

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΥΑΛΓΙΑΣ**

της

Ελένης Δημοσθένη Μητσιάδου

(Α. Μ. : 02/09)

Επιστημονικός Σύμβουλος:

Ανδρέας Φλουρής

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Άσκηση και Υγεία» του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Τριμελής Επιτροπή:

Ιωάννης Κουτεντάκης

Χριστίνα Καρατσαφέρη

Μαρία Χασάνδρα

Έτος ολοκλήρωσης της διατριβής

2014

Copyright © Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΜΠΣ « Άσκηση και Υγεία » - Μεταπτυχιακή Διατριβή

« ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΥΑΛΓΙΑΣ »

Ιθάκη

“Σα βγεις στον πηγαιμό για την Ιθάκη,
να εύχεσαι νάναι μακρύς ο δρόμος,
γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις.
Τους Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπας,
τον θυμωμένο Ποσειδώνα μη φοβάσαι,
τέτοια στον δρόμο σου ποτέ σου δεν θα βρεις,
αν μέν’ η σκέψις σου υψηλή, αν εκλεκτή
συγκίνησις το πνεύμα και το σώμα σου αγγίζει.
Τους Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπας,
τον άγριο Ποσειδώνα δεν θα συναντήσεις,
αν δεν τους κουβανείς μες στην ψυχή σου,
αν η ψυχή σου δεν τους στήνει εμπρός σου.

Να εύχεσαι νάναι μακρύς ο δρόμος.
Πολλά τα καλοκαιρινά πρωιά να είναι
που με τι ευχαρίστησι, με τι χαρά
θα μπαίνεις σε λιμένας πρωτοειδωμένους·
να σταματήσεις σ’ εμπορεία Φοινικικά,
και τες καλές πραγμάτειες ν’ αποκτήσεις,
σεντέφια και κοράλλια, κεχριμπάρια κ’ έβενους,
και ηδονικά μυρωδικά κάθε λογής,
όσο μπορείς πιο άφθονα ηδονικά μυρωδικά·
σε πόλεις Αιγυπτιακές πολλές να πας,
να μάθεις και να μάθεις απ’ τους σπουδασμένους.

Πάντα στον νου σου νάχεις την Ιθάκη.
Το φθάσιμον εκεί είν’ ο προορισμός σου.
Αλλά μη βιάζεις το ταξείδι διόλου.
Καλλίτερα χρόνια πολλά να διαρκέσει·
και γέρος πια ν’ αράξεις στο νησί,
πλούσιος με όσα κέρδισες στον δρόμο,
μη προσδοκώντας πλούτη να σε δώσει η Ιθάκη.

Η Ιθάκη σ’ έδωσε τ’ ωραίο ταξείδι.
Χωρίς αυτήν δεν θάβγαινες στον δρόμο.
Άλλα δεν έχει να σε δώσει πια.

Κι αν πτωχική την βρεις, η Ιθάκη δεν σε γέλασε.
Έτσι σοφός που έγινες, με τόση πείρα,
ήδη θα το κατάλαβες οι Ιθάκες τι σημαίνουν”

Κωνσταντίνος Π. Καβάφης (1911)

(Από τα Ποιήματα 1897-1933, Ίκαρος 1984)

Στους αγαπημένους μου γονείς,
Αναστασία και Δημοσθένη Μητσιάδη,
στους οποίους οφείλω τα πάντα.

Στα λατρεμένα μου παιδιά,
Ελβίρα και Αλέξανδρο - Θάνο Παπαγεωργίου,
με την ευχή να είναι πάντα γερά και ευτυχισμένα
και να απολαύσουν τα ωραία ταξίδια τους στις θάλασσες της γνώσης,
πριν φτάσουν στη δική τους «Ιθάκη»!

Στη μνήμη του πολυαγαπημένου μου αδελφού,
Κώστα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ταξίδι τελείωσε...

Με την εκπόνηση της διατριβής μου, ολοκληρώνεται το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Άσκηση και Υγεία" του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, μέσα από μια πορεία γεμάτη χαρές και λύπες και ατελείωτες ώρες σκληρής δουλειάς... Φτάνει το τέλος και του δικού μου ταξιδιού... Φτάνω στην Ιθάκη μου...

Τώρα που ο προορισμός είναι κοντά, δύσκολα αποτυπώνονται λέξεις με τις οποίες θα μπορούσα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε άτομα που στάθηκαν δίπλα μου, σε όλη τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού.

Παρ' όλα αυτά, μέσα από έντονα συναισθήματα και συγκίνηση, νιώθω την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους καθηγητές μου, για το ενδιαφέρον και τη βοήθεια που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων και σε ανθρώπους που πίστεψαν σε εμένα και με γέμιζαν με κουράγιο για την ολοκλήρωση αυτής της πορείας. Ευχαριστώ θερμά την τριμελή επιτροπή, που αποτέλεσαν οι καθηγητές μου: κύριος Ιωάννης Κουτεντάκης, κυρία Χριστίνα Καρατζαφέρη και κυρία Μαρία Χασάνδρα, για την πρόθυμη συμμετοχή τους στην κρίση της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Ευχαριστώ ολόψυχα τον επιβλέποντα καθηγητή της διατριβής μου κύριο Ανδρέα Φλουρή, που με εμπιστεύτηκε να συμμετάσχω ως ερευνήτρια στο Εργαστήριο FAME Lab του Ινστιτούτου Σωματικής Απόδοσης και Αποκατάστασης, στο Κέντρο Έρευνας, Τεχνολογίας και Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και μου έδωσε την ευκαιρία να εξερευνήσω ένα τόσο ενδιαφέρον πεδίο. Οι γνώσεις του, η αγάπη και η αφοσίωσή του στη δουλειά του, καθώς και η εμπιστοσύνη και η εκτίμηση που έδειξε στο πρόσωπό μου, αποτέλεσαν τα κύρια εφόδια που συνέδεσαν την ερευνητική μου πορεία, τη συνέπεια και τη μεθοδικότητα της δουλειάς μου, έτσι ώστε να φέρω εις πέρας το έργο μου, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Πάνω από όλα όμως τον ευχαριστώ για την ψυχολογική υποστήριξή του σε κρίσιμες στιγμές, αλλά και για την αμέριστη συμπαράσταση,

ΜΠΣ « Άσκηση και Υγεία » - Μεταπτυχιακή Διατριβή

« ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΥΑΛΓΙΑΣ »

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

τις συμβουλές και την καθοδήγηση που μου προσέφερε, σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Οι εύστοχες παρατηρήσεις του και η συνεχής παρουσία του στο πλευρό μου, συνέβαλαν σημαντικά στην διεκπεραίωση της έρευνάς μου αλλά και στη συγγραφή της επιστημονικής μου μελέτης, την οποία και του αφιερώνω.

Περισσότερο από όλους όμως, ευχαριστώ την οικογένειά μου: τους αγαπημένους μου γονείς, Δημοσθένη και Αναστασία Μητσιάδη και τα πολυαγαπημένα μου παιδιά, Ελβίρα και Αλέξανδρο-Θάνο Παπαγεωργίου, για την αγάπη και τη συμπαράστασή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου αλλά και κατά τη εκπόνηση της μελέτης μου, γιατί χωρίς την αγάπη και την ηθική συμπαράστασή τους, δεν θα μπορούσα να τελειώσω αυτό το ταξίδι. Τους ευχαριστώ για την υπομονή τους - αισθανόμενοι τις αγωνίες και τις προσπάθειές μου - και τους ζητώ ένα μεγάλο συγγνώμη για τις "στιγμές" της απουσίας μου από το πλάι τους, όλο αυτό το χρονικό διάστημα. Τους ευχαριστώ θερμά...



ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ &
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΜΠΣ « Άσκηση και Υγεία » - Μεταπτυχιακή Διατριβή

« ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΜΥΑΛΓΙΑΣ »

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	12
ABSTRACT	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	16
1.2 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	16
1.3 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	19
2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	20
2.1.1 Έρευνα και μεθοδολογία της έρευνας	20
2.1.2 Ποιοτική έρευνα	23
2.1.3 Εργαλεία ποιοτικής έρευνας	26
2.2.3.1 Συνέντευξη	27
2.2.3.2 Ερωτηματολόγιο	31
2.1.4 Δειγματοληψία ποιοτικής έρευνας	33
2.1.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία ποιοτικής έρευνας	38
2.2 ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ ΜΥΣ	39
2.2.1 Μυϊκό σύστημα	39
2.2.2 Ο σκελετικός μυς	41
2.2.3 Χαρακτηριστικά λειτουργίας του σκελετικού μυός	42
2.3 ΜΥΑΛΓΙΑ	43

2.3.1 Ορισμός	43
2.3.2 Καταστάσεις που προκαλούν μυαλγία	43
2.3.2.1 Μυοσκελετικές παθήσεις	44
2.3.2.2 Μυοσκελετικοί τραυματισμοί	46
2.3.2.2.1 Μυοσκελετικοί τραυματισμοί κατά την εργασία	46
2.3.2.2.2 Μυοσκελετικοί τραυματισμοί κατά την άσκηση	53
2.3.2.2.3 Κακώσεις του σκελετικού μυός	57
2.3.2.3 Ασθένειες του σκελετικού μυός	58
2.3.2.4 Μυοπάθειες	59
2.3.2.5 Κλιματικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες - Προσαρμογές σε θερμό ή ψυχρό περιβάλλον	60
2.3.2.6 Γρίπη και κοινό κρυολόγημα	64
2.3.2.6.1 Ο ιός της γρίπης	65
2.3.2.6.2 Κοινό κρυολόγημα	67
2.3.2.7 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	75
3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	76
3.1.1 Φάσεις της έρευνας	77
3.1.2 Δειγματοληψία της έρευνας	77
3.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	82
3.2.1 Ανάπτυξη της πρώτης φάσης της έρευνας	82
3.2.2 Ανάπτυξη της δεύτερης φάσης της έρευνας	86
3.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΤΕΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	93

3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	96
4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	96
4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	98
4.2.1 Αποτελέσματα στο γενικό πληθυσμό	98
4.2.2 Αποτελέσματα στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας	107
4.2.3 Συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	126
5.1 ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	126
5.2 ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	127
5.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ	129
5.4 ΜΠΟΡΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ;	129
5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	132
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	160
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I:	
Υποβολή πρότασης έρευνας προς έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Τ.ΕΦ.Α.Α.) του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας	160
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II:	
Έγγραφο συναίνεσης δοκιμαζόμενου στην ερευνητική εργασία (για τη φάση των συνεντεύξεων)	164

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ:

Απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων 165

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV:

Έγγραφο συναίνεσης δοκιμαζόμενου στην ερευνητική εργασία

(για τη φάση των ερωτηματολογίων) 200

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:

Ερωτηματολόγιο συνεντεύξεων γενικού πληθυσμού 202

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:

Ερωτηματολόγιο συνεντεύξεων γιατρών 203

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ:

Ερωτηματολόγιο γενικού πληθυσμού

(για τη φάση των ερωτηματολογίων) 204

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ:

Ερωτηματολόγιο γιατρών - φυσικοθεραπευτών

(για τη φάση των ερωτηματολογίων)..... 209

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ 217

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη αυτή είναι μέρος της Μεταπτυχιακής Έρευνας της Ελένης Δημοσθένη Μητσιάδου, στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. "Άσκηση και Υγεία" του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Τ.Ε.Φ.Α.Α.) του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση, καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού, σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα.

Μεθοδολογία: Η μελέτη χωρίζεται σε δύο φάσεις: τη φάση της διεξαγωγής συνεντεύξεων, σε ένα μικρό δείγμα εθελοντών και τη φάση των ερωτηματολογίων, σε ένα μεγαλύτερο δείγμα εθελοντών. Στη φάση των συνεντεύξεων συμμετέχει ένα τυχαίο δείγμα 19 ενηλίκων ανδρών και γυναικών, ηλικίας 18 -70 ετών, εκ των οποίων οι πέντε είναι γιατροί (νευρολόγος, ορθοπεδικός, ρευματολόγος, παθολόγος και γενικής ιατρικής). Στη φάση ερωτηματολογίων συμμετέχουν 600 ενήλικες άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό, γιατροί (ειδικοτήτων νευρολογίας, ορθοπεδικής, ρευματολογίας, γενικής ιατρικής και παθολογίας) και φυσικοθεραπευτές, ηλικίας 18 -70 ετών. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις, αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης (Boyatzis, 1998) και χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία δύο εκτεταμένων ερωτηματολογίων. Στη φάση των ερωτηματολογίων συμμετέχουν 504 ενήλικες άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό, 80 γιατροί (16 νευρολόγοι, 16 ορθοπεδικοί, 16 ρευματολόγοι, 16 γενικοί ιατροί, 16 παθολόγοι) και 16 φυσιοθεραπευτές, ηλικίας 18-70 ετών.

Κύρια αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Μια πολύ μεγάλη μερίδα του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα αναφέρει συμπτώματα μυαλγίας σε αυχένα/λαιμό και ωμοπλάτη/πλάτη, τα οποία αποδίδει πάντα ή συχνά στον ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύμα αέρα ή σε έκθεση σε κλιματιστικό. Η εξήγηση αυτή δεν συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία και πιθανόν να συμβάλει στη μειωμένη πρόληψη των συμπτωμάτων

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

μυαλγίας στην Ελλάδα, αλλά δυστυχώς και οι δύο πληθυσμοί που μετρήθηκαν, δεν τείνουν να ενημερώνονται επαρκώς για το θέμα αυτό. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές, φαρμακευτικές αγωγές, χειρομαλάξεις, και ιατρικές εξετάσεις. Τέλος, η ενασχόληση με τον αθλητισμό δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο ρίσκο για συμπτώματα μυαλγίας.

Λέξεις - κλειδιά: μυαλγία, μυϊκός πόνος, περιβαλλοντικοί παράγοντες, παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to investigate the perceptions of the Greek population on the effect of environmental factors in causing symptoms of muscle pain (i.e., myalgia) in the musculoskeletal system.

Methodology: The study is divided into two phases: the phase of conducting interviews in a small sample of volunteers and the phase of the questionnaires in a larger sample of volunteers. The interview phase involved a random sample of 19 adult men and women, aged 18-70 years, of which five were doctors (a neurologist, an orthopedist, a rheumatologist, an internist, and a general practitioner). The data collected from the interviews were analyzed using thematic analysis (Boyatzis, 1998) and were used to generate two extensive questionnaires. The questionnaires phase involved 504 adult men and women from the general population, 80 physicians (16 neurologists, 16 orthopedists, 16 rheumatologists, 16 general practitioners, 16 pathologists) and 16 physiotherapists, aged 18-70 years.

Main results - Conclusions: A very large portion of the general population and healthcare workers in Greece report symptoms of myalgia in the neck/shoulder and neck/back areas that attribute always or often to sweat in combination with exposure to wind, or exposure to an air conditioner. This hypothesis is not consistent with the literature and may contribute to the reduced prevention of myalgia in Greece but, unfortunately, both populations measured tend not to be adequately informed on this matter. For the treatment of myalgia symptoms, they tend to use heating ointments and gels, medications, massage, and medical examinations. Finally, participation in sports and physical activity does not seem to be associated with an increased risk for symptoms of myalgia.

Keywords: myalgia, muscle pain, environmental factors, musculoskeletal pathologies, temperature.

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μυαλγία (ή μυϊκός πόνος) είναι μία διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από πόνο, δυσκαμψία και ευαισθησία των μυών του αυχένα, του ώμου, της πλάτης, του ισχίου, των χεριών και των ποδιών (ICD-10, 2010). Ο μυϊκός πόνος μπορεί επίσης να περιλαμβάνει συνδέσμους, τένοντες, περιτόναιο και συνδετικό ιστό. Η μυαλγία είναι ένα σύμπτωμα που σχετίζεται συχνότερα με τάση, υπέρχρηση ή μυϊκό τραυματισμό από άσκηση ή απαιτητική σωματική εργασία, σχετίζεται δηλαδή, με παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο πόνος τείνει να αφορά συγκεκριμένους μυς και ξεκινά στη διάρκεια ή αμέσως μετά τη δραστηριότητα (Armstrong, et al., 1984; Ehman & Berquist, 1986; Garrett, 1990; Hagberg, et al., 1995; Αμπατζίδης, 1998; Punnett, et al., 2004; Roura, et al., 2008; Levy, Wegman, Baron, & Sokas, 2011). Οι πιο κοινές αιτίες πρόκλησης συμπτωμάτων μυαλγίας είναι:

- ✓ τραυματισμός, περιλαμβανομένων διαστρεμμάτων και θλάσεων
- ✓ υπέρχρηση: υπερβολική χρήση του μυός, πολύ σύντομα, πολύ συχνά
- ✓ τάση ή stress.

Ωστόσο, ο πόνος των μυών μπορεί να οφείλεται σε πολλές άλλες καταστάσεις, όπως οι ασθένειες του σκελετικού μυός ή διάφοροι περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (De Lange, et al., 2003; Van den Heuvel, et al., 2005; Bongers, et al., 2006; EU-OSHA, 2007). Ανεξαρτήτως των αιτιών πρόκλησής τους, οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος είναι πολύ συχνή αιτία επίσκεψης στο γιατρό (Ανδριανάκος, Τρόντζας & Χριστογιάννης, 2003).

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων, οι οποίες αναφέρονται σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, δεν έχει μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας.

Η παρούσα διατριβή περιγράφει το σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας επιστημονικής μελέτης που εξέτασε την υποκειμενική αντίληψη της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα. Η εκπόνηση της διατριβής διήρκησε από το Φεβρουάριο του 2011 έως τον Ιανουάριο του 2014.

1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση, καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού, σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα.

1.2 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η διατριβή αυτή εκτείνεται σε πέντε κεφάλαια: την εισαγωγή, την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση.

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία πρόσφερε το πλαίσιο για τη συστηματική ερμηνεία των εμπειρικών δεδομένων, γίνεται η ταξινόμηση και η αποτίμηση των βιβλιογραφικών δεδομένων που σχετίζονται με το υπό διερεύνηση φαινόμενο. Στη συνέχεια, οριοθετείται και αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο εδράζεται το αντικείμενο της έρευνας, ώστε να διεισδύσει αβίαστα ο αναγνώστης στη διαδικασία ανάπτυξής της, κατέχοντας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Το κεφάλαιο αυτό αποτελείται από τρία υποκεφάλαια. Στο πρώτο αναπτύσσονται τα χαρακτηριστικά της ποιοτικής έρευνας, διότι η έρευνα αυτή, προκειμένου να διερευνήσει ένα φαινόμενο που δεν έχει μελετηθεί προηγουμένως, σχεδιάστηκε σύμφωνα με την τεχνική της ποιοτικής ερευνητικής μεθόδου. Ακολουθεί η ποιοτική, σε βάθος διερευνητική μέθοδος (Rossman & Rallis, 1998) διότι θεωρήθηκε η καταλληλότερη αναφορικά με τη συγκέντρωση πληροφοριών του υπό διερεύνηση φαινομένου. Πράγματι, σύμφωνα με τους Bird και συνεργάτες (1999), η ποιοτική έρευνα αποβλέπει στο να ανακαλύψει τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα μέσα από τον τρόπο που εκείνοι βιώνουν και αισθάνονται τα

γεγονότα (Bird, Hammersley, Gomm & Woods, 1999). Στο δεύτερο υποκεφάλαιο, προκειμένου να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν διάφορες καταστάσεις τον σκελετικό μυ και προκαλούν πόνο, αναπτύσσονται οι θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με τη δομή του σκελετικού μυός, τη φυσιολογία του και τα χαρακτηριστικά της λειτουργίας του. Στο τελευταίο υποκεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της μυαλγίας και παρουσιάζονται οι πιο κοινές αιτίες πρόκλησης συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα.

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας παρουσιάζονται η στρατηγική και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνας, η οποία αναπτύσσεται σε δύο φάσεις: τη φάση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων σε ένα μικρό δείγμα εθελοντών (από τον Ιούλιο του 2011 έως το Σεπτέμβριο του 2011) και τη φάση των ερωτηματολογίων σε ένα μεγαλύτερο δείγμα εθελοντών (από το Νοέμβριο του 2011 έως το Φεβρουάριο του 2013). Η δειγματοληψία της έρευνας αντιμετωπίζεται με έναν πολυδιάστατο τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη διαφορετικές παραμέτρους (χρονικές, χωροταξικές ή γεωγραφικές και κοινωνικές) και το δείγμα της περικλείει μέσα του ομάδες σημαντικών για το σκοπό της έρευνας μονάδων, που σχετίζονται με το ευρύτερο σύνολο, χωρίς όμως να το αντιπροσωπεύουν άμεσα (Mason, 2003). Τέλος, στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρονται τα στοιχεία που πιστοποιούν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας (Αλεξόπουλος, 1998; Robson, 2002; Χασάνδρα & Γούδας, 2004) και ακολουθεί η στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, σχετικά με το πώς αντιλαμβάνεται ο ελληνικός πληθυσμός την πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσεται μια συζήτηση, η οποία αντιπαραθέτει τα αποτελέσματα της μελέτης με την υπάρχουσα γνώση στη βιβλιογραφία. Επίσης, παρατίθενται προτάσεις για επόμενη έρευνα και οι λόγοι για τους οποίους θα ήταν χρήσιμη μια τέτοια έρευνα.

1.3 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα αυτή συμβάλλει στην καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας και μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στον πρωτοποριακό τρόπο προσέγγισης του θέματος, δεδομένου ότι δεν συναντάται ανάλογη έρευνα σε ελληνική και παγκόσμια βιβλιογραφία. Ελπίζουμε ότι η μελέτη αυτή θα οδηγήσει σε αναπροσαρμογή των ισχυόντων κλινικών πρακτικών που σχετίζονται με τη μυαλγία. Επίσης, ελπίζουμε ότι η μελέτη αυτή θα βοηθήσει στο σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μία από τις σημαντικότερες διαδικασίες κατά την εκπόνηση μιας ερευνητικής μελέτης, αφορά στον εντοπισμό, την καταγραφή, την ταξινόμηση και την αποτίμηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με το υπό διερεύνηση θέμα. Κατά τη διαδικασία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης οι ερευνητές επισημαίνουν, αξιολογούν, επεξεργάζονται και καταγράφουν το υλικό που σχετίζεται με το θέμα που διερευνούν. Επίσης, μελετούν και παραθέτουν στην εργασία τους τα αποτελέσματα και τις πληροφορίες που εξήχθησαν από παρόμοιες έρευνες, που έγιναν από άλλους ερευνητές, πάνω στο ίδιο θέμα.

