αμερικάνικο οργανισμό Agency for Healthcare Research and Quality οι προϋποθέσεις για να υποβληθεί ο ασθενής με μυοσκελετικές παθήσεις σε έναν απλό ακτινολογικό έλεγχο της ΟΜΣΣ είναι:

Απαικονιστική διερεύνηση. Ως επί το πλείστον συνιστάται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

- Το ιστορικό του ασθενούς που περιλαμβάνει κάποιον πρόσφατο σοβαρό τραυματισμό.
- Το ιστορικό του ασθενούς που περιλαμβάνει κάποια κακοήθεια ή χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Το ιστορικό του ασθενούς που περιλαμβάνει κάποια λοίμωξη.

- Η αδικαιολόγητη απώλεια βάρους.
- Η εκδήλωση πόνου κατά τη διάρκεια της κατάκλισης (Συμεωνίδης, 2000). H

υπολογιστική τομογραφία

Οι καταστάσεις στις οποίες συνιστάται η υπολογιστική τομογραφία και μπορεί να παρέχει βοήθεια είναι:

- Στην κήλη.
- Στην οστεομυελίτιδα.
- Στην σπονδυλολίση.
- Στην στένωση του σπονδυλικού σωλήνα.
- Στην στένωση του σπονδυλικού σωλήνα κατάγματος.
- Στις συγγενείς ανωμαλίες.
- Στην εκφύλιση αποφυσιακών αρθρώσεων.
- Στους πρωτοπαθείς όγκους ή τους όγκους που έχουν κάνει μετάσταση στην ΟΜΣΣ.
- Μετά από την έγχυση σκιαγραφικού υλικού στο μυελικό σάκο και μετά από την έγχυση σε ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί επέμβαση κήλης.

Είναι υψίστης σημασίας να ερμηνευθούν τα ευρήματα της υπολογιστικής τομογραφίας με πολύ προσοχή. Με βάση μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε 166 άτομα που εκδήλωσαν συμπτώματα αποδείχθηκαν ευρήματα κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου με ποσοστό 34,5%. Τέλος, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη ότι η ΥΤ ακτινοβολεί σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή που εξετάζεται. (McRae, 1976).

Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί μια πολύ ευαίσθητη και εξειδικευμένη εξέταση της ΟΜΣΣ και η οποία χρησιμοποιείται για την διάγνωση των εξής καταστάσεων όπως είναι η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου, η εκφύλιση των αποφυσιακών αρθρώσεων, η σπονδυλολίση με ή χωρίς σπονδυλόλυση, η στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, η οστεομυελίτιδα, οι συγγενείς

~~Μοναδικό μειονέκτημα~~ α. Όπως και στην YT έτσι και στην MT τα ευρήματα θα πρέπει να ερμηνευθούν με πολύ προσοχή. Η MT παρουσιάζει ιδιαίτερη ευαισθησία στην διάγνωση της κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου σε σχέση με την YT και το μυελογράφημα με βάση την μελέτη στοιχείων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και διαγνώστηκε κήλη.

Επιπλέον άλλο ένα πλεονέκτημα της περιλαμβάνει την χαμηλή ακτινοβολία προς τον ασθενή κατά την διάρκεια της εξέτασης καθώς επίσης και την ικανότητα να ελέγχει τις κάθετες τομές ολόκληρης της ΟΜΣΣ. Συμβάλλει στο να διαγνωστούν ορισμένοι όγκοι όπως είναι οι ασβεστώσεις του μεσοσπονδύλιου δίσκου.

Το μοναδικό μειονέκτημα της MT είναι ότι δεν ενδείκνυται για ασθενείς οι οποίοι είναι κλειστοφοβικοί, έχουν βηματοδότη ή μεταλλικά clips είτε σε αγγεία είτε στην κοιλιακή χώρα (Χατζηδάκης, 1994)

Περίληψη & συμπεράσματα

Οι παθήσεις οι οποίες αφορούν την οσφυαλγία είναι πολύ δύσκολο να απαριθμηθούν καθώς είναι πάρα πολλές και για κάθε μια από αυτές χρειάζεται διαφορετικού είδους θεραπεία.

Η καθιστή και η όρθια στάση αποτελούν τις πιο συνηθισμένες στάσεις που προκαλούν πόνο στην ισχιαλγία. Είναι πάρα πολύ σημαντικό για μια σωστή καθιστή στάση να υπάρχει το κατάλληλο κάθισμα και το σώμα να τοποθετείται σωστά σε αυτό πράγμα που σημαίνει ότι η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης θα πρέπει να είναι επίπεδη ή να έχει μια ελαφριά θέση λόρδωσης και επιπλέον οι ιστοί που βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την οσφυϊκή μοίρα θα πρέπει να είναι χαλαροί. Η πίεση των νευρικών ριζών που εκφύονται από την σπονδυλική στήλη μέχρι τα κάτω άκρα και οι οποίες αποτελούν το ισχιακό νεύρο χαρακτηρίζονται από την αιτία που εκδηλώνεται η ισχιαλγία

Ο όρος λουμπάγκο ή οξεία οσφυαλγία αναφέρεται σε έναν έντονο πόνο στην περιοχή της μέσης. Η οξεία εμφάνιση των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης μυοσκελετικής πάθησης

εκδηλώνεται μετά από 4 -5 ημέρες σταδιακά. Με το ξεκίνημα των συμπτωμάτων είναι αποδεδειγμένο ότι ακολουθώντας ένα πρόγραμμα ελαφριάς σωματικής άσκησης χρησιμοποιώντας μια ζώνη οσφύος θα συμβάλλει στην γρηγορότερη μείωση των συμπτωμάτων και κατ'επέκταση σε μια πιο γρήγορη θεραπεία.

Ο φυσικοθεραπευτής για την διαγνωστική προσέγγιση των μυοσκελετικών παθήσεων οφείλει να λαμβάνει πληροφορίες μέσω της λήψης ατομικού ιστορικού σε συνδυασμό με την εκτίμηση της εξωτερικής εικόνας που φέρει ο πάσχοντας. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να κατανοήσει εάν η ασθένεια βρίσκεται με οξεία ή χρόνια μορφή, το στάδιο που διανύει ο ασθενής απέναντι στη νόσο, τις επιπλοκές που φέρει η σωματική του κατάσταση και στη συνέχεια να ληφθεί το πλάνο της θεραπευτικής του αποκατάστασης. (McRae, 1976)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Εισαγωγή

Η κύρια λειτουργία της επιστημονικής έρευνας και ο βασικός ρόλος της Μεθοδολογίας της Έρευνας εστιάζονται προς την ίδια θεωρητική και πρακτική κατεύθυνση, στην επιζήτηση των πραγματικών γεγονότων που συνιστούν την αλήθεια και στην συνέχεια στην ανάδειξη διεργασιών που θα ανορθώσουν την γνώση σε τέτοιο επίπεδο που θα μπορεί να επιλυθεί το οποιοδήποτε πρόβλημα. Αυτό οφείλει να πραγματοποιείται με την χρήση των επιστημονικών μεθόδων. Η Μεθοδολογία της Έρευνας έχει την δυνατότητα να παρέχει πλούσιο υλικό δεξιοτήτων απέναντι στο φοιτητικό κοινό αλλά με τρόπο επιστημονικό και τεκμηριωμένο. Έτσι επιτυγχάνεται και ο δεύτερος ρόλος της που έγκειται στην υποστήριξη και προώθηση της πρωτογενής επιστημονικής έρευνας. Επιμέρους τμήμα της Μεθοδολογίας της Έρευνας αποτελεί η διδακτορική διατριβή, η οποία θεωρείται πρωτότυπη συμβολή στον χώρο της επιστήμης. Αποτέλεσμα των προαναφερθέντων είναι ο φοιτητικός πληθυσμός να διαθέτει τα απαραίτητα κριτήρια για την εκτέλεση μιας έρευνας από την οποία θα αναπτύσσονται καινοτόμες ιδέες και γνώσεις που θα τοποθετούν ένα ακόμα συμπληρωματικό κομμάτι στην εξέλιξη της επιστήμης.

Με απλά λόγια, η Μεθοδολογία της Έρευνας μπορεί να αναβαθμίσει το άτομο που ασχολείται με το αντικείμενο σε έναν μελλοντικό επιστήμονα. Αυτό το προνόμιο είναι αποκλειστικό της Μεθοδολογίας της Έρευνας καθώς με την απόκτηση ενός πτυχίου ο άνθρωπος δεν μπορεί από μόνος του να εξελιχθεί σε μια ανώτερη βαθμίδα. Ο καθένας που ασχολείται με τον κλάδο της επιστήμης οφείλει να προσκομίζει την πτυχιακή του εργασία τεκμηριωμένη και αυτό επιτυγχάνεται μόνο με την εφαρμογή

Ερευνητικός σχεδιασμός

Η διαδικασία της έρευνας ξεκινά με τον ορισμό του πληθυσμού, δηλαδή των ατόμων εκείνων που θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετέχουν στην έρευνα. Ο πληθυσμός ορίζεται από 4 παραμέτρους (Σιώμκος & Βασιλακόπουλους, 2005): α) τα στοιχεία, δηλαδή τους ερωτώμενους που πήραν μέρος στην έρευνα και είναι οι δάσκαλοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, β) τη μονάδα

δεν είναι επιστημονικά εργατηκόν μεθόδων και ωστόσο είναι απαραίτητα απαρτίπλοσ. Εάν έλεγχος σύμφωνα με τα επιστημονικά και συστηματικά κριτήρια.

γνωρίζουμε τα στοιχεία του ερωτώμενου η δειγματοληπτική μονάδα ταυτίζεται με τα στοιχεία του πληθυσμού, διαφορετικά ταυτίζεται με την γεωγραφική έκταση της έρευνας. Στην παρούσα εργασία δεν γνωρίζουμε τα στοιχεία των ερωτώμενων άρα η μονάδα δειγματοληψίας είναι η σχολική τάξη, γ) τη γεωγραφική έκταση που πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι ο χώρος που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια δηλαδή η σχολική τάξη, δ) το χρόνο, είναι η χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα Η κατεύθυνση και η αξιολόγηση της πορείας του στόχου της έρευνας είναι οι παράμετροι στους οποίους θα πρέπει πρώτα να επικεντρωθούμε. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι αποτελούν την βάση πάνω στην οποία θα σχεδιαστεί το ερωτηματολόγιο.

Στην συνέχεια το επόμενο βήμα είναι σύμφωνα με την φύση του ερωτηματολογίου να επιλεχθεί ο τρόπος με τον οποίο θα συλλέξουμε τις αναγκαίες πληροφορίες. Για να κατανοήσουμε καλύτερα τα παραπάνω μπορούμε να αναφέρουμε σαν παράδειγμα την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου. Εάν κρίνουμε πως δεν είναι απαραίτητη η συμβολή ενός ερευνητή και επιδιώκουμε να έχουμε αποκλειστικά τις απαντήσεις μόνο του ερωτώμενου τότε πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή μας στην τεχνική πληρότητα του ερωτηματολογίου και στην ακριβής ανάλυση του, μέσω διευκρινιστικών επεξηγήσεων που θα παραθέτονται για να αποφευχθεί τυχόν παρερμηνεία των ερωτήσεων. Στην περίπτωση που επιθυμούμε την παρέμβαση του ερευνητή, την ώρα που διεξάγεται η συνέντευξη, τότε το ερωτηματολόγιο μπορεί να είναι ολοκληρωτικά κατανοητό και εύχρηστο καθώς παρέχεται η δυνατότητα να απαντούνται ερωτήματα από τον ίδιο τον ερευνητή.

Τέλος οφείλουμε να τονίσουμε ότι κατά τον σχεδιασμό των ερωτήσεων σημαντικός παράγοντας αποτελεί να λαμβάνουμε υπόψη μας τα γενικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον πληθυσμό που απευθυνόμαστε ώστε να διεξάγεται το ερωτηματολόγιο χωρίς αδιευκρίνιστους ή μη κατανοητούς όρους.

Ερωτηματολόγιο

Για την σωστή ανάδειξη και την καταλληλότητα του ερωτηματολογίου απαραίτητη προϋπόθεση είναι η πραγματοποίηση των παρακάτω δραστηριοτήτων:

- Καθορισμός και αξιολόγηση του στόχου της έρευνας.
- Προσδιορισμός της τεχνικής που αποσκοπεί στην συλλογή των πληροφοριών.
- Συνειδητοποίηση των γενικών χαρακτηριστικών του ερωτώμενου πληθυσμού.

Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο : αποτελεί ένα έγγραφο στο οποίο εμπεριέχεται μια ακολουθία συγκροτημένων ερωτήσεων οι οποίες παρουσιάζονται σε αλληλοδιαδοχική σειρά και πάνω σε αυτές οφείλει ο ερωτώμενος να απαντήσει γραπτά.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι:

- Διαθέτουν χαμηλότερο κόστος συγκριτικά με τις συνεντεύξεις.

- Αποτελεί εύκολο εργαλείο για τον σχεδιασμό και την κλίση εργασιών ανθρώπων.
- Οι απαντήσεις έχουν ελεύθερο χαρακτήρα καθώς αποφεύγεται η άμεση επικοινωνίας
- Κατηγοριοποιημένοι τρόποι ανάλυσης του πληροφοριακού υλικού.
- Ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις.
- Ως μέθοδος απαιτεί την κατανάλωση λιγότερου χρόνου. *Τα κυριότερα μειονεκτήματα των*

ερωτηματολογίων είναι:

Ο ερευνητής δεν έχει την δυνατότητα επεξηγήσεων στις ανοιχτές ερωτήσεις.

- Το ερωτηματολόγιο καθιστά τον ερωτηθέντα υποχρεωμένο να δώσει τις απαντήσεις με ένα συγκεκριμένο τρόπο.
- Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην έρευνα παρουσιάζουν και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.
- Στην περίπτωση που χρησιμοποιηθεί ένα ερευνητικό εργαλείο αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί και δεύτερο και τρίτο αν αυτό είναι αναγκαίο.
- Με βάση αυτό ο ερευνητής μπορεί να προχωρήσει στον συνδυασμό ερευνητικών εργαλείων εάν αυτό κριθεί αναγκαίο για την αποτελεσματικότητα της εργασίας του.

