



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ
ΙΣΧΙΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ
ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ »**

Αθηνά Γεωργακή

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021

Μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής

Γεώργιος Γιόφτσος,

Καθηγητής φυσικοθεραπείας ΠΑΔΑ

**Georgios
Gioftsos** Digitally signed
by Georgios
Gioftsos
Date: 2021.03.07
20:01:20 +02'00'

Μαρία Παπανδρέου,

Αναπληρώτρια καθηγήτρια φυσικοθεραπείας ΠΑΔΑ

**MARIA
PAPAND
REOU** Digitally signed
by MARIA
PAPANDREOU
Date: 2021.03.08
08:41:45 +02'00'

Γεώργιος Κουμαντάκης,

Επίκουρος καθηγητής φυσικοθεραπείας ΠΑΔΑ

**Georgios
Koumantakis** Digitally signed by
Georgios Koumantakis
Date: 2021.03.08
10:15:20 +02'00'

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γεωργακή Αθηνά του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 18008 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» του Τμήματος ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ της Σχολής ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Georgios
Gioftsos

Digitally signed
by Georgios
Gioftsos
Date: 2021.03.10
09:33:51 +02'00'

A. Γεωργακή

Έκφραση Ευχαριστιών

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Γεώργιο Γιόφτσο, καθηγητή του τμήματος Φυσικοθεραπείας και τον κύριο Νικόλαο Κοντακιώτη ,υποψήφιο διδάκτορα και φυσικοθεραπευτή για την πολύτιμη στήριξη και βοήθειά τους. Η επιστημονική και ερευνητική τους καθοδήγηση σε όλα τα στάδια διενέργειας της έρευνάς μου αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες στην ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές Παπανδρέου Μαρία, Κουμαντάκη Γεώργιο και Χρηστάκου Άννα για τη σημαντική βοήθειά τους κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας και την άμεση επικοινωνία τους.

Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπείας για τη βοήθεια που μου παρείχε στη συλλογή στοιχείων των φυσικοθεραπευτών ώστε να υλοποιηθεί η έρευνα αυτή.

Επιπρόσθετα, ευχαριστώ θερμά την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.)του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), η οποία εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου μας με αριθμό 35771/29-05-2020 και μας έδωσε την άδεια να διεξάγουμε αυτήν την έρευνα.

Ακόμη θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους φυσικοθεραπευτές που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνά μας ,η συμμετοχή των οποίων ήταν απαραίτητη για την διεκπεραίωσή της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την τεράστια υπομονή και τη συμπαράστασή της σε όλο το διάστημα των σπουδών μου.

ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΣΧΙΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

Περίληψη

Η ισχιαλγία αποτελεί μια κλινική κατάσταση μεγάλης επιδημιολογικής εμφάνισης. Η αξιολόγησή της είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι δεν υπάρχει ένα μεμονωμένο εξειδικευμένο κλινικό εργαλείο παρά συνδυασμός κλινικών ευρημάτων που πρέπει να συνεκτιμηθούν. Σκοπός της εργασίας είναι η αναζήτηση και περιγραφή των τεκμηριωμένων κλινικών εργαλείων που υπάρχουν όπως επίσης η γνώση και εφαρμογή τους στον ελληνικό πληθυσμό από τους Έλληνες φυσικοθεραπευτές. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας σε βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων του παγκόσμιου ιστού. Κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή πληροφοριών από επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές, εγγεγραμμένους στον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα, με ερωτήσεις για τα δημογραφικά, τα εργασιακά χαρακτηριστικά τους αλλά και σχετικές με τη φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της ισχιαλγίας. Ακόμη έγιναν συσχετίσεις μεταξύ των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας και των υπόλοιπων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Στη μελέτη συμμετείχαν 381 φυσικοθεραπευτές οι απαντήσεις των οποίων συγκεντρώθηκαν και απεικονίστηκαν μέσω κατάλληλα διαμορφωμένων γραφημάτων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 32,9% (342 άτομα) γνώριζαν το Straight Leg Raise test (SLR) ,το 15,2% (148 άτομα) χρησιμοποιούσαν την McKenzie classification και βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p -value = 0.000 < 5%) μεταξύ της μεταβλητής «Πόσες κλινικές δοκιμασίες της ισχιαλγίας γνωρίζετε » και της μεταβλητής «Εκπαιδευτικό ίδρυμα αποφοίτησης». Διαπιστώθηκε ότι τα κλινικά εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας είναι

γνωστά στην Ελλάδα όχι όμως σε ικανοποιητικό βαθμό και συνεπώς υπάρχει ανάγκη βελτίωσης της εκπαίδευσης αλλά και της δια βίου μάθησης των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών.

Λέξεις κλειδιά: φυσικοθεραπεία, φυσικοθεραπευτής, αξιολόγηση, ισχιαλγία, κλίμακες αξιολόγησης, νευροδυναμικά τεστ, αξιοπιστία, εγκυρότητα

DOCUMENTED PHYSICAL ASSESSMENT OF SCIATICA AND ITS CLINICAL PRACTICE IN GREECE

Abstract

Sciatica is a clinical condition of great epidemiological occurrence. Its evaluation is particularly important because there is no one separate, specialized clinical tool but a combination of clinical findings that must be taken into account. The purpose of this study is to search and describe the documented clinical tools that exist as well as Greek physiotherapists' knowledge and application to Greek population. The assessment tools of sciatica were recorded in bibliographic databases of the worldwide web. Appropriately designed questionnaire was used to collect information from professional physiotherapists, who were registered in the Pan-Hellenic Association of Physiotherapy in Greece. The questionnaire included questions about their demographic and occupational characteristics as well as the physiotherapeutic evaluation of sciatica. Correlations were also made between clinical evaluation tools of sciatica and the remaining questions of the questionnaire. Physiotherapists, who participated in the study, were 381, whose answers were depicted through appropriately shaped graphs. Indicatively, 32.9% (342 people) knew the Straight Leg Raise test (SLR), 15.2% (148 people) used the McKenzie classification and a statistically significant correlation was found (p -value = 0.000 <5%) between the variable "How many clinical trials of sciatica do you know" and the variable "Educational institution of graduation". It was found that clinical tools of sciatica's evaluation are known in Greece but not in a satisfactory degree and therefore there is a need to improve the education and lifelong learning of Greek physiotherapists.

Key words: physical therapy, physiotherapist, evaluation / examination / assessment, sciatica, evaluation scales, neurodynamic tests, reliability, validity.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής	ii
Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας.....	iii
Έκφραση Ευχαριστιών.....	iv
Περίληψη στην ελληνική γλώσσα.....	v
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα.....	vii
Πίνακας Περιεχομένων.....	viii
Κατάλογος Σχημάτων.....	xiv
Κατάλογος Πινάκων.....	xi
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος.....	1
1.1.1. Ισχιαλγία	1
1.1.2. Διάγνωση ισχιαλγίας	3
1.1.3. Γενικά στοιχεία για τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας	3
1.2. Σημασία της έρευνας.....	4
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	5
1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας.....	7
1.5. Λειτουργικοί όροι.....	8
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	9
2.1 Μέθοδος βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	9
2.1.1 OSWESTRY DISABILITY INDEX (ODI).....	11
2.1.2 ROLAND – MORRIS DISABILITY QUESTIONNAIRE (RMDQ)	11
2.1.3 SCIATICA BOTHERSOMENESS INDEX (SBI)	11

2.1.4	ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (VISUAL ANALOGUE SCALE).....	12
2.1.5.	WHOQOL- BREF.....	12
2.1.6	KEELE START BACK SCREENING TOOL.....	13
2.1.7	ΚΛΙΜΑΚΑ HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)	13
2.1.8	SF – 36 HEALTH SURVEY	14
2.1.9	F-12 HEALTH STATUS SURVEY	14
2.1.10	MAINE-SEATTLE BACK QUESTIONNAIRE (MSBQ).....	14
2.1.11	FEAR AVOIDANCE AND BELIEFS QUESTIONNAIRE (FABQ)	15
2.1.12	TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA (TSK)	15
2.1.13	CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY (CSI).....	16
2.1.14	LOWER EXTREMITY FUNCTIONAL SCALE (LEFS).....	17
2.1.15	S-LANSS (SELF-REPORT LEEDS ASSESSMENT OF NEUROPATHIC SYMPTOMS & SIGNS).....	17
2.1.16	QUEBEC TASK FORCE (QTF).....	18
2.1.17	MCKENZIE.....	18
2.1.18	NICE.....	19
2.1.19	COUGHING, SNEEZING, STRAINING.....	19
2.1.20	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	20
2.1.21	ΜΥΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	20
2.1.22	TENONTIA ANTANAKΛΑΣΤΙΚΑ.....	21
2.1.23	ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ STRAIGHT LEG RAISE:ΑΝΥΨΩΣΗ ΤΟΥ ΤΕΝΤΩΜΕΝΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ (SLR).....	21
2.1.24	SLUMP TEST	22
2.1.25	FEMORAL SLUMP TEST.....	22
2.1.26	MODIFIED BRAGARD TEST.....	22

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	24
3.1.Υποκείμενα - Δείγμα -Επιλογή πληθυσμού έρευνας.....	24
3.2. Κριτήρια Ένταξης – Αποκλεισμού.....	24
3.3. Εργαλεία Αξιολόγησης.....	24
3.4. Πιλοτικός έλεγχος.....	25
3.5. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	25
3.6. Στατιστικές εκτιμήσεις και ανάλυση	25
3.6.1. Μέγεθος δείγματος.....	25
3.6.2.Ανάλυση δεδομένων	26
3.7.Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας-έγκριση επιτροπής ηθικής-έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης υποκειμένων –απόρρητο πληροφοριών-παράπονα	26
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	28
4.1. Περιγραφή δεδομένων του δείγματος	28
4.2. Ανάλυση συσχέτισης μεταβλητών	60
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	63
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	68
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	86

ΠΙΝΑΚΕΣ	ΣΕΛΙΔΕΣ
4.1. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της ηλικίας των συμμετεχόντων	116
4.2. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του φύλου των συμμετεχόντων	116
4.3. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης των συμμετεχόντων	116
4.4. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του έτους αποφοίτησης των συμμετεχόντων	117
4.5. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του βαθμού πτυχίου των συμμετεχόντων	117
4.6. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των μεταπτυχιακών σπουδών των συμμετεχόντων	118
4.7. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων	118
4.8. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των διαφορετικών ειδών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων	119
4.9. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες	119

4.10	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της περιοχής όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες</i>	120
4.11	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της κλινικής εμπειρίας των συμμετεχόντων</i>	120
4.12	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του χώρου άσκησης φυσικοθεραπείας των συμμετεχόντων</i>	121
4.13	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των ωρών εργασίας ημερησίως των συμμετεχόντων</i>	122
4.14	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της ημέρας</i>	122
4.15	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του αριθμού περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο σε ένα έτος.</i>	123
4.16	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της κύριας ενασχόλησης των συμμετεχόντων στον εργασιακό τους χώρο</i>	123
4.17	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	124
4.18	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	126
4.19	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών της αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	126
4.20	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	127
4.21	<i>Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του τρόπου νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	129

4.22	Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες	129
4.23	Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που θα επιθυμούσαν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης οι συμμετέχοντες	131

ΠΙΝΑΚΕΣ		ΣΕΛΙΔΕΣ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ		
4.2.α	Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών	62
4.2.1.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας	142
4.2.2.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας	142
4.2.3.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας	143
4.2.4.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας και του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης.	143
4.2.5.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας και των μεταπτυχιακών σπουδών.	144
4.2.6.α	Συσχέτιση μεταξύ κλίμακας αξιολόγησης της ισχιαλγίας VAS και κλινικής εμπειρίας	144
4.2.7.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης του SLR test ως κλινική δοκιμασία αξιολόγησης της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την ισχιαλγία	144

4.2.8.α	Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης του Slump test και παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με ισχιαλγία	145
4.2.9.α	Συσχέτιση μεταξύ της χρήσης της κλίμακας VAS και παρακολούθησης μεταπτυχιακών σπουδών.	145
4.2.10.α	Συσχέτιση μεταξύ κλίμακας SBST ως κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που επιθυμούσαν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης και γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος που εργάζονται	146
4.2.11.α	Συσχέτιση μεταξύ κλίμακας SBST ως κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που θα επιθυμούσαν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης και ωρών εργασίας την ημέρα.	146

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ		ΣΕΛΙΔΕΣ
4.1.	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της ηλικίας των συμμετεχόντων	30
4.2	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του φύλου των συμμετεχόντων	31
4.3.	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης των συμμετεχόντων	32
4.4	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του έτους αποφοίτησης των συμμετεχόντων	33
4.5	Γραφική αναπαράσταση της κατανομής της συχνότητας του Βαθμού πτυχίου των συμμετεχόντων	34
4.6.	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των μεταπτυχιακών σπουδών των συμμετεχόντων	34
4.7.	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων	35
4.8.	Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των ειδών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων	36

4.9	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες</i>	39
4.10	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της περιοχής όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες</i>	41
4.11	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της κλινικής εμπειρίας των συμμετεχόντων</i>	42
4.12	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του χώρου άσκησης φυσικοθεραπείας των συμμετεχόντων</i>	43
4.13	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των ωρών εργασίας την ημέρα των συμμετεχόντων</i>	44
4.14.	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της ημέρας</i>	44
4.15	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του αριθμού περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο σε ένα έτος.</i>	45
4.16	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της κύριας ενασχόλησης των συμμετεχόντων</i>	46
4.17	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	50
4.18	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	52
4.19	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	53
4.20	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής συχνότητας των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	54
4.21	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	56
4.22	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των Κλινικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	57

4.23	<i>Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης που επιθυμούν να μάθουν οι συμμετέχοντες</i>	58
-------------	--	-----------

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ	
4.1.	<i>Κατανομή των ποσοστών της ηλικίας των συμμετεχόντων</i>	30
4.2	<i>Κατανομή των ποσοστών του φύλου των συμμετεχόντων</i>	31
4.3.	<i>Κατανομή των ποσοστών του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης των συμμετεχόντων</i>	32
4.4	<i>Κατανομή ποσοστών του έτους αποφοίτησης των συμμετεχόντων</i>	33
4.5	<i>Κατανομή ποσοστών του βαθμού πτυχίου των συμμετεχόντων</i>	34
4.6.	<i>Κατανομή ποσοστών των μεταπτυχιακών σπουδών των συμμετεχόντων</i>	35
4.7.	<i>Κατανομή ποσοστών της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων</i>	36

4.8.	<i>Κατανομή ποσοστών των ειδών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων</i>	37
4.9	<i>Κατανομή ποσοστών του γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες</i>	40
4.10	<i>Κατανομή ποσοστών της περιοχής όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες</i>	41
4.11	<i>Κατανομή ποσοστών της κλινικής εμπειρίας των συμμετεχόντων</i>	42
4.12	<i>Κατανομή ποσοστών του χώρου άσκησης φυσικοθεραπείας των συμμετεχόντων</i>	43
4.13	<i>Κατανομή ποσοστών των ωρών εργασίας την ημέρα των συμμετεχόντων</i>	44
4.14.	<i>Κατανομή ποσοστών του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της ημέρας</i>	45
4.15	<i>Κατανομή ποσοστών του αριθμού περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο σε ένα έτος.</i>	46
4.16	<i>Κατανομή ποσοστών της κύριας ενασχόλησης συμμετεχόντων</i>	47

4.17	<i>Κατανομή ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	51
4.18	<i>Κατανομή ποσοστών των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	52
4.19	<i>Κατανομή ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες</i>	53
4.20	<i>Κατανομή ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	55
4.21	<i>Κατανομή ποσοστών των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες.</i>	56
4.22	<i>Κατανομή ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες</i>	57
4.23	<i>Κατανομή ποσοστών των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης που επιθυμούν να μάθουν οι συμμετέχοντες</i>	59

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος

Το ερευνητικό πρόβλημα στη παρούσα εργασία είναι ότι η ισχιαλγία είναι συχνό κλινικά επιδημιολογικό φαινόμενο που απασχολεί τον άνθρωπο και κατ'επέκταση τον ελληνικό πληθυσμό με επιπτώσεις κοινωνικές, οικονομικές αλλά και ψυχολογικές. Η αποτελεσματικότητα της φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης και πρόγνωσης του ισχιαλγικού ασθενούς καθίσταται ιδιαίτερης σημασίας και απαιτεί εκτός από τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση και καλή κλινική αξιολόγηση με πρόγνωση της κατάστασης του ασθενούς. Συνεπώς πρέπει οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές να γνωρίζουν και να χρησιμοποιούν σε ικανοποιητικό βαθμό τα τεκμηριωμένα από την επιστήμη κλινικά εργαλεία ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της ισχιαλγίας αποτελεσματικά.

1.1.1.Ισχιαλγία

Το ισχιακό νεύρο είναι το μεγαλύτερο νεύρο του ανθρώπινου σώματος, σχηματίζεται από ρίζες του οσφυοϊερού πλέγματος (Ο4 - Ι3 νωτιαία νεύρα) και δίνει νεύρωση στους μυς του οπίσθιου διαμερίσματος του μηρού, της κνήμης και του άκρου ποδός (Drake et al., 2007; Elizabeth J. 2012 ; Giuffre and Jeanmonod ., 2018).

Ισχιαλγία ή ριζιτικό άλγος αναφέρεται ως ο πόνος που ακτινοβολεί στους γλουτούς και κατά μήκος της πορείας του ισχιακού νεύρου στο κάτω άκρο (Sarkakri et al., 2007; Peul et al., 2007 ; Jensen et al., 2019 ; Salem et al., 2019). Ο όρος ισχιαλγία υποδηλώνει σύμπτωμα και όχι μια συγκεκριμένη διάγνωση (Sarkakri et al., 2007 ; Valat et al., 2010 ; Cook et al., 2015). Σε περίπτωση που υπάρχει πόνος στη μέση αλλά και πόνος στη διαδρομή του ισχιακού νεύρου χαρακτηρίζεται ως οσφυοισχιαλγία (Peul et al., 2007). Ανάλογα με τη νευρική ρίζα που συμπιέζεται θα παρατηρηθούν συμπτώματα στην αντίστοιχη δερματομιακή κατανομή με κινητικές, αισθητικές διαταραχές και απουσία τενόντιων αντανακλαστικών (Atlas et al., 1996 ; Keller et al., 1996 ; Peul et al., 2007; Bogduk et al., 2009; ELDesoky et al., 2016 ; Jensen et al., 2019; Salem et al., 2019) .Τα επίπεδα της σπονδυλικής στήλης που συνήθως προσβάλλονται είναι τα Ο5-Ι1 και Ο4-5 (ELDesoky et al., 2016). Βασικά σημεία που υποδηλώνουν ισχιαλγία είναι ο μονόπλευρος πόνος στα κάτω άκρα ,σοβαρότερος από τον πόνο στην οσφύ ,πόνος που ακτινοβολεί συνήθως πίσω από το πόδι και κάτω από το γόνατο (Verwoerd et al., 2012 ;Jensen et al., 2019) και θετικό τεστ νευρολογικών δοκιμασιών με πρόκληση πόνου στο προσβεβλημένο κάτω άκρο (straight leg raise test/femoral nerve test/slump test) (Jensen et al., 2019).Ο πόνος μπορεί να έχει ξαφνική ή αργή εμφάνιση και ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα (Stromqvist et al., 2017).

Τα συνοδά συμπτώματα της ισχιαλγίας εκτός από το πόνο, είναι το κάψιμο, οι αιμωδίες, το αίσθημα τρυπήματος, βελόνας έως ο ανυπόφορος πόνος που παρεμποδίζει την διατήρηση της όρθιας στάσης, με εμφάνιση τμηματικά ή σε ολόκληρο το μήκος του ενός ή και των δύο κάτω άκρων (Li et al., 2011; Iversen et al., 2013; Jensen et al., 2019). Η ισχιαλγία και ο πόνος στο γλουτό αποτελούν αναφερόμενα συμπτώματα των ασθενών με σύνδρομο απιοειδούς και εντείνονται κατά τη μετάβαση από όρθια σε καθιστή θέση (Cass, 2015). Αποτελεί μια παθολογική κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή δυσφορία και αναπηρία στον ασθενή και να έχει αντίκτυπο στο κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο του (Delitto et al., 2012; ELDesoky et al., 2016; Tawa et al., 2017; Almeida et al., 2019; Jensen et al., 2019; Salem et al., 2019). Ο πόνος μπορεί να έχει ξαφνική ή αργή εμφάνιση και ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα (Stromqvist et al., 2017).

Ο φλεγμονώδης ερεθισμός και η συμπίεση του ισχιακού νεύρου (ισχαιμία), μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων ισχιαλγίας (Sarkari et al., 2007; Valat et al., 2010; Cook et al., 2014; Tawas et al., 2017). Αν ο νευρικός ιστός συνθλιβεί ή υποστεί εφελκυστικές ή διατμητικές δυνάμεις που υπερβαίνουν την ελαστικότητά του, η αιματική κυκλοφορία στο εσωτερικό του νεύρου και η εξωπλασματική ροή παρεμποδίζεται με αποτέλεσμα την ισχαιμία και τη δυσλειτουργία του (Torp et al 2006; Efsthathiou et al 2015; Homayouni et al 2018). Πιθανά αίτια ερεθισμού και μηχανικής πίεσης είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, η σπονδυλική στένωση λόγω οστεοαρθρίτιδας της ΣΣ (οστεόφυτα), ο όγκος του νωτιαίου μυελού, το σύνδρομο απιοειδούς μυός, η μυϊκή φλεγμονή και μόλυνση, ο τραυματισμός (Visser et al., 2013) είτε η συνδεσμική υπερτροφία (Tawa et al., 2017; Homayouni et al., 2018). Οι περισσότεροι ερευνητές και κλινικοί, υποστηρίζουν ότι σχετίζεται με κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου (Valat et al., 2010; Verwoerd et al., 2012, Salem, 2019) που επηρεάζει συχνότερα τη νευρική ρίζα O5 ή I1 και προκαλεί πόνο στο πίσω μέρος ή στην πλάγια πλευρά του ποδιού και στο πέλμα και τα δάκτυλα (Stromqvist et al., 2017; Almeida et al., 2019).

Η πλειοψηφία των προσδιορισμένων τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με πρώτη φορά εμφάνιση ισχιαλγίας είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, το επάγγελμα, η κατάσταση της υγείας και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής. Μη τροποποιήσιμους παράγοντες αποτελούν η ηλικία, η κοινωνική τάξη και το φύλο. Υπολογίζεται ότι 70-80% των ατόμων θα παρουσιάσουν επεισόδιο οσφυαλγίας-ισχιαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους και το 70% αυτών των περιπτώσεων οφείλεται σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου (Rozenberg, 2008). Ο επιπολασμός της ισχιαλγίας υπολογίζεται ότι είναι 3% -5%, κατανομημένη εξίσου στους άνδρες και τις γυναίκες (Homayouni et al., 2018). Μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε πληθυσμούς που εργάζονται σε σωματικά απαιτητικές

εργασίες αναφέρουν συστηματικά υψηλότερα ποσοστά ισχιαλγίας συγκριτικά με μελέτες στον γενικό πληθυσμό (Valat et al., 2010).

1.1.2. Διάγνωση ισχιαλγίας

Δεν υπάρχει εξειδικευμένη δοκιμασία για την ισχιαλγία, αλλά συνδυασμός θετικών ευρημάτων συμβάλλει στην αξιολόγηση (Stynes et al., 2018). Η διάγνωση της ισχιαλγίας πραγματοποιείται μέσω λήψης ιστορικού και φυσικής εξέτασης (Valat et al., 2010). Κλινική διάγνωση πραγματοποιείται κατά την εξέταση βάση της συμπτωματολογίας του ασθενούς και των ευρημάτων της αξιολόγησης (Stynes et al., 2018; Jensen et al., 2019) ενώ η απεικόνισή της δεν απαιτείται για την διάγνωση, παρά μόνο αν ο πόνος επιμένει πέρα των 12 εβδομάδων ή αναπτύσσεται προοδευτικά επιδεινούμενο νευρολογικό έλλειμμα. Επείγουσα κατάσταση θεωρείται όταν ο ασθενής παρουσιάζει κατακράτηση ούρων ή μείωση τόνου του πρωκτικού σφικτήρα, δηλαδή όταν υπάρχουν ευρήματα συνδρόμου ιππουρίδας και η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια επιλογή όταν ο πόνος δεν βελτιώνεται μετά από 6-8 εβδομάδες συντηρητικής αγωγής (Jensen et al., 2019).

1.1.3. Γενικά Στοιχεία για τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας

Η λήψη του ιστορικού και τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία αποτελούν μέσα διάγνωσης της ισχιαλγίας (Harkness et al 2005; Ashworth et al. 2011; Shultz et al. 2015), με το ιστορικό να κατέχει σημαντική διαγνωστική αξία όμως ο συνδυασμός του με άλλες αξιολογήσεις οδηγεί στην ακριβή διάγνωση (Stranjalis et al. 2004 ; Harkness 2005). Οι κλίμακες είναι μέσα - εργαλεία αξιολόγησης που βοηθούν τους φυσικοθεραπευτές να αναγνωρίσουν τον βαθμό του περιορισμού της λειτουργικότητας ή της ανικανότητας του ασθενούς. Η μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή κάθε ερωτηματολογίου είναι απαραίτητη, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε κάθε χώρα. Η μετάφραση πρέπει να αξιολογείται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της, που είναι θεμελιώδης χαρακτηριστικά του εργαλείου μέτρησης. Ο Lippitt et al (1993, p 501-518) ανέφεραν ότι το ιδανικό λειτουργικό μέσο αξιολόγησης θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα 6 χαρακτηριστικά :

1) Να είναι αξιόπιστο μέσο 2) πρακτικό μέσο 3) να μπορεί να εκτιμά τις καθημερινές δραστηριότητες 4) να μπορούν να αυτό-αξιολογούνται οι ασθενείς στο ερωτηματολόγιο 5) να έχει αποτελεσματικότητα 6) να έχει καλή αναπαραγωγικότητα. Οι περισσότερες κλίμακες έχουν μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες έτσι ώστε μπορέσουν να εφαρμοστούν στις διαφορετικές παραμέτρους του πληθυσμού κάθε χώρας. Στον ελλαδικό χώρο δεν γνωρίζουμε αν διδάσκονται, χρησιμοποιούνται και αν είναι ευρέως γνωστές. Οι κλίμακες αξιολόγησης ως μέσα μέτρησης

περιλαμβάνουν κάποιες ιδιότητες : την εσωτερική συνοχή, την αναπαραγωγικότητα (αξιοπιστία και συμφωνία) ,την εγκυρότητα και την ανταπόκριση.

Η εσωτερική συνοχή είναι η μέτρηση του βαθμού συσχέτισης μεταξύ στοιχείων που εξετάζουν την ίδια έννοια (concept) σε μία κλίμακα, ερωτηματολόγιο. Η αναπαραγωγικότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο επαναλήφθηκαν οι μετρήσεις και μπορούν να παράγουν συνεπή ή ίδια αποτελέσματα στο ίδιο θέμα, σε πανομοιότυπες καταστάσεις - συνθήκες. Η εγκυρότητα αφορά το βαθμό στον οποίο το μέσο που χρησιμοποιείται μετράει αυτό που έχει σκοπό να μετρήσει.

Τα ερωτηματολόγια είναι εύκολα αποδεκτά από τους ασθενείς ,κατανοητά στις περισσότερες περιπτώσεις εύχρηστα, μικρά σε έκταση, οικονομικά, εύκολα στην καταμέτρηση της βαθμολογίας, ευανάγνωστα και επηρεάζονται σε μεγάλο ποσοστό από την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή (Turner, 1997; Deyo, 1994 ;Bryman., 2015).Ο αντικειμενικός σκοπός των ερωτηματολογίων είναι η παροχή πληροφοριών για την εκτίμηση συγκεκριμένων καταστάσεων όπως τα συμπτώματα πόνου, τη ποιοτική και ποσοτική αντίληψη του πόνου, τη σοβαρότητα του πόνου και της κατάστασης του ασθενούς ,τη σωματική τοποθέτηση του πόνου, τη λειτουργικότητα του ασθενούς και την επιρροή του πόνου και του προβλήματος σε αυτή ,την προσωπική φροντίδα των ασθενών, τις σχέσεις των ασθενών με το γύρο περιβάλλον (σύντροφος,οικογένεια,φίλοι) ,την επιρροή της πάθησης στην εργασία τους ,την ψυχολογική κατάπτωσή τους, την αγωνία τους για την πορεία της κατάστασής τους και την ικανοποίηση από την παροχή φυσικοθεραπευτικής φροντίδας (Bryman,2015).Οι κλίμακες αξιολόγησης του πόνου και της λειτουργικότητας είναι μέσα εξέτασης και πιθανής διάγνωσης της ισχιαλγίας και χρησιμοποιούνται για την εξέταση του ασθενή πριν και μετά από μία θεραπεία ώστε να ανιχνευθούν οι μεταβολές των συμπτωμάτων (Longo et al., 2010). Παρόλο αυτά τα ερωτηματολόγια δεν αποτελούν ακριβή μέθοδος για τον εντοπισμό της λειτουργικότητας του ατόμου καθώς μπορεί να υπερεκτιμηθεί ή να υποτιμηθεί η παρούσα κατάστασή του (Konstantinou et al .,2012 a).

1.2.Σημασία της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι να αναζητηθούν και να περιγραφούν τα τεκμηριωμένα και αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας που προτείνονται στην παγκόσμια αρθρογραφία. Επίσης να πραγματοποιηθεί συλλογή πληροφοριών μέσω κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου από επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές που είναι εγγεγραμμένοι στο Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα, ώστε να είναι εφικτή η διαπίστωση της γνώσης και χρησιμότητας των εργαλείων που αξιολογούν την ισχιαλγία από αυτούς. Η συλλογή

αυτών των δεδομένων θα συμβάλει στην διαπίστωση της γνώσης των φυσικοθεραπευτών του Ελλαδικού χώρου στο συγκεκριμένο αντικείμενο, αλλά και στο κατά πόσο υπάρχουν ελλείμματα και ανάγκη βελτίωσης της εκπαιδευτικής κατάρτισης αλλά και δια βίου μάθησής τους.

1.3.Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι :

- Ποια είναι τα αξιόπιστα εργαλεία κλινικής αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι φυσικοθεραπευτές;
- Ποια από αυτά τα εργαλεία έχουν σταθμιστεί στον ελλαδικό χώρο;
- Ποια εργαλεία κλινικής αξιολόγησης της ισχιαλγίας γνωρίζουν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές;
- Ποια εργαλεία κλινικής αξιολόγησης της ισχιαλγίας χρησιμοποιούν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές;
- Ποια εργαλεία κλινικής αξιολόγησης της ισχιαλγίας επιθυμούν να μάθουν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές;
- Σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και το εκπαιδευτικό ίδρυμα αποφοίτησής τους επομένως διαφέρει το πρόγραμμα εκπαίδευσης σε κάθε ίδρυμα ;
 - ✓ Δεν σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και το εκπαιδευτικό ίδρυμα αποφοίτησής τους **(Μηδενική υπόθεση)**.
 - ✓ Σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και το εκπαιδευτικό ίδρυμα αποφοίτησής τους **(Εναλλακτική υπόθεση)**.
- Σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και οι μεταπτυχιακές σπουδές τους ;
 - ✓ Δεν σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και οι μεταπτυχιακές σπουδές τους **(Μηδενική υπόθεση)**.
 - ✓ Σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης

και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και οι μεταπτυχιακές σπουδές τους (**Εναλλακτική υπόθεση**).

- Σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας επομένως βελτιώνεται η ποιότητα της μόρφωσής τους και αναβαθμίζεται η γνώση τους και ο ελληνικός πληθυσμός έχει καλή ποιότητα ζωής, καλά επίπεδα περίθαλψης;
 - ✓ Δεν σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (**Μηδενική υπόθεση**).
 - ✓ Σχετίζονται η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (**Εναλλακτική υπόθεση**).
- Σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η κλινική εμπειρία τους;
 - ✓ Δεν σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η κλινική εμπειρία τους (**Μηδενική υπόθεση**).
 - ✓ Σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η κλινική εμπειρία τους; (**Εναλλακτική υπόθεση**).
- Σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών ;
 - ✓ Δεν σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών (**Μηδενική υπόθεση**).
 - ✓ Σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των

Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών **(Εναλλακτική υπόθεση)**.

- Σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας;
 - ✓ Δεν σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας **(Μηδενική υπόθεση)**.
 - ✓ Σχετίζονται τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας **(Εναλλακτική υπόθεση)**.
- Σχετίζονται το κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που επιθυμούν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης οι περισσότεροι Έλληνες φυσικοθεραπευτές με το γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος που εργάζονται είτε με τις ώρες εργασίας τους την ημέρα ;
 - ✓ Δεν σχετίζονται το κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που επιθυμούν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης οι περισσότεροι Έλληνες φυσικοθεραπευτές με το γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος που εργάζονται είτε με τις ώρες εργασίας τους την ημέρα **(Μηδενική υπόθεση)**.
 - ✓ Σχετίζονται το κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που επιθυμούν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης οι περισσότεροι Έλληνες φυσικοθεραπευτές με το γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος που εργάζονται είτε με τις ώρες εργασίας τους την ημέρα **(Εναλλακτική υπόθεση)**.

1.4.Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας

Η συγγραφή της μελέτης πραγματοποιήθηκε από το Φεβρουάριο του 2020 έως τον Δεκέμβρη του 2020. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες διήρκεσε 2 μήνες . Κάποιοι περιορισμοί στην έρευνα είναι ότι δεν ήταν γνωστό κατά πόσο ασχολούνται οι φυσικοθεραπευτές εξ ολοκλήρου με μυοσκελετικά περιστατικά ώστε να έχουν εξειδίκευση σε ισχιαλγικούς ασθενείς και δεν ήταν δυνατόν να διαπιστωθεί αν ενημερώθηκαν όλοι οι εγγεγραμμένοι φυσικοθεραπευτές του Πανελληνίου συλλόγου Φυσικοθεραπείας για τη διεξαγωγή της μελέτης. Επίσης το χρονικό διάστημα συμμετοχής των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών στη μελέτη ήταν μικρό, διάρκειας 2 μηνών ώστε να συνεχιστεί η διαδικασία διεξαγωγής των αποτελεσμάτων και να ολοκληρωθεί η διατριβή.

1.5.Λειτουργικοί όροι

CS= Κεντρική ευαισθητοποίηση

CSI = Central Sensitization Inventory

CSS = Σύνδρομα της κεντρικής ευαισθητοποίησης

FABQ =Fear avoidance and beliefs questionnaire

HAD = Hospital Anxiety and Depression scale

ICC= Ενδοανατομικός συντελεστής συσχέτισης

MSBQ =Maine-Seattle Back Questionnaire

NRI (Natural Resources Institute)

ODI = Oswestry Disability Index

RMDQ = Roland – Morris Disability Questionnaire

SBI = Sciatica Bothersomeness Index

SF –36 = Health Status Survey

SF-12 = Health Status Survey

SIP = Sickness Impact Profile

S-LANSS = Self-Report Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms & Signs

SLR= δοκιμασία straight leg raise= ανύψωση του τεντωμένου κάτω άκρου

TSK = Tampa Scale of Kinesiophobia

VAS = Visual Analogue Scale - Οπτική αναλογική κλίμακα

WHOQOL=World Health Quality of Life

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να αναζητηθούν στην παγκόσμια αρθρογραφία τα εργαλεία που υπάρχουν για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας και να καταγραφεί η γνώση που έχουν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές σχετικά με αυτά τα εργαλεία .Οι επιμέρους στόχοι της μεθοδολογίας για την επίτευξη του κύριου σκοπού ήταν η ανασκόπηση της αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας διεθνώς, η συγκέντρωση των άρθρων που πληρούν τα κριτήρια για να ενταχθούν στη μελέτη, η ομαδοποίηση των άρθρων αυτών ,η καταγραφή και η ανάλυση των εργαλείων, η αναφορά της αξιοπιστίας

και εγκυρότητάς τους ,η αναφορά σε όσα εργαλεία υπήρχε της στάθμισής τους στην ελληνική γλώσσα, η δημιουργία κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου συμπεριλαμβανομένων και των εργαλείων αυτών και η διανομή του στους Έλληνες φυσικοθεραπευτές ώστε να διεξαχθούν τα συμπεράσματα της μελέτης. Στα παραρτήματα βρίσκονται αναλυτικά οι κλίμακες που θα αναφερθούν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση.

2.1 Μέθοδος βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας για την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση ισχιαλγικών ασθενών. Στη μελέτη πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση για άρθρα σχετικά με τους τρόπους αξιολόγησης της ισχιαλγίας στο PubMed /MedLine, στη Cochrane Library και στη Scopus που αφορούσε ερευνητικά άρθρα μέχρι και το 2020. Παράλληλα, ελέγχθηκαν και οι βιβλιογραφικές πηγές σχετικών ερευνών για παρόμοια άρθρα. Η αναζήτηση έγινε τον Φεβρουάριο του 2020 μέχρι και τον Μάιο του 2020, σε κάθε βάση δεδομένων, χρησιμοποιώντας συνδυασμό στις λέξεις-κλειδιά : “evaluation”, “examination”, “assessment”, “physical therapy”, “evaluation scales”, “sciatica”, “neurodynamic tests”. Οι αλγόριθμοι που χρησιμοποιήθηκαν στις μηχανές αναζήτησης ήταν οι εξής:

1^{ος}) “physical therapy AND (evaluation OR examination OR assessment) AND sciatica” όπου προέκυψαν 1.105 άρθρα.

2^{ος}) “physical therapy AND sciatica” όπου προέκυψαν 569 άρθρα.

3^{ος}) “(evaluation scales OR neurodynamic tests) AND sciatica” όπου προέκυψαν 290 άρθρα.

Απομακρύνθηκαν με βάση τα κριτήρια εισαγωγής, όσες μελέτες εμφανίζονταν παράλληλα και στις 3 βάσεις δεδομένων, επιλέχτηκαν άρθρα γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα στα οποία υπήρχε πρόσβαση σε ολόκληρο το άρθρο. Κατόπιν έγινε έλεγχος στις μελέτες από τον τίτλο και την περίληψή τους αν σχετίζονται με τη θεματολογία της εργασίας. Σε περιπτώσεις ωστόσο που οι πληροφορίες που δίνονταν δεν ήταν σαφείς, εξετάστηκε το πλήρες κείμενο για περισσότερες διευκρινήσεις. Μετά τη διερεύνηση αυτή προέκυψαν συνολικά 362 άρθρα και τα πλήρη κείμενα των άρθρων που απέμειναν, εξετάστηκαν για περισσότερες λεπτομέρειες και φάνηκε πως 220 μελέτες δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην παρούσα μελέτη τα οποία αποκλείστηκαν, ενώ τα

142 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής σχετικά με τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στην ισχιαλγία, συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη.

Έπειτα συγκεντρώθηκαν οι πληροφορίες μέσω των μελετών και βρέθηκε ότι υπάρχουν 26 εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας παγκοσμίως. Συνολικά τα άρθρα που σχετίζονταν με την περιγραφή και την αξιολόγηση που χρησιμοποιήθηκαν για κάθε εργαλείο ήταν 6 άρθρα για Oswestry Disability Index(ODI), 7 άρθρα για το Roland – Morris Disability Questionnaire (RMDQ), 7 άρθρα για το Sciatica Bothersomeness Index (SBI), 10 άρθρα για την οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale), 4 άρθρα για το Whoqol-bref, 7 άρθρα για το Keele Start Back Screening Tool, 6 άρθρα για την κλίμακα Had (Hospital Anxiety and Depression scale), 8 άρθρα για το SF – 36 Health Survey, 8 άρθρα για το SF-12 Health Status Survey, 4 άρθρα για το Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ), 7 άρθρα για το Fear avoidance and beliefs questionnaire (FABQ), 12 άρθρα για την Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), 12 άρθρα για το Central Sensitization Inventory (CSI), 7 άρθρα για τη Lower Extremity Functional Scale (LEFS), 8 άρθρα για το S-LANSS (Self-Report Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms & Signs), 6 άρθρα για το Quebec Task Force (QTF), 8 άρθρα για τη McKenzie, 1 άρθρο για τη Nice, 4 άρθρα για το Coughing, Sneezing, Straining, 5 άρθρα για τον έλεγχο αισθητικότητας, 10 άρθρα για το μυϊκό έλεγχο, 5 άρθρα για τα τενόντια αντανακλαστικά, 8 άρθρα για τη δοκιμασία Straight leg raise, 4 άρθρα για το Slump test, 5 άρθρα για το Femoral slump τεστ και τέλος 1 άρθρο για το Modified bragard test. Στη συνέχεια περιγράφονται αναλυτικά τα εργαλεία για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας.

2.1.1 OSWESTRY DISABILITY INDEX(ODI)

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το 1976 από τον John O'Brien ενώ δημοσιεύθηκε το 1980 από τον Fairbank και τους συνεργάτες του με κύριο σκοπό να εξετάσει την ανικανότητα του ατόμου σε καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες και τον τρόπο ζωής του ασθενή (Boscainos et al., 2003). Η αρχική γλώσσα που αναπτύχθηκε είναι η αγγλική αλλά έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες όπως γερμανικά, ισπανικά, κορεάτικα, ελληνικά, ιρανικά και πορτογαλικά (Kim et al., 2005; Vigatto et al., 2007; Mousavi et al., 2006; Smeets et al., 2011). Στην ελληνική γλώσσα σταθμίστηκε το 2003 σε δείγμα 697 ασθενών ηλικίας 18 – 80 ετών (235 άνδρες) με οσφυαλγία σε διάρκεια 5 ετών (Boscainos et al., 2003). Η

αξιοπιστία του ODI με Cronbach's α ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ ήταν 0.833 , υποδηλώνοντας πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία (Longo et al., 2010).

2.1.2 ROLAND – MORRIS DISABILITY QUESTIONNAIRE (RMDQ)

Το RMDQ προερχόμενο από το Sickness Impact Profile (SIP)(Bergner M. et al. 1981), το οποίο είναι ερωτηματολόγιο με 136 ερωτήματα που καλύπτουν όλο το φάσμα των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών. Η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου δημοσιεύθηκε το 1983 από τον Roland και Morris (Davidson, 2014). Είναι εξειδικευμένο εργαλείο για την οσφυαλγία ,το οποίο μετράει την ανικανότητα των ασθενών, δηλαδή το δείκτη αναπηρίας τους (Payares et al., 2015). Έχει μεταφραστεί ως σήμερα σε περισσότερες από 35 γλώσσες όπως τα ελληνικά ,γαλλικά, γερμανικά, ολλανδικά, φλαμανδικά, ρουμανικά, ισπανικά, ιταλικά, τσεχικά, σουηδικά, πορτογαλικά , κορεάτικα, πολωνικά, τούρκικα (Roland, 2000). Το εργαλείο στην Ελλάδα ελέγχθηκε σε δείγμα 20 ασθενών. Επιπρόσθετα, διαθέτει άριστη αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Cronbach's $\alpha=0,885$) ,επαρκή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, σημαντική δομική και ταυτόχρονη εγκυρότητα και ικανοποιητική εγκυρότητα όψης και περιεχομένου (Padua et al., 2002;Boscainos et al., 2003; Mousavi et al., 2006).

2.1.3 SCIATICA BOTHERSOMENESS INDEX (SBI)

Το sciatica bothersomeness Index είναι ένα εργαλείο ελέγχου της λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες καθώς και πρόγνωσης (Patrick et al.,1995). Αφορά ισχιαλγικούς ασθενείς με βαθμολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων της παραισθησίας, της αδυναμίας και του πόνου στα κάτω άκρα (Gronle et al.,2010; Haugen et al., 2011).Η κλίμακα αυτή αξιολογεί τα συμπτώματα που συνδέονται με κοινωνικοδημογραφικές, ψυχολογικές, κλινικές μεταβολές και την εργασιακή δραστηριότητα του ατόμου (Gronle et al., 2010). Επιπλέον αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη των ατόμων με ισχιαλγία (Konstantinou et al.,2012-α). Διαθέτει ευαισθησία στις αλλαγές των συμπτωμάτων του ασθενή και περιγράφει την τωρινή κατάστασή του (Gronle et al.,2008; Konstantinou et al.,2012-α;Konstantinou et al.,2012-β). Το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Patrick et al. 1995; Gronle et al.,2008), με αξιοπιστία ελέγχου και επανελέγχου (Patrick et al., 1995;Gronle et al., 2008, 2010). Η νορβηγική έκδοση της SBI διαθέτει εσωτερική συνοχή και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Gronle et al.,2008). Η ελληνική έκδοση του SBI αποτελεί πρακτικό, κατανοητό και κατάλληλο προς χρήση εργαλείο έπειτα από έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 54 ασθενών με αυτοαναφερόμενη ισχιαλγία (25 άνδρες, 29 γυναίκες), ηλικίας 20–70 ετών. Το ελληνικό εργαλείο

διαθέτει εγκυρότητα περιεχομένου και πολύ καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha = 0,715$) (Billis et al., 2015).

2.1.4 ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (VISUAL ANALOGUE SCALE)

Η κλίμακα VAS δημιουργήθηκε από τον Huskisson το 1982 και μετρά τον πόνο που βασίζεται στην υποκειμενική αυτοαξιολόγηση του ασθενούς. Με την κλίμακα μετριέται ένα χαρακτηριστικό ή μία στάση με συνεχή τιμή που με δυσκολία μετριέται άμεσα (Price., 1983). Διαθέτει απλότητα και συντομία για την μέτρηση της έντασης του άλγους (Zusman et al.,1986) αλλά και ευχρηστικότητα σε τυχόν γλωσσικά εμπόδια (Jamison et al.,2002). Η VAS είναι ένα από τα καλύτερα εργαλεία στην εκτίμηση διαφοροποιήσεων στην ένταση του πόνου (Breivik et al.,2000; Bolton et al.,2002; Ferreira-Valente et al.,2011). Παρέχει μία κλίμακα για τους ασθενείς να αξιολογήσουν πόσο σοβαρά είναι τα συμπτώματά τους (Hall., 2006) . Είναι αξιόπιστη, με την αξιοπιστία για την αναπηρία να είναι μέτρια έως καλή, με πολύ καλή ευαισθησία τόσο στην επαρκή εκτίμηση του οξύ πόνου, του χρόνιου πόνου(Price et al.,1983), όσο και στην ανίχνευση μεταβολών στην ένταση του πόνου (Bijur et al., 2001; Boonstra et al., 2008). Ακόμη χρησιμοποιείται στο άσθμα, σε πεπτικά προβλήματα ,στη ψυχική υγεία, στη βάδιση (Jamison et al., 2002) ακόμη και την αναπηρία από χρόνια μυοσκελετικό πόνο με την αξιοπιστία για τον έλεγχο της αναπηρίας να είναι ικανοποιητική, ενώ η εγκυρότητα αμφισβητήσιμη (Boonstra et al., 2008).

2.1.5 WHOQOL- BREF

Το WHOQOL-100 (World Health Quality of Life) δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1994 με στόχο την ανάπτυξη ενός εργαλείου αυτοεκτίμησης της ποιότητας ζωής ώστε να πραγματοποιούνται διαπολιτισμικές συγκρίσεις σε υγιείς και ασθενείς (The WHOQOL Group 1993; 1995).Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ,αποτελώντας σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100, με στόχο την μέτρηση της αυτό-αναφερόμενης ποιότητας ζωής (Skevington et al .,2004). Στην ελληνική στάθμιση του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της εννοιολογικής εγκυρότητας της δομής, της διακριτικής εγκυρότητας, της αξιοπιστίας επανελέγχου, της κλινικής ευαισθησίας, με ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία (Ginieri–Coccossis et al., 2009).

2.1.6 KEELE START BACK SCREENING TOOL

Το ερωτηματολόγιο «The Keele Start Screening Tool» εκτιμά την ανικανότητα και τον πόνο (Traeger et al., 2013; Karstens et al., 2015), με στόχο τον εντοπισμό ασθενών με χαμηλή οσφυαλγία, που εμφανίζουν

μεγάλη πιθανότητα χρονιότητας της νόσου και απαιτούν στοχευόμενη θεραπεία (Hill et al., 2011). Αποτελώντας σημαντικό προγνωστικό δείκτη της πάθησης δίνει τη δυνατότητα εκτίμησης του ασθενούς και της κατεύθυνσης της φυσιοθεραπευτικής αποκατάστασης (Traeger 2013; Mehling et al, 2015). Το εργαλείο παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των οσφουαλγικών ασθενών (Hill et al., 2008,2010; Traeger et al,2013; Karstens et al., 2015). Η αξιολόγηση μέσω του ερωτηματολογίου είναι πολύ χρήσιμη και αξιόπιστη για τους κλινικούς και συμβάλλει στην ταξινόμηση των ασθενών σε υποομάδες (Hill et al. 2008 ; Robinson, 2017) .