Επιστημονική δραστηριότητα για τη διερεύνηση, καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού, σχετικά με τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα, λαμβάνει χώρα για πρώτη φορά. Ως εκ τούτου, η ερευνήτρια μερίμνησε ώστε ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή της έρευνας να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ενός θέματος που παραμένει ανεξερεύνητο, καλύπτοντας παράλληλα το φάσμα των πρακτικών προβλημάτων που ανέκυψαν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της και έως την ολοκλήρωσή της. Η έρευνα αυτή, προκειμένου να διερευνήσει ένα φαινόμενο που δεν έχει μελετηθεί προηγουμένως, σχεδιάστηκε σύμφωνα με την τεχνική της ποιοτικής ερευνητικής μεθόδου. Ακολουθήθηκε η ποιοτική, σε βάθος διερευνητική μέθοδος (Rossman & Rallis, 1998) διότι θεωρήθηκε η καταλληλότερη αναφορικά με τη συγκέντρωση πληροφοριών του υπό διερεύνηση φαινομένου. Πράγματι, σύμφωνα με τους Bird και συνεργάτες (1999), η ποιοτική έρευνα αποβλέπει στο «να ανακαλύψει τις απόψεις του ερωτώμενου πληθυσμού, εστιάζοντας στις οπτικές γωνίες υπό τις οποίες τα άτομα βιώνουν και αισθάνονται τα γεγονότα» (Bird, et al., 1999:320). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση εκτείνεται σε τρία υποκεφάλαια, στα οποία αναπτύσσονται θέματα σχετικά με την ποιοτική έρευνα, τον σκελετικό μυ και τη μυαλγία, αφενός για διευκρίνηση βασικών όρων - ως προς το εννοιολογικό

τους περιεχόμενο - που χρησιμοποιούνται στη μελέτη και αφετέρου για να διεισδύσει αβίαστα ο αναγνώστης στη διαδικασία ανάπτυξης της έρευνας, κατέχοντας όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με το φαινόμενο που διερευνάται.

2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1.1 Έρευνα και μεθοδολογία της έρευνας

Ως "έρευνα" ορίζεται συχνά η "συστηματική αναζήτηση πληροφοριών" με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων, χρησιμοποιώντας έγκυρες και αξιόπιστες τεχνικές, με σκοπό την παροχή απαντήσεων σε σημαντικά ερωτήματα (Φίλιας, 2003) και είναι ένας από τους τρεις τρόπους μέσω των οποίων επιχειρούμε να ανακαλύψουμε την αλήθεια. Οι άλλοι δυο είναι η εμπειρία και η λογική σκέψη. Έρευνα είναι κάθε συστηματική αναζήτηση που κοινοποιείται και έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που την ξεχωρίζουν από τους δύο προαναφερόμενους τρόπους (Kerlinger, 1986; Cohen, Manion & Morrison, 2007):

- ✓ είναι συστηματική (η γνώση που παράγεται από αυτή, γίνεται μέσα από μια καλά σχεδιασμένη συλλογή και ανάλυση δεδομένων)
- ✓ βασίζει τις ενέργειές της πάνω στο επαγωγικό-απαγωγικό μοντέλο (κατά την επαγωγή, ο ερευνητής μελετά ιδιαίτερα φαινόμενα, ώστε να καταλήξει σε γενικές αρχές, ενώ κατά την απαγωγή, το ειδικό καθορίζεται με λογική αναγκαιότητα, από το γενικό πλαίσιο: υπόθεση, αρχή, παραδοχή)
- ✓ είναι εμπειρική (συνίσταται στην εμπειρία των ερευνητών μέσω της αλληλεπίδρασής τους με το κοινό)
- ✓ αυτοδιορθώνεται (είναι η πιο σημαντική πλευρά της επιστήμης, καθώς εγγυάται ότι τα μη σωστά αποτελέσματα με τον καιρό, είτε θα αποκαλυφθούν ως τέτοια και δεόντως θα αναθεωρηθούν είτε θα παραμεριστούν).

Ο όρος "μέθοδος" ("μέθ" <μετά> + "οδός") παράγεται από το "μετέρχομαι" και σημαίνει ορισμένη συστηματική προγραμματισμένη προσέγγιση προς κάποιο θέμα ή ενέργεια, δηλαδή τον τρόπο αναζήτησης και απόκτησης γνώσης (Δελής, 2002).

Επιστημονική μέθοδος είναι ο συστηματικός τρόπος έρευνας, η προκαθορισμένη πορεία για την κατάκτηση της αλήθειας και συνιστά μία γενεσιουργό συνθήκη, καθώς δημιουργεί τις αρχικές προϋποθέσεις για τη συλλογή των δεδομένων του υπό διερεύνηση φαινομένου (Πουρκός & Δαφέρμος, 2010). Η επιστημονική μέθοδος βασίζεται αφενός στην επιστημονική έρευνα και στην οργάνωση και ταξινόμηση της αποκτώμενης γνώσης και αφετέρου παρατηρήσεις και πειράματα που μπορούν να επαναληφθούν με παρόμοια αποτελέσματα. Η μεθοδολογία της έρευνας συνίσταται στην αναζήτηση και αποκάλυψη της αλήθειας και της γνώσης και στην απάντηση σε σημαντικά ερωτήματα, με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της επιστημονικής έρευνας μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Παρασκευόπουλος, 1993):

- ✓ ασχολείται με την ανακάλυψη νέων γνώσεων. Ό,τι είναι ήδη γνωστό και αποδεδειγμένο δεν αποτελεί αντικείμενό της. Ορισμένες φορές βέβαια, μια έρευνα μπορεί να είναι επανάληψη κάποιας παλαιότερης ή και πρόσφατης έρευνας, προκειμένου να γίνει έλεγχος και επαλήθευση ή διόρθωση των ευρημάτων της. Παρόλα αυτά, ο κύριος όγκος της επιστημονικής ερευνητικής δραστηριότητας, στοχεύει σε ό,τι είναι ακόμη άγνωστο, αμφιλεγόμενο, αδιευκρίνιστο, νέο
- ✓ στηρίζεται αποκλειστικά στη συστηματική μελέτη της εμπειρικής πραγματικότητας. Απορρίπτει τις προσωπικές εμπειρίες, την "αποκάλυψη", την αυθεντία και το δογματισμό, ως μεθόδους απόκτησης της γνώσης και δέχεται ως έγκυρη και αξιόπιστη γνώση μόνο ό,τι μπορεί να επαληθευτεί από την εμπειρική πραγματικότητα
- ✓ δίνει έμφαση στην ανακάλυψη γενικών αρχών και τη διατύπωση θεωριών, έχοντας ως στόχο την αναζήτηση και την ανεύρεση παραγόντων και σχέσεων, οι οποίες θα οδηγούν στις γενικές αρχές, που διέπουν το υπό μελέτη φαινόμενο

- ✓ για τη συλλογή των εμπειρικών δεδομένων, χρησιμοποιεί ειδικά ψυχοτεχνικά μέσα. Ο ερευνητής, προκειμένου να βελτιώσει την παρατήρηση των φαινομένων και την καταγραφή των διαπιστώσεών του, χρησιμοποιεί ποικίλα ψυχοτεχνικά μέσα (μηχανικές συσκευές, έντυπο υλικό με ερωτηματολόγια, τεστ για την αξιολόγηση ικανοτήτων και επιδόσεων, κ.α.), τα οποία επιλέγει από τα ήδη υπάρχοντα ή τα επινοεί και τα κατασκευάζει ο ίδιος
- ✓ στηρίζεται στην απρόσωπη- αντικειμενική ανάλυση. Ο ερευνητής ενδιαφέρεται για τον έλεγχο της ορθότητας των ερευνητικών του υποθέσεων και όχι για την προαγωγή τους προς μια ορισμένη κατεύθυνση, αφού για να είναι μια γνώση έγκυρη, θα πρέπει η διαδικασία παραγωγής της να είναι απαλλαγμένη από υποκειμενικά στοιχεία
- ✓ καταλήγει σε μια γραπτή μελέτη, η οποία είναι στη διάθεση του κάθε ενδιαφερόμενου. Τα αποτελέσματα της έρευνας πρέπει να γίνουν ευρύτερα γνωστά, οπότε ο ερευνητής, συντάσσει γραπτή ερευνητική μελέτη, την οποία συνήθως κοινοποιεί με την ανακοίνωσή της σε ένα επιστημονικό συνέδριο ή με τη δημοσίευσή της σε ένα επιστημονικό περιοδικό
- ✓ τα ευρήματα της επιστημονικής έρευνας δεν είναι τελεσίδικη γνώση. Η επιστημονική έρευνα, παρότι θεωρείται ως η διαδικασία που παρέχει εχέγγυα αντικειμενικής και γενικής ισχύος γνώσης, είναι μια διαρκής προσπάθεια για προσέγγιση της "αλήθειας". Κάθε εύρημα ισχύει, μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο.
- ✓ η ίδια η ερευνητική μέθοδος περιέχει αυτοδιορθωτικές διαδικασίες (π.χ.: η βελτίωση των ερευνητικών μεθόδων, η ανακάλυψη νέων μέσων συλλογής και ανάλυσης εμπειρικών δεδομένων, η δημοσιοποίηση των ευρημάτων και η κριτική τους αξιολόγηση, η δυνατότητα επανάληψης μιας έρευνας για επαλήθευση των αποτελεσμάτων της).

Οι ερευνητικές μέθοδοι, ως προς τη μορφή τους, διακρίνονται σε έρευνες πεδίου, οι οποίες πραγματοποιούνται σε πραγματικό χώρο και σε φυσιολογικές συνθήκες και σε εργαστηριακές, οι οποίες πραγματοποιούνται σε τεχνητές, πειραματικά ελεγχόμενες συνθήκες

(Thomas & Nelson, 1996). Ως προς τον τύπο τους, διακρίνονται σε ποσοτικές (ή θετικιστικές) και ποιοτικές (ή επεξηγηματικές-ερμηνευτικές, νατουραλιστικές). Και οι δύο μέθοδοι, δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει ένα ερευνητικό πεδίο και να επικεντρωθεί σε αυτό και η διάκρισή τους δεν είναι "τεχνικού" χαρακτήρα, αλλά έγκειται στη διαφορετική θεωρητική "λογική" που διέπει την ερευνητική διαδικασία, από το στάδιο του σχεδιασμού, έως την παραγωγή και την ανάλυση των δεδομένων, καθώς επίσης και από τους τρόπους δόμησης πειστικών εξηγήσεων (Χασάνδρα & Γούδας, 2004; Τσιώλης, 2011).

Οι ποσοτικές μέθοδοι αναλύουν την ποσότητα εμφάνισης του φαινομένου που εξετάζεται και οι ποιοτικές αναφέρονται στο είδος, δηλαδή στο συγκεκριμένο χαρακτήρα του φαινομένου (Kvale, 1996). Οι ποσοτικές μέθοδοι εφαρμόζονται σε ερευνητικές προσεγγίσεις, που έχουν ως βασικό στόχο τον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων για το υπό μελέτη κοινωνικό φαινόμενο. Βασίζονται σε δειγματοληπτικές έρευνες με τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, προσφέρουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού για τον έλεγχο της θεωρίας και ο ερευνητής προσπαθεί με αντικειμενικό τρόπο να βρει τι ακριβώς συμβαίνει στον κόσμο γύρω του, χωρίς να τον επηρεάζουν οι προσωπικές του αξίες και στάσεις. Οι ποιοτικές μέθοδοι εφαρμόζονται σε ερευνητικές προσεγγίσεις, που έχουν ως βασικό στόχο την διερεύνηση ποιοτήτων και πιο συγκεκριμένα κοινωνικών ποιοτήτων. Με άλλα λόγια, έχουν στόχο την αποκάλυψη σχέσεων ή συσχετίσεων, ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες, την περιγραφή, ανάλυση και κατανόηση κοινωνικών διαδικασιών, την διατύπωση ή αναδιατύπωση υποθέσεων και θεωρητικών θέσεων για το κοινωνικό γίνεσθαι και την διακρίβωση κοινωνικών σχέσεων, θέσεων και ρόλων (Ιωσηφίδης, 2008).

2.1.2 Ποιοτική έρευνα

Η ποιοτική έρευνα έχει ως στόχο τη διερεύνηση των νοημάτων και των αναπαραστάσεων, που αποδίδουν τα υποκείμενα σε κοινωνικά φαινόμενα και διαδικασίες, να

αναλύσουν κοινωνικά συμβάντα και να δώσουν απάντηση σε ερωτήματα: "τι", "πώς" και "γιατί" (Ιωσηφίδης, 2003) και βασίζεται στις θεωρητικές παραδοχές του "ερμηνευτικού παραδείγματος", το οποίο προέρχεται από την ιδέα, ότι η κοινωνική πραγματικότητα δημιουργείται και υποστηρίζεται μέσω της υποκειμενικής εμπειρίας των ανθρώπων που εμπλέκονται σε αυτή (Morgan & Smircich, 1980). Όπως αναφέρουν οι Πουρκός και Δαφέρμος «οι ποιοτικές προσεγγίσεις, ανεξάρτητα από το επιστημονικό πεδίο που εφαρμόζονται (στην Κοινωνική Ανθρωπολογία, στην Κοινωνιολογία, στην Ψυχολογία, στις επιστήμες της αγωγής κ.ά.) έχουν ως βασικό στόχο την αυθεντική και ολιστική περιγραφή και κατανόηση ενός ακέρατου, ενιαίου κοινωνικού ή πολιτισμικού φαινομένου ή συμβάντος» (Πουρκός & Δαφέρμος, 2010:17). Η ποιοτική μέθοδος δίνει την ευκαιρία στον ερευνητή, να στοχεύσει στη σημασία που έχει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν, δηλαδή, να εμβαθύνει. Αυτό που συμβαίνει είναι μια "λεπτή" περιγραφή (Geertz, 1973) από την πλευρά των ερευνητών. Η μελέτη βάθους που συνεπάγεται η ποιοτική μέθοδος, οδηγεί σε συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων, για πολλαπλές πτυχές των υπό διερεύνηση περιπτώσεων (Κυριαζή, 2002). Σημαντικό στοιχείο που χαρακτηρίζει τις ποιοτικές μεθόδους είναι ότι έχουν μια φυσιολογική ροή και κατά ένα μεγάλο βαθμό, δεν είναι κατευθυνόμενες από τον ερευνητή. Σύμφωνα με τους Lincoln και Guba, οι ποιοτικές μέθοδοι είναι φυσικές και η ικανότητα των ποιοτικών δεδομένων, για την πληρέστερη περιγραφή ενός φαινομένου, αποτελούν σημαντικό παράγοντα, όχι μόνο από την πλευρά του ερευνητή, αλλά και από την πλευρά του αναγνώστη (Lincoln & Guba, 1985). Ακολουθώντας την ποιοτική μέθοδο ο ερευνητής παίρνει συνεντεύξεις, κρατά σημειώσεις, παρατηρεί, περιγράφει και ερμηνεύει τα φαινόμενα όπως ακριβώς έχουν και έτσι μπορεί να διεισδύσει στην προσωπικότητα των υποκειμένων και να κατανοήσει τις κοινωνικές επιρροές που τα υποκείμενα έχουν δεχτεί (Παπαγεωργίου, 1998) δηλαδή, να κατανοήσει το νόημα που έχουν διατυπώσει τα άτομα, σε σχέση με τον κόσμο τους και τις εμπειρίες τους (Merriam, 2002).

Καθ' όλη τη διάρκεια της ενασχόλησής του με το φαινόμενο που μελετά, ο ερευνητής είναι πάντα ενεργός γιατί οι ποιοτικές μέθοδοι απαιτούν να γίνεται χρήση όλων εκείνων των

στοιχείων που συναντά: σχόλια από όσους σχετίζονται με το αντικείμενο, κάτι που ο ίδιος παρατηρεί, ακόμα και τον τρόπο που τα υποκείμενα κάθονται ή συνομιλούν (Eisner, 1991). Αναλαμβάνει να καταγράψει τα γεγονότα και να συνδυάσει με έναν λογικό τρόπο δεδομένα, στοιχεία και καταστάσεις, όπως: εμπειρίες, απόψεις, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα, συμπεριφορές, αισθήματα, τρόπους αντίληψης των πραγμάτων, αφηγήσεις, γεγονότα και πολλά άλλα, μέσω των οποίων πιστεύει ότι μπορούν να παραχθούν δεδομένα (Mason, 2003). Η χρήση του «όρου "παραγωγή" αντί ενός όρου όπως η "συλλογή" δεδομένων, έχει σκοπό να συμπυκνώσει μέσα της την πολύ ευρύτερη ποικιλία σχέσεων μεταξύ του ερευνητή, του κοινωνικού κόσμου και του ερευνητικού υλικού που καλύπτει η ποιοτική έρευνα» (Mason, 2003:85). Επομένως, εφόσον η διαδικασία παραγωγής δεδομένων για έναν ποιοτικό ερευνητή περιλαμβάνει δραστηριότητες διανοητικού, αναλυτικού και ερμηνευτικού χαρακτήρα (Mason, 2003), πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη η υποκειμενικότητά του ως ερευνητή, παρά τις προσπάθειές του για αντικειμενική έρευνα, αφού για να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα μέσω του τρόπου με τον οποίο ο ίδιος αντιλαμβάνεται την παρουσία των πραγμάτων και τη σπουδαιότητά τους, έρχεται ταυτόχρονα αντιμέτωπος με τον ίδιο του τον εαυτό και την κουλτούρα του. Ωστόσο, «η εμπλοκή του ερευνητή στο πεδίο της έρευνας και η επικοινωνία του με τα υποκείμενα της έρευνας, σύμφωνα με την ποιοτική προσέγγιση, θεωρείται επιβεβλημένη και δεν εκλαμβάνεται ως διαστρεβλωτικός παράγοντας» (Τσιώλης, 2011:135). Η συναίσθηση του τι είναι σημαντικό αλλά και το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτό θα ερευνηθεί, υπόκεινται στις ικανότητες του ερευνητή. Έτσι, εκείνο που έχει βαρύτητα στις ποιοτικές μεθόδους είναι η κρίση. Αφενός του ερευνητή, ο οποίος θα ζωντανέψει τα ουσιώδη στοιχεία της έρευνας και θα κρίνει τι θα συμπεριληφθεί στα αποτελέσματα και τι όχι και αφετέρου όσων θα διαβάσουν την έρευνα, της οποίας τα αποτελέσματα πιθανόν να θέσουν νέους επιστημονικούς προβληματισμούς και να αποτελέσουν αφετηρία για μελλοντικές έρευνες (Eisner, 1991). Τα πλεονεκτήματα της ποιοτικής έρευνας μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Morgan & Smircich, 1980; Lincoln & Guba, 1985;

Eisner, 1991; Παπαγεωργίου, 1998; Κυριαζή, 2002; Mason, 2003; Ιωσηφίδης, 2008; Τσιώλης, 2011):

- ✓ η διερεύνησή της χαρακτηρίζεται από λεπτομέρεια και βάθος
- ✓ είναι δυνατόν να οδηγήσει στην διερεύνηση φαινομένων, διαδικασιών και συμπεριφορών που δεν είχαν προβλεφθεί από πριν
- ✓ διερευνά την εμπειρία των κοινωνικών υποκειμένων: ο ερευνητής "βλέπει" και κατανοεί τον κόσμο, μέσα από τα μάτια και την αντίληψη των κοινωνικών υποκειμένων.

Ως μειονεκτήματα της ποιοτικής έρευνας αναφέρονται τα εξής (Morgan & Smircich, 1980; Παρασκευόπουλος, 1993; Mason, 2003; Ιωσηφίδης, 2008):

- ✓ συνήθως αφορά μικρά δείγματα
- ✓ χαρακτηρίζεται από σχετικά περιορισμένες δυνατότητες γενίκευσης και σύγκρισης
- ✓ εξαρτάται αρκετά από τις προσωπικές αντιλήψεις του ερευνητή και από τα επικοινωνιακά του προσόντα
- ✓ η συμμετοχή ή η εμπλοκή του ερευνητή μπορεί να μεταβάλλει τα χαρακτηριστικά, του υπό μελέτη κοινωνικού φαινομένου ή της διαδικασίας.

Η ποιοτική έρευνα εμπεριέχει τη μελετημένη χρήση και συλλογή μιας ποικιλίας εμπειρικού υλικού όπως: μελέτη περίπτωσης, προσωπικής εμπειρίας, ενδοσκόπησης, ιστορίας ζωής, συνέντευξης, παρατήρησης, ιστορικών κείμενων, οπτικοακουστικού υλικού κ.α., που περιγράφει στερεότυπες και προβληματικές στιγμές και τη σημασία τους στις ζωές των ατόμων (Creswell, 2012). Σύμφωνα λοιπόν με τον Creswell (2012), η ποιοτική έρευνα είναι μία διαδικασία διερεύνησης και κατανόησης, βασισμένη σε σαφείς μεθοδολογικές παραδόσεις στρατηγικής, οι οποίες διερευνούν ένα κοινωνικό ή ατομικό πρόβλημα.

2.1.3 Εργαλεία ποιοτικής έρευνας

Δεδομένου ότι ο στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι η ανακάλυψη νέων πτυχών και διαστάσεων του εξεταζόμενου αντικειμένου και η σε βάθος κατανόησή του, οι ποιοτικές έρευνες

υιοθετούν ευέλικτα ερευνητικά σχέδια, τα οποία μπορούν να επαναπροσδιορίζονται σε όλες τους τις πτυχές κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, βασιζόμενα στα ερευνητικά ευρήματα που προκύπτουν ήδη από τα αρχικά στάδια της έρευνας (Τσιώλης, 2011). «Για την επίτευξη του στόχου αυτού γίνεται χρήση μιας ποικιλίας θεωρητικών και ερευνητικών μεθοδολογικών προσεγγίσεων και τεχνικών συλλογής δεδομένων (π.χ., σημειώσεις πεδίου, συνεντεύξεις, βιντεογραφήσεις, φωτογραφικό υλικό, φιλμ και άλλα είδη ανθρώπινων τεκμηρίων και τεχνουργημάτων), που στις ποιοτικές προοπτικές τείνουν να είναι "πολυτροπικά αφηγηματικές": βασίζονται δηλαδή σε παρατηρήσεις (λεκτικές, οπτικές, απτικές, γευστικές, οσφρητικές, κιναισθητικές) που σχετίζονται με το πλούσιο φάσμα των ενσώματων δυνατοτήτων του ανθρώπινου βιώματος» (Πουρκός & Δαφέρμος, 2010: 17-18). Τα βασικότερα εργαλεία παραγωγής γνώσης από το ερευνητικό πεδίο στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας είναι: η συνέντευξη, η παρατήρηση, η βιογραφική ανάλυση, η ιστορική συγκριτική μέθοδος, η ανάλυση περιεχομένου, οι μελέτες περίπτωσης, η οπτικοακουστική έρευνα και η έρευνα με τη βοήθεια ομάδων (Κυριαζή 2003; Cassel & Symon, 2004; Flick, 2007; Ιωσηφίδης, 2008). Η χρήση των μεθοδολογιών αυτών μπορεί να γίνεται είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά και εξαρτάται κάθε φορά, από το είδος και τη φύση του ερευνητικού προβλήματος και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ερευνώμενου πληθυσμού (Ιωσηφίδης, 2008). Τα εργαλεία όμως αυτά δεν είναι ανεξάρτητα από τον ερευνητή, γιατί είναι αυτός που διαρκώς διαμορφώνει τον τρόπο χρήσης τους, επομένως τόσο η διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα, εξαρτώνται όχι μόνο από τη στάση του αλλά και από το πώς χειρίζεται την έρευνα (Παπαϊωάννου, Θεοδωράκης & Γούδας, 2003). Η επιλογή ποιοτικών εργαλείων καθώς και ο πιθανός συνδυασμός τους, προβληματίζει τους ερευνητές των ποιοτικών προσεγγίσεων. Στην έρευνα αυτή, τα ερευνητικά εργαλεία που εφαρμόστηκαν για την παραγωγή των δεδομένων ήταν: η συνέντευξη (με την παράλληλη χρήση μαγνητοφώνου και σημειώσεων) και το ερωτηματολόγιο.