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ήταν το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι «ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με ένα πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, με σκοπό να συγκεντρώσει τις αναγκαίες ερευνητικές πληροφορίες. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στις γνώσεις, τις γνώμες, τις προτιμήσεις, τα ενδιαφέροντα, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες, τις στάσεις, τις αξίες και γενικά στα χαρακτηριστικά όλων των όψεων της προσωπικότητας του ατόμου και στη συμπεριφορά του σε προκαθορισμένες καταστάσεις».

(Σιώμος & Βασιλακόπουλος, 2005)

Στατιστική ανάλυση

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση της παρούσας έρευνας είναι το Microsoft Office Excel. Το συγκεκριμένο στατιστικό πρόγραμμα διαθέτει εξαιρετικά γραφικά, είναι εύχρηστο ενώ δίνει τη δυνατότητα στο χρήστη να ακολουθεί εύκολη ροή αποτελεσμάτων. Οι δοκιμασίες t-test δύο κατευθύνσεων και χ^2 χρησιμοποιήθηκαν για να ανιχνεύσουν πιθανές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην επικράτηση των προβλημάτων στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην μελέτη πήραν μέρος 398 εκπαιδευτικοί, 162 άνδρες και 236 γυναίκες ηλικίας κατά το μεγαλύτερο ποσοστό μέχρι 40 ετών. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε σωματικό βάρος μέχρι 75 κιλά ενώ ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού διπλώματος. Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος διαθέτει μέχρι 15 έτη στην εκπαίδευση.

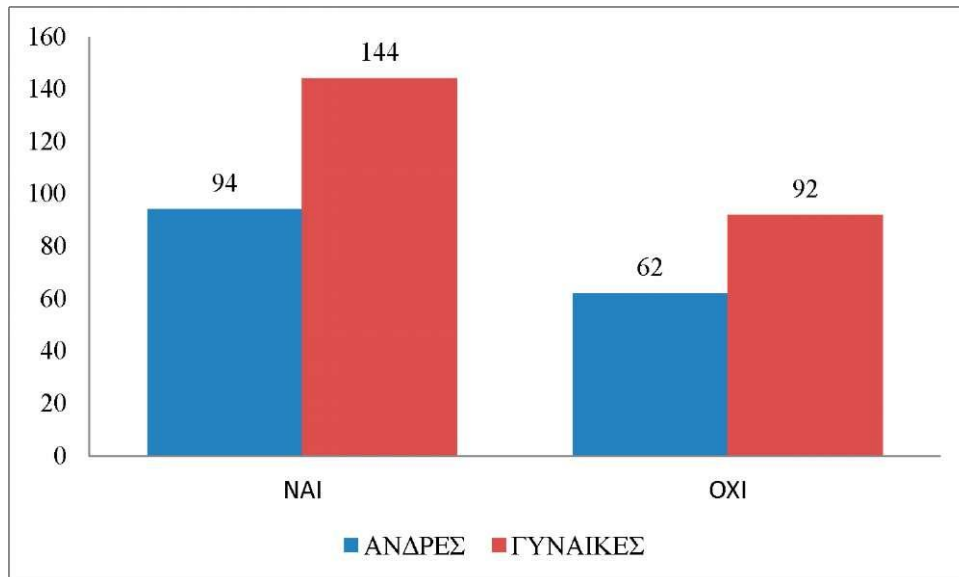
Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά δείγματος.

		ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ηλικία			
	Μέχρι 40 έτη	82 (50.6)	91 (38.6)
	41-51 έτη	48 (29.6)	85 (36.0)
	Πάνω από 52 έτη	32 (19.8)	60 (25.4)
Σωματικό βάρος	Μέχρι 75 κιλά	114 (704.)	123 (52.1)
	76-86 κιλά	28 (17.3)	53 (22.5)
	Πάνω από 87	20 (12.3)	60 (25.4)
Ειδικότητα	Καθηγητής ΦΑ	74 (45.7)	80 (33.9)
	Φιλολόγος	68 (42.0)	84 (35.6)
	Άλλη ειδικότητα	20 (12.3)	72 (30.5)
Εκπαίδευση			
	Λύκειο	53 (32.7)	73 (30.9)
	Πανεπιστήμιο	57 (35.2)	85 (36.0)
	ΤΕΙ/άλλο	52 (32.1)	78 (33.1)
Έτη εργασίας			
	Μέχρι 15 έτη	52 (32.7)	82 (34.7)
	16-30 έτη	54 (33.0)	76 (32.1)
	Πάνω από 30 έτη	56 (34.3)	78 (33.2)
Ταμείο ασφάλισης			
	ΔΗΜΟΣΙΟ	70 (48.2)	110 (45.5)
	ΙΚΑ	92 (51.8)	126 (54.5)

Τα ~~επιπολασμός~~ χρόνια προβλήματα και σεματικά βάρρσνία σύνδρομα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.), παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και το γράφημα 1. Παρατηρείται ότι 94 άνδρες (39.5 %) και 144 (60.5 %), υπέφεραν σε κάποια φάση τη ζωή τους από κάποιο χρόνια πρόβλημα στην Ο.Μ.Σ.Σ. Η διαφορά αυτή δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική ($\chi = 1.66$, $df=1$, $p>0.05$).

Πίνακας 2. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το φύλο.

		ΦΥΛΟ		Σύνολο	
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ		
	ΝΑΙ	Ποσοστό	94	144	238
		% εντός επιπολασμού	39,5%	60,5%	100,0%
		% εντός φύλου	58,0%	61,0%	59,8%
		% συνόλου	23,6%	36,2%	59,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	68	92	160
		% εντός επιπολασμού	42,5%	57,5%	100,0%
		% εντός φύλου	42,0%	39,0%	40,2%
		% συνόλου	17,1%	23,1%	40,2%
Σύνολο	Ποσοστό	162	236	398	
	% εντός επιπολασμού	40,7%	59,3%	100,0%	
	% εντός φύλου	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	40,7%	59,3%	100,0%	



Γράφημα 1. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi = 0.358$, $df=1$, $p>0.05$).

Επιπολασμός ^χρόνιων προβλημάτων και ηλικία

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των χρόνιων συνδρόμων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.), σύμφωνα με την ηλικία, παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και το γράφημα 2.

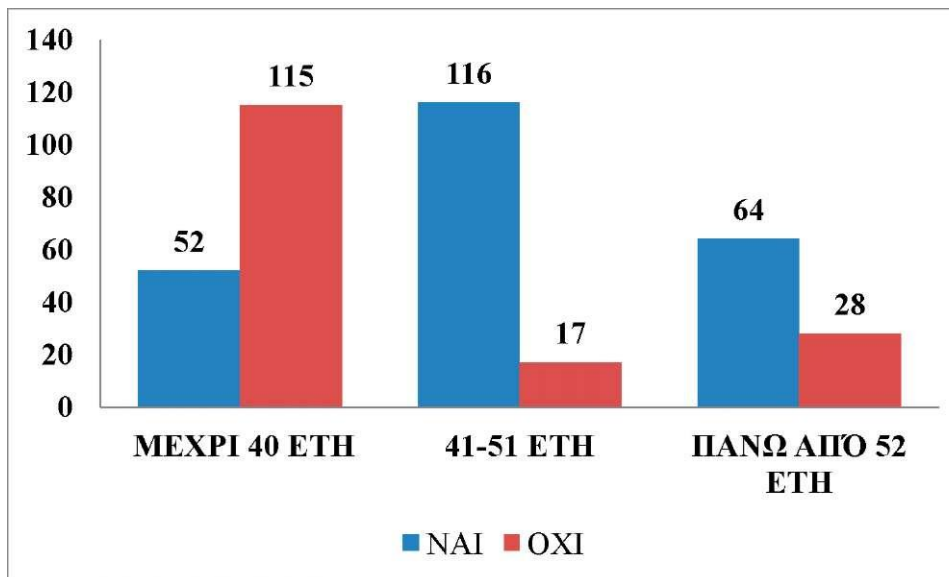
Παρατηρείται ότι 58 άτομα που είχαν ηλικία μέχρι 30 έτη, 116 ηλικίας 41-51 έτη και 64 που ήταν πάνω από 52 έτη, υπέφεραν σε κάποια φάση τη ζωή τους από κάποιο χρόνιο πρόβλημα στην

Ο.Μ.Σ.Σ. Η διαφορά αυτή δεν

αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική ($\chi = 1.66$, $df=1$, $p>0.05$).

			ΗΛΙΚΙΑ			Σύνολο
			ΜΕΧΡΙ 40 ΕΤΗ	41-51	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 52	
Επιπολασμός	ΝΑΙ	Ποσοστό	58	116	64	238
		% εντός επιπολασμού	24,4%	48,7%	26,9%	100,0%
		% εντός φύλου	33,5%	87,2%	69,6%	59,8%
		% συνόλου	14,6%	29,1%	16,1%	59,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	115	17	28	160
		% εντός επιπολασμού	71,9%	10,6%	17,5%	100,0%
		% εντός φύλου	66,5%	12,8%	30,4%	40,2%
		% συνόλου	28,9%	4,3%	7,0%	40,2%
Σύνολο	Ποσοστό		133	92	398	
	% εντός επιπολασμού		33,4%	23,1%	100,0%	
	% εντός ηλικίας		100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου		33,4%	23,1%	100,0%	

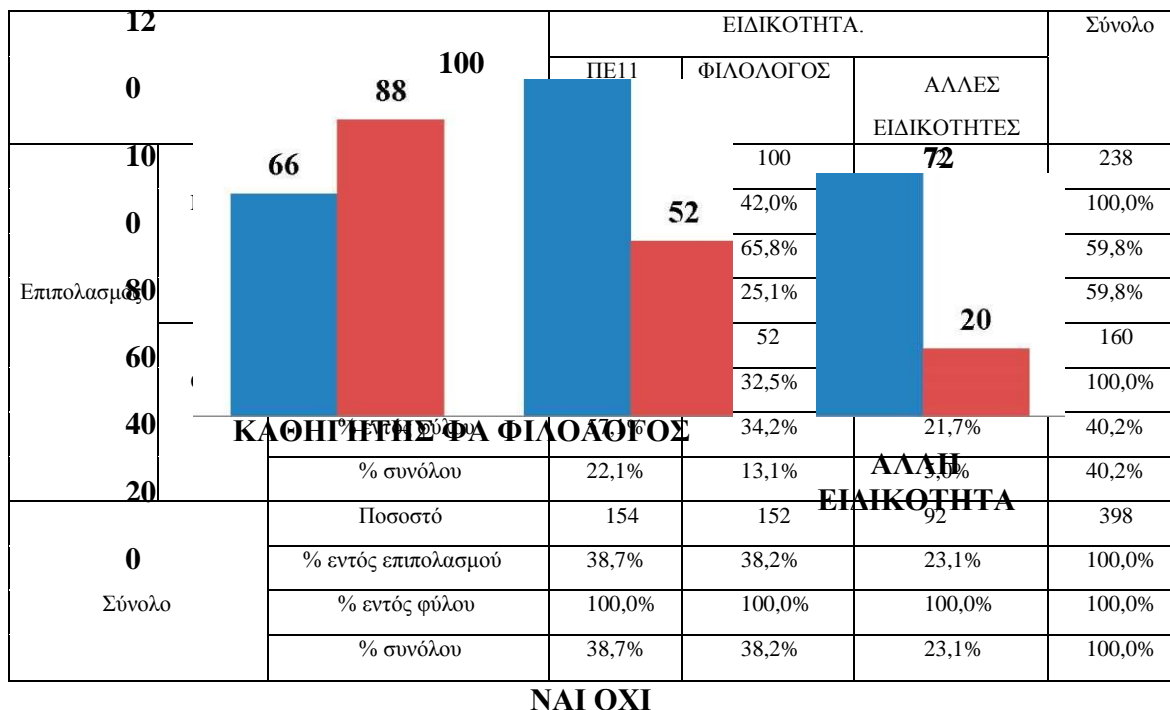
($\chi^2 = 34.57$, $df=2$, $p<0.001$).



Γράφημα 2. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2 = 34.57$, $df=2$, $p<0.001$).

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των χρόνιων συνδρόμων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.), παρουσιάζονται στον πίνακα 4 και το γράφημα 3.

Πίνακας 4. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με την ειδικότητα.



Γράφημα 3. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα ($\chi^2= 33.7$, $df=2$, $p<0.001$).

Επιπολασμός ^χρόνιων προβλημάτων και σωματικό βάρος

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των χρόνιων συνδρόμων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.) σύμφωνα με το σωματικό βάρος, παρουσιάζονται στον πίνακα 5 και το γράφημα 4.

Πίνακας 5. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το σωματικό βάρος.

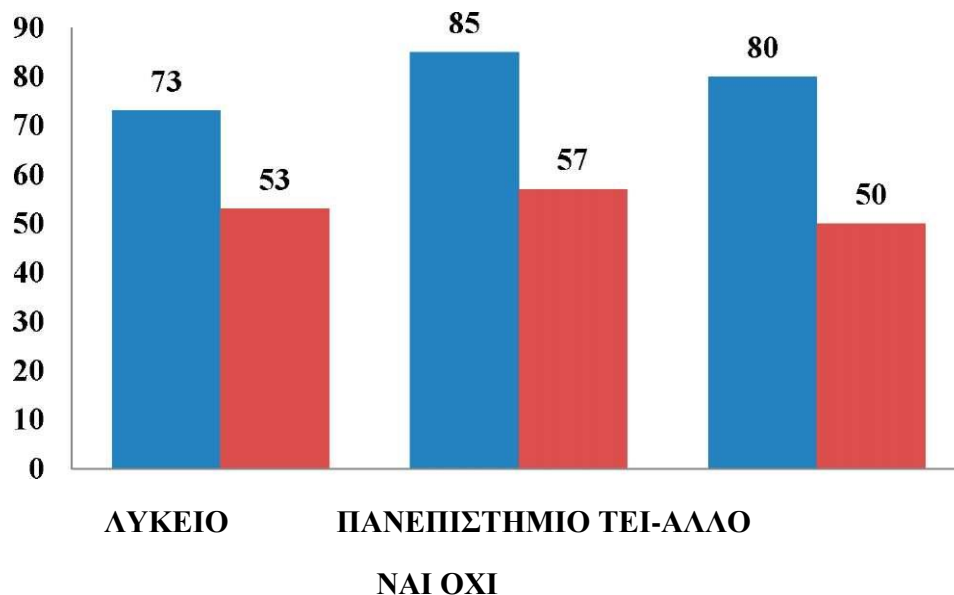
	150	114 ¹²³			Σύνολο	
Επιπολασμός	100	64	60		238	
	50	17	20	%	100,0%	
	0			%	59,8%	
				%	59,8%	
					160	
				%	100,0%	
	<p>Γράφημα 4. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος ($\chi^2 = 27.2, df=2, p<0.001$).</p>					
		51,9%	21,0%	25,0%	40,2%	
		% συνόλου	30,9%	4,3%	5,0%	40,2%
Σύνολο	Ποσοστό	237	81	80	398	
	% εντός επιπολασμού	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%	
	% εντός σωματικού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%	

Επιπολασμός χρόνιων προβλημάτων και επίπεδο εκπαίδευσης

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των χρόνιων συνδρόμων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.) σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης, παρουσιάζονται στον πίνακα 6 και το γράφημα 5.