2.1.7 ΚΛΙΜΑΚΑ HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης Had (Hospital Anxiety and Depression Scale) προτάθηκε το 1983 από τον Zigmond και Snaith και χρησιμοποιείται ως ένα γενικό ερωτηματολόγιο μέτρησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Στόχος του ερωτηματολογίου είναι να παρέχει ένα αξιόπιστο, έγκυρο ,εύκολο και πρακτικό εργαλείο στους επαγγελματίες υγείας ώστε να ανιχνεύουν και να ποσοτικοποιούν το άγχος , την κατάθλιψη και τη συναισθηματική δυσφορία σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν κλινικά προβλήματα (Zigmond & Snaith 1983; Snaith, 2003; Michopoulos et al., 2008). Το μέσο αυτό μεταφράστηκε σε περισσότερες από 33 γλώσσες σε ολόκληρο τον κόσμο (Herrman et al.,1997). Η HAD αποτελεί αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα αξιολόγησης του άγχους και της κατάθλιψης (Georgoudis et al.,2001; Michopoulos et al.,2008). Είναι μεταφρασμένη στα Ελληνικά καθώς έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτη με Έλληνες καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου της νόσου (Mystakidou et al.,2004) καθώς και σε παθολογικά και χειρουργικά περιστατικά (Michopoulos et al.,2008).

2.1.8 SF – 36 HEALTH SURVEY

Η αρχική δημοσίευση της SF-36 το 1992 (MOS - Medical Outcomes Study ,36-item short-form health survey) από τους Ware και Sherbourne αναφέρεται στην γενική κατάσταση υγείας (Ware et al., 1993) και έπειτα ο Hays και οι συνεργάτες του το 1993 την τροποποίησαν ως προς τον υπολογισμό του σκορ δίχως διαφοροποιήσεις στο περιεχόμενο των ερωτήσεων (RAND 36-Item Health Survey). Οι αρνητικές αντιλήψεις για τον πόνο αποτελούν τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη της ποιότητας ζωής (Lame et al.,2005). Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και η σύγκριση του επιπέδου υγείας ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού, υγιών και ασθενών ή διαφορετικών

θεραπευτικών προσεγγίσεων μίας κατηγορίας ασθενών σε τρία στάδια: πριν, κατά και μετά την παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες υγείας (Κοντοδημόπουλος 2004). Επίσης η κλίμακα SF – 36 Health Survey , καταγράφει τη φυσική και της νοητική υγεία του ερωτώμενου και υποκειμενικά την αξιολογεί (Υφαντοπούλου et al., 2007). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα σε δείγμα 1426 ατόμων. Η εσωτερική συνοχή της (δείκτης Cronbach's α) κυμάνθηκε από 0.79 – 0.95 και στις 8 κατηγορίες (Pappa, et al., 2005). Βρέθηκε Cronbach's $\alpha > 0,7$ δηλαδή διαθέτει πολύ καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία η ελληνική έκδοση (Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης 2010).

2.1.9 SF-12 HEALTH STATUS SURVEY

Το SF-12 Health Status Survey (SF-12) αποτελεί εργαλείο εκτίμησης της υγείας και της ποιότητας ζωής παγκοσμίως (Montazeri et al., 2011). Δημιουργήθηκε το 1995 από τους Ware, Kosinski και Keller και αποτελεί συνοπτική έκδοχή του SF-36 (Busija et al., 2011). Σκοπός της είναι η χρήση της σε εκτεταμένες μελέτες με μεγάλο δείγμα, με στόχο την επικέντρωση στη σωματική και ψυχική υγεία του SF-36 (Amir et al., 2002; Ruo et al., 2003; Kontodimopoulos et al., 2007). Είναι μεταφρασμένο σε διάφορες γλώσσες (ιταλικά, ελληνικά, γερμανικά κτλ.) και έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της γενικής υγείας και της ποιότητας ζωής (Ware et al., 1996; Amir et al., 2002; Ruo et al., 2003; Montazeri et al., 2009; Belgum et al., 2010; Montazeri et al., 2011). Στην ελληνική διαπολιτισμική διασκευή του διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία ως σύντομη παραλλαγή του SF-36 σε δείγμα 1005 ατόμων (Kontodimopoulos et al., 2007) .

2.1.10 MAINE-SEATTLE BACK QUESTIONNAIRE (MSBQ)

Η Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ) είναι μια αυτό-αναφερόμενη κλίμακα αναπηρίας με κύριο στόχο την αξιολόγηση της ανικανότητας και της λειτουργικότητας σε ισχιαλγικούς ασθενείς με κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου και οσφυαλγικούς εξαιτίας σπονδυλικής στένωσης. Προέρχεται από τροποποίηση της Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) (Haugen et al., 2011, 2012), με υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση (Haugen et al., 2011). Το MSBQ θεωρείται το καλύτερο εργαλείο μέτρησης για διαχωρισμό μεταξύ πετυχημένης και αποτυχημένης παρέμβασης σε ισχιαλγικούς ασθενείς έπειτα από 1 έτους επαναμέτρηση, με score ≥ 5 να υποδηλώνει μη επιτυχή παρέμβαση (Haugen et al., 2011). Διαθέτει υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας, εσωτερικής συνοχής και δομικής εγκυρότητας (Atlas et al., 2003; Grovle et al., 2008) αν και η μείωση των ερωτήσεων συμβάλλει στην μείωση της εσωτερικής συνοχής (Atlas et al., 2003). Η νορβηγική έκδοση της MSBQ έχει αξιοπιστία ελέγχου και επανελέγχου καθώς και σταθερά σημεία αποκοπής με την πάροδο του χρόνου (Grovle et al., 2008).

2.1.11 FEAR AVOIDANCE AND BELIEFS QUESTIONNAIRE (FABQ)

Το ερωτηματολόγιο Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) προήλθε από το Fear-Avoidance Model of Exaggerated Pain Perception με σκοπό να επεξηγήσει πως ασθενείς με την ίδια έντονη συμπτωματολογία καταλήγουν σε χρόνια πρόβλημα ενώ άλλοι αναρρώνουν (Lethem 1983;Waddell et al., 1993; Fritz 2002), δηλαδή ελέγχει τους επιρρεπείς ασθενείς στη χρόνια αναπηρία εξαιτίας του συναισθήματος φόβου-αποφυγής τους (Georgoudis et al.,2007; Terho et al.,2016),δηλαδή πώς οι πεποιθήσεις αποφυγής-φόβου για την πραγματοποίηση μιας σωματικής δραστηριότητας και για εργασία εντείνουν τον πόνο στη μέση και την αναπηρία. Στόχος της κλίμακας είναι η μέτρηση του φόβου του ασθενή στον πόνο(Waddell et al., 1993; Fritz et al., 2002).Είναι εύκολη και κατανοητή κλίμακα με μεταφράσεις σε διάφορες γλώσσες ,όπως ελληνικά, φιλανδικά,γερμανικά,κινέζικα,εβραϊκά νορβηγικά,ισπανικά, αγγλικά, γαλλικά κ.α. Ωστόσο η FABQ περιορίζεται μόνο στην ανικανότητα λόγω πόνου ή φόβου-αποφυγής στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητες ενώ η HAD ασχολείται με τη κατάθλιψη και το άγχος (Fritz et al., 2002;Georgoudis et al., 2007;Lundberg et al., 2011). Η Ελληνική έκδοση του FABQ διαθέτει εγκυρότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία στις μεταβολές ,με εσωτερική εγκυρότητα καλή (FABQ/work Cronbach's $\alpha=0,86$ και FABQ/physical με Cronbach's $\alpha=0,72$), με αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Ενδοανατομικός συντελεστής συσχέτισης)/work=0,92 και ICC/physical=0.85,με ευαισθησία στις μεταβολές (t-test $p<0.01$) και ανταπόκριση (effect size work =0,35)(Swinkels-Meewisse et al., 2003;Georgoudis et al.,2007).

2.1.12 TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA (TSK)

Με σκοπό να μετρηθεί η αντίληψη των ασθενών για το φόβο της κίνησης ή του επανατραυματισμού εξαιτίας φυσικής δραστηριότητας σε άτομα με πόνο σχεδιάστηκε η κλίμακα Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) (Kori et al., 1990; Houben et al., 2005). Επίσης η υψηλή βαθμολογία στο TSK αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό δείκτη ανικανότητας (Vlaeyen et al., 1995; Crombez et al., 1999) και ένα ψυχομετρικό, κλινικά προσανατολισμένο διαγνωστικό, προγνωστικό εργαλείο παρακολούθησης των ασθενών (Houben et al., 2005; Woby et al., 2005; Roelofs et al., 2007). Δίνει τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ του μη υπερβολικού φόβου και της φοβίας σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο (Lundberg,et al., 2009). Αποτελεί ισχυρότερη πρόβλεψη της παρατηρούμενης και αναφερόμενης λειτουργικής ικανότητας από ότι η ένταση του πόνου (Γεωργούδης και συν., 2004). Η ελληνική έκδοσή σε 36 άτομα (28 γυναίκες, 8 άνδρες) με χρόνια οσφυαλγία (>3 μήνες) διαθέτει επαρκή εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία (Georgoudis et al., 2005).Η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων του TSK είναι ικανοποιητική σε

ασθενείς με πόνο στη σπονδυλική στήλη (ICC= 0.78-0.79) (Swinkels – Meewisse et al., 2003). Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι η κλίμακα αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο ψυχομετρικό μέτρο (Bunkentorp et al., 2005). Έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες όπως στα νορβηγικά, σουηδικά, γαλλικά, γερμανικά και πορτογαλικά (Gómez-Pérez et al., 2011).

2.1.13 CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY (CSI)

Η ανάπτυξη του Central Sensitization Inventory (CSI) προήλθε από άρθρα από Muhammad Yunus (Yunus, 2000, 2007) και Lindsay Kinder (Kindler et al., 2011) με την πρώτη δημοσίευση στα αγγλικά (Mayer et al., 2012). Το αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο CSI στοχεύει στον εντοπισμό ασθενών με συμπτώματα που πιθανόν σχετίζονται με κεντρική ευαισθητοποίηση (CS) ή με σύνδρομά της (CSS) (ινομυαλγία, τραυματισμός στον αυχένα, διαταραχή κροταφογναθικής άρθρωσης, ημικρανία, οστεοαρθρίτιδα, διαταραχές ύπνου, υπερευαισθησία στα ερεθίσματα, γνωστικά, πεπτικά και ουρολογικά προβλήματα) (Neblett et al., 2018; Bilika et al., 2019). Έχει κλινική χρησιμότητα ως εργαλείο πρόβλεψης ανεξάρτητα από τη διάρκεια του πόνου σε ασθενείς με μυοσκελετικές παθήσεις (Tanaka et al., 2019). Είναι επίσης ιδιαίτερα χρήσιμο για ασθενείς που παρουσιάζουν πόνο ή άλλα σωματικά συμπτώματα άγνωστης αιτιολογίας και χρόνιες παθήσεις (Neblett et al., 2017; 2018). Το CSI έχει σταθμιστεί σε διάφορες χώρες στην Ευρώπη, την Ασία και τη Νότια Αμερική (Ολλανδία, Γαλλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Βραζιλία, Σερβία, Ιαπωνία, Ιταλία) (Tanaka et al., 2017; Cuesta-Vargas., 2018; Bilika et al., 2019; Andias et al., 2020). Διαθέτει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες (αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου = 0,817, Cronbach's α = 0,879) (Mayer et al., 2012). Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση βρέθηκε ότι το CSI δημιουργεί αξιόπιστα και έγκυρα δεδομένα για τη ποσοτικοποίηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το CS (Scerbo et al., 2018; Bilika et al., 2019). Η ελληνική στάθμιση του ερωτηματολογίου έδειξε υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's α = 0,994) και υψηλή αξιοπιστία (ICC= 0,993) με 2,1 τυπικό σφάλμα μέτρησης (Bilika et al., 2019).

2.1.14 LOWER EXTREMITY FUNCTIONAL SCALE (LEFS)

Η κλίμακα Lower Extremity Functional Scale (LEFS) δημιουργήθηκε από τους Jill M. Binkley, Paul W. Stratford, Sue Ann Lott και Daniel L. Riddle, το 1999. Το LEFS είναι ένα ερωτηματολόγιο λειτουργικότητας των ασθενών που στοχεύει στη διερεύνηση του βαθμού δυσκολίας κατά την εκτέλεση καθημερινών εργασιών, λόγω μυοσκελετικών δυσλειτουργιών των κάτω άκρων (Binkley et al., 1999). Χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (Horng et al., 2019) και έχει μεγάλη ανταπόκριση ως εργαλείο για τα κάτω άκρα (Mehta, 2016). Αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα (Horng et al., 2019), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε κλινικές

μελέτες, όπως μετά από αρθροπλαστική ισχίου (Kennedy et al., 2011) αλλά και σε κλινικές ορθοπεδικής αποκατάστασης (Yeung et al., 2009). Η ελληνική έκδοση της LEFS έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία [Cronbach's α : 0,974, Pearson's r : 0,986, ICC: 0,986 ($p < 0.001$)] (Stasi et al., 2012) και εγκυρότητα, έπειτα από συσχέτιση με τις υποκλίμακες της «Σωματικής Λειτουργικότητας» και του «Σωματικού Ρόλου» της ελληνικής έκδοσης της SF-36 (0,93 και 0,62 αντιστοίχως, $p < 0.001$), όσο και με τη δοκιμασία TUG (-0,72, $p < 0.001$) (Stasi et al., 2013).

2.1.15 S-LANSS (SELF-REPORT LEEDS ASSESSMENT OF NEUROPATHIC SYMPTOMS & SIGNS)

Το S-LANSS δημιουργήθηκε από τον Michael Bennett και δημοσιεύθηκε το 2005 (Bennett et al., 2005). Έχει στόχο την αξιολόγηση του ασθενούς με άλγος για τον εντοπισμό ύπαρξης νευροπαθητικής αιτιολογίας (Weingarten et al., 2007 ; Batistaki et al., 2016). Το αυτοσυμπληρούμενο αυτό ερωτηματολόγιο αντιπροσωπεύει ένα ευρέως αποδεκτό και επικυρωμένο όργανο αναγνώρισης του νευροπαθητικού πόνου παγκοσμίως (Gudala et al., 2017), με υψηλού βαθμού ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση της ισχιαλγίας (Koc et al., 2010; Elzahaf et al., 2013; Gudala et al., 2017; Tawa et al., 2019). Στη μελέτη των Batistaki et al. το 2016, σε χρόνια περιστατικά, κατά την ελληνική μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του S-LANSS η ευαισθησία ήταν 86,21% (95% CI 74,61% έως 93,83%) και η ειδικότητα 95,24% (95% CI 83,8% έως 99,28%). Σχετικά με την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ο συντελεστής Cronbach's α ήταν 0,67 δίχως βοήθεια συμπλήρωσης στους ασθενείς με την τιμή να αυξάνεται στο 0,81 όταν συμπληρώθηκε μέσω συνέντευξης (Batistaki et al., 2016). Έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες όπως στα κινέζικα, τούρκικα, αγγλικά, γερμανικά, γαλλικά, σουηδικά και σε άλλες ευρωπαϊκές γλώσσες και είναι γνωστή στην Αμερική (Koc et al., 2010 ; Garoushi et al., 2017).

2.1.16 QUEBEC TASK FORCE (QTF)

Το Quebec Task Force (QTF) είναι εργαλείο για την ταξινόμηση των σπονδυλικών διαταραχών και τη θέση των συμπτωμάτων (Spitzer et al., 1987). Αν και η ταξινόμηση QTF είχε αρχικά ως κατευθυντήρια γραμμή τη διαχείριση των ασθενών με σπονδυλικές διαταραχές, οι κατηγορίες QTF 1 - 4, οι οποίες σχετίζονται με την κατανομή του πόνου και τα σημεία της NRI (Natural Resources Institute) διαθέτουν προγνωστική ικανότητα (Hartvigsen et al., 2017). Η ταξινόμηση QTF έχει προγνωστική αξία σε επίπεδο ομάδας αλλά δεν έχει ακρίβεια στην πρόβλεψη μεμονωμένων ασθενών (Kongsted et al., 2013). Λόγω της απλότητας και συντομίας του, χρησιμοποιείται στην πρωτοβάθμια φροντίδα ενώ απαιτείται πιο λεπτομερή αποσαφήνιση των

κλινικών κριτηρίων για τη νευρολογική συμμετοχή στην κατηγορία 4 (Stynes et al., 2016). Το σύστημα (QTFC) έχει αποδειχθεί αξιόπιστο εργαλείο στην ταξινόμηση ασθενών με ισχιαλγία με βάση το σημείο του πόνου, τα νευρολογικά σημεία, την ακτινογραφική απεικόνιση και το ιστορικό χειρουργικής επέμβασης (Schenk et al., 2016). Οι πρώτες τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες δεν περιλαμβάνουν πληροφορίες από προηγμένη απεικόνιση όπως μαγνητική τομογραφία (MRI), έχουν δείξει καλή διακριτική ικανότητα (Frank et al., 2000). Μεταξύ των συστημάτων ταξινόμησης με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά, το σύστημα QTFC (Spitzer et al., 1987) σημείωσε την υψηλότερη βαθμολογία ως ποιοτικό εργαλείο αξιολόγησης. Έχει διερευνηθεί εκτενώς, είναι επικυρωμένο και προσαρμοσμένο και έχει ευρεία διάδοση και εφαρμογή στην έρευνα (Stynes et al., 2016).

2.1.17 MCKENZIE

Το 1960 ο Robin McKenzie ανέπτυξε μια μέθοδο για την κλινική διάγνωση και την θεραπεία του οσφυϊκού πόνου, οξύ ή χρόνιου. Η μηχανική διάγνωση και θεραπεία, είναι ένα σύστημα ταξινόμησης του πόνου (McKenzie, 2003; Lam et al., 2018) ανάλογα τη συμπτωματολογία έπειτα από επαναλαμβανόμενες κινήσεις στην τελική τροχιά της σπονδυλικής στήλης και από παρατεταμένες θέσεις (Hefford et al., 2008). Στόχος είναι η ταξινόμηση των ασθενών σε 3 μηχανικές υποομάδες ώστε να διαφοροποιηθούν οι ασθενείς που ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες στρατηγικές φόρτισης, όσοι δεν ανταποκρίνονται και αυτοί που χρειάζονται περαιτέρω ιατρική γνώμηση και να διακριθούν οι ασθενείς με μη ειδικής αιτιολογίας πόνο στη σπονδυλική στήλη, με παρόμοια συμπτωματολογία μετά την εφαρμογή μηχανικών δυνάμεων (McKenzie et al., 1990; Clare ., 2005; Lam et al., 2018). Η μέθοδος McKenzie, θεωρείται ολοκληρωμένη αξιολόγηση προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης, μέσω λήψης του ιστορικού, κλινικής εξέτασης, καθώς επίσης και αξιολόγησης της κλινικής εικόνας του ασθενή (Wong et al., 2008). Όταν εκτελείται από θεραπευτές εκπαιδευμένους στη μέθοδο, επιτρέπει την αξιόπιστη ταξινόμηση ασθενών με οσφυϊκό πόνο ($Kappa = 0,89$) (Clare et al., 2005). Διαθέτει επίσης εγκυρότητα (Werneke et al., 2010, Apeldoorn et al., 2016). Αυτό το μοντέλο αξιολόγησης και θεραπείας έχει αποδειχθεί ότι έχει καλή αξιοπιστία μεταξύ των εξεταστών κατά την ταξινόμηση των ασθενών με οσφυαλγία. Ωστόσο, τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητά της εξακολουθούν να αμφισβητούνται (Lam et al., 2018).

2.1.18 NICE

Το 2009, η NICE δημοσίευσε οδηγίες για τη διαχείριση μη ειδικής αιτιολογίας πόνου στην μέση που περιγράφεται ως τάση, πόνος ή / και δυσκαμψία στην κάτω περιοχή της μέσης (κάτω μέρος) από το θωρακικό κλωβό ως τις γλουτιαίες γραμμές. Για τον αποκλεισμό του πόνου που οφείλεται στη συμπίεση οσφυϊκών νευρικών ριζών, η NICE περιγράφει τις κλινικές εκδηλώσεις ως εξής: «μονομερής πόνος στο κάτω άκρο χειρότερος από τον πόνο στην πλάτη, πόνος που ακτινοβολεί στο πόδι ή τα δάκτυλα, μούδιασμα και παραισθησία ίδιας κατανομής, που σχετίζεται με κινητικό νευρολογικό έλλειμμα». Χρησιμοποιώντας τον ορισμό της NICE για την αξιολόγηση ατόμων με ισχιαλγία μπορεί να υπάρχει παράταση των συμπτωμάτων και καθυστέρηση της θεραπείας. Η διάγνωση της συμπίεσης της ρίζας του ισχιακού νεύρου είναι περίπλοκη και απαιτείται περαιτέρω εξέταση για την καθοδήγηση της NICE (Germon et al., 2014).

2.1.19 COUGHING, SNEEZING, STRAINING

Η αύξηση του πόνου σε άτομα με ισχιαλγία κατά τη διάρκεια του βήχα, του φτερνίσματος και του ισιώματος της μέσης αποτελεί ένα βασικό διαγνωστικό στοιχείο ισχιαλγίας (Verwoerd et al., 2012). Μια διαγνωστική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 395 ενήλικες ασθενείς με σοβαρή ισχιαλγία σε διάρκεια 6-12 εβδομάδων. Η αξιολόγηση έγινε για τη σημασία του εντοπισμού της επιδείνωσης του πόνου κατά τη διάρκεια του βήχα, του φτερνίσματος και του ισιώματος της μέσης, για την ύπαρξη συμπίεσης της νευρικής ρίζας στη μαγνητική τομογραφία όπου μπορεί να απαντηθεί ως εξής: μη επιδείνωση του πόνου, επιδείνωση του πόνου στην πλάτη, επιδείνωση του πόνου στα πόδια, επιδείνωση του πόνου στην πλάτη και στα πόδια. Θεωρητικά, ο βήχας, το φτέρνισμα ή το ίσιωμα της μέσης αυξάνει την πίεση οδηγώντας σε περισσότερο ερεθισμό ή μηχανική συμπίεση της νευρικής ρίζας με αποτέλεσμα ακτινοβολούμενο πόνο στο πόδι αλλά όχι στη πλάτη. Η «Επιδείνωση του πόνου στα πόδια» ήταν με 95%, CI 1.28–4.04 για την παρουσία συμπίεσης νευρικής ρίζας και με 95%, CI 1,27-4,90 για την παρουσία δισκοκήλης στη μαγνητική τομογραφία. Η επιδείνωση του πόνου στα πόδια κατά τη διάρκεια του βήχα, του φτερνίσματος ή του ισιώματος της μέσης έχει σημαντική διαγνωστική αξία για την παρουσία συμπίεσης νευρικής ρίζας και κήλης δίσκου στη μαγνητική τομογραφία σε ασθενείς με ισχιαλγία. Λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για τη διαγνωστική ακρίβεια των στοιχείων αυτών. Σε δύο προηγούμενες μελέτες βρέθηκε ότι έχουν σημαντική διαγνωστική τιμή (Vroomen et al., 2002; Coster et al., 2010). Ο εντοπισμός του πόνου (στην πλάτη και / ή πόδι) μπορεί να είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στους ασθενείς με συμπτώματα οσφυϊκής στένωσης (Verwoerd et al., 2016).

2.1.20 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο επιφανειακός πόνος είναι πολύ συγκεκριμένος και επομένως θα μπορούσε να συμβάλλει ο έλεγχος της αισθητικότητας στη διάγνωση της οσφυϊκής ριζοπάθειας (Tawa et al.,2017). Για τον έλεγχο της αισθητικότητας σε ασθενείς πάσχοντες από ισχιαλγία εξετάζεται η δερματομιακή κατανομή δηλαδή η αίσθηση της αφής (μείωση ή αύξηση) με βάση την κατανομή των ριζών στα κάτω άκρα (Shultz et al, 2005 ;2009). Αυτό πραγματοποιείται μέσω επιφανειακής πίεσης ή νυγμού, πάνω από την πρόσθια εσωτερική επιφάνεια του μηρού(O2), στην έσω επιφάνεια του γόνατος (O3), στην έσω επιφάνεια του κάτω τμήματος της κνήμης (O4),στην έξω κάτω επιφάνεια της κνήμης και στη ραχιαία επιφάνεια του ποδιού (O5),στην έξω πελματιαία επιφάνεια του ποδιού(μικρό δάκτυλο, πτέρνα και πέλμα) (I1), στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού (ιγνυακός βόθρος) και στην οπίσθια έξω επιφάνεια της πτέρνας (I2) (Sandra et al.,2009; Shultz et al., 2015). Η ευαισθησία του ελέγχου αισθητικότητας ήταν (σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%) 0,61 (0,47-0,73) και η ειδικότητα 0,63 (0,38-0,84) (Tawa et al., 2017).

2.1.21 ΜΥΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Με τον έλεγχο της μυϊκής δύναμης καθορίζεται το επίπεδο του πόνου (μέσω της αναστολής του μυός), η ικανότητα αντίστασης του μυός και η νευρομυϊκή ακεραιότητα των συσταλών δομών της πάσχουσας περιοχής, που πραγματοποιείται αρχικά μέσω ισομετρικής σύσπασης και στη συνέχεια σε όλο το εύρος τροχιάς κίνησης (Standaert et al., 2008; Shultz et al., 2015; Tawa et al., 2017). Ο φυσικοθεραπευτής κατά την αξιολόγηση της ισχιαλγίας εξετάζει τα μυοτόμια και την κινητικότητα των κάτω άκρων (Shultz et al.,2005; Al Nezari et al.,2013; Iversen et al.,2013) ,τον μυϊκό τόνο (αυξημένος ή μειωμένος), τις μυϊκές ατροφίες και τις ασυμμετρίες (May et al., 2006). Απαιτείται ο έλεγχος της μυϊκής ισχύος δηλαδή της μυϊκής δύναμης με σκοπό την εύρεση ελλειμμάτων και μυϊκής δυσλειτουργίας (Shultz et al.,2005). Ο έλεγχος της μυϊκής δύναμης περιλαμβάνει ισομετρικές συστολές κάθε μυοτομίου, που είναι εξαιρετικά αξιόπιστες σε ορθοπεδικά περιστατικά (Arokoski et al., 2002; Cibere et al., 2008) με συντελεστή αξιοπιστίας υψηλότερο από εκείνους που λαμβάνονται με ισοκινητικές εκτιμήσεις, τουλάχιστον για απαγωγή του ισχίου (ICC = 0.92-0.97)(Maffiuletti et al., 2010). Σε όρθια στάση ελέγχεται το O4 με περπάτημα στις πτέρνες και το I1 με περπάτημα στις μύτες (κάμψη ποδοκνημικής άρθρωσης). Τέλος η ύπαρξη ενδεχόμενης μυϊκής ατροφίας υπολογίζεται μετρώντας την περιφέρεια του μυϊκού ιστού και αν αυτή διαφέρει το λιγότερο 1 εκατοστό από τη μη συμπτωματική περιοχή τότε ο μυς έχει ατροφήσει στην πάσχουσα πλευρά (Homayouni et al., 2018). Η ευαισθησία στο μυϊκό έλεγχο είναι χαμηλή από 0,13 (0,04-0,31) έως 0,61 (0,36-0,83)(Tawa et al.,2017).

2.1.22 ΤΕΝΟΝΤΙΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

Τα τενόντια αντανάκλαστικά τα οποία συνδέονται με την ισχιαλγία, ελέγχονται με επίκρουση τένοντα, είναι εν τω βάθει και είναι της επιγονατίδας (O3-O4) (Suri et al., 2011; Iversen et al., 2013; Tawa et al., 2017) και του αχίλλειου τένοντα (I1) (Iversen et al., 2013, Suri et al., 2011). Επαναλαμβάνονται 4-5 φορές ώστε να είναι σωστό το αποτέλεσμα (Cotta et al., 2002; Shultz et al., 2015). Η ειδικότητα του ελέγχου των τενόντιων αντανάκλαστικών ήταν 0,60 (0,51-0,69) έως 0,93 (0,87-0,97) (σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%) και η ευαισθησία από 0,14 (0,09-0,21) έως 0,67 (0,21-0,94) (Tawa et al., 2017).

2.1.23 ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ STRAIGHT LEG RAISE: ΑΝΥΨΩΣΗ ΤΟΥ ΤΕΝΤΩΜΕΝΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ (SLR)

Η άρση τεταμένου σκέλους, που αποτελεί κύριο διαγνωστικό στοιχείο, κατά την εξέταση του ασθενή με ισχιαλγία (Majlesi et al., 2008; Iversen et al., 2013; Tawa et al., 2017), εκτελείται με ανύψωση του κάτω άκρου μέχρι να εμφανιστούν τα συμπτώματα του πόνου με τον ασθενή σε χαλαρή, ύπτια θέση. Αν τα συμπτώματα εμφανιστούν στις 30° - 70° τότε το τεστ είναι θετικό (Shultz et al., 2009; Iversen et al., 2013; Homayouni et al., 2018). Η ειδικότητα της θετικής δοκιμασίας αυξάνεται (90%) και η ευαισθησία μειώνεται (30%) εάν όταν ελεγχθεί το άλλο άκρο, μειωθεί ο πόνος στο συμπτωματικό άκρο. Η εκτέλεση ραχιαίας κάμψης του άκρου ποδιού αυξάνει την τάση του νευρικού ιστού δίχως στοιχεία για την ευαισθησία και συνηθέστερα εμφανίζει θετική δοκιμασία σε χαμηλότερο βαθμό ανύψωσης (Watson, 2011). Πριν την κάμψη ισχίου, η εκτέλεση ραχιαίας ή πελματιαίας κάμψης της ποδοκνημικής αποσκοπεί στην ευαισθητοποίηση του κνημιαίου ή του κοινού περονιαίου νεύρου αντίστοιχα (Boyd et al., 2005; Corpieters et al., 2006). Το SLR ολισθαίνει κυρίως τις νευρικές ρίζες των επιπέδων O4, O5 και I1 (0.5 - 5mm) και ελάχιστα τις νευρικές ρίζες του O2 και O3 (Majlesi et al., 2008) και καταγράφηκε ότι διαθέτει ευαισθησία 0,84 (0,72-0,92) και ειδικότητα 0,78 (0,67-0,87) (Tawa et al., 2017).

2.1.24 SLUMP TEST

Στην νευροδυναμική δοκιμασία του Slump test, που αποτελεί παραλλαγή του SLR με σημαντικές διαφοροποιήσεις (Flynn et al., 2008, Majlesi et al., 2008), αξιολογείται η δυναμική και η ευαισθησία των νευρικών δομών του περιφερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος ξεκινώντας από το κεφάλι, έπειτα μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα, καταλήγοντας στο κάτω άκρο (Shackloc 2005). Το Slump test είναι καλύτερο εργαλείο αξιολόγησης από το SLR διότι διαφοροποιείται αν ο πόνος προέρχεται από νευρική τάση ή από τα μαλακά μόρια και είναι πιο ευαίσθητο σε μεταβολές. Ακόμη διαθέτει ευαισθησία 0.84 και ειδικότητα 0.83 (Majlesi et al., 2008). Το Slump

προκαλεί ουριαία και κεφαλική ολίσθηση του νευρικού ιστού (νευρικές ρίζες, νωτιαία νεύρα ,μήνιγγες, νωτιαίος μυελός) ενώ το SLR προκαλεί ουριαία ολίσθηση κυρίως των νευρικών ριζών O4, O5 και I1 (Smith et al., 1993).

2.1.25. FEMORAL SLUMP TEST

Σε ασθενείς με ισχιαλγία εξετάζεται το τεστ ως θετικό εάν τα κλινικά συμπτώματα πόνου αναπαραχθούν και εάν η ένταση των συμπτωμάτων επηρεάζεται από την αλλαγή της νευρική τάσης (Shacklock et al.,2005; Lai et al.,2012; Tawa et al., 2017). Η δοκιμασία femoral slump test αποτελείται από αυχενική κάμψη, κάμψη κορμού, έκταση ισχίου και κάμψη γόνατος και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του μηριαίου νεύρου συμπεριλαμβανομένου του μεσαίου τμήματος της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Κατά τη δοκιμασία αυτή τα οδυνηρά συμπτώματα εμφανίζονται στην οσφυϊκή περιοχή, στη βουβωνική χώρα, στο ισχίο, στο μηρό ή στο γόνατο (συνήθως στο πρόσθιο τμήμα της επιγονατίδας) (Shacklock et al.,2005; Trainor et al.,2011; Lin et al., 2014).Βρέθηκε να έχει υψηλή ευαισθησία (διάστημα εμπιστοσύνης 95%) 1,00 (0,40-1,00) και ειδικότητα 0,83 (0,52-0,98)(Tawa et al., 2017).

2.1.26 MODIFIED BRAGARD TEST

Αποτελεί το Bragard τεστ, κλινικό τεστ της φυσικής εξέτασης για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (φυσικός ελιγμός). Το τροποποιημένο τεστ Bragard έχει σκοπό τη βελτίωση της δοκιμής SLR για τη διάκριση των ασθενών με ισχιαλγία . Το τεστ βασίζεται στο συνδυασμό κάμψης ισχίου και έκτασης γόνατος και με την εφαρμογή ραχιαίας κάμψης στον άκρο πόδα προκαλείται συμπτωματολογία ισχιαλγίας κάτω από το γόνατο σε ασθενείς ,έχοντας προηγηθεί αρνητικό SLR .Διαθέτει το τεστ 69.3% ευαισθησία και 67.4% ειδικότητα για τη διάγνωση της ισχιαλγίας. Αποτελεί μια εύκολη δοκιμασία και χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς με συμπίεση της O5 και I1 ρίζας (Homayouni, 2018).

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Εφόσον πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην παγκόσμια αρθρογραφία των εργαλείων που υπάρχουν για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας ,ακολούθησε η καταγραφή της γνώσης, της χρήσης καθώς και της επιθυμίας για γνώση των εργαλείων από τους Έλληνες φυσικοθεραπευτές . Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός δημιουργήθηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που συμπεριελάμβανε και τα εργαλεία της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας (κεφάλαιο 2) ,το οποίο ήταν διαθέσιμο σε ηλεκτρονική μορφή στους Έλληνες φυσικοθεραπευτές ώστε να συμπληρωθεί και να διεξαχθούν τα συμπεράσματα της μελέτης.

3.1 Υποκείμενα - Δείγμα - Επιλογή πληθυσμού έρευνας

Ο πληθυσμός που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν οι επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές (22 ετών και πάνω) που ήταν ενεργά εγγεγραμμένα

μέλη στον Πανελλήνιο Σύλλογο φυσικοθεραπείας οι οποίοι εθελοντικά θέλησαν να λάβουν μέρος συμπληρώνοντας ένα έντυπο καταγραφής που τους ήταν διαθέσιμο ηλεκτρονικά.

3.2 Κριτήρια Ένταξης – Αποκλεισμού

Για την ορθότερη διεκπεραίωση του ερωτηματολογίου υπήρχε ένα κριτήριο ένταξης σύμφωνα με το οποίο οι φυσικοθεραπευτές έπρεπε να είναι επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές/τριες (22 ετών και πάνω), εγγεγραμμένα μέλη του Πανελλήνιου συλλόγου φυσικοθεραπείας και να εργάζονται στην Ελλάδα . Αποκλείονταν από τη μελέτη όσοι εργάζονταν εκτός Ελλάδας ,όσοι δεν ήταν επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές, όσοι δεν ήταν εγγεγραμμένα μέλη του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπείας ή όσοι ήταν φοιτητές της σχολής φυσικοθεραπείας και δεν είχαν αποκτήσει ακόμα πτυχίο.

3.3 Εργαλεία Αξιολόγησης

Ένα έντυπο καταγραφής συντάχθηκε μέσω των πληροφοριών που συλλέχθηκαν από την ανασκόπηση της αρθρογραφίας και της βιβλιογραφίας των φυσιοθεραπευτικών μέσων αξιολόγησης της ισχιαλγίας. Έτσι οι ερωτήσεις αρχικά συμπεριλάμβαναν γενικές πληροφορίες για τους συμμετέχοντες (προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία π.χ. φύλο, ηλικία) αλλά και πληροφορίες για τη γνώση ή τη χρήση των μέσων αξιολόγησης της ισχιαλγίας. Συνολικά, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις. Η σύνταξη έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι όσο το δυνατό πιο απλό και κατανοητό από τους ερωτώμενους. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο, ο ερωτώμενος κλήθηκε να απαντήσει αποκλειστικά ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου ήταν υποχρεωμένος να επιλέξει μία από τις προτεινόμενες απαντήσεις, ενώ κάποιες από τις ερωτήσεις ήταν πολλαπλών απαντήσεων, όπου κανείς μπορεί να δώσει περισσότερες από μία απαντήσεις. Αποτελείται από ποιοτικές ερωτήσεις (ονομαστικής κλίμακας, κατηγορικές και διατάξιμες μεταβλητές).

3.4 Πιλοτικός έλεγχος

Αρχικά, προκειμένου να ελεγχθούν τα ερωτηματολόγια για την σαφήνεια και την κατανόησή τους, διεξάχθηκε μία μικρή πιλοτική μελέτη. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε 3 καταξιωμένους Έλληνες επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές ,ώστε να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις είχαν διατυπωθεί σωστά και αν ήταν εύκολα κατανοητές και απλές. Τα άτομα αυτά, τα οποία ήταν άτομα από το εργασιακό περιβάλλον της ερευνήτριας, δεν χρειάστηκαν κάποιες περαιτέρω διευκρινήσεις και συμπλήρωσαν μόνα τους τα ερωτηματολόγια. Η συνολική διαδικασία συλλογής δεδομένων

διήρκεσε 2 εβδομάδες και δεν φάνηκε να χρειάζονται μεγάλες αλλαγές στη διατύπωση των ερωτήσεων.

3.5 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Στους επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές τα ερωτηματολόγια προωθήθηκαν μέσω email από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπείας δίχως να γνωστοποιηθούν τα στοιχεία στους κύριους ερευνητές και συμπληρώθηκαν ανώνυμα σε ηλεκτρονική μορφή (το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο σύνδεσμο https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeldCJrAVBDr6ZKkrRzHczX8KxwwobC7Yjlp-BGw56pT6duoQ/viewform?usp=sf_link). Επιπρόσθετα προωθήθηκε το ερωτηματολόγιο μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Η διαδικασία της διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων που στάλθηκαν ηλεκτρονικά πραγματοποιήθηκε μέσα σε χρονικό διάστημα δύο μηνών. Υπήρξε χώρος που συγκεντρώθηκαν και θα επεξεργάστηκαν όλα τα δεδομένα εφόσον εκτυπώθηκαν σε χαρτί.

3.6 Στατιστικές εκτιμήσεις και ανάλυση

3.6.1 Μέγεθος Δείγματος

Το ακριβές μέγεθος του δείγματος βασίστηκε στο power calculation (υπολογισμός της ισχύος της μελέτης) με βάση των αριθμό των εγγεγραμμένων ενεργών - μελών φυσικοθεραπείας στον Πανελλήνιο Σύλλογο. Ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$, $p \leq 0.05$ και η ισχύς της μελέτης $> 80\%$ (0.8). Ο συνολικός αριθμός εγγεγραμμένων φυσικοθεραπευτών στον Πανελλήνιο σύλλογο ανέρχεται στα 9058 μέλη και το ιδανικό μέγεθος του δείγματος ήταν 369 άτομα που απαιτούνταν για τη μελέτη καταγραφής (power calculation).

3.6.2 Ανάλυση δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και στατιστική ανάλυση. Όλες οι απαντήσεις των ερωτηθέντων κωδικοποιήθηκαν προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάλυση των δεδομένων. Οι κωδικοποιημένες απαντήσεις καταχωρήθηκαν αρχικά σε ένα αρχείο excel του ηλεκτρονικού υπολογιστή και ύστερα έγινε η στατιστική ανάλυση με την βοήθεια του προγράμματος SPSS (Statistical Package of the Social Science ή Statistical Package and Service Solutions Version 19.0) για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, για τα δεδομένα του ερωτηματολογίου που εμπίπτουν σε κατηγορίες (categorical and nominal data), όπως το φύλο, η μόρφωση, η περιοχή διαμονής, χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες (Frequency) και ποσοστά (percent). Όσον αφορά την στατιστική ανάλυση έγιναν συσχετίσεις μέσω της διαδικασίας ελέγχου χ^2 του Pearson, προκειμένου να

διευκρινιστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων που αφορούν τα εργαλεία μέσω των οποίων πραγματοποιείται η αξιολόγηση της ισχιαλγίας και των δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών.

3.7 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας- έγκριση επιτροπής ηθικής - έντυπο ενημέρωσης & συναίνεσης υποκειμένων- απόρρητο πληροφοριών - παράπονα

Η έρευνα εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α) με αριθμό πρωτοκόλλου 35771/29-05-2020. Ζητήθηκε από τον Πανελλήνιο σύλλογο φυσικοθεραπείας να γνωστοποιήσει στα εγγεγραμμένα μέλη του με ηλεκτρονική ανακοίνωση μέσω email τη διεξαγωγή της έρευνάς μας και το σκοπό της στα πλαίσια των μηνιαίων ενημερώσεων που κάνει για παρόμοιες μελέτες. Στους κύριους ερευνητές δεν υπήρξε ενημέρωση ή γνωστοποίηση των στοιχείων των μελών – φυσικοθεραπευτών παρά μόνο ανώνυμα έλαβαν τις απαντήσεις τους. Επιπρόσθετα προωθήθηκε το έντυπο καταγραφής μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης με online ανάρτηση. Οι συνάδελφοι φυσικοθεραπευτές εφόσον συμφώνησαν εθελοντικά να συμμετέχουν στην έρευνά είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και καταγράψαμε ανώνυμα οι απαντήσεις τους. Με τη συμμετοχή τους στη μελέτη αυτή, αποδέχθηκαν ότι τα προσωπικά τους δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της έρευνας το οποίο αναφέρεται στο έντυπο που έχει δημιουργηθεί. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη και όλοι όσοι είχαν πρόσβαση στα δεδομένα αυτά ήταν υποχρεωμένοι να τηρούν εχεμύθεια. Στα δεδομένα είχαν πρόσβαση μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας και το περιεχόμενο των απαντήσεων παρέμεινε απόλυτα εμπιστευτικό και χρησιμοποιήθηκε μόνο για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας (προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων). Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, παράπονα ή καταγγελίες οι εθελοντές φυσικοθεραπευτές επικοινωνούσαν μέσω email: mscphys18008@uniwa.gr.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

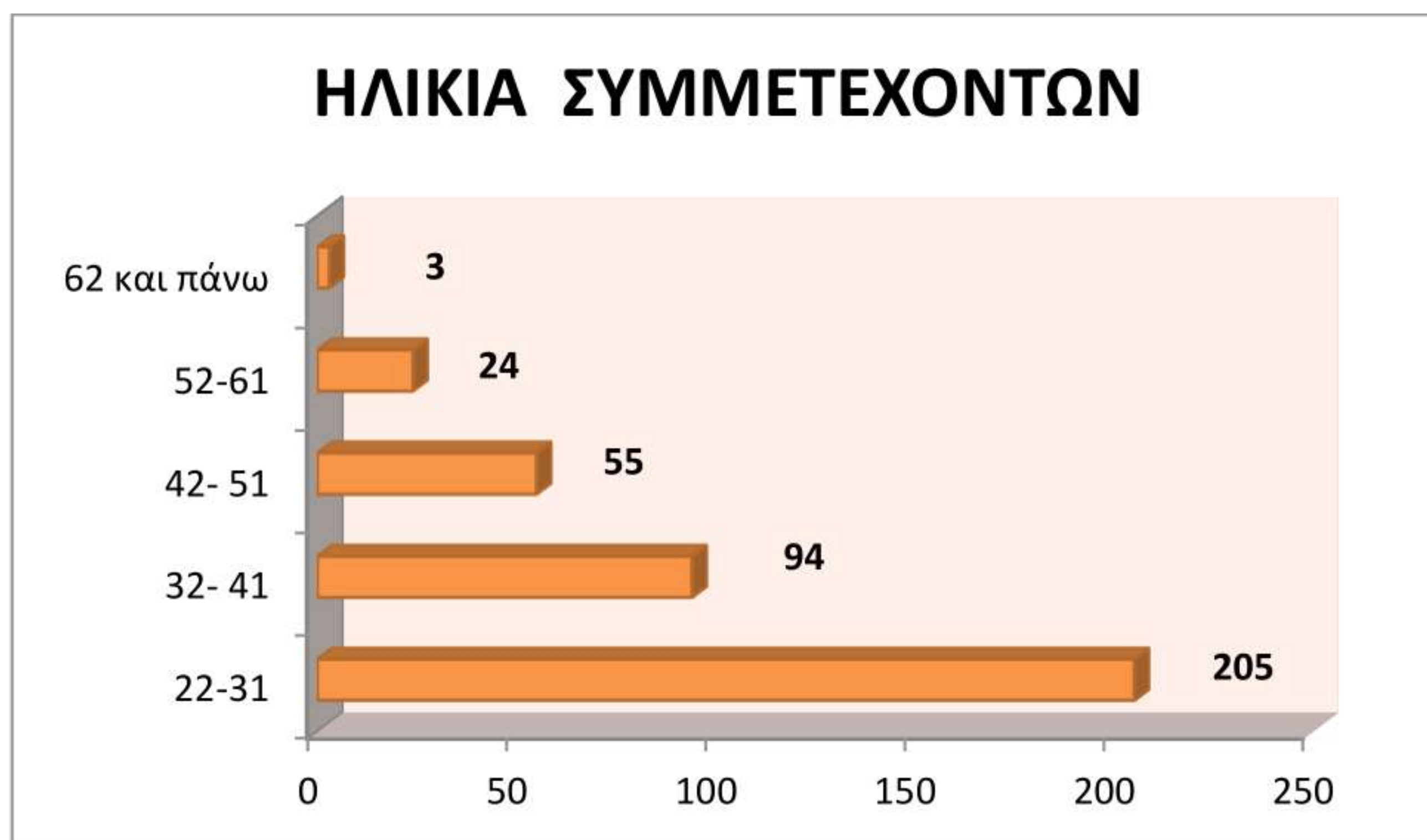
4.1 Περιγραφή δεδομένων του δείγματος

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση της περιγραφής των δεδομένων του δείγματος 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. Τα δεδομένα της συγκεκριμένης μελέτης αναφέρονται σε ένα δείγμα 381 επαγγελματιών φυσικοθεραπείας οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στον Πανελλήνιο σύλλογο Φυσικοθεραπευτών για το έτος 2020. Το ερωτηματολόγιο (βλ. παραρτήματα) αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου και δομείται σε τρία μέρη και οι φυσικοθεραπευτές κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (πρώτο μέρος), στοιχεία σχετικά με την εργασία τους (δεύτερο μέρος)

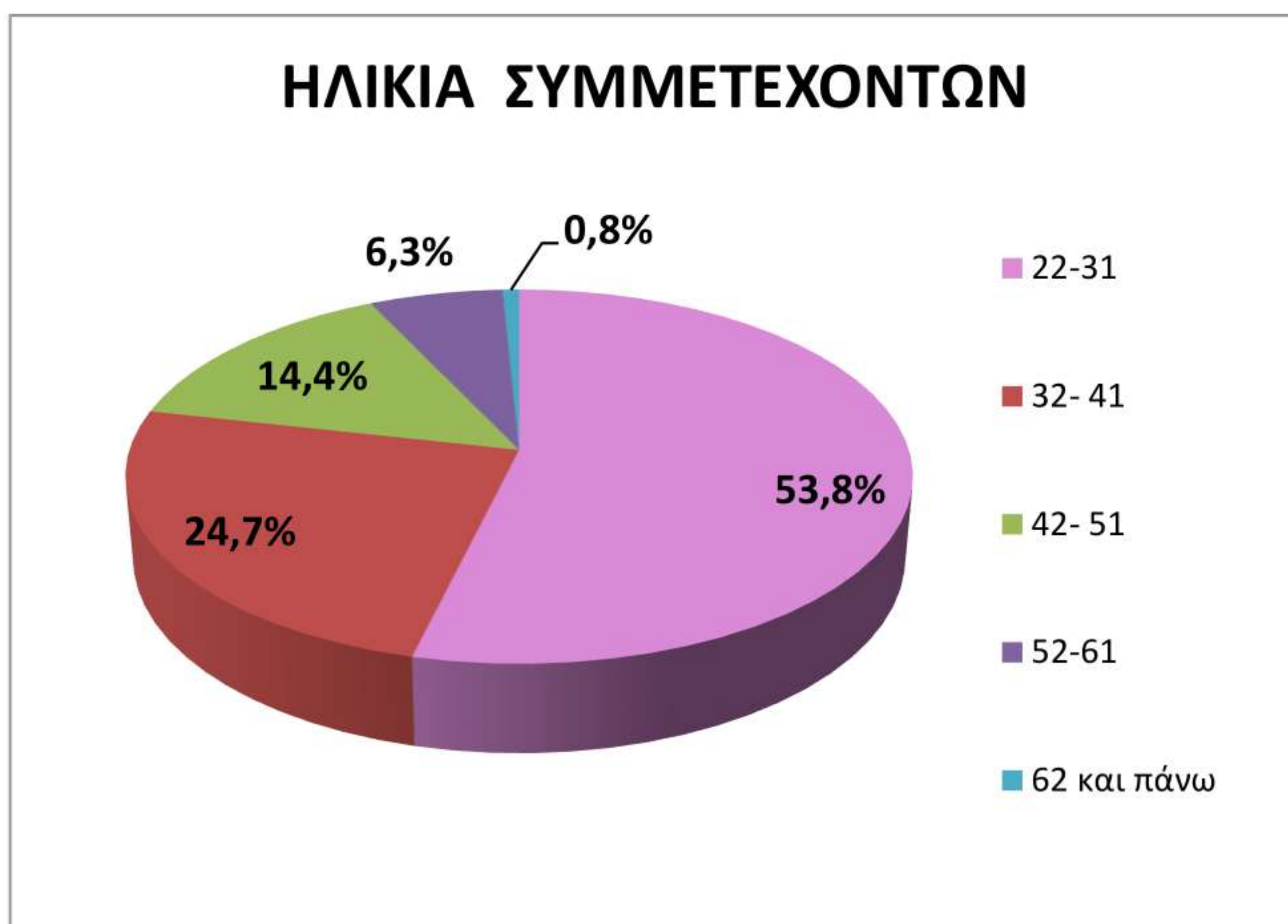
και με την ανάλυση της φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης (τρίτο μέρος), με τα αποτελέσματα τους να εμφανίζονται στην συνέχεια.