2.2.3.1 Συνέντευξη

Η συνέντευξη είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία ποιοτικής μεθόδου και ίσως η πιο διαδεδομένη μέθοδος άντλησης ποιοτικού υλικού και πληροφοριών στις κοινωνικές επιστήμες (Stewart & Cash, 1991; Breakwell, 1995; Ιωσηφίδης, 2008). Πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή, με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζόμενων με το αντικείμενο της έρευνας (Cohen & Manion, 1992). Είναι η μέθοδος που έχει ως αντικείμενό της να σχηματίσει ένα "νοητικό περιεχόμενο" (Mialaret, 1997), να αποκαλύψει πτυχές της προσωπικότητας και να αναγνωρίσει συμπεριφορές και ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να καταγράψει τη "φωνή" και τις εκφράσεις του ερωτώμενου (Eisner, 1991). Στην ποιοτική έρευνα χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον, η συνέντευξη σε βάθος (Ιωσηφίδης, 2008). Σε αυτόν τον τύπο συνέντευξης, ο ερευνητής κατευθύνει τον ερωτώμενο σε βασικά θέματα αλλά ο ερωτώμενος αναπτύσσει ελεύθερα και σε βάθος τις σκέψεις και τις απόψεις του, με αποτέλεσμα την παραγωγή όσο το δυνατόν πλουσιότερων πληροφοριών, για τις εμπειρίες, τις απόψεις και τις στάσεις των συμμετεχόντων (Παρασκευόπουλος, 1993; Mason, 2003; Ιωσηφίδης, 2008). Η μέθοδος της συνέντευξης και ιδιαίτερα αυτή της συνέντευξης σε βάθος, προϋποθέτει σημαντικές ατομικές και επικοινωνιακές δυνατότητες από την πλευρά του ερευνητή (Ιωσηφίδης, 2008). Με τη συνέντευξη, καταγράφεται η βιωματική εμπειρία του ερωτώμενου και οι απόψεις του σχετικά με το υπό διερεύνηση φαινόμενο, καθώς επιτρέπει τη σε βάθος εξερεύνηση των αιτιών και των λόγων κάποιων στάσεων και συμπεριφορών, αφού εμπεριέχει τη δυναμική της συζήτησης (Ζαφειρόπουλος, 2005). Ο ερευνητής σε μια συνέντευξη στοχεύει περισσότερο στη διάγνωση του εσωτερικού κόσμου του ερωτώμενου, παρά στην ιεράρχηση και ταξινόμηση των πληροφοριών που του δίνονται (Rubin & Rubin, 1995), με αποτέλεσμα να μην μπορεί να παραμείνει ουδέτερος, απόμακρος ή συναισθηματικά αποδεσμευμένος, γιατί η σχέση που αναπτύσσει με τον συνεντευξιζόμενο επηρεάζει και τον ίδιο, στην προσπάθειά του να είναι συστηματικός και αντικειμενικός (Cicourel, 1964). Ανάλογα με τον βαθμό δόμησής της η συνέντευξη διακρίνεται σε τρία βασικά είδη (Παρασκευόπουλος, 1993; Dunn, 2000; Robson 2002; Ιωσηφίδης, 2008):

- ✓ τη δομημένη συνέντευξη (structured interview), η οποία βασίζεται σε ένα αυστηρά προκαθορισμένο σύνολο ερωτήσεων, το οποίο τίθεται με τον ίδιο ενιαίο τρόπο σε όλους τους ερωτώμενους. Οι ερωτήσεις είναι προκαθορισμένες τόσο ως προς το περιεχόμενο τους, όσο και ως προς την σειρά με την οποία ακολουθεί η μια τη άλλη
- ✓ την ημιδομημένη συνέντευξη (semi-structured interview), η οποία χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει ευελιξία ως προς την σειρά των ερωτήσεων, ως προς τη τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση
- ✓ τη μη δομημένη συνέντευξη (unstructured interview), η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία προκαθορισμένων ερωτήσεων και βασίζεται σε θεματικές περιοχές πάνω στις οποίες αναπτύσσεται η αλληλεπίδραση μεταξύ του ερευνητή και του ερωτώμενου.

Η συνέντευξη επιτρέπει την εξέταση του ερευνητικού προβλήματος σε βάθος, γιατί οι άνθρωποι είναι περισσότερο πρόθυμοι να μιλούν παρά να γράφουν. Χρησιμοποιείται ευρέως στις ποιοτικές έρευνες λόγω των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζει και τα οποία μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Stewart & Cash, 1991; Παρασκευόπουλος, 1993, Breakwell, 1995; Ιωσηφίδης, 2008):

- ✓ ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να εξηγήσει με άνεση το σκοπό της έρευνας στον ερωτώμενο και να διεγείρει το ενδιαφέρον του για συνεργασία
- ✓ έχει μεγάλη ευελιξία στον τρόπο δόμησης και παρουσίασης των ερωτήσεων
- ✓ έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει τη μη λεκτική συμπεριφορά των ερωτώμενων και να σημειώσει τις παρατηρήσεις του
- ✓ έχει τον έλεγχο του φυσικού περιβάλλοντος
- ✓ ξέρει ακριβώς ποιος απαντά
- ✓ μπορεί να καταγράψει αυθόρμητες απαντήσεις
- ✓ μπορεί να σιγουρευτεί ότι έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις, μετά την ολοκλήρωση της συνέντευξης

- ✓ ο ερωτώμενος μπορεί να ζητήσει διευκρινήσεις και έτσι είναι εγκυρότερες οι απαντήσεις.

Η μέθοδος της συνέντευξης εμπεριέχει και μειονεκτήματα, ωστόσο η γνώση αυτών και ο προσεκτικός σχεδιασμός της συνέντευξης, οδηγούν στη σωστή χρήση της και στην αποφυγή των περιπτώσεων, στις οποίες η εφαρμογή της μεθόδου δεν ενδείκνυται. Τα βασικότερα από τα μειονεκτήματα αυτά είναι (Stewart & Cash, 1991; Kvale 1996):

- ✓ είναι εξαιρετικά χρονοβόρα τόσο ως προς την υλοποίησή της όσο και ως προς τη φάση του σχεδιασμού και της απόκτησης πρόσβασης στους ερωτώμενους
- ✓ προϋποθέτει αυξημένα επικοινωνιακά προσόντα από την πλευρά του ερευνητή
- ✓ ένα σημαντικό τμήμα της πληροφορίας από τις συνεντεύξεις δεν είναι απαραίτητο ή τελικά δεν γίνεται αντικείμενο ανάλυσης
- ✓ σε πολλές περιπτώσεις το υποκειμενικό στοιχείο είναι κυρίαρχο και το γεγονός αυτό δημιουργεί προβλήματα στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Ως μέσα συλλογής πληροφοριών κατά τη διαδικασία της συνέντευξης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια, σημειώσεις από τον ερευνητή, καθώς και οπτικοακουστικά μέσα, αφού προηγουμένως, εξασφαλιστεί η συναίνεση από το άτομο τα οποία θα λάβουν μέρος στη διαδικασία των συνεντεύξεων. Η χρήση του μαγνητοφώνου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης είναι μία από τις βασικές μεθόδους καταγραφής των δεδομένων. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η χρήση του μαγνητοφώνου συγκριτικά με την καταγραφή των απαντήσεων σε φύλλο είναι σημαντικά και συνοψίζονται στα εξής (Παρασκευόπουλος, 1993):

- ✓ παρέχονται ακριβή και αμερόληπτα δεδομένα, με τη σειρά και την αλληλουχία που εξιστορούνται
- ✓ χρησιμοποιούνται αυτούσιες προτάσεις και λόγια των ερωτώμενων (πιστότητα καταγραφής των απαντήσεων)
- ✓ ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να ακούσει πολλές φορές τα ηχητικά δεδομένα

- ✓ ο ερωτώμενος, μετά την ολοκλήρωση της συνέντευξης, μπορεί να ακούσει το περιεχόμενο της ηχογράφησης ώστε να το ελέγξει για την ακρίβεια
- ✓ τα δεδομένα μπορούν να αποτελέσουν ένα μόνιμο ηχητικό αρχείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον από άλλους ερευνητές.

2.2.3.2 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο είναι ένα βασικό "εργαλείο" της έρευνας. Πρόκειται για ένα έντυπο που περιέχει μια σειρά από ερωτήσεις, που έχουν σχεδιαστεί έτσι, ώστε οι απαντήσεις να μας εξασφαλίσουν τις ζητούμενες πληροφορίες (Burns, 2000; Ρόντος & Παπάνης, 2007). Το ερωτηματολόγιο μας δίνει τη δυνατότητα να αποκτήσουμε πολλές και διαφορετικές πληροφορίες. Μπορούμε να συλλέξουμε στοιχεία από πολλούς ερωτώμενους, ακόμη και σε απομακρυσμένες περιοχές και έτσι τα αποτελέσματα της έρευνάς μας να έχουν κύρος. Τα ερευνητικά υποκείμενα απαντούν στις ίδιες ερωτήσεις, κάτω από τις ίδιες συνθήκες βαθμολόγησης, με αποτέλεσμα να μπορούν να συγκριθούν πιο αντικειμενικά σε σχέση με τη συνέντευξη (Αλεξόπουλος, 1998), συμβάλλοντας έτσι στην αξιοπιστία των δεδομένων που θα συλλεχθούν. Ένα σημαντικό στοιχείο στη δόμηση του ερωτηματολογίου είναι ότι οι ερωτήσεις και οι οδηγίες για την απάντησή τους, πρέπει να έχουν διατυπωθεί και διαρρυθμιστεί κατά τρόπο που να μην αφήνουν περιθώρια για παρερμηνείες και ο ερευνητής πρέπει να καταβάλλει κάθε προσπάθεια να ελαχιστοποιήσει τα εγγενή μειονεκτήματα ενός ερωτηματολογίου και ιδιαίτερα ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου (Παρασκευόπουλος, 1993; Κυριαζή, 2002; Mason, 2003; Ρόντος & Παπάνης, 2007). Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί με τους ακόλουθους τρόπους :

- ✓ ως αυτοσυμπληρούμενο: ο ερευνητής διανέμει τα ερωτηματολόγια σε συγκεκριμένους χώρους ή σε ομάδες ή σε περιοχές και τα παραλαμβάνει συμπληρωμένα. Με αυτή τη μέθοδο, συμπληρώνονται αρκετά ερωτηματολόγια σε μικρό χρονικό διάστημα και το άλλο θετικό στοιχείο είναι ότι ο ερωτώμενος μπορεί να εκφράσει τις όποιες απόψεις του

απαλλαγμένος από το άγχος ότι κάποιος, έστω και άγνωστος, γνωρίζει τις απαντήσεις που έδωσε. Το αρνητικό σε αυτή τη μέθοδο είναι ότι αρκετά ερωτηματολόγια δεν επιστρέφονται και από αυτά που επιστρέφονται, αρκετά δεν είναι πλήρως συμπληρωμένα. Σε αυτές τις περιπτώσεις εντοπίζονται και τα περισσότερα λάθη ή παραλείψεις. Τα ερωτηματολόγια που διανέμονται σε συγκεκριμένους χώρους ή περιοχές, μπορούν είτε να δοθούν από τον ερευνητή είτε να ταχυδρομηθούν. Στη χώρα μας έχει παρατηρηθεί ότι σε ερωτηματολόγια που ταχυδρομούνται, επιστρέφεται περίπου μόνο το 10%. Παράλληλα, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος, το ερωτηματολόγιο να μην έχει συμπληρωθεί από το άτομο που φαίνεται ότι το έχει συμπληρώσει

- ✓ με προσωπική συνέντευξη (face to face interview): με τη μέθοδο αυτή ο ερευνητής ρωτάει τον ερωτώμενο και συμπληρώνει τις απαντήσεις. Το θετικό σε αυτόν τον τρόπο συμπλήρωσης είναι ότι θα δοθούν όλες οι απαντήσεις και δεν θα υπάρξουν κενές ερωτήσεις ούτε κενά ερωτηματολόγια. Το αρνητικό είναι ότι πρόκειται για μια χρονοβόρα μέθοδο, καθώς μια συνέντευξη μπορεί να διαρκέσει από 20 λεπτά έως και μιάμιση ώρα και ότι ο ερωτώμενος, ιδιαίτερα σε ευαίσθητα θέματα, πρέπει να ομολογήσει προσωπικά δεδομένα σε κάποιο άγνωστο πρόσωπο. Ακόμη, καθώς τα ερωτηματολόγια είναι πάντοτε ανώνυμα, στην περίπτωση που ο ερευνητής επισκέπτεται τον ερωτώμενο στον ιδιωτικό του χώρο (σπίτι ή εργασία), χάνεται η έννοια της ανωνυμίας, καθώς αισθάνεται ότι μπορεί να τον εντοπίσει ξανά αφού γνωρίζει προσωπικά του στοιχεία
- ✓ με τηλεφωνική συνέντευξη: αρκετά διαδεδομένη μέθοδος στο εξωτερικό αλλά όχι στη χώρα μας, όπου χρησιμοποιείται κυρίως για έρευνες αγοράς και εφαρμόζεται με περιορισμένο αριθμό ερωτήσεων ώστε να είναι σύντομη. Με αυτή τη μέθοδο ο ερευνητής κερδίζει χρόνο και το δείγμα επιλέγεται με τυχαία δειγματοληψία, συνήθως από τον τηλεφωνικό κατάλογο. Το πρόβλημα είναι ο υψηλός αριθμός αρνήσεων και η

καχυποψία του ερωτώμενου, καθώς δεν γνωρίζει εάν ο ερευνητής είναι πράγματι αυτός που συστήνεται.

Ένα σημαντικό μονοπάτι που πρέπει να ακολουθήσει ο ερευνητής, πριν από τη διάθεση των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες σε μία έρευνα, είναι η δοκιμή του ερωτηματολογίου. Η εφαρμογή αυτής της μεθόδου, δηλαδή της προκαταρκτικής έρευνας ή αλλιώς "προέρευνας ή έρευνας-πilotου" (Javeau, 2000) σε ένα περιορισμένο δείγμα - το οποίο συνήθως επιλέγεται με τη μέθοδο του διαθέσιμου δείγματος - έχει ως στόχο την αποφυγή λαθών, διότι όχι μόνο εντοπίζονται ασάφειες στη διατύπωση των ερωτήσεων (μη κατανοητοί όροι, δυσκολία στην επιλογή της απάντησης) και των οδηγιών συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, αλλά και περιορίζονται οι δυσκολίες και οι καθυστερήσεις στα επόμενα στάδια της έρευνας, δηλαδή, στην κωδικοποίηση των απαντήσεων, στη στατιστική ανάλυση και στην ερμηνεία των ευρημάτων (Παρασκευόπουλος, 1993). Τέλος, η διαδικασία της πιλοτικής έρευνας είναι σημαντική εφαρμογή και ως προς τον έλεγχο του χρόνου που απαιτείται για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ώστε να μην εκνευριστούν ή αδιαφορήσουν οι ερωτώμενοι (Javeau, 2000).

2.1.4 Δειγματοληψία ποιοτικής έρευνας

Η δειγματοληψία είναι μία διαδικασία την οποία χρησιμοποιούμε για να εντοπίσουμε, να επιλέξουμε και να αποκτήσουμε πρόσβαση στις μονάδες εκείνες που είναι σχετικές με την έρευνά μας, δηλαδή, για την παραγωγή των δεδομένων μας ανεξάρτητα από τη μέθοδο που θα επιλέξουμε (Mason, 2003). Η ορολογία που χρησιμοποιείται κατά τη διαδικασία της δειγματοληψίας είναι (Παρασκευόπουλος, 1993; Ψαρρού & Ζαφειρόπουλος, 2001; Mason, 2003):

- ✓ στοιχείο, μονάδα ή υποκείμενο (element): η βασική μονάδα της δειγματοληψίας που αποτελεί το υποκείμενο της έρευνας

- ✓ πληθυσμός (population): το ευρύ σύνολο των υποκειμένων για το οποίο εξάγονται συμπεράσματα
- ✓ πληθυσμός της έρευνας ή στατιστικός πληθυσμός (study population): το τμήμα του ευρύτερου πληθυσμού που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έρευνα, δηλαδή, τα στοιχεία που είναι υποψήφια προς επιλογή στο σχηματισμό του δείγματος
- ✓ μέγεθος δείγματος (sample size): το πλήθος των στοιχείων που διαμορφώνουν το δείγμα, το οποίο δεν χρειάζεται να αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο ποσοστό του μεγέθους του πληθυσμού
- ✓ δειγματοληπτικό πλαίσιο (sampling frame): ένας κατάλογος - ολόκληρου ή σχεδόν ολόκληρου - του πληθυσμού της έρευνας, όπως για παράδειγμα ένας εκλογικός κατάλογος. Το δειγματοληπτικό πλαίσιο δεν είναι πάντοτε διαθέσιμο, οπότε, ανάλογα με το αν είναι ή όχι, διαφοροποιείται και η μέθοδος δειγματοληψίας.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι δειγματοληψίας. Η μία δίνει δείγματα πιθανοτήτων και είναι γνωστή η πιθανότητα επιλογής του κάθε ερωτώμενου και η άλλη δίνει δείγματα μη πιθανοτήτων και η πιθανότητα επιλογής είναι άγνωστη. Δείγματα πιθανοτήτων δίνει η απλή τυχαία δειγματοληψία, η συστηματική δειγματοληψία, η δειγματοληψία κατά στρώματα, η δειγματοληψία κατά δεσμίδες/συστάδες ή συμπλεγματική και η πολυσταδιακή δειγματοληψία. Δείγματα μη πιθανοτήτων δίνει η "βολική" ή τυχαία ή δειγματοληψία ευκολίας, η ποσοστιαία δειγματοληψία ή δειγματοληψία αναλογίας, η σκόπιμη δειγματοληψία και η δειγματοληψία χιονοστιβάδα (Ψαρρού & Ζαφειρόπουλος, 2001; Robson, 2002; Κυριαζή, 2002; Cohen, Manion&Morrison, 2007; Ιωσηφίδης, 2008):

- ✓ απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling): είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος και κάθε άτομο στον πληθυσμό, έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί στο δείγμα και κάθε συνδυασμός στοιχείων, έχει επίσης την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί. Τυπική περίπτωση απλής τυχαίας δειγματοληψίας, είναι η κληρωτίδα ή τυχαίοι αριθμοί που επιλέγονται από μια λίστα

- ✓ συστηματική δειγματοληψία (systematic random sampling): είναι παρόμοια με την απλή δειγματοληψία, αλλά εδώ ο ερευνητής καθορίζει ένα συγκεκριμένο τρόπο που θα επιλεγεί το δείγμα και κάθε στοιχείο έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί, αλλά κάθε συνδυασμός στοιχείων μπορεί να έχει διαφορετική πιθανότητα. Για παράδειγμα, μέσα από ένα κατάλογο με 2000 άτομα, εάν χρειαζόμαστε 100 για την έρευνα και ορίσουμε να επιλέγουμε ανά 20 άτομα, θα πάρουμε το 1°, το 20°, το 40°, κ.ο.κ. Αν όμως ορίσουμε να επιλέγουμε ανά 50 άτομα, θα πάρουμε το 1°, το 50°, το 100°, κ.ο.κ.
- ✓ δειγματοληψία κατά στρώματα (stratified random sampling): η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται όταν ο πληθυσμός είναι μικρός και χωρίζεται σε υποσύνολα ή στρώματα (φύλο, ηλικία κ.λ.π.) που πρέπει να αντιπροσωπεύονται στο δείγμα και εξασφαλίζει την αντιπροσώπευση κάθε τμήματος του πληθυσμού και την ύπαρξη ικανού αριθμού υποκειμένων που προέρχονται από τα υποσύνολα. Έτσι, εάν για παράδειγμα το δείγμα μας είναι οι γιατροί, θα πρέπει να επιλέξουμε αντιπροσωπευτικό ποσοστό ανδρών και γυναικών, ηλικιών, ειδικοτήτων κ.λ.π.
- ✓ δειγματοληψία κατά δεσμίδες/συστάδες ή συμπλεγματική (random cluster sampling): είναι μια μορφή τυχαίας δειγματοληψίας. Χωρίζουμε τον πληθυσμό ανά ομάδες, συνήθως με γεωγραφικά ή οργανωτικά κριτήρια. Για παράδειγμα, μαθητές της Α΄ Λυκείου. Για ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα, θα έπρεπε να καταγραφούν όλοι οι μαθητές της Α΄ Λυκείου και να επιλεγεί το τυχαίο δείγμα. Αυτό όμως είναι χρονοβόρο και κοστίζει ακριβά. Έτσι, μπορεί να επιλεγεί τυχαία μια Α΄ τάξη Λυκείου από την περιοχή που ενδιαφέρει τον ερευνητή, να τη μελετήσει και να συμπεριλάβει όλους τους μαθητές στην τάξη. Με τη μέθοδο αυτή, το μόνο που απαιτείται είναι χαρτογράφηση της περιοχής όπου διαμένει ο υπό μελέτη πληθυσμός. Ο χώρος διαιρείται σε μικρότερες περιοχές, όπου εφαρμόζονται διαδοχικές δειγματοληψίες που αφορούν όλο και μικρότερης έκτασης γεωγραφικά τμήματα

- ✓ πολυσταδιακή τυχαία δειγματοληψία (multi-stage random sample): είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται σε πολύ μεγάλες κλίμακες δειγματοληψίας και εφαρμόζεται σε γεωγραφικές μονάδες και όχι σε άτομα. Οι μονάδες που επιλέγονται είναι γεωγραφικά συγκεντρωμένες. Χρησιμοποιείται όταν πρόκειται να μελετηθεί μεγάλος και διασκορπισμένος πληθυσμός και είναι αποτελεσματική μέθοδος, καθώς παράγει τυχαίο δείγμα με μικρότερο κόστος. Για παράδειγμα, εάν θέλουμε να μελετήσουμε ένα τυχαίο δείγμα ψηφοφόρων θα μπορούσαμε να επιλέξουμε δύο περιφέρειες τυχαία, στη συνέχεια από κάθε περιφέρεια μια περιοχή και από τη συγκεκριμένη περιοχή να επιλέξουμε τυχαία 100 ψηφοφόρους από τον εκλογικό κατάλογο
- ✓ βολική δειγματοληψία ή τυχαία ή δειγματοληψία ευκολίας (convenient sampling): είναι μια τεχνική δειγματοληψίας μη πιθανότητας, όπου τα υποκείμενα επιλέγονται λόγω της βολικής προσβασιμότητας και της εγγύτητάς τους με τον ερευνητή, όπως για παράδειγμα πλησιέστερα άτομα, φοιτητές, κ.α.
- ✓ ποσοστιαία
δειγματοληψία ή δειγματοληψία αναλογίας (quota sampling): είναι μία τεχνική δειγματοληψίας μη πιθανότητας, όπου ο ερευνητής στην προσπάθειά του να επιλέξει ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό της ομάδας που μελετά, επιλέγει το δείγμα του με συγκεκριμένα κριτήρια. Έτσι, το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό ως προς τα διάφορα στοιχεία του συνολικού πληθυσμού, με τις αναλογίες που παρουσιάζουν μέσα σ' αυτόν και εξελίσσεται σε τρία στάδια: γίνεται κατανομή του πληθυσμού σε υποομάδες, προσδιορίζονται οι αναλογίες αυτών των υποομάδων του πληθυσμού και επιλέγεται το δείγμα από όλες τις υποομάδες, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τις αναλογίες που προσδιορίστηκαν για κάθε μία από αυτές. Για παράδειγμα, αν ο ερευνητής χρειάζεται δείγμα 100 ανδρών και 100 γυναικών, όταν συμπληρώσει τον απαιτούμενο αριθμό των ανδρών, επιλέγει στη συνέχεια μόνο γυναίκες, ώστε να έχει την εκπροσώπηση που επιθυμεί.