Πίνακας 6. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του συνολικού επιπολασμού των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

		ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			Σύνολο	
		ΛΥΚΕΙΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΤΕΙ-ΑΛΛΟ		
ΝΑΙ	Ποσοστό	73	85	80	238	
	% εντός επιπολασμού	30,7%	35,7%	33,6%	100,0%	
	% εντός επιπέδου εκπαίδευσης	57,9%	59,9%	61,5%	59,8%	
	% συνόλου	18,3%	21,4%	20,1%	59,8%	
Επιπολασμός	Ποσοστό	53	57	50	160	
	ΟΧΙ	% εντός επιπολασμού	33,1%	35,6%	31,2%	100,0%
	% εντός επιπέδου εκπαίδευσης	42,1%	40,1%	38,5%	40,2%	
	% συνόλου	13,3%	14,3%	12,6%	40,2%	
Σύνολο	Ποσοστό	126	142	130	398	
	% εντός επιπολασμού	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%	
	% εντός επιπέδου εκπαίδευσης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%	



Γράφημα 5. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης ($\chi^2 = 0.37$, $df=2$, $p>0.05$).

Επιπολασμός χρόνιων προβλημάτων και έτη εργασίας

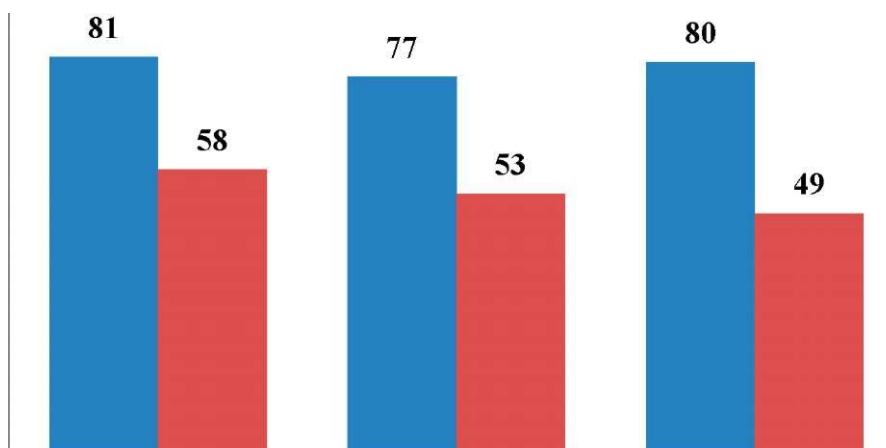
Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των χρόνιων συνδρόμων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.) σύμφωνα με τα έτη εργασίας, παρουσιάζονται στον πίνακα 7 και το γράφημα 6.

Παρατηρείται ότι 81 άτομα εργάζονταν μέχρι 15 έτη, 77 εργάζονταν 15-30 έτη και 80 εργάζονταν πάνω από 30 έτη, υπέφεραν σε κάποια φάση τη ζωή τους από κάποιο χρόνιο πρόβλημα στην Ο.Μ.Σ.Σ. Η διαφορά αυτή δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0.29$, $df=2$, $p>0.05$).

		ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			Σύνολο
		ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΗ	16-30 ΕΤΗ	>30 ΕΤΗ	
ΝΑΙ	Ποσοστό	81	77	80	238
	% εντός επιπολασμού	34,0%	32,4%	33,6%	100,0%
	% εντός ετών εργασίας	60,0%	59,2%	60,2%	59,8%
	% συνόλου	20,4%	19,3%	20,1%	59,8%
Επιπολασμός ΟΧΙ	Ποσοστό	57	50	49	160
	% εντός επιπολασμού	33,8%	33,1%	33,1%	100,0%
	% εντός ετών εργασίας	40,0%	40,8%	39,8%	40,2%
	% συνόλου	13,6%	13,3%	13,3%	40,2%
Σύνολο	Ποσοστό	135	130	133	398
	% εντός επιπολασμού	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%
	% εντός ετών εργασίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% συνόλου	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%

90 80 70 60 50 40 30 20 10 0
ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΗ **16-30 ΕΤΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 30 ΕΤΗ**
ΝΑΙ ΟΧΙ

Γράφημα 6. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών

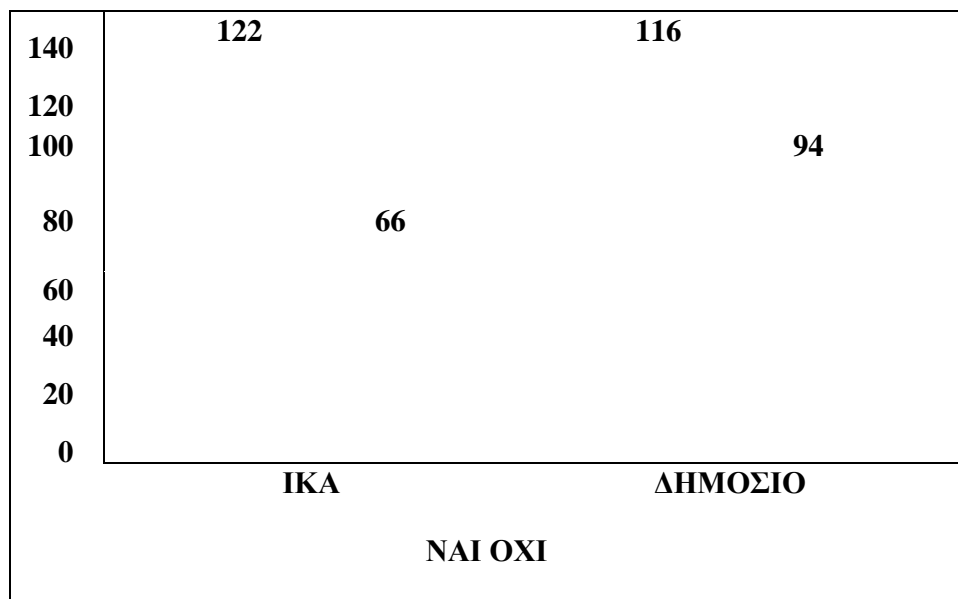


σύμφωνα με τα έτη εργασίας ($\chi = 0.29$, $df=2$, $p>0.05$).

Επιπολασμός χρόνιων προβλημάτων και ταμείο ασφάλισης

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των χρόνιων συνδρόμων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Ο.Μ.Σ.Σ.) σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης, παρουσιάζονται στον πίνακα 8 και το γράφημα 7.

		ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		Σύνολο	
		ΙΚΑ	ΕΟΠΥ		
Πίνακ χρόνι Επιπολάσμός	ΝΑΙ	Ποσοστό	122	116	238
		% εντός επιπολασμού	51,3%	48,7%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	64,9%	55,2%	59,8%
		% συνόλου	30,7%	29,1%	59,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	66	94	160
		% εντός επιπολασμού	41,2%	58,8%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	35,1%	44,8%	40,2%
		% συνόλου	16,6%	23,6%	40,2%
Σύνολο		Ποσοστό	188	210	398
		% εντός επιπολασμού	47,2%	52,8%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	47,2%	52,8%	100,0%

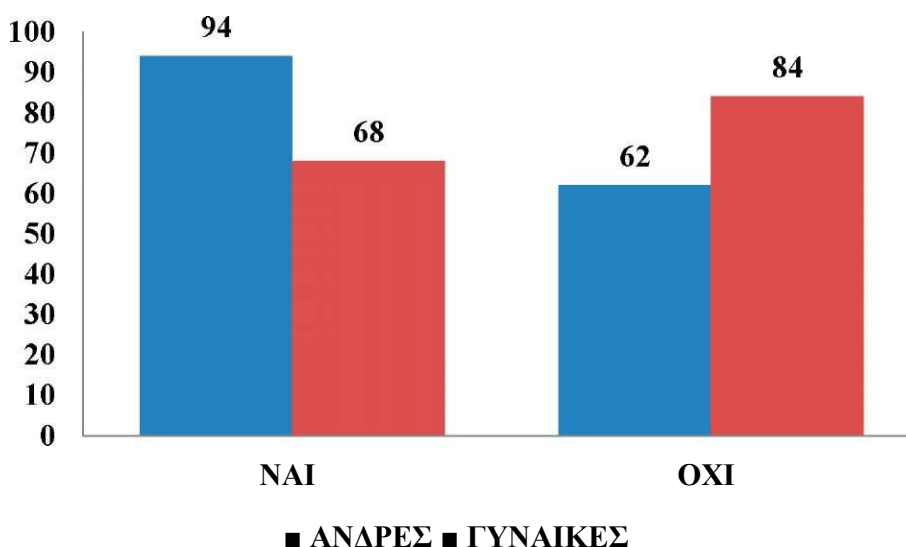


Γράφημα 7. Συνολικός επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2 = 3.85$, $df=1$, $p < 0.05$).

Τα δεδομένα εμφάνισαν επιπλοκή στην εργασία σύμφωνα με φύλο, παρουσιάζονται στον πίνακα 9 και το γράφημα 8.

Πίνακας 9. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με το φύλο.

	ΦΥΛΟ		Σύνολο
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Ποσοστό	94	152	246
% εντός οσφυαλγίας	38,2%	61,8%	100,0%
ΝΑΙ	58,0%	64,4%	61,8%
% εντός φύλου			
% συνόλου	23,6%	38,2%	61,8%
Οσφυαλγία	68	84	152
Ποσοστό			
% εντός οσφυαλγίας	44,7%	55,3%	100,0%
ΟΧΙ	42,0%	35,6%	38,2%
% εντός φύλου			
% συνόλου	17,1%	21,1%	38,2%
Ποσοστό	162	236	398
% εντός οσφυαλγίας	40,7%	59,3%	100,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%
% εντός φύλου			
% συνόλου	40,7%	59,3%	100,0%



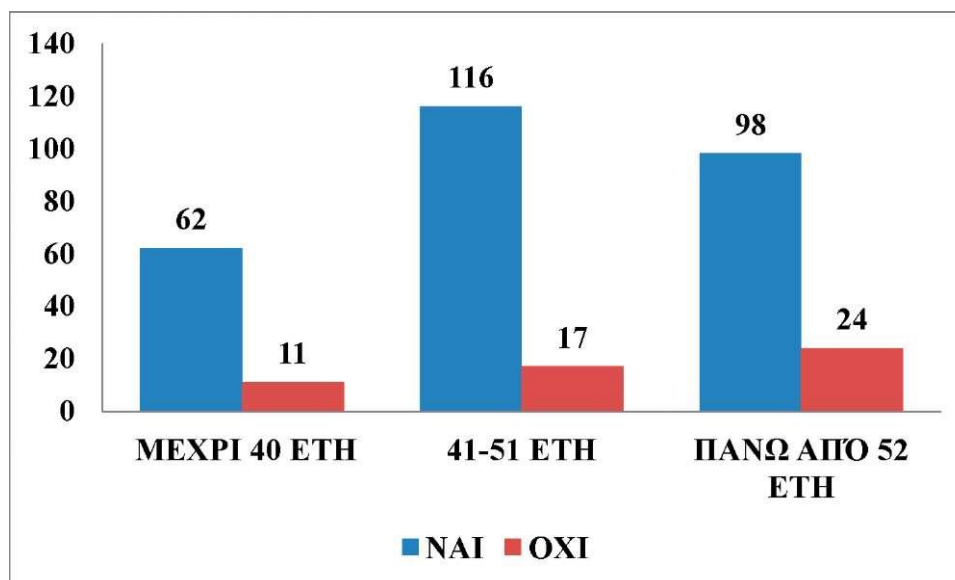
Γράφημα 13. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 0.54$, $df=2$, $p>0.05$).

Επιδοδαμένα φάρμακα για πόνους μερικής οσφυαλγίας σύμφωνα με την ηλικία, παρουσιάζονται

στον πίνακα 10 και το γράφημα 9.

Πίνακας 10. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με την ηλικία.

		ΗΛΙΚΙΑ			Σύνολο
		ΜΕΧΡΙ 40 ΕΤΗ	41-51	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 52	
ΝΑΙ	Ποσοστό	62	116	68	246
	% εντός οσφυαλγίας	25,2%	47,2%	27,6%	100,0%
	% εντός ηλικίας	35,8%	87,2%	73,9%	61,8%
	% συνόλου	15,6%	29,1%	17,1%	61,8%
Οσφυαλγία ΟΧΙ	Ποσοστό	111	17	24	152
	% εντός οσφυαλγίας	73,0%	11,2%	15,8%	100,0%
	% εντός ηλικίας	64,2%	12,8%	26,1%	38,2%
	% συνόλου	27,9%	4,3%	6,0%	38,2%
Σύνολο	Ποσοστό	173	133	92	398
	% εντός οσφυαλγίας	43,5%	33,4%	23,1%	100,0%
	% εντός ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% συνόλου	43,5%	33,4%	23,1%	100,0%

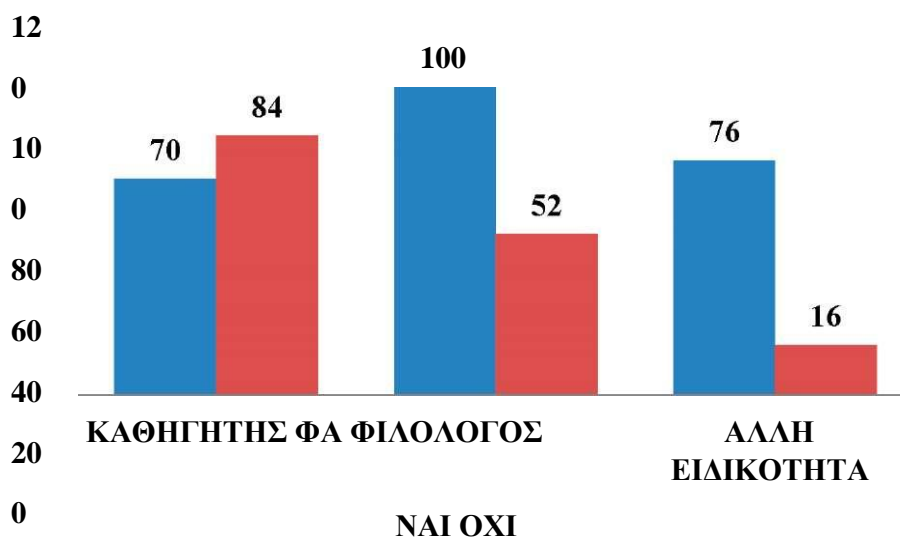


Γράφημα 13. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 0.54$, $df=2$, $p>0.05$).