Από το σύνολο των 381 ατόμων του δείγματος, το 53,8% (205 άτομα) είναι από 22-31 ετών, το 24,7% (94 άτομα) είναι 32-41 ετών, το 14,4% (55 άτομα) είναι 42-51 ετών, το 6,3% (24 άτομα) είναι 52-61 ετών και το 0,8% (3 άτομα) είναι από 62 ετών και πάνω. Από το σύνολο των 381 ατόμων του δείγματος, το 56,4% (215 άτομα) είναι άνδρες, ενώ το υπόλοιπο 43,3% (165 άτομα) είναι γυναίκες ενώ το 0,3% (1 άτομο) δεν απάντησε σε ποιο φύλο ανήκει. Το 39,6% (151 άτομα) του πληθυσμού του δείγματος είναι απόφοιτοι του ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής), το 1,3 % (5 άτομα) της σχολής ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΠΑΥΛΟΣ, το 0,5% (2 άτομα) των ΚΑΤΕ, 0% (0 άτομα) των ΚΑΤΕΕ, 14,4% (55 άτομα) του ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Αλεξάνδρειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης), το 25,7% (98 άτομα) του ΤΕΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας), το 12,1% (46 άτομα) του ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Πανεπιστήμιο Πατρών) ενώ το 6,3% (24 άτομα) αποφοίτησαν από το εξωτερικό. Σχετικά με το έτος αποφοίτησης των επαγγελματιών φυσικοθεραπευτών πριν το 1980 αποφοίτησε το 1,3 % (5 άτομα), το 1981-1990 το ποσοστό ήταν 4,5% (17 άτομα), το 1991-2000 αποφοίτησε το 10,5% (40 άτομα), το 2001-2010 το 25,2% (96 άτομα) και το 2011-2020 το 58,5% (223 άτομα). Σχετικά με το βαθμό πτυχίου σε ποσοστό 11,8% (45 άτομα) τελείωσαν τη σχολή φυσικοθεραπείας με άριστα (8,5 - 10), το 82,9% (316 άτομα) με βαθμολογία λίαν καλώς (6,5 - 8,49) και το 5,2% (20 άτομα) με βαθμολογία καλώς (5-6,49). Επίσης από τους ερωτηθέντες το 67,7% (258 άτομα) δεν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές, το 29,9% (114 άτομα) έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα (Msc), το 1,8% (7 άτομα) έχω μεταπτυχιακό (Msc) και διδακτορικό δίπλωμα (Phd) ενώ το 0,5% (2 άτομα) έχουν μόνο διδακτορικό δίπλωμα (Phd) χωρίς μεταπτυχιακό (Msc). Επιπρόσθετα στην ερώτηση σχετικά με το αν οι φυσικοθεραπευτές έχουν παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια), το 86,9% απάντησε πως έχει παρακολουθήσει (331 άτομα) ενώ το υπόλοιπο 13,1 % (50 άτομα) ότι δεν έχει παρακολουθήσει. Σε αυτά τα 331 άτομα που απάντησαν καταφατικά πως έχουν παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την ισχιαλγία ζητήθηκε να απαντήσουν πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τη μορφή της δια βίου εκπαίδευσής τους όπου το 0,6% (5 άτομα) ανέφεραν ως μορφή δια βίου εκπαίδευσης το διδακτορικό πρόγραμμα, το 3,4% (29 άτομα) την εκπαίδευση εξ αποστάσεως, το 8,5% (73 άτομα) τα εργαστηριακά μαθήματα στο πλαίσιο συνεδρίων, το 22,7% (195 άτομα) την

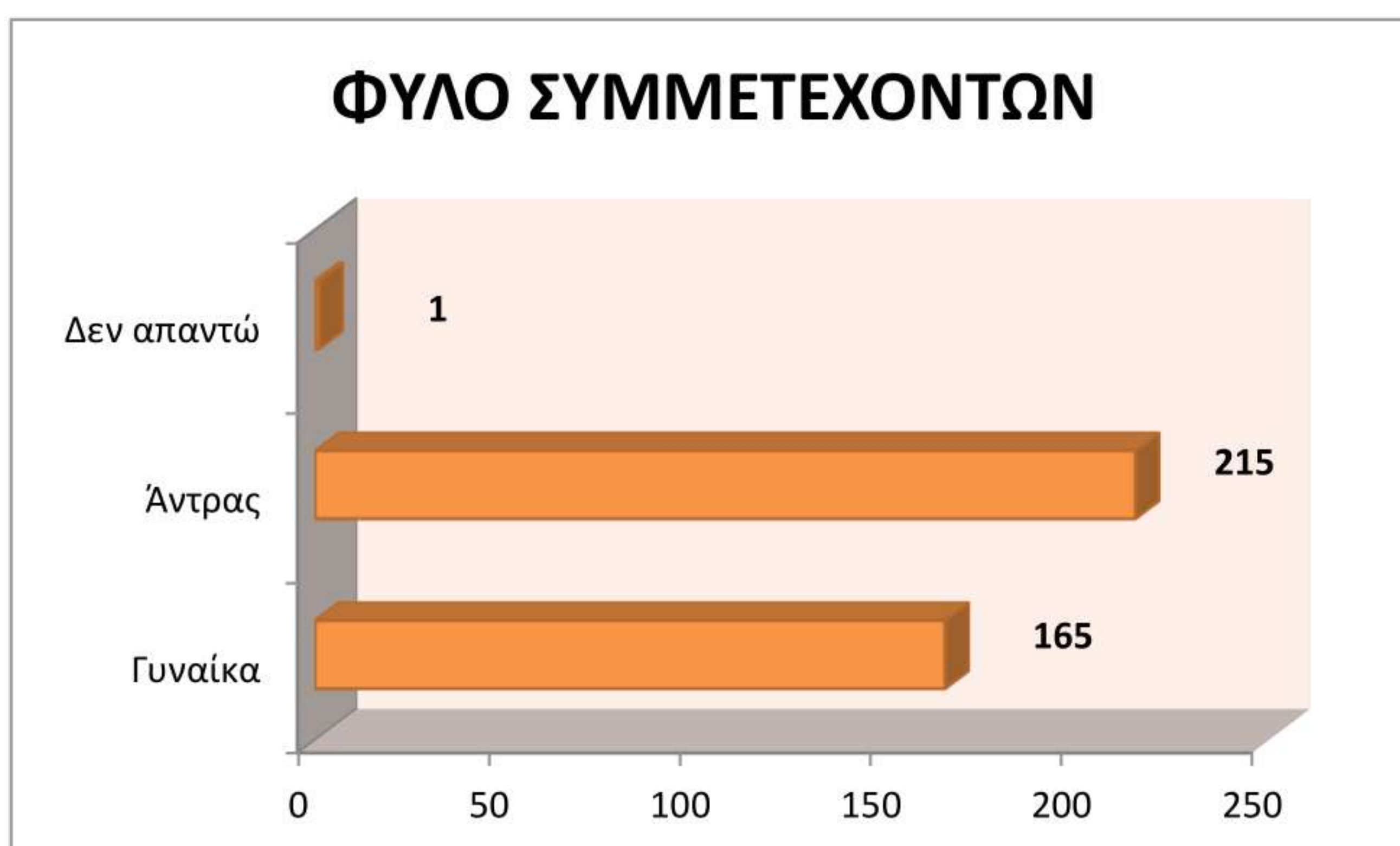
ημερίδα/ες, το 6,7% (58 άτομα) το μεταπτυχιακό πρόγραμμα, το 1% (9 άτομα) τα προγράμματα σε Κ.Ε.Κ (κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης) ,το 23,4% (201 άτομα) το σεμινάριο/α,το 5,7% (49 άτομα) την συγγραφή άρθρων , το 24,1 % (207 άτομα) το συνέδριο/α και το 4% (34 άτομα) τα προγράμματα σε ΚΕΔΙΒΙΜ (κέντρο επιμόρφωσης και δια βίου μάθησης).



Διάγραμμα 4.1: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της ηλικίας των συμμετεχόντων



Γράφημα 4.1: Κατανομή των ποσοστών της ηλικίας των συμμετεχόντων



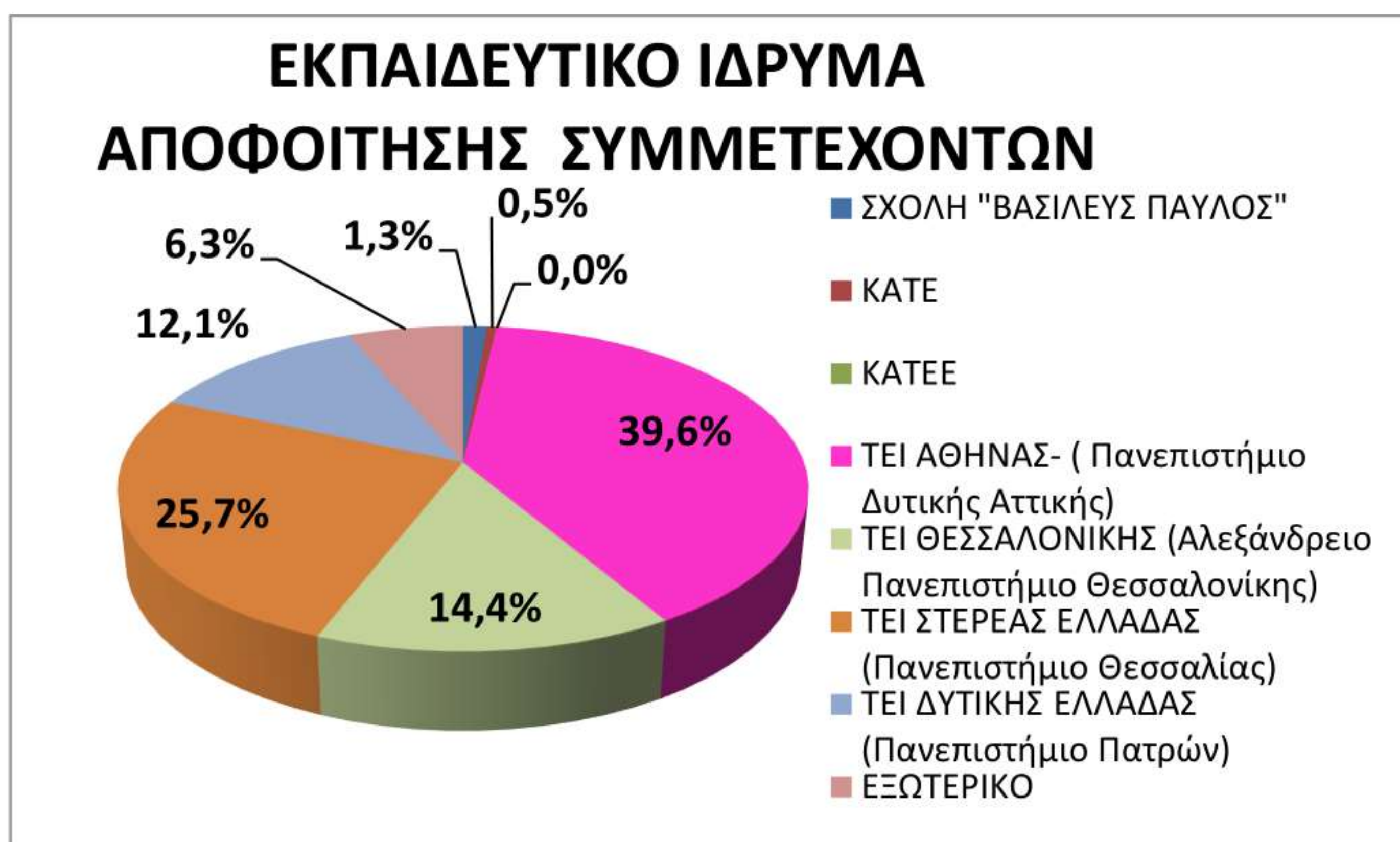
Διάγραμμα 4.2: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του φύλου των συμμετεχόντων



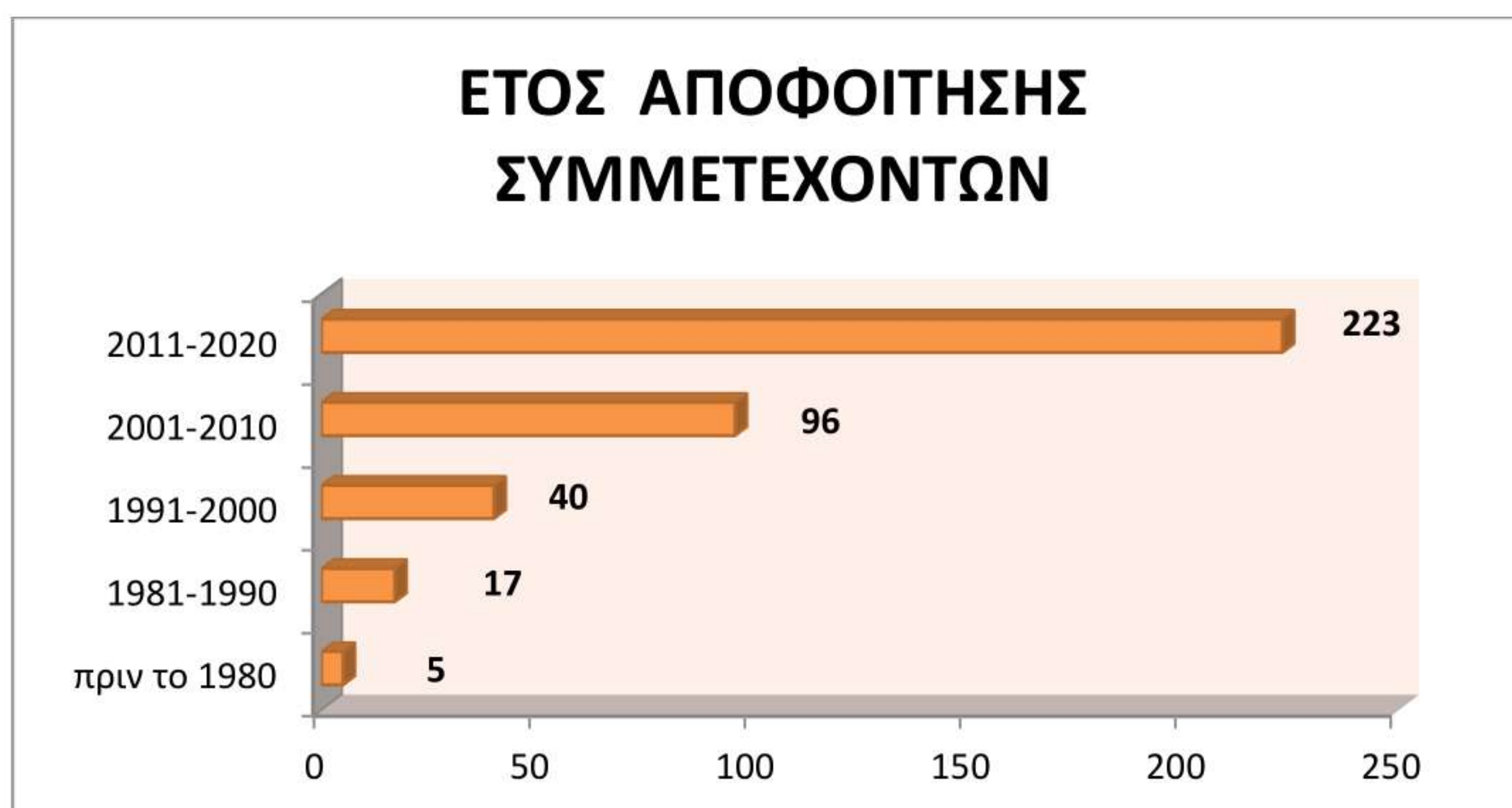
Γράφημα 4.2: Κατανομή των ποσοστών του φύλου των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 4.3: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης των συμμετεχόντων

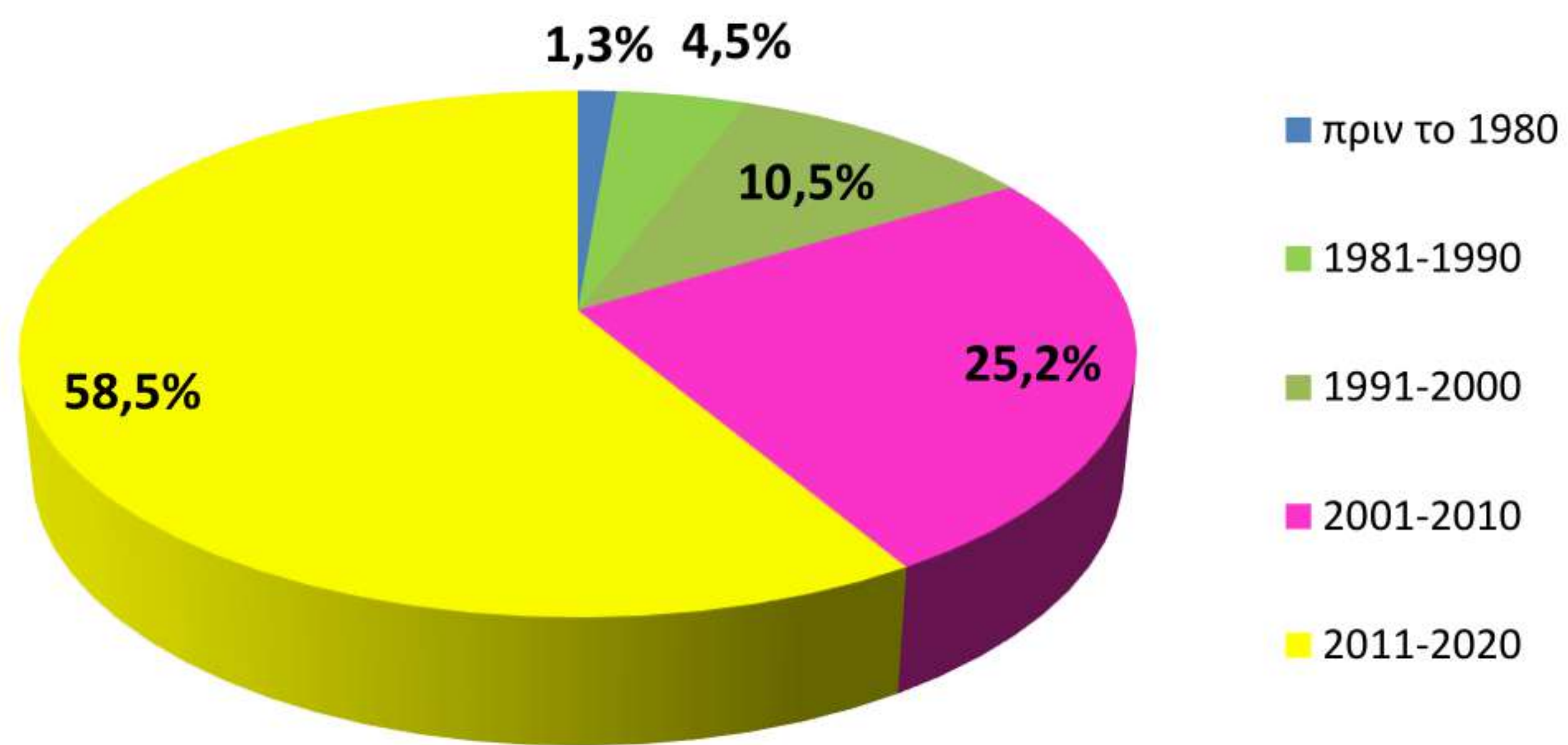


Γράφημα 4.3: Κατανομή των ποσοστών του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης των συμμετεχόντων



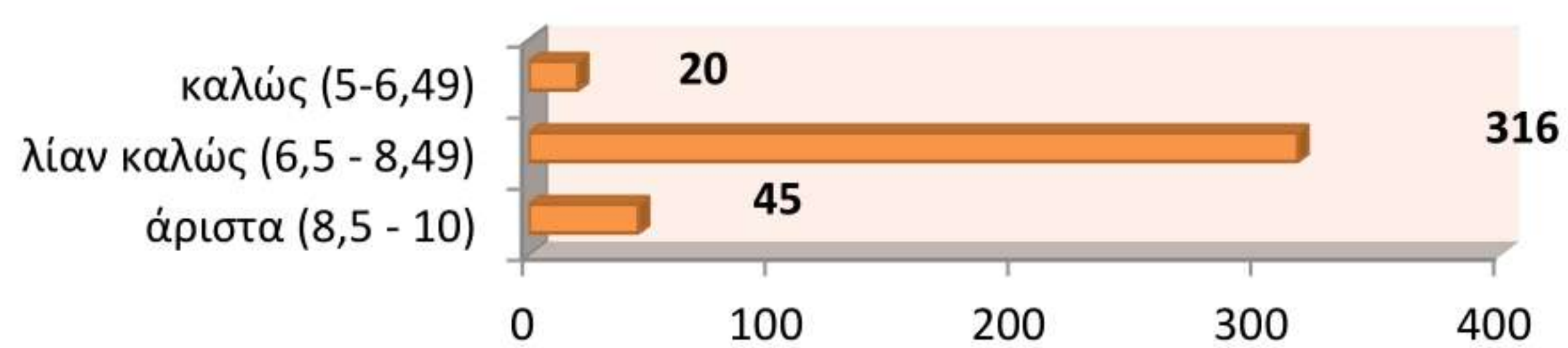
Διάγραμμα 4.4: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του έτους αποφοίτησης των συμμετεχόντων

ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



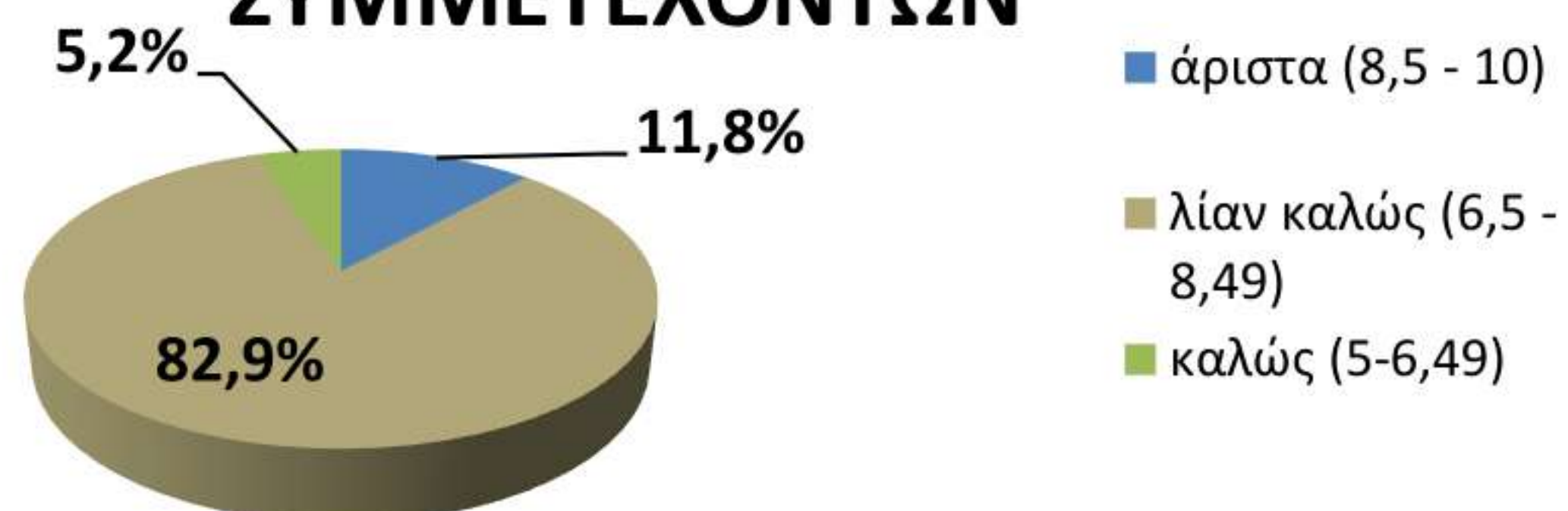
Γράφημα 4.4: Κατανομή ποσοστών του έτους αποφοίτησης των συμμετεχόντων

ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

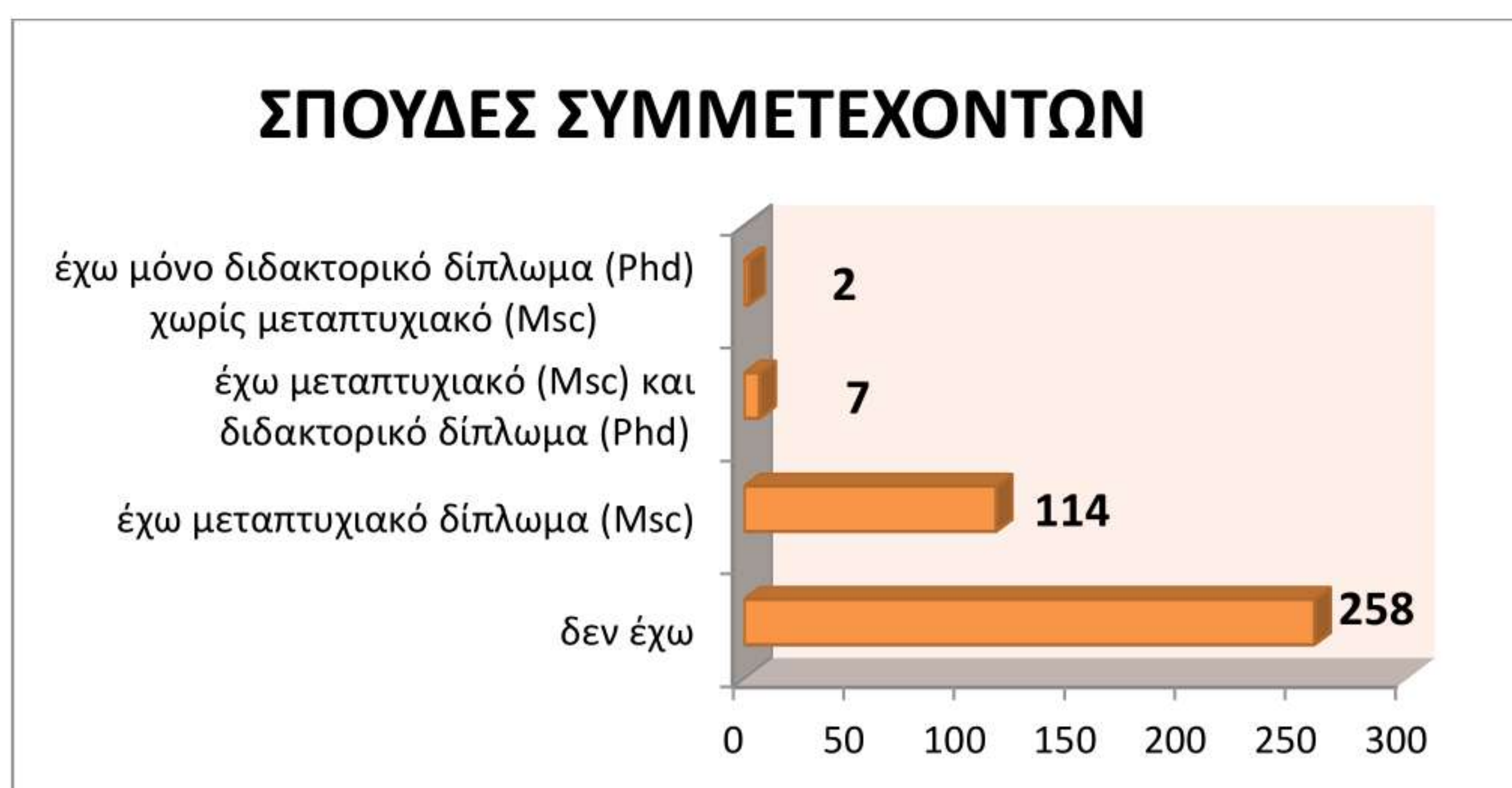


Διάγραμμα 4.5: Γραφική αναπαράσταση της κατανομής της συχνότητας του Βαθμού πτυχίου των συμμετεχόντων

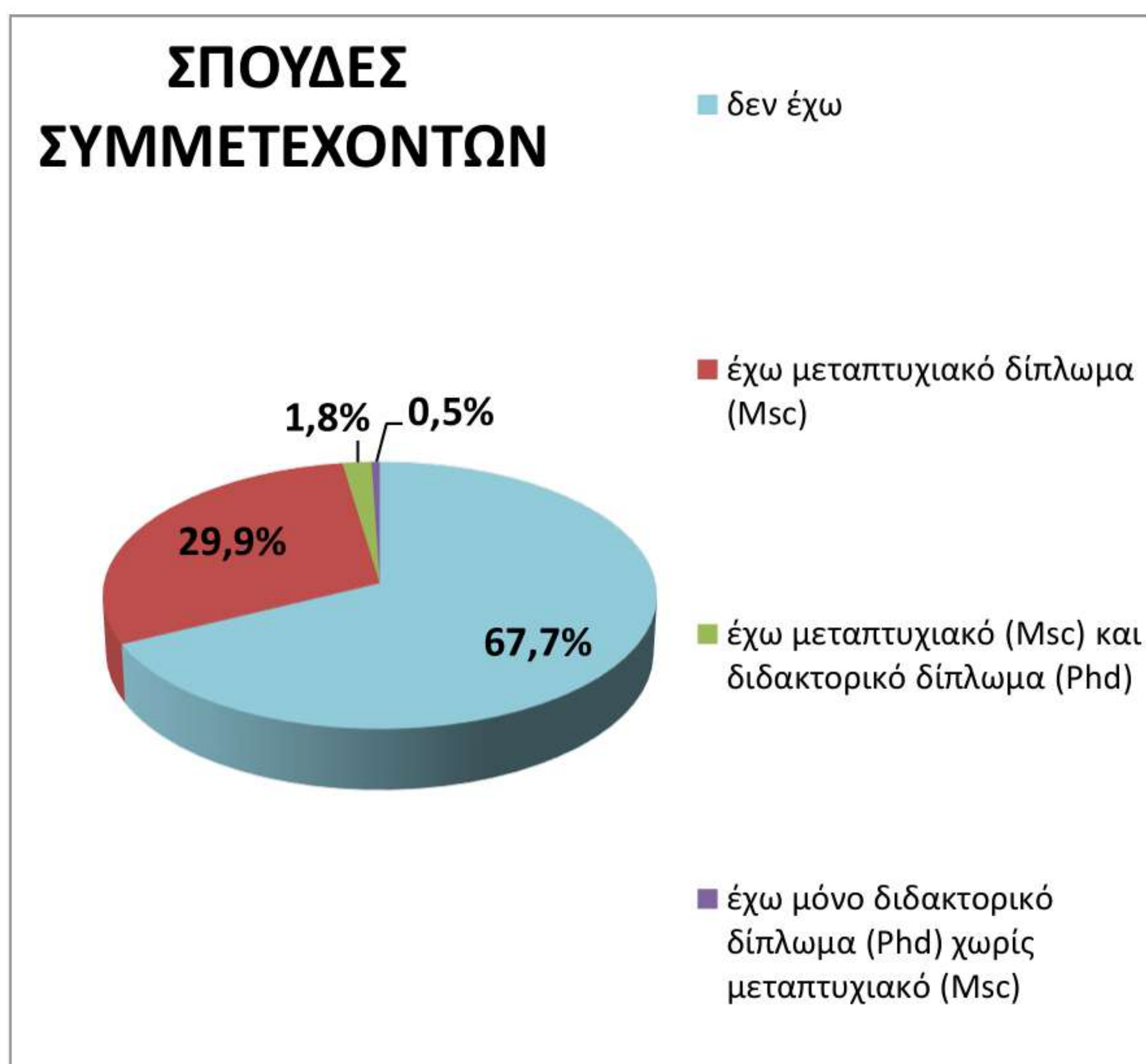
ΒΑΘΜΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



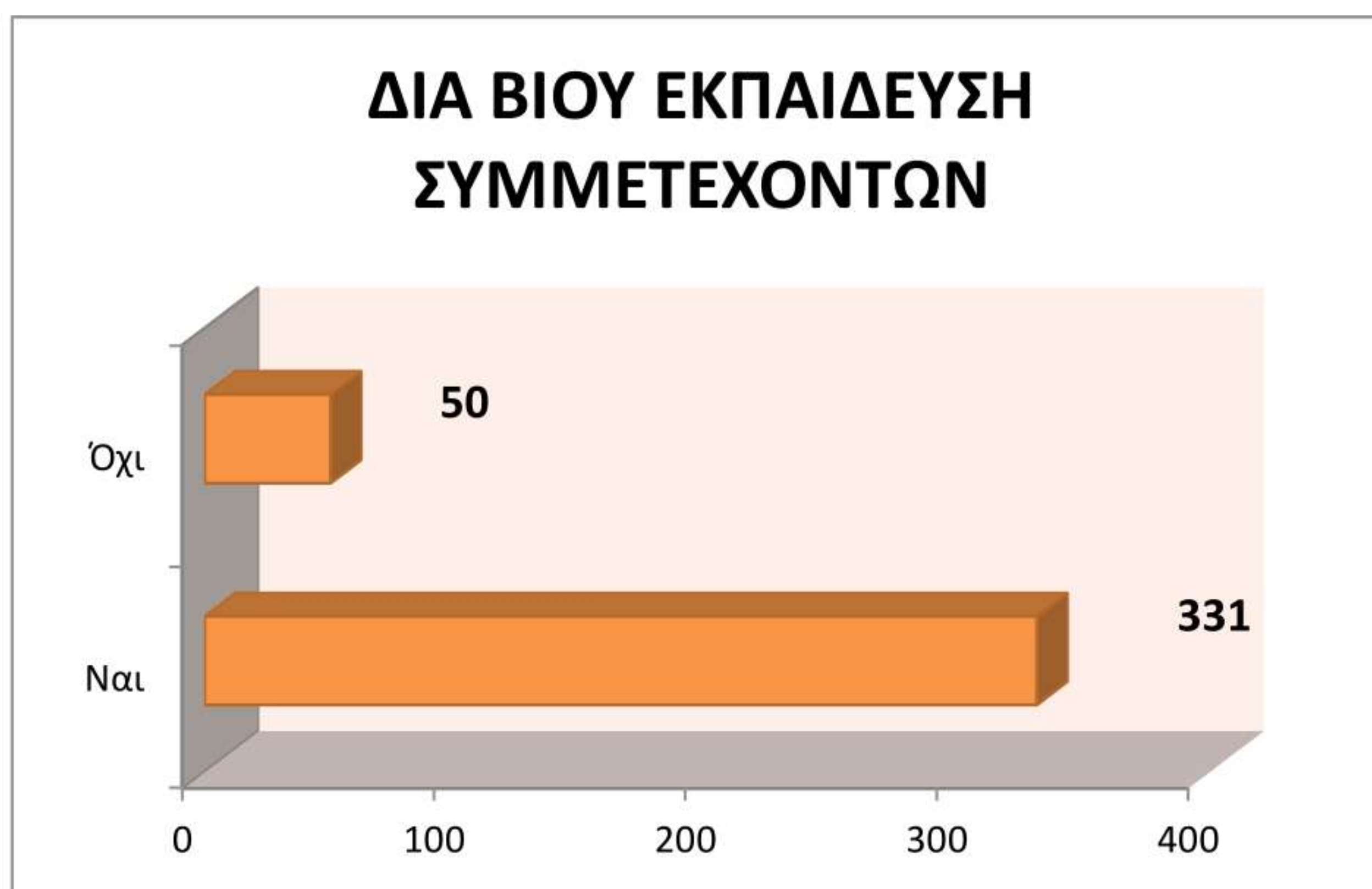
Γράφημα 4.5: Κατανομή ποσοστών του βαθμού πτυχίου των συμμετεχόντων



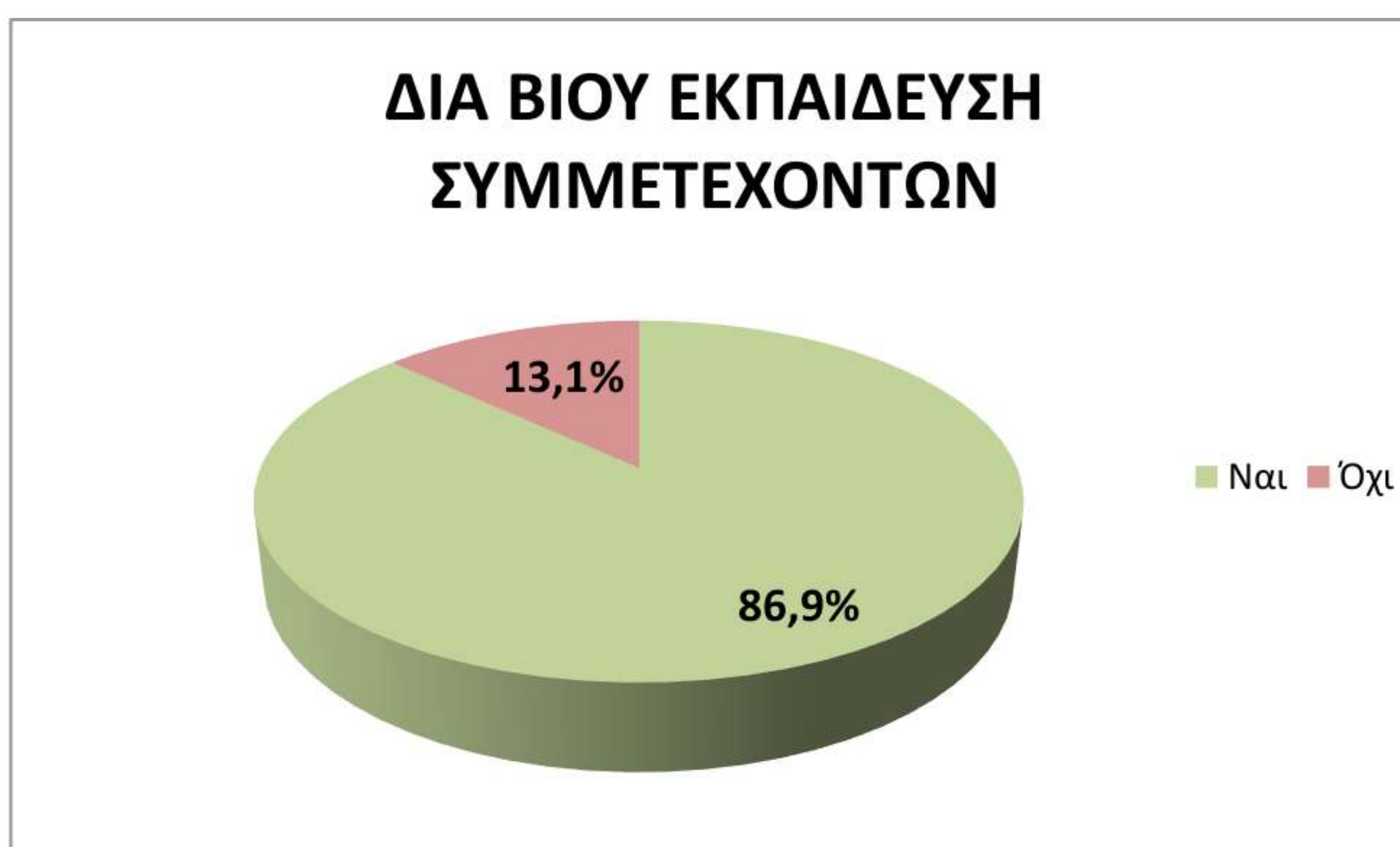
Διάγραμμα 4.6 : Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των μεταπτυχιακών σπουδών των συμμετεχόντων



Γράφημα 4.6 : Κατανομή ποσοστών των μεταπτυχιακών σπουδών των συμμετεχόντων

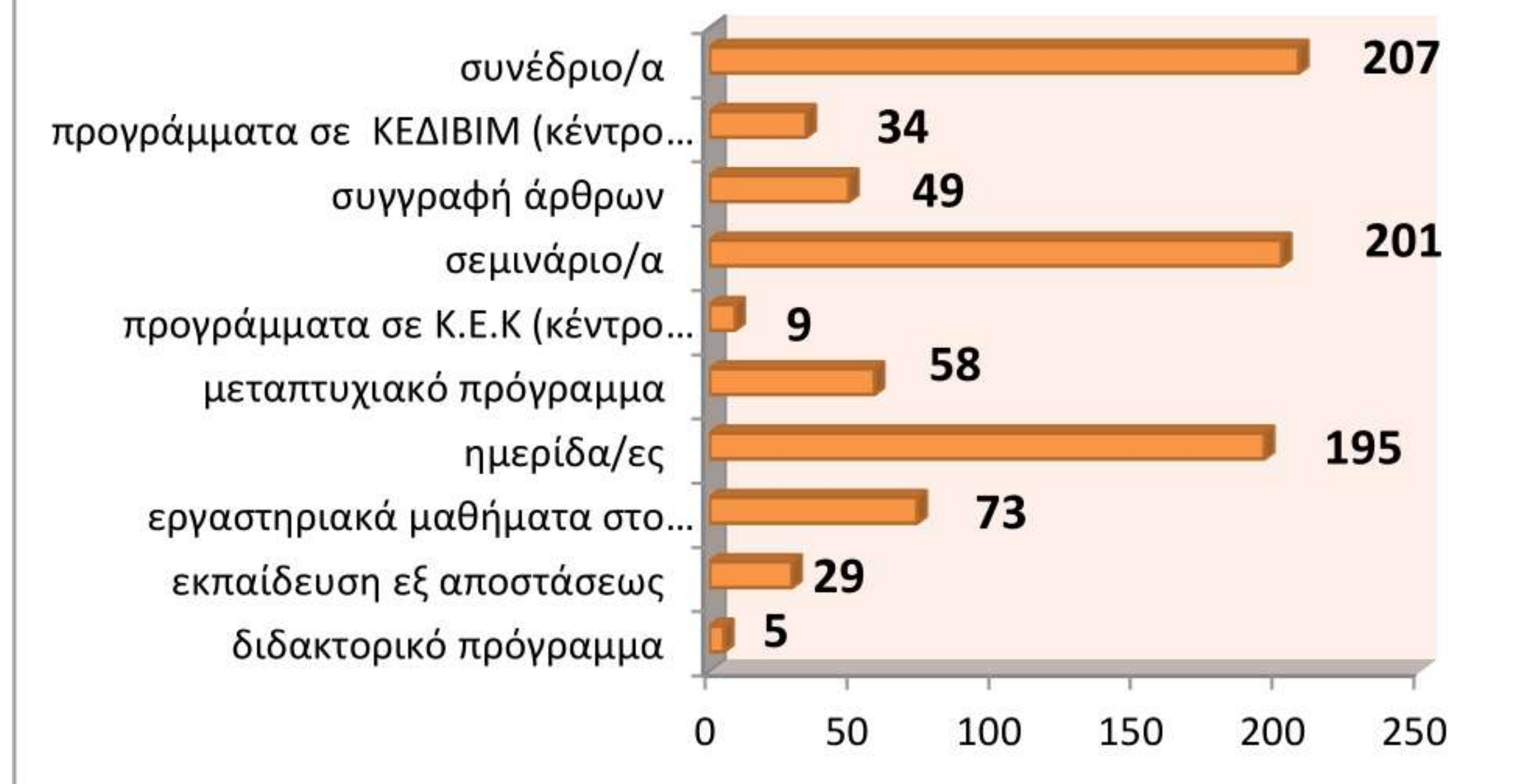


Διάγραμμα 4.7: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων



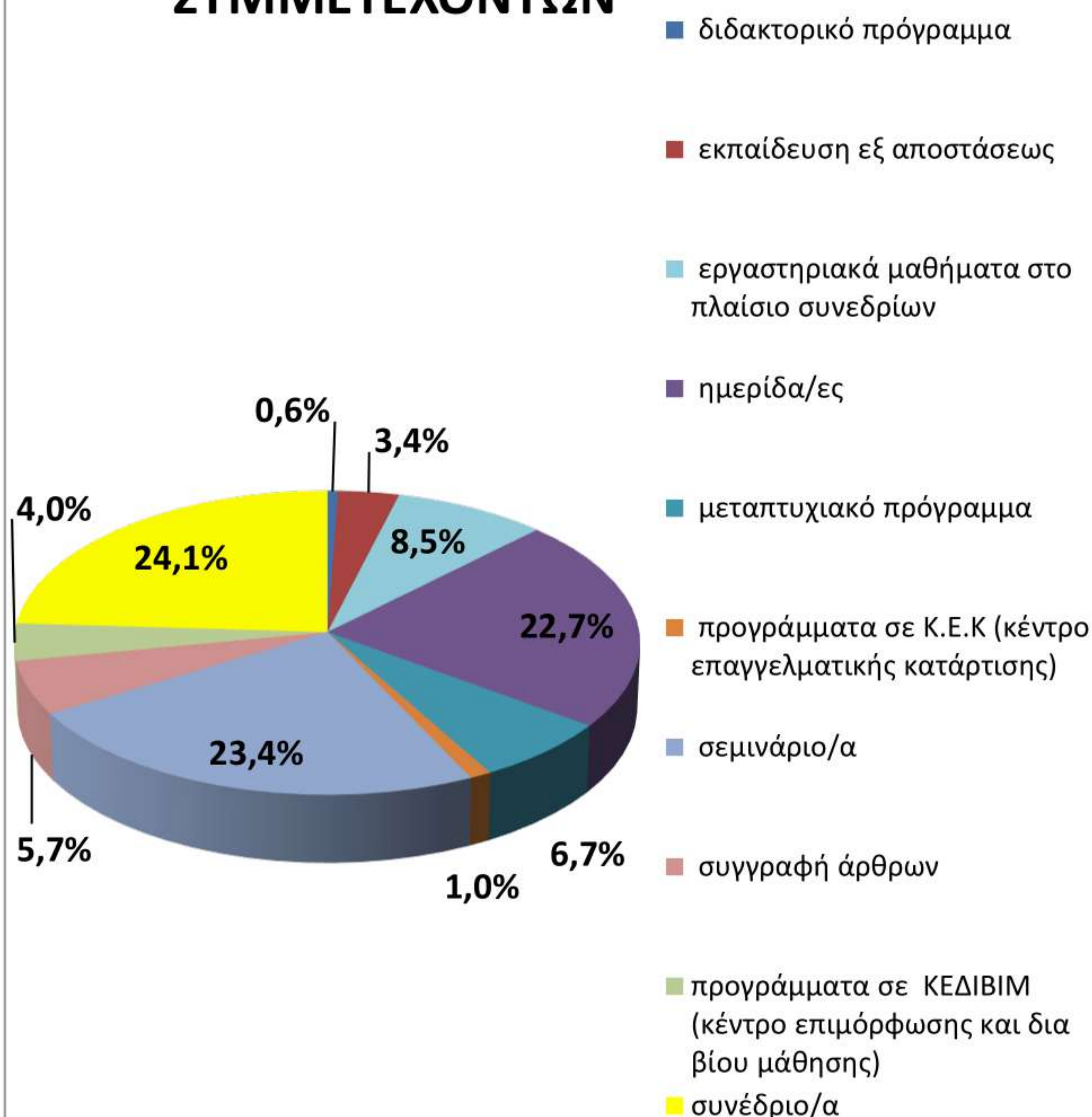
Γράφημα 4.7: Κατανομή ποσοστών της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

ΕΙΔΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



Διάγραμμα 4.8 : Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των ειδών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

ΕΙΔΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

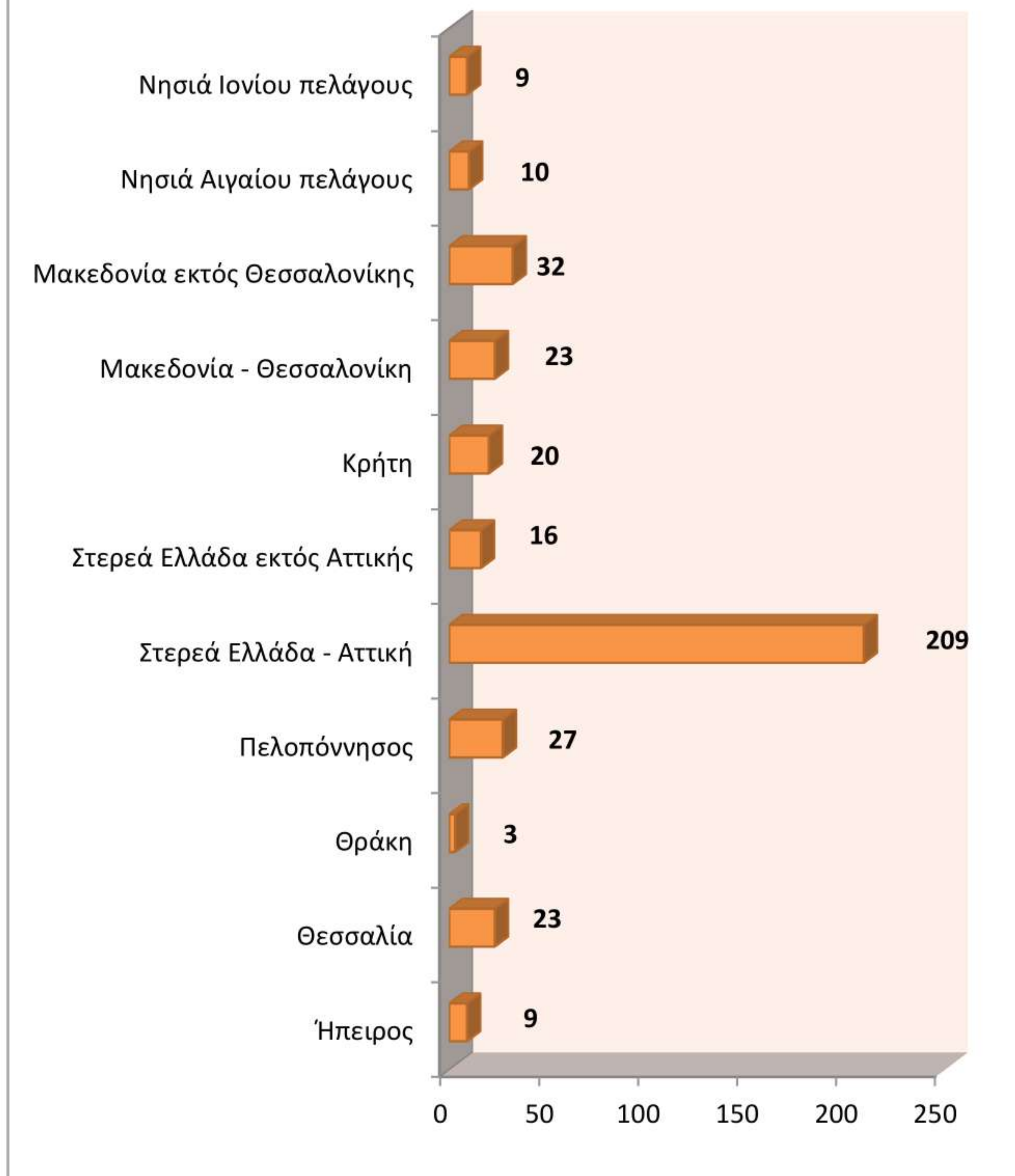


Γράφημα 4.8: Κατανομή ποσοστών των ειδών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