- ✓ σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling): είναι επίσης γνωστή ως επικριτική, επιλεκτική ή υποκειμενική δειγματοληψία και είναι μία τεχνική δειγματοληψίας μη πιθανότητας, όπου ο ερευνητής χρησιμοποιεί χαρακτηριστικές περιπτώσεις του πληθυσμού που θέλει να μελετήσει. Αυτό το δείγμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πιλοτική έρευνα για τη δοκιμή του ερωτηματολογίου, αλλά όχι για να καταλήξει κανείς σε συμπεράσματα ή γενικεύσεις
- ✓ δειγματοληψία χιονοστιβάδα (snowball sampling): η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως σε ποιοτικές μελέτες. Στο πρώτο στάδιο, ο ερευνητής επιλέγει ορισμένα άτομα, με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που επιθυμεί να μελετήσει. Στη συνέχεια, τα άτομα αυτά προτείνουν άλλα άτομα που γνωρίζουν, συμμετέχουν στην έρευνα και με τη σειρά τους προτείνουν άλλα άτομα, κ.ο.κ. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη δικτύωση και είναι απαραίτητη σε πληθυσμούς που δεν είναι εύκολο να εντοπισθούν με τυχαία δειγματοληψία.

Στις ποιοτικές έρευνες υπάρχουν δύο βασικά ερωτήματα αναφορικά με το ερευνητικό δείγμα (Henry, 1990):

- ✓ πόσο μεγάλο θα είναι το δείγμα και
- ✓ πώς αυτό θα επιλεγεί.

Έχοντας ως δεδομένα ότι (Lincoln&Guba, 1985; Morse, 1994, Mason, 2003):

- ✓ η ποιοτική έρευνα δεν έχει ως σκοπό να συλλάβει το γενικό και αντικειμενικό όπως η ποσοτική έρευνα, αλλά το ειδικό και συγκεκριμένο
- ✓ η ερευνητική ερώτηση δεν έχει ως στόχο την ποσότητα αλλά την ποιότητα και
- ✓ η ποιοτική έρευνα επιδιώκει να κατανοήσει το νόημα ενός φαινομένου, από την πλευρά των συμμετεχόντων σε αυτή,

είναι σημαντικό να επιλεγεί ένα δείγμα, από το οποίο θα παραχθούν δεδομένα. Η ποιοτική δειγματοληψία βασίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: της καταλληλότητας και της επάρκειας. Δηλαδή, το δείγμα θα πρέπει να είναι κατάλληλο για την ερμηνεία του υπό διερεύνηση

φαινομένου και θα πρέπει να είναι επαρκές όχι σε ποσότητα, αλλά σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών, τα οποία θα επιτρέψουν να επιτευχθεί η έννοια του κορεσμού, αναφορικά με τις πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο (Morse, 1994). Στην ποιοτική δειγματοληψία δηλαδή, δεν είναι ζητούμενο ένα ποσοτικά μεγάλο δείγμα για την εγκυρότητα της έρευνας. Αντίθετα, ένα μεγάλο δείγμα συνήθως λειτουργεί αρνητικά, αφού μέσα στο μεγάλο αριθμό των συμμετεχόντων, χάνονται τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία θέλει να κατανοήσει η ποιοτική έρευνα.

2.1.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της ποιοτικής έρευνας

Οι ερευνητές που εφαρμόζουν ποιοτική έρευνα, είναι υποχρεωμένοι να σκέφτονται προσεκτικά το θέμα της αξιοπιστίας και της ακρίβειας των μεθόδων τους, αφού για να χαρακτηριστεί χρήσιμη μια έρευνα από τους αναγνώστες της, πρέπει να παρέχει στοιχεία για την αξιολόγηση της ποιότητας της διεργασίας, της πληρότητας και των αποτελεσμάτων της (Κυριαζή, 2002; Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

Η έννοια της εγκυρότητας στην επιστημονική ποιοτική έρευνα αναφέρεται στο κατά πόσο τα δεδομένα που έχουν παραχθεί κατά την ερευνητική διαδικασία, η ανάλυση και η ερμηνεία τους, ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της έρευνας, απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα και αντιστοιχούν στην κοινωνική πραγματικότητα (Ιωσηφίδης, 2003; Mason, 2003). Η έννοια της αξιοπιστίας αναφέρεται στο βαθμό συνέπειας της ερευνητικής διαδικασίας, αλλά και στο βαθμό κατά τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν ερευνητική αξία και σημασία (Ιωσηφίδης, 2003; Mason, 2003). Δηλαδή, στην ισχύ του μεθοδολογικού σχεδιασμού, στην ποιότητα των δεδομένων που έχουν παραχθεί και στο πώς ο συγκεκριμένος σχεδιασμός και τα δεδομένα, οδηγούν σε αληθινά και αξια εμπιστοσύνης ευρήματα, υπό την έννοια ότι αναπαριστούν την πραγματικότητα (Lincoln, 2001). Έτσι, η αξιολόγησή της γίνεται σύμφωνα με το αν αυτή προσφέρει στη θεωρία, αν είναι επιστημονικά αξιόπιστη και εμπειρικά βασισμένη, αν τα αποτελέσματά της μπορούν να γενικευτούν ή να χρησιμοποιηθούν σε άλλες έρευνες και αν η

διαδικασία παραγωγής και ανάλυσης των δεδομένων, ήταν διεξοδική, προσεκτική, έντιμη και ακριβής (Mason, 2003; Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

2.2 ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ ΜΥΣ

2.2.1 Μυϊκό σύστημα

Το μυϊκό σύστημα είναι το σύστημα των οργάνων που ελέγχει τις κινήσεις του σώματος και τα όργανα που το αποτελούν είναι οι μύες. Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από 700 περίπου μυς, οι οποίοι παρέχουν στον οργανισμό τη δυνατότητα να διαθέτει μια μεγάλη ποικιλία λειτουργιών και συμπεριφορών, όπως στήριξη, κίνηση, μάσηση, πέψη, επικοινωνία, κ.α. (Vander, Sherman, Luciano & Τσακόπουλος, 2001; Worthman, 2005).

Οι μύες είναι οι ανατομικές δομές που παράγουν κίνηση ή δύναμη, ως απάντηση σε ένα φυσιολογικό ερέθισμα και αποτελούνται από κύτταρα με σχετικά μεγάλο μήκος, τις μυϊκές ίνες. Όλοι οι μύες μετατρέπουν μια χημική ή ηλεκτρική εντολή σε μια μηχανική απάντηση, η οποία στηρίζεται στην λειτουργία του μηχανισμού δύο ινωδών πρωτεϊνών, της μυοσίνης και της ακτίνης. Η ενεργητική κίνησή τους λέγεται μυϊκή συστολή και το έναυσμα για αυτήν είναι το ίδιο, ανεξάρτητα από το μέρος του σώματος στο οποίο αναφερόμαστε: μια αύξηση στη συγκέντρωση των ελεύθερων κυτταροπλασματικού ιόντων ασβεστίου. Οι μύες, με βάση τα μορφολογικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά τους, χωρίζονται σε τρία είδη (Bourne, 1973; Vander, et al., 2001):

- ✓ σκελετικοί: είναι οι μύες που κινούν και στηρίζουν το σκελετό. Οι μύες αυτοί προσφύονται στα οστά με τους τένοντες και κάνουν κινήσεις που ελέγχονται με την θέλησή μας (εκούσιοι)
- ✓ λείοι μύες: αυτοί οι μύες βρίσκονται στο τοίχωμα των σπλάχνων, των αγγείων, στη βάση των τριχών στο δέρμα και στο εσωτερικό του ματιού και εκτελούν κινήσεις που δεν εξαρτώνται από την θέλησή μας (ακούσιοι) και

- ✓ καρδιακός μυς: οι ίνες του βρίσκονται στο μυοκάρδιο και σχηματίζουν το σύστημα αγωγής των διεγέρσεων της καρδιάς. Εργάζεται χωρίς την θέλησή μας.

Οι μυϊκές ίνες χωρίζονται σε δύο τύπους, ανάλογα με την ικανότητά τους να καταναλώνουν οξυγόνο για την παραγωγή της ενέργειας που χρειάζονται (Feltcamp, 1965; Vander, et al., 2001; Lefaucher, 2010). Και τα δυο είδη μυϊκών ινών υπάρχουν μέσα σε κάθε μυ με βάση την «εξειδίκευσή» του και διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου ανάλογα με τα χρήση του μύος (η οποία οδηγεί στην εξειδίκευσή του):

- ✓ οι βραδείας συστολής ίνες (τύπου I) ή ερυθρές, οι οποίες εμφανίζουν ελάχιστο μυϊκό και σαρκοπλασματικό δίκτυο και δραστηριότητα της ATP-άσης, ενώ μπορούν να αντέξουν παρατεταμένο έργο χαμηλής δύναμης. Παρουσιάζουν χαμηλό όριο διέγερσης (υψηλή ευαισθησία Ca^{++}), καταναλώνουν οξυγόνο για την παραγωγή ενέργειας και συχνά προορίζονται για τη διατήρηση συστολής χαμηλής έντασης, για τις βασικές κινήσεις. Είναι φτωχές σε γλυκογόνο, πλούσιες σε τριγλυκερίδια, έχουν μεγάλο αριθμό μιτοχονδρίων και μεγάλη ποσότητα μιοσφαιρίνης, έχουν πολύ καλή αιμάτωση με αποτέλεσμα να φαίνονται κόκκινες, συστέλλονται με αργό ρυθμό και έχουν μεγάλη αντοχή στην κόπωση. Τέτοιου τύπου ίνες υπάρχουν περισσότερες στους δρομείς μεγάλων αποστάσεων.
- ✓ οι ταχείας συστολής ίνες (τύπου II) ή λευκές, οι οποίες συστέλλονται γρήγορα αλλά δεν αντέχουν σε συνεχή βαριά εργασία και έχουν την ικανότητα παραγωγής ενέργειας και αναερόβια, δηλαδή χωρίς τη χρήση οξυγόνου (υπάρχουν περισσότερες στους δρομείς μεγάλης ταχύτητας). Οι λευκές μυϊκές ίνες είναι ενισχυμένες με γλυκολυτικά ένζυμα που τους επιτρέπουν να αποκτούν γρήγορα ενέργεια, μέσω της ατελούς οξειδωσης του γλυκογόνου. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι οι λευκές μυϊκές ίνες δεν έχουν αντοχή στην κόπωση όταν εξαντληθούν τα αποθέματα γλυκογόνου, ενώ παράλληλα εξηγείται η σπουδαιότητα του διαστήματος αναμονής για την απομάκρυνση του γαλακτικού οξέος, μέσω του κυκλοφορικού συστήματος

Τα μυϊκά κύτταρα τα οποία είναι επιμήκη (γι' αυτό ονομάζονται και μυϊκές ίνες), και προσδίδουν στους μυς κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία συνοπτικά είναι (Vander, et al., 2001; Worthman, 2005; Boron & Boulpaep, 2006; Μούγιος, 2008):

- ✓ η διεγερσιμότητα: είναι η ικανότητα του μυός να ανταποκρίνεται στα ηλεκτρικά ή χημικά μηνύματα του νευρικού ή ενδοκρινικού συστήματος
- ✓ η συσταλτικότητα: είναι η δυνατότητα του μυός να συσπάται και να βραχύνεται
- ✓ η διατασιμότητα: είναι η ικανότητα του μυός να διατείνεται πέραν του μήκους ηρεμίας του και
- ✓ η ελαστικότητα: είναι η ικανότητα του μυός να επανέρχεται στο μήκος ηρεμίας του μετά από κάθε μεταβολή του μήκους του.
- ✓ ο μηχανισμός συστολής τους περιλαμβάνει τις πρωτεΐνες ακτίνη και μυοσίνη

2.2.2 Ο σκελετικός μυς

Οι σκελετικοί μύες είναι συσταλά όργανα, που χρησιμεύουν για να επιτελούνται οι ενεργητικές κινήσεις του οργανισμού και για να στηρίζουν τον σκελετό (Gordon, Homsher & Regnier, 2000). Υπάρχουν περίπου 430 σκελετικοί μύες στο ανθρώπινο σώμα και αποτελούν το 40-45% του σωματικού βάρους. Οι περισσότεροι σκελετικοί μύες προσφύονται στα οστά με τους τένοντες και είναι αυτοτελή όργανα, η συστολή των οποίων βρίσκεται συνήθως κάτω από εθελούσιο έλεγχο (Vander, et al., 2001).

Οι βασικές λειτουργίες του σκελετικού μυός είναι (Vander, et al., 2001):

- ✓ η κίνηση: η πιο προφανής λειτουργία που επιτελούν οι σκελετικοί μύες, είναι η μεταφορά του σώματος ή μετακίνηση μερών του σώματος, ωστόσο, η συστολή των σκελετικών μυών είναι εξίσου σημαντική στην αναπνοή και στη μεταφορά των εσωτερικών υγρών του σώματος
- ✓ η στάση και στήριξη: οι σκελετικοί μύες διατηρούν την στάση του σώματος, σταθεροποιούν τις αρθρώσεις και υποστηρίζουν τα σπλάχνα

- ✓ η παραγωγή θερμότητας: οι μύες αποτελούν περίπου το 40% του σωματικού βάρους, οπότε, η συνεχής δραστηριότητα των μυϊκών ινών αποτελεί την κύρια πηγή θερμότητας του σώματος, η οποία αποτελεί το 85% της συνολικής παραγόμενης θερμότητας στο σώμα.

Τα βασικά χαρακτηριστικά των σκελετικών μυών είναι (Vander, et al., 2001):

- ✓ ελέγχονται συνειδητά (σε αντίθεση με τους λείους μυς)
- ✓ έχουν την ικανότητα να μετατρέπουν ηλεκτροχημικά ερεθίσματα σε μηχανική ενέργεια, με στόχο την παραγωγή δύναμης και κίνησης
- ✓ συνδέονται με τα οστά, συνήθως μέσω τενόντων
- ✓ είναι ιδιαίτερα δομημένοι και με υψηλό βαθμό οργάνωσης
- ✓ η παραγωγή δύναμης και κίνησης είναι αποτέλεσμα της συστολής τους και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως το μέγεθος του μυός, την ταχύτητα συστολής, το μήκος ινών που συνθέτουν τον μυ, κ.λ.π.

2.2.3 Είδη σκελετικού μυός

Ανάλογα με το σχήμα του κεντρικού τμήματός τους οι γραμμωτοί μύες διακρίνονται σε:

- ✓ επιμήκεις: στους μυς αυτούς η γαστέρα είναι σαν άτρακτος και τελειώνει στις δύο άκρες σε τένοντες. Μερικές φορές η κατάληξη του μυός δεν είναι σε έναν αλλά σε πολλούς τένοντες και τότε ονομάζονται, ανάλογα με τον αριθμό αυτών των τενόντων, δικέφαλοι, τρικέφαλοι, τετρακέφαλοι μύες. Υπάρχουν μύες που έχουν δύο κεντρικά τμήματα, τα οποία ενώνονται σε έναν τένοντα και ονομάζονται διγαστρικοί μύες
- ✓ πλατείς μύες: αυτοί οι μύες είναι απλωμένοι σαν βεντάλια, χωρίς τένοντες στις άκρες τους (π.χ.: πλατύς ραχιαίος). Τα προσφυτικά τους πεδία αποτελούνται από μυϊκές ίνες, οι οποίες προσφύονται απευθείας σε μια μεγάλη επιφάνεια

- ✓ μακρούς (βραχείς) μύες: η κεντρική τους μοίρα είναι πολύ μικρή και προσφύονται απευθείας, συνήθως με μυϊκές ίνες (π.χ.: τρικέφαλος βραχιόνιος)
- ✓ δακτυλοειδείς μύες (σφιγκτήρες): το σώμα τους είναι κυκλικό και περιβάλλει ή ένα φυσικό στόμιο ή ένα κοίλο σπλάχνο, όπως π.χ. ο σφιγκτήρας του στόματος (Vander, et al., 2001; Worthman, 2005).

2.3. ΜΥΑΛΓΙΑ

2.3.1 Ορισμός

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD) αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και η ICD-10 είναι η δέκατη αναθεώρηση της ταξινόμησης, που ξεκίνησε το 1983 και ολοκληρώθηκε το 1992. Σύμφωνα με αυτή, μυαλγία (μυς + "άλγος" < πόνος >) ή μυϊκός πόνος είναι ένα σύμπτωμα πολλών ασθενειών και διαταραχών και ορίζεται ως ο πόνος σε κάποιον μυ ή σε μία ομάδα μυών (ICD-10, 2010). Είναι μία διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από πόνο, δυσκαμψία και ευαισθησία των μυών του αυχένα, του ώμου, της πλάτης, του ισχίου, των χεριών και των ποδιών (ICD-10, 2010). Ο μυϊκός πόνος μπορεί επίσης να περιλαμβάνει συνδέσμους, τένοντες, περιτόναιο και συνδετικό ιστό. Υπάρχουν πολλές καταστάσεις που προκαλούν συμπτώματα μυαλγίας, ωστόσο, ακολούθως αναπτύσσονται οι καταστάσεις εκείνες, που σχετίζονται με το υπό διερεύνηση θέμα και μόνο.

2.3.2 Καταστάσεις που προκαλούν μυαλγία

Οι πιο συχνές αιτίες πρόκλησης του συμπτώματος της μυαλγίας είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις και οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί (κατά την εργασία ή κατά την άσκηση) και συνήθως προκαλούν κακώσεις του σκελετικού μυός. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αιτία του πόνου των μυών είναι αρκετά προφανής. Ωστόσο, ο πόνος των μυών μπορεί να οφείλεται σε πολλές άλλες καταστάσεις, όπως οι ασθένειες του σκελετικού μυός, αλλά και διάφοροι περιβαλλοντικοί και

ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Ο μυϊκός πόνος μπορεί να συνυπάρχει με άλλα συμπτώματα όπως: πόνος στις αρθρώσεις (αρθραλγία), πυρετός ή αίσθημα γενικής αδιαθεσίας (αίσθημα κακουχίας). Οι μακροχρόνιες μυαλγίες μπορεί να είναι σύμπτωμα μεταβολικής μυοπάθειας, διατροφικών ελλείψεων ή συνδρόμου χρόνιας κόπωσης (Parker & Parker, 2004; Meeus, Nijs & Meirleir, 2007; Childers, Feldman & Guo, 2008; Filho & Pestronk, 2008).

2.3.2.1 Μυοσκελετικές παθήσεις

Οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι ένας όρος που καλύπτει πάνω από 200 παθήσεις οι οποίες επηρεάζουν μυς, αρθρώσεις, τένοντες, συνδέσμους, περιφερικά νεύρα και υποστηρικτικά αιμοφόρα αγγεία, προκαλώντας από πόνο μέχρι και λειτουργική ανικανότητα στους πάσχοντες (Punnett, et al., 2004).

Οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας σε πολλές βιομηχανικές χώρες (Badley, Rasooly & Webster, 1994). Από τη δεκαετία του '60, οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι από τις πιο κοινές αιτίες για αναρρωτική άδεια και σύνταξη αναπηρίας στη Σουηδία, με αποτέλεσμα τη σοβαρή επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (Nachemson, 1994). Το οικονομικό κόστος των μυοσκελετικών παθήσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα τόσο από την άποψη της νοσηρότητας, της μακροχρόνιας θεραπείας και της ανικανότητας για εργασία, όσο και από την άποψη των άμεσων (ιατρική περίθαλψη) και των έμμεσων (απώλεια εισφορών) οικονομικών επιβαρύνσεων των υπηρεσιών υγείας και της ασφάλισης. Αποτέλεσμα αυτού του προβλήματος είναι οι σοβαρές επιπτώσεις στην κοινωνία, λόγω της διαρκώς αυξανόμενης δαπάνης (Lee, 1994). Ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου εξαιτίας των μυοσκελετικών παθήσεων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, αλλά και τις κοινωνικο-δημογραφικές και οικονομικές παραμέτρους (Bergman, Herrstrom, Hogstrom, et al., 2001). Σχεδόν το 24% των εργαζόμενων στην Ευρώπη των 25 κρατών μελών αναφέρουν ότι υποφέρουν από πόνους στη ράχη και την οσφυϊκή χώρα και το 22% διαμαρτύρονται για

μυαλγίες. Και οι δύο παθήσεις είναι πιο διαδεδομένες στα νέα κράτη μέλη, με ποσοστά 39% και 36% αντίστοιχα (Fourth European working conditions survey, 2005). Οι μυοσκελετικές παθήσεις στον εργαζόμενο προκαλούν ταλαιπωρία και απώλεια εισοδήματος. Για τον εργοδότη συνεπάγονται μείωση της αποδοτικότητας της επιχείρησής του και τέλος, για τις κυβερνήσεις, αυξάνουν το κόστος της κοινωνικής ασφάλισης (Fourth European working conditions survey, 2005). Η έρευνα Fit for Work έδειξε ότι οι μυοσκελετικές παθήσεις ευθύνονται για σχεδόν τις μισές (49%) από το σύνολο των ημερών ασθένειας που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο και για το 60% των περιστατικών μόνιμης ανικανότητας για εργασία στην Ευρώπη και επιβαρύνουν την Ευρωπαϊκή Ένωση από το 0,5% έως 2% του Α.Ε.Π. ετησίως. Το Α.Ε.Π. της Ε.Ε. των 27 χωρών μελών το 2007 ήταν 12,3 τρισεκατομμύρια €. Μια επιβάρυνση της τάξης του 2% είναι περίπου 240 δισεκατομμύρια €. Τα μεγέθη αυτά, υπολογίστηκαν από το Europe in Figures - Eurostat yearbook 2009 και δημοσιεύθηκαν στις 18 Σεπτεμβρίου του 2009 (www.fitforworkeurope.eu). Μια άλλη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη σε 15 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ (Breivik, H. et al, 2006) έδειξε ότι μεγάλο τμήμα του ενήλικου πληθυσμού της Ευρώπης υποφέρει από χρόνια πόνο, με πιο συχνές αιτίες τις παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Ο χρόνιος πόνος, μέτριας έως σοβαρής έντασης, εμφανίζεται στο 19% των ενήλικων Ευρωπαίων και επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα της κοινωνικής τους ζωής. Αν και παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 16 χωρών, ο χρόνιος πόνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας στην Ευρώπη και το γεγονός αυτό, ελήφθη σοβαρά υπόψη κατά την ερευνητική διαδικασία της παρούσας διατριβής.