Τα ~~επιπολασμούς της οσφυαλγίας~~ σύμφωνα με την ειδικότητα, παρουσιάζονται στον πίνακα 11 και το γράφημα 10.

Πίνακας 11. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με την ειδικότητα.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ			Σύνολο
		ΠΕ11	ΦΙΛΟΛΟΓΟΣ	ΑΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	
ΝΑΙ	Ποσοστό	70	100	76	246
	% εντός οσφυαλγίας	28,5%	40,7%	30,9%	100,0%
	% εντός επιπολασμού	45,5%	65,8%	82,6%	61,8%
	% συνόλου	17,6%	25,1%	19,1%	61,8%
Οσφυαλγία	OXI				
	Ποσοστό	84	52	16	152
	% εντός οσφυαλγίας	55,3%	34,2%	10,5%	100,0%
	% εντός επιπολασμού	54,5%	34,2%	17,4%	38,2%
	% συνόλου	21,1%	13,1%	4,0%	38,2%
Σύνολο	Ποσοστό	154	152	92	398
	% εντός οσφυαλγίας	38,7%	38,2%	23,1%	100,0%
	% εντός επιπολασμού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% συνόλου	38,7%	38,2%	23,1%	100,0%

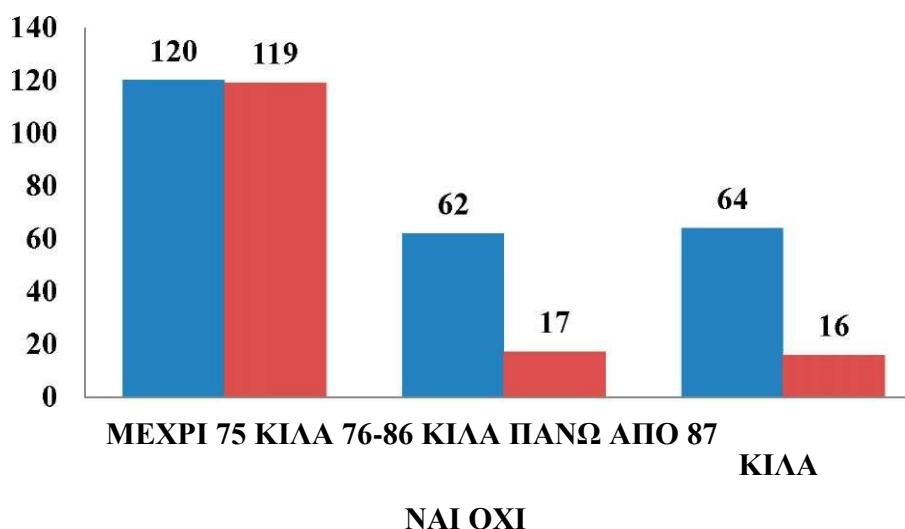


Γράφημα 10. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα ($\chi^2 = 35.33$, $df=2$, $p<0.001$).

Τα ~~επιπολασμός οσφυαλγίας~~ ~~επιπολασμός οσφυαλγίας~~ σύμφωνα με το σωματικό βάρος, παρουσιάζονται στον πίνακα 12 και το γράφημα 11.

Πίνακας 12. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με το σωματικό βάρος.

	ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ			Σύνολο
	ΜΕΧΡΙ 75 ΚΙΛΑ	76-86	>87	
Ποσοστό	118	64	64	246
% εντός οσφυαλγίας	48,0%	26,0%	26,0%	100,0%
ΝΑΙ % εντός σωματικού βάρους	49,8%	79,0%	80,0%	61,8%
% συνόλου	29,6%	16,1%	16,1%	61,8%
Οσφυαλγία	119	17	16	152
Ποσοστό				
% εντός οσφυαλγίας	78,3%	11,2%	10,5%	100,0%
ΟΧΙ % εντός σωματικού βάρους	50,2%	21,0%	20,0%	38,2%
% συνόλου	29,9%	4,3%	4,0%	38,2%
Ποσοστό	237	81	80	398
% εντός οσφυαλγίας	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%
Σύνολο % εντός σωματικού βάρους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% συνόλου	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%

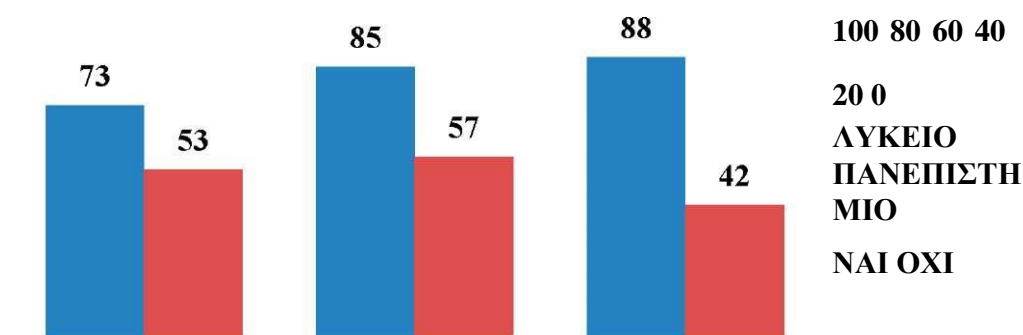


Γράφημα 1 2. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2 = 2.93$, $df=2$, $p>0.05$).

Τα ~~Βιολογικά αποτελέσματα~~ ~~επιπολασμού της οσφυαλγίας~~ σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, παρουσιάζονται στον πίνακα 13 και το γράφημα 12.

Πίνακας 13. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			Σύνολο
			ΛΥΚΕΙΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΤΕΙ-ΑΛΛΟ	
Οσφυαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	73	85	88	246
		% εντός οσφυαλγίας	29,7%	34,6%	35,8%	100,0%
		% εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	57,9%	59,9%	67,7%	61,8%
		% συνόλου	18,3%	21,4%	22,1%	61,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	53	57	42	152
		% εντός οσφυαλγίας	34,9%	37,5%	27,6%	100,0%
		% εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	42,1%	40,1%	32,3%	38,2%
		% συνόλου	13,3%	14,3%	10,6%	38,2%
Σύνολο	Ποσοστό	126	142	130	398	
	% εντός οσφυαλγίας	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%	
	% εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%	



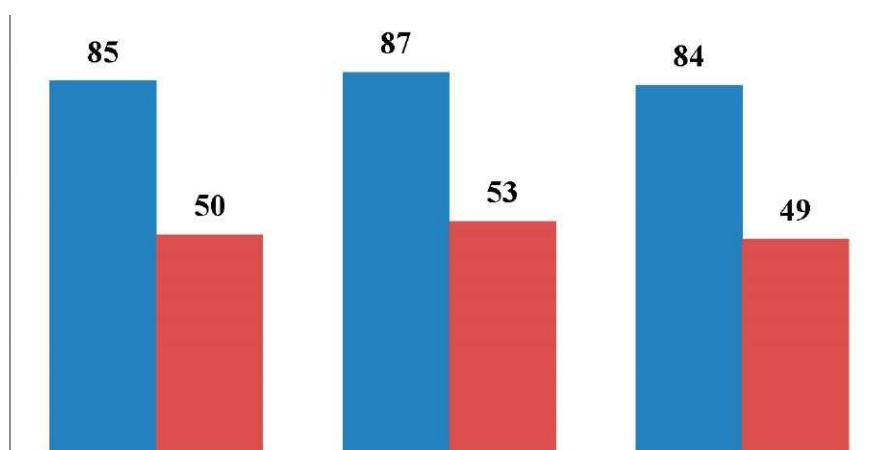
Γράφημα 11. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος ($\chi^2= 35.86$, $df=2$, $p<0.001$).

Επιδομαμένα φάρμακα για παιδιά σύμφωνα με την ηλικία σύμφωνα με τα έτη εργασίας,

παρουσιάζονται στον πίνακα 14 και το γράφημα 13.

Πίνακας 14. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με τα έτη εργασίας.

			ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			Σύνολο
			ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΗ	16-30 ΕΤΗ	>30 ΕΤΗ	
Οσφυαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	85	77	84	246
		% εντός οσφυαλγίας	34,6%	31,3%	34,1%	100,0%
		% εντός ετών εργασίας	63,0%	59,2%	63,2%	61,8%
		% συνόλου	21,4%	19,3%	21,1%	61,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	50	53	49	152
		% εντός οσφυαλγίας	32,9%	34,9%	32,2%	100,0%
		% εντός ετών εργασίας	37,0%	40,8%	36,8%	38,2%
		% συνόλου	12,6%	13,3%	12,3%	38,2%
Σύνολο		Ποσοστό	135	130	133	398
		% εντός οσφυαλγίας	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%
		% εντός ετών εργασίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%



100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0

ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΗ

16-30 ΕΤΗ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 30 ΕΤΗ

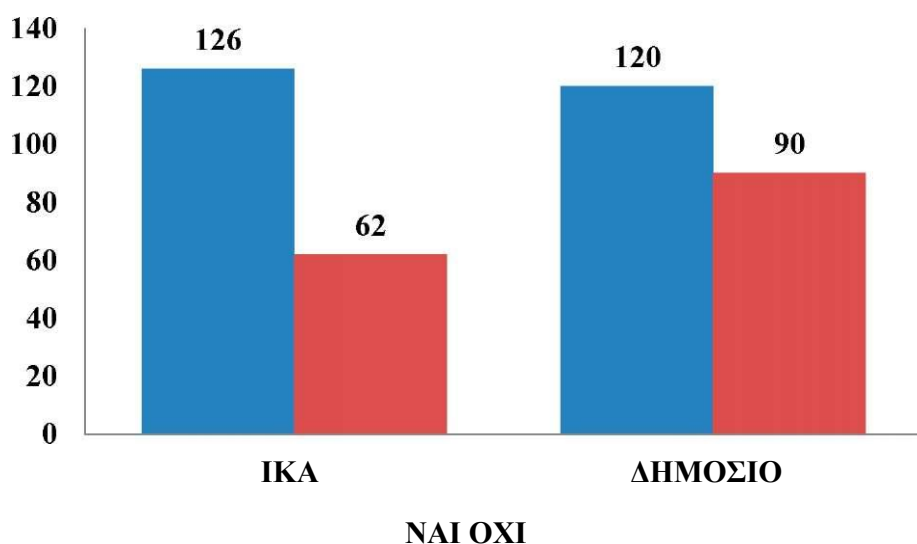
ΝΑΙ ΟΧΙ

Γράφημα 13. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 0.54$, $df=2$, $p>0.05$).

Τα Επιπολασμοί για ασφαλιστικό ταμείο της οσφυαλγίας σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο, παρουσιάζονται στον πίνακα 15 και το γράφημα 14.

Πίνακας 15. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της οσφυαλγίας σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο.

		ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ		Σύνολο	
		ΤΑΜΕΙΟ			
		ΙΚΑ	ΕΟΠΥ		
οσφυαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	126	120	246
		% εντός οσφυαλγίας	51,2%	48,8%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	67,0%	57,1%	61,8%
	ΟΧΙ	% συνόλου	31,7%	30,2%	61,8%
		Ποσοστό	62	90	152
		% εντός οσφυαλγίας	40,8%	59,2%	100,0%
	Σύνολο	% εντός ασφάλειας	33,0%	42,9%	38,2%
		% συνόλου	15,6%	22,6%	38,2%
		Ποσοστό	188	210	398
Σύνολο	% εντός οσφυαλγίας	47,2%	52,8%	100,0%	
	% εντός ασφάλειας	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	47,2%	52,8%	100,0%	

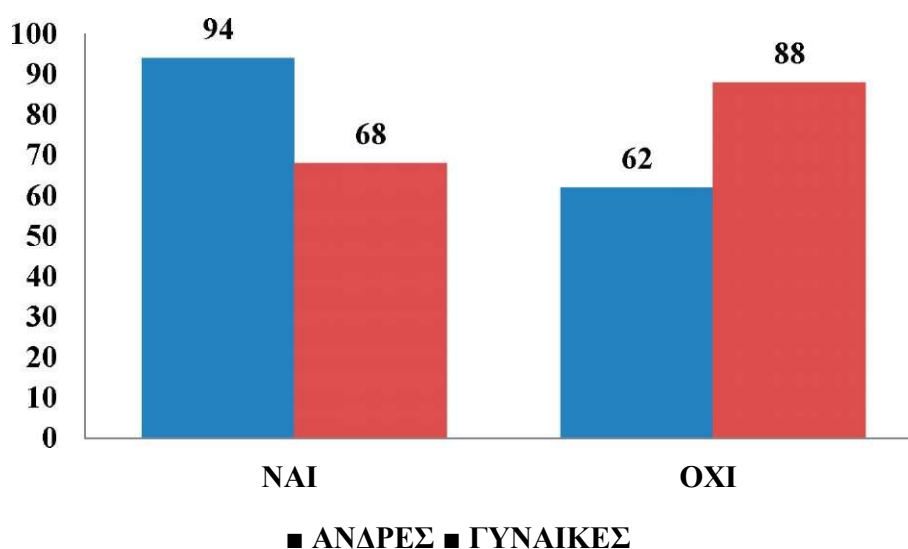


Γράφημα 14. Επιπολασμός της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο (χ²= 0.87, df=1, p>0.05) και οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο (χ²= 4.10, df=2, p<0.04).

Τα Επιπολασμοί και επιπολασμοί του λουμπάγκο σύμφωνα με φύλο, παρουσιάζονται στον πίνακα 16 και το γράφημα 15.

Πίνακας 16. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το φύλο.