Σχετικά με το γεωγραφικό διαμέρισμα όπου ασκούν το επάγγελμά τους οι ερωτηθέντες, το 2,4 % (9 άτομα) εργάζεται στην Ήπειρο, το 6% (23 άτομα) στη Θεσσαλία, το 0,8 % (3 άτομα) στη Θράκη, το 7,1% (27 άτομα) στη Πελοπόννησο, το 54,9% (209 άτομα) στη Στερεά Ελλάδα - Αττική, το 4,2% (16 άτομα) στη Στερεά Ελλάδα εκτός Αττικής, το 5,2 % (20 άτομα) στην Κρήτη, το 6% (23 άτομα) στη Μακεδονία - Θεσσαλονίκη, το 8,4% (32 άτομα) στη Μακεδονία εκτός Θεσσαλονίκης, το 2,6% (10 άτομα) στα Νησιά του Αιγαίου πελάγους και τέλος το 2,4% (9 άτομα) στα Νησιά του Ιονίου πελάγους. Ακόμη διευκρινίστηκε μέσω του ερωτηματολογίου ότι το 90% (343 άτομα) εργάζονταν σε αστική περιοχή, ενώ το 10% (38 άτομα) σε αγροτική περιοχή. Αναφορικά με την κλινική εμπειρία των εργαζομένων το

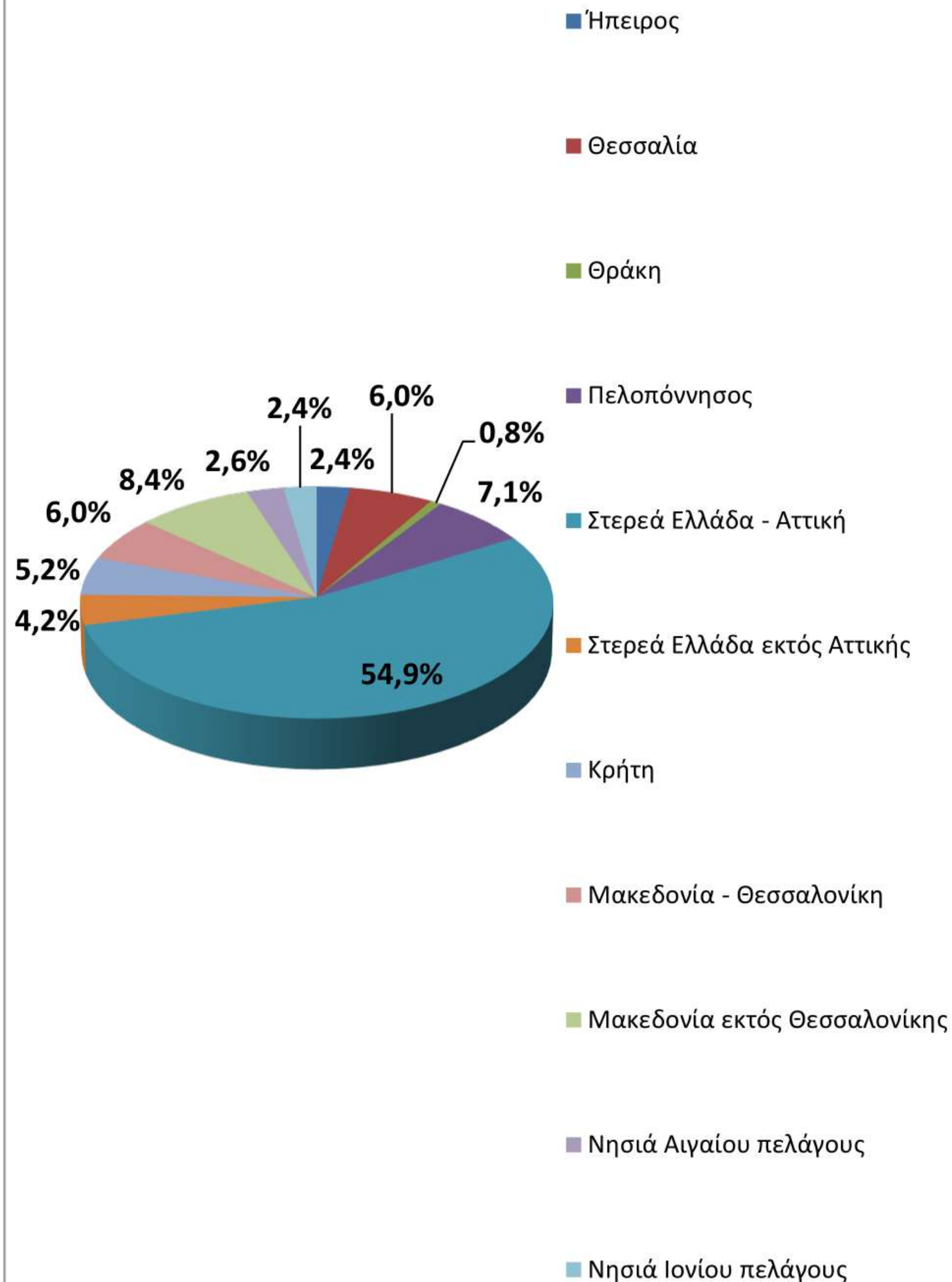
45,7% (174 άτομα) ασχολείται με το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας από 0-5 έτη, το 21% (80 άτομα) από 6-10 έτη, το 11,5% (44 άτομα) από 11-15 έτη, το 10% (38 άτομα) από 16-20 έτη, το 5% (19 άτομα) από 21-25 έτη, το 3,1% (12 άτομα) από 26-30 έτη και το 3,7% (14 άτομα) εργάζεται πάνω από 30 έτη. Σχετικά με το χώρο άσκησης του φυσικοθεραπευτικού επαγγέλματος το 10,3% (71 άτομα) εργάζεται σε αθλητική ομάδα – σωματείο, το 1,9% (13 άτομα) είναι άνεργοι, το 7,8% (54 άτομα) εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο, το 6,4% (44 άτομα) ως εκπαιδευτικοί, το 5,2% (36 άτομα) σε ιδιωτικό νοσοκομείο, το 20,7% (143 άτομα) σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο (ως υπάλληλοι), το 27,7% (192 άτομα) σε κατ'οίκον θεραπείες και τέλος το 20,1% (139 άτομα) σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο ως (ιδιοκτήτες). Σχετικά με το ωράριο εργασίας των ερωτηθέντων το 41,7% (159 άτομα) εργάζονται από 5-8 ώρες την ημέρα, το 40,9% (156 άτομα) από 9-12 ώρες, το 10,2% (39 άτομα) έως 4 ώρες και τέλος το 7,1% (27 άτομα) ξεπερνούν τις 12 ώρες εργασίας ημερησίως. Στην ερώτηση σχετικά με τον αριθμό κατά μέσο όρο των ασθενών που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές ημερησίως το 23,6% (90 άτομα) απάντησε πως αναλαμβάνει 0-5 περιστατικά, το 32,3% (123 άτομα) αναλαμβάνει 6-10 περιστατικά, το 25,2% (96 άτομα) αναλαμβάνει 11-15 περιστατικά ενώ το 18,9% (72 άτομα) αναλαμβάνει πάνω από 16 περιστατικά. Στην ερώτηση σχετικά με τον αριθμό των περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι φυσικοθεραπευτές κατά μέσο όρο σε ένα έτος το 22,6% (86 άτομα) αντιμετωπίζει από 0-10 περιστατικά, το 15,7% (60 άτομα) αντιμετωπίζει 11-20 περιστατικά, το 17,3% (66 άτομα) αντιμετωπίζει 21-30 περιστατικά, το 8,9% (34 άτομα) αντιμετωπίζει 31-40 περιστατικά, το 11,3% (43 άτομα) αντιμετωπίζει 41-50, ενώ το 24,1% (92 άτομα) αντιμετωπίζει περισσότερους από 50 ασθενείς με ισχιαλγία ετησίως. Επίσης το 3,2% (35 άτομα) ασχολείται με ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, το 30,3% (328 άτομα) ασχολείται με μυοσκελετικούς ασθενείς, το 16,3% (176 άτομα) με νευρολογικούς ασθενείς, το 5,3% (57 άτομα) με ασθενείς που χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη, το 18,8% (203 άτομα) με άτομα τρίτης ηλικίας, το 5,6% (61 άτομα) με παιδιά, το 14% (152 άτομα) με αθλητές, το 6,2% (67 άτομα) με ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα και το 0,3% (3 άτομα) με κανένα από αυτά τα περιστατικά.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

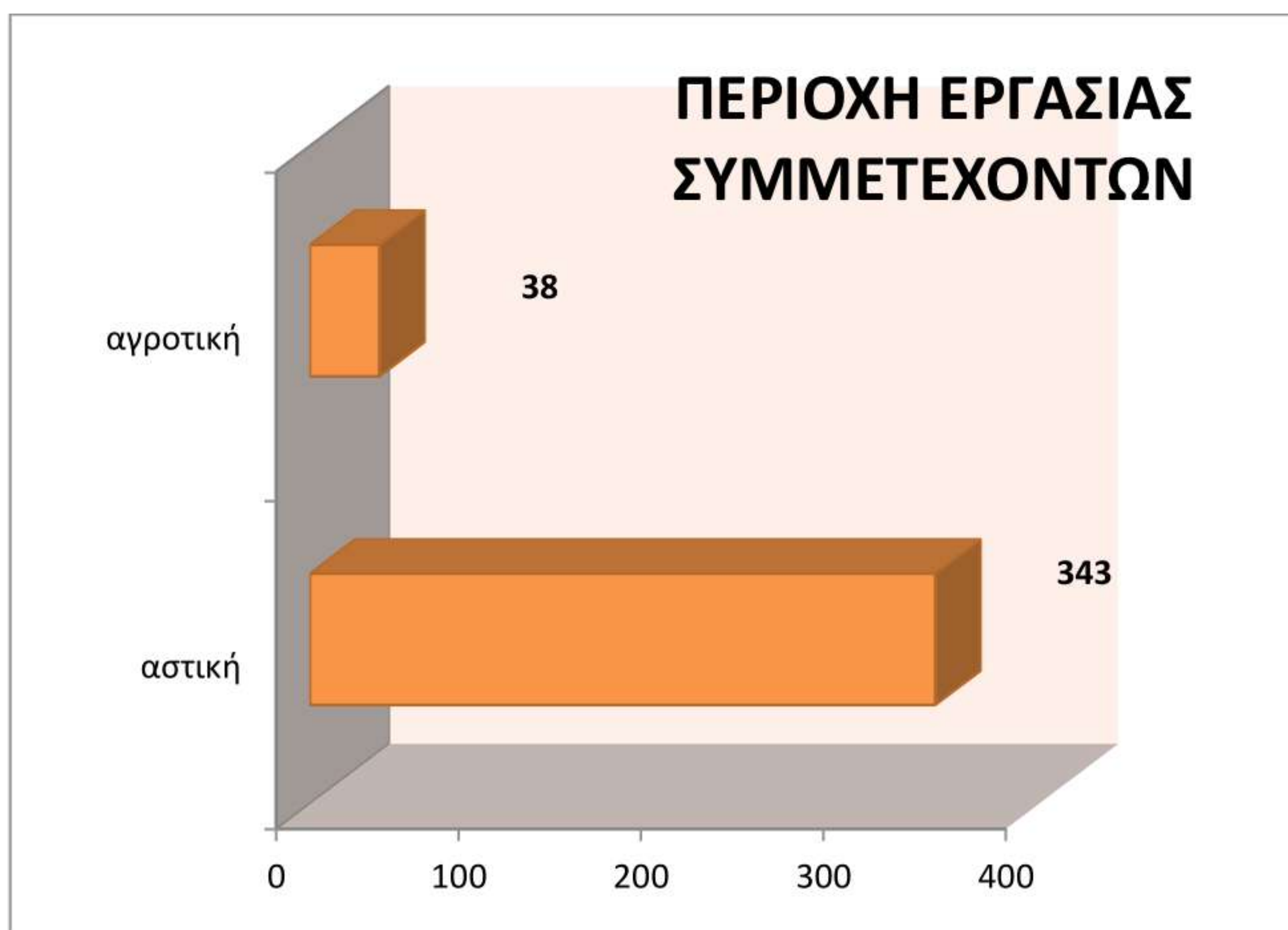


Διάγραμμα 4.9: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



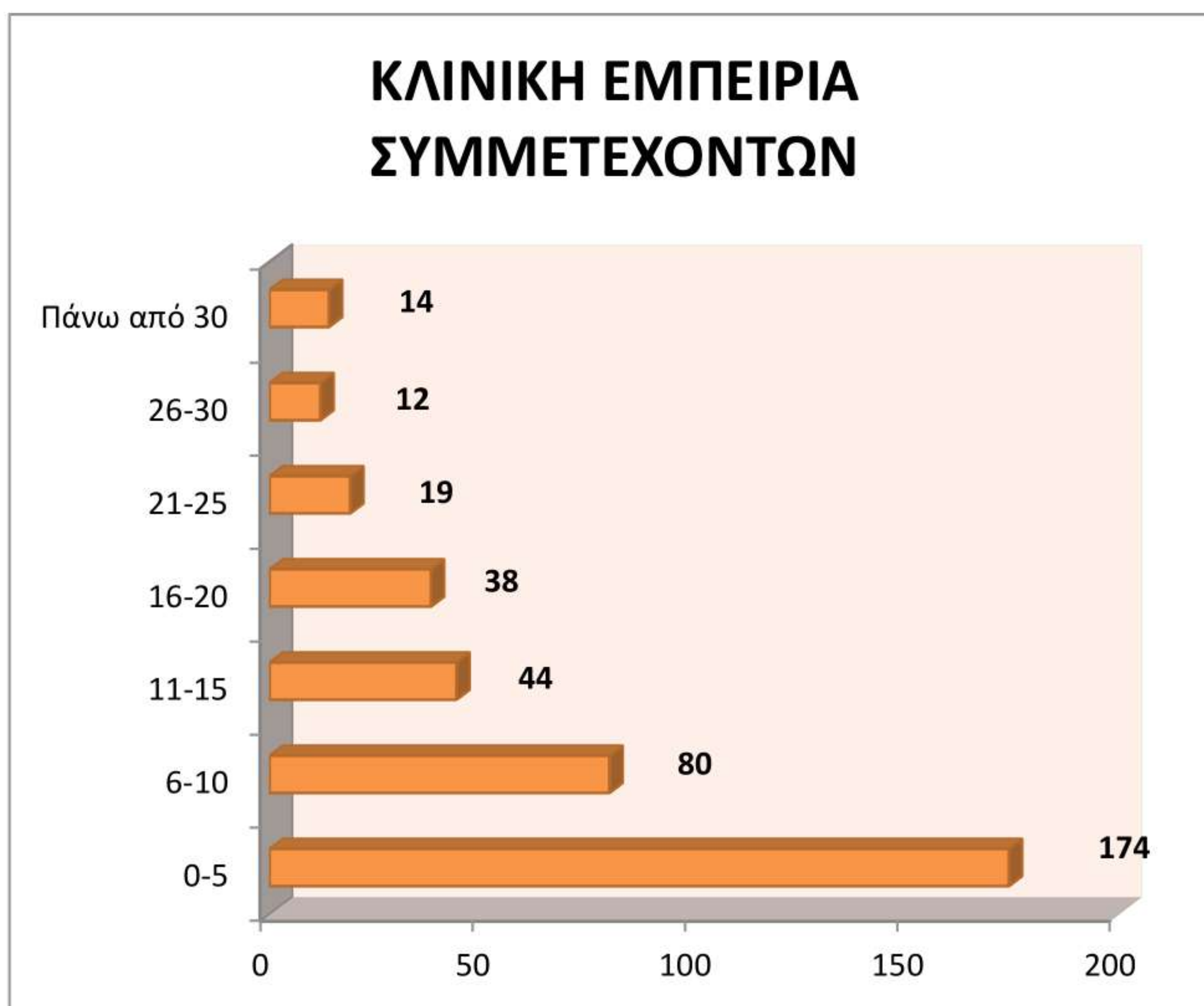
Γράφημα 4.9: Κατανομή ποσοστών του γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες



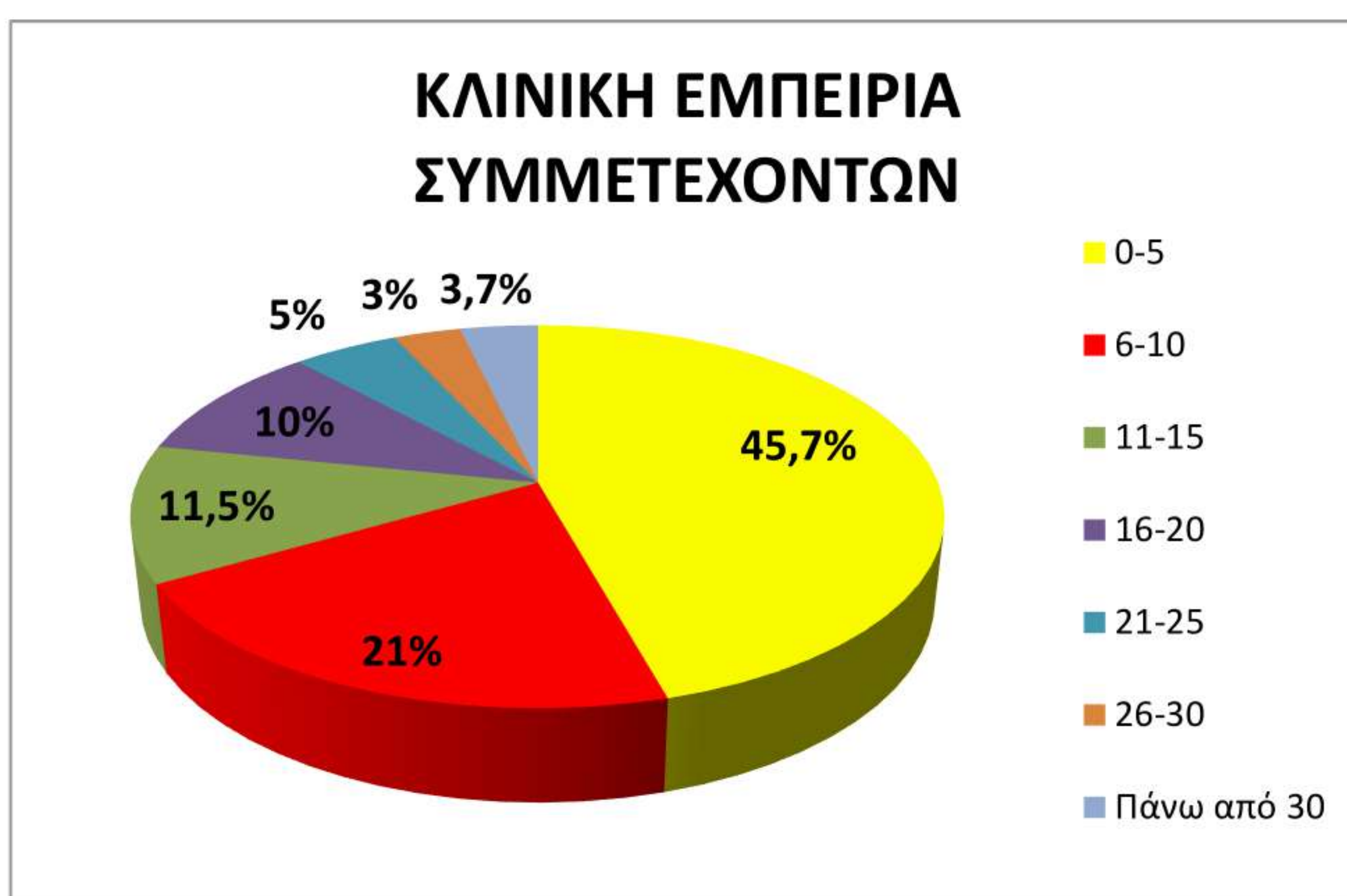
Διάγραμμα 4.10 : Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της περιοχής όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες



Γράφημα 4.10: Κατανομή ποσοστών της περιοχής όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες

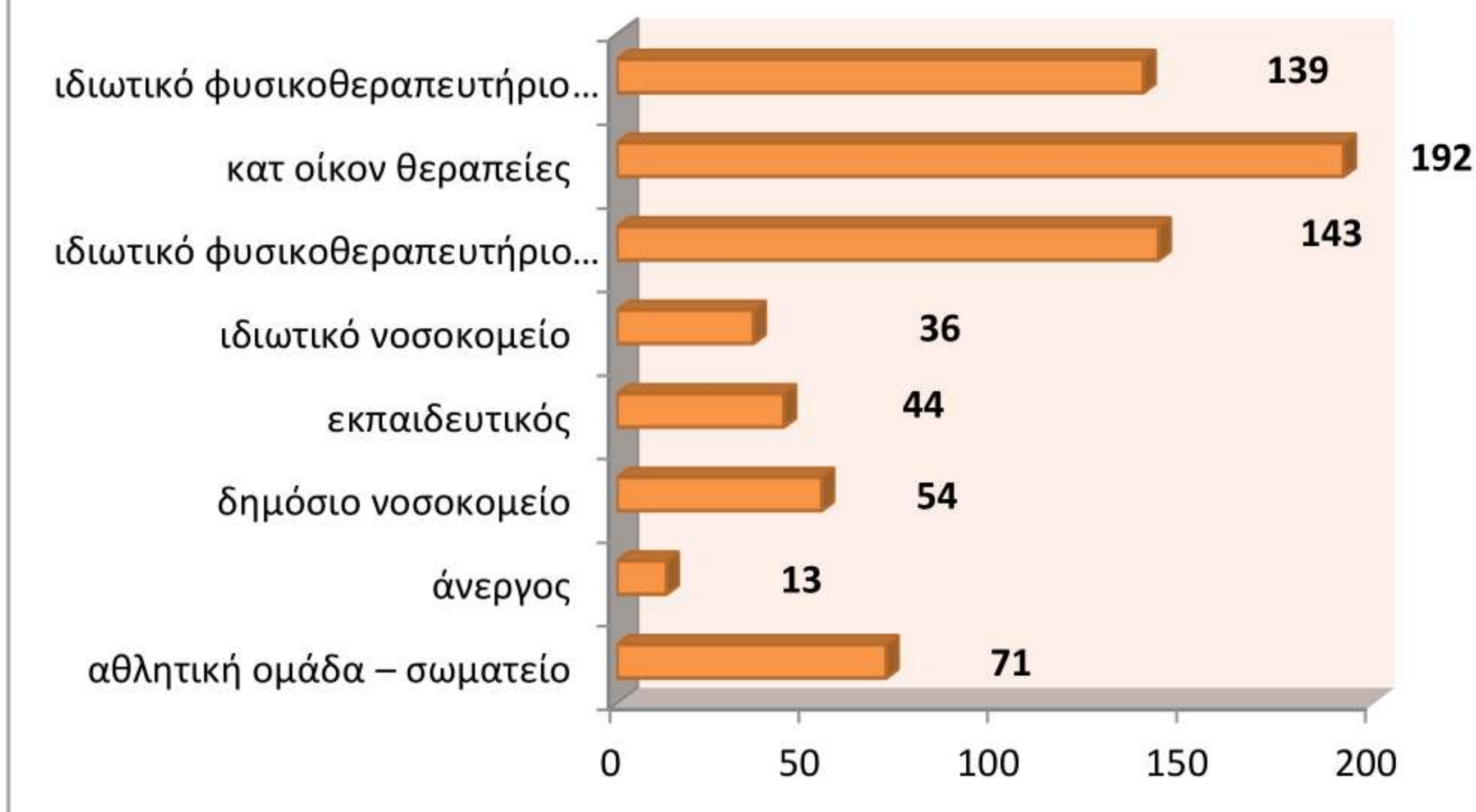


Διάγραμμα 4.11: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της κλινικής εμπειρίας των συμμετεχόντων



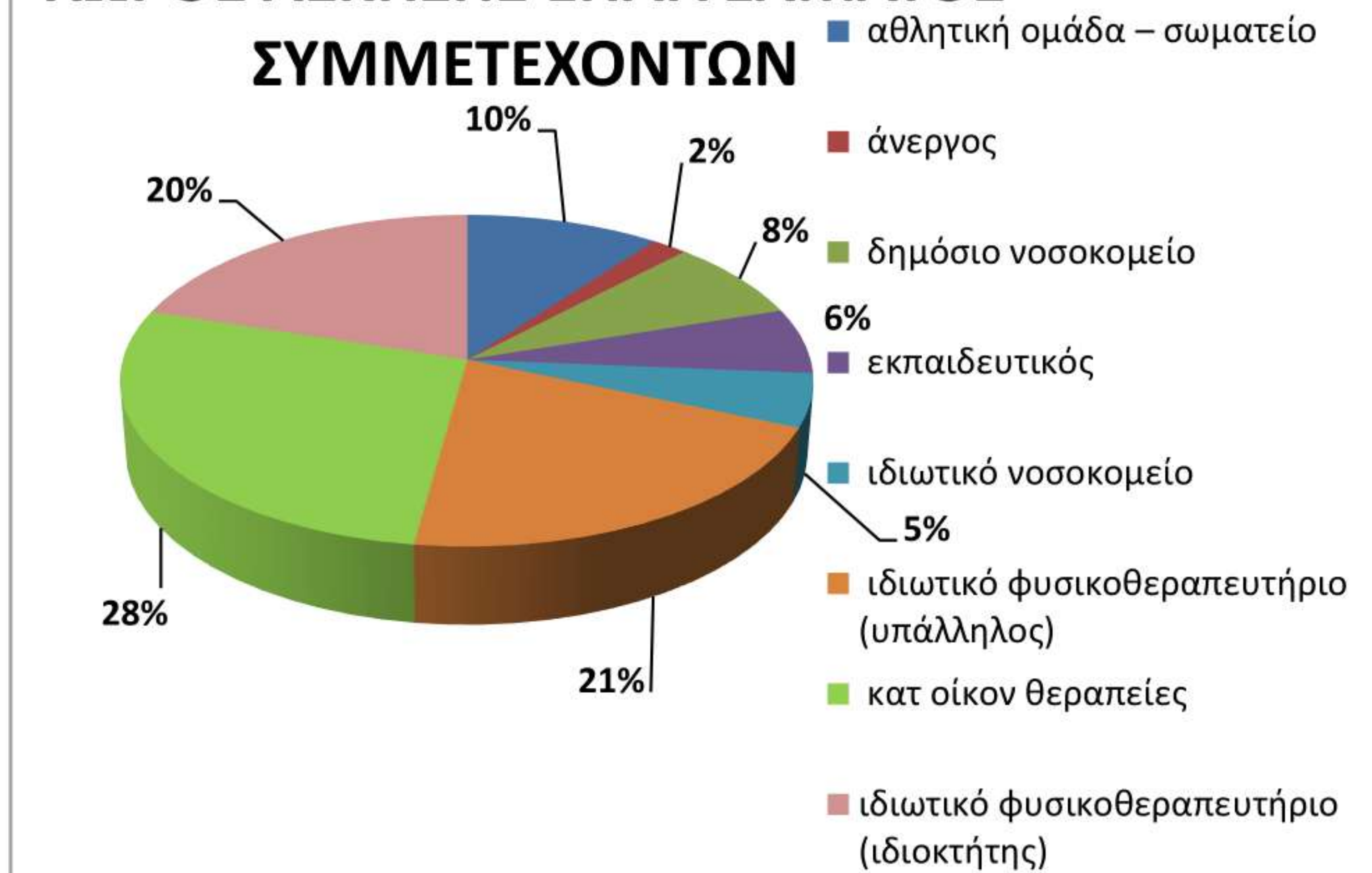
Γράφημα 4.11.: Κατανομή ποσοστών της κλινικής εμπειρίας των συμμετεχόντων

ΧΩΡΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

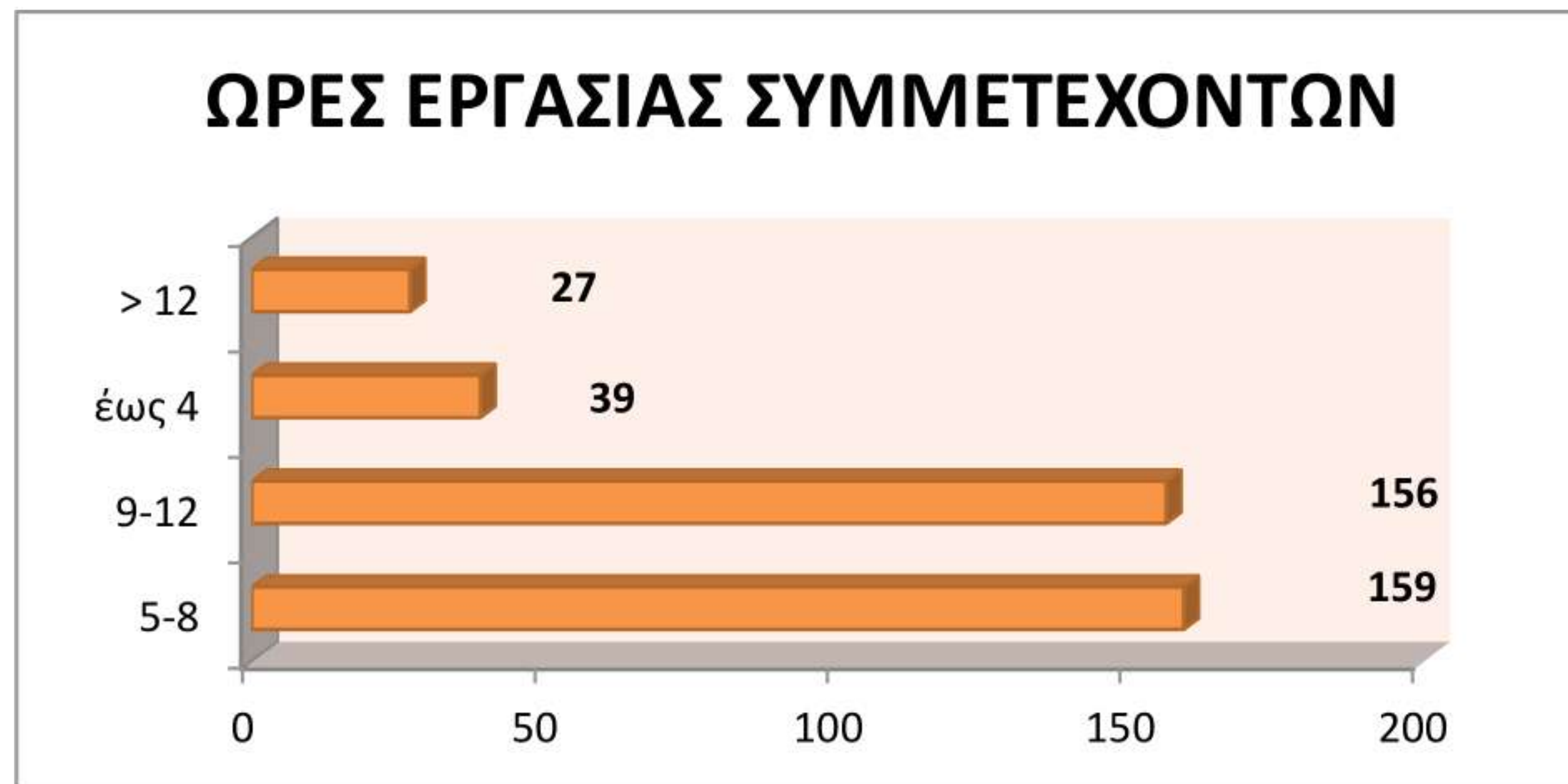


Διάγραμμα 4.12 : Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του χώρου άσκησης φυσικοθεραπείας των συμμετεχόντων

ΧΩΡΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



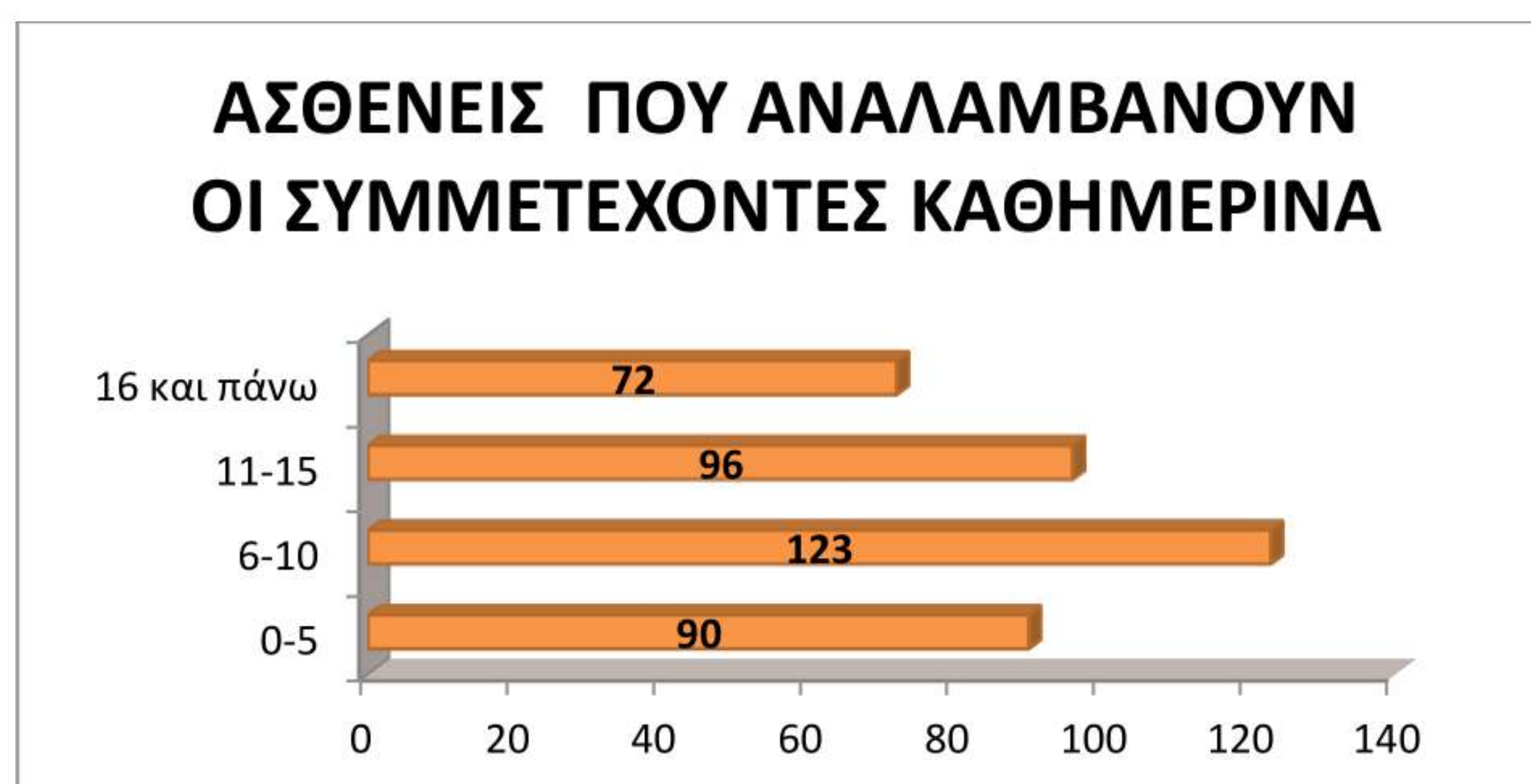
Γράφημα 4.12 : Κατανομή ποσοστών του χώρου άσκησης φυσικοθεραπείας των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 4.13: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των ωρών εργασίας την ημέρα των συμμετεχόντων



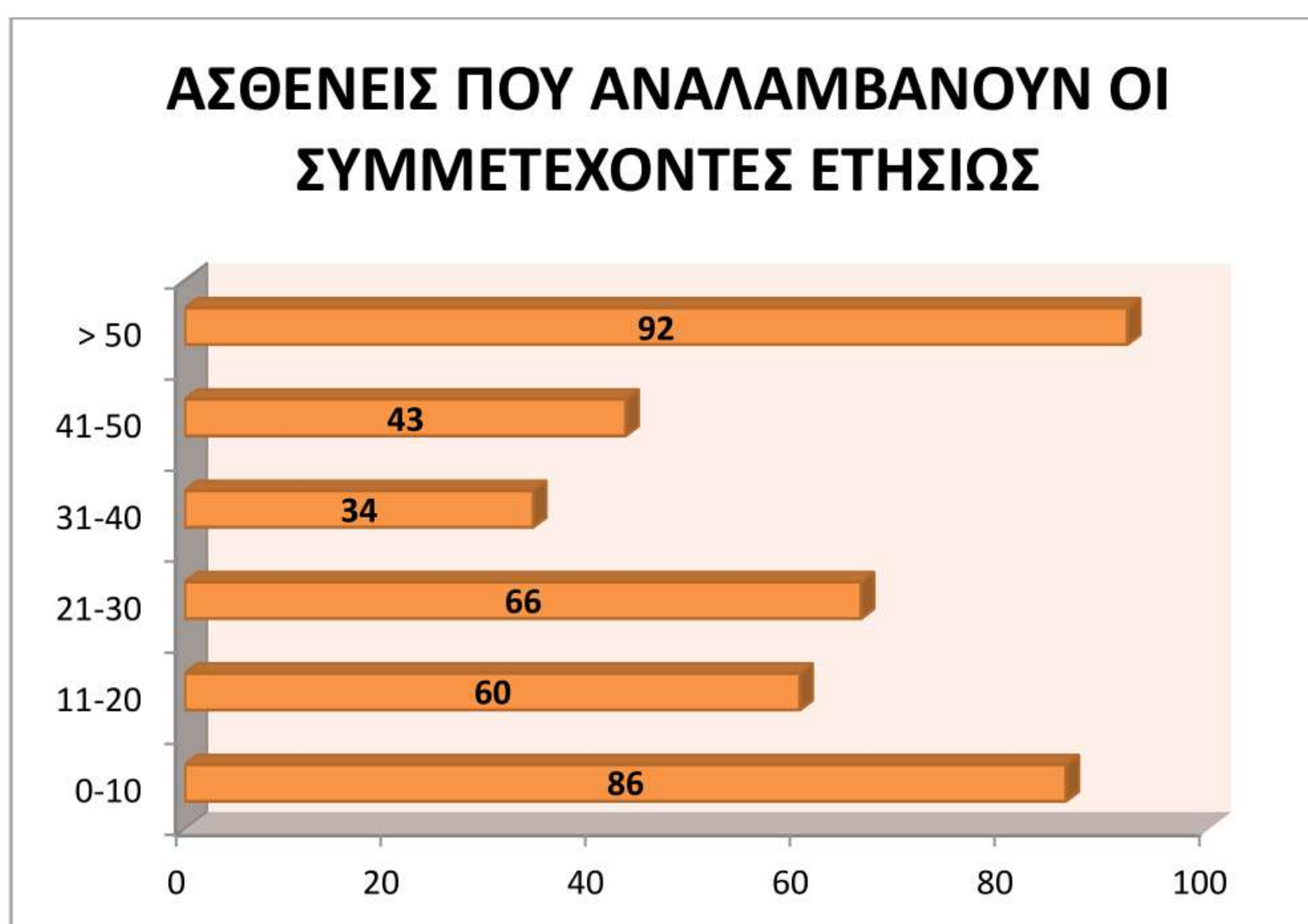
Γράφημα 4.13: Κατανομή ποσοστών των ωρών εργασίας την ημέρα των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 4.14: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της ημέρας



Γράφημα 4.14: Κατανομή ποσοστών του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της ημέρας



Διάγραμμα 4.15: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας του αριθμού περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο σε ένα έτος.

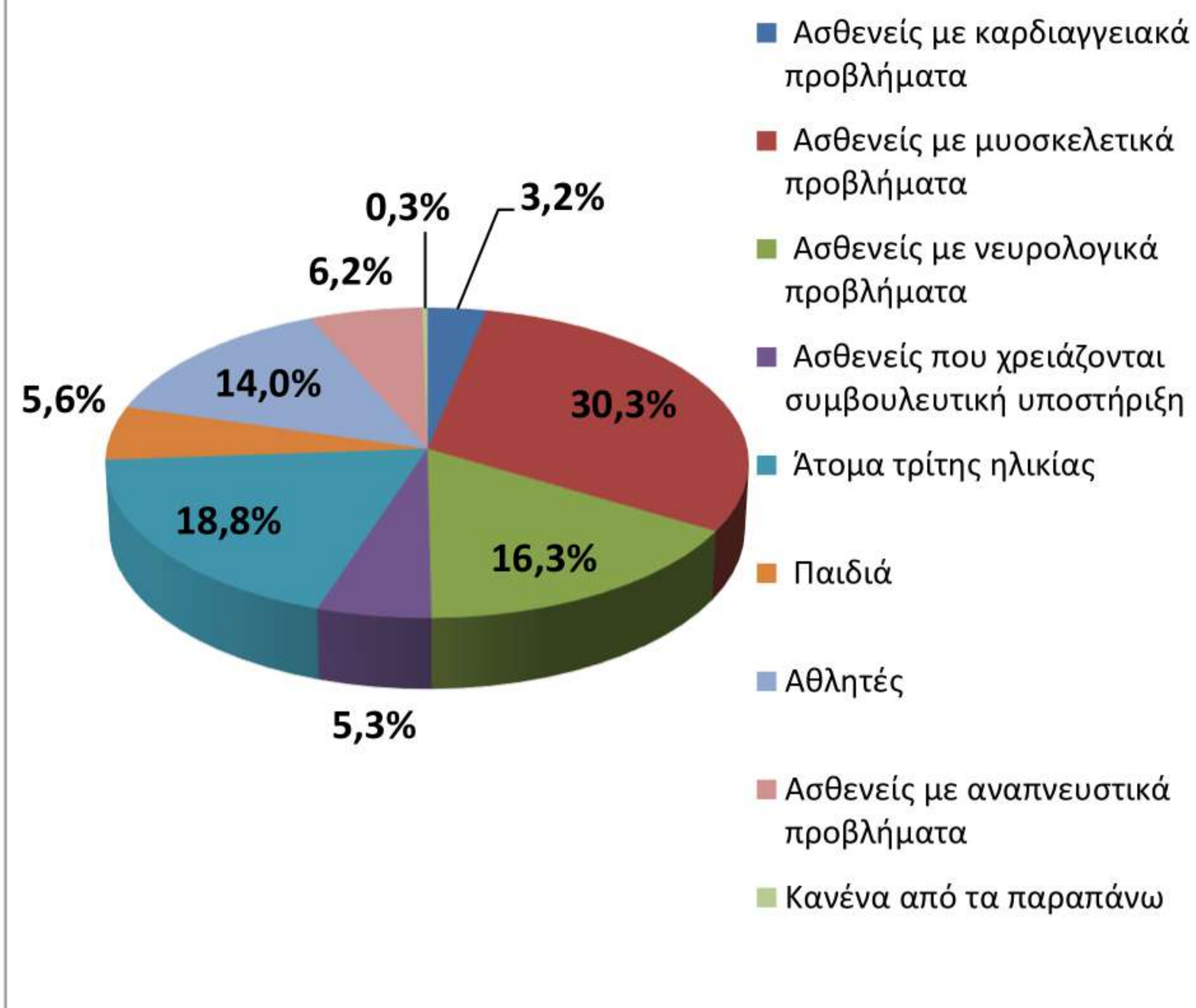


Γράφημα 4.15: Κατανομή ποσοστών του αριθμού περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο σε ένα έτος.



Διάγραμμα 4.16: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας της κύριας ενασχόλησης των συμμετεχόντων

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



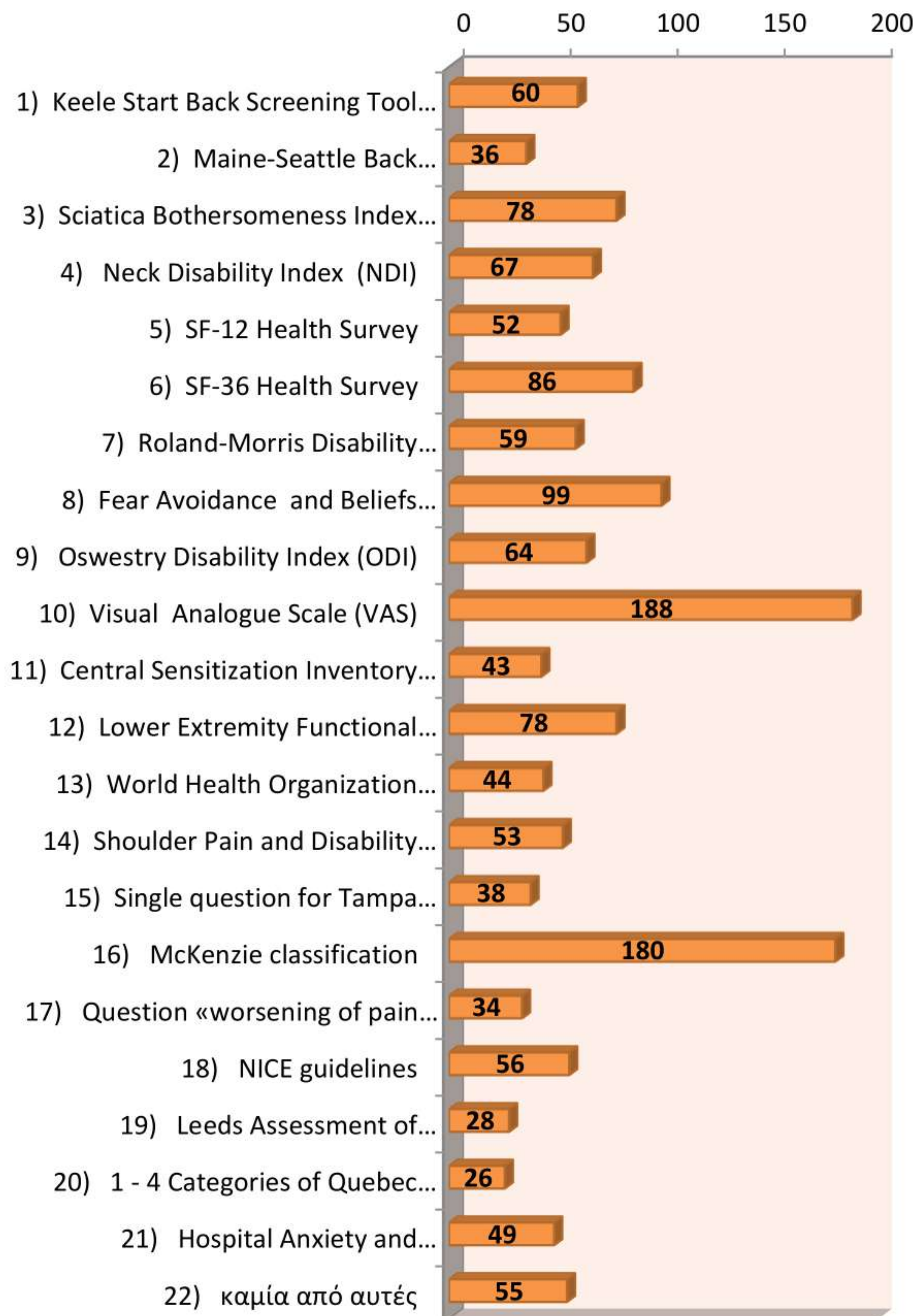
Γράφημα 4.16: Κατανομή ποσοστών της κύριας ενασχόλησης συμμετεχόντων

Σχετικά με την ερώτηση στους φυσικοθεραπευτές για το ποια/ποιες από τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας που τους έχουν δοθεί ως επιλογές γνωρίζουν το 4,1% (60 άτομα) την Keele Start Back Screening Tool (SBST), το 2,5% (36 άτομα) την Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ) ,το 5,3% (78 άτομα) την Sciatica Bothersomeness Index (SBI) , το 4,6% (67 άτομα) την Neck Disability Index (NDI) ,το 3,5% (52 άτομα) την SF-12 Health Survey, το 5,9% (86 άτομα) SF-36 Health Survey ,το 4% (59 άτομα) την Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ),το 6,7% (99 άτομα)την Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ), το 4,4% (64 άτομα) την Oswestry Disability Index (ODI), το 12,8(188 άτομα) την Visual Analogue Scale (VAS) , το 2,9% (43 άτομα) την Central Sensitization Inventory (CSI) , το 5,3% (78 άτομα) την Lower Extremity Functional Scale (LEFS), το 3% (44 άτομα) την World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOLBREF) , το 3,6 % (53 άτομα) την Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) ,το 2,6% (38 άτομα) την Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia , το 12,3% (180 άτομα) την McKenzie classification , το 2,3% (34 άτομα) την

Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining» , το 3,8% (56 άτομα) την NICE guidelines , το 1,9% (28 άτομα) την Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) , το 1,4% (20 άτομα) την 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF) ,το 3,3 % (49 άτομα) την Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και τέλος το 3,7% (55 άτομα) δεν γνωρίζουν καμία από αυτές. Σχετικά με τους τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας το 34,1 % (342 άτομα) απάντησε ότι γνωρίζει τον έλεγχο μυοτομιών - μυϊκής ισχύος των κάτω άκρων, το 31,4% (315 άτομα) τον έλεγχο δερματομιών-αισθητικότητας των κάτω άκρων,το 33,3% (334 άτομα) τον έλεγχο αντανακλαστικών των κάτω άκρων και το 1,2% (12 άτομα) κανένα από αυτούς τους ελέγχους. Επίσης σχετικά με τις κλινικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι φυσικοθεραπευτές το 29,1% (302 άτομα) απάντησαν ότι γνωρίζουν το Slump test, το 32,9% (342 άτομα) το Straight Leg Raise test (SLR), το 7,3% (76 άτομα) Hawkins -Kennedy test το 5,5% (57 άτομα) το Modified Bragard test ,το 12,7% (132 άτομα) το Femoral Slump test,το 11% (114 άτομα) το Neer test και τέλος το 1,4% (15 άτομα) καμία από αυτές τις δοκιμασίες. Σχετικά με την ερώτηση στους φυσικοθεραπευτές για το ποια/ποιες από τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας που τους έχουν δοθεί ως επιλογές χρησιμοποιούν το 3,3% (32 άτομα) την Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ) , το 2,6% (25 άτομα) την Keele Start Back Screening Tool (SBST), ,το 5,5 % (54 άτομα) την Sciatica Bothersomeness Index (SBI) ,το 3,6% (35 άτομα) την Neck Disability Index (NDI) ,το 2,4% (23 άτομα) την SF-12 Health Survey, το 4,3% (42 άτομα) SF-36 Health Survey ,το 4 % (39 άτομα) την Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ),το 6,5% (63 άτομα) την Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ), το 3,8% (37 άτομα) την Oswestry Disability Index (ODI), το 14,1% (137 άτομα) την Visual Analogue Scale (VAS) , το 3,1% (30 άτομα) την Central Sensitization Inventory (CSI) , το 4,3% (42 άτομα) την Lower Extremity Functional Scale (LEFS), το 2,7% (26 άτομα) την World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOLBREF) , το 2 % (19 άτομα) την Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) ,το 2,3% (22 άτομα) την Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia , το 15,2% (148 άτομα) την McKenzie classification , το 3,1% (30 άτομα) την Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining» , το 3,5% (34 άτομα) την NICE guidelines , το 1,8% (18 άτομα) την Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) , το 0,8% (8 άτομα) την 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF),το 1,6 % (16 άτομα) την Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και τέλος το 9,6% (93 άτομα) δεν γνωρίζουν καμία από αυτές.