Στην Ελλάδα, οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος είναι πολύ συχνή αιτία επίσκεψης στο γιατρό (Ανδριανάκος, Τρόντζας, Χριστογιάννης, και συν., 2003) και εκτιμάται ότι το 27% του πληθυσμού υποφέρει από κάποια ρευματική ή μυοσκελετική πάθηση όπως η οσφυαλγία, το αυχενικό σύνδρομο, η ινομυαλγία, οι διαταραχές των άνω άκρων και οι φλεγμονές των αρθρώσεων (ρευματοειδής αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα). Οι ρευματικές παθήσεις είναι το πιο συχνό χρόνια πρόβλημα υγείας,

αντιπροσωπεύοντας το 39% όλων των χρόνιων παθήσεων. Είναι το πρώτο αίτιο και ευθύνονται για το 47% της μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας και για το 26% του βραχυχρόνιου περιορισμού των δραστηριοτήτων όπως απουσίες από την εργασία. Οι επιπτώσεις των ρευματικών και μυοσκελετικών παθήσεων δυσχεραίνουν την ολοκλήρωση καθημερινών εργασιών, ωθώντας αρκετούς ανθρώπους να αφήσουν την εργασία τους ή ακόμη και τις καθημερινές ασχολίες τους. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας και του Ελληνικού Ιδρύματος Ρευματολογίας, οι ρευματικές παθήσεις είναι πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό, αφού προσβάλλουν το 26,9% των ενηλίκων. Με άλλα λόγια ένας στους 4 ενήλικες παρουσιάζει κάποια ρευματική πάθηση. Συνολικά, 2.345.000 Έλληνες ενήλικες πάσχουν από ρευματικές παθήσεις, με περίπου 100.000 ασθενείς να πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και το 25% από αυτούς να σταματά να εργάζεται σε διάστημα 5 ετών. Το κόστος θεραπείας των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα που λαμβάνουν βιολογικά φάρμακα στη χώρα μας, ανέρχεται στα 12.000 ευρώ ανά ασθενή ετησίως ενώ συνολικά ξεπερνά τα 600 εκατ. ευρώ. Επίσης υπάρχουν 25.000 ασθενείς, στην πλειοψηφία τους νεαροί άνδρες, με αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, ενώ περισσότερα από 2.000.000 άτομα της τρίτης ηλικίας υποφέρουν από οστεοαρθρίτιδα (www.ere.gr; www.elire.gr). Επιπρόσθετα, εντονότερο πρόβλημα δημιουργείται στον ασθενή αλλά και στο σύστημα υγείας, σε περιπτώσεις συνδρόμου χρόνιου μυοσκελετικού πόνου, οι οποίες απαιτούν μακροχρόνια περίθαλψη με συχνή επανεκτίμηση και αναπροσαρμογή της θεραπείας (Reuler & Nardone, 1980; Ashburn & Staats, 1999).

2.3.2.2 Μυοσκελετικοί τραυματισμοί

Οι οξείες και χρόνιοι μυοσκελετικοί τραυματισμοί αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό παθήσεων, για τις οποίες οι ασθενείς ζητούν ιατρική βοήθεια (Ehman & Berquist, 1986). Το μεγαλύτερο ποσοστό μυοσκελετικών τραυματισμών (με εξαίρεση τα τροχαία ατυχήματα, διότι δεν είναι αντικείμενο που άπτεται της παρούσας έρευνας), οφείλεται στους τραυματισμούς που λαμβάνουν χώρα στο εργασιακό και αθλητικό περιβάλλον.

2.3.2.2.1 Μυοσκελετικοί τραυματισμοί κατά την εργασία

Οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί είναι το συνηθέστερο πρόβλημα που σχετίζεται με την εργασία. Πρόκειται για παθήσεις που καλύπτουν ευρύ φάσμα ασθενειών, με κύριο σύμπτωμά τους τη μυαλγία και αφορούν στο σκελετό, τις αρθρώσεις, τους μυς και τα νεύρα που ελέγχουν το μυϊκό σύστημα, σε διάφορα μέρη του σώματος, όπως το λαιμό, τους ώμους, τους αγκώνες, την οσφυϊκή περιοχή και τα γόνατα (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007; Levy, Wegman, Baron & Sokas, 2011). Οι παθήσεις αυτές οφείλονται σε διάφορους παράγοντες που ενοχοποιούν μυοσκελετικούς τραυματισμούς κατά την εργασία και μπορεί να είναι φυσικοί και εμβιομηχανικοί παράγοντες, οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ατομικοί και προσωπικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να λειτουργούν μεμονωμένα ή συνδυαστικά (NIOSH, 1995; Vasiliadou, et al., 1995; Atterbury, et al., 1996; Hales & Bernard, 1996; Lemasters, et al., 1998; Κακαβελάκης, Βαρδάκη & Ανυφαντή, 2001; Alexopoulos, et al., 2006):

Φυσικοί παράγοντες:

- ✓ άσκηση δύναμης (π.χ. ανύψωση, μεταφορά, έλξη, ώθηση, χρήση εργαλείων)
- ✓ επαναλαμβανόμενες κινήσεις
- ✓ επίπονες και στατικές στάσεις (π.χ. με τα χέρια πάνω από το επίπεδο των ώμων ή παρατεταμένη καθιστική ή όρθια στάση)
- ✓ τοπική άσκηση πίεσης σε εργαλεία και επιφάνειες
- ✓ δονήσεις
- ✓ υπερβολικό κρύο ή υπερβολική ζέστη
- ✓ κακός φωτισμός (ικανός π.χ. να προκαλέσει ατύχημα)
- ✓ υψηλά επίπεδα θορύβου (τα οποία π.χ. δημιουργούν ένταση στο σώμα)

Οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:

- ✓ απαιτητική εργασία, έλλειψη ελέγχου επί των εκτελούμενων καθηκόντων και χαμηλός βαθμός αυτονομίας
- ✓ χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από την εργασία
- ✓ επαναλαμβανόμενη, μονότονη εργασία σε έντονο ρυθμό
- ✓ απροσεξία του εργαζόμενου
- ✓ ακατάλληλες μέθοδοι εργασίας, όπως η μη τήρηση των προδιαγραφών ασφάλειας και υγείας στο εργασιακό περιβάλλον
- ✓ έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, προϊσταμένους και διευθυντές

Ατομικοί παράγοντες:

- ✓ ιατρικό ιστορικό
- ✓ σωματική ικανότητα
- ✓ ηλικία
- ✓ παχυσαρκία
- ✓ κάπνισμα

Διάφορες μελέτες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που έχουν διεξαχθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, δείχνουν ότι οι ευρωπαίοι εργαζόμενοι αναφέρουν συχνά τα μυοσκελετικά νοσήματα μεταξύ των παθήσεων που σχετίζονται με την εργασία, με συνέπεια να επιφέρουν υψηλό κόστος σε εργαζόμενους, εργοδότες και ασφαλιστικά ταμεία. Μια τέτοια μελέτη του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA, 2000) αναφέρει ότι το 30% των συμμετεχόντων παραπονέθηκε για οσφυαλγία και το 17% για μυϊκούς πόνους στα χέρια και τα πόδια. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το 47% των εργαζόμενων δήλωσε ότι η στάση του σώματός του κατά την εργασία είναι επώδυνη ή κουραστική ενώ το 37% διακινεί χειρονακτικά βαρέα φορτία.

Οι μυοσκελετικές κακώσεις και κυρίως οι οσφυαλγίες που συχνά ενοχλούν εργαζόμενους, είναι συσσωρευτικό αποτέλεσμα καθημερινών φορτίσεων με άμεση συνέπεια την ανικανότητα, τη μείωση της απόδοσης στην εργασία, τις απολεσθείσες εργατοώρες και την

αύξηση των απαιτήσεων περίθαλψης (Coggon, 2005). Στη διενέργεια πολλών ερευνών παγκοσμίως, οδήγησαν τους επιστήμονες υγείας, οι μυοσκελετικές κακώσεις που προκαλούνται στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά την εργασία. Οι έρευνες αυτές πραγματοποιήθηκαν σε περισσότερο ή λιγότερο αναπτυγμένα συστήματα υγείας και καταδεικνύουν την αυξημένη συχνότητα οσφυαλγίας και ισχιαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Η επιβάρυνση και οι τραυματισμοί αφορούν σε διάφορα μέρη του σώματος όπως το λαιμό, τους ώμους, τους αγκώνες, την οσφυϊκή χώρα και τα γόνατα. Σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, η νοσηλευτική εμφανίζει σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά μυοσκελετικά προβλήματα και μάλιστα στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (Ando, et al., 2000; Alexopoulos, Burdorf & Kalokerinou, 2003; Eriksen, 2003; Lipscomb, et al., 2004; Alexopoulos, et al., 2006; Roura, et al., 2008). Από στατιστικά στοιχεία στις ΗΠΑ, σχετικά με τις μυοσκελετικές κακώσεις διαφόρων κλάδων εργαζομένων, φαίνεται ότι οι πιο συχνές διαταραχές από υπερκόπωση, αφορούν στην οσφυϊκή χώρα (οσφυαλγία). Ο μέσος χρόνος αποκατάστασης είναι περίπου έξι ημέρες. Ακόμη, λόγω επαναλαμβανόμενων κινήσεων, προκαλείται σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (NIOSH, 1992).

Σε έρευνες για μυοσκελετικές παθήσεις του αυχένα και των άνω άκρων, που σχετίζονται με τη φύση και τις συνθήκες ενός εργασιακού περιβάλλοντος και εμφανίζονται επίσης σε πολύ υψηλό ποσοστό στους εργαζόμενους (Armstrong, et al., 1984; Hagberg, et al., 1995; Ashton-Miller, 1999; Radwin & Lavender, 1999; Van der Windt, et al., 2000; National Research Council and the Institute of Medicine, 2001), περιγράφεται ένα ευρύ φάσμα φλεγμονωδών και εκφυλιστικών παθήσεων, οι οποίες οδηγούν σε πόνο και λειτουργική ανεπάρκεια του αυχένα και των άνω άκρων. Διάφορες μελέτες έχουν παράσχει βάσιμες πληροφορίες για το μέγεθος της βλάβης που μπορεί να υποστεί ο μυϊκός ιστός εξαιτίας μηχανικής φόρτισης, ακατάλληλης/στατικής στάσης του σώματος, υπέρχρησης ή επαναλαμβανόμενης δραστηριότητας και η οποία μπορεί να είναι από φλεγμονή ή μυϊκή κόπωση, έως και μυϊκή ρήξη (National Research Council, 1999). Έχουν μελετηθεί οι μυοσκελετικές παθήσεις του αυχένα και των άνω άκρων που σχετίζονται με την εργασία και διαπιστώθηκε ότι σύμφωνα με τους όρους

της επαναλαμβανόμενης φόρτισης, οι τένοντες μπορεί να υποστούν βλάβη για δύο λόγους: ο πρώτος έχει να κάνει με την αυξημένη τριβή από τις έντονες μονοαξονικές δυνάμεις που παράγονται ή διαβιβάζονται στους μυς (Hagberg, et al, 1995) και ο δεύτερος είναι η αντίδραση που λειτουργεί εγκάρσια, στο σημείο που ο τένοντας περνά από παρακείμενες σκληρές και μαλακές δομές όπως οι θύλακες, ο συνδετικός ιστός κ.α. (Ashton-Miller, 1999; Radwin & Lavender, 1999). Αυτό συμβαίνει όταν η εργασία εκτελείται με ακατάλληλη στάση του σώματος ή με επαναλαμβανόμενες κινήσεις (Armstrong, et al., 1984). Ακόμη, η τριβή μεταξύ του τένοντα και των παρακείμενων επιφανειών μπορεί να είναι μια πιθανή αιτία εκφυλισμού των τενόντων (Ashton-Miller, 1999). Η έρευνα των Heinrich και Blatter που πραγματοποιήθηκε στη Ολλανδία έδειξε ότι το 2002 και το 2004, το 28% των εργαζομένων ανέφερε συμπτώματα στον αυχένα/ώμο ή τον αγκώνα/καρπό/χέρι, κατά τους τελευταίους 12 μήνες (Heinrich & Blatter, 2005). Επίσης, στοιχεία από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, με βάση δεδομένα από 15 Ευρωπαϊκές χώρες, έδειξαν ότι το 25% των εργαζομένων αναφέρουν πόνο στον αυχένα/ώμο που σχετίζεται με την εργασία και το 15% περιγράφει πόνο στο χέρι που σχετίζεται επίσης με την εργασία (De Kraker & Blatter, 2005). Τα προβλήματα στον αυχένα, στα άνω και κάτω άκρα που συνδέονται με τον χώρο εργασίας, θεωρούνται πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Ως προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου θεωρούνται οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις μελών του σώματος, η παρατεταμένη παραμονή του σώματος σε σταθερή ή ακατάλληλη θέση, η επαναλαμβανόμενη άσκηση μεγάλου μυϊκού έργου, τα ατομικά χαρακτηριστικά και διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Felson, 1991; Wadel, 1992).

Μια εκτενής επιδημιολογική μελέτη για τις μυοσκελετικές παθήσεις του αυχένα και των άνω άκρων που σχετίζονται με την εργασία, πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας στις ΗΠΑ (NIOSH, 1997). Περιελάμβανε παθήσεις που επηρεάζουν το λαιμό/αυχένα, ώμο, αγκώνα και χέρι/καρπό. Συγκεκριμένα οι παθήσεις αυτές ήταν: πόνος στον αυχένα, τενοντίτιδα στροφικού πετάλου, σύνδρομο πρόσκρουσης του ώμου,

επικονδυλίτιδα, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, τενοντίτιδα καρπού και σύνδρομο δόνησης χεριού-βραχίονα.

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει συνοπτικά εκείνα τα στοιχεία, που υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ εργασίας και μυοσκελετικών παθήσεων σύμφωνα με το NIOSH (1997). Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εργασία και έχουν να κάνουν με τέτοιου είδους παθήσεις είναι ένας συνδυασμός επανάληψης, δύναμης και ακατάλληλης στάσης εργασίας και προκαλούν κυρίως τενοντίτιδα στο χέρι και στον καρπό. Ένας συνδυασμός αυτών των παραγόντων και δόνησης σχετίζονται με το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

Πίνακας 1. Στοιχεία, που υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ εργασίας και μυοσκελετικών παθήσεων στην περιοχή του λαιμού/αυχένα, του ώμου, του αγκώνα και του χεριού/καρπού με βάση το NIOSH, 1997.

Μέρος σώματος και παράγοντας ρίσκου	Ισχυρές ενδείξεις	Ενδείξεις	Ελλιπείς ενδείξεις	Ενδείξεις για απουσία σχέσης
<i>Αυχέννας και αυχέννας/ώμος</i>				
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		X		
Ισχύς		X		
Στάση σώματος	X			
Δόνηση			X	
<i>Όμος</i>				
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		X		
Ισχύς			X	
Στάση σώματος		X		
Δόνηση			X	
<i>Αγκώννας</i>				
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις			X	
Ισχύς		X		
Στάση σώματος			X	
Συνδυασμός των παραπάνω	X			
<i>Χέρι/καρπός/σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα</i>				
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		X		
Ισχύς		X		
Στάση σώματος			X	
Δόνηση		X		
Συνδυασμός των παραπάνω	X			
<i>Τενοντίτιδα</i>				
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		X		
Ισχύς		X		
Στάση σώματος		X		
Συνδυασμός των παραπάνω	X			
<i>Σύνδρομο δόνησης χεριού-βραχίονα</i>				

Στην παρούσα μελέτη για την αιτιώδη σχέση μεταξύ έντονης και μακράς έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου και ανάπτυξης διαταραχών σε αυτές τις περιοχές του σώματος, αναγνωρίστηκαν και άλλοι παράγοντες (όπως προϋπάρχουσες παθήσεις και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες) που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό επικινδυνότητας κατά την έκθεση σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου κατά την εργασία. Ωστόσο, αυτό δεν αλλάζει ουσιαστικά τη συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε παράγοντες εργασίας και ανάπτυξης διαταραχών του αυχένα και των άνω άκρων (NIOSH, 1997). Άλλωστε και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία, όταν οι δραστηριότητες και οι συνθήκες εργασίας συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση ή την επιδείνωσή τους, δεν είναι ο μοναδικός καθοριστικός παράγοντας για την αιτιώδη συνάφεια αλλά ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη, εξέλιξη και θεραπεία αυτών των παθήσεων (WHO, 1985).

Παρότι το νομοθετικό πλαίσιο διαφέρει από το ένα κράτος μέλος στο άλλο, στις 22 Μαΐου 1990, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατάρτισε τον Ευρωπαϊκό Πίνακα Επαγγελματικών Νοσημάτων (90/326/ΕΟΚ) με σκοπό:

- ✓ να υπάρχουν συγκρίσιμες στατιστικές στην Ε.Ε.
- ✓ να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα
- ✓ να διευκολύνει τα κράτη μέλη για τη χορήγηση παροχών στους εργαζόμενους
- ✓ να διαφωτίσει τα κράτη μέλη με πληροφορίες για τις επαγγελματικές ασθένειες και τους βλαπτικούς παράγοντες
- ✓ να συμβάλλει στην εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου
- ✓ να προωθήσει την έρευνα στον τομέα των παθήσεων που συνδέονται με την επαγγελματική δραστηριότητα

Στον Πίνακα αυτό, τον οποίο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κοινοποίησε στα κράτη μέλη με την προτροπή να υιοθετηθεί από αυτά, μεταξύ πολλών άλλων περιλαμβάνονται και οι παρακάτω μυοσκελετικές παθήσεις (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003):

- ✓ οστεοαρθρικές ασθένειες των χεριών και των καρπών, που προκαλούνται από μηχανικές δονήσεις
- ✓ σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα
- ✓ δυσκοπάθειες της ραχιαίας και οσφυϊκής σπονδυλικής στήλης, που προκαλούνται από επανειλημμένες κατακόρυφες δονήσεις ολόκληρου του σώματος
- ✓ παράλυση των νεύρων λόγω πίεσης, κ.α.

Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος των μυοσκελετικών παθήσεων μπορεί να προληφθεί αποτελεσματικά με την κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με την ασφάλεια κατά την εργασία, αλλά και με τις κατάλληλες παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για μείωση των εργονομικών κινδύνων και προσαρμογή της εργασίας στις ανθρώπινες ανάγκες. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν (Nordin, Pope & Andersson, 1997):

- ✓ στον επανασχεδιασμό ή την προσαρμογή των σταθμών εργασίας και στην επιλογή του κατάλληλου εξοπλισμού και των εργαλείων, έτσι ώστε να μειώνονται οι άβολες και ακατάλληλες στάσεις και η μηχανική φόρτιση του μυοσκελετικού συστήματος
- ✓ στην τροποποίηση των μεθόδων εργασίας και των καθηκόντων του εργαζόμενου, για αποφυγή της επαναληπτικότητας και της μονοτονίας του επιτελούμενου έργου. Η χρήση μηχανικών βοηθημάτων, η αυτοματοποίηση συγκεκριμένων εργασιών, η διεύρυνση των εργασιών με την προσθήκη περισσότερο ανόμοιων μεταξύ τους δραστηριοτήτων κ.α., αποτελούν παραδείγματα προς αυτή την κατεύθυνση
- ✓ στη λήψη διαφόρων οργανωτικών μέτρων όπως η εργασία εκ περιτροπής, η αύξηση του χρόνου διαλείμματος, η ομοιόμορφη κατανομή της εργασίας σε κάθε βάρδια κ.α.
- ✓ στη χρήση μέσων ατομικής προστασίας, όπου απαιτούνται

- ✓ στην ιατρική παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων, για πρόωρη ανίχνευση μυοσκελετικών παθήσεων και λήψη μέτρων προστασίας
- ✓ στην πληροφόρηση και την εκπαίδευση του προσωπικού για αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

2.3.2.2.2 Μυοσκελετικοί τραυματισμοί κατά την άθληση

Μυοσκελετικοί τραυματισμοί κατά την άθληση (ή αθλητικές κακώσεις) είναι το είδος τραυματισμών του μυοσκελετικού συστήματος που συντελείται κατά τη διάρκεια της αθλητικής δραστηριότητας και αφορά σε επαγγελματίες ή ερασιτέχνες αθλητές ή σε άτομα περιστασιακώς αθλούμενα (Αμπατζίδης, 1998). Ανάλογα με τη διάρκεια εφαρμογής και την ένταση της βίας, οι αθλητικές κακώσεις ταξινομούνται σε δύο βασικούς τύπους (Αμπατζίδης, 1998; Irvin, Iversen & Roy, 2007; Μήτσου, 2010):

- ✓ οξείες κακώσεις (acute injuries): είναι εκείνες οι κακώσεις που περιλαμβάνουν οξύ τραυματισμό όπως μώλωπες, θλάσεις, διαστρέμματα, ρήξεις συνδέσμων, κατάγματα κ.α.
- ✓ κακώσεις από υπερβολική χρήση (overuse injuries): μπορούν να προκύψουν από μια σειρά μικρότερων επαναλαμβανόμενων καταπονήσεων ή τραυματισμών και περιλαμβάνουν κακώσεις συνδέσμων, τενοντοπάθειες, περιοστίτιδες, κατάγματα κόπωσης κ.α.