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	94	148	242
		% εντός λουμπάγκο	38,8%	61,2%	100,0%
		% εντός φύλου	58,0%	62,7%	60,8%
		% συνόλου	23,6%	37,2%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	68	88	156
		% εντός λουμπάγκο	43,6%	56,4%	100,0%
		% εντός φύλου	42,0%	37,3%	39,2%
		% συνόλου	17,1%	22,1%	39,2%
Σύνολο	Ποσοστό	162	236	398	
	% εντός λουμπάγκο	40,7%	59,3%	100,0%	
	% εντός φύλου	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	40,7%	59,3%	100,0%	

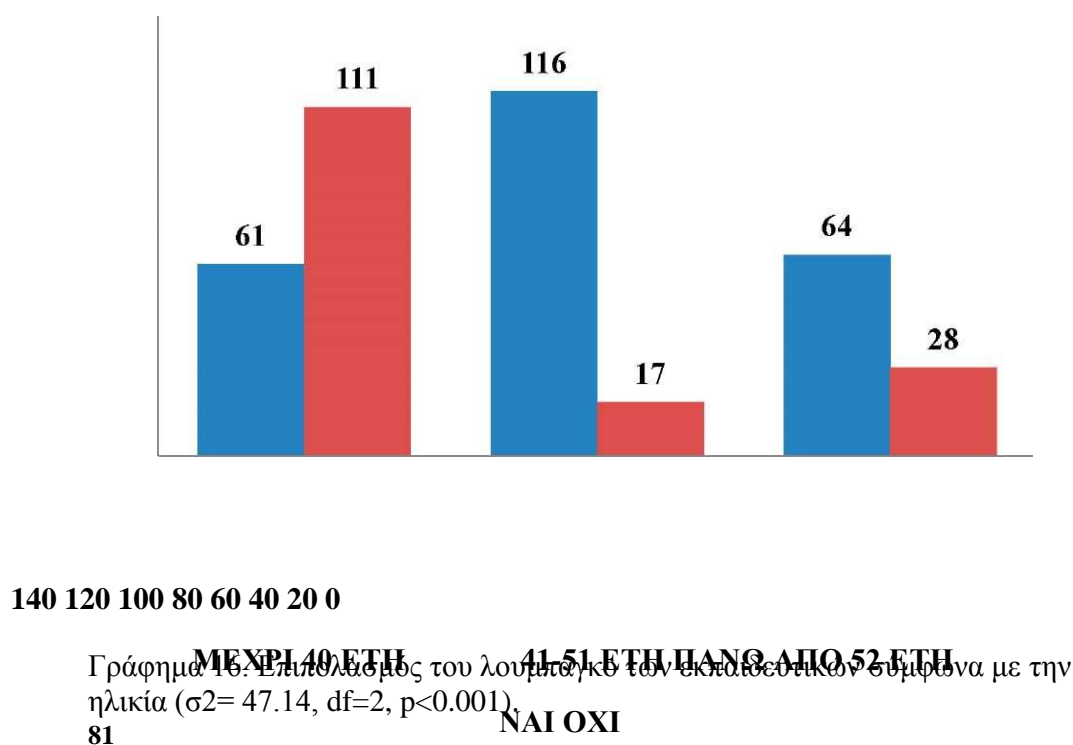


Επιπολασμός λουμπάγκο και ηλικία

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό του λουμπάγκο σύμφωνα με την ηλικία, παρουσιάζονται στον πίνακα 17 και το γράφημα 16.

Πίνακας 17. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με την ηλικία.

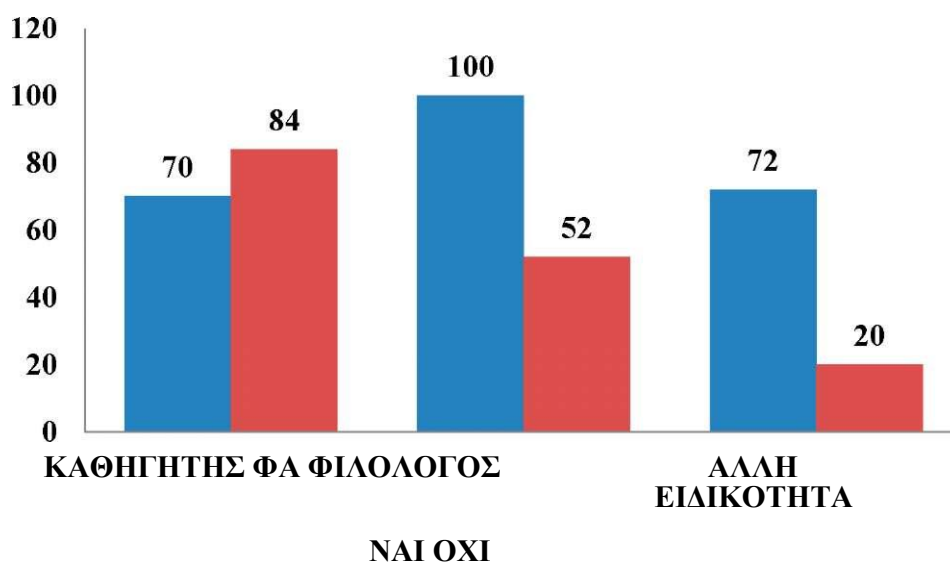
			ΗΛΙΚΙΑ			Σύνολο
			ΜΕΧΡΙ 40 ΕΤΗ	41-51	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 52	
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	62	116	64	242
		% εντός λουμπάγκο	25,6%	47,9%	26,4%	100,0%
		% εντός ηλικίας	35,8%	87,2%	69,6%	60,8%
		% συνόλου	15,6%	29,1%	16,1%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	111	17	28	156
		% εντός λουμπάγκο	71,2%	10,9%	17,9%	100,0%
		% εντός ηλικίας	64,2%	12,8%	30,4%	39,2%
		% συνόλου	27,9%	4,3%	7,0%	39,2%
Σύνολο	Ποσοστό	173	133	92	398	
	% εντός λουμπάγκο	43,5%	33,4%	23,1%	100,0%	
	% εντός ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	43,5%	33,4%	23,1%	100,0%	



Τα ~~Επιδείγματα~~ ~~φιλολογικά~~ ~~επιπολασμού~~ ~~του~~ ~~λουμπάγκο~~ ~~είναι~~ ~~αξιό~~ ~~παρα~~ ~~σύ~~ ~~μφωνα~~ με την ειδικότητα, παρουσιάζονται στον πίνακα 18 και το γράφημα 17.

Πίνακας 18. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με την ειδικότητα.

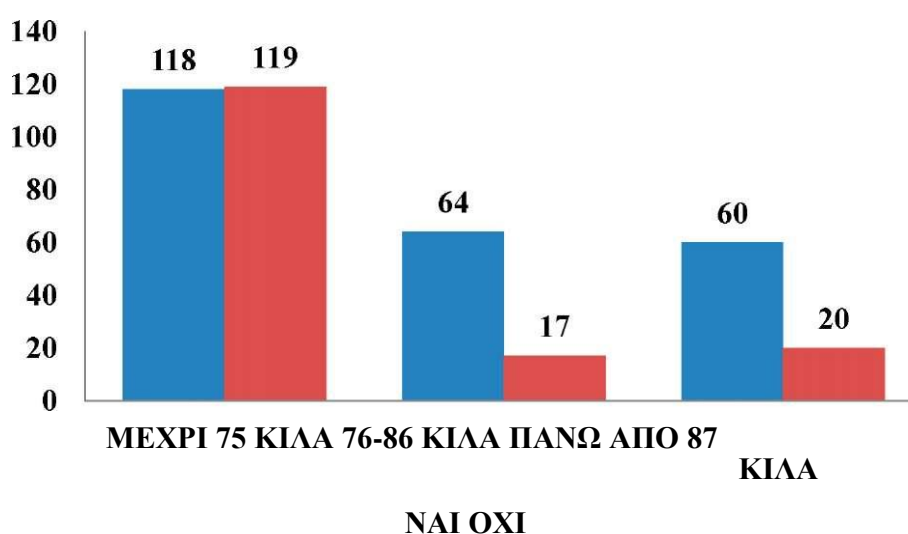
			ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ			Σύνολο
			ΠΕΙ11	ΦΙΛΟΛΟΓΟΣ	ΑΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	70	100	72	242
		% εντός λουμπάγκο	28,9%	41,3%	29,8%	100,0%
		% εντός επιπολασμού	45,5%	65,8%	78,3%	60,8%
		% συνόλου	17,6%	25,1%	18,1%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	84	52	20	156
		% εντός λουμπάγκο	53,8%	33,3%	12,8%	100,0%
		% εντός επιπολασμού	54,5%	34,2%	21,7%	39,2%
		% συνόλου	21,1%	13,1%	5,0%	39,2%
Σύνολο		Ποσοστό	154	152	92	398
		% εντός λουμπάγκο	38,7%	38,2%	23,1%	100,0%
		% εντός επιπολασμού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	38,7%	38,2%	23,1%	100,0%



Τα ~~επιπολασμοί για τον επιπολασμό~~ επιπολασμοί σύμφωνα με το σωματικό βάρος, παρουσιάζονται στον πίνακα 19 και το γράφημα 18.

Πίνακας 19. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το σωματικό βάρος.

			ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ			Σύνολο
			ΜΕΧΡΙ 75 ΚΙΛΑ	76-86	>87	
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	118	64	60	242
		% εντός λουμπάγκο	48,8%	26,4%	24,8%	100,0%
		% εντός σωματικού βάρους	49,8%	79,0%	75,0%	60,8%
		% συνόλου	29,6%	16,1%	15,1%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	119	17	20	156
		% εντός λουμπάγκο	76,3%	10,9%	12,8%	100,0%
		% εντός σωματικού βάρους	50,2%	21,0%	25,0%	39,2%
		% συνόλου	29,9%	4,3%	5,0%	39,2%
Σύνολο		Ποσοστό	237	81	80	398
		% εντός λουμπάγκο	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%
		% εντός σωματικού βάρους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%



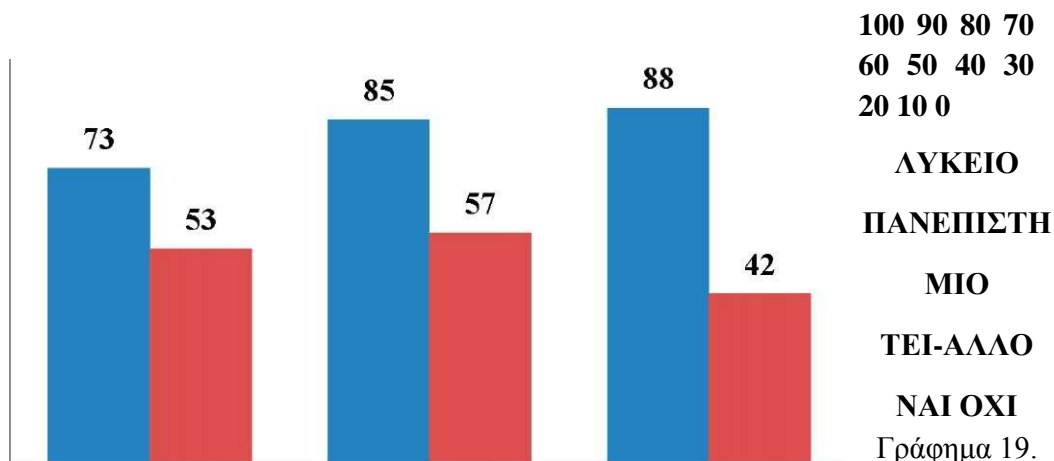
Γράφημα 18. Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος ($\chi^2= 30.09$, $df=2$, $p<0.001$).

Γράφημα 17. Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα ($\chi^2= 28.57$, $df=2$, $p<0.001$).

Τα ~~επιπολασμούς του λουμπάγκο~~ ~~επιπολασμούς του λουμπάγκο~~ σύμφωνα με το το εκπαιδευτικό επίπεδο, παρουσιάζονται στον πίνακα 20 και το γράφημα 19.

Πίνακας 20. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

			ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			Σύνολο
			ΛΥΚΕΙΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΤΕΙ- ΑΛΛΟ	
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	73	85	84	242
		% εντός λουμπάγκο	30,2%	35,1%	34,7%	100,0%
		% εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	57,9%	59,9%	64,6%	60,8%
		% συνόλου	18,3%	21,4%	21,1%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	53	57	46	156
		% εντός λουμπάγκο	34,0%	36,5%	29,5%	100,0%
		% εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	42,1%	40,1%	35,4%	39,2%
		% συνόλου	13,3%	14,3%	11,6%	39,2%
Σύνολο	Ποσοστό	126	142	130	398	
	% εντός λουμπάγκο	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%	
	% εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%	



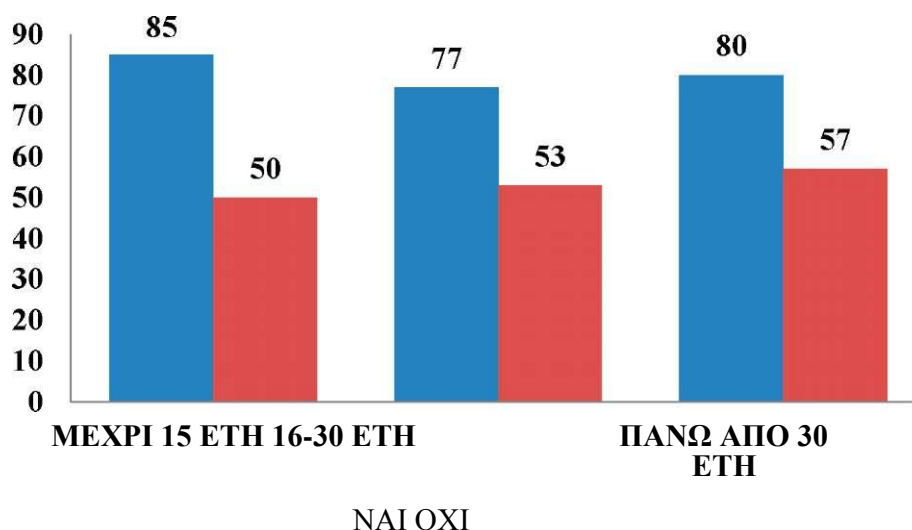
του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2 = 1.28$, $df=2$, $p>0.05$).

Επιπολασμός λουμπάγκο και τα έτη εργασίας

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό του λουμπάγκο σύμφωνα με τα έτη εργασίας, παρουσιάζονται στον πίνακα 21 και το γράφημα 20.