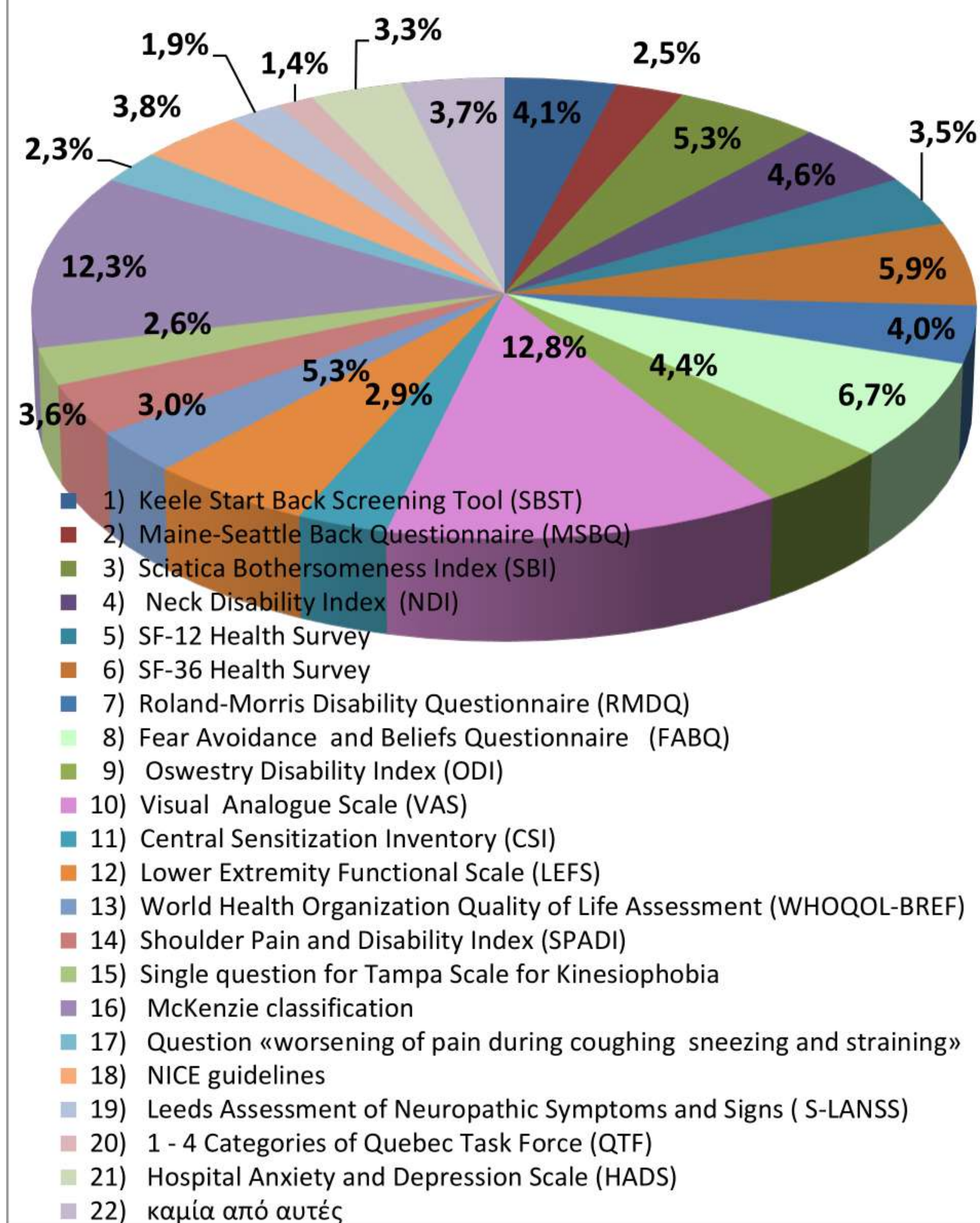
Σχετικά με τους τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας το 32% (301 άτομα) χρησιμοποιεί τον έλεγχο των δερμοτομιών-αισθητικότητας κάτω άκρων, το 30,8% (290 άτομα) τον έλεγχο αντανάκλαστικών των κάτω άκρων, το 35,9% (338 άτομα) τον έλεγχο των μυοτομιών - μυϊκής ισχύος των κάτω άκρων και τέλος το 1,4% (13 άτομα) κανένα από αυτούς τους τρόπους. Σχετικά με τις κλινικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας το 6% (54 άτομα) απάντησε πως χρησιμοποιεί Hawkins-Kennedy test το 13,9% (125 άτομα) το Femoral Slump test, το 34% (306 άτομα) το Straight Leg Raise test (SLR), το 9,3% (84 άτομα) το Neer test, το 3,8% (34 άτομα) το Modified Bragard test, το 28,3% (254 άτομα) το Slump test και το 4,7% (42 άτομα) δεν χρησιμοποιεί καμία από αυτές τις δοκιμασίες. Τέλος στην ερώτηση για το ποιο/ποια από τα κλινικά εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας θα επιθυμούσαν οι φυσικοθεραπευτές να διδαχθούν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης το 4,3% (80 άτομα) επέλεξε την Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ), το 5,5% (102 άτομα) την Keele Start Back Screening Tool (SBST), το 6,6% (123 άτομα) την Sciatica Bothersomeness Index (SBI), το 2,7% (50 άτομα) την Neck Disability Index (NDI), το 2,7% (51 άτομα) την SF-12 Health Survey, το 3,3% (62 άτομα) SF-36 Health Survey, το 3,8% (71 άτομα) την Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ), το 2,9% (54 άτομα) την Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ), το 3% (56 άτομα) την Oswestry Disability Index (ODI), το 1,4% (26 άτομα) την Visual Analogue Scale (VAS), το 3,8% (70 άτομα) την Central Sensitization Inventory (CSI), το 4,8% (90 άτομα) την Lower Extremity Functional Scale (LEFS), το 3,2% (60 άτομα) την World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOLBREF), το 2,5% (46 άτομα) την Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), το 3,3% (62 άτομα) την Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia, το 5,4% (100 άτομα) την McKenzie classification, το 2,4% (45 άτομα) την Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining», το 2,6% (48 άτομα) την NICE guidelines, το 3,8% (71 άτομα) την Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS), το 3% (56 άτομα) την 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF), το 1,9% (36 άτομα) την Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Αναφορικά με τους τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας το 2,8% (52 άτομα) επιθυμεί να διδαχθεί μέσω δια βίου εκπαίδευσης τον έλεγχο των δερμοτομιών-αισθητικότητας κάτω άκρων, το 2,6% (49 άτομα) τον έλεγχο αντανάκλαστικών των κάτω άκρων, το 2,6% (49 άτομα) τον έλεγχο των μυοτομιών - μυϊκής ισχύος των κάτω άκρων, το 2,9% (53 άτομα) απάντησε το Hawkins-Kennedy test το 2,4% (45 άτομα) το Femoral Slump test, το 1,8% (34 άτομα) το Straight Leg Raise test (SLR), το 2,3% (43 άτομα) το Neer test, το 3,8% (70 άτομα) το Modified Bragard test, το 2% (37 άτομα) το Slump test και και τέλος το 3,7% (68 άτομα) δεν γνωρίζουν καμία από αυτές.

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

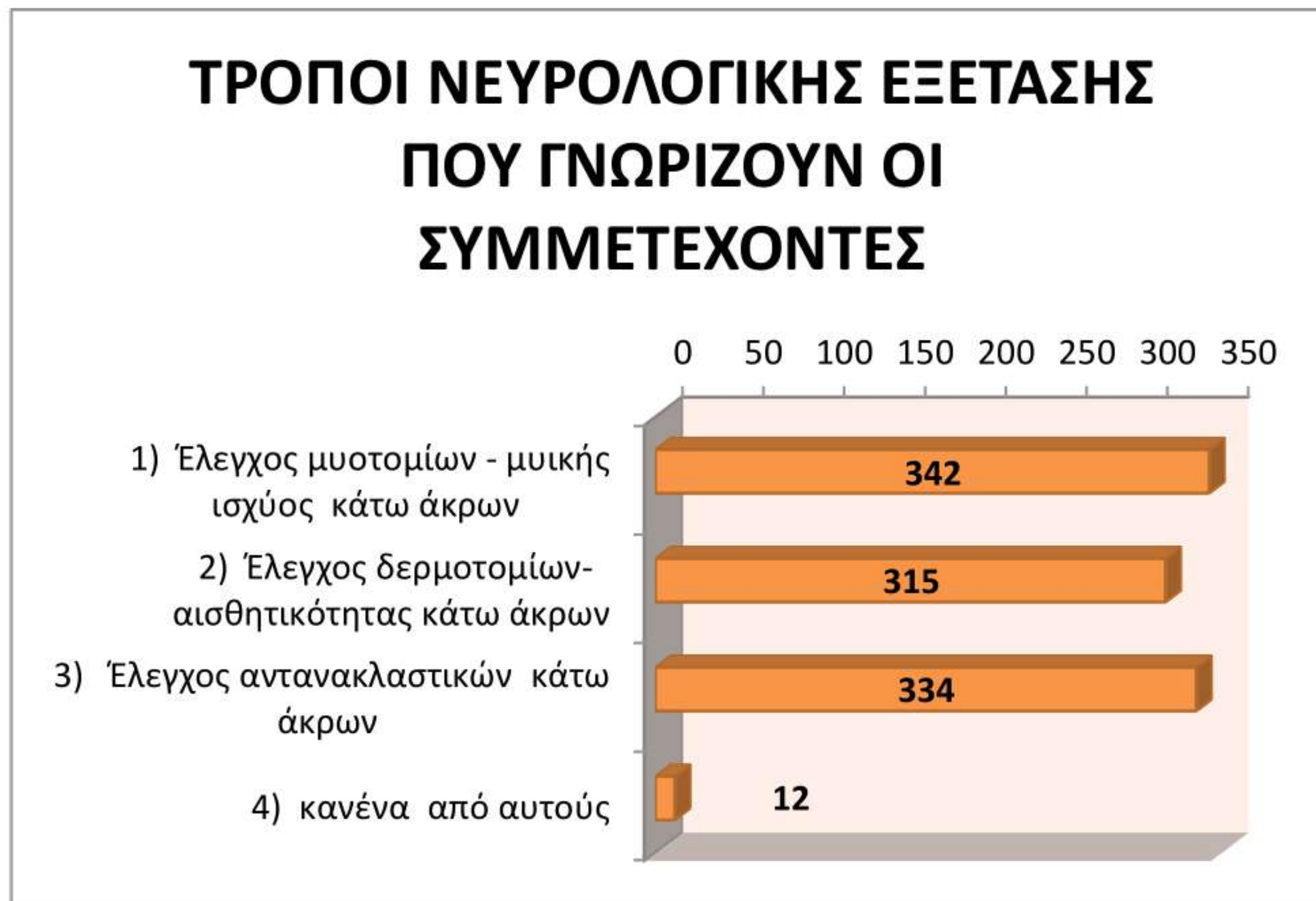


Διάγραμμα 4.17: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες

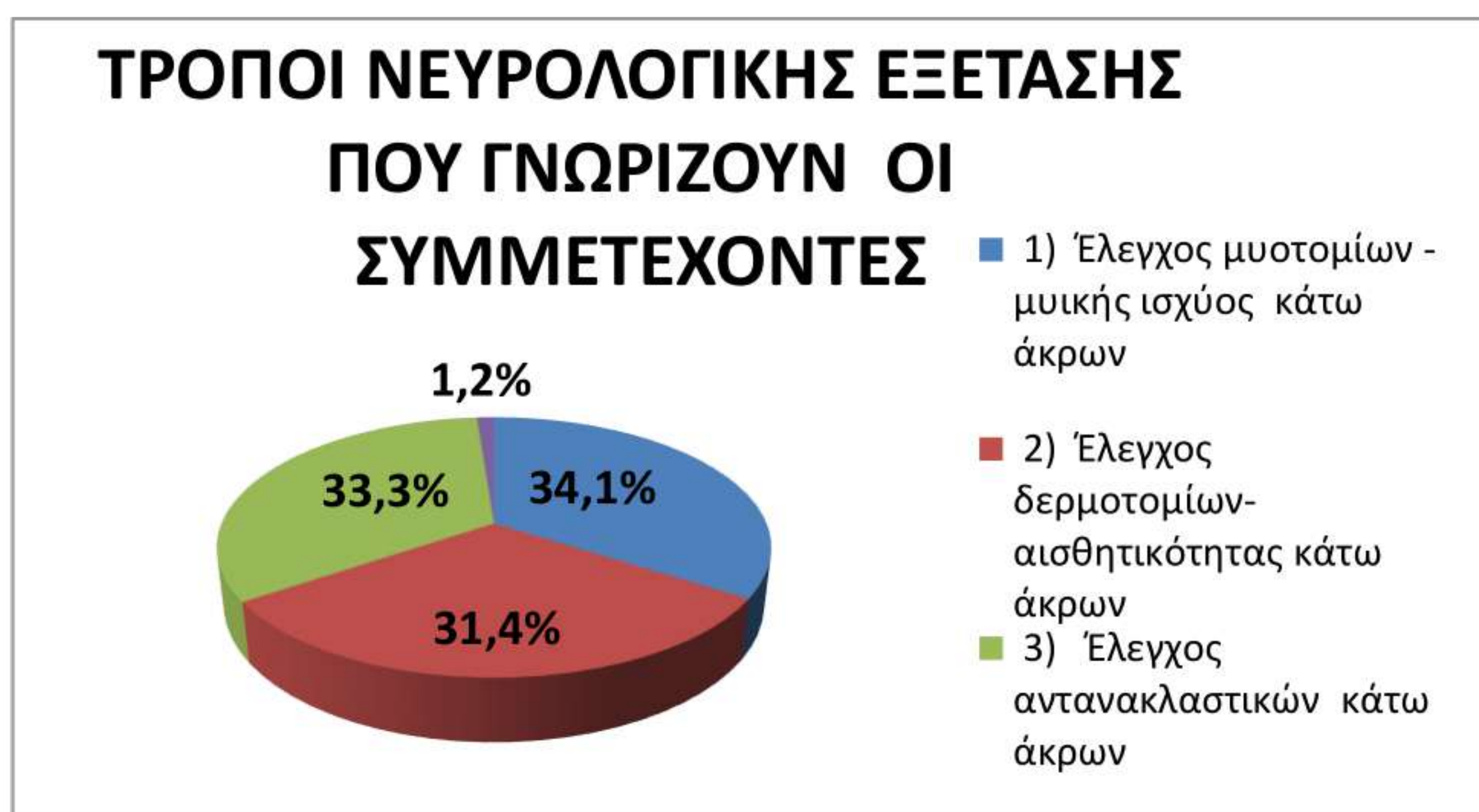
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ



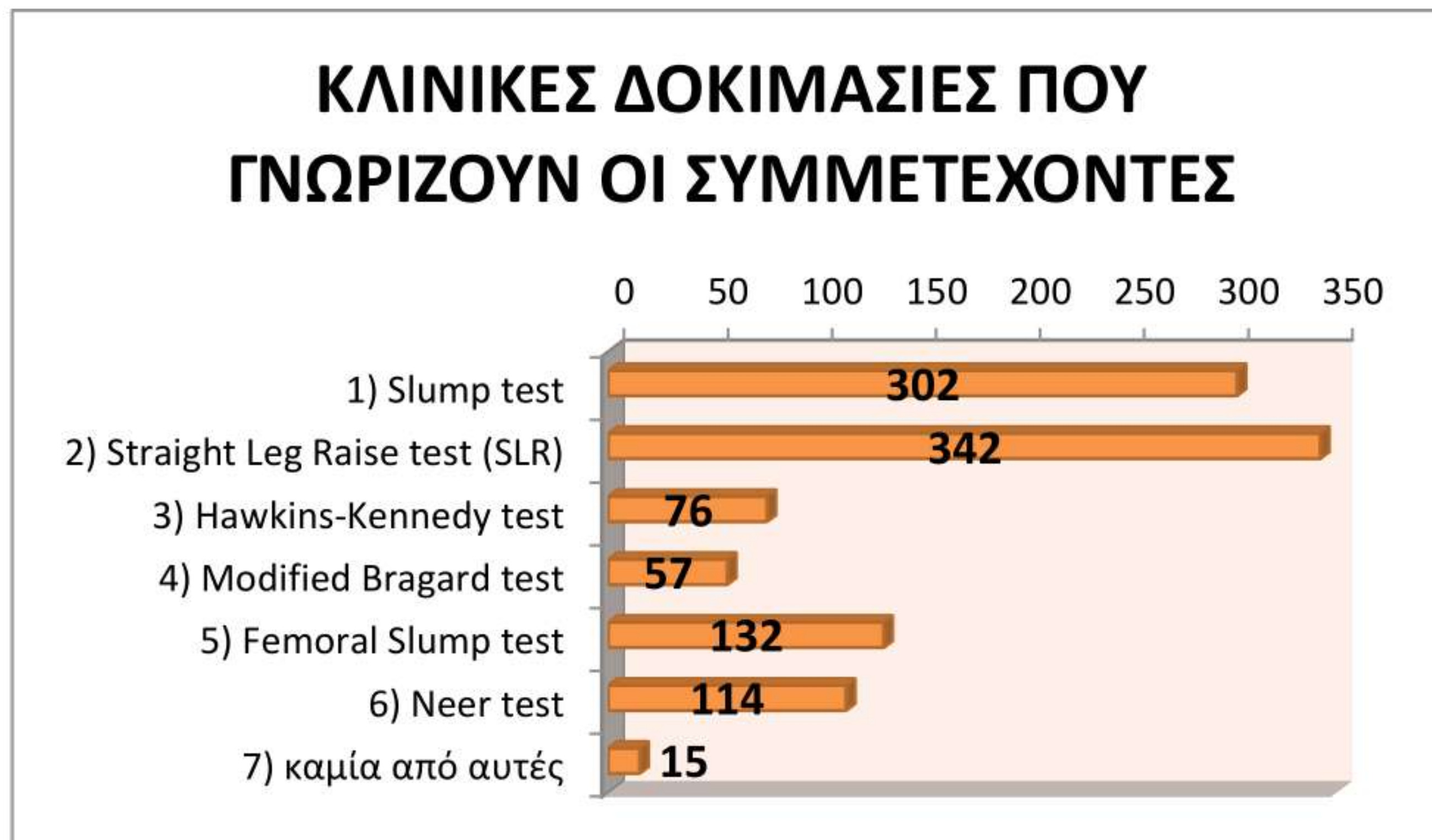
Γράφημα 4.17: Κατανομή ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες



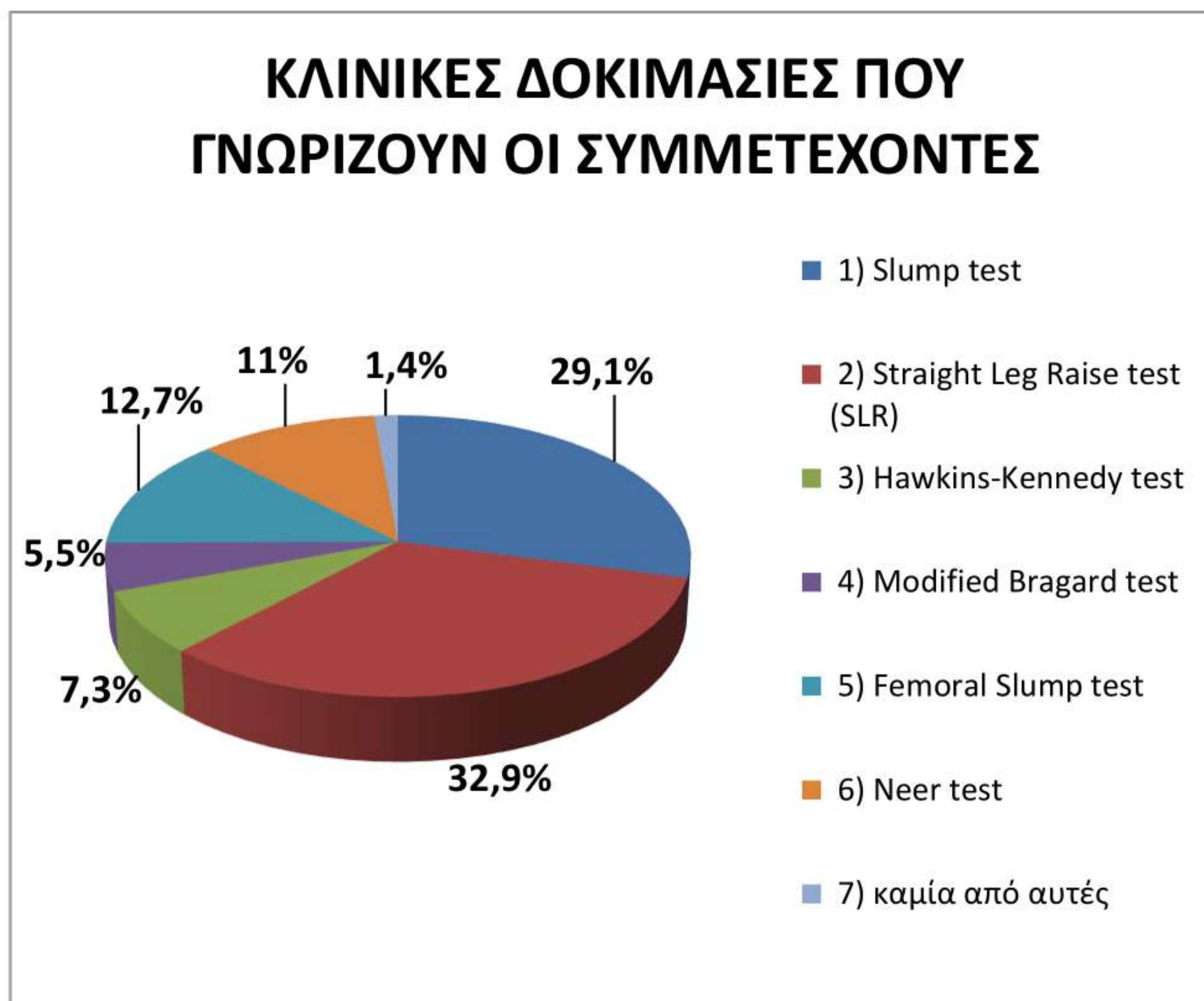
Διάγραμμα 4.18: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες



Γράφημα 4.18: Κατανομή ποσοστών των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες

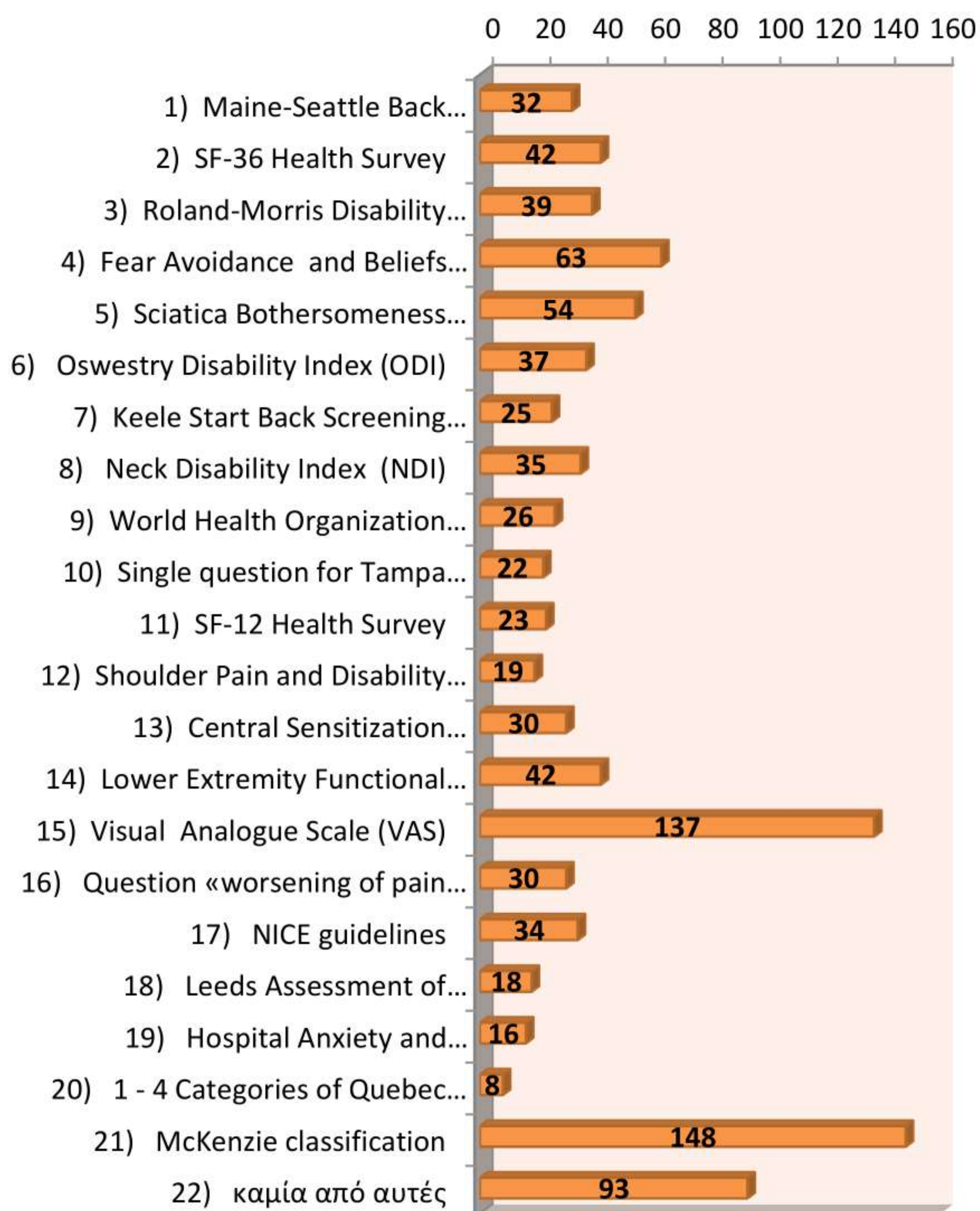


Διάγραμμα 4.19: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες



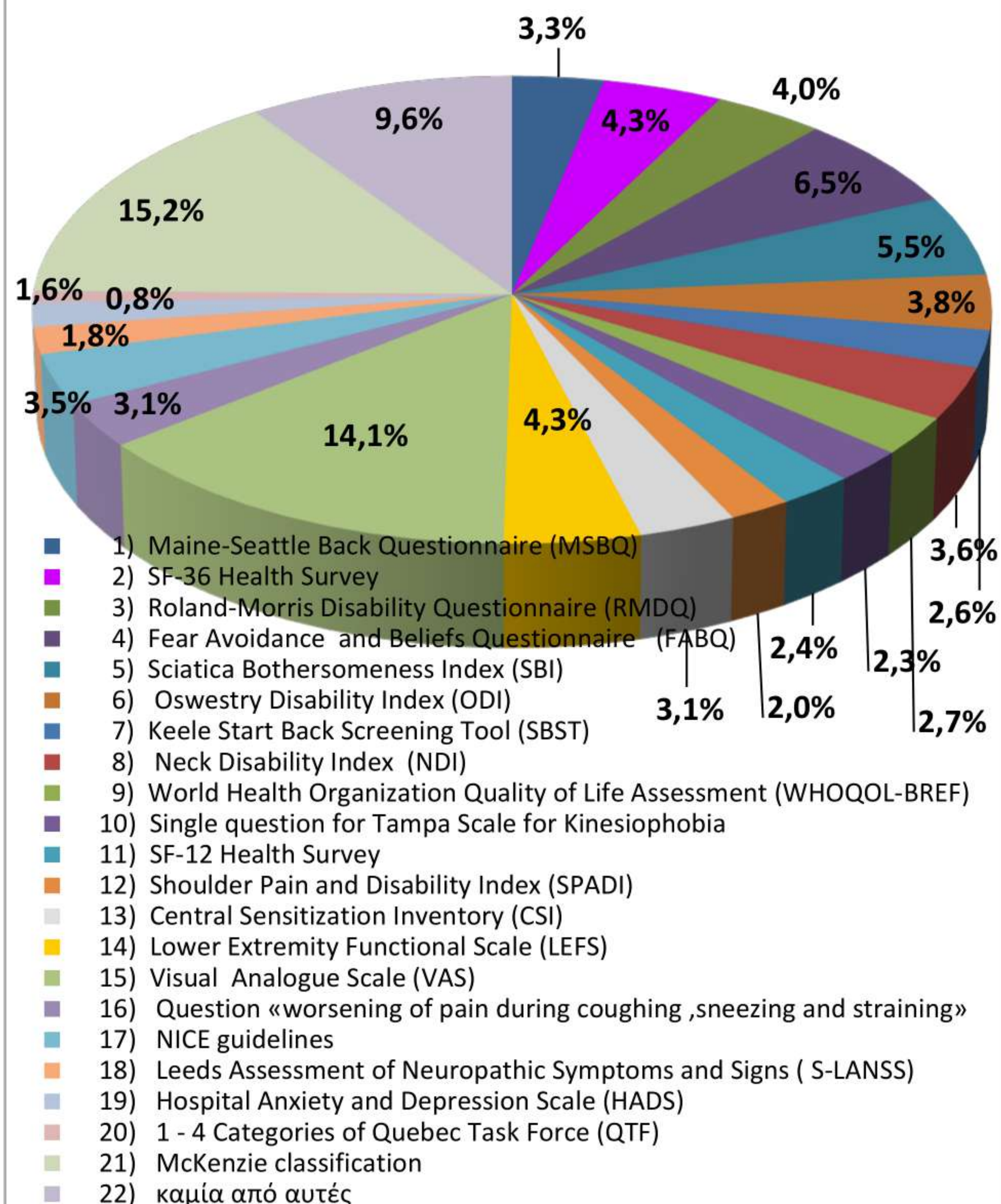
Γράφημα 4.19: Κατανομή ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

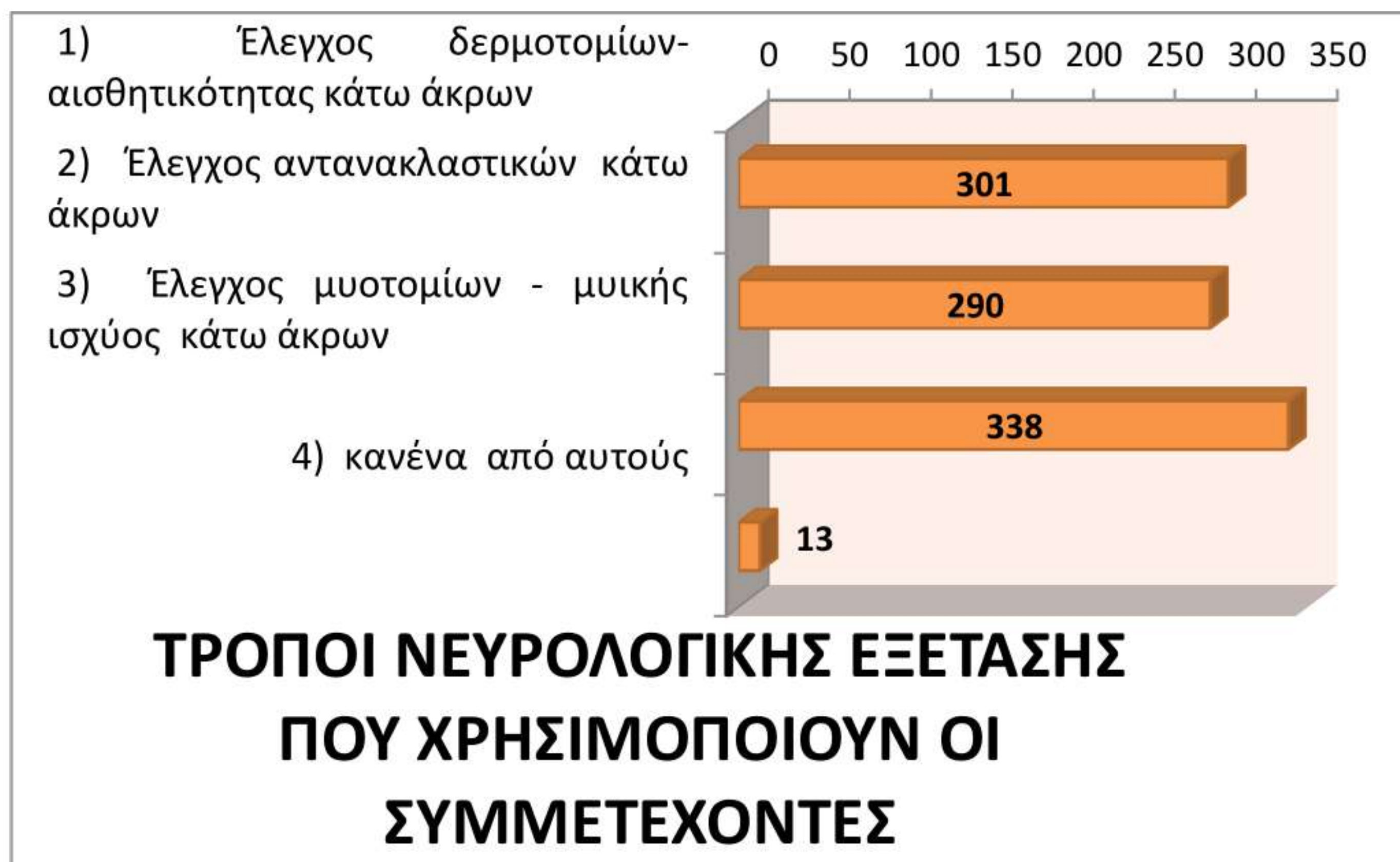


Διάγραμμα 4.20: Γραφική αναπαράσταση κατανομής συχνότητας των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

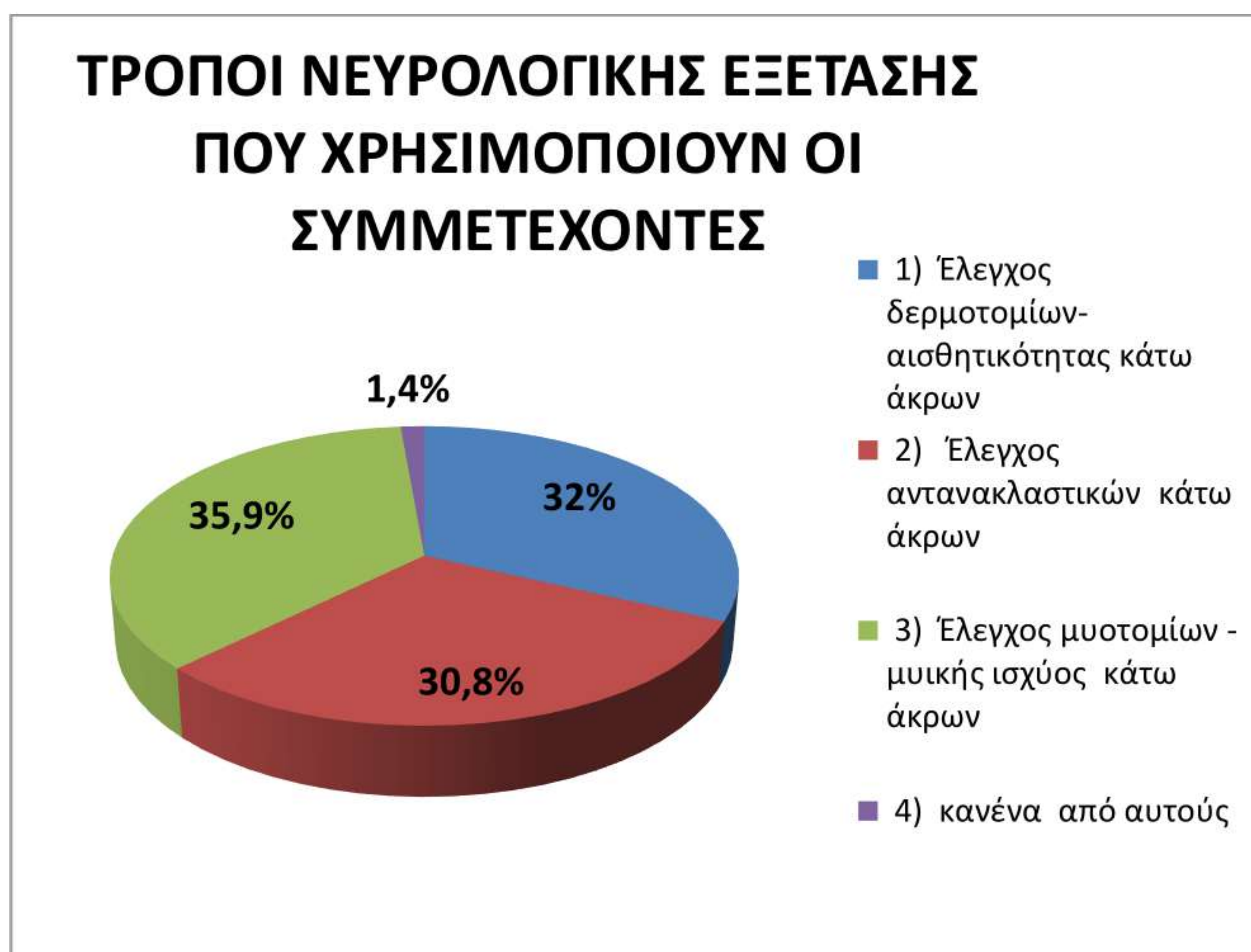
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ



Γράφημα 4.20: Κατανομή ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

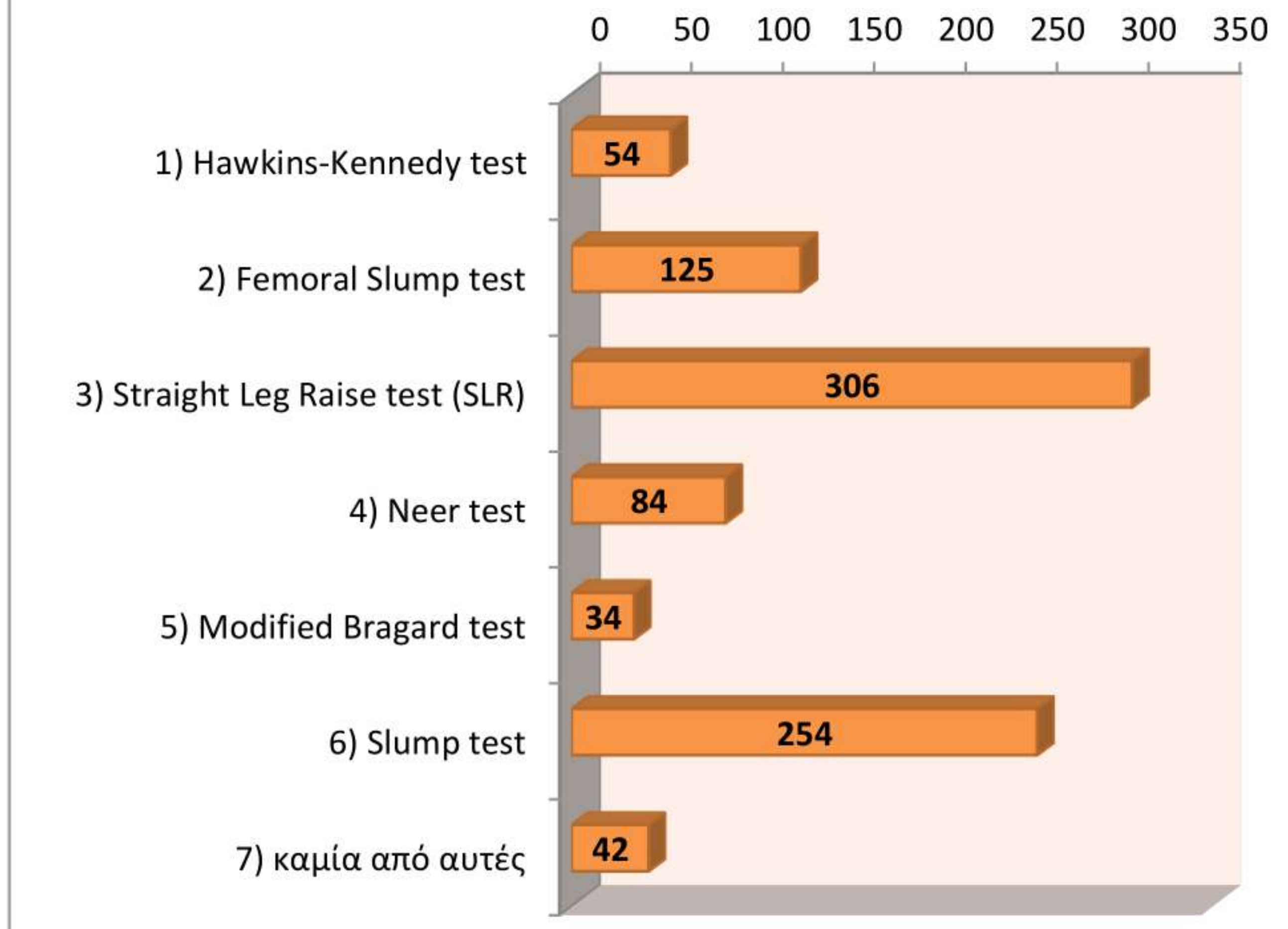


Διάγραμμα 4.21 : Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

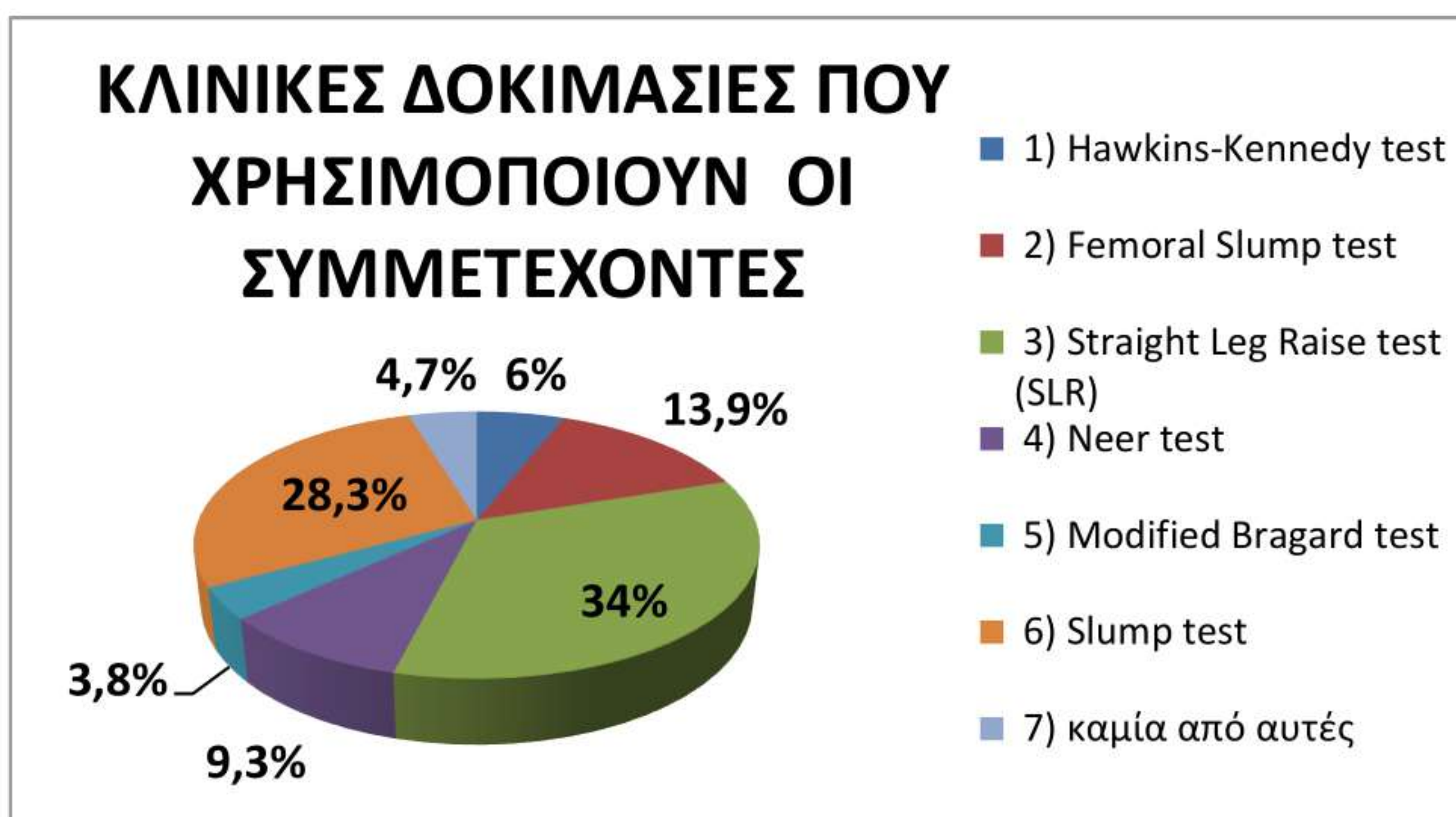


Γράφημα 4.21: Κατανομή ποσοστών των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