Ανάλογα με το αίτιο πρόκλησης του τραυματισμού οι αθλητικές κακώσεις ταξινομούνται σε δύο τύπους (Αμπατζίδης, 1998; Magee, 2007):

- ✓ άμεσες κακώσεις: οφείλονται σε χτύπημα του αντιπάλου που προκαλεί συμπίεση του μυός στο υποκείμενο οστό και ποικίλης έντασης αιμάτωμα και είναι συνήθεις στα ομαδικά αθλήματα
- ✓ έμμεσες κακώσεις: οφείλονται σε βίαιη διάταξη του μυός και παρατηρούνται συνήθως σε μυς οι οποίοι κινούν περισσότερες από μία αρθρώσεις (διαρθρικοί μύες), όπως ο γαστροκνήμιος μυς

Οι αθλητικές κακώσεις είναι από τους πιο συχνούς τραυματισμούς στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες και η αντιμετώπισή τους είναι συχνά δύσκολη, δαπανηρή και χρονοβόρα (Parkkari, Kujala & Kannus, 2001). Ως γνωστό, η σωματική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας, τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης, τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων ασθενειών όπως στεφανιαίας νόσου, υπέρτασης, καρκίνου του παχέος εντέρου, παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη, συμβάλλει στην ανάπτυξη υγιών οστών και μυών και βοηθά τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας να διατηρούν την ικανότητα να ζουν ανεξάρτητα (Surgeon General's Report on Physical Activity and Health, 1996; Θεοδωράκης, 2010). Ωστόσο η άθληση, τόσο με την ερασιτεχνική της όσο και με την επαγγελματική της μορφή, προκαλεί σοβαρούς τραυματισμούς και γίνεται όλο και πιο φανερό ότι ο αθλητισμός μπορεί κάποιες φορές να αποτελέσει κίνδυνο για την υγεία, με τη μορφή των αθλητικών κακώσεων (Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992).

Από τις πλέον συνηθισμένες αθλητικές κακώσεις είναι οι μυϊκές κακώσεις (θλάσεις), δηλαδή οι ρήξεις μερικών μυϊκών ινών, που έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία αιματώματος. Οι κακώσεις αυτές είναι κλειστές κακώσεις που προκαλούνται από άμεση (πλήξη) ή έμμεση βία (Αμπατζίδης, 1998; Magee, 2007). Παρά το γεγονός ότι οι μυϊκές κακώσεις καλύπτουν περίπου το 30% όλων των αθλητικών κακώσεων (Zarins & Ciullo, 1983), πολύ συχνά δεν διαγιγνώσκονται ή δεν υποπίπτουν στην αντίληψη του αθλητή - παρά μόνο αν είναι υψηλού βαθμού - με αποτέλεσμα ο αθλητής, παρά τα ενοχλήματα, να συνεχίζει τη δραστηριότητά του (Garrett, 1990; Αμπατζίδης, 1998).

Ο πόνος που προκαλείται ύστερα από τραυματισμό, ακολουθείται από μυϊκές συσπάσεις κοντά στην περιοχή της κάκωσης. Αυτή η ανταπόκριση θεωρείται λειτουργική προσαρμογή, που προάγει τη μείωση της κίνησης και την αύξηση της σταθερότητας των τραυματισμένων περιοχών. Η αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα προκαλεί πόνο, εξαιτίας συγκέντρωσης διαφόρων προϊόντων όπως αραχιδονικού οξέος, βραδυκινίνης, καλίου και γαλακτικού οξέος, προϊόντα που προκαλούν διέγερση των αλγούποδοχέων του μυϊκού ιστού (van Dieen, et al., 2003).

Οι αθλητικές κακώσεις συμβαίνουν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και η υπάρχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι προκύπτουν από μια σύνθετη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων κινδύνου όπως κακή προπονητική πρακτική, ανεπαρκή προθέρμανση και διατακτικές ασκήσεις, απουσία κατάλληλων συνθηκών και ακατάλληλο εξοπλισμό (Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992; Ytterstad, 1996; Hootman, et al., 2002; Bahr & Holme, 2003; Irvin, Iversen & Roy, 2007; NCCIR, 2009; NIAMS, 2013). Η βλάβη που προκύπτει προκαλεί - τις περισσότερες φορές - μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και σοβαρές επιπλοκές στην υγεία των αθλητών (Lohmander, et al., 2004; Maffulli, et al., 2010; DeKosky, Ikononovic & Gandy, 2010), με αποτέλεσμα μακροχρόνια συμπτώματα μυαλγίας. Ιδιαίτερη προσοχή επιβάλλεται τόσο από τους γονείς όσο και από τους αθλητικούς συλλόγους, δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια της αθλητικής δραστηριότητας των παιδιών λαμβάνουν χώρα πολλοί τραυματισμοί. Προφανώς, η τακτική φυσική δραστηριότητα, είτε με τη μορφή παιχνιδιού είτε με τη μορφή συστηματικής ενασχόλησης με αθλητικές δραστηριότητες, κρίνεται απαραίτητη για την ομαλή σωματική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών αλλά και για την προάσπιση της υγείας τους απέναντι σε κινδύνους όπως είναι η παχυσαρκία (Merchant, et al., 2007; Floriani & Kennedy, 2007). Ωστόσο τα παιδιά δε θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενήλικες, καθώς δεν ανταποκρίνονται με τον ίδιο τρόπο στην άσκηση, αφού δεν έχουν αποσαφηνιστεί ακόμη πολλές βιολογικές παράμετροι στα παιδιά (Ganley, 2000; Nassis & Sidossis, 2006) και οι δυνατότητες του μυοσκελετικού τους συστήματος μπορούν να μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους (Παπαβασιλείου, 2002). Σύμφωνα με τον James R. Andrews - πρώην πρόεδρο της Αμερικανικής Εταιρείας Αθλητιατρικής (ACSM) - η κλιμάκωση των τραυματισμών στον αθλητισμό των παιδιών πρέπει να περιοριστεί διότι το φαινόμενο αυτό έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις στην Αμερική, αφού 3,5 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας έως 14 ετών και άλλα δύο εκατομμύρια παιδιά που ασχολούνται με το σχολικό αθλητισμό ετησίως, λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη για αθλητικούς τραυματισμούς (Andrews, 2012). Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για την αποκατάσταση των αθλητικών τραυματισμών των νέων ανέρχεται σε περίπου 2,5 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Το δε

κόστος της ιατρικής περίθαλψης για μακροπρόθεσμες επιπλοκές στην υγεία τους, εξαιτίας των αθλητικών τραυματισμών, ανέρχεται σε άλλα τρία δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο (Andrews, 2012). Οι πιο χρήσιμες, πλήρεις και με λεπτομερή στοιχεία πληροφορίες για τους σοβαρούς τραυματισμούς στο νεανικό αθλητισμό, βρίσκονται στην ιστοσελίδα του National Center for Catastrophic Injury Research (NCCIR) του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας και σύμφωνα με αυτές, το αμερικανικό ποδόσφαιρο έχει μακράν το μεγαλύτερο αριθμό άμεσων σοβαρών τραυματισμών από οποιοδήποτε άθλημα και ακολουθούν οι ανταγωνιστικές μαζορέτες, ο στίβος, η πάλη και το μπίτζμπολ (NCCIR, 2009).

2.3.2.2.3 Κακώσεις του σκελετικού μυός

Τα αίτια τραυματισμού των μυϊκών ινών μπορεί να είναι εσωτερικά όπως φλεγμονή και ρήξη τενόντων ή εξωτερικά όπως σύνθλιψη, ανοικτό ή κλειστό τραύμα στην περιοχή, απότομη κίνηση, υπερβολική δύναμη, αλλά και απότομες αλλαγές ζέστης και κρύου (MacIntosh, Gardiner & McComas, 2006). Τραυματισμός των σκελετικών μυϊκών ινών μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα βίαιης ή υπερβολικής δύναμης, υπερβολικά υψηλών ή χαμηλών θερμοκρασιών, φλεγμονής ή ασθένειας των μυών (Carlson & Faulkner, 1983). *«Τραυματισμός ή κάκωση (injury) είναι το σύνολο των βλαβών των ιστών που προκαλούνται ακαριαίως κατά τη στιγμή του ατυχήματος, από διάφορες μορφές μηχανικών παραγόντων, όταν αυτοί υπερβούν τη φυσική αντοχή των ιστών και των οργάνων»* (Οικονόμου, 1978). Οι κακώσεις του μυός (τραυματισμοί), ανάλογα με το αν υπάρχει ανοιχτή πληγή στη συνέχεια του δέρματος, ταξινομούνται σε κλειστές και ανοιχτές. Επίσης, ανάλογα με την διάρκεια και την ένταση της εφαρμογής της βίας, ταξινομούνται σε κακώσεις από υπέρχρηση ή τραυματικές (Οικονόμου, 1978):

- ✓ κλειστή κάκωση: χαρακτηρίζεται από διατήρηση της συνέχειας του δέρματος (θλάση μαλακών μορίων). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε περίπτωση κλειστού τραύματος μυός, μπορεί να υποκρύπτεται ρήξη μυός ή κάταγμα οστού

- ✓ ανοιχτή κάκωση: χαρακτηρίζεται από λύση της συνέχειας του δέρματος (ανοιχτή πληγή)
- ✓ κάκωση από υπέρχρηση: οφείλεται σε μακροχρόνια, επαναλαμβανόμενη, μικρής έντασης βία, που καταπονεί τους ιστούς και προκαλεί βλάβη στα μαλακά μόρια και τον σκελετό, όπως η τενοντίτιδα, η επικονδυλίτιδα, η χονδρομαλάκυνση, τα σύνδρομα συμπίεσης ή παγίδευσης των περιφερειακών νεύρων, τα κατάγματα κόπωσης, κ.α.
- ✓ τραυματική κάκωση: δημιουργείται από στιγμιαία εφαρμογή μεγάλης έντασης βία, η οποία προκαλεί βλάβες στα μαλακά μόρια και τον σκελετό. Η τραυματική κάκωση μπορεί να είναι και κλειστή και ανοιχτή. Στις τραυματικές κακώσεις περιλαμβάνονται οι ρήξεις των μυών, των συνδέσμων, των τενόντων, των νεύρων, τα εξαρθήματα και τα οξέα κατάγματα.

2.3.2.3 Ασθένειες του σκελετικού μυός

Πρόκειται για παθήσεις του μυϊκού συστήματος οφειλόμενες σε διάφορα αίτια, από τα οποία τα συχνότερα είναι κληρονομικά, μεταβολικά και φλεγμονώδη. Οι παθήσεις των μυών ταξινομούνται ως νευρομυϊκής ή μυοσκελετικής φύσης. Ορισμένες δε καταστάσεις όπως η μιοσίτιδα, μπορούν να θεωρηθούν και νευρομυϊκής και μυοσκελετικής φύσης. Η συμπτωματολογία συνίσταται κυρίως σε μυϊκή αδυναμία και μυϊκά άλγη ενώ η θεραπεία εξαρτάται από το αίτιο που προκάλεσε τη βλάβη του μυός.

Πολλές είναι οι ασθένειες που μπορεί να επηρεάσουν τη συστολή των σκελετικών μυών (Vander, et al., 2001) και να προκαλέσουν μεταβολικές και λειτουργικές βλάβες στους σκελετικούς μυς. Οι βλάβες αυτές κυμαίνονται από τα συμπτώματα του πόνου και της κόπωσης έως τις παθολογικές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια μυϊκής μάζας ή ακόμη και σε παράλυση. Ωστόσο, συμβαίνουν σε διαφορετικές συνθήκες η καθεμιά, με διαφορετικές αιτιολογίες και διαφορετικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας. Αιτίες που προκαλούν μυϊκές διαταραχές μπορεί να είναι (Vander, et al., 2001; Preedy & Peters, 2002; Filho & Pestronk, 2008; Childers, Feldman & Guo, 2008):

- ✓ κακώσεις του σκελετικού μυός εξαιτίας κάποιου τραυματισμού ή κατάχρησης, όπως διαστρέμματα, κράμπες ή τενοντίτιδα
- ✓ μυοπάθειες, όπως η μυϊκή δυστροφία (τύπου Duchene, Becker, κ.α.)
- ✓ φλεγμονές, όπως η μυοσίτιδα
- ✓ ασθένειες των νεύρων που επηρεάζουν τους μυς, όπως διαβητική νευροπάθεια, νευραλγία του τρίδυμου νεύρου, κ.α.
- ✓ διάφορες λοιμώξεις (συμπεριλαμβανομένης της γρίπης), όπως η πολιομυελίτιδα, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η νόσος Lyme, η ελονοσία, το μυϊκό απόστημα, κ.α.
- ✓ αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο λύκος, η αυτοάνοση Θυρεοειδίτιδα, η Νόσος Hashimoto, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, κ.α.
- ✓ διαταραχές ηλεκτρολυτών, όπως πολύ λίγο κάλιο ή ασβέστιο
- ✓ ορισμένα φάρμακα, όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή α-MEA (για τη μείωση της πίεσης του αίματος), οι στατίνες (για τη μείωση της χοληστερόλης), η κοκαΐνη, κ.α.

2.3.2.4 Μυοπάθειες

Μυοπάθεια είναι μία μυϊκή πάθηση κατά την οποία οι μυϊκές ίνες δεν λειτουργούν και αυτό οφείλεται σε διάφορα αίτια από τα οποία τα συχνότερα είναι κληρονομικά, μεταβολικά ή φλεγμονώδη, με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην εξασθένηση και την ατροφία μεμονωμένοι μύες ή και ολόκληρο το μυϊκό σύστημα (Bennett & Plum, 1996; Stobo & Hellman, 1996). Όπως λέει και η ίδια η λέξη, μυοπάθεια σημαίνει πάθηση του μυός. Αυτό το νόημα υποδεικνύει ότι το κύριο πρόβλημα βρίσκεται εντός του μυός και όχι στα νεύρα (νευροπάθειες ή νευρογενείς διαταραχές) ή στον εγκέφαλο.

Ανάλογα με το αίτιο είναι διαφορετικός ο μηχανισμός βλάβης του μυός. Για παράδειγμα, ένα μικρόβιο ή ένας ιός μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη του μυϊκού ιστού. Κατά τη διάρκεια διαφόρων αυτοάνοσων αντιδράσεων (π.χ. μυοσίτιδα, πολυμυοσίτιδα) ο οργανισμός

σχηματίζει αντισώματα, τα οποία επιτίθενται εναντίον ανατομικών σχηματισμών του μυός. Ακόμη, ένας μυς μπορεί να υποστεί βλάβη από μηχανικά αίτια όπως π.χ. από άμεσο τραυματισμό.

Η συμπτωματολογία συνίσταται σε: μυϊκή αδυναμία, μυϊκή ατροφία, υπερτροφία (N. Thomsen), ψευδοϋπερτροφία (N. Duchenne, Becker), μυαλγίες, κράμπες, μυοτονία. Οι μυαλγίες εμφανίζονται κατά την κόπωση στις μυοπάθειες (κληρονομικές μορφές και επίκτητες ενδοκρινικές) και κατά την ανάπαυση και την πίεση στις φλεγμονώδεις παθήσεις (μυοσίτιδες) ενώ η θεραπεία εξαρτάται από το αίτιο που προκάλεσε τη βλάβη του μυός (Bennett & Plum, 1996; Stobo & Hellman, 1996). Επειδή η μυοπάθεια είναι ένας γενικός όρος, περιλαμβάνονται αρκετές παθήσεις, που σε ένα πρώτο επίπεδο διακρίνονται σε κληρονομικές και επίκτητες (Bennett & Plum, 1996; Stobo & Hellman, 1996; Wortmann, 2002; Elston, et al., 2007; Παληός & Κουταλάς, 2008; Valiyil & Christopher-Stine, 2010; Fernandez, et al., 2011).

Κληρονομικές Μυοπάθειες:

- ✓ μυϊκές δυστροφίες
- ✓ μυοτονία
- ✓ μιτοχονδριακές μυοπάθειες
- ✓ οικογενείς περιοδικές παραλύσεις
- ✓ μεταβολικές μυοπάθειες
- ✓ συγγενείς μυοπάθειες

Επίκτητες Μυοπάθειες:

- ✓ ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές (παθήσεις υπόφυσης, επινεφριδίων, θυρεοειδούς, παραθυρεοειδούς, υποκαλιαιμία, υπασβεστιαϊμία, υπερασβεστιαϊμία)
- ✓ φλεγμονώδεις: λοιμώδεις και ιδιοπαθείς (πολυμυοσίτιδα, δερματομυοσίτιδα, ιογενείς λοιμώξεις (HIV))
- ✓ τοξικής αιτιολογίας (ναρκωτικά, αλκοόλ, φάρμακα όπως τα κορτικοστεροειδή, στεροειδή σε παρατεταμένες υψηλές δόσεις)

- ✓ μηχανικής αιτιολογίας (άμεσος τραυματισμός).

2.3.2.5 Κλιματικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες - Προσαρμογές σε θερμό ή ψυχρό περιβάλλον

Ο άνθρωπος ζει και δραστηριοποιείται σε ένα περιβάλλον που συνεχώς μεταβάλλεται. Επειδή υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις σχετικά με την αίσθηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος, τόσο λόγω βιολογικών όσο και ψυχολογικών χαρακτηριστικών από άτομο σε άτομο, είναι δύσκολο να ικανοποιηθεί ο καθένας μέσα στο ίδιο περιβάλλον. Έτσι, οι κλιματικές περιβαλλοντικές συνθήκες που απαιτούνται για την αίσθηση της θερμικής άνεσης δεν είναι ίδιες για όλους τους ανθρώπους (Fanger, 1970). Ως θερμική άνεση ορίζεται η κατάσταση του νου που εκφράζει την ικανοποίησή του για το θερμικό περιβάλλον και αξιολογείται από την υποκειμενική αξιολόγηση των έξι πρωταρχικών παραγόντων που καθορίζονται ως προϋπόθεση για τη θερμική άνεση (ANSI/ASHRAE 2010):

- ✓ ρυθμός μεταβολισμού
- ✓ μόνωση από ένδυση
- ✓ θερμοκρασία αέρα
- ✓ μεταφορά θερμότητας μέσω ακτινοβολίας
- ✓ ταχύτητα αέρα
- ✓ υγρασία.

Στο ανθρώπινο σώμα ένα σύνολο συστημάτων ρυθμίζουν την πίεση της καρδιάς, τη θερμοκρασία του σώματος, την αναλογία χημικών στοιχείων στο αίμα κ.α. και τα οποία συνδέονται δια μέσου νευρικών ινών με τον εγκέφαλο προσπαθώντας να διατηρήσουν τον ανθρώπινο οργανισμό σε μια κατάσταση ισορροπίας (Isselbacher, et al., 1994; Irwin & Rippe, 1999; Guyton, 2005). Για την επιβίωσή του όμως είναι απαραίτητη η διατήρηση της σταθερότητας του εσωτερικού του περιβάλλοντος, ανεξάρτητα από τις συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος (Vander, et al., 2001). Για το λόγο αυτό διαθέτει διάφορους ομοιοστατικούς μηχανισμούς. Για να επιτευχθεί η ικανότητά του αυτή, δηλαδή η ομοιόσταση, απαιτείται

ενέργεια. Απαιτείται επίσης συντονισμός της λειτουργίας διαφόρων οργάνων και συστημάτων: αναπνευστικό, κυκλοφορικό, πεπτικό, νευρικό, ενδοκρινικό, δερματικό (Vander, et al., 2001). Οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί με τους οποίους επιτυγχάνεται η ομοιόσταση ονομάζονται ομοιοστατικοί μηχανισμοί. Με τέτοιους μηχανισμούς ρυθμίζονται: η θερμοκρασία του σώματος, η οξύτητα (pH) του αίματος, η συγκέντρωση της γλυκόζης και των αλάτων του αίματος κ.ά. Χαρακτηριστικό αποτέλεσμα δράσης του ομοιοστατικού μηχανισμού στον άνθρωπο είναι η διατήρηση της σταθερής θερμοκρασίας του σώματός του (περίπου 37 °C), ανεξάρτητα από τις μεταβολές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος (Isselbacher, et al., 1994; Irwin & Rippe, 1999; Vander, et al., 2001; Guyton, 2005).

Ο μηχανισμός που ενεργοποιείται όταν το ανθρώπινο σώμα αισθανθεί την παραμικρή αλλαγή στη θερμοκρασία, είτε του σώματος είτε του εξωτερικού χώρου, ονομάζεται θερμορύθμιση (thermoregulation) και είναι το αποτέλεσμα δύο μηχανισμών: της παραγωγής της θερμότητας (θερμογένεση) και της απώλειας της θερμότητας (θερμόλυση). Η θερμογένεση οφείλεται σε χημικές αντιδράσεις και ονομάζεται χημική ρύθμιση (χημικές αντιδράσεις) της σωματικής θέρμανσης, ενώ η θερμόλυση είναι μια φυσική ρύθμιση (φυσικές αντιδράσεις) της θερμοκρασίας. Το κέντρο ελέγχου της θερμορύθμισης είναι οι προοπτικοί πυρήνες του προσθίου υποθαλάμου, οι οποίοι δέχονται μηνύματα από τους θερμικούς αισθητήρες που βρίσκονται τόσο στο δέρμα όσο και στον υποθάλαμο. Ο άνθρωπος, ως ομοιόθερμος οργανισμός, διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία του σώματός του ακόμα και αν εκτίθεται στις ποικίλες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (Isselbacher, et al., 1994; Irwin & Rippe, 1999; Guyton, 2005).

Όταν η εξωτερική θερμοκρασία είναι χαμηλότερη από αυτή του σώματος, το ψύχος που φτάνει συνεχώς από τον περιβάλλοντα χώρο, τείνει να προκαλέσει μείωση της θερμοκρασίας του σώματός μας. Ο υποθάλαμος διατηρεί τη θερμοκρασία του εσωτερικού πυρήνα (δηλαδή των οργάνων όπως ο εγκέφαλος, η καρδιά και τα σπλάχνα, που δεν επιδέχονται σημαντικές θερμικές μεταβολές για τη φυσιολογική λειτουργία τους), μέσα σε πολύ στενά όρια, συνήθως από 36,6°C έως 37,2°C (εύρος θερμορύθμισης). Κάθε απόκλιση από το εύρος θερμορύθμισης κινητοποιεί

μηχανισμούς, με σκοπό την επαναφορά της θερμοκρασίας εντός των φυσιολογικών ορίων και το έναυσμα για την κινητοποίησή τους δίνεται από ερεθίσματα που προέρχονται κυρίως από τους υποδοχείς του δέρματος (θερμοϋποδοχείς) οι οποίοι ανιχνεύουν την μείωση και "ειδοποιούν" τον εγκέφαλο που στέλνει μήνυμα:

- ✓ στα αγγεία της επιφάνειας του δέρματος, τα οποία συστέλλονται για να μειώσουν τη ποσότητα αίματος που βρίσκεται κοντά στην επιφάνεια του δέρματος. Έτσι το αίμα παραμένει στο εσωτερικό του οργανισμού για να διατηρήσει τη θερμοκρασία του
- ✓ στους ορθοτήρες μυς των τριχών
- ✓ στους μυς, οι οποίοι συσπώνται (τρέμουλο) ώστε να παραχθεί θερμότητα που την έχει ανάγκη ο οργανισμός.