Πίνακας 21. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με τα έτη εργασίας.

		ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ			Σύνολο	
		ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΗ	16-30 ΕΤΗ	>30 ΕΤΗ		
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	85	77	80	242
		% εντός λουμπάγκο	35,1%	31,8%	33,1%	100,0%
		% εντός ετών εργασίας	63,0%	59,2%	60,2%	60,8%
		% συνόλου	21,4%	19,3%	20,1%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	50	53	53	156
		% εντός λουμπάγκο	32,1%	34,0%	34,0%	100,0%
		% εντός ετών εργασίας	37,0%	40,8%	39,8%	39,2%
		% συνόλου	12,6%	13,3%	13,3%	39,2%
Σύνολο	Ποσοστό	135	130	133	398	
	% εντός λουμπάγκο	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%	
	% εντός ετών εργασίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%	



Γράφημα 20. Επιπολασμός του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας ($\chi^2= 0.42, df=2, p>0.05$).

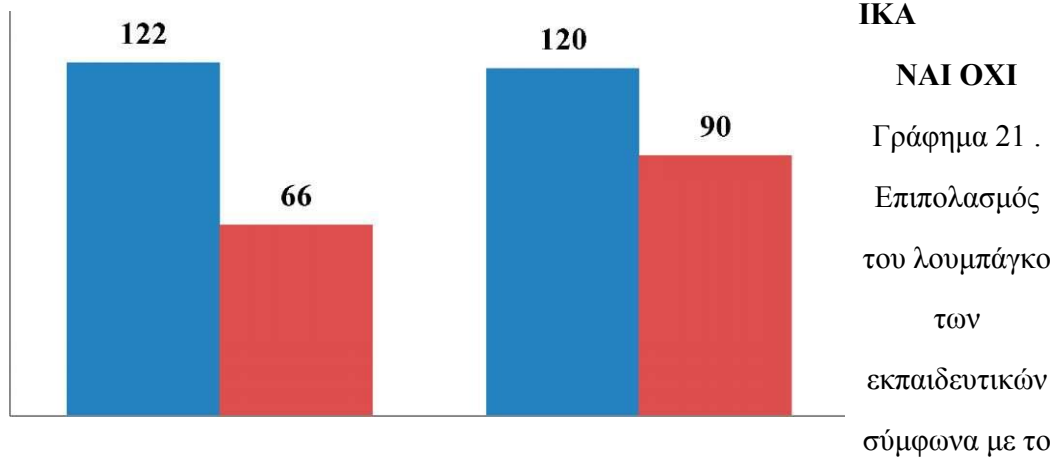
Επιπολασμός λουμπάγκο και το ασφαλιστικό ταμείο

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό του λουμπάγκο σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο, παρουσιάζονται στον πίνακα 22 και το γράφημα 21.

Πίνακας 22. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού του λουμπάγκο σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο.

		ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ		Σύνολο	
		ΙΚΑ	ΕΟΠΥ		
Λουμπάγκο	ΝΑΙ	Ποσοστό	122	120	242
		% εντός λουμπάγκο	50,4%	49,6%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	64,9%	57,1%	60,8%
		% συνόλου	30,7%	30,2%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	66	90	156
		% εντός λουμπάγκο	42,3%	57,7%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	35,1%	42,9%	39,2%
		% συνόλου	16,6%	22,6%	39,2%
Σύνολο		Ποσοστό	188	210	398
		% εντός λουμπάγκο	47,2%	52,8%	100,0%
		% εντός ασφάλειας	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	47,2%	52,8%	100,0%

140 120 100 80 60 40 20 0



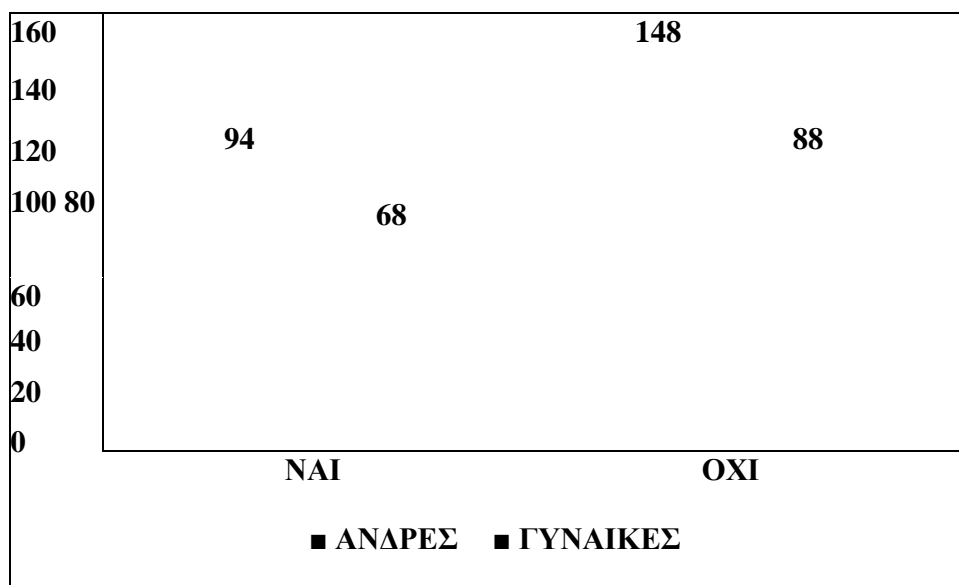
ταμείο ασφάλισης ($\chi^2= 2.54, df=2, p>0.05$).

Επιπολασμός ισχιαλγίας και φύλο

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με το φύλο, παρουσιάζονται στον πίνακα 23 και το γράφημα 22.

Πίνακας 23. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο.

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
Ισχιαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	94	148	242
		% εντός ισχιαλγίας	38,8%	61,2%	100,0%
		% εντός φύλου	58,0%	62,7%	60,8%
		% συνόλου	23,6%	37,2%	60,8%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	68	88	156
		% εντός ισχιαλγίας	43,6%	56,4%	100,0%
		% εντός φύλου	42,0%	37,3%	39,2%
		% συνόλου	17,1%	22,1%	39,2%
Σύνολο		Ποσοστό	162	236	398
		% εντός ισχιαλγίας	40,7%	59,3%	100,0%
		% εντός φύλου	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	40,7%	59,3%	100,0%



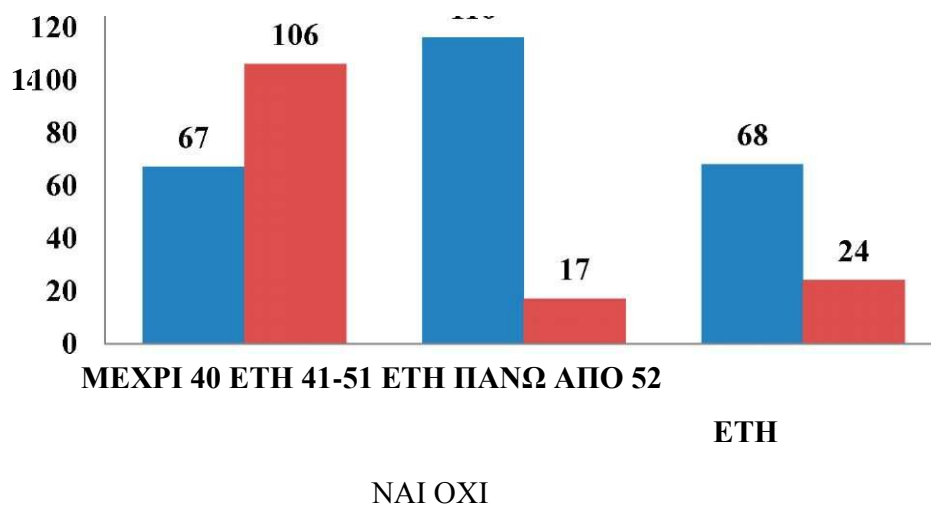
Γράφημα 22. Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2 = 2.98, df=1, p>0.05$).

Επιπολασμός ισχιαλγίας και ηλικία

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με την ηλικία, παρουσιάζονται στον πίνακα 24 και το γράφημα 23.

Πίνακας 24. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία.

			ΗΛΙΚΙΑ			Σύνολο
			ΜΕΧΡΙ 40 ΕΤΗ	41-51	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 52	
Ισχιαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	67	116	68	251
		% εντός ισχιαλγίας	26,7%	46,2%	27,1%	100,0%
		% εντός ηλικίας	38,7%	87,2%	73,9%	63,1%
		% συνόλου	16,8%	29,1%	17,1%	63,1%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	106	17	24	147
		% εντός ισχιαλγίας	72,1%	11,6%	16,3%	100,0%
		% εντός ηλικίας	61,3%	12,8%	26,1%	36,9%
		% συνόλου	26,6%	4,3%	6,0%	36,9%
Σύνολο		Ποσοστό	173	133	92	398
		% εντός ισχιαλγίας	43,5%	33,4%	23,1%	100,0%
		% εντός ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	43,5%	33,4%	23,1%	100,0%



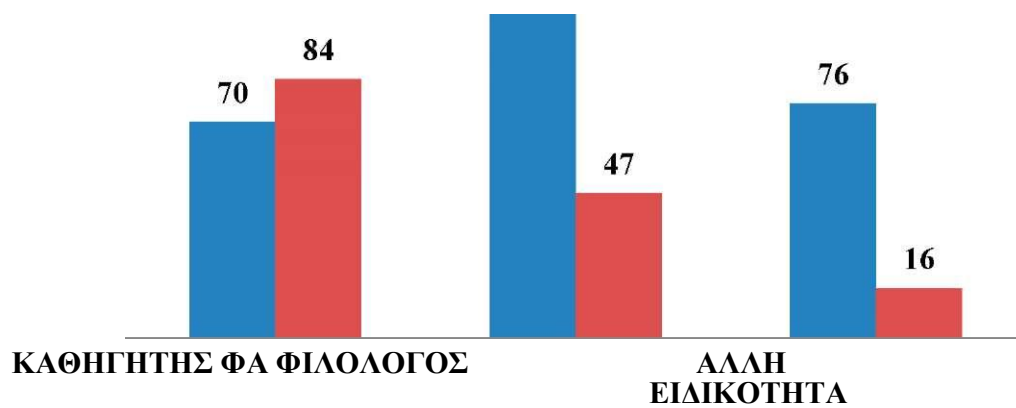
Γράφημα 23. Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2= 40.11, df=2, p<0.001$).

Επιπολασμός της ισχιαλγίας και ειδικότητα

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με την την ειδικότητα., παρουσιάζονται στον πίνακα 25 και το γράφημα 24.

Πίνακας 25. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με την ειδικότητα.

			ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ.			Σύνολο
			ΠΕ11	ΦΙΛΟΛΟΓΟΣ	ΑΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	
Ισχιαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	70	105	76	251
		% εντός ισχιαλγίας	27,9%	41,8%	30,3%	100,0%
		% εντός επιπολασμού	45,5%	69,1%	82,6%	63,1%
		% συνόλου	17,6%	26,4%	19,1%	63,1%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	84	47	16	147
		% εντός ισχιαλγίας	57,1%	32,0%	10,9%	100,0%
		% εντός επιπολασμού	54,5%	30,9%	17,4%	36,9%
		% συνόλου	21,1%	11,8%	4,0%	36,9%
Σύνολο		Ποσοστό	154	152	92	398
		% εντός ισχιαλγίας	38,7%	38,2%	23,1%	100,0%
		% εντός επιπολασμού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% συνόλου	38,7%	38,2%	23,1%	100,0%



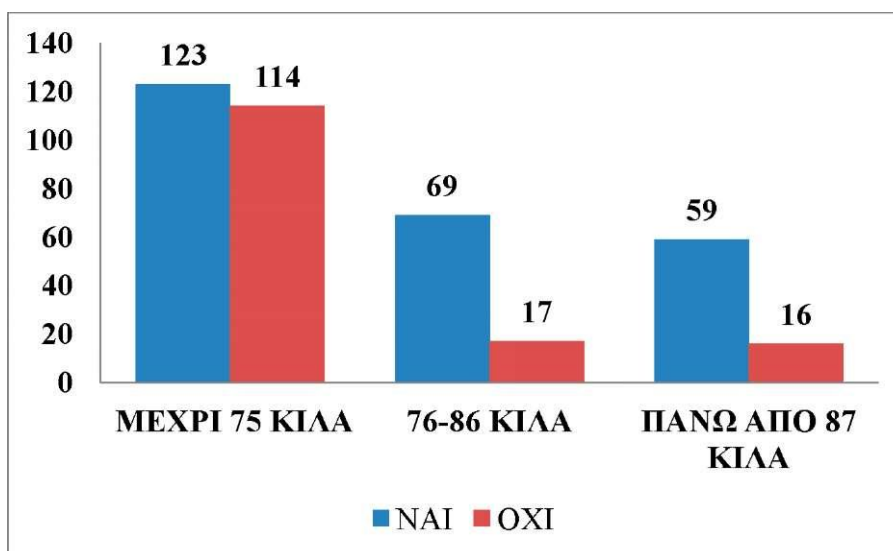
Γράφημα 24. Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ειδικότητα ($\chi^2=37.95$, $df=2$, $p<0.001$).

Επιπολασμός της ισχιαλγίας και σωματικό βάρος

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με το σωματικό βάρος, παρουσιάζονται στον πίνακα 26 και το γράφημα 25.

Πίνακας 26. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με το σωματικό βάρος.

			ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ			Σύνολο
			ΜΕΧΡΙ 75 ΚΙΛΑ	76-86	>87	
Ισχιαλγία	ΝΑΙ	Ποσοστό	123	64	64	251
		% εντός ισχιαλγίας	49,0%	25,5%	25,5%	100,0%
		% εντός σωματικού βάρους	51,9%	79,0%	80,0%	63,1%
		% συνόλου	30,9%	16,1%	16,1%	63,1%
	ΟΧΙ	Ποσοστό	114	17	16	147
		% εντός ισχιαλγίας	77,6%	11,6%	10,9%	100,0%
		% εντός σωματικού βάρους	48,1%	21,0%	20,0%	36,9%
		% συνόλου	28,6%	4,3%	4,0%	36,9%
Σύνολο	Ποσοστό	237	81	80	398	
	% εντός ισχιαλγίας	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%	
	% εντός σωματικού βάρους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% συνόλου	59,5%	20,4%	20,1%	100,0%	



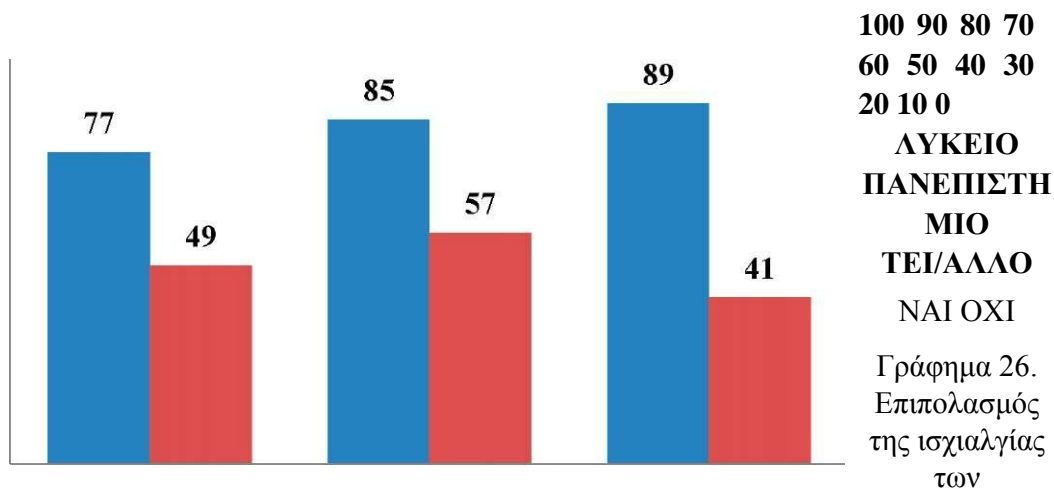
Γράφημα 25. Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το σωματικό βάρος ($\chi^2 = 31.38, df=2, p<0.001$).

Επιπολασμός της ισχιαλγίας και εκπαιδευτικό επίπεδο

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζονται στον πίνακα 27 και το γράφημα 26.

Πίνακας 27. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			Σύνολο
	ΛΥΚΕΙΟ	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΤΕΙ-ΑΛΛΟ	
Ποσοστό	77	85	89	251
% εντός ισχιαλγίας	30,7%	33,9%	35,5%	100,0%
ΝΑΙ % εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	61,1%	59,9%	68,5%	63,1%
% συνόλου	19,3%	21,4%	22,4%	63,1%
Ισχιαλγία	49	57	41	147
Ποσοστό				
% εντός ισχιαλγίας	33,3%	38,8%	27,9%	100,0%
ΟΧΙ % εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	38,9%	40,1%	31,5%	36,9%
% συνόλου	12,3%	14,3%	10,3%	36,9%
Ποσοστό	126	142	130	398
% εντός ισχιαλγίας	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%
Σύνολο % εντός εκπαιδευτικού επιπέδου	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% συνόλου	31,7%	35,7%	32,7%	100,0%



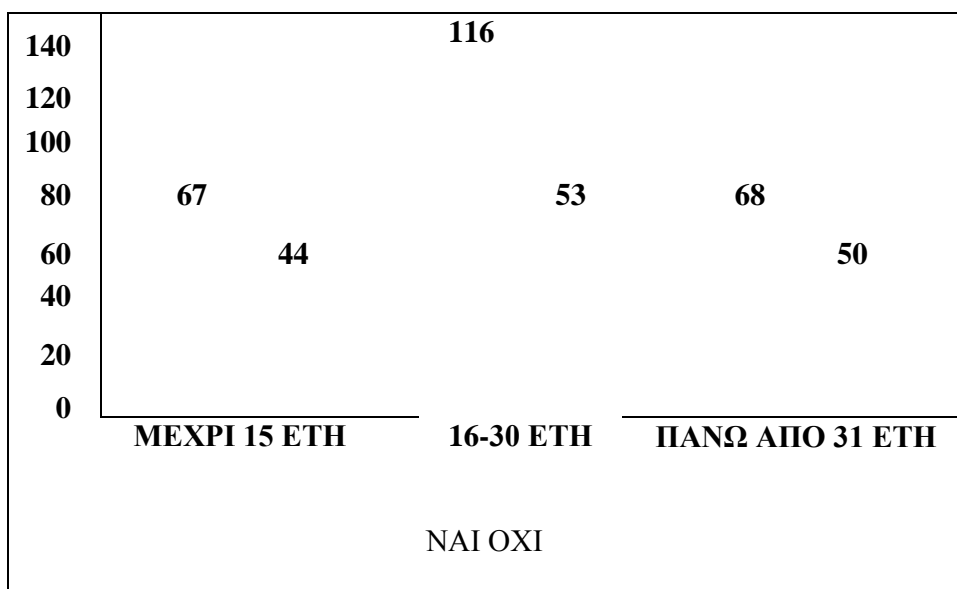
εκπαιδευτικών σύμφωνα με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2= 1.28, df=2, p>0.05$).

Επιπολασμός της ισχιαλγίας και τα έτη εργασίας

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με τα έτη εργασίας, παρουσιάζονται στον πίνακα 28 και το γράφημα 27.

Πίνακας 28. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας σύμφωνα με τα έτη εργασίας.

		έτη εργασίας			Σύνολο
		ΜΕΧΡΙ 15 ΕΤΗ	16-30 ΕΤΗ	>30 ΕΤΗ	
ΝΑΙ	Ποσοστό	94	77	80	251
	% εντός ισχιαλγίας	37,5%	30,7%	31,9%	100,0%
	% εντός ετών εργασίας	69,6%	59,2%	60,2%	63,1%
	% συνόλου	23,6%	19,3%	20,1%	63,1%
Ισχιαλγία ΟΧΙ	Ποσοστό	41	53	53	147
	% εντός ισχιαλγίας	27,9%	36,1%	36,1%	100,0%
	% εντός ετών εργασίας	30,4%	40,8%	39,8%	36,9%
	% συνόλου	10,3%	13,3%	13,3%	36,9%
Σύνολο	Ποσοστό	135	130	133	398
	% εντός ισχιαλγίας	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%
	% εντός ετών εργασίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% συνόλου	33,9%	32,7%	33,4%	100,0%



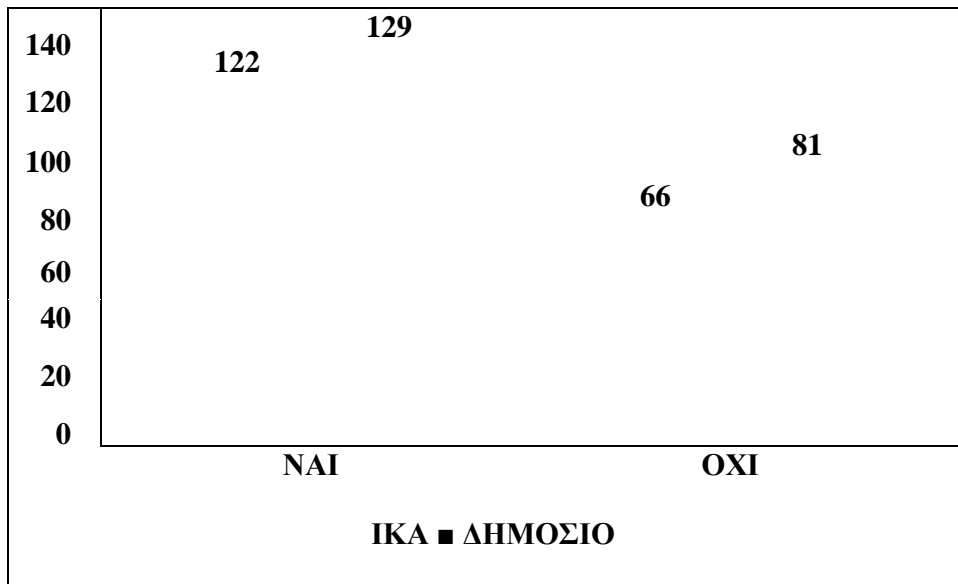
Γράφημα 27. Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με τα έτη εργασίας ($\chi^2= 3.80$, $df=2$, $p>0.05$).

Επιπολασμός της ισχιαλγίας και το ασφαλιστικό ταμείο

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της ισχιαλγίας σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο, παρουσιάζονται στον πίνακα 29 και το γράφημα 28.

Πίνακας 29. Συχνότητες και εκατοστιαία αναλογία του επιπολασμού της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ασφαλιστικό ταμείο.

	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ		Σύνολο
	ΙΚΑ	ΕΟΠΥ	
Ποσοστό	122	129	251
% εντός ισχιαλγίας	48,6%	51,4%	100,0%
ΝΑΙ	64,9%	61,4%	63,1%
% εντός ασφάλειας	30,7%	32,4%	63,1%
% συνόλου	30,7%	32,4%	63,1%
Ισχιαλγία	66	81	147
Ποσοστό	44,9%	55,1%	100,0%
% εντός ισχιαλγίας	44,9%	55,1%	100,0%
ΟΧΙ	35,1%	38,6%	36,9%
% εντός ασφάλειας	16,6%	20,4%	36,9%
% συνόλου	16,6%	20,4%	36,9%
Ποσοστό	188	210	398
% εντός ισχιαλγίας	47,2%	52,8%	100,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%
% εντός ασφάλειας	47,2%	52,8%	100,0%
% συνόλου	47,2%	52,8%	100,0%



Γράφημα 28. Επιπολασμός της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2= 0.51$, $df=2$, $p>0.05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Σκοπός της παρούσας επιδημιολογικής μελέτης ήταν να καταγράψει τα χρόνια σύνδρομα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλική στήλης εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπως είναι οσφυαλγία, το λουμπάγκο και η ισχιαλγία, σε 398 εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι απάντησαν σε ερωτηματολόγιο. Στα παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, καταγράφηκε ότι το 39.5 % των ανδρών και το 60.5 %, είχαν χρόνια προβλήματα στην ΟΜΣΣ.

Οι έρευνες που μελέτησαν τον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει μια μεγάλη διακύμανση στις αναφερόμενες τιμές. Για παράδειγμα, οι Riihimaki και συνεργάτες, βρήκαν ότι ένα ποσοστό 90% από τους ξυλουργούς, οδηγούς βαρέων οχημάτων και φορτο-εκφορτωτές στα πλοία και ένα ποσοστό 75% από τους υπαλλήλους γραφείου, με μέση ηλικία τα 40 έτη, είχαν σε κάποιο χρονικό διάστημα της ζωής τους χρόνια προβλήματα στην οσφυϊκή περιοχή.

Οι Valkenburg και Haanen εξέτασαν 6.500 άτομα και βρήκαν ότι το 52-77% των ατόμων διαφόρων ηλικιών είχαν χρόνια προβλήματα στην ΟΜΣΣ, Ο Lloyd και οι συνεργάτες του παρατήρησαν ότι ο επιπολασμός στους μεταλλωρύχους ήταν 69% και τους τους υπαλλήλους γραφείου 58%, ενώ ο Horral ερεύνησε το πρόβλημα στον πληθυσμό του Gothenburg και διαπίστωσε ότι η επικράτηση των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ στον πληθυσμό της πόλης αυτής ήταν 66,5 %. Υψηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν και τις έρευνες του Hult 79%, σε ξυλοκόπους και βιομηχανικούς εργάτες, ενώ ο Frymoyer διαπίστωσε επιπολασμό 68,9%.

Ο Stergioulas (2005), σε έρευνα που πραγματοποίησε σε δασκάλους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης διαπίστωσε ότι η επικράτηση των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ ήταν 59 %, ενώ στην έρευνα των Darwish και Al-Zuhair (2013), στην οποία συμμετείχαν καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, επιπολασμός ήταν 63.8 %.

Οι παρατηρούμενες μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών των ατόμων που πήραν μέρος στις έρευνες οφείλονται σε πάρα πολλούς λόγους. Τα χρόνια προβλήματα στην ΟΜΣΣ περιγράφονται διαφορετικά από κάθε ερωτώμενο άτομο και είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθούν αντικειμενικά, αφού κυρίως συμπτωματολογία και το άλγος είναι υποκειμενικά. Ακόμη, σε πολλές περιπτώσεις η αιτία, παρά την λεπτομερή εξέταση του ασθενή παραμένει άγνωστη. Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, η ορολογία βασίστηκε σε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο, που είχε στόχο να προσδιορίσει με όσο το δυνατόν ασφαλέστερο τρόπο στα αναφερόμενα χρόνια σύνδρομα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της οσφυαλγίας, του λουμπάγκο και της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο.

Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά της των Atlas et al. (2007), στις Φιλιππίνες, που δεν τεκμηριώνει σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου μεταξύ εκπαιδευτικών με χρόνια προβλήματα στη ΟΜΣΣ ή χωρίς την ανάλογη συμπτωματολογία ($p > 0.05$).

Βρίσκονται όμως σε διαφωνία τη μελέτη των Schneider, Randoll & Buchner (2006), οι οποίοι διερεύνησαν την επιδημιολογία των προβλημάτων στη ΟΜΣΣ στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας. Η χρονική διάρκεια της μελέτης ήταν από τον Οκτώβριο του 1997 μέχρι το Μάρτιο του 1999 και περιελάμβανε ένα αντιπροσωπευτικό συνολικό δείγμα από 5315 άτομα ηλικίας 20 μέχρι 64 ετών. Ο επιπολασμός ήταν 32% για τους άνδρες και 40% για τις γυναίκες.

Οι Freburger et al (2007) και οι Silva, Fassa & Valle (2004), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό στα αναφερόμενα χρόνια σύνδρομα της ΟΜΣΣ, σε σχέση με τους άνδρες. Η εξήγηση που έδωσαν είναι ότι τα ανατομικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά,

προδιαθέτουν τις γυναίκες να εκδηλώσουν χρόνια σύνδρομα, σε σύγκριση με τους άνδρες. Επιπλέον, οι γυναίκες που ταυτόχρονα εργάζονται αναλαμβάνουν περισσότερες υποχρεώσεις που σχετίζονται με τις δουλειές του σπιτιού, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας των παιδιών, του μαγειρέματος και του πλυσίματος των ρούχων. Βέβαια, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες έχουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, είναι πιο σπάνια υπέρβαρες, έχουν λιγότερο αγχωτικά επαγγέλματα και πολλές ασχολούνται μόνο με τα οικιακά ή δεν εργάζονται έξω από το σπίτι.