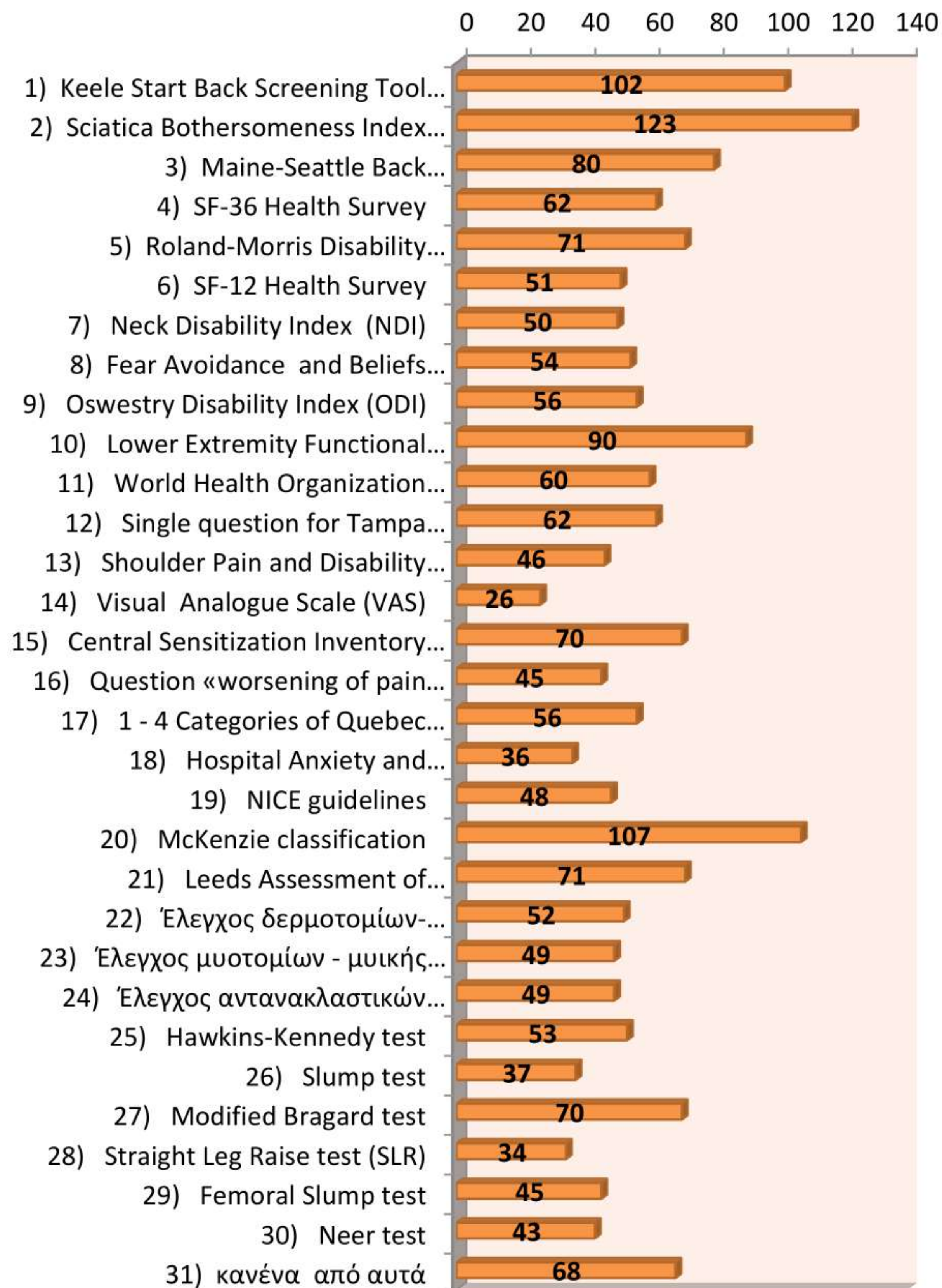


Διάγραμμα 4.22: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των Κλινικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες



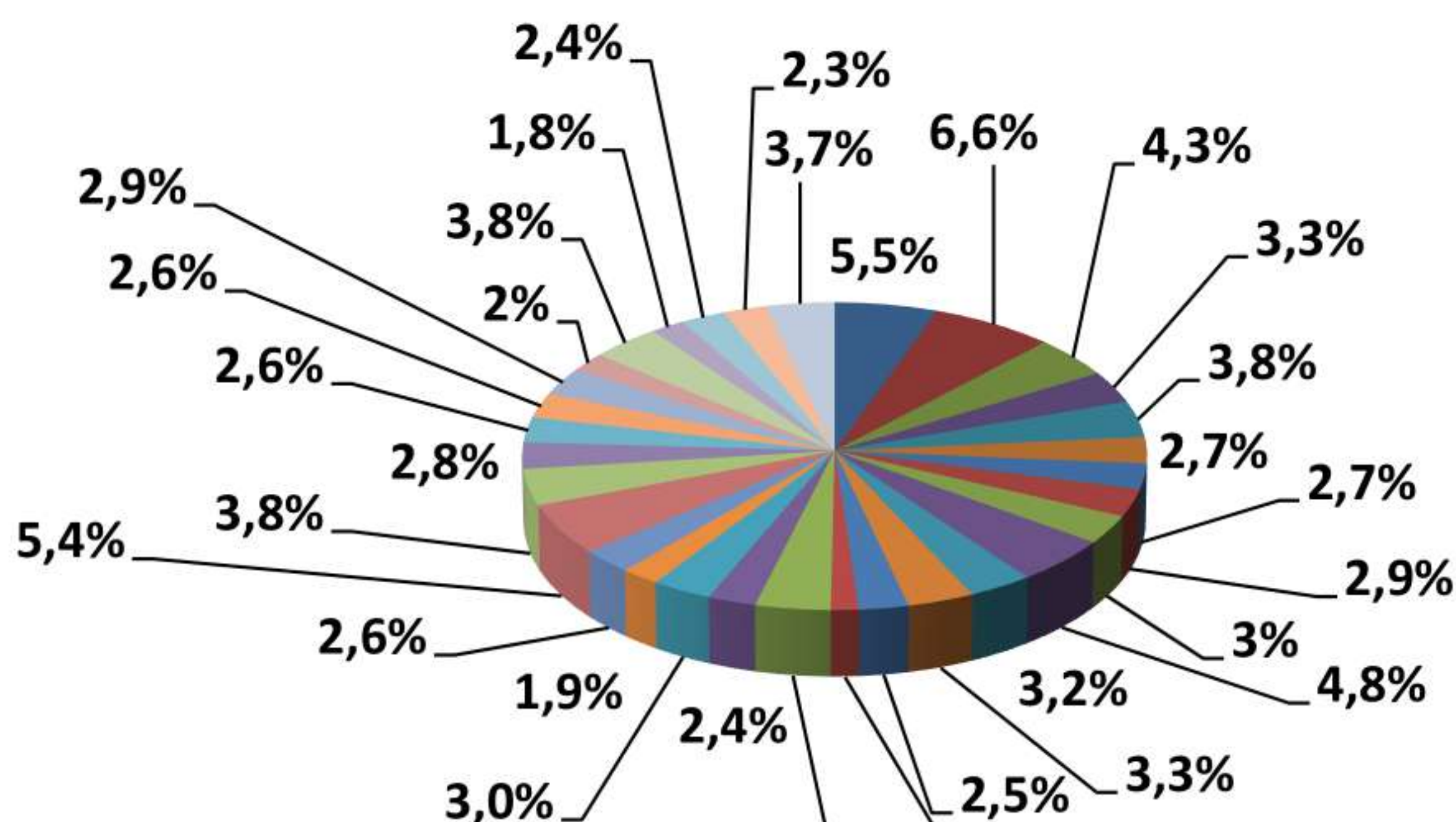
Γράφημα 4.22: Κατανομή ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΜΑΘΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ



Διάγραμμα 4.23: Γραφική αναπαράσταση κατανομής της συχνότητας των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης που επιθυμούν να μάθουν οι συμμετέχοντες

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΜΑΘΟΥΝ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ



- 1) Keele Start Back Screening Tool (SBST)
- 2) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)
- 3) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)
- 4) SF-36 Health Survey
- 5) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)
- 6) SF-12 Health Survey
- 7) Neck Disability Index (NDI)
- 8) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)
- 9) Oswestry Disability Index (ODI)
- 10) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)
- 11) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)
- 12) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia
- 13) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)
- 14) Visual Analogue Scale (VAS)
- 15) Central Sensitization Inventory (CSI)
- 16) Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining»
- 17) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)
- 18) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- 19) NICE guidelines
- 20) McKenzie classification
- 21) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)
- 22) Έλεγχος δερματομίων- αισθητικότητας κάτω άκρων
- 23) Έλεγχος μυοτομίων - μυικής ισχύος κάτω άκρων
- 24) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων
- 25) Hawkins-Kennedy test
- 26) Slump test
- 27) Modified Bragard test
- 28) Straight Leg Raise test (SLR)
- 29) Femoral Slump test
- 30) Neer test
- 31) κανένα από αυτά

Γράφημα 4.23: Κατανομή ποσοστών των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης που επιθυμούν να μάθουν οι συμμετέχοντες

4.2 Ανάλυση συσχέτισης μεταβλητών

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος SPSS και εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson για τη συσχέτιση των μεταβλητών.

Οι συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν :

- η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και το εκπαιδευτικό ίδρυμα αποφοίτησής τους.
- η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (δηλαδή το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και οι μεταπτυχιακές σπουδές τους .
- η γνώση των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας (το πλήθος των κλιμάκων ,των τρόπων νευρολογικής εξέτασης και των δοκιμασιών κλινικής αξιολόγησής της) των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας
- τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η κλινική εμπειρία τους.
- τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών.
- τα περισσότερο γνωστά και περισσότερο χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών και η παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας.
- το κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που επιθυμούν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης οι περισσότεροι Έλληνες φυσικοθεραπευτές και το γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος που εργάζονται είτε οι ώρες εργασίας τους την ημέρα.

Στα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται κυρίως οι συσχετίσεις που ήταν στατιστικά σημαντικές για την έρευνα και 2 συσχετίσεις οι οποίες παρόλο ότι δεν ήταν στατιστικά σημαντικές είχαν σημασία να αναφερθούν στη μελέτη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p -value = 0.002 < 5%) (βλ συσχέτιση 1) μεταξύ της μεταβλητής «Πόσους τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας γνωρίζετε » και της μεταβλητής «Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της

ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια) ».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.435 > 5\%$) (βλ συσχέτιση 2) μεταξύ της μεταβλητής «Πόσες κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας γνωρίζετε » και της μεταβλητής «Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια) ».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.662 > 5\%$) (βλ συσχέτιση 3) μεταξύ της μεταβλητής «Πόσες κλινικές δοκιμασίες αξιολόγησης της ισχιαλγίας γνωρίζετε » και της μεταβλητής «Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια) ». Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.000 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 4) μεταξύ της μεταβλητής «Πόσες κλινικές δοκιμασίες της ισχιαλγίας γνωρίζετε » και της μεταβλητής «Εκπαιδευτικό ίδρυμα αποφοίτησης». Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.004 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 5) μεταξύ της μεταβλητής «Πόσες κλινικές δοκιμασίες της ισχιαλγίας γνωρίζετε» και της μεταβλητής «Έχετε μεταπτυχιακές σπουδές».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.001 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 6) μεταξύ της μεταβλητής «Γνωρίζετε την κλίμακα αξιολόγησης της ισχιαλγίας VAS» και της μεταβλητής «Πόση κλινική εμπειρία έχετε». Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.000 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 7) μεταξύ της μεταβλητής «Γνωρίζετε από τις κλινικές δοκιμασίες της ισχιαλγίας,το SLR » και της μεταβλητής « Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια)».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.000 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 8) μεταξύ της μεταβλητής «Γνωρίζετε από τις κλινικές δοκιμασίες της ισχιαλγίας,το Slump test » και της μεταβλητής « Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια)».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.008 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 9) μεταξύ της μεταβλητής «Χρησιμοποιείτε από τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας, την VAS » και της μεταβλητής « Έχετε παρακολουθήσει μεταπτυχιακές σπουδές».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} = 0.009 < 5\%$) (βλ συσχέτιση 10) μεταξύ της μεταβλητής «Επιθυμείτε να μάθετε μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης το SBST ,ως κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας»

και της μεταβλητής « Σε ποιο γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος εργάζεστε;».Εφαρμόζοντας τον έλεγχο του χ^2 του Pearson,βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p -value = 0.002 < 5%) (βλ συσχέτιση 11) μεταξύ της μεταβλητής «Επιθυμείτε να μάθετε μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης το SBST ,ως κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας» και της μεταβλητής «Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα».

Πίνακας 4.2.α : Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
1) Pearson Chi-Square	15,202a	3	,002
2) Pearson Chi-Square	12,138a	12	,435
3) Pearson Chi-Square	2,405a	4	,662
4) Pearson Chi-Square	69,073a	24	,000
5) Pearson Chi-Square	29,259a	12	,004
6) Pearson Chi-Square	22,020a	6	,001
7) Pearson Chi Square	15,565a	1	,000
8) Pearson Chi-Square	15,835a	1	,000
9) Pearson Chi-Square	11,934a	3	,008
10) Pearson Chi-Square	23,522a	10	,009
11) Pearson Chi-Square	14,409a	3	,002

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ισχιαλγία έχει αυξηθεί και αποτελεί ένα μείζων πρόβλημα για την κοινωνία, όχι μόνο του ελλαδικού χώρου, αλλά ολόκληρου του κόσμου. Η συμπτωματολογία της μπορεί να ακτινοβολεί μέχρι το γλουτό, το γόνατο, ως το πέλμα ή τα δάκτυλα και ποικίλει από πόνο, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, αίσθηση ρεύματος, μείωση ή απώλεια της αίσθησης, μυϊκή αδυναμία ή συνδυασμό αυτών. Η φυσικοθεραπεία αποτελεί διεθνώς αναγνωρισμένο, ανεξάρτητο επάγγελμα υγείας, με σαφείς και οριοθετημένες αρμοδιότητες και ρόλο στη δημόσια υγεία, τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του λοιπού δυτικού κόσμου σύμφωνα με την Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσικοθεραπείας, με διαφορετικά επίπεδα μόρφωσης ανά χώρα (World Confederation for Physical Therapy – WCPT). Σε έναν μεγάλο αριθμό ευρωπαϊκών και άλλων χωρών υπάρχει η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον φυσικοθεραπευτή (Bishop et al., 2015, Bury & Stokes, 2013). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, ο πτυχιούχος φυσικοθεραπευτής, επιλέγει και εκτελεί τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις έπειτα από γραπτή διάγνωση ή γνωμάτευση του ιατρού και σύμφωνα με τις τυχόν σχετικές οδηγίες του. Η αξιολόγηση είναι σημαντικό κομμάτι στην φυσικοθεραπευτική παρέμβαση. Συγκεκριμένα η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της ισχιαλγίας είναι πολύ σημαντική και περιλαμβάνει πληθώρα εργαλείων, δηλαδή τις κλίμακες αξιολόγησης, τις κλινικές δοκιμασίες και τους διάφορους τρόπους νευρολογικής εξέτασης όπως τα μυοτόμια, τα δερμοτόμια και τα αντανακλαστικά. Μια σωστή ανάλυση δεδομένων θα επιφέρει και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής τεχνικής. Απαιτείται η σωστή οργάνωση των στοιχείων και η αξιολόγησή τους για την αναγνώριση της κατάστασης και της υπάρχουσας παθολογίας. Η εύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν την περιοχή, αλλά και το συγκεκριμένο σύμπτωμα είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθότερη αντιμετώπιση.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διαπιστωθεί ποια εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία με συγκεκριμένη στρατηγική αναζήτησης και λέξεις κλειδιά, να καταγραφούν τα εργαλεία αυτά και να διαπιστωθεί ποια εργαλεία γνωρίζουν, χρησιμοποιούν και επιθυμούν να μάθουν οι Έλληνες επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές. Πλήθος εργαλείων καταγράφηκαν και συγκεκριμένα το Oswestry Disability Index(ODI), το Roland – Morris Disability Questionnaire (RMDQ), το Sciatica Bothersomeness Index (SBI), η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale), το Whoqol-bref, το Keele Start Back Screening Tool, η κλίμακα Had (Hospital Anxiety and Depression scale), το SF – 36 Health Survey, το SF-12 Health Status Survey, το Maine-

Seattle Back Questionnaire (MSBQ), το Fear avoidance and beliefs questionnaire (FABQ), η Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), το CSI Central Sensitization Inventory, η Lower Extremity Functional Scale (LEFS), το S-LANSS (Self-Report Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms & Signs), το Quebec Task Force (QTF), η McKenzie, η Nice, το Coughing, Sneezing, Straining, ο έλεγχος αισθητικότητας, ο μυϊκός έλεγχος, τα τενόντια αντανάκλαστικά, η δοκιμασία Straight leg raise, το Slump test, το Femoral slump τεστ και το Modified bragard test. Κανένα από τα εργαλεία αυτά δεν θεωρείται gold standard, αλλά ο συνδυασμός της χρήσης τους επιφέρει το βέλτιστο αποτέλεσμα στην αξιολόγηση των ισχιαλγικών ασθενών, με τη πλειοψηφία των εργαλείων αυτών να διακρίνεται από εγκυρότητα και αξιοπιστία. Επίσης τα περισσότερα από αυτά αποτελούν πρακτικά και εύκολα στην κατανόηση εργαλεία για τους επαγγελματίες υγείας διαθέτοντας διαπολιτισμικές διασκευές σε διάφορες γλώσσες και σχεδόν όλα έχουν μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα. Μέσω των εργαλείων καταγράφονται η αισθητικότητα, η αδυναμία, η ένταση του πόνου και η επιδείνωσή του στα κάτω άκρα, η ανικανότητα του ισχιαλγικού ασθενή στις καθημερινές δραστηριότητές του και η ποιότητα ζωής του. Ακόμη ανιχνεύονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (άγχος, κατάθλιψη, φόβος) και δίνεται η δυνατότητα εντοπισμού κεντρικής ευαισθητοποίησης και ύπαρξης νευροπαθητικού πόνου. Βέβαια προκύπτει μέσω της βιβλιογραφίας ότι ορισμένα εργαλεία είναι αμφισβητούμενα και ότι απαιτείται τεχνογνωσία και εκπαίδευση για τη χρήση τους, επομένως σκόπιμο ήταν να καταγραφεί η γνώση και χρήση τους από τους φυσικοθεραπευτές στον ελλαδικό χώρο.

Η πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 56,4% άντρες και 43,3% γυναίκες ενώ το 0,3% δεν απάντησαν σε ποιο φύλο ανήκουν και κυρίως ήταν νεότεροι επαγγελματίες φυσικοθεραπείας 22-31 ετών (53,8%), ενώ το 24,7% είχαν μεγαλύτερη ηλικία 32-41 ετών, με την πλειοψηφία χρονολογικά να είχε αποφοιτήσει το 2011-2020 (58,5%) και το 25,2% το 2001-2010, επομένως οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν λίγα χρόνια εμπειρίας το οποίο επιβεβαιώθηκε από το μεγάλο ποσοστό των 0-5 ετών κλινικής εμπειρίας (45,7%) ακολουθώντας μόλις το 21% να έχει 6-10 χρόνια κλινικής εμπειρίας και 26-30 χρόνια μόλις το 3,1% των φυσικοθεραπευτών. Οι περισσότεροι που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν απόφοιτοι του ΤΕΙ Αθηνών (39,6%) και του ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας (25,7%) και Θεσσαλονίκης (14,4%) και το 90% εργαζόταν σε αστική περιοχή με κυρίαρχο

γεωγραφικό διαμέρισμα εργασίας να αποτελεί η Αττική (54,9%) και ακολουθεί το 8,4% η Μακεδονία εκτός της Θεσσαλονίκης. Οι Έλληνες επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές απασχολούνταν κυρίως σε κατ οίκον θεραπείες (27,7%) και ως υπάλληλοι σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο (20,7%). Σχετικά με τις ώρες εργασίας κάθε ημέρα το 41,7% εργάζονταν 5-8 ώρες ,ενώ το 40,9% εργάζονταν 9-12 ώρες ημερησίως με το 32,3% να αναλαμβάνει 6-10 ασθενείς την ημέρα και το 25,2% 11-15 ασθενείς ημερησίως. Βέβαια τα μυοσκελετικά περιστατικά όπως είναι και η ισχιαλγία, απασχολούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό των φυσικοθεραπευτών (30,3%) και το 24,1% των φυσικοθεραπευτών είχε αντιμετωπίσει πάνω από 50 περιστατικά με ισχιαλγία ετησίως. Επιπρόσθετα η βαθμολόγηση των περισσότερων φυσικοθεραπευτών χαρακτηρίστηκε ως “λίαν καλώς” (82,9%) και λιγότεροι είχαν βαθμό «άριστα» (11,8%).Ακόμη παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι δεν κατείχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα (67,7%),το 29,9% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο και μεταπτυχιακό και διδακτορικό τίτλο διέθετε μόλις το 1,8%.Το 86,9% απάντησε θετικά ότι έχει παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης όσο αφορά την αξιολόγηση της ισχιαλγίας με κυρίαρχα τα συνέδρια (24,1%), τα σεμινάρια (23,4%) και τις ημερίδες (22,7%). Όμως παρ όλα αυτά φάνηκε πως δεν γνώριζαν τα εργαλεία αξιολόγησης και κυρίως τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας .Κι αυτό διότι παρατηρήθηκαν μικρά ποσοστά απαντήσεων στις 19 κλίμακες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας με τα μεγαλύτερα ποσοστά να σημειώνει η κλίμακα VAS 12,8% ,η McKenzie 12,3% και το FABQ 6,7% ενώ απάντησαν και αρκετοί λανθασμένα την NDI (4,6%) η οποία αφορά τον αυχένα και την SPADI (3,6%) που αφορά τον ώμο ,οι οποίες σκοπίμως επιλέχθηκαν ώστε να διαπιστωθεί αν οι συμμετέχοντες διαβάζουν τις απαντήσεις και δεν απαντούν στη τύχη. Επίσης φάνηκε από τα αποτελέσματα ότι περίπου το 1/3 των συμμετεχόντων, γνωρίζει τους τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας με τον έλεγχο των μυοτομιών να φτάνει το 34,1%, των δερμοτομιών το 31,4% και των αντανεκλαστικών το 33,3% .Ακόμη σχετικά με τη γνώση των κλινικών δοκιμασιών επιλέχθηκαν σε σχετικά ικανοποιητικά ποσοστά το Slump (29,1%) ,το SLR (32,9%) και το Femoral Slump test (12,7%) ενώ επιλέχθηκαν και τα τεστ που δεν αντιστοιχούσαν στην ισχιαλγία αλλά αφορούσαν την αξιολόγηση του ώμου , το Neer test(11%) και το Hawkins -Kennedy test(7,3%) που απαντήθηκαν στην τύχη πιθανότατα. Επιπλέον λίγοι συμμετέχοντες απάντησαν ότι χρησιμοποιούν τις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας με τη μεγαλύτερη χρήση να

καταγράφεται στην κλίμακα VAS (14,1%) και McKenzie (15,2%). Η πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών χρησιμοποιεί τον έλεγχο των μυοτομιών (35,9%) και το SLR test (34%) και Slump test (28,3%). Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι Έλληνες επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές δεν είναι γνώστες ούτε χρήστες των περισσότερων εργαλείων αξιολόγησης των ισχιαλγικών ασθενών και πως επιθυμούν να μάθουν τα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας και κυρίως το SBI (6,6%) και το SBST (5,5%) και μόνο το 3,7% δεν επιθυμεί να τα μάθει .

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p -value = 0.002) του πλήθους των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν, με την παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σχετιζόμενα με την αξιολόγησή της. Όμως δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του πλήθους κλιμάκων αξιολόγησης (p -value = 0.435) και των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας (p -value = 0.662) με την παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σχετιζόμενα με την αξιολόγησή της. Αυτό πιθανόν να οφείλεται πιθανότατα στο γεγονός ότι δεν διδάσκονται στα προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης οι κλίμακες αξιολόγησης και οι κλινικές δοκιμασίες τα οποία είναι πιο σύγχρονα εργαλεία, ενώ δίνεται έμφαση κυρίως στην νευρολογική εξέταση της ισχιαλγίας . Επίσης συγκεκριμένα η γνώση του SLR (p -value = 0.000) και του Slump test (p -value = 0.000) που αποτελούν τα γνωστότερα και σημαντικότερα τεστ αξιολόγησης ισχιαλγικών ασθενών συσχετίζονται σημαντικά με την παρακολούθηση προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σχετιζόμενα με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας.

Ακόμη βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (p -value = 0.000) μεταξύ του πλήθους των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι φυσικοθεραπευτές και του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης επομένως τις διδάσκονται σε ορισμένα ιδρύματα και όχι σε όλα, όπως θα έπρεπε να συμβαίνει με τους περισσότερους που τις γνωρίζουν να προέρχονται από το ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ και το ΤΕΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. Επομένως τα προγράμματα εκπαίδευσης των σχολών θα πρέπει να συζητηθούν εκ νέου και να μελετηθούν προς βελτίωση και εκσυγχρονισμό όλων των τμημάτων φυσικοθεραπείας, αφού δεν εμπίπτει χρονολογικά η δημιουργία των δοκιμασιών με το χρόνο των σπουδών των φυσικοθεραπευτών.

Επίσης βρέθηκε σημαντική συσχέτιση (p -value = 0.004) του πλήθους κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές και των μεταπτυχιακών σπουδών που υποδεικνύει ότι η δια βίου εκπαίδευση παίζει ρόλο στις γνώσεις των φυσικοθεραπευτών όσον αφορά την ισχιαλγία. Συσχετίζονται επίσης σημαντικά (p -value = 0.001) η γνώση της κλίμακας VAS, την οποία γνώριζαν οι περισσότεροι

φυσικοθεραπευτές (κυρίως όσοι εργάζονταν 6-10 έτη), με την κλινική εμπειρία τους. Η χρήση της κλίμακας VAS (p -value = 0.008) συσχετίζεται με την παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών που υποδηλώνει ότι πιθανότατα διδάσκεται σε μεταπτυχιακά προγράμματα η συγκεκριμένη κλίμακα. Τέλος η επιθυμία να μάθουν το κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας SBST μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης που επιθυμούν οι περισσότεροι επαγγελματίες συσχετίζεται σημαντικά με το γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος που εργάζονται (p -value = 0.009) και με τις ώρες εργασίας τους την ημέρα (p -value = 0.002) αφού σε κάθε περιοχή της Ελλάδος διαφοροποιούνται οι ανάγκες εκπαίδευσης και δεν είναι πάντα επαρκής ο χρόνος της εργασίας ώστε να πραγματοποιήσουν αξιολόγηση των περιστατικών. Επομένως επιθυμούν να μάθουν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές τα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας, διότι οι γνώσεις τους δεν επαρκούν. Η άγνοια των εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας πιθανότατα έγκειται στο γεγονός ότι πρόσφατα καθιερώθηκε μέσω τροποποίησης της νομοθεσίας το «αξιολογείν- επιλέγειν-εκτελείν» (2015 -κλινική συλλογιστική και λήψη απόφασης) καθώς στο παρελθόν δεν συμπεριλαμβανόταν στα δικαιώματα των φυσικοθεραπευτών η αξιολόγηση των περιστατικών επομένως δεν υπήρχε και λόγος αναζήτησης των εργαλείων αυτών. Επιπλέον τα εργαλεία ίσως θεωρούνταν κάτι πολύ εξειδικευμένο και δεν είχε δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην αξιοποίηση και καθημερινή χρήση τους επειδή άρχισαν σταδιακά να μεταφράζονται στην ελληνική γλώσσα και ετεροχρονισμένα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, με διαφορετική δια βίου εκπαίδευση να επικρατεί, λόγω μη ύπαρξης πανεπιστημιακού τμήματος (όπως πλέον υπάρχει) να αναλάβει την μετάφρασή τους και λόγω έλλειψης οργανωμένων ερευνητικών κέντρων εξειδικευμένων σε αποκατάσταση ισχιαλγικών ασθενών.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συνοψίζοντας λοιπόν όλα τα παραπάνω, υπάρχουν ελλείμματα και ανάγκη βελτίωσης της εκπαιδευτικής κατάρτισης αλλά και δια βίου μάθησης των

Ελλήνων φυσικοθεραπευτών αναφορικά με την αξιολόγηση ενός πλέον συχνού και σοβαρού μυοσκελετικού προβλήματος όπως αποτελεί η ισχιαλγία. Υπάρχει πληθώρα εργαλείων διαθέσιμων και σταθμισμένων στην ελληνική γλώσσα με εγκυρότητα και αξιοπιστία ώστε να επιλεγεί ο καταλληλότερος τρόπος και η μέθοδος αξιολόγησης αναλόγως το περιστατικό με κύριο στόχο το μέγιστο προσδοκώμενο αποτέλεσμα για τον ισχιαλγικό ασθενή. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην υλοποίηση επιμορφωτικών και εκπαιδευτικών σεμιναρίων δια βίου εκπαίδευσης στα οποία θα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν οι επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές με στόχο να βελτιώσουν το επίπεδο των γνώσεών τους, τα επιστημονικά τους εφόδια και τη ποιότητα της ζωής των ασθενών με ισχιαλγία. Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι ο ίδιος ο επαγγελματίας, παρά τις δυσκολίες που καλείται σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο να αντιμετωπίσει, να ενδιαφέρεται για το επάγγελμά του, διότι αποτελεί ένα λιθαράκι στο σύστημα υγείας.

Μειονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης

Κύριο μειονέκτημα της παρούσας έρευνας είναι ότι η πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών που έλαβαν μέρος είχαν ηλικία από 22 έως 31 ετών (53,8%) με αποτέλεσμα να μην έχουν μεγάλη κλινική εμπειρία ώστε να γνωρίζουν και να χρησιμοποιούν τα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας όμως τα 381 άτομα που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν επαρκές δείγμα για την ισχύ της μελέτης. Επιπρόσθετα το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης εκτός από την ιστοσελίδα του Πανελληνίου συλλόγου φυσικοθεραπείας με συνέπεια να μην μπορούν απόλυτα να ελεγχθούν αν όσοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν όντως εγγεγραμμένα μέλη του Πανελληνίου συλλόγου φυσικοθεραπευτών, αν και είχαν δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες προτού λάβουν μέρος γραπτώς. Επίσης λόγω των πολλών απαντήσεων που ήταν διαθέσιμες στις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας πιθανότατα το ερωτηματολόγιο να ήταν κουραστικό στη συμπλήρωσή του. Ένα ακόμη πρόβλημα αποτέλεσε η συλλογή μεγάλου όγκου πληροφοριών λόγω των πολλών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που ήταν δύσκολα να συσχετιστούν μεταξύ τους απόλυτα και μάλιστα υπήρχαν σε κάποιες ερωτήσεις η δυνατότητα επιλογής πάνω από μιας απάντησης που έκανε δυσκολότερη την ανάλυση των στοιχείων. Ακόμη το ερωτηματολόγιο θα ήταν καλύτερο να έχει περισσότερες και πιο επικεντρωμένες ερωτήσεις σχετικές με τα εργαλεία αξιολόγησης και ειδικά στις κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας ώστε να διαπιστωθεί αν πράγματι γνωρίζουν τα εργαλεία οι φυσικοθεραπευτές (πχ ανοικτού τύπου ερωτήσεις). Άλλος περιορισμός είναι το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο είναι δυνατό να μην απαντήθηκε με ειλικρίνεια για να μην δημιουργήσει άσχημη εικόνα στον ερευνητή. Υπάρχει ένας προβληματισμός

κατά πόσο κατανοήθηκαν από τους παραλήπτες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η απουσία συνεντευκτή αν και αποτρέπει την πιθανότητα εκδήλωσης προδιάθεσης και προκατάληψης και εξασφαλίζει την ανωνυμία, αποτελεί μειονέκτημα στην περίπτωση όπου τα υπό εξέταση θέματα του ερωτηματολογίου απαιτούν διευκρινιστικές επισημάνσεις. Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να περιοριστούν τα προβλήματα αυτά με σαφή επεξήγηση η οποία συνόδευε τα ερωτηματολόγια καθώς και με την διευκρίνιση ότι ήταν δυνατή η επικοινωνία με τον ερευνητή για την παροχή διευκρινήσεων μέσω email. Τέλος ένα ακόμη μειονέκτημα ήταν ο αποκλεισμός από τη συμμετοχή στη μελέτη των φυσικοθεραπευτών που δεν γνώριζαν να χρησιμοποιούν τα ηλεκτρονικά μέσα επικοινωνίας και δεν ενημερώθηκαν για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Οι μελλοντικές προτάσεις είναι να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες που να αφορούν τα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας και άλλων παθολογιών της σπονδυλικής στήλης που χρησιμοποιούν οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές συγκεκριμένα στον Ελλαδικό χώρο. Επίσης θα ήταν πολύ χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μια παρόμοια μελέτη σε φοιτητές όλων των τμημάτων φυσικοθεραπείας για τον αν διδάσκονται τα εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Ελλάδας ώστε να βελτιωθεί η εκπαίδευση της χώρας και να βρεθούν τυχόν ελλείμματα που υπάρχουν και να συσχετιστούν τα ευρήματα αυτά με τα αποτελέσματα των επαγγελματιών φυσικοθεραπείας στον ελλαδικό χώρο. Ακόμη καλό θα ήταν να γίνει χρήση ενός τροποποιημένου ερωτηματολογίου που θα διευκρινίζει τον τρόπο επαναξιολόγησης του περιστατικού με ισχιαλγία καθώς συμβάλλει καθοριστικά στην πρόοδο της θεραπείας, στον καθορισμό εκ νέου της θεραπευτικής προσέγγισης και στον επαναπροσδιορισμό στόχων ώστε να βελτιωθεί ο ασθενής.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Al Nezari, N.H., Schneiders, A.G., and Hendrick, P.A.(2013). Neurological examination of the peripheral nervous system to diagnose lumbar

spinal disc herniation with suspected radiculopathy: a systematic review and meta-analysis. *The Spine Journal*, 13(6):657-674.

2. Almeida, R. S., Machado, E., Yamato, T.P., Santos De Melo, L., and Nogueira, L.A.C. (2019). Pragmatic neural tissue management improves short-term pain and disability in patients with sciatica: a single-arm clinical trial. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 1–7.
3. Amir, M., Lewin-Epstein, N., Becker, G., and Buskila, D. (2002). Psychometric properties of the SF-12 (Hebrew version) in a primary care population in Israel. *Medical Care*, 40(10):918-928.
4. Andias, R., and Silva, A.G. (2020). *Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the European Portuguese version of the Central Sensitization Inventory in adolescents with musculoskeletal chronic pain. Pain Practice.*
5. Apeldoorn, Adri T., Helvoirt, H., Meihuizen, H., Tempelman, Henk., Vandeput, D., and Knol, Dirk L. (2016). The Influence of Centralization and Directional Preference on Spinal Control in Patients With Nonspecific Low Back Pain. In: *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 46 (4): 258–269.
6. Arokoski, M.H., Arokoski, J.P., Haara, M., Kankaanpaa, M., Vesterinen, M., Niemitukia, L.H., and Helminen, H.J. (2002). Hip muscle strength and muscle cross sectional area in men with and without hip osteoarthritis. *J Rheumatol.* 29:2185-2195.
7. Ashworth, J., Konstantinou, K. and Dunn, K.M., 2011. Prognostic factors in non-surgically treated sciatica: a systematic review. *BMC musculoskeletal disorders*, 12(1), p.1.
8. Atlas, S. J., Deyo, R. A., Keller, R. B., Chapin, A. M., Patrick, D. L., Long, J. M., and Singer, D. E. (1996). *The Maine Lumbar Spine Study, Part II. Spine*, 21(15):1777–1786.
9. Atlas, S.J., Deyo, R.A., Van den Ancker, M., Singer, D.E., Keller, R.B. and Patrick, D.L. (2003). The Maine-Seattle back questionnaire: a 12-item disability questionnaire for evaluating patients with lumbar sciatica or stenosis: results of a derivation and validation cohort analysis. *Spine*, 28(16):1869-76.
10. Batistaki, C., Lyrakos, G., Drachtidi, K., Stamatiou, G., Kitsou, MC., and Kostopanagiotu, G. (2016). Translation, Cultural Adaptation and Validation of Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) and Self-Complete Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) Questionnaires into the Greek Language. *Pain Pract.* 16(5):552-64.
11. Begum, S., Ahmed, M.U., Schéele, B.V., Olsson, E., and Funk, P. (2010). Development of a stress questionnaire: A tool for diagnosing mental stress. Technical Report, MRTC.

12. Bennett, M.I., Smith, B.H., Torrance, N., and Potter, J. (2005). The S-LANSS score for identifying pain of predominately neuropathic origin: validation for use in clinical and postal research. *J Pain* 6:149–158.
13. Bergner, M., Bobbitt, R., Carter, W., and Gilson, B. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*.19(8):787-805.
14. Bijur, P.E., Silver, W., and Gallagher, E.J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic emergency medicine*, 8(12), pp.1153-1157.
15. Bilika, P., Neblett, R., Georgoudis, G., Dimitriadis, Z., Fandridis, E., Strimpakos, N., & Kapreli, E. (2019). *Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Greek version of the Central Sensitization Inventory. Pain Practice.*
16. Billis, E., Kapreli, E., Krekoukias, G., Zacharopoulos, A., Stasinopoulos, D., Spanos, S., & Strimpakos, N. (2015). *Cross-cultural validation of the sciatica bothersomeness index in a sample of Greek patients with sciatica. Physiotherapy, 101*, p.1448.
17. Binkley, J.M., Stratford, P.W., Lott, S.A., and Riddle, D.L. (1999). The lower extremity functional scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application. *Phys Ther*.1999; 79(4):371-382.
18. Bishop, A., Tooth, S., Ogollah, R.O., Beardmore, R., Hay, E., Jowett, S., Protheroe, J., Salisbury, C., Thomas, I., Young, J. & Foster, N.E. (2015). Direct access to Physiotherapy for musculoskeletal problems in primary care: the stems pilot cluster randomised trial. *WCPT Congress*, pp. 152-153.
19. Bogduk N. On the definition and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. *Pain*. 2009; 147(1-3):17-19.
20. Bolton, J. E., & Humphreys, B. K. (2002). *The Bournemouth Questionnaire: A short-form comprehensive outcome measure. II. Psychometric properties in neck pain patients. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 25(3):141–148.*
21. Boonstra, A.M., Preuper, H.R.S., Reneman, M.F., Posthumus, J.B., and Stewart, R.E. (2008). Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(2):165-169.
22. Boscainos, P. G., Sapkas, G., Stilianessi, E., Prouskas., & Papadakis, S.A. (2003). Greek version of the Oswestry and Roland-Morris disability questionnaire. *Clinical orthopedics and related research*, 411:40-53.
23. Boyd, B.S., Puttlitz, C., Gan, J., & Topp, K.S. (2005). Strain and excursion in the rat sciatic nerve during a modified straight leg raise are altered after traumatic nerve injury. *Journal of Orthopaedic Research*, 23:764 – 770.

24. Breivik, E.K., Björnsson, G.A., and Skovlund, E. 2000. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. *The Clinical journal of pain*, 16(1):22-28.
25. Bryman, A.(2015). *Social research methods*.Oxford university press.
26. Bunkentorp, L., Carlsson, J., Kowalski, J., Stener-Victorin, E. (2005). Evaluating the reliability of multi-item scales: a non-parametric approach to the ordered categorical structure of data collected with the Swedish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia and the Self-Efficacy Scale. *J Rehabil Med.*, 37:330–334.
27. Bury, T.J. & Stokes, E.K. (2013). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*, 99(4):285-291.
28. Busija, L., Pausenberger, E., Haines, T. P., Haymes, S., Buchbinger, R., Osborne, R. H. (2011). Adult measures of General health-related quality of life.*Arthritis care and research*. 63(11):383-541.
29. Cass SP. (2015).Piriformis syndrome: a cause of nondiscogenic sciatica. *Curr Sports Med Rep*,14(1):41-4.
30. Cibere, J., Thorne, A., Bellamy, N., Greidanus, N., Chalmers, A., Mahomed, N., Shojania, K., Kopec, J., Esdaile, JM. (2008).Reliability of the hip examination in osteoarthritis: effect of standardization. *Arthritis Rheum*.59:373-381.
31. Clare, H. A., Adams, R., & Maher, C. G. (2005). Reliability of McKenzie Classification of Patients With Cervical or Lumbar Pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 28(2):122–127.
32. Cook, C., Kenneth, L., Showalter, C., O'Halloran, B. (2015).“The relationship between chief complaint and comparample sign in patients with spinal pain: An exploratory study”, *Manual Therapy* ,20: 451-455.
33. Cook, CE., Taylor, J., Wright, A., Milosavljevic, S., Goode, A., Whitford, M. (2014).Risk factors for first time incidence sciatica: a systematic review. *Physiother Res Int* , 19:65-78.
34. Coppieters, M.W., Alshami, A.M., Babri, A.S., Souvlis, T., Kippers, V., & Hodges, P.W. (2006). Strain and excursion of the sciatic, tibial, and plantar nerves during a modified straight leg raising test. *Journal of Orthopaedic Research*, 24:1883 – 1889.
35. Coster, S., de Bruijn, SF., Tavy, DL. (2010). Diagnostic value of history, physical examination and needle electromyography in diagnosing lumbosacral radiculopathy. *J Neurol* ,257(3):332–337.
36. Cotta. (2002). *Η Ορθοπαιδική 2η Έκδοση Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα,σελ 2-4* .
37. Crombez, G., Vlaeyen, J., Heuts, P., and Lysens, R. (1999).Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain related fear in chronic back pain disability.80:329-39.

38. Cuesta-Vargas, A., Neblett, R., Chiarotto, A., Kregel, J., Nijs, J., Van Wilgen, CP.(2018). Dimensionality and Reliability of the Central Sensitization Inventory (CSI) in a Pooled Multi-Country Sample. *Journal of Pain*. 19(3): 317-29.
39. Davidson, M. (2014). Roland-Morris disability questionnaire. *Encyclopedia of quality of life and well-being res*, 10(5):5587-5540.
40. Delitto, A., George, S.Z., Dillen, L., Whitman, J.M., Sowa, GW., Shekelle, P., Denninger, T.R. and Godges, J.J.(2012). Low back pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section, *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 42(4):1-57
41. Deyo, R. A., Andersson, G., Bombardier, C., Cherkin, D. C., Keller, R. B., Lee, C. K., Weinstein, J. N. (1994). *Outcome Measures for Studying Patients with Low Back Pain. Spine, 19(18): 2032–2036.*
42. Drake R.L. Vogl W.Mitchell A.W.M., (2007), "Ανατομία Grey's", Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, Τόμος 1&2, 2^η Ελληνική Έκδοση.
43. Efstathiou M, Stefanakis M, Savva C., & Giakas G. (2015). Effectiveness of neural mobilization in patients with spinal radiculopathy: A critical review. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* , 19(2):205-212.
44. ELDesoky, M. M., & Abutaleb., E. M. (2016). Efficacy of neural mobilization on low back pain with s1 radiculopathy. *International Journal of Physiotherapy*, 3(3):362-370.
45. Elizabeth, J. (2012). Νευρο-Ανατομία, Κεφάλαιο 31: Οργάνωση του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος, σελ. 623 Τελικοί κλάδοι του Ιερού πλέγματος, Ισχιακό νεύρο (Ο4, Ο5, Ι1-Ι3).
46. Elzahaf, RA., Tashani ,OA., Unsworth, BA., & Johnson, MI. (2013). Translation and linguistic validation of the self-completed Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs (S-LANSS) scale for use in a Libyan population. *Pain Practice*, 3(3):198–205.
47. Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L. and Jensen, M.P., (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *PAIN®*, 152(10):2399-2404.
48. Flynn TW, Cleland JA, Whitman JM. Users' Guide to the Musculoskeletal Examination: Fundamentals for the Evidence-Based Clinician. Buckner: Evidence in Motion; 2008.
49. Frank AO, De LH, McAuley JH, Sharma V, Main CJ. A cross-sectional survey of the clinical and psychological features of low back pain and consequent work handicap: use of the Quebec Task Force classification. *Int J Clin Pract*. 2000;54(10):639–44.
50. Fritz JM, George S. Identifying Psychosocial Variables in Patients With Acute Work-Related Low Back Pain: The Importance of Fear-Avoidance Beliefs. *Phys Ther*. 2002; 82(10): 973-983.
51. Garoushi, S., Johnson, M. I., & Tashani, O. A. (2017). *Translation and cultural adaptation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms*

- and Signs (LANSS) pain scale into Arabic for use with patients with diabetes in Libya. Libyan Journal of Medicine, 12(1), 1384288.*
52. Georgoudis, G., Papathanasiou, G., Spiropoulos, P., Katsoulakis, K.(2005).Physiotherapy assessment in painful musculoskeletal conditions: the validation of the Greek version of the Tampa Scale of Kinesiophobia (pilot study): World Institute of Pain, European Federation of IASP Chapters,p.214
 53. Georgoudis, G., and Oldham, J.A.(2001).Anxiety and Depression as Confounding Factors in Cross-cultural Pain Research Studies: Validity and reliability of a Greek version of the HAD scale. *Physiotherapy, 87(2):92-93.*
 54. Georgoudis, G., Papathanasiou, G., Spiropoulos, P., & Katsoulakis, K. (2007). *Cognitive assessment of musculoskeletal pain with a newly validated Greek version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). European Journal of Pain, 11(3):341–351.*
 55. Germon, T., Singleton, W., & Hobart, J. (2014). Is NICE guidance for identifying lumbar nerve root compression misguided? *European Spine Journal, 23(S1): 20–24.*
 56. Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Liappas, I. A., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the greek version of the world health organization quality of life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry 8(1) : 23.*
 57. Giuffre, BA., Jeanmonod, R. (2018) *Anatomy, Back, Nerves, Sciatic.* StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC.
 58. Gómez-Pérez, L., López-Martínez, A. E., & Ruiz-Párraga, G. T. (2011). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *The Journal of Pain, 12(4): 425–435.*
 59. Grovle, L., Haugen, AJ., Keller, A., Natvig, B., Brox, JI., Grotle, M. (2008). Reliability, validity, and responsiveness of the Norwegian versions of the Maine-Seattle back questionnaire and the Sciatica Bothersomeness and frequency indices. *Spine, 33(21):2347–2353.*
 60. Grøvle, L., Haugen, A.J., Keller, A., Natvig, B., Brox, J.I. and Grotle, M.(2010). The bothersomeness of sciatica: patients' self-report of paresthesia, weakness and leg pain. *European Spine Journal, 19(2):.263-269.*
 61. Gudala, K., Ghai, B., BansalD.(2017).Usefulness of four commonly used neuropathic pain screening questionnaires in patients with chronic low back pain: A cross-sectional study *Korean J Pain;30(1):51–8.*
 62. Hall, C. D., & Herdman, S. J. (2006).*Reliability of Clinical Measures Used to with Peripheral Vestibular Disorders. Journal of Neurologic Physical Therapy, 30(2):74–81.*
 63. Harkness, E.F., Macfarlane, G.J., Silman, A.J. and McBeth, J.(2005). Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago: Two

- population-based cross-sectional studies. *Rheumatology*, 44(7):890-895.
64. Hartvigsen, L., Hestbaek, L., Lebouef-Yde, C., Vach, W., & Kongsted, A. (2017). Leg pain location and neurological signs relate to outcomes in primary care patients with low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1).
 65. Haugen, A. J., Brox, J. I., Grøvre, L., Keller, A., Natvig, B., Soldal, D., & Grotle, M. (2012). *Prognostic factors for non-success in patients with sciatica and disc herniation*. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1).
 66. Haugen, A.J., Grøvre, L., Brox, J.I., Natvig, B., Keller, A., Soldal, D. and Grotle, M.(2011). Estimates of success in patients with sciatica due to lumbar disc herniation depend upon outcome measure. *European Spine Journal*, 20(10):1669-1675.
 67. Hays, R.D., Sherbourne, C.D., Mazel, R.M.(1993).The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ.*2(3):217-27.
 68. Hefford C.(2008).McKenzie classification of mechanical spinal pain: Profile of syndromes and directions of preference. *Man Ther.*13(1):75–81.
 69. Herrmann, C.(1997).International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1):17-41.
 70. Hill, J. C., Vohora, K., Dunn, K. M., Main, C. J., & Hay, E. M. (2010). Comparing the STarT Back Screening Tool's Subgroup Allocation of Individual Patients With That of Independent Clinical Experts. *The Clinical Journal of Pain*, 26(9):783–787.
 71. Hill, J. C., Whitehurst, D. G., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9802):1560–1571.
 72. Hill, J., Dunn, K., Lewis, M., Mullis, R., Main, Ch., Foster, N. & Hay, El. (2008). A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008 May 15;59(5):632-41.
 73. Homayouni, K., Jafari, S. H., & Yari, H. (2018). *Sensitivity and Specificity of Modified Bragard Test in Patients With Lumbosacral Radiculopathy Using Electrodiagnosis as a Reference Standard*. *Journal of Chiropractic Medicine*, 17(1):36–43.
 74. Horng, Y.-S., Hou, W.-H., & Liang, H.W. (2019). Responsiveness of the modified lower extremity functional scale in patients with low back pain and sciatica. *Medicine*, 98(14), p.15105.
 75. Houben, RMA., Leeuw, M., Vlaeyen, JWS., Goubert, L., Picavet, HSJ. (2005). Fear of Movement/Injury in the General Population: Factor Structure and Psychometric Properties of an Adapted Version of the

- Tampa Scale for Kinesiophobia. *J of Behavioral Medicine*, 28(5): 415–424.
76. Huskisson EC, (1982). Measurement of pain, *J Rheumatol.*, vol.9, no. 5: 768-9 .
 77. Iversen, T., Solberg, T.K., Romner, B., Wilsgaard, T., Nygaard, Ø., Waterloo, K., Brox, J.I. and Ingebrigtsen, T.(2013). Accuracy of physical examination for chronic lumbar radiculopathy. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), p.1.
 78. Jamison, R.N., Gracely, R.H., Raymond, S.A., Levine, J.G., Marino, B., Herrmann, T.J., Daly, M., Fram, D. and Katz, N.P.(2002). Comparative study of electronic vs. paper VAS ratings: a randomized, crossover trial using healthy volunteers. *Pain*, 99(1):341-347.
 79. Jensen, R. K., Kongsted A., Kjaer P., Koes B.(2019).Diagnosis and treatment of sciatica *BMJ*, 367 : l6273.
 80. Karstens, S., Krug, K., Hill, J. C., Stock, C., Steinhäuser, J., Szecsenyi, J., & Joos, S. (2015). *Validation of the German version of the STarT-Back Tool (STarT-G): a cohort study with patients from primary care practices. BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(1).
 81. Keller, R. B., Atlas, S. J., Singer, D. E., Chapin, A. M., Mooney, N. A., Patrick, D. L., & Deyo, R. A. (1996). *The Maine Lumbar Spine Study, Part I. Spine*, 21(15):1769–1776.
 82. Kennedy, D. M., Stratford, P. W., Robarts, S., & Gollish, J. D. (2011). *Using Outcome Measure Results to Facilitate Clinical Decisions the First Year After Total Hip Arthroplasty. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 41(4):232–240.
 83. Kim, D., Lee, S., Lee, H., Lee, H., Chang, S., Chung, S.K., και Hyun J.(2005).Validation of the Korean Version of the Oswestry Disability Index. *Spine*,30 (5):123-127.
 84. Kindler, L. L., Bennett, R. M., & Jones, K. D. (2011). Central sensitivity syndromes: Mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain Management Nursing*, 12(1):15–24.
 85. Koc, R., Erdemoglu, A.K. (2010). Validity and reliability of the Turkish self-administered Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) questionnaire. *Pain Med* ,11(7):1107–14.
 86. Kongsted, A., Kent, P., Jensen, T. S., Albert, H., & Manniche, C. (2013).Prognostic implications of the Quebec Task Force classification of back-related leg pain: an analysis of longitudinal routine clinical data. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1).
 87. Konstantinou, K., Beardmore, R., Dunn, K.M., Lewis, M., Hider, S.L., Sanders, T., Jowett, S., Somerville, S., Stynes, S., van der Windt, D.A. and Vogel, S., (2012b). Clinical course, characteristics and prognostic

- indicators in patients presenting with back and leg pain in primary care. The ATLAS study protocol. *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1), p.1.
88. Konstantinou, K., Lewis, M. and Dunn, K.M., (2012a). Agreement of self-reported items and clinically assessed nerve root involvement (or sciatica) in a primary care setting. *European Spine Journal*, 21(11), pp.2306-2315.
 89. Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D. & Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes*. 5(1): 55 .
 90. Kori, S., Miller, R., Todd D.(1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour. *Pain Manage* ,35–43.
 91. Lai, W.-H., Shih, Y.-F., Lin, P.-L., Chen, W.-Y., & Ma, H.-L. (2012). *Normal neurodynamic responses of the femoral slump test. Manual Therapy*, 17(2):126–132.
 92. Lam, O. T., Strenger, D. M., Chan-Fee, M., Pham, P. T., Preuss, R. A., & Robbins, S. M. (2018). Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 48(6):476–490.
 93. Lame, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., Kleef, M., & Patijn, J.(2005).Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal Pain*. 9(1):15-24.
 94. Lethem, J., Slade, P.D., Troup, J.D.G., & Bendey, G. (1983). Outline of a fear avoidance model of exaggerated pain perceptions, *Behav Res Ther*.21:401-408.
 95. Li, A.L., Yen, D. (2011). Effect of increased MRI and CT scan utilization on clinical decision-making in patients referred to a surgical clinic for back pain. *Can J Surg*. 54(2):128–132.
 96. Lin, P.-L., Shih, Y.-F., Chen, W.-Y., & Ma, H.-L. (2014). Neurodynamic Responses to the Femoral Slump Test in Patients With Anterior Knee Pain Syndrome. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(5):350–357.
 97. Lippitt, S.B., Harryman, D.T. II, Matsen, F.A. III.(1993).A practical tool for evaluation function: the simple shoulder Test.In *The Shoulder: A Balance of Mobility and Stability*. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons, p.501-518.
 98. Longo, U.G., Loppini, M., Denaro, L., Maffulli, N. and Denaro, V., (2010). Rating scales for low back pain. *British medical bulletin*, 94(1):81-144.
 99. Lundberg, M., Styf, J., Jansson, B. (2009). On what patients does the Tampa Scale for Kinesiophobia fit? *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(7):495–506.