Όταν η εξωτερική θερμοκρασία είναι υψηλότερη από αυτή του σώματος, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα διεγείρει την αγγειοδιαστολή των αγγείων του δέρματος και αυξάνει την εφίδρωση. Έτσι, όταν η θερμοκρασία του αέρα ή των σωμάτων και επιφανειών που περιβάλλουν τον άνθρωπο είναι μεγαλύτερη από τη θερμοκρασία του ανθρώπινου σώματος, δηλαδή μεγαλύτερη από τους 37°C περίπου, η ποσότητα της θερμότητας που δύναται να αποβληθεί δια μέσου της ακτινοβολίας, αγωγής και μεταφοράς, μειώνεται αισθητά και ως εκ τούτου η παραγόμενη μεταβολική θερμότητα συσσωρεύεται στο ανθρώπινο σώμα αυξάνοντας τη θερμοκρασία του. Προκειμένου ο ανθρώπινος οργανισμός να διατηρήσει τη θερμοκρασία του σώματός του σταθερή, ενεργοποιεί τους εξής φυσιολογικούς μηχανισμούς (Isselbacher, et al., 1994; Irwin & Rippe, 1999; Guyton, 2005):

- ✓ αυξάνει τη μεταφορά αίματος (μεταφορέας θερμότητας) προς την περιφέρεια και ειδικότερα προς το δέρμα, δια της διαστολής των αιμοφόρων αγγείων και της αύξησης της καρδιακής συχνότητας, σε μια προσπάθεια ενίσχυσης των παθητικών μηχανισμών της θερμοαποβολής (ακτινοβολία, αγωγή, μεταφορά)
- ✓ αυξάνει την εφίδρωση, δια της έντονης λειτουργίας των ιδρωτοποιών αδένων.

Αυτές οι αυτόματες αντιδράσεις συνήθως συμβαίνουν όταν η θερμοκρασία του αίματος υπερβαίνει τους 37°C και διατηρούνται σε ισορροπία ελεγχόμενες από τον εγκέφαλο. Και για τις δυο αυτές λειτουργίες απαιτείται η κινητοποίηση μηχανισμών που επιβαρύνουν - σε μερικές περιπτώσεις - εντονότατα τον οργανισμό και οι οποίοι είναι δυνατό να καταλήξουν σε δυσάρεστες ή ακόμα και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (Aggarwal, et al., 2007).

Οι φυσικοί παράγοντες ενός εργασιακού περιβάλλοντος, όπως οι χαμηλές/υψηλές θερμοκρασίες, είναι υπεύθυνοι για ένα σημαντικό ποσοστό πρόκλησης βλαβών στον οργανισμό των εργαζομένων. Εργαζόμενοι σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (όπως εργαστήρια κατασκευής πάγου, εμπύθιση σε κρύο νερό σε ιχθυοκαλλιέργειες, ορυχεία, χυτήρια, υπαίθριοι χώροι, κ.α.) έχουν υποστεί κατά καιρούς φαινόμενα ανάπτυξης υποθερμίας ή υπερθερμίας, εξαιτίας της μη τήρησης διαδικασιών ασφαλούς εργασίας. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Πίνακες περιγραφής των Επαγγελματικών Νόσων της Διεύθυνσης Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2010) για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά τη χρονική περίοδο 2003-2009 στην Ελλάδα, δεν έχουν καταγραφεί περιστατικά πρόκλησης μυϊκών βλαβών στον οργανισμό εργαζομένων σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (www.ika.gr). Έτσι, παρά την έκθεση σε μεγάλο εύρος περιβαλλοντικών θερμοκρασιών, το ανθρώπινο σώμα διατηρεί στο εσωτερικό του σταθερή θερμοκρασία 37°C με πολύ στενό εύρος φυσιολογικής διακύμανσης (1-2°C). Αυτό σημαίνει, ότι στις περισσότερες καταστάσεις, είτε σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον είτε με την άθληση, η μεταβολή θερμοκρασίας του πυρήνα του σώματος είναι πολύ μικρή (Rowell, 1986; Mackowiak, Wasserman & Levine, 1992; Montain, Latzka & Sawka, 1995).

Για να διαπιστωθεί αν φυσικοί παράγοντες του περιβάλλοντος μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα μυαλγίας, εκτελέστηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο Pubmed με λέξεις-κλειδιά είτε myalgia, temperature είτε "muscle pain", temperature. Για να βρεθούν οι περισσότερες δυνατές πληροφορίες, δεν προστέθηκαν άλλα κριτήρια στις αναζητήσεις (π.χ., ημερομηνία δημοσίευσης, τύπος άρθρου, γλώσσα άρθρου, κ.α.). Τα αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας έδειξαν ότι δεν υπάρχει καμία μελέτη που να συσχετίζει

την έκθεση σε ψυχρό ή θερμό περιβάλλον με τη μυαλγία. Επιπλέον, οι Bongers και συνεργάτες (2006) και Buckle & Devereux (2002), δεν συμπεριλαμβάνουν στις κατευθυντήριες οδηγίες τους για αποφυγή μυοσκελετικών παθήσεων, κάποια οδηγία σχετική με την έκθεση σε ψυχρό ή θερμό περιβάλλον (Buckle & Devereux, 2002; Bongers, et al., 2006).

2.3.2.6 Γρίπη και κοινό κρυολόγημα

Η γρίπη και το κοινό κρυολόγημα συχνά συγχέονται επειδή και τα δύο προσβάλλουν το αναπνευστικό σύστημα και τα συμπτώματά τους μοιάζουν. Ωστόσο, το κοινό κρυολόγημα είναι μια εντελώς διαφορετική νοσολογική οντότητα και προκαλείται από διαφορετικούς ιούς. Οι εκδηλώσεις του είναι ηπιότερες, οι επιπλοκές σπάνιες και η διάρκεια της νόσου συντομότερη από αυτή της γρίπης. Τα συμπτώματα του κρυολογήματος εκδηλώνονται σταδιακά και έχουν συνήθως πολύ μικρότερη ένταση από αυτά της γρίπης, η οποία διαδράμει βαριά και έχει σημαντική επίδραση στην ανθρώπινη υγεία (Eccles, 2005).

Πολλοί άνθρωποι, ακόμη και σήμερα, πιστεύουν ότι το κοινό κρυολόγημα και η γρίπη είναι αποτέλεσμα της παρατεταμένης έκθεσης στο κρύο ή τη βροχή και ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες. Στην πραγματικότητα, τα συμπτώματα του κοινού κρυολογήματος και της γρίπης είναι πολύ πιο συχνά κατά τους χειμερινούς μήνες επειδή κάποιοι από τους ιούς που προκαλούν το κοινό κρυολόγημα είναι εποχικοί και κάνουν την εμφάνισή τους περισσότερο κατά τις περιόδους κρύου ή υγρασίας (Eccles, 2005). Πιστεύεται πάντως, πως το σημαντικότερο αίτιο είναι ο αυξημένος χρόνος παραμονής μεγάλου αριθμού πληθυσμού σε κλειστούς χώρους, ειδικά των παιδιών όταν επιστρέφουν στα σχολεία (Eccles, 2005). Ακόμη, μπορεί να έχει να κάνει και με αλλαγές στο αναπνευστικό σύστημα, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την ευκολότερη μετάδοση της λοίμωξης (Zuckerman, et al., 2009). Τέλος, τα χαμηλά επίπεδα υγρασίας μπορεί να αυξήσουν τα ποσοστά μετάδοσης λόγω του ξηρού αέρα, ο οποίος επιτρέπει στα σταγονίδια να σκορπίζονται ακόμα πιο μακριά και να παραμένουν στην ατμόσφαιρα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Eccles, 2005). Ακολούθως σκιαγραφούνται τα γνωρίσματα της γρίπης και του κοινού

κρυολογήματος, συμπεριλαμβανομένων των κοινών στοιχείων αλλά και των ιδιαίτερων γνωρισμάτων τους.

2.3.2.6.1 Ο ιός της γρίπης

Η γρίπη (flu ή Influenza) είναι μία οξεία νόσος του αναπνευστικού συστήματος (Villegas, 1998), είναι μεταδοτική και προκαλείται από τους RNA ιούς (Hay, et al., 2001), οι οποίοι προσβάλλουν το αναπνευστικό σύστημα πολλών ζώων, πτηνών και του ανθρώπου (μύτη, φάρυγγα, τραχεία και πνεύμονες). Στους περισσότερους ανθρώπους τα αποτελέσματα της μόλυνσης εμφανίζουν συμπτώματα όπως: πυρετό, πονοκέφαλο, μυαλγίες, πονόλαιμο, βήχα (συνήθως ξηρό), ρινική συμφόρηση και καταρροή και ένα γενικό αίσθημα αδιαθεσίας (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Η γρίπη μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω των αναπνευστικών εκκρίσεων που παράγονται κατά τη διάρκεια του πταρμού ή βήχα, είτε άμεσα είτε μέσω επαφής με επιφάνεια ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί από αναπνευστικές εκκρίσεις. Κάθε χρόνο σε ολόκληρο τον κόσμο, ευρεία κρούσματα της γρίπης εκδηλώνονται αργά το φθινόπωρο ή στις αρχές του χειμώνα (ΕΟΠΥΥ, 2013, ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Με βάση τα δεδομένα των δύο τελευταίων περιόδων εποχικής γρίπης στη χώρα μας (2011-2012 και 2012-2013), φαίνεται ότι η επιδημιολογία του νοσήματος, μετά την πανδημία του 2009, έχει πλέον αποκτήσει τα χαρακτηριστικά της συνήθους εποχικής έξαρσης και ειδικότερα (ΕΟΠΥΥ, 2013; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014):

- ✓ το επιδημικό κύμα συμβαίνει μεταξύ Ιανουαρίου και Μαρτίου,
- ✓ η κορύφωση της δραστηριότητας συμβαίνει μεταξύ Φεβρουαρίου-Μαρτίου,
- ✓ κυκλοφορούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο ποσοστό όλα τα στελέχη γρίπης: A (H1N1) pdm09, A (H3N2) και B,
- ✓ τα σοβαρά κρούσματα γρίπης που χρειάζονται νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ., οφείλονται ακόμα κατά κύριο λόγο στο πανδημικό στέλεχος A (H1N1) pdm09.

Υπάρχουν τρεις τύποι του ιού της γρίπης: τύπου A, τύπου B και τύπου C και πολλά διαφορετικά στελέχη μέσα σε κάθε τύπο. Από αυτούς, οι ιοί A και B προκαλούν τις εποχικές

εξάρσεις της γρίπης και είναι αυτοί που συνήθως προσβάλουν τον άνθρωπο (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Το όνομα ενός στελέχους, συχνά υποδεικνύει το σημείο όπου για πρώτη φορά εντοπίστηκε: μια γεωγραφική θέση (π.χ. γρίπη του Χονγκ Κονγκ) ή ένα ζώο (π.χ. γρίπη των πτηνών). Η γρίπη προκαλεί εποχικές εξάρσεις σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και πανδημίες (σπάνια), όπως για παράδειγμα η γρίπη των χοίρων (Lynch & Walsh, 2007). Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν επιπλοκές που διαρκούν και απαιτούν ειδική θεραπεία. Συχνότερη είναι η πνευμονία (κυρίως σε διαβητικούς, καρδιοπαθείς, πνευμονοπαθείς και ηλικιωμένους) ενώ ηπιότερες επιπλοκές είναι η μέση ωτίτιδα, η ιγμορίτιδα, παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος ή των μυών, η μυοκαρδίτιδα, οι κρίσεις άσθματος (σε ασθματικούς) και η παρόξυνση της χρόνιας βρογχίτιδας (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης είναι ο εμβολιασμός με το αντιγριπικό εμβόλιο, το οποίο όταν εφαρμοσθεί σωστά και έγκαιρα, καλύπτει σε ποσοστό 80% περίπου και προφυλάσσει από τη μετάδοση του ιού της γρίπης (ΕΟΠΥΥ, 2013; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

2.3.2.6.2 Κοινό κρυολόγημα

Η έρευνα της ιατρικής βιβλιογραφίας δείχνει ότι για περισσότερο από έναν αιώνα, οι επιστήμονες έχουν αφιερώσει ένα εξαιρετικά μεγάλο μέρος του χρόνου και της ενέργειάς τους στην απομυθοποίηση της ιατρικής λαογραφίας, ότι το κοινό κρυολόγημα οφείλεται στο κρύο. Όμως, παρά τις προσπάθειές τους, αυτή καθυστερεί ακόμα και συνεχίζει να εμπνέει ακόμη περισσότερους ερευνητές (Zuger, 2003).

Το κοινό κρυολόγημα (γνωστό και ως ρινοφαρυγγίτιδα ή οξεία ιογενής ρινοφαρυγγίτιδα ή απλώς κρυολόγημα) είναι μια ιογενής λοιμώδης νόσος που προσβάλλει το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα (Eccles, 2005; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Είναι η πιο κοινή μολυσματική ασθένεια στον άνθρωπο και τα συμπτώματα περιλαμβάνουν βήχα, πονόλαιμο, ρινική καταρροή (ρινόρροια), πυρετό και δακρύρροια. Επιπρόσθετα συμπτώματα περιλαμβάνουν: μυϊκούς πόνους (μυαλγίες), αίσθημα κόπωσης, πονοκέφαλο και απώλεια όρεξης (Eccles, 2005). Ο ιός του

κοινού κρυολογήματος μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω σταγονιδίων του αέρα, μέσω άμεσης επαφής με μολυσμένες ρινικές εκκρίσεις ή με μολυσμένα αντικείμενα (Eccles & Weber, 2009; ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Ο μέσος ενήλικας αναπτύσσει δύο έως τέσσερις φορές τον χρόνο κοινό κρυολόγημα και τα συμπτώματα υποχωρούν συνήθως μέσα σε 7-10 ημέρες, αν και ορισμένα, μπορούν να διαρκέσουν μέχρι και 3 εβδομάδες (Eccles, 2005). Ο αριθμός των ιών που μπορούν να προκαλέσουν κοινό κρυολόγημα υπερβαίνει τους διακόσιους, με πιο συχνό τον ρινοϊό. Οι οξείες λοιμώξεις της μύτης, των ιγμορείων, του λαιμού ή του λάρυγγα (λοιμώξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού) κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την περιοχή του σώματος που έχει προσβληθεί περισσότερο. Το κοινό κρυολόγημα προσβάλλει κατά κύριο λόγο τη μύτη, η φαρυγγίτιδα το λαιμό και η ιγμορίτιδα τα ιγμόρεια (Eccles & Weber, 2009). Τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα της απόκρισης του ανοσοποιητικού συστήματος στη λοίμωξη. Τα περιστατικά κοινού κρυολογήματος αντιπροσωπεύουν έναν υπερβολικά μεγάλο αριθμό επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων και έναν εξίσου υπερβολικά μεγάλο αριθμό προγραμματισμένων επισκέψεων παιδιών και ενηλίκων τόσο σε Νοσοκομεία όσο και σε άλλες Υπηρεσίες Υγείας (Lee, et al., 2003). Αν και το κρυολόγημα προκαλείται από ιούς και δεν απαιτεί ιατρική παρέμβαση, πολλές οικογένειες αναζητούν υγειονομική περίθαλψη για τη θεραπεία του κρυολογήματος. Οι παρανοήσεις σχετικά με τα αίτια και την κατάλληλη αντιμετώπιση του κρυολογήματος, επιβαρύνουν με την άσκοπη χρήση τους τις υπηρεσίες υγείας (Lee, et al., 2003). Στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τις οικογένειες σχετικά με το κοινό κρυολόγημα (Προληπτική Ιατρική, Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας), μπορεί να μειώσουν την άσκοπη χρήση τόσο των αντιβιοτικών όσο και όλων των υπηρεσιών υγείας (Lee, et al., 2003).

2.3.2.7 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται ιδιαίτερα αυξημένη η σημασία των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος, δηλαδή παραγόντων που σχετίζονται με την οργάνωση της εργασίας και δημιουργούν στον εργαζόμενο stress

(δηλαδή βρίσκεται υπό πίεση). Αυτό σημαίνει ότι ο εργαζόμενος αισθάνεται, ότι οι προσωπικές του ικανότητες και δυνάμεις είναι ανεπαρκείς για να ανταπεξέλθει στις συγκεκριμένες απαιτήσεις της εργασίας του.

Οι σημαντικές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της εργασίας τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησαν στην εκδήλωση νέων κινδύνων για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων. Οι αλλαγές αυτές οδήγησαν στην εμφάνιση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι που οφείλονται στην εργασία αναγνωρίζονται ως μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία και συνδέονται με προβλήματα όπως το εργασιακό stress, η βία, η παρενόχληση και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το άγχος σχετίζεται με υστέρηση στην απόδοση, αύξηση των απουσιών από την εργασία και αύξηση των ατυχημάτων (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2012).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, το άγχος που οφείλεται στην εργασία συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων αιτιών ασθένειας των εργαζομένων, επηρεάζοντας πάνω από 40 εκατομμύρια άτομα σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μάλιστα, η τέταρτη ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (EU-OSHA, 2007) έδειξε ότι το 2005, το 20% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 και το 30% από τα 10 νέα κράτη μέλη, θεωρούσαν ότι η υγεία τους διατρέχει κίνδυνο λόγω του εργασιακού άγχους (από τους εργαζομένους που δήλωσαν ότι η εργασία τους επηρεάζει την υγεία τους). Το 2002, το ετήσιο οικονομικό κόστος του άγχους που οφείλεται στην εργασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 υπολογίστηκε στα 20 δις € (EU-OSHA, 2007).

Το 2009 ο EU-OSHA ολοκλήρωσε τη συλλογή δεδομένων μιας πανευρωπαϊκής έρευνας για τις επιχειρήσεις, με θέμα την υγεία και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας και τίτλο: "Ευρωπαϊκή έρευνα για τους νέους και τους αναδυόμενους κινδύνους στις επιχειρήσεις - ESENER" (EU-OSHA, 2009). Η έρευνα η οποία περιλαμβάνει περίπου 36.000 συνεντεύξεις και συμμετέχουν 31 χώρες [τα 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δύο υποψήφια για ένταξη

χώρες (Κροατία και Τουρκία) και δύο χώρες της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (Νορβηγία και Ελβετία)], αποσκοπεί στο να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα τα ζητήματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία και να προαχθούν η υγεία και η ευημερία των εργαζομένων, παρέχοντας στους αρμόδιους για τη χάραξη πολιτικής συγκρίσιμες, εθνικής κλίμακας πληροφορίες, οι οποίες παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή νέων πολιτικών. Μέσω ξεχωριστών τηλεφωνικών συνεντεύξεων, η έρευνα ESENER έθεσε ερωτήματα σε διευθυντικά στελέχη και εκπροσώπους των εργαζομένων για θέματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία, σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης των κινδύνων στους χώρους εργασίας, με ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, δηλαδή σε φαινόμενα όπως το άγχος, η βία και η παρενόχληση στην εργασία. Τα αποτελέσματά της σχετικά με τους νέους και αναδυόμενους κινδύνους δείχνουν ότι τα ατυχήματα, οι μυοσκελετικές παθήσεις και το εργασιακό άγχος, αποτελούν τις σημαντικότερες ανησυχίες των διοικητικών στελεχών, εντούτοις, σε ποσοστό μικρότερο του 30% από αυτούς δήλωσαν ότι έχουν θεσπίσει διαδικασίες για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Στην έρευνα διαπιστώθηκε επίσης, ότι περίπου οι μισοί εργαζόμενοι θεωρούν ότι η διαχείριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων είναι δυσκολότερη από τη διαχείριση "παραδοσιακών" ή πιο προφανών κινδύνων για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία (EU-OSHA, 2009). Οι νέοι αναδυόμενοι κίνδυνοι μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση του εργασιακού άγχους και να επηρεάσουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, με αποτέλεσμα την αύξηση των πιθανοτήτων για μυοσκελετικές παθήσεις κατά την εργασία (EU-OSHA, 2009). Ως νέοι αναδυόμενοι κίνδυνοι ορίζονται οι κίνδυνοι που στο παρελθόν ήταν ανύπαρκτοι και προκαλούνται από τις νέες διαδικασίες, νέες τεχνολογίες, νέες μορφές εργασίας, όπως (EU-OSHA, 2009):

- ✓ οι κοινωνικές ή οργανωτικές αλλαγές
- ✓ ο αυξανόμενος αριθμός των πηγών κινδύνου
- ✓ οι νέες μορφές συμβάσεων εργασίας και την εργασιακή ανασφάλεια
- ✓ η γήρανση του εργατικού δυναμικού

- ✓ η εντατικοποίηση της εργασίας
- ✓ οι υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις στην εργασία
- ✓ η κακή ισορροπία εργασίας-προσωπικής ζωής

Αποτελέσματα από διάφορες μελέτες για τη συσχέτιση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον με τις μυοσκελετικές παθήσεις (Felson, 1991; Wadel, 1992; Landsbergis, 2003; Van den Heuvel, et al., 2005; Bongers, et al., 2006; Feuerstein & Nicholas, 2006), αναγνωρίζουν τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας ως σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Μια από τις πιθανές εξηγήσεις είναι ότι τα αρνητικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας μπορούν να οδηγήσουν σε έναν αυξημένο φόρτο εργασίας. Για παράδειγμα, οι αυξημένες απαιτήσεις στον χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της διάρκειας της εργασίας και σε έκθεση του εργαζόμενου σε παράγοντες κινδύνου για σωματικές βλάβες (π.χ. περισσότερες ώρες εργασίας, λιγότερα διαλείμματα, ορθοστασία, κ.α.).