Αν και οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ, σε σχέση με τους άνδρες, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι ίσως οφείλεται στη μεγάλη ανομοιογένεια του δείγματος της παρούσας μελέτης, αλλά και τη μέθοδο της στατιστικής ανάλυσης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία. Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με πάρα πολλές δημοσιευμένες μελέτες στις οποίες επισημαίνεται ότι μετά την ηλικία των 40 ετών τα χρόνια προβλήματα στην ΟΜΣΣ αυξάνονται.

Οι Burdorf και Sorock (1997), βρήκαν ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ στην ηλικία των 30-34 ετών, ενώ παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Κατσαβούνη, Μπεμπέτσου, Μάλλιου και Μπενέκα, (2013). Σε άλλη έρευνα οι Schneider, Schmitt, Zoller & Schiltenswolf (2005), διαπίστωσαν αυξημένο επιπολασμό στην ηλικία των 50-59 ετών.

Ο αυξημένος επιπολασμός, σε σχέση με την ηλικία, που έχει επισημανθεί από τις έρευνες που αναφέρθηκαν, αλλά και από τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής, μπορεί να εξηγηθεί από τη φυσιολογική εξασθένηση των βιολογικών υλικών της ΟΜΣΣ. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία μπορεί να επηρεάζεται από το περιβάλλον και την οργάνωση της εργασίας και το είδος της εκτελούμενης δραστηριότητας. Με αυτόν τον τρόπο η ηλικία θα είναι ένας παράγοντας που

σχετίζεται με την εμφάνιση των χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ. Φαίνεται ότι οι εκπαιδευτικοί που έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία, είναι λιγότερο ευαίσθητοι στις αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία. Από την άλλη πλευρά, αν υπάρχει περιορισμένη εκπαιδευτική εμπειρία, αυτό μπορεί να σχετιστεί με δυσμενείς καταστάσεις υγείας (Delcor, Araujo, Reis, Porto, Carvalho, Silva, et al., 2004).

Επίσης διαπιστώθηκε μετά την ανάλυση ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το επάγγελμα και το σωματικό βάρος. Είναι γεγονός ότι τα επαγγέλματα που περιλαμβάνουν χειρονακτική εργασία, συχνές κάμψεις και στροφές του κορμού και παρατεταμένη όρθια ή καθιστή θέση είναι εκείνα στα οποία καταγράφονται τα περισσότερα προβλήματα. Είναι επίσης γνωστό ότι οι επαγγελματίες οδηγοί υποφέρουν περισσότερο από προβλήματα στην οσφυϊκή περιοχή (Freburger, Holmes, Agans, Jackman, et al., 2009; Hemsley, Broadhurst & Colquhoun, 1998; Hoy, Brooks, Blyth & Buchbinder, 2010). Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι σύμφωνα με αρκετές έρευνες που ενοχοποιούν ως αιτίες για αυξημένο επιπολασμό χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ, τόσο το επάγγελμα, όσο και το σωματικό βάρος (Hertling, 1990; Κατσαβούνη, Μπεμπέτσος, Μάλλιου & Μπενέκα, 2013; Kelsey & White, 1980; Riimaki, 1989; Schneider, Schmitt, Zoller, Schiltenswolf, 2005; Stergioulas, 2005; Στεργιούλας, Μπαλτόπουλος, & Κωστόπουλος, 2000; Stergioulas, Philippou & Baltopoulos, 2004).

Επίσης καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων μεταξύ των εκπαιδευτικών, σε σχέση με το ταμείο ασφάλισης, αλλά και την ειδικότητα. Φαίνεται ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ήταν ασφαλισμένοι στο δημόσιο και χρησιμοποιούσαν αυτό το ταμείο για τις ιατρικές τους εξετάσεις και λιγότερο άλλα ταμεία ή ιδιώτες ιατρούς (Stergioulas, 2005). Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ήταν καθηγητές φυσικής αγωγή, οι οποίοι κατά τη διάρκεια της διδασκαλία της ειδικότητάς τους υποβάλλονται σε μεγαλύτερη καταπόνηση (Stergioulas, Philippou, & Baltopoulos, 2004).

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ επιπολασμού χρόνιων προβλημάτων στην ΟΜΣΣ και τα έτη εργασίας και το επίπεδο εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν εν μέρει με δημοσιευμένες εργασίες (Bigos, 1986; Freburger, Holmes, Agans, Jackman, et al., 2009; Grimmer, & Williams, 2000; Horral, 1969; Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010; Ono, Shimaoka, Hiruta, & Takeuchi, 1997; Riimaki, 1989; Schneider, Schmitt, Zoller, Schiltenwolf, 2005; Silva, Fassa, & Valle, 2004; Stergioulas, 2005; Stergioulas, Philippou, & Baltopoulos, 2004; Στεργιούλας, Μπαλτόπουλος, & Κωστόπουλος, 2000; Troup, 1987).

- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi = 0.358$, $df=1$, $p>0.05$), την εκπαίδευση ($\chi = 0.37$, $df=2$, $p>0.05$) και τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 0.29$, $df=2$, $p>0.05$).
- Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό επιπολασμό των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ. των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi = 34.57$, $df=2$, $p<0.001$), την ειδικότητα ($\chi = 33.7$, $df=2$, $p<0.001$), το σωματικό βάρος ($\chi = 27.2$, $df=2$, $p<0.001$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi = 3.85$, $df=1$, $p<0.05$).
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi = 1.66$, $df=1$, $p>0.05$), την ειδικότητα ($\chi^2 = 2.93$, $df=2$, $p>0.05$) και τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 0.54$, $df=2$, $p>0.05$).
- Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της οσφυαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2 = 41.58$, $df=2$, $p<0.001$), το επάγγελμα ($\chi^2 = 35.33$, $df=2$, $p<0.001$), το σωματικό βάρος ($\chi^2 = 35.86$, $df=2$, $p<0.001$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2 = 4.10$, $df=2$, $p<0.04$).
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2 = 0.87$, $df=1$, $p>0.05$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2 = 1.28$, $df=2$, $p>0.05$), τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 0.42$, $df=2$, $p>0.05$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2 = 2.54$, $df=1$, $p>0.05$).
- Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό του λουμπάγκο των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία ($\chi^2 = 47.14$, $df=2$,
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της ισχιαλγίας των εκπαιδευτικών σύμφωνα με το φύλο ($\chi^2 = 2.98$, $df=1$, $p>0.05$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2 = 1.28$, $df=2$, $p>0.05$), τα έτη εργασίας ($\chi^2 = 3.80$, $df=2$, $p>0.05$) και το ταμείο ασφάλισης ($\chi^2 = 0.51$, $df=2$, $p>0.05$).

- Παρατηρήθηκαν μεταβολές στην παιδική σωματική κατάσταση (χ²= 28.57, df=2, p<0.001) και στην παιδική σωματική χημεία των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την ηλικία (χ²= 30.09, df=2, p<0.001), με την ειδικότητα (χ²= 37.95, df=2, p<0.001) και το σωματικό βάρος (χ²= 31.38, df=2, p<0.001).

- Μελέτη των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ., σε σχέση με την ισορροπία του σώματος σε στατική και δυναμική θέση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΕΣ

- Μελέτη των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ., σε σχέση με τις πελματιαίες φορτίσεις, ευκαμψία του κορμού και ισορροπία του σώματος σε στατική και δυναμική θέση.
- Μελέτη των χρόνιων προβλημάτων στην Ο.Μ.Σ.Σ., σε σχέση με την ευκαμψία του κορμού, ελαστικότητα ισchioκνημιαίων, καμπτήρων του ισχίου και ιερονωτιαίων.

Atlas, A.P., Bondoc, R.G., Garrovillas, R.A., Lo, R.D., Recinto, J., Yu, K.J. (2007). Prevalence of low back pain among public high school teachers in the city of Manila. *Philippine Journal of Allied Health Sciences*, 2, 1, 34-40.

Bigos, S.P. (1986). Back injuries in industry. A retrospective study. 2. Injury factors. *Spine*, 11, 3, 246-251.

Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R. & Woods, P. (1999). *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη. Εγχειρίδιο μελέτης*. Ε.Α.Π., Πάτρα.

Bell, J. (1997). *Μεθολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Έκφραση.

Burdorf, A., Sorock, G. (1997). Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 23, 243-256.

Campello, M., Nordin, M. & Weiser, S. (1996). Physical exercise and low back pain. *Scandinavian Journal Medicine Science Sports*, 6, 63-72.

Γαλανόπουλος, Ν., Ντάντης, Π. (1995). *Φυσικοθεραπεία και βοηθητικά μέσα στις ρευματικές παθήσεις*. Εκδόσεις Παρισιάνο;, Αθήνα.

Γκούβας, Χ. (2010). *Χειρουργική νευροανατομία και ορθοπαιδική νευρολογία*. Αθήνα.

Δημακόπουλος, Π. (1990). *Ανατομική του ανθρώπου*. Εκδ. Π. Δημακόπουλος, Αθήνα.

Darwish, M.A. and Al-Zuhair A.S. (2013). Musculoskeletal pain disorders among secondary school Saudi female teachers. *Pain Research and Treatment*, ID 878570, 1-7.

Delcor. N.S., Araujo, T.M., Reis, E., Porto, L.A., Carvalho, F.M., Silva, M.O., et al. (2004). Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*, 20, 1, 187-96.

Felson, D.T. (2000). Epidemiology of the rheumatic diseases. In: *Arthritis & allied conditions*.
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
Koopman, W. (Ed.), Lippincott, Williams and Collens, New York, NY, USA.

Freburger, J.K., Holmes, G.M., Agans, R.P., Jackman, A.M., et al, (2009). The rising prevalence of chronic low back pain. *Archives Internal Medicine*, 169, 251-258.

Grimmer, K., Williams, M. (2000). Gender-age environmental associates of adolescent low back pain. *Applied Ergonomics*, 31, 343-360.

Hemsley, S., Broadhurst, N. & Colquhoun, J. (1998). Low back pain in mineral; sand mine workers. *Australian Family Physician*, 27(6), 503-512.

Hertling, D. (1990). The lumbar spine. In: *Management of common Musculoskeletal disorders, physical therapy, principles and methods*(Hertling, D., & Kessler, R.M. (Ed.)) 2nd Ed p. 589.

Horral, J. (1969). The clinical appearance of low-back trouble in the city of Gothenburg, Sweden. *Acta Orthopaedica Scandinavica* (Supplement), 118.

Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice Research Clinical Rheumatology*, 2, 6, 769-781.

Καμπίτσης, Χ. (2004). *Μεθοδολογία έρευνας στις αθλητικές επιστήμες*. Εκδ. Τσιαρτσιάνης, Θεσσαλονίκη.

Κατσαβούνη, Φ, Μπεμπέτσος, Β., Μάλλιου, Π., Μπενέκα, Α. (2013). Παράγοντες κινδύνου για μυοσκελετικές κακώσεις σε πληρώματα ασθενοφόρων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30, 2, 205-211.

Kelsey, J.L. & White, A.A. (1980). Epidemiology and impact of low-back pain. *Spine*, 5, 133-142.

Lie, D. (2007). The 95% of patients with herniated disks have sciatica, and the likelihood of symptomatic herniated disk in cases of acute LBP with no symptoms of sciatica is 1 in 500. Strategies for evaluation and treatment of acute low back pain. *American Family Physician*, 75, 1181-1188.

Mooney, V. (1987). Where is the pain coming from? *Spine*, 12, 8, 754-760.

Ξυδέα-Κικεμένη, Α. (2004). *Μυοσκελετική καταπόνηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρόληψη-αντιμετώπιση: Η μέθοδος paul dotte*. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ).

Παρθύμος, Π., Στεργιούλας, Α., & Τσίγκανος, Γ. (2002). Δύναμη των κάτω κοιλιακών και οσφυαλγία. *Θέματα Φυσικοθεραπείας*, 2, 5, 39-45.

Riimaki, N. (1989). Low-back pain and occupation. *Spine*, 14, 2, 204-209.

Schneider, S., Randoll, D., Bucher, M. (2006). Why do women have back pain more than men? A representative prevalence study in the federal republic of Germany. *Clinical Journal of Pain*, 22, 8, 738-47.

Ono, Y., Shimaoka, M., Hiruta, S. & Takeuchi, Y. (1997). Low back pain among cooks in nursery Schools. *Industrial Health*, 35, 194-201.

Schneider, S., Schmitt, H., Zoller, S., Schiltenswolf, M. (2005). Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: A representative study of the German working population. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 78, 253-269.
Παρθύμος, Π., Στεργιούλας, Α., & Τριπολιτσιώτη, Α. (2003). Δύναμη των κάτω κοιλιακών μυών των φοιτητών του Τ.Ε.Φ.Α.Α. Αθήνας και Τρικάλων και οσφυαλγία. Συγκριτική μελέτη. *Οργάνωση του Αθλητισμού*, 1, 85-88.

Silva, M.C., Fassa, A.G., Valle, N.C. (2004). Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 20, 377-385.

Spratt, K.F.(1990). A new approach to the low- back. Physical examination, behavioral assessment of mechanical signs. *Spine*, 15, 2, 96-102.

Spengler, M. (1986). Back Injuries in industry. A retrospective study. 1. Overview and cost analysis. *Spine*, 11, 3, 241-245.

Stergioulas, A. (2013). Why are elite athletes suffering from low back pain? *Biology of Exercise*, 9, 2, 5-8.

Stergioulas, A. (2005). Prevalence of low back pain in teachers of elementary schools. *Biology of Exercise*, 1, 7-13.

Stergioulas, A., Philippou, D., & Baltopoulos, P. (2004). Low back pain in physical education teachers. *Folia Medica*, 46(3), 51-5.

Στεργιούλας, Α. (2007). *Μεθοδολογία της έρευνας (Σημειώσεις)*. Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
Στεργιούλας, Α. (1991). *Τραυματισμοί στα σπορ*. Εκδ. Συμμετρία, Αθήνα.

Troup, K. (1987). The perception of back pain and role of psychophysical test of lifting capacity. *Spine*, 12, 7, 645-657.

Χαρτοφυλακίδης-Γαροφαλίδη Γ. (1992). *Θέματα ορθοπαιδικής και τραυματολογίας*. Εκδόσεις Γρ. Παριζιάνου, Αθήνα.

Χατζηδάκης, Κ.Γ. (1994). *Ορθοπαιδική χειρουργική και τραυματολογία*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Στεργιούλας, Α. (2005). *Βιολογία της άσκησης*. Εκδ. Συμμετρία, Αθήνα.