100. Lundberg, M., Grimby-Ekman, A., Verbunt, J., & Simmonds, M. J. (2011). *Pain-Related Fear: A Critical Review of the Related Measures*. *Pain Research and Treatment*, p.1–26.
101. Maffiuletti, NA. (2010). Assessment of Hip and Knee Muscle Function in Orthopaedic Practice and Research. *J Bone Joint Surg Am*. 92:220-9d.
102. Majlesi, J., Togay, H., Ünalán, H., and Toprak, S. (2008). The sensitivity and specificity of the Slump and the Straight Leg Raising tests in patients with lumbar disc herniation. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 14(2) : 87-91.
103. May, S., Littlewood, C., and Bishop, A. (2006). Reliability of procedures used in the physical examination of non-specific low back pain: a systematic review. *Australian journal of physiotherapy*, 52(2):91-102.
104. Mayer, TG., Neblett, R., Cohen, H., Howard, KJ., Choi, YH., Williams, MJ., Perez, Y., and Gatchel, RJ. (2012). The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory (CSI). *Pain Pract* , 12(4): 276-85.
105. McKenzie R, May S. (2003). *Mechanical Diagnosis and Therapy*. 2nd ed. Waikanae, New Zealand: Spinal Publications New Zealand.
106. McKenzie, R.A. (1990). *The cervical and thoracic spine. Mechanical Diagnosis and Therapy*. Waikanae, New Zealand: Spinal Publications Ltd.
107. Mechling, W. E., Avins, A .L., Agree, M. C., Carey, T. S., & Hechnt, F. M. (2015). Can a back pain screening tool help classify patients with acute pain into risk levels for chronic pain?. *European journal of pain*, 19(3):439-446.
108. Mehta, S. P., Fulton, A., Quach, C., Thistle, M., Toledo, C., & Evans, N. A. (2016). Measurement Properties of the Lower Extremity Functional Scale: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 46(3): 200–216.
109. Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C. , Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample, *Annals of General Psychiatry*, 7(4): 1-5.
110. Montazeri, A., Vahdaninia, M., Mousavi, S.J., & Omidvari, S. (2009). The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health*, 9(1): 1.
111. Montazeri, A., Vahdaninia, M., Mousavi, S.J., Asadi - Lari, M., Omidvari, S. and Tavousi, M. (2011) .The 12 - item medical outcomes study short form health survey version 2.0 (SF - 12v2): a population - based validation study from Tehran, Iran. *Health and quality of life outcomes*, 9(1): 1.

112. Mousavi, S. J., Parnianpour, M., Mehdian, H., Montazeri, A., and Mobini, B. (2006). *The Oswestry Disability Index, the Roland-Morris Disability Questionnaire, and the Quebec Back Pain Disability Scale: Translation and Validation Studies of the Iranian Versions*. *Spine*, 31(14): 454–459.
113. Mystakidou, K., Tsilika, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The hospital anxiety and depression scale in greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Support care cancer*, 12(12):821-825.
114. Neblett, R. (2018). The central sensitisation inventory: A user's manual. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(2).
115. Neblett, R., Hartzell, M. M., Williams, M., Bevers, K. R., Mayer, T. G., & Gatchel, R. J. (2017). Use of the Central Sensitization Inventory (CSI) as a treatment outcome measure for patients with chronic spinal pain disorder in a functional restoration program. *The Spine Journal*, 17(12):1819–1829.
116. Padua, R., Padua, L., Ceccarelli, E., Romanini, E., Zanolli, G., Bondi, R., and Campi, A. (2002). Italian version of the Roland Disability Questionnaire, specific for low back pain: cross-cultural adaptation and validation. *European Spine Journal*, 11(2): 126-129.
117. Pappa E., Kontodimopoulos N., Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14: 1433–1438.
118. Patrick, D.L., Deyo, R.A., Atlas, S.J., Singer, D.E., Chapin, A. and Keller, R.B. (1995). Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. *Spine*, 20(17):1899-1908.
119. Payares, K., Lugo, LH., & Restrepo, A. (2015). Validation of the Roland Morris Questionnaire in Colombia to Evaluate Disability in Low Back Pain. *Spine*, 40(14):1108-14.
120. Peul, W. C., van Houwelingen, H. C., van den Hout, W. B., Brand, R., Eekhof, J. A. H., Tans, J. T. J., Thommer R.T.W.M., & Koes, B. W. (2007). *Surgery versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica*. *New England Journal of Medicine*, 356(22):2245–2256.
121. Price, D.D., McGrath, P.A., Rafii, A., and Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17(1):45-56.
122. Robinson, HS., & Dagfinrud, H. (2017). Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice, a cohort study. *BMC Musculoskeletal Disord*, 18(1):232.
123. Roelofs J, et al. (2007). Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of the

- Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. *Pain*, 131:181–190.
124. Roland, M., and Fairbank, J., (2000). The Roland–Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine*, 25(24):3115-3124.
 125. Rozenberg, S. (2008). Chronic low back pain definition and treatment, *Rev Prat*, 15:58(3): 265-272.
 126. Ruo, B., Rumsfeld, JS., Hlatky, MA., Liu, H., Browner, WS., Whooley MA. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study, *JAMA*, 290(2): 215-21.
 127. Sarkari, E., and Multani, NK. (2007). Efficacy of Neural Mobilization in Sciatica. *Journal of Exercise Science and Physiotherapy*. 2007; 3(2):136-141.
 128. Salem, Dr., and Alatawi F. (2019) . Effectiveness of neural mobilization in the management of chronic low back pain with. *Int J Physiother*, 6(5): 217-223.
 129. Scerbo, T., Colasurdo, J., Dunn, S., Unger, J., Nijs, J., Cook, C. (2018). Measurement Properties of the Central Sensitization Inventory: A Systematic Review. *Pain Practice*. (4):544-554.
 130. Shacklock, M. (2005). *Clinical Neurodynamics. A new system of musculoskeletal treatment*, City Physiotherapy and Sports Injury Clinic, Elsevier, Adelaide, Australia.
 131. Schenk, R., Lawrence, H., Lorenzetti, J., Marshall, W., Whelan, G., & Zeiss, R. (2016). The relationship between Quebec Task Force Classification and outcome in patients with low back pain treated through mechanical diagnosis and therapy. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 24(1), 21–25.
 132. Schultz, I. Z., Crook, J., Berkowitz, J., Milner, R., & Meloche, G. R. (2005). Predicting Return to Work After Low Back Injury Using the Psychosocial Risk for Occupational Disability Instrument: A Validation Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 365–376.
 133. Shultz, S., Averell, K., Eickelman, A., Sanker, H., and Donaldson, M.B. (2015) .Diagnostic accuracy of self - report and subjective history in the diagnosis of low back pain with non - specific lower extremity symptoms: A systematic review. *Manual therapy*, 20(1): 18 – 27.
 134. Shultz, S., Houglum, P., & Perrin, D. (2009). *Εξέταση μυοσκελετικών κακώσεων*. Μετάφραση από τα Αγγλικά από τον Κατσουλάκη, Κ. Αθήνα: επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
 135. Skevington, S.M., Lotfy, M. , & O’Connell, K.A. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* ,13(2):299–310.

136. Smeets, R., Köke, A., Lin, C.W., Ferreira, M., & Demoulin, C. (2011). Measures of function in low back pain/disorders: Low Back Pain Rating Scale (LBPRS), Oswestry Disability Index (ODI), Progressive Isoinertial Lifting Evaluation (PILE), Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), and Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ). *Arthritis care & research*, 63(11):158-173.
137. Smith, S.A., Massie, J.B., Chesnut, R., & Garfin, S.R. (1993). Straight leg raising. Anatomical effects on the spinal nerve root without and with fusion. *Spine*, 18: 992-999.
138. Snaith, P.R. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1:29
139. Spitzer, W.O., LeBlanc, F.E., & Dupuis, M. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12 (7): 1-59.
140. Standaert, C.J., Weinstein, S.M., & Rumpeltes, J. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with lumbar stabilization exercises. *Spine* , 8: 114–120.
141. Stasi, S., Papathanasiou, G., Anagnostou, M., Galanos, G., Chronopoulos, E., Baltopoulos, P.I., & Papaioannou, N.A. (2012). Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Cross – cultural adaptation into Greek and reliability properties of the instrument. *Health Science Journal*. 6(4):750-773.
142. Stasi, S., Papathanasiou, G., Korres, N., Marinakis, G., Chronopoulos, E., Baltopoulos, P.I., & Papaioannou N.A. (2013). Validation of the Lower Extremity Functional Scale in communitydwelling elderly people (LEFS-Greek); determination of functional status cut-off points using TUG test. *European Geriatric Medicine*, 4(4):237-241.
143. Stranjalis, G., Tsamandouraki, K., Sakas, D.E., & Alamanos, Y. (2004). Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine*, 29(12) :1355-1360.
144. Stromqvist F, Stromqvist B, Jonsson B, Karlsson MK. (2017). Surgical treatment of lumbar disc herniation in different ages-evaluation of 11,237 patients. *Spine J*, 17:1577-85.
145. Stynes, S., Konstantinou, K., & Dunn, K. M. (2016). *Classification of patients with low back-related leg pain: a systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1).
146. Stynes, S., Konstantinou, K., Ogollah, R., Hay, E. M., & Dunn, K. M. (2018). Clinical diagnostic model for sciatica developed in primary care patients with low back-related leg pain. *PLOS ONE*, 13(4).
147. Suri, P., Rainville, J., Katz, J.N., Jouve, C., Hartigan, C., Limke, J., Pena, E., Li, L., Swaim, B., & Hunter, D.J. (2011). The accuracy of the physical

- examination for the diagnosis of midlumbar and low lumbar nerve root impingement. *Spine*, 36:63 – 73.
148. Swinkels-Meewisse, E.J.C.M., Swinkels, R.A.H.M., Verbeek, A.L.M., Vlaeyen, J.W.S., & Oostendorp, R.A.B. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual therapy*, 8(1):29-36.
 149. Tanaka, K., Murata, S., Nishigami, T., Mibu, A., Manfuku, M., Shinohara, Y., Ono, R. (2019). The Central Sensitization Inventory predict pain-related disability for musculoskeletal disorders in the primary care setting. *European Journal of Pain*.
 150. Tanaka, K., Nishigami, T., Mibu, A., Manfuku, M., Yono, S., Shinohara, Y., & Ono, R. (2017). *Validation of the Japanese version of the Central Sensitization Inventory in patients with musculoskeletal disorders. PLOS ONE*, 12(12).
 151. Tawa, N., Diener, I., Louw, Q., & Rhoda, A. (2019). *Correlation of the self-reported Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs score, clinical neurological examination and MR imaging in patients with lumbo-sacral radiculopathy. BMC Neurology*, 19(1).
 152. Tawa, N., Rhoda, A., & Diener, I. (2017). *Accuracy of clinical neurological examination in diagnosing lumbo-sacral radiculopathy: a systematic literature review. BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1).
 153. Terho, H., Haapea, M., Paananen, M., Korniloff, K., Häkkinen, A. and Karppinen, J. (2016). Translation and validation of the Finnish version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *Scandinavian Journal of Pain*, 10:113-118.
 154. The WHOQOL Group (1993). Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2 (2): 153-159.
 155. The WHOQOL Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine* 41 (10): 1403-1409.
 156. Topp, SK., Boyd, SB. (2006). Structure and biomechanics of peripheral nerves: nerve responses to physical stresses and implications for physical therapist practice. *Phys. Ther*, 86(1):92-109.
 157. Traeger, A., & McAuley, J. H. (2013). STarT Back Screening Tool. *Journal of Physiotherapy*, 59(2),131.
 158. Trainor, K., & Pinnington, M. A. (2011). *Reliability and diagnostic validity of the slump knee bend neurodynamic test for upper/mid lumbar nerve root compression: a pilot study. Physiotherapy*, 97(1):59–64.
 159. Turner-Stokes, L., & Turner-Stokes, T. (1997). *The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. Clinical Rehabilitation*, 11(4):306–313.

160. Valat J. P., Genevay S., Marty M., Rozenberg S., Koes B. (2010). Sciatica. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24 (2) : 241– 52.
161. Verwoerd, A. J. H., Luijsterburg, P. A. J., Timman, R., Koes, B. W., & Verhagen, A. P. (2012). *A single question was as predictive of outcome as the Tampa Scale for Kinesiophobia in people with sciatica: an observational study. Journal of Physiotherapy*, 58(4):249–254.
162. Verwoerd, A. J. H., Mens, J., el Barzouhi, A., Peul, W. C., Koes, B. W., & Verhagen, A. P. (2016). A diagnostic study in patients with sciatica establishing the importance of localization of worsening of pain during coughing, sneezing and straining to assess nerve root compression on MRI. *European Spine Journal*, 25(5):1389–1392.
163. Vigatto, R., Alexandre, N. M. C., & Filho, H. R. C. (2007). *Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index. Spine*, 32(4):481–486.
164. Visser, L. H., Nijssen, P. G. N., Tijssen, C. C., van Middendorp, J. J., & Schieving, J. (2013). *Sciatica-like symptoms and the sacroiliac joint: clinical features and differential diagnosis. European Spine Journal*, 22(7):1657–1664.
165. Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & van Eek, H. (1995). *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain*, 62(3):363–372.
166. Vroomen, P. C., de Krom, MC., Wilmink, JT., Kester, AD., & Knottnerus, JA. (2002). *Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of lumbosacral nerve root compression. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(5):630–634.
167. Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C.J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2):157-168.
168. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6):473-83.
169. Ware, JE., Snow, KK., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston.
170. Ware, J.E., Kosinski, M. A., & Keller, S. D. (1996). A 12 - Item Short - Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Car* . 34(3):220-33.
171. WCPT (2011). Policy Statement, Description of physical therapy.
172. Watson, J., M.D. (2011). Αξιολόγηση στο ιατρείο του άλγους από τη σπονδυλική στήλη και τα άκρα: σπονδυλωτική ριζοπάθεια και άλλοι μη δομικής φύσης μμητές της .

173. Weingarten, TN., Watson, JC., Hooten, WM., Wollan, PC., Melton, L., Locketz, AJ., Wong, GY., Yawn, BP. (2007). Validation of the S-LANSS in the community setting. *Pain*, 132(1-2):189–194 .
174. Werneke, MW., Hart, D., Oliver, D., McGill, T., Grigsby, D., & Ward, J. (2010). Prevalence of classification methods for patients with lumbar impairments using the McKenzie syndromes, pain pattern, manipulation and stabilization clinical prediction rules. *The Journal of manual & manipulative therapy*, 18(4) :197–210.
175. Woby, SR., Roach, NK., Urmston, M., & Watson, PJ. (2005). Psychometric properties of the TSK-11: A shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*, 117:137–144.
176. Wong, D.A. & Transfeldt, E. (2008). Classification of low back pain and alerts for different age groups, In : Macnab's Backache (4th ed.), 19-25, Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 978-0-7817- 6085-0, Philadelphia, USA.
177. Yeung, S. S., Suen, A. M. Y., & Yeung, E. W. (2009). A prospective cohort study of hamstring injuries in competitive sprinters: preseason muscle imbalance as a possible *risk factor*. *British Journal of Sports Medicine*, 43(8):589–594.
178. Yunus, M. B. (2000). Central sensitivity syndromes: A unified concept for fibromyalgia and other similar maladies. *J Indian Rheum Assoc*, 8(1):27–33.
179. Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6):339–356.
180. Zigmond, A. Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6):361-70.
181. Zusman, M. (1986). The Absolute Visual Analogue Scale (AVAS) as a Measure of Pain Intensity. *Australian Journal of Physiotherapy*, 32(4):244–246.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γεωργούδης Γ., Κατσουλάκης Κ., Κανέλλου Β. (2004). Αξιολόγηση του μυοσκελετικού πόνου; περίπτωση της Ελληνικής έκδοσης της κλίμακας μέτρησης της κινησιοφοβίας (Tampa Scale of Kinesiophobia) (πιλοτική μελέτη). Αναρτημένη ανακοίνωση από τα πρακτικά 18ου Συνεδρίου Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπείας με θέμα «Οξύς & Χρόνιος Πόνος», 3-5 Δεκεμβρίου.
2. Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης Μ, Σουσαμλής Μ, Κουναλάκη Ε, Σκουληκάρη Κ, Ηλιάκη Α, Ελισάβετ Φραγκιαδάκη Φ. (2010). Αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με οσφυαλγία που Υποβλήθηκαν σε συντηρητική θεραπεία. Νοσηλευτική.

3. Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ. (2004). Αρχεία ελληνικής ιατρικής , 21(5) 451- 462.

4. Υφαντόπουλος Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24:6-18.

VIII.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1)The Keele Start Back Screening Tool

The Keele STarT Back Screening Tool

Σκεπτόμενος (-η) τις 2 τελευταίες εβδομάδες σημειώστε την απάντησή σας στα ακόλουθα ερωτήματα:

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

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

The STarT Back Tool Scoring System



2) Maine-Seattle Back Questionnaire

Maine-Seattle Back Questionnaire

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

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

3)Sciatica Bothersomeness Index

(Sciatica Bothersomeness Index)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Κλίμακα HAD

1(A) Έχω άγχος ή νιώθω σαστισμένος:		8(D) Αισθάνομαι με "πεσμένη" διάθεση:	
Τις περισσότερες φορές	3	Σχεδόν διαρκώς	3
Αρκετές φορές	2	Πολύ συχνά	2
Περιστασιακά	1	Κάποιες φορές	1
Καθόλου	0	Καθόλου	0
2(D) Εξακολουθώ να απολαμβάνω πράγματα που συνήθως με ευχαριστούσαν:		9(A) Νιώθω ένα αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι	
Σίγουρα το ίδιο	0	Καθόλου	0
Όχι τόσο πολύ	1	Περιστασιακά	1
Μόνο κάποιες φορές	2	Αρκετά συχνά	2
Σχεδόν καθόλου	3	Πολύ συχνά	3
3(A) Αισθάνομαι ένα άσχημο προαίσθημα σαν κάτι το «κακό» πρόκειται να συμβεί:		10(D) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου	
Πολύ συγκεκριμένα και έντονα	3	Σίγουρα	3
Ναι αλλά όχι τόσο έντονα	2	Δεν φροντίζω τον εαυτό μου όπως θα έπρεπε...	2
Ελάχιστα αλλά δεν με απασχολεί	1	Πιθανόν δεν τον φροντίζω αρκετά	1
Καθόλου	0	Τον φροντίζω όπως πάντοτε	0
4(D) Μπορώ να γελάω και εξακολουθώ να διακρίνω την αστεία πλευρά των γεγονότων		11(A) Νιώθω υπερκινητικός σαν να έπρεπε διαρκώς να κάνω κάτι:	
Τόσο όσο μπορούσα	0	Πραγματικά πολύ	3
Όχι και τόσο πολύ τώρα	1	Αρκετά	2
Σίγουρα όχι τόσο πολύ τώρα	2	Όχι πολύ	1
Καθόλου	3	Καθόλου	0
5(A) Ανησυχητικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου:		12(D) Ανυπομονώ να απολαύσω κάποια πράγματα:	
Το περισσότερο καιρό	3	Όπως έκανα πάντα	0
Αρκετό καιρό	2	Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως ...	1
Από καιρό σε καιρό αλλά όχι πολύ συχνά	1	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθως ...	2
Μόνο περιστασιακά	0	Σχεδόν καθόλου	3
6(D) Αισθάνομαι χαρούμενος -η		13(A) Αισθάνομαι ξαφνικά αισθήματα πανικού:	
Καθόλου	3	Πραγματικά πολύ συχνά	3
Όχι συχνά	2	Αρκετά συχνά	2
Κάποιες φορές	1	Όχι πολύ συχνά	1
Το περισσότερο καιρό	0	Καθόλου	0
7(A) Μπορώ να κάθομαι ήσυχος και να χαλαρώνω		14(D) Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ένα ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα:	
Πάντα	0	Συχνά	0
Συνήθως	1	Μερικές φορές	1
Όχι συχνά	2	Όχι συχνά	2
Καθόλου	3	Πολύ σπάνια	3

5) SF-36 ερωτηματολόγιο

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: (βάλτε μέσα σε κύκλο) (γενική υγεία)

1. Άριστη 2. Πολύ καλή

3. Καλή 3. Μέτρια

5. Κακή

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; (βάλτε μέσα σε κύκλο) (γενική υγεία)

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

Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά) (σωματική λειτουργικότητα)

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	<i>Ναι, με περιορίζει Πολύ</i>	<i>Ναι, με περιορίζει Λίγο</i>	<i>Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου</i>
3. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ.	1	2	3
4. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία.	1	2	3
5. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά.	1	2	3
6. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες.	1	2	3
7. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα.	1	2	3
8. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο.	1	2	3
9. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο.	1	2	3
10. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα.	1	2	3
11. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα.	1	2	3
12. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε.	1	2	3

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας; (βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά) (σωματικός ρόλος)

	NAI	OXI
13.Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.	1	2
14. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.	1	2
15.Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.	1	2
16. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, κατεβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια).	1	2

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος); (βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά) (συναισθηματικός ρόλος)

	NAI	OXI
17.Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.	1	2
18.Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.	1	2
19.Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως.	1	2

20.Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες; (βάλτε μέσα σε κύκλο)(κοινωνική λειτουργικότητα)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. Καθόλου | 2. Ελάχιστα |
| 3. Μέτρια | 4. Αρκετά |
| 5. Πάρα πολύ | |

21.Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες; (βάλτε μέσα σε κύκλο) (σωματικός πόνος)

- | | |
|------------|--------------|
| 1. Καθόλου | 2. Πολύ ήπιο |
| 3. Ήπιο | 4. Μέτριο |

5. Έντονο

6. Πολύ έντονο

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

1. Καθόλου

2. Λίγο

3. Μέτρια

4. Αρκετά

5. Πάρα πολύ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα (βάλτε μέσα σε κύκλο ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
23.Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; (ζωτικότητα)	1	2	3	4	5	6
24. Είχατε πολύ εκνευρισμό;(ψυχική υγεία)	1	2	3	4	5	6
25.Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; (ψυχική υγεία)	1	2	3	4	5	6
26.Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; (ψυχική υγεία)	1	2	3	4	5	6
27.Είχατε πολύ ενεργητικότητα; (ζωτικότητα)	1	2	3	4	5	6
28.Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία; (ψυχική υγεία)	1	2	3	4	5	6
29.Αισθανόσαστε εξάντληση; (ζωτικότητα)	1	2	3	4	5	6
30.Είσαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη; (ψυχική υγεία)	1	2	3	4	5	6

31. Αισθανόσαστε κούραση; (ζωτικότητα)	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

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

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 1. Συνεχώς | 2. Το μεγαλύτερο διάστημα |
| 3. Μερικές φορές | 4. Μικρό διάστημα |
| 5. Καθόλου | |

Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση; (βάλτε μέσα σε κύκλο ένα αριθμό σε κάθε σειρά) (γενική υγεία)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Ψέμα	Εντελώς ψέμα
33. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
34. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου.	1	2	3	4	5
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
36. Η υγεία μου είναι άριστη.	1	2	3	4	5

6)SF-1

Η υγεία και η ευημερία σας

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

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

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

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

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

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

α. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1..... 2..... 3

β. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1..... 2..... 3

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

«Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....»	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
«Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας..»	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2

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

	Ναι	Όχι
--	-----	-----

α. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε..... (ίδια με την 3) 1..... 2

β. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ'ότι συνήθως..... 1..... 2

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

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

α. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;.....

β. Είχατε πολύ ενεργητικότητα;.....

α. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;.....

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Roland-Morris Disability Index test

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

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

8) Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

Παρακάτω περιγράφονται απόψεις που άλλοι ασθενείς έχουν εκφράσει για το πόνο τους. Για κάθε άποψη παρακαλώ κυκλώστε ένα νούμερο από το 0 έως το 6 για να δηλώσετε πως οι καθημερινές κινήσεις όπως το σκύψιμο, το σήκωμα βάρους, το περπάτημα, η οδήγηση, επηρεάζουν ή θα μπορούσαν να επηρεάσουν το πόνο της μέσης σας.

	Διαφωνώ απολύτως			Δεν είμαι σίγουρος			Συμφωνώ απολύτως
	0	1	2	3	4	5	6
1. Ο πόνος μου οφείλεται σε κάποια κίνηση που έκανα	0	1	2	3	4	5	6
2. Οι κινήσεις χειροτερεύουν το πόνο μου	0	1	2	3	4	5	6
3. Η κίνηση μπορεί να κάνει ζημιά στη μέση ή/και στον αυχένα μου	0	1	2	3	4	5	6
4. Δεν πρέπει να κάνω κινήσεις που χειροτερεύουν ή θα μπορούσαν να χειροτερέψουν το πόνο μου	0	1	2	3	4	5	6
5. Δεν μπορώ να κάνω κινήσεις που χειροτερεύουν ή θα μπορούσαν να χειροτερέψουν το πόνο μου	0	1	2	3	4	5	6

Οι απόψεις που ακολουθούν περιγράφουν πως η καθημερινή σας δουλειά επηρεάζει ή θα μπορούσε να επηρεάσει το πόνο σας

	Διαφωνώ απολύτως			Δεν είμαι σίγουρος			Συμφωνώ απολύτως
	0	1	2	3	4	5	6
6. Ο πόνος μου οφείλεται στη δουλειά μου ή σε κάποιο ατύχημα που συνέβη στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
7. Η δουλειά χειροτέρευσε το πόνο μου	0	1	2	3	4	5	6
8. Ζητάω αποζημίωση από τη δουλειά μου για το πόνο που έχω	0	1	2	3	4	5	6
9. Η δουλειά μου είναι υπερβολικά βαριά για μένα	0	1	2	3	4	5	6
10. Η δουλειά μου χειροτερεύει ή θα μπορούσε να χειροτερέψει το πόνο μου	0	1	2	3	4	5	6
11. Η δουλειά μου μπορεί να κάνει ζημιά στη μέση μου	0	1	2	3	4	5	6
12. Δεν θα έπρεπε να πάω για δουλειά με το πόνο που έχω αυτό το καιρό	0	1	2	3	4	5	6
13. Δεν μπορώ να πάω για δουλειά με το πόνο που έχω αυτό το καιρό	0	1	2	3	4	5	6
14. Δεν μπορώ να πάω για δουλειά εάν δεν περάσει ο πόνος που έχω	0	1	2	3	4	5	6

15. Δεν νομίζω ότι θα μπορέσω να γυρίσω στη κανονική δουλειά μου μέσα στους επόμενους 3 μήνες	0	1	2	3	4	5	6
16. Δεν νομίζω ότι θα μπορέσω ποτέ να γυρίσω στη δουλειά που έκανα	0	1	2	3	4	5	6

9) Δείκτης Αναπηρίας Oswestry

Oswestry Disability Index

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

Ερώτηση 1 - Ένταση πόνου

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

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

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

Ερώτηση 3 - Ικανότητα να σηκώνετε βάρη

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

Ερώτηση 4 - Περπάτημα

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

Ερώτηση 5 - Καθιστή θέση

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

Ερώτηση 6 - Όρθια θέση

- Στέκομαι όση ώρα θέλω χωρίς περισσότερο πόνο.
- Στέκομαι όση ώρα θέλω αλλά έχω περισσότερο πόνο.
- Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από 1 ώρα.
- Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από ½ ώρα.
- Ο πόνος με εμποδίζει να στέκομαι περισσότερο από 10 λεπτά.
- Ο πόνος με εμποδίζει εντελώς να στέκομαι.

Ερώτηση 7 - Ύπνος

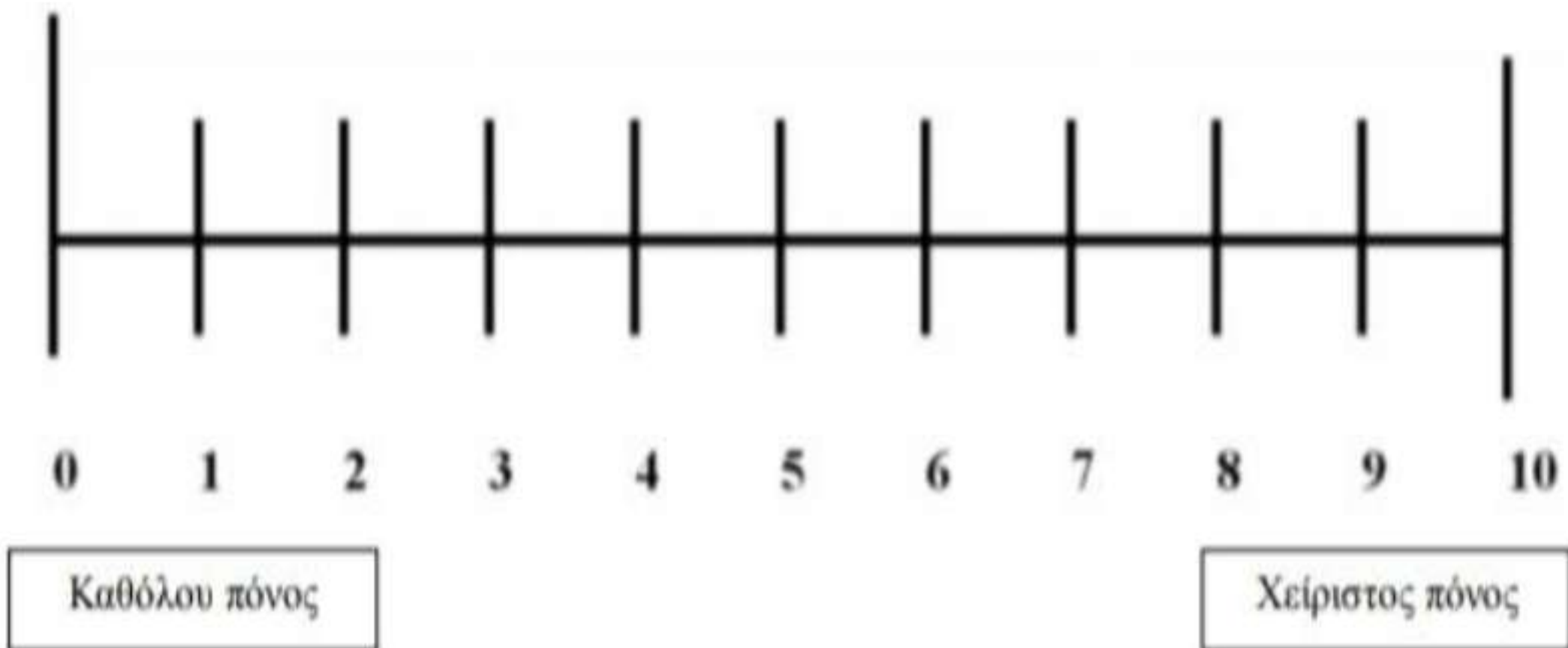
- Ο πόνος δεν διαταράσσει ποτέ τον ύπνο μου.
- Ο πόνος διαταράσσει τον ύπνο μου περιστασιακά.
- Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 6 ώρες.
- Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 4 ώρες.
- Επειδή πονάω, κοιμάμαι λιγότερο από 2 ώρες.
- Επειδή πονάω, δεν κοιμάμαι καθόλου.

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

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

10) VAS -Visual Analogue Scale

Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS)*












*Η γραμμή μήκους 10-εκατοστών συνιστάται για τις Οπτικές Αναλογικές (VAS) κλίμακες.

Πηγή: Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma, Clinical Practice Guideline No. 1. AHCPR Publication No. 92-0032; February 1992. Agency for Healthcare Research & Quality, Rockville, MD; pages 116-117.

Οδηγίες: Ζητήστε από τον ασθενή να αναφέρει σε ποιο σημείο της γραμμής βρίσκεται ο πόνος σε σχέση με τα δύο ακραία σημεία. Μετρήστε από την αριστερή πλευρά ως το σημείο που ανέφερε ο ασθενής.

Παρακαλούμε σημειώστε τον πόνο που νιώθετε αυτή την στιγμή, όπου το 0 σημαίνει καθόλου πόνου και το 10 σημαίνει ο χειρότερος πόνος που έχετε νιώσει ποτέ.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										
No pain	Mild, annoying pain	Nagging, uncomfortable, troublesome pain	Distressing, miserable pain	Intense, dreadful, horrible pain	Worst possible, unbearable, excruciating pain					

11) CSI Κεντρικής Ευαισθητοποίησης

Ερωτηματολόγιο Κεντρικής Ευαισθητοποίησης: Μέρος Α

Όνομα: _____ Ημερομηνία: _____

Παρακαλώ κυκλώστε την καλύτερη απάντηση δεξιά σε κάθε πρόταση

1	Νιώθω κουρασμένος/η και ταλαιπωρημένος/η όταν ξυπνάω.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
2	Οι μυς μου πονάνε και είναι δύσκαμπτοι.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
3	Έχω κρίσεις άγχους.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
4	Τρίζω ή σφίγγω τα δόντια μου.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
5	Έχω προβλήματα διάρροιας και/ή δυσκοιλιότητας.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
6	Χρειάζομαι βοήθεια στις καθημερινές μου δραστηριότητες.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
7	Είμαι ευαίσθητος/η σε έντονα φώτα.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
8	Κουράζομαι πολύ εύκολα όταν κάνω σωματική δραστηριότητα.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
9	Νιώθω πόνο σε όλο μου το σώμα.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
10	Έχω πονοκεφάλους.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
11	Νιώθω δυσφορία στην κύστη μου ή/και κάψιμο κατά την ούρηση.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
12	Δεν κοιμάμαι καλά.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
13	Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
14	Έχω δερματικά προβλήματα όπως ξηρότητα, φαγούρα ή εξανθήματα.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
15	Το άγχος χειροτερεύει τα σωματικά μου συμπτώματά.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
16	Αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
17	Έχω λίγη ενέργεια.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
18	Νιώθω πιασμένους τους μύες του αυχένα	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα

	και του ώμου μου.					
19	Έχω πόνο στο σαγόνι μου.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
20	Ορισμένες μυρωδιές, όπως αρώματα, με κάνουν να αισθάνομαι ζαλάδα και ναυτία.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
21	Έχω συχνουρία.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
22	Τα πόδια μου δεν τα νιώθω άνετα και είναι ανήσυχα όταν προσπαθώ να κοιμηθώ το βράδυ.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
23	Έχω δυσκολία στο να θυμάμαι πράγματα.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
24	Έχω υποστεί τραύμα ως παιδί.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
25	Έχω πόνο στην περιοχή της λεκάνης μου.	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
Σύνολο=						

Ερωτηματολόγιο Κεντρικής Ευαισθητοποίησης: Μέρος Β

Σας έχει διαγνωστεί από ιατρό μια οποιαδήποτε από τις παρακάτω διαταραχές;

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί στα δεξιά για κάθε διάγνωση και γράψτε το έτος που έγινε η διάγνωση.

		OXI	NAI	Έτος διάγνωσης
1	Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών			
2	Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης			
3	Ινομυαλγία			
4	Σύνδρομο κροταφογοναθικής άρθρωσης			
5	Ημικρανία ή κεφαλαλγία τάσης			
6	Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου			
7	Διάφορες Ευαισθησίες σε Χημικές ουσίες			
8	Τραυματισμός στον αυχένα (συμπεριλαμβανομένου δίκην μαστιγίου)			
9	Άγχος ή κρίσεις πανικού			
10	Κατάθλιψη			

12) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)

Κλίμακα Αξιολόγησης της Λειτουργικότητας του Κάτω Άκρου (LEFS-Greek)

Θα θέλαμε να μας αναφέρετε εάν αντιμετωπίζετε οποιοδήποτε βαθμού δυσκολία στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων που καταγράφονται παρακάτω, εξαιτίας του προβλήματος στο κάτω άκρο σας, το οποίο σας απασχολεί την παρούσα χρονική περίοδο. Σας παρακαλούμε να δώσετε μόνο μία απάντηση για κάθε δραστηριότητα.

Σήμερα, έχετε ή πρόκειται να έχετε οποιοδήποτε βαθμού δυσκολία εάν κάνετε:

(κυκλώστε μόνο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Εξαιρετικά μεγάλου βαθμού δυσκολία ή αδυναμία εκτέλεσης	Μεγάλου βαθμού δυσκολία	Μέτριου βαθμού δυσκολία	Μικρού βαθμού δυσκολία	Καμία δυσκολία
1. Οποιαδήποτε από τις συνηθισμένες δουλειές σας στο σπίτι, στην εργασία ή στο σχολείο.	0	1	2	3	4
2. Τα συνηθισμένα χόμπι σας, τις ψυχαγωγικές ή αθλητικές δραστηριότητές σας.	0	1	2	3	4
3. Να μπειτε ή να βγείτε από τη μπανιέρα.	0	1	2	3	4
4. Να περπατήσετε από δωμάτιο σε δωμάτιο.	0	1	2	3	4
5. Να φορέσετε μόνος/η, τα παπούτσια ή τις κάλτσες σας.	0	1	2	3	4
6. Να κάνετε βαθύ κάθισμα.	0	1	2	3	4
7. Να σηκώσετε ένα αντικείμενο από το πάτωμα, όπως μία τσάντα με ψώνια.	0	1	2	3	4
8. Να κάνετε ελαφρές δουλειές του σπιτιού.	0	1	2	3	4
9. Να κάνετε βαριές δουλειές του σπιτιού.	0	1	2	3	4
10. Να μπειτε ή να βγείτε από ένα αυτοκίνητο.	0	1	2	3	4
11. Να περπατήσετε δύο οικοδομικά τετράγωνα.	0	1	2	3	4
12. Να περπατήσετε 1.500 μέτρα.	0	1	2	3	4
13. Να ανέβετε ή να κατέβετε 10 σκαλοπάτια (περίπου έναν όροφο).	0	1	2	3	4
14. Να σταθείτε όρθιος/α για μία ώρα.	0	1	2	3	4
15. Να είστε καθιστός/ή για μία ώρα.	0	1	2	3	4
16. Να τρέξετε σε ομαλό έδαφος.	0	1	2	3	4
17. Να τρέξετε σε ανώμαλο έδαφος.	0	1	2	3	4
18. Να στρίψετε απότομα, ενώ τρέχετε γρήγορα.	0	1	2	3	4
19. Να αναπηδήσετε στο ένα πόδι.	0	1	2	3	4
20. Να αλλάξετε θέση ή πλευρό στο κρεβάτι.	0	1	2	3	4
Σύνολο στήλης					

© for the original version J. Binkley (1996)
© for the Greek version J. Binkley, S. Stasi (2012)

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ: _____ / 80

13)WHOQOL-BREF

ΓΙΑ ΣΑΣ

Πριν αρχίσετε, θα θέλαμε να απαντήσετε σε ορισμένες γενικές ερωτήσεις, που αφορούν στο άτομό σας. Σημειώστε σε κύκλο την σωστή απάντηση ή συμπληρώστε το κενό διάστημα που υπάρχει για αυτόν το σκοπό.

Σε ποίο φύλο ανήχετε; Ανδρας Γυναίκα
 Ποιά είναι η ημερομηνία γέννησής σας; ____/____/____
 ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

Τι εκπαίδευση έχετε ολοκληρώσει;
 Καμία _____
 Πρωτοβάθμια (Δημοτικό _____)
 Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο_____/ Λύκειο _____)
 (Τριτοβάθμια (Τ.Ε.Ι. ____/Α.Ε.Ι.____/ Μεταπτυχιακές σπουδές _____)

Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος _____ Σε διάσταση ____
 Έγγαμος _____ Διαζευγμένος ____
 Σε σχέση συμβίωσης ____ Χήρος _____

Αντιμετωπίζετε το τελευταίο διάστημα κάποιο πρόβλημα υγείας; Ναί ____ Οχι ____
 Αν ναι, τι νομίζετε ότι είναι; _____ ασθένεια/πρόβλημα υγείας

Οδηγίες

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πώς εσείς κρίνετε την ποιότητα ζωής σας, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. **Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.** Αν δεν είσθε σίγουρος-η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, **παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή.** Συχνά, η πιο σωστή μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε.

Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη τα δικά σας κριτήρια, τις δικές σας προσδοκίες, ό,τι σας δίνει χαρά καθώς και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στη μνήμη σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Πολύ 4	Απόλυτα 5
--	--------------	-----------	-------------	-----------	--------------

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο βαθμό της υποστήριξης που είχατε από τους άλλους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έτσι, θα σημειώσετε σε

κύκλο τον αριθμό 4, εάν είχατε **πολύ** υποστήριξη από τους άλλους, όπως δείχνει το παράδειγμα που ακολουθεί.

	Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Πολύ 4	Απόλυτα 5
--	--	--------------	-----------	-------------	-----------	--------------

Αν δεν είχατε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεσθε από τους άλλους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τότε, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφθήτε να αξιολογήσετε τα συναισθήματα σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει τη πιο κατάλληλη για σας απάντηση σε κάθε ερώτηση.

		Πολύ άσχημα	Άσχημα	Ούτε καλά Ούτε άσχημα	Καλά	Πολύ καλά
1 (G1)	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ούτε Ικανοποιημένος-η Ούτε Δυσανεστημένος-η	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
2 (G4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο είχατε ορισμένες εμπειρίες ή καταστάσεις κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3 (F1.4)	Λισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τα πράγματα που έχετε να κάνετε;	1	2	3	4	5
4 (F 11.3)	Χρειάζεστε κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Λισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7 (F5.3)	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5

8 (F16.1)	Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιό βαθμό είχατε ορισμένες εμπειρίες ή είχατε τη δυνατότητα να κάνετε ορισμένα πράγματα κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων

		Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Απόλυτα
10 (F2.1)	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Μπορείτε να αποδεχθείτε την εμφάνιση του σώματός σας ;	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Μπορείτε να έχετε εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεσθε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Έχετε την δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
15 (F9.1)	Πόσο άνετα μπορείτε να κυκλοφορείτε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο καλά αισθανθήκατε ή πόσο ικανοποιημένος-η ήσαστε από διάφορες πλευρές της ζωής σας κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ότι ικανοποιημένος-η Ότι δυσαρεστημένος-η	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
16 (F3.3)	Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον ύπνο σας ;	1	2	3	4	5

17 (F10.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας να φέρνεται σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινής σας ζωής;	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις συνθήκες του χώρου στον οποίο κατοείτε;	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τα μεταφορικά μέσα τα οποία χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά είχατε ορισμένα συναισθήματα κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
26 (F8.1)	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Σας βοήθησε κανείς να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο;.....
 Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο;

Έχετε κάποια σχόλια σχετικά με το ερωτηματολόγιο;.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ

14) TSK

1. I'm afraid that I might injury myself if I exercise	1	2	3	4
2. If I were to try to overcome it, my pain would increase	1	2	3	4
3. My body is telling me I have something dangerously wrong	1	2	3	4
4. My pain would probably be relieved if I were to exercise	1	2	3	4
5. People aren't taking my medical condition seriously enough	1	2	3	4
6. My accident has put my body at risk for the rest of my life	1	2	3	4
7. Pain always means I have injured my body	1	2	3	4
8. Just because something aggravates my pain does not mean it is dangerous	1	2	3	4
9. I am afraid that I might injure myself accidentally	1	2	3	4
10. Simply being careful that I do not make any unnecessary movements is the safest thing I can	1	2	3	4

do to prevent my pain from worsening				
	1	2	3	4
11. I wouldn't have this much pain if there weren't something potentially dangerous going on in my body				
	1	2	3	4
12. Although my condition is painful, I would be better off if I were physically active				
	1	2	3	4
13. Pain lets me know when to stop exercising so that I don't injure myself				
	1	2	3	4
14. It's really not safe for a person with a condition like mine to be physically active				
	1	2	3	4
15. I can't do all the things normal people do because it's too easy for me to get injured				
	1	2	3	4
16. Even though something is causing me a lot of pain, I don't think it's actually dangerous				
	1	2	3	4
17. No one should have to exercise when he/she is in pain				

15) S-LANSS

ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ LANSS Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs	
Ονοματεπώνυμο:.....	
Ημερ/νία:.....	
Αυτή η κλίμακα πόνου μπορεί να μας βοηθήσει να καθορίσουμε εάν τα νεύρα που μεταφέρουν τα σήματα του πόνου λειτουργούν φυσιολογικά ή όχι. Είναι σημαντικό να το γνωρίζουμε αυτό για τη σωστή επιλογή της θεραπείας σας.	
A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Σκεφθείτε πώς αισθανθήκατε τον πόνο σας την τελευταία εβδομάδα. ▪ Παρακαλώ αναφέρετε εάν οποιαδήποτε από τις παρακάτω περιγραφές αντιστοιχεί στον πόνο σας. 	
1) Αισθάνεστε τον πόνο ως περίεργη, δυσάρεστη αίσθηση στο δέρμα σας; Μήπως λέξεις, όπως τσίμπημα, μυρμήγκιασμα, «καρφίτσες και βελόνες» περιγράφουν αυτήν την αίσθηση;	
α) ΟΧΙ – Δεν αισθάνομαι έτσι τον πόνο μου.....	(0)
β) ΝΑΙ - Έχω αυτά τα συμπτώματα αρκετά συχνά.....	(5)
2) Μήπως όταν πονάτε, το δέρμα στην επώδυνη περιοχή φαίνεται διαφορετικό από το φυσιολογικό; Μήπως λέξεις όπως, «έχει στίγματα» ή «είναι περισσότερο κόκκινο ή ροδαλό», περιγράφουν την εμφάνιση του δέρματος;	
α) ΟΧΙ – Το δέρμα μου στην επώδυνη περιοχή δεν φαίνεται διαφορετικό από το φυσιολογικό.....	(0)
β) ΝΑΙ - Έχω παρατηρήσει ότι το δέρμα μου στην επώδυνη περιοχή φαίνεται διαφορετικό από το φυσιολογικό.....	(5)
3) Μήπως η πάσχουσα περιοχή είναι αφύσικα ευαίσθητη στο άγγιγμα; Νιώθετε δυσάρεστα σε ένα ελαφρύ χαϊδεμα στο δέρμα ή όταν φοράτε στενά ρούχα; Θα περιγράφατε έτσι αυτήν την παράξενη ευαισθησία;	
α) ΟΧΙ – Το δέρμα μου δεν είναι αφύσικα ευαίσθητο σε αυτήν την περιοχή.....	(0)
β) ΝΑΙ - Το δέρμα μου είναι αφύσικα ευαίσθητο στην αφή σε αυτήν την περιοχή.....	(3)
4) Μήπως ο πόνος σας έρχεται αιφνίδια και κατά ριπές χωρίς εμφανή αιτία, ακόμη και όταν είστε απολύτως ήρεμος; Μήπως λέξεις όπως, «ηλεκτρικό ρεύμα», «τινάγματα» και «ριπές» περιγράφουν αυτή την αίσθηση;	
α) ΟΧΙ – Δεν αισθάνομαι έτσι τον πόνο μου.....	(0)
β) ΝΑΙ – Έχω τέτοια συμπτώματα αρκετά συχνά.....	(2)
5) Νιώθετε τον πόνο σας σαν μεταβολή της θερμοκρασίας του δέρματος στην επώδυνη περιοχή; Μήπως λέξεις όπως «θερμό» ή «κάψιμο» περιγράφουν αυτήν την αίσθηση;	
α) ΟΧΙ - Δεν αισθάνομαι έτσι τον πόνο μου	(0)
β) ΝΑΙ - Έχω τέτοια συμπτώματα αρκετά συχνά.....	(1)
B. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	
Η ευαισθησία του δέρματος ελέγχεται συγκρίνοντας την επώδυνη περιοχή με την αντίστοιχη ετερόπλευρα ή με παρακείμενη ανώδυνη περιοχή, για την παρουσία αλλοδυνίας και μεταβολή του ουδού της δοκιμασίας νυγμού (pin-prick threshold, PPT).	