Στη μελέτη του Van den Heuvel και των συνεργατών του, οι εκτιμώμενες επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στα συμπτώματα του αυχένα και των άνω άκρων στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, μειώθηκε μετά την προσαρμογή για τη σωματική έκθεση (Van den Heuvel, et al., 2005). Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ωστόσο ότι στην εν λόγω μελέτη η προσαρμογή των παραγόντων σωματικού κινδύνου στο πολυμεταβλητό μοντέλο είχε ως αποτέλεσμα μια αύξηση στην εκτίμηση του κινδύνου της κοινωνικής υποστήριξης από τους συνεργάτες. Αυτό σημαίνει ότι η επίδραση της κοινωνικής στήριξης είναι διαφορετική για τους εργαζομένους με υψηλή και χαμηλή έκθεση σε φυσικούς παράγοντες κινδύνου. Πρόσθετες αναλύσεις έδειξαν ότι η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης των συναδέλφων ήταν υψηλότερη όταν ο εργασιακός φόρτος ήταν αυξημένος. Η μελέτη έδειξε ακόμη τη θετική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού stress και των συμπτωμάτων στα άνω άκρα και τον αυχένα, μετά την προσαρμογή του φόρτου εργασίας. Οι αυξημένες απαιτήσεις στον χώρο εργασίας οδηγούν σε συμπτώματα εργασιακού stress, που οδηγούν με τη σειρά τους σε ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις, οι οποίες συμβάλουν στην δημιουργία μυοσκελετικών συμπτωμάτων (Van den

Heuvel, et al., 2005). Αυτή η εξήγηση ενισχύεται από το γεγονός ότι η προσαρμογή στα συμπτώματα εργασιακού stress στην πολυπαραγοντική ανάλυση της μελέτης του Van den Heuvel και των συνεργατών του, κατέληξε στη μείωση του σχετικού κινδύνου των υψηλών εργασιακών απαιτήσεων (Van den Heuvel, et al., 2005). Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί να γίνει αντιληπτός ακόμη και με την απουσία εμφανών αλλαγών στη φυσιολογία ή βλάβη των ιστών και ότι τέτοιος πόνος διαμορφώνεται κατά κύριο λόγο από γνωστικές διαδικασίες (National Research Council and the Institute of Medicine, 2001). Για παράδειγμα, όταν οι εργασιακές απαιτήσεις είναι υψηλές, μπορούν να αναφερθούν συμπτώματα τα οποία περνάνε απαρατήρητα σε ένα λιγότερο απαιτητικό περιβάλλον. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ των απαιτήσεων της δουλειάς και των συμπτωμάτων του αυχένα και των άνω άκρων. Εκτός από τις εργασιακές απαιτήσεις, προσωπικοί παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή ο συνδυασμός των απαιτήσεων της εργασίας και των αντίστοιχων της ιδιωτικής ζωής, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εργασιακού stress και ως εκ τούτου στα μυοσκελετικά συμπτώματα (Van den Heuvel, et al., 2005; Nicholas, Feuerstein & Suchday, 2005).

Οι παραπάνω μελέτες υπογραμμίζουν την επίδραση της αύξησης της παραγωγής μυϊκής δύναμης σε συνθήκες έντονου ψυχοκοινωνικού stress. Η αυξημένη δραστηριότητα των μυών που οφείλεται στο εργασιακό stress, μπορεί να παρεμποδίσει τη χαλάρωση των μυϊκών ινών κατά τη διάρκεια των μικροπαύσεων και να υποβαθμίσει την ποιότητα των ιστών και την ικανότητά τους να αναρρώσουν αλλά και να επηρεάσει τη λειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος (Lundberg, et al., 1999; Van Galen, et al., 2002). Κατ'επέκταση, το stress μπορεί, εκτός από την αύξηση της μυϊκής δραστηριότητας, να επηρεάσει την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή οξυγόνου στους ιστούς. Η αντίδραση στους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες μπορεί να διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Προσωπικοί παράγοντες όπως το φύλο, ο χαρακτήρας και το άγχος (ως στοιχείο της προσωπικότητας), φαίνεται να έχουν κάποια

επίδραση σε αυτού του είδους την αντίδραση (Davis & Heaney, 2000; Marras, et al., 2000; Van Galen, et al., 2002).

Η μελέτη των Lundberg και συνεργατών (1999) εξέτασε την ψυχολογική και φυσιολογική πίεση, την ένταση των μυών και τα μυοσκελετικά συμπτώματα, μεταξύ 72 γυναικών, ταμιών σούπερ μάρκετ. Βρέθηκαν να είναι σημαντικά αυξημένα τα επίπεδα stress κατά την εργασία (σύμφωνα με έλεγχο στις κατεχολαμίνες, την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, το ηλεκτρομυογράφημα, αλλά και αναφορές των ίδιων των συμμετεχόντων). Πενήντα από τις ταμίες (70%) που υπέφεραν από πόνους σε αυχένα-ώμους (τραπεζοειδής μυαλγία), βρέθηκαν να έχουν υψηλότερη δραστηριότητα ηλεκτρομυογραφήματος στην εργασία και ανέφεραν μεγαλύτερη ένταση μετά τη δουλειά. Οι γυναίκες κράτησαν ένα ημερολόγιο για μία εβδομάδα και ανέφεραν έντονο μυοσκελετικό πόνο στην οσφυϊκή χώρα, υψηλού βαθμού εργασιακό stress, πολλά ψυχοσωματικά συμπτώματα, και εμφάνισαν υψηλή αρτηριακή πίεση. Τα αυξημένα επίπεδα εργασιακού stress συμφωνούν με στοιχεία από τους εργαζόμενους που συμμετέχουν και σε άλλες μελέτες και μπορεί να είναι σημαντικά για τον υψηλό επιπολασμό παθήσεων του αυχένα και των ώμων σε ταμίες (Lundberg, et al., 1999).

Σε έρευνα που διεξήχθη στο νοσηλευτικό προσωπικό έξι γενικών νοσοκομείων της Αθήνας, η οσφυαλγία αποτέλεσε τη συχνότερη ενόχληση και την πρώτη αιτία απουσίας από την εργασία λόγω πόνου στο μυοσκελετικό σύστημα. Μάλιστα, σε όσους από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είχε παρουσιαστεί πόνος στην οσφυϊκή χώρα, παρουσιάζονταν συχνότερα πόνοι στον αυχένα και τους ώμους. Οι αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας και η αίσθηση μειωμένου ελέγχου στις διαδικασίες, αναδείχθηκαν ως σημαντικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου για τον χρόνια μυϊκό πόνο και την απουσία από την εργασία (Alexopoulos, Burdorf & Kalokerinou, 2003). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως: ο ρυθμός της εργασίας, η ανεπαρκής ανάπαυση, το εργασιακό stress, η έλλειψη προσωπικού και η κακή οργάνωση της εργασίας, σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση μυοσκελετικών ενοχλήσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό, σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Vasiliadou, et al.,

1997; Τσιριντάνη, Μπουρή & Μπινιώρης, 2001; Alexopoulos, Burdorf & Kalokerinou, 2003; Μέλλου & Σουρτζή, 2003; Smedley, et al., 2003; Κορομπέλη, 2004).

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον χώρο εργασίας, συνδέονται με συμπτώματα στον αυχένα και στα άνω άκρα αλλά δεν είναι και οι μόνοι παράγοντες κινδύνου. Για πρώτη φορά το γενικό αυτό συμπέρασμα είναι κοινό σε διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και είναι σύμφωνο με το συμπέρασμα της μελέτης της De Lange και των συνεργατών της (2003), που είχε ως θέμα την επιρροή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην γενική σωματική και ψυχολογική υγεία (De Lange, et al., 2003). Ως αποτέλεσμα του εργασιακού stress οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι μπορούν να επηρεάσουν τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία, άμεσα ή έμμεσα. Οι πρόσφατες τάσεις στην οργάνωση της εργασίας ορίζουν το εργασιακό stress ως τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του εργασιακού του περιβάλλοντος και μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των εργαζομένων, αυξάνοντας τον κίνδυνο του εργασιακού stress που σχετίζεται με ασθένειες - όπως η καρδιαγγειακή νόσος, οι μυοσκελετικές παθήσεις και οι ψυχολογικές διαταραχές - με την αύξηση της έκθεσης σε επικίνδυνες ουσίες και τη βία στην εργασία (Landsbergis, 2003).

Για τους παραπάνω λόγους, τον Απρίλιο του 2014 ξεκινά η επόμενη εκστρατεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία σχετικά με τους Ασφαλείς και Υγιείς Χώρους Εργασίας 2014-2015, με τίτλο "Διαχείριση του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία". Η εκστρατεία αυτή αποσκοπεί στην παροχή στήριξης και καθοδήγησης σε εργαζομένους και εργοδότες, προκειμένου να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το άγχος στον χώρο εργασίας, ενώ παράλληλα προωθεί τη χρήση πρακτικών εργαλείων για τον σκοπό αυτό (EU-OSHA, 2014).

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η διατριβή αυτή περιγράφει τον σχεδιασμό και την πορεία μιας έρευνας, η οποία αναπτύχθηκε από το Φεβρουάριο του 2011 έως το Φεβρουάριο του 2013, σχεδόν σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2014. Αντικείμενο της έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση, καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού, σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα. Για την πραγματοποίηση της έρευνας, απαιτήθηκε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (υποβολή πρότασης έρευνας και έγκριση, Παράρτημα Ι).

Μεθοδολογία, ("μέθοδος" + "λογία" < λέγω) είναι η συστηματική μελέτη των λογικών αρχών που διέπουν την επιστημονική μελέτη. Η επιστημονική μεθοδολογία είναι μία διαδικασία με την οποία ο ερευνητής καλείται να διαλέξει, να αλληλεπιδράσει, να αξιολογήσει και να καθορίσει τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσει στην έρευνα, δηλαδή η πορεία πάνω στην οποία θα βασιστεί για να εκπονήσει την έρευνά του και να την παρουσιάσει έπειτα ως γραπτό κείμενο (Wellington, 2000). Επομένως, η μεθοδολογία που ακολουθείται κάθε φορά, προσδιορίζεται κυρίως από τις ιδιαιτερότητες και τους επιμέρους στόχους της εκάστοτε έρευνας (Burgess, 1994).

Μετά την οριοθέτηση του ερευνητικού προβλήματος και τη θεωρητική του ανάλυση, ως μεθοδολογία της παρούσας έρευνας χαρακτηρίζονται, η στρατηγική και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της αντίληψης, σχετικά με τις επιδράσεις των περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μυαλγίας του μυοσκελετικού συστήματος, σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τους Strauss & Corbin (1988) και Mason (2003), η φύση του ερευνητικού προβλήματος είναι αυτή που προσανατολίζει τον ερευνητή στην επιλογή μεθόδων και τεχνικών, η χρήση των οποίων θα τον

οδηγήσει σε συμπεράσματα ώστε να απαντήσει στα ερευνητικά του προβλήματα. Ο καθορισμός της μεθοδολογικής προσέγγισης επομένως, ήταν σημαντικός για το σχεδιασμό και την πορεία αυτής της έρευνας, προκειμένου να διερευνηθεί το είδος και ο συγκεκριμένος χαρακτήρας του φαινομένου που εξετάζεται (Klave, 1996): δηλαδή, να μελετηθεί η ανθρώπινη εμπειρία και ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζονται τα πράγματα μέσα σε αυτή την εμπειρία και διά της εμπειρίας (Πουρκός, 2010). Μια σειρά από μεθοδολογίες εφαρμόστηκαν κατά την διάρκειά της με στόχο, μέσα από την αλληλοσυμπλήρωσή τους, να προκύψουν δεδομένα που να ικανοποιούν τον αρχικό ερευνητικό σχεδιασμό και να απαντούν επαρκώς στα ερευνητικά ερωτήματα.

3.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα αυτή, προκειμένου να διερευνήσει ένα φαινόμενο που δεν έχει μελετηθεί προηγουμένως, σχεδιάστηκε σύμφωνα με την τεχνική της ποιοτικής ερευνητικής μεθόδου. Ακολουθήθηκε η ποιοτική, σε βάθος διερευνητική μέθοδος (Rossman & Rallis, 1998) διότι θεωρήθηκε η καταλληλότερη αναφορικά με τη συγκέντρωση πληροφοριών του υπό διερεύνηση φαινομένου, αφού επιδίωξη της ποιοτικής έρευνας είναι «να ανακαλύψει τις απόψεις του ερωτώμενου πληθυσμού, εστιάζοντας στις οπτικές γωνίες υπό τις οποίες τα άτομα βιώνουν και αισθάνονται τα γεγονότα» (Bird, et al., 1999:320), αν και στην πράξη δεν υπάρχει μεθοδολογία έρευνας με ξεκάθαρα οριοθετημένη μορφή. Τα ποιοτικά δεδομένα στις περισσότερες των περιπτώσεων, είτε είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν έστω και για περιγραφικούς λόγους, είτε να συμπληρωθούν και να ενισχυθούν με ποσοτικά στοιχεία. Ακόμη, είναι αδύνατο να φανταστούμε ολοκληρωμένες ποσοτικού χαρακτήρα εμπειρικές έρευνες, οι οποίες δεν περιέχουν θεωρητικό υπόβαθρο, αξιολογικές κρίσεις ή ερμηνευτικές τοποθετήσεις και αιτιολογήσεις (Ιωσηφίδης, 2008).

3.1.1 Φάσεις της έρευνας

Η έρευνα αναπτύχθηκε σε δύο φάσεις: τη φάση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων (σε ένα μικρό δείγμα εθελοντών) που διήρκησε από τον Ιούλιο του 2011 έως το Σεπτέμβριο του 2011 και τη φάση των ερωτηματολογίων (σε ένα μεγαλύτερο δείγμα εθελοντών) που διήρκησε από το Νοέμβριο του 2011 έως το Φεβρουάριο του 2013. Η συνδυαστική χρήση των εργαλείων παραγωγής γνώσης από το ερευνητικό πεδίο και η ευέλικτη στρατηγική που επέτρεψε την ανατροφοδότηση των σταδίων της έρευνας, όταν και όπου αυτό κρίθηκε αναγκαίο, αναφέρονται εκτενώς στη συνέχεια.

3.1.2 Δειγματοληψία της έρευνας

Η καταλληλότητα οποιουδήποτε πλαισίου δειγματοληψίας πρέπει να αξιολογηθεί από την άποψη των ιδιαίτερων αναγκών της συγκεκριμένης μελέτης (Orpenheim, 1986). Στην έρευνα αυτή η δειγματοληψία αντιμετωπίστηκε με έναν πολυδιάστατο τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη διαφορετικές παραμέτρους (χρονικές, χωροταξικές ή γεωγραφικές και κοινωνικές) και σχεδιάστηκε έτσι ώστε το δείγμα της να περικλείει μέσα του ομάδες σημαντικών για το σκοπό της έρευνας πληθυσμών που να σχετίζονται με το ευρύτερο σύνολο, χωρίς όμως να το αντιπροσωπεύουν άμεσα (Mason, 2003). Σύμφωνα με τις αρχές και τους κανόνες της ποιοτικής δειγματοληψίας και το στρατηγικό στόχο που τέθηκε κατά τη διαδικασία σχεδιασμού της έρευνας, αντλήθηκε δείγμα για τις δύο φάσεις της ως εξής:

Για την πρώτη φάση της μελέτης (της διεξαγωγής των συνεντεύξεων) χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας κρίσης ή σκοπιμότητας, κατά την οποία ο ερευνητής επιλέγει σκόπιμα το δείγμα με βάση την υποκειμενική του γνώση για τα χαρακτηριστικά του δείγματος, γιατί το συγκεκριμένο δείγμα έχει τη γνώση, τα χαρακτηριστικά και τη θέληση να του δώσει πιο ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις στις ερευνητικές του ερωτήσεις (Sarantakos, 1998; Robson, 2002). Το δείγμα εθελοντών της πρώτης φάσης αποτέλεσαν 19 ενήλικες, ηλικίας 18 έως

70 ετών, εκ των οποίων οι 10 ήταν άνδρες (52,6%) και οι 9 (47,4%) ήταν γυναίκες. Οι πέντε εκ των εθελοντών ήταν άνδρες υγειονομικοί (εν ενεργεία ή συνταξιούχοι) υπάλληλοι του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) της Νομαρχιακής Μονάδας Υγείας (Ν.Μ.Υ.) Τρικάλων, ενώ οι υπόλοιποι 14 εθελοντές (9 γυναίκες και 5 άνδρες) προήλθαν από το γενικό πληθυσμό. Οι υγειονομικοί υπάλληλοι ήταν γιατροί, οι ειδικότητες των οποίων ήταν σχετικές με το αντικείμενο της μελέτης. Συγκεκριμένα, ένας γιατρός με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, ένας με ειδικότητα Παθολογίας, ένας με ειδικότητα Ρευματολογίας, ένας με ειδικότητα Νευρολογίας και ένας με ειδικότητα Ορθοπαιδικής. Το είδος της δειγματοληψίας που επιλέχθηκε για τις συνεντεύξεις των υπαλλήλων της Ν.Μ.Υ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Τρικάλων ήταν η απλή τυχαία δειγματοληψία (Παρασκευόπουλος, 1993; Robson, 2002) και έγινε με τον πρακτικό τρόπο της "κλήρωσης" από τους ονομαστικούς καταλόγους όλων των κατηγοριών των υπαλλήλων, κατόπιν άδειας από το Διευθυντή της Μονάδας. Για τις συνεντεύξεις του γενικού πληθυσμού, το είδος της δειγματοληψίας που επιλέχθηκε ήταν η "βολική δειγματοληψία" (Παρασκευόπουλος, 1993; Robson, 2002), σύμφωνα με την οποία ως απαντώντες στην έρευνα επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα και στην προκειμένη περίπτωση, κάτοικοι των Τρικάλων και των Ιωαννίνων και φοιτητές των Πανεπιστημίων Θεσσαλίας και Ιωαννίνων. Η συμμετοχή των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα της πρώτης φάσης της έρευνας ήταν εθελοντική και η ανταπόκρισή τους οφείλεται στο γεγονός ότι προσεγγίστηκαν απευθείας από την ίδια την ερευνήτρια (Bird, et al., 1999).

Στη δεύτερη φάση της μελέτης (των ερωτηματολογίων) πήραν μέρος 600 ενήλικες, ηλικίας 18 έως 70 ετών, εκ των οποίων οι 96 ήταν επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και οι 504 προέρχονταν από το γενικό πληθυσμό. Τα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας παρουσιάζονται στους Πίνακες 2 και 3. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις χ^2 οι οποίες έδειξαν κάποιες διαφορές με βάση το φύλο. Οι αναλύσεις αυτές αποσκοπούν στην καλύτερη πληροφόρηση του αναγνώστη και δεν θεωρείται ότι κάποιες διαφορές ως προς το φύλο (π.χ., περισσότεροι άνδρες παθολόγοι από ότι γυναίκες) επηρέασαν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποια μελέτη που να δείχνει διαφορές στη γνώση και

στην αντίληψη της πιθανής επίπτωσης των περιβαλλοντικών παραγόντων στα συμπτώματα μυαλγίας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι συμμετέχοντες των δύο ομάδων εργάζονταν σε ένα ευρύ φάσμα Δημόσιων και ιδιωτικών φορέων ή ήταν συνταξιούχοι, αγρότες, ελεύθεροι επαγγελματίες και φοιτητές σχολών της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Επίσης, οι συμμετέχοντες προέρχονταν από όλα σχεδόν τα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά πληθυσμού επαγγελματιών υγείας.

Φύλο	Συχνότητα	Ηλικιακή ομάδα (έτη)	Συχνότητα	Ειδικότητα	Συχνότητα
Άνδρες	52	18-28	2	Παθολογία	13 [†]
		29-40	14	Γενική ιατρική	7
		41-50	14 [†]	Νευρολογία	7
		51-60	17 [†]	Ορθοπαιδική	12 [†]
		61-70	5 [†]	Ρευματολογία	7
Γυναίκες	44	18-28	4	Φυσικοθεραπεία	6
		29-40	25*	Παθολογία	3
		41-50	8	Γενική ιατρική	9
		51-60	6	Νευρολογία	9
		61-70	1	Ορθοπαιδική	4
				Ρευματολογία	9
				Φυσικοθεραπεία	10*

Σημ.: † = chi-square στατιστικά υψηλότερη συχνότητα στους άνδρες ($p < 0.05$).

* = chi-square στατιστικά υψηλότερη συχνότητα στις γυναίκες ($p < 0.05$).

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά γενικού πληθυσμού.

Φύλο	Συχνότητα	Ηλικιακή ομάδα (έτη)	Συχνότητα	Μορφωτικό επίπεδο	Συχνότητα
Άνδρες	226	18-28	54	Δημοτικό	3
		29-40	73	Γυμνάσιο	9
		41-50	59	Λύκειο	57
		51-60	29	Τεχν. Σχολή / ΙΕΚ	30
		61-70	11	ΑΤΕΙ/ΑΕΙ	109
Γυναίκες	278*	18-28	60	ΜSc/PhD	18
		29-40	79	Δημοτικό	12
		41-50	85	Γυμνάσιο	4
		51-60	43	Λύκειο	69
		61-70	11	Τεχν. Σχολή / ΙΕΚ	34
				ΑΤΕΙ/ΑΕΙ	142
				ΜSc/PhD	17

Σημ.: * = chi-square στατιστικά υψηλότερη συχνότητα στις γυναίκες ($p < 0.05$).

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις διαφορετικές διαστάσεις στη βάση των οποίων έπρεπε να οργανωθούν οι ομάδες του δείγματος της έρευνας αλλά και την πολυποίκιλη ιδιαιτερότητα των χαρακτηριστικών τους, τα είδη της δειγματοληψίας οι οποίες επιλέχθηκαν για τα ερωτηματολόγια της δεύτερης φάσης της έρευνας ήταν:

I) η δειγματοληψία χιονοστιβάδας ή χιονόμπαλας (snowball sampling), κατά την οποία επιλέγονται περιπτώσεις από συστάσεις άλλων μελών του δείγματος (Κυριαζή, 2002). Για το λόγο αυτό άλλωστε χρησιμοποιείται και η έννοια της χιονόμπαλας, που καθώς κατεβαίνει, μεγαλώνει συνεχώς, με αποτέλεσμα και ο πληθυσμός με τις συστάσεις εκείνων που συμμετείχαν συνεχώς να αυξάνεται. Η μέθοδος της χιονόμπαλας, χρησιμοποιήθηκε για τα ερωτηματολόγια του γενικού πληθυσμού ως εξής: αρχικά προσεγγίστηκαν από την ερευνήτρια εθελοντές που λειτούργησαν ως "σπόροι", δηλαδή έδωσαν πληροφορίες επικοινωνίας (τηλέφωνα, ονόματα, διευθύνσεις) άλλων ατόμων του ίδιου υποπληθυσμού και μέσω αυτής της διαδικασίας έγινε μια σοβαρή προσπάθεια ώστε να συμπεριληφθούν στο πλαίσιο δειγματοληψίας, όσο το δυνατόν περισσότερες από τις περιπτώσεις που περιλαμβάνονται στον πληθυσμό (Κυριαζή, 2002; Robson, 2002).

II) η μέθοδος της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, σύμφωνα με την οποία γίνεται κατηγοριοποίηση του πληθυσμού σε ομοιογενείς ομάδες με παρόμοια χαρακτηριστικά και στη συνέχεια το δείγμα λαμβάνεται τυχαία και ισάριθμα από την κάθε ομάδα του πληθυσμού χωριστά (Παρασκευόπουλος, 1993; Robson, 2002).

III) η μέθοδος της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, σύμφωνα με την οποία κάθε μέλος του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί για το σχηματισμό του δείγματος, με οποιοδήποτε άλλο μέλος του πληθυσμού (Παρασκευόπουλος, 1993; Robson, 2002).

Τα δύο αυτά είδη δειγματοληψίας (II και III) χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή δεδομένων από τις σχετικές με την έρευνα ειδικότητες των γιατρών (Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Ρευματολογίας, Νευρολογίας και Ορθοπαιδικής) και από