1. ΑΛΛΟΔΥΝΙΑ

Εξετάστε την απάντηση μετά την ελαφρά επαφή ενός βαμβακιού πρώτα στην ανώδυνη περιοχή και στη συνέχεια στην επώδυνη. Εάν με την επαφή αυτή εκλύεται φυσιολογική αίσθηση στην ανώδυνη περιοχή, αλλά πόνος ή δυσάρεστη αίσθηση (μυρμήγκιασμα, δυσφορία) στην επώδυνη περιοχή, τότε υπάρχει αλλοδυνία.

- α) ΟΧΙ, υπάρχει φυσιολογική αίσθηση αμφοτερόπλευρα.....(0)
β) ΝΑΙ, υπάρχει αλλοδυνία μόνο στην επώδυνη περιοχή.....(5)

2. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΥΔΟΥ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΝΥΓΜΟΥ

Εξετάστε τον ουδό της δοκιμασίας νυγμού συγκρίνοντας την απάντηση του δέρματος στην επαφή με βελόνη 23 gauge (γαλάζια), τοποθετημένη σε σύριγγα 2 ml, χωρίς το έμβολο. Η εξέταση εφαρμόζεται πρώτα στην επώδυνη και μετά στην ανώδυνη περιοχή.

Εάν η αίσθηση που γίνεται αντιληπτή στη μη-επώδυνη περιοχή, είναι ένα αιχμηρό άγγιγμα βελόνης, ενώ στην επώδυνη περιοχή η αίσθηση είναι διαφορετική, π.χ. καμία/αμβλεία μόνο αίσθηση (αυξημένος PPT) ή πολύ επώδυνη αίσθηση (ελαττωμένος PPT), τότε υπάρχει μεταβολή του ουδού της δοκιμασίας νυγμού.

Εάν το άγγιγμα της βελόνης δεν γίνεται αντιληπτό σε καμία περιοχή, τότε τοποθετήστε το έμβολο μέσα στη σύριγγα ώστε να αυξηθεί η πίεση στη βελόνη και επαναλάβετε την εξέταση.

- α) ΟΧΙ, υπάρχει ίδια αίσθηση και στις δύο περιοχές.....(0)
β) ΝΑΙ, υπάρχει μεταβολή του PPT στην επώδυνη περιοχή.....(3)

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ

Αθροίστε τις τιμές εντός των παρενθέσεων για την αισθητική περιγραφή και τα ευρήματα της εξέτασης για να υπολογισθεί η τελική βαθμολογία.

ΤΕΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (μέγιστη 24).....

Εάν η βαθμολογία είναι <12, είναι **μάλλον απίθανο** να συμβάλλουν νευροπαθητικοί μηχανισμοί στον πόνο του ασθενούς

Εάν η βαθμολογία είναι ≥12, **πιθανότατα** συμβάλλουν νευροπαθητικοί μηχανισμοί στον πόνο του ασθενούς

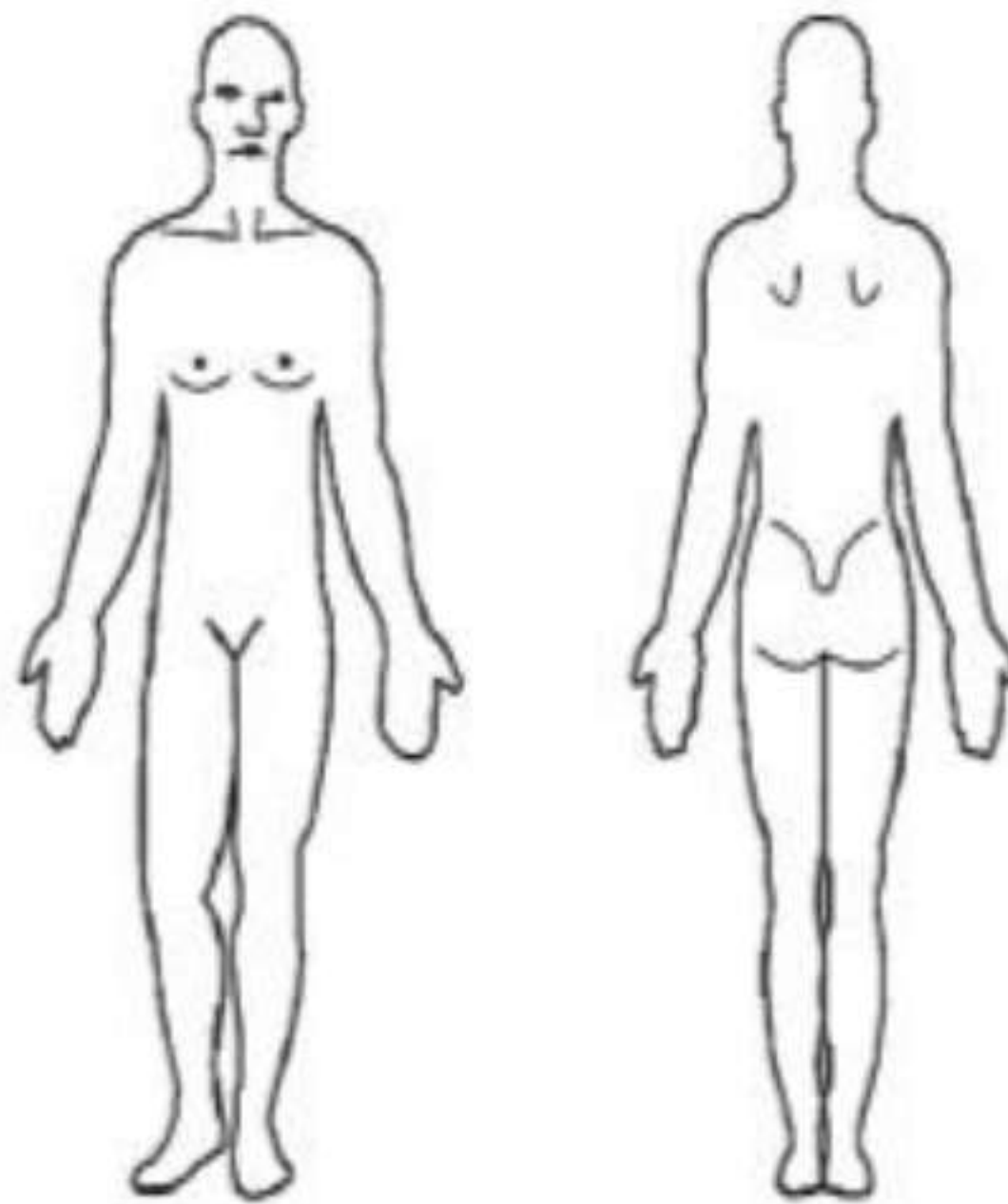
ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ S-LANSS
Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs
(συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερ/νία:.....

Το ερωτηματολόγιο αυτό θα μας πληροφορήσει σχετικά με τον τύπο του πόνου από τον οποίο υποφέρετε και θα μας βοηθήσει να επιλέξουμε την καλύτερη θεραπεία.

Παρακαλώ σημειώστε στο παρακάτω διάγραμμα πού αισθάνεστε πόνο. Εάν πονάτε σε περισσότερες από μία περιοχές, **σκιάστε μόνο την περιοχή που έχετε το χειρότερο πόνο.**



Στην παρακάτω κλίμακα παρακαλώ σημειώστε πόσο έντονος ήταν ο πόνος σας (αυτός που σχεδιάσατε στο διάγραμμα) κατά την προηγούμενη εβδομάδα, όπου: «0» σημαίνει καθόλου πόνος και «10» σημαίνει ο χειρότερος πόνος που μπορεί να υπάρξει.

Καθόλου πόνος											Αβάσταχτος πόνος
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Στην επόμενη σελίδα υπάρχουν 7 ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο σας (αυτόν του διαγράμματος).

Σκεφθείτε πώς έγινε αντιληπτός ο πόνος που σχεδιάσατε στο διάγραμμα **την προηγούμενη εβδομάδα**. Παρακαλώ, κυκλώστε τις περιγραφές που αντιστοιχούν καλύτερα στον πόνο σας. Οι περιγραφές μπορεί να αντιστοιχούν ή όχι στον πόνο σας ανεξάρτητα από την έντασή του.

Κυκλώστε μόνο τις απαντήσεις που περιγράφουν τον πόνο σας. **Παρακαλώ γυρίστε σελίδα.**

<p>1) Μήπως στην περιοχή που πονάτε, αισθάνεστε επίσης «καρφίτσες και βελόνες», τσιμπήματα ή μυρμηγκιάσματα;</p> <p>α) ΟΧΙ – Δεν έχω τέτοια αίσθηση(0)</p> <p>β) ΝΑΙ - Έχω αυτήν την αίσθηση αρκετά συχνά.....(5)</p>
<p>2) Μήπως η επώδυνη περιοχή αλλάζει χρώμα (μοιάζει διάστικτη ή περισσότερο κόκκινη) όταν ο πόνος σας είναι ιδιαίτερα δυνατός;</p> <p>α) ΟΧΙ – Ο πόνος δεν επιδρά στο χρώμα του δέρματός μου(0)</p> <p>β) ΝΑΙ - Έχω παρατηρήσει ότι ο πόνος κάνει το χρώμα του δέρματός μου διαφορετικό από το φυσιολογικό.....(5)</p>
<p>3) Μήπως ο πόνος σας κάνει την πάσχουσα περιοχή του δέρματος να είναι «περίεργα» ευαίσθητη στην αφή; Μήπως όταν αγγίζετε το δέρμα σας έχετε δυσάρεστη αίσθηση ή πόνο; Θα το περιγράφατε έτσι;</p> <p>α) ΟΧΙ – Ο πόνος μου δεν καθιστά το δέρμα μου «περίεργα» ευαίσθητο στην αφή.....(0)</p> <p>β) ΝΑΙ - Το δέρμα στην πάσχουσα περιοχή είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στην αφή.....(3)</p>
<p>4) Μήπως ο πόνος σας εμφανίζεται αιφνίδια και κατά ριπές χωρίς εμφανή αιτία, ακόμη και όταν είστε απολύτως ήρεμος; Ίσως λέξεις όπως, «ηλεκτρικό ρεύμα», «τινάγματα» και «ριπές» περιγράφουν αυτή την αίσθηση.</p> <p>α) ΟΧΙ – Ο πόνος μου δεν είναι έτσι.....(0)</p> <p>β) ΝΑΙ – Έχω τέτοια συμπτώματα αρκετά συχνά.....(2)</p>
<p>5) Μήπως στην επώδυνη περιοχή νιώθετε το δέρμα σας να είναι αφύσικα ζεστό, σαν να «καίει»;</p> <p>α) ΟΧΙ - Δεν έχω τέτοια αίσθηση.....(0)</p> <p>β) ΝΑΙ - Έχω τέτοια συμπτώματα αρκετά συχνά.....(1)</p>
<p>6) Τρίψτε απαλά την επώδυνη περιοχή με το δείκτη του χεριού σας και μετά τρίψτε μία περιοχή που δεν πονάει (για παράδειγμα μία περιοχή του δέρματος μακριά ή στην αντίθετη πλευρά από αυτήν που πονάει). Πώς αισθάνεστε την επώδυνη περιοχή μετά την τριβή;</p> <p>α) Δεν υπάρχει διαφορά(0)</p> <p>β) Νιώθω δυσφορία, τσιμπήματα από «καρφίτσες και βελόνες», μυρμηγκιάσματα ή κάψιμο μόνο στην επώδυνη περιοχή και αυτό είναι διαφορετικό από τη μη επώδυνη περιοχή.....(5)</p>
<p>7) Πιέστε απαλά την περιοχή που πονάτε με το άκρο του δακτύλου σας και στη συνέχεια πιέστε με τον ίδιο τρόπο μία περιοχή που δεν πονάει (την ίδια περιοχή που επιλέξατε στην προηγούμενη ερώτηση). Πώς το αντιλαμβάνεστε αυτό στην επώδυνη περιοχή;</p> <p>α) Δεν υπάρχει διαφορά.....(0)</p> <p>β) Αισθάνομαι μούδιασμα ή ευαισθησία στην επώδυνη περιοχή και αυτό είναι διαφορετικό από την ανώδυνη περιοχή(3)</p>
<p>Βαθμολόγηση: βαθμολογία μεγαλύτερη του 12, υποδηλώνει πόνο κυρίως νευροπαθητικής αιτιολογίας.</p>

16) 1-4 Categories of Quebec Task Force (QTF)

QTF
1 Low back pain without radiation

QTF
2 Low back pain with radiation into the limb but not below the knee

QTF
3 Low back pain with radiation into the limb below the knee

QTF
4 Low back pain with radiation into the limb with neurologic signs

QTF 1 Πόνος στην μέση χωρίς ακτινοβολία

QTF 2 Πόνος στη μέση με ακτινοβολία στο άκρο αλλά όχι κάτω από το γόνατο

QTF 3 Πόνος στη μέση με ακτινοβολία στο άκρο κάτω από το γόνατο

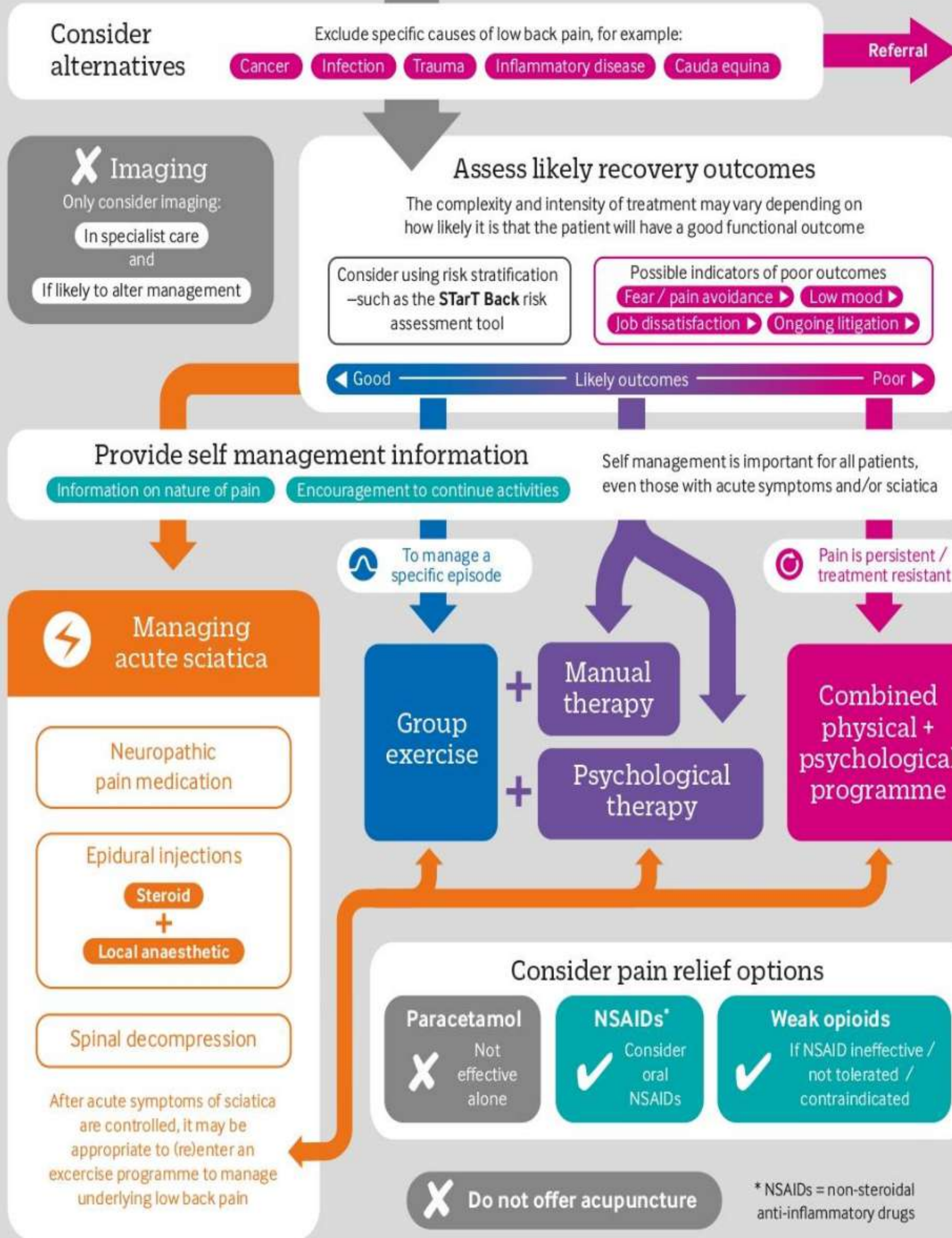
QTF 4 Πόνος στη μέση με ακτινοβολία στο άκρο με νευρολογικά σημεία

17) NICE

Visual summary

Managing low back pain and sciatica

A brief overview the new NICE guidelines, from the perspective of a patient presenting in primary care.



thebmj Read the full article online

<http://bmj.co/lbpNICE>

© 2016 BMJ Publishing group Ltd.

Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representations, conditions or warranties that it is accurate or up to date. BMJ and its licensors assume no responsibility for any aspect of treatment administered with the aid of this information. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/legal-information/>



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΞΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω, ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή Αιγάλεω : 09/06/2020

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας ΠΡΟΣ: κ. Γιόφτσο Γεώργιο

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 7^η/05-06-2020 Συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Τεκμηριωμένη φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της ισχιαλγίας και η κλινική πρακτική της στον ελλαδικό χώρο εργασίας», με αριθμό πρωτοκόλλου 35771/29-05-2020 και Επιστημονικά Υπεύθυνο τον κ. Γιόφτσο Γεώργιο.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεδομένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου με την σύσταση να διασφαλισθεί η μη πρόσβαση από τρίτους στα ερευνητικά δεδομένα της μελέτης.

Η Πρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής
και Δεοντολογίας της Έρευνας

Δρ Άννα Δελτσίδου
Καθηγήτρια

Πίνακας 4.1. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της ηλικίας των συμμετεχόντων

1) Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστά
22-31	205	53,8
32-41	94	24,7
42-51	55	14,4
52-61	24	6,3
62 και πάνω	3	0,8

Πίνακας 4.2. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του φύλου των συμμετεχόντων

2) Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστά
Γυναίκα	165	43,3
Άντρας	215	56,4
Δεν απαντώ	1	0,3

Πίνακας 4.3. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης των συμμετεχόντων

3) Εκπαιδευτικό ίδρυμα Αποφοίτησης	Συχνότητα	Ποσοστά
ΣΧΟΛΗ "ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΠΑΥΛΟΣ"	5	1,3
ΚΑΤΕ	2	0,5
ΚΑΤΕΕ	0	0
ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ(Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής)	151	39,6

ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Αλεξάνδρειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης)	55	14,4
ΤΕΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας)	98	25,7
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Πανεπιστήμιο Πατρών)	46	12,1
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	24	6,3

Πίνακας 4.4. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του έτους αποφοίτησης των συμμετεχόντων

4) Έτος αποφοίτησης (χρονολογία)	Συχνότητα	Ποσοστά
πριν το 1980	5	1,3
1981-1990	17	4,5
1991-2000	40	10,5
2001-2010	96	25,2
2011-2020	223	58,5

Πίνακας 4.5. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του βαθμού πτυχίου των συμμετεχόντων

5) Βαθμός πτυχίου :	Συχνότητα	Ποσοστά
άριστα (8,5 - 10)	45	11,8
λίαν καλώς (6,5 - 8,49)	316	82,9
καλώς (5-6,49)	20	5,2

Πίνακας 4.6. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των μεταπτυχιακών σπουδών των συμμετεχόντων

6) Έχετε μεταπτυχιακές σπουδές ;	Συχνότητα	Ποσοστά
δεν έχω	258	67,7
έχω μεταπτυχιακό δίπλωμα (Msc)	114	29,9
έχω μεταπτυχιακό (Msc) και διδακτορικό δίπλωμα (Phd)	7	1,8
έχω μόνο διδακτορικό δίπλωμα (Phd) χωρίς μεταπτυχιακό (Msc)	2	0,5

Πίνακας 4.7. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

7) Έχετε παρακολουθήσει προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια) ;	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	331	86,9
Όχι	50	13,1

Πίνακας 4.8. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των διαφορετικών ειδών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

8) Μορφή δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας	Συχνότητα	Ποσοστά
διδακτορικό πρόγραμμα	5	0,6
εκπαίδευση εξ αποστάσεως	29	3,4
εργαστηριακά μαθήματα στο πλαίσιο συνεδρίων	73	8,5
ημερίδα/ες	195	22,7
μεταπτυχιακό πρόγραμμα	58	6,7
προγράμματα σε Κ.Ε.Κ (κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης)	9	1
σεμινάριο/α	201	23,4
συγγραφή άρθρων	49	5,7
προγράμματα σε ΚΕΔΙΒΙΜ (κέντρο επιμόρφωσης και δια βίου μάθησης)	34	4
συνέδριο/α	207	24,1

Πίνακας 4.9. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες

1) Γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος όπου εργάζεστε:	Συχνότητα	Ποσοστά
Ήπειρος	9	2,4
Θεσσαλία	23	6

Θράκη	3	0,8
Πελοπόννησος	27	7,1
Στερεά Ελλάδα - Αττική	209	54,9
Στερεά Ελλάδα εκτός Αττικής	16	4,2
Κρήτη	20	5,2
Μακεδονία - Θεσσαλονίκη	23	6
Μακεδονία εκτός Θεσσαλονίκης	32	8,4
Νησιά Αιγαίου πελάγους	10	2,6
Νησιά Ιονίου πελάγους	9	2,4

Πίνακας 4.10. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της περιοχής όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες

2) Εργάζεστε σε περιοχή:	Συχνότητα	Ποσοστά
αστική	343	90
αγροτική	38	10

Πίνακας 4.11. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της κλινικής εμπειρίας των συμμετεχόντων

3) Κλινική Εμπειρία (έτη ενασχόλησης)	Συχνότητα	Ποσοστά
0-5	174	45,7
6-10	80	21

11-15	44	11,5
16-20	38	10
21-25	19	5
26-30	12	3,1
Πάνω από 30	14	3,7

Πίνακας 4.12. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του χώρου άσκησης φυσικοθεραπείας των συμμετεχόντων

4) Χώρος άσκησης φυσικοθεραπείας	Συχνότητα	Ποσοστά
αθλητική ομάδα – σωματείο	71	10,3
άνεργος	13	1,9
δημόσιο νοσοκομείο	54	7,8
εκπαιδευτικός	44	6,4
ιδιωτικό νοσοκομείο	36	5,2
ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο (υπάλληλος)	143	20,7
κατ οίκον θεραπείες	192	27,7
ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο (ιδιοκτήτης)	139	20,1

Πίνακας 4.13. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των ωρών εργασίας ημερησίως των συμμετεχόντων

5) Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα ;	Συχνότητα	Ποσοστά
5-8	159	41,7
9-12	156	40,9
έως 4	39	10,2
> 12	27	7,1

Πίνακας 4.14. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του αριθμού ασθενών που αναλαμβάνουν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στη διάρκεια της ημέρας.

6) Πόσους ασθενείς αναλαμβάνετε κατά μέσο όρο στη διάρκεια μιας ημέρας ;	Συχνότητα	Ποσοστά
0-5	90	23,6
6-10	123	32,3
11-15	96	25,2
16 και πάνω	72	18,9

Πίνακας 4.15. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του αριθμού περιστατικών με ισχιαλγία που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο σε ένα έτος.

7) Σε ένα έτος πόσα περιστατικά με ισχιαλγία αντιμετωπίζετε κατά μέσο όρο;	Συχνότητα	Ποσοστά
0-10	86	22,6
11-20	60	15,7
21-30	66	17,3
31-40	34	8,9
41-50	43	11,3
> 50	92	24,1

Πίνακας 4.16. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών της κύριας ενασχόλησης των συμμετεχόντων στον εργασιακό τους χώρο

8) Τον περισσότερο εργασιακό σας χρόνο ασχολείστε με :	Συχνότητα	Ποσοστά
Ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα	35	3,2
Ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα	328	30,3
Ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα	176	16,3

Ασθενείς που χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη	57	5,3
Άτομα τρίτης ηλικίας	203	18,8
Παιδιά	61	5,6

1) Ποια/ποιες από τις παρακάτω κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας γνωρίζουν ;	Συχνότητα	Ποσοστά
1) Keele Start Back Screening Tool (SBST)	60	4,1
	3	0,3
2) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)	36	2,5
3) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)	78	5,3
4) Neck Disability Index (NDI)	67	4,6
5) SF-12 Health Survey	52	3,5
6) SF-36 Health Survey	86	5,9
7) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)	59	4
8) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)	99	6,7
9) Oswestry Disability Index (ODI)	64	4,4
10) Visual Analogue Scale (VAS)	188	12,8
11) Central Sensitization Inventory (CSI)	43	2,9
12) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)	78	5,3
13) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)	44	3
14) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)	53	3,6

15) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia	38	2,6
16) McKenzie classification	180	12,3
17) Question «worsening of pain during coughing sneezing and straining»	34	2,3
18) NICE guidelines	56	3,8
19) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)	28	1,9
20) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)	20	1,4
21) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	49	3,3
22) καμία από αυτές	55	3,7

Πίνακας 4.17. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες

Πίνακας 4.18. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες

2) Ποιον/ποιους από τους παρακάτω τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας γνωρίζουν;	Συχνότητα	Ποσοστά
1) Έλεγχος μυοτομιών - μυϊκής ισχύος κάτω άκρων	342	34,1
2) Έλεγχος ρυμοτομιών-αισθητικότητας κάτω άκρων	315	31,4
3) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων	334	33,3
4) κανένα από αυτούς	12	1,2

Πίνακας 4.19. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών της αξιολόγησης της ισχιαλγίας που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες

3) Ποιες από τις παρακάτω κλινικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας γνωρίζουν;	Συχνότητα	Ποσοστά
1) Slump test	302	29,1
2) Straight Leg Raise test (SLR)	342	32,9
3) Hawkins-Kennedy test	76	7,3
4) Modified Bragard test	57	5,5

5) Femoral Slump test	132	12,7
6) Neer test	114	11
7) καμία από αυτές	15	1,4

Πίνακας 4.20. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

4) Ποια/ποιες από τις παρακάτω κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας χρησιμοποιούν;	Συχνότητα	Ποσοστά
1) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)	32	3,3
2) SF-36 Health Survey	42	4,3
3) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)	39	4,0
4) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)	63	6,5
5) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)	54	5,5
6) Oswestry Disability Index (ODI)	37	3,8
7) Keele Start Back Screening Tool (SBST)	25	2,6
8) Neck Disability Index (NDI)	35	3,6
9) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)	26	2,7
10) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia	22	2,3
11) SF-12 Health Survey	23	2,4
12) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)	19	2,0

13) Central Sensitization Inventory (CSI)	30	3,1
14) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)	42	4,3
15) Visual Analogue Scale (VAS)	137	14,1
16) Question «worsening of pain during coughing ,sneezing and straining»	30	3,1
17) NICE guidelines	34	3,5
18) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)	18	1,8
19) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	16	1,6
20) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)	8	0,8
21) McKenzie classification	148	15,2
22) καμία από αυτές	93	9,6

Πίνακας 4.21. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών του τρόπου νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

5) Ποιον/ποιους από τους παρακάτω τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας χρησιμοποιούν ;	Συχνότητα	Ποσοστά
---	------------------	----------------

1) Έλεγχος ρυμοτομιών-αισθητικότητας κάτω άκρων	301	32
2) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων	290	30,8
3) Έλεγχος μυοτομιών - μυϊκής ισχύος κάτω άκρων	338	35,9
4) κανένα από αυτούς	13	1,4

Πίνακας 4.22. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλινικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες

6) Ποιες από τις παρακάτω κλινικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας χρησιμοποιούν	Συχνότητα	Ποσοστά
1) Hawkins-Kennedy test	54	6
2) Femoral Slump test	125	13,9
3) Straight Leg Raise test (SLR)	306	34
4) Neer test	84	9,3
5) Modified Bragard test	34	3,8
6) Slump test	254	28,3
7) καμία από αυτές	42	4,7

Πίνακας 4.23. Κατανομή συχνότητας και ποσοστών των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης της ισχιαλγίας που θα επιθυμούσαν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης οι συμμετέχοντες

7) Ποιο/ποια από τα παρακάτω κλινικά εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας θα επιθυμούσατε να μάθετε μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης;	Συχνότητα	Ποσοστά
1) Keele Start Back Screening Tool (SBST)	102	5,5
2) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)	123	6,6
3) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)	80	4,3
4) SF-36 Health Survey	62	3,3
5) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)	71	3,8
6) SF-12 Health Survey	51	2,7
7) Neck Disability Index (NDI)	50	2,7
8) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)	54	2,9
9) Oswestry Disability Index (ODI)	56	3,0
10) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)	90	4,8
11) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)	60	3,2
12) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia	62	3,3
13) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)	46	2,5

14) Visual Analogue Scale (VAS)	26	1,4
15) Central Sensitization Inventory (CSI)	70	3,8
16) Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining»	45	2,4
17) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)	56	3,0
18) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	36	1,9
19) NICE guidelines	48	2,6
20) McKenzie classification	100	5,4
21) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)	71	3,8
22) Έλεγχος ρυμοτομιών- αισθητικότητας κάτω άκρων	52	2,8
23) Έλεγχος μυοτομιών - μυϊκής ισχύος κάτω άκρων	49	2,6
24) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων	49	2,6
25) Hawkins-Kennedy test	53	2,9
26) Slump test	37	2,0
27) Modified Bragard test	70	3,8
28) Straight Leg Raise test (SLR)	34	1,8
29) Femoral Slump test	45	2,4
30) Neer test	43	2,3
31) κανένα από αυτά	68	3,7

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Τεκμηριωμένη φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της ισχιαλγίας και η κλινική πρακτική της στον ελλαδικό χώρο.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Πραγματοποιείται μια μελέτη στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος « ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» της σχολής Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με θέμα την τεκμηριωμένη φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της ισχιαλγίας και τη κλινική πρακτική της στον Ελλαδικό χώρο.

Το παρόν έντυπο καταγραφής απευθύνεται σε πτυχιούχους φυσικοθεραπευτές που είναι εγγεγραμμένοι στον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα και αποσκοπεί στη καταγραφή του κλινικών και τεκμηριωμένων μέσω αξιολόγησης της ισχιαλγίας από τους φυσικοθεραπευτές στην Ελλάδα, είναι ανώνυμο και κατά την ηλεκτρονική αποστολή του θεωρείται ότι υπάρχει άμεση συναίνεση για την συμπλήρωση του.

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα υποβληθούν σε επεξεργασία (στατιστική ανάλυση) μετά το τέλος της μελέτης σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Όλοι όσοι έχουν πρόσβαση στα δεδομένα αυτά είναι υποχρεωμένοι να τηρούν εχεμύθεια και να υπογράφουν δήλωση εχεμύθειας. Η παρούσα μελέτη έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Στα δεδομένα θα έχουν πρόσβαση μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας και το περιεχόμενο των απαντήσεων σας θα παραμείνει απόλυτα εμπιστευτικό και θα χρησιμοποιηθεί μόνο για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Με τη συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή, αποδέχεστε ότι τα προσωπικά σας δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της έρευνας.

Η συμμετοχή σας είναι εξαιρετικά σημαντική και ουσιαστική. Έχετε κάθε δικαίωμα να μη συμμετάσχετε σε αυτή τη μελέτη χωρίς κανένα απολύτως κόστος για σας.

Παρακαλώ πολύ απαντήστε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια και σύμφωνα με τις οδηγίες.

Δώστε μόνο μία απάντηση εκτός από εκεί που σας δίνετε η δυνατότητα για περισσότερες από μία απαντήσεις.

Αντιλαμβανόμαστε πόσο πολύτιμος είναι ο χρόνος σας γι αυτό η συμπλήρωση του έντυπου καταγραφής θα διαρκέσει λιγότερο από 10 λεπτά. Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου μέσω email: mscphys18008@uniwa.gr.

Αφού μελετήσετε το έντυπο προσεκτικά, σας καλούμε να συναινέσετε στη δήλωση συγκατάθεσης δηλώνοντας ότι επιθυμείτε εθελοντικά να συμμετέχετε στη μελέτη και ότι επιτρέπετε τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, στα πλαίσια της έρευνας μας.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία και την ουσιαστική συμμετοχή σας!!!

Με εκτίμηση,

Γεωργακή Αθηνά,
Φυσικοθεραπεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΜΣ «ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ»

Γιόφτσος Γεώργιος, Υπεύθυνος Καθηγητής

*** Απαιτείται**

Δήλωση συγκατάθεσης του φυσικοθεραπευτή στην έρευνα μετά από πληροφόρηση

Διάβασα την παραπάνω ενημέρωση και είμαι πρόθυμος/η να συμμετέχω στην έρευνα που διεξάγεται. Η συμμετοχή μου είναι

ανώνυμη, εμπιστευτική και γίνεται εθελοντικά γνωρίζοντας ότι
μπορώ να διακόψω όποτε το θελήσω. *

Ναι
Όχι

Προσωπικά στοιχεία

(Στην ενότητα αυτή θα συμπληρώσετε τα δημογραφικά σας στοιχεία)

1) Ηλικία *

22-31
32- 41
42- 51
52-61
62 και πάνω

2) Φύλο *

Άντρας
Γυναίκα
Δεν απαντώ

3) Εκπαιδευτικό ίδρυμα Αποφοίτησης : *

ΣΧΟΛΗ "ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΠΑΥΛΟΣ"
ΚΑΤΕ
ΚΑΤΕΕ
ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ- (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής)
ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Αλεξάνδρειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης)
ΤΕΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας)
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (Πανεπιστήμιο Πατρών)
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

4) Έτος αποφοίτησης (χρονολογία) : *

πριν το 1980
1981-1990
1991-2000
2001-2010
2011-2020

5) Βαθμός πτυχίου : *

άριστα (8,5 - 10)
λίαν καλώς (6,5 - 8,49)

καλώς (5-6,49)

6) Έχετε μεταπτυχιακές σπουδές ; *

δεν έχω

έχω μεταπτυχιακό δίπλωμα (Msc)

έχω μεταπτυχιακό (Msc) και διδακτορικό δίπλωμα (Phd)

έχω μόνο διδακτορικό δίπλωμα (Phd) χωρίς μεταπτυχιακό (Msc)

7) Έχετε παρακολουθήσει κάποια μορφή δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας (τύπου σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια) ; *

Ναι

Όχι

8) Αν έχετε παρακολουθήσει κάποια μορφή δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα που να σχετίζονται με την αξιολόγηση της ισχιαλγίας επιλέξτε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω : *

συνέδριο/α

ημερίδα/ες

σεμινάριο/α

εργαστηριακά μαθήματα στο πλαίσιο συνεδρίων

μεταπτυχιακό πρόγραμμα

διδακτορικό πρόγραμμα

προγράμματα σε Κ.Ε.Κ (κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης)

προγράμματα σε ΚΕΔΙΒΙΜ (κέντρο επιμόρφωσης και δια βίου μάθησης)

εκπαίδευση εξ αποστάσεως

συγγραφή άρθρων

Στοιχεία σχετικά με την εργασία σας

1) Γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος όπου εργάζεστε: *

Ήπειρος

Θεσσαλία

Θράκη

Πελοπόννησος

Στερεά Ελλάδα - Αττική

Στερεά Ελλάδα εκτός Αττικής

Κρήτη

Μακεδονία - Θεσσαλονίκη

Μακεδονία εκτός Θεσσαλονίκης

Νησιά Αιγαίου πελάγους

Νησιά Ιονίου πελάγους

2) Εργάζεστε σε περιοχή: *

αστική
αγροτική

3) Κλινική Εμπειρία (έτη ενασχόλησης) : *

0-5
6-10
11-15
16-20
21-25
26-30
Πάνω από 30

4) Χώρος άσκησης φυσικοθεραπείας : (δυνατότητα πάνω από μιας επιλογής) *

ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο (ιδιοκτήτης)
ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο (υπάλληλος)
αθλητική ομάδα – σωματείο
δημόσιο νοσοκομείο
ιδιωτικό νοσοκομείο
κατ οίκον θεραπείες
εκπαιδευτικός
άνεργος

5) Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα ; *

1-4
5-8
9-12
> 12

6) Πόσους ασθενείς αναλαμβάνετε κατά μέσο όρο στη διάρκεια μιας ημέρας ; *

0-5
6-10
11-15
16 και πάνω

7) Σε ένα έτος πόσα περιστατικά με ισχιαλγία αντιμετωπίζετε κατά μέσο όρο ; *

0-10
11-20
21-30
31-40
41-50
> 50

8) Τον περισσότερο εργασιακό σας χρόνο ασχολείστε με :
(δυνατότητα πάνω από μια επιλογής) *

Ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα
Ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα
Ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα
Ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα
Ασθενείς που χρειάζονται συμβουλευτική υποστήριξη
Αθλητές
Παιδιά
Άτομα τρίτης ηλικίας
Κανένα από τα παραπάνω

Ανάλυση φυσικοθεραπευτικής αξιολόγησης ισχιαλγίας

1) Ποια/ποιες από τις παρακάτω κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας γνωρίζετε ; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Keele Start Back Screening Tool (SBST)
- 2) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)
- 3) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)
- 4) Neck Disability Index (NDI)
- 5) SF-12 Health Survey
- 6) SF-36 Health Survey
- 7) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)
- 8) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)
- 9) Oswestry Disability Index (ODI)
- 10) Visual Analogue Scale (VAS)
- 11) Central Sensitization Inventory (CSI)
- 12) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)
- 13) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)
- 14) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)
- 15) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia
- 16) McKenzie classification
- 17) Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining»
- 18) NICE guidelines
- 19) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)
- 20) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)
- 21) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- 22) καμία από αυτές

2) Ποιον/ποιους από τους παρακάτω τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας γνωρίζετε ; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Έλεγχος μυοτομών - μυικής ισχύος κάτω άκρων

- 2) Έλεγχος δερμοτομίων- αισθητικότητας κάτω άκρων
- 3) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων
- 4) κανένα από αυτούς

3) Ποιες από τις παρακάτω κλινικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας γνωρίζετε; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Slump test
- 2) Straight Leg Raise test (SLR)
- 3) Hawkins-Kennedy test
- 4) Modified Bragard test
- 5) Femoral Slump test
- 6) Neer test
- 7) καμία από αυτές

4) Ποια/ποιες από τις παρακάτω κλίμακες αξιολόγησης της ισχιαλγίας χρησιμοποιείτε ; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)
- 2) SF-36 Health Survey
- 3) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)
- 4) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)
- 5) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)
- 6) Oswestry Disability Index (ODI)
- 7) Keele Start Back Screening Tool (SBST)
- 8) Neck Disability Index (NDI)
- 9) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)
- 10) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia
- 11) SF-12 Health Survey
- 12) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)
- 13) Central Sensitization Inventory (CSI)
- 14) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)
- 15) Visual Analogue Scale (VAS)
- 16) Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining»
- 17) NICE guidelines
- 18) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)
- 19) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- 20) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)
- 21) McKenzie classification
- 22) καμία από αυτές

5) Ποιον/ποιους από τους παρακάτω τρόπους νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας χρησιμοποιείτε ; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Έλεγχος δερμοτομίων- αισθητικότητας κάτω άκρων
- 2) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων
- 3) Έλεγχος μυοτομίων - μυικής ισχύος κάτω άκρων
- 4) κανένα από αυτούς

6) Ποιες από τις παρακάτω κλινικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας χρησιμοποιείτε; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Hawkins-Kennedy test
- 2) Femoral Slump test
- 3) Straight Leg Raise test (SLR)
- 4) Neer test
- 5) Modified Bragard test
- 6) Slump test
- 7) καμία από αυτές

7) Ποιο/ποια από τα παρακάτω κλινικά εργαλεία αξιολόγησης της ισχιαλγίας θα επιθυμούσατε να μάθετε μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης; (δυνατότητα επιλογής περισσότερων από μια απαντήσεων) *

- 1) Keele Start Back Screening Tool (SBST)
- 2) Sciatica Bothersomeness Index (SBI)
- 3) Maine-Seattle Back Questionnaire (MSBQ)
- 4) SF-36 Health Survey
- 5) Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ)
- 6) SF-12 Health Survey
- 7) Neck Disability Index (NDI)
- 8) Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ)
- 9) Oswestry Disability Index (ODI)
- 10) Lower Extremity Functional Scale (LEFS)
- 11) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)
- 12) Single question for Tampa Scale for Kinesiophobia
- 13) Shoulder Pain and Disability Index (SPADI)
- 14) Visual Analogue Scale (VAS)
- 15) Central Sensitization Inventory (CSI)
- 16) Question «worsening of pain during coughing, sneezing and straining»
- 17) 1 - 4 Categories of Quebec Task Force (QTF)
- 18) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- 19) NICE guidelines
- 20) McKenzie classification
- 21) Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS)
- 22) Έλεγχος δερμοτομίων- αισθητικότητας κάτω άκρων
- 23) Έλεγχος μυοτομίων - μυικής ισχύος κάτω άκρων
- 24) Έλεγχος αντανακλαστικών κάτω άκρων
- 25) Hawkins-Kennedy test

- 26) Slump test
- 27) Modified Bragard test
- 28) Straight Leg Raise test (SLR)
- 29) Femoral Slump test
- 30) Neer test
- 31) κανένα από αυτά

Πίνακας 4.2.1.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των τρόπων νευρολογικής εξέτασης της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας

Count		Crosstab		
		Παρακολούθηση δια βίου		Total
		Ναι	Όχι	
Πόσους τρόπους νευρολογικής εξέτασης γνωρίζουν	κανένα	8	4	12
	1	22	9	31
	2	47	10	57
	3	254	27	281
Total		331	50	381

Πίνακας 4.2.2.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλιμάκων αξιολόγησης της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας

Count		Crosstab		
		Παρακολούθηση δια βίου εκπαίδευσης		Total
		Ναι	Όχι	
Πόσες κλίμακες γνωρίζουν οι φθ	0	118	26	144
	1	51	4	55
	2	42	8	50
	3	49	4	53
	4	19	4	23
	5	18	0	18
	6	11	2	13
	7	7	1	8
	8	3	1	4
	9	4	0	4
	10	4	0	4
	11	2	0	2
	13	3	0	3
Total		331	50	381

Πίνακας 4.2.3.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για την αξιολόγηση της ισχιαλγίας

Count	Crosstab			
		Παρακολούθηση δια βίου εκπαίδευσης		Total
		Ναι	Όχι	
Πόσες κλινικές δοκιμασίες γνωρίζουν οι φ/θ	0	120	23	143
	1	47	8	55
	2	104	12	116
	3	51	6	57
	4	9	1	10
Total		331	50	381

Πίνακας 4.2.4.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας και του εκπαιδευτικού ιδρύματος αποφοίτησης.

Count	Crosstab								
		Εκπαιδευτικό ίδρυμα Αποφοίτησης							
ΠΑΥΛΟΣ"		"ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΣΧΟΝΗ ΚΑΤΕ	ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ-	ΤΕΙ ΘΕΣΣ/ΚΗΣ	ΕΝΔΑΔΑΣ	ΤΕΙ ΣΤΕΡΕΑΣ	ΕΝΔΑΔΑΣ	ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
Πόσες κλινικές δοκιμασίες γνωρίζουν οι φ/θ	0	0	1	36	23	43	31	9	143
	1	4	1	23	14	7	3	3	55
	2	1	0	58	10	34	5	8	116
	3	0	0	27	7	12	7	4	57
	4	0	0	7	1	2	0	0	10
Total		5	2	151	55	98	46	24	381

Πίνακας 4.2.5.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης των κλινικών δοκιμασιών της ισχιαλγίας και των μεταπτυχιακών σπουδών.

Count	Crosstab					Total
	Μεταπτυχιακές σπουδές					
	δεν έχω	έχω μεταπτυχιακό δίπλωμα (Msc)	έχω μεταπτυχιακό (Msc) και διδακτορικό δίπλωμα (Phd)	έχω μόνο διδακτορικό δίπλωμα (Phd) χωρίς μεταπτυχιακό (Msc)		
Πόσες κλινικές δοκιμασίες γνωρίζουν οι φθ	0	92	49	2	0	143
	1	44	11	0	0	55
	2	79	34	3	0	116
	3	35	19	2	1	57
	4	8	1	0	1	10
Total		258	114	7	2	381

Πίνακας 4.2.6.α Συσχέτιση μεταξύ κλίμακας αξιολόγησης της ισχιαλγίας VAS και της κλινικής εμπειρίας.

Count	Crosstab							Total	
	Κλινική Εμπειρία (έτη ενασχόλησης)								
		0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	Πάνω από 30	
Γνωρίζουν οι φ/θ την VAS	OXI	75	44	19	23	10	11	12	194
	NAI	99	36	25	15	9	1	2	187
Total		174	80	44	38	19	12	14	381

Πίνακας 4.2.7.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης του SLR test ως κλινική δοκιμασία αξιολόγησης της ισχιαλγίας και της παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με την ισχιαλγία.

Crosstab				
Count		Παρακολούθηση δια βίου εκπαίδευσης		
		Ναι	Όχι	Total
		Γνωρίζουν οι φ/θ την κλινική δοκιμασία SLR	OXI	26
	NAI	305	37	342
Total		331	50	381

Πίνακας 4.2.8.α Συσχέτιση μεταξύ της γνώσης του Slump test και παρακολούθησης προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με ισχιαλγία.

Crosstab				
Count		Παρακολούθηση δια βίου εκπαίδευσης		
		Ναι	Όχι	Total
		Γνωρίζουν οι φ/θ την κλινική δοκιμασία Slump	OXI	58
	NAI	273	29	302
Total		331	50	381

Πίνακας 4.2.9.α Συσχέτιση μεταξύ της χρήσης της κλίμακας VAS και παρακολούθησης μεταπτυχιακών σπουδών.

Crosstab							
Count		Μεταπτυχιακές σπουδές					
		δεν έχω	έχω μεταπτυχιακό δίπλωμα (Msc)	έχω μεταπτυχιακό δίπλωμα (Phd)	έχω μεταπτυχιακό (Msc) και διδακτορικό δίπλωμα (Phd)	έχω μόνο διδακτορικό δίπλωμα (Phd) χωρίς μεταπτυχιακό (Msc)	Total

Χρησιμοποιούν οι φ/θ την VAS	NAI	79	55	3	0	137
Total		258	114	7	2	381

Πίνακας 4.2.10.α Συσχέτιση μεταξύ κλίμακας SBST ως κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που επιθυμούσαν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης και γεωγραφικού διαμερίσματος της Ελλάδος που εργάζονται.

		Crosstab											
Count		Γεωγραφικό διαμέρισμα της Ελλάδος											
		Ηπειρος	Θεσσαλία	Θράκη	Πελοπόννησος	Στερεά Ελλάδα - Αττική	Αττικής	Στερεά Ελλάδα εκτός Κρήτη	Μακεδονία - Θεσσαλονίκη	Θεσσαλονίκης	Μακεδονία εκτός Νησιά Αιγαίου πελάγους	Νησιά Ιονίου πελάγους	Total
Επιθυμούν οι φ/θ να μάθουν το SBST	OXI	9	20	2	22	146	14	16	20	18	4	8	279
	NAI	0	3	1	5	63	2	4	3	14	6	1	102
Total		9	23	3	27	209	16	20	23	32	10	9	381

Πίνακας 4.2.11.α Συσχέτιση μεταξύ κλίμακας SBST ως κλινικό εργαλείο αξιολόγησης της ισχιαλγίας που θα επιθυμούσαν να μάθουν μέσω μιας μορφής μετεκπαίδευσης και ωρών εργασίας την ημέρα.

		Crosstab				
Count		Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα				
		έως 4	5-8	9-12	> 12	Total
Επιθυμούν οι φ/θ να μάθουν το SBST;	OXI	20	114	126	19	279
	NAI	19	45	30	8	102
Total		39	159	156	27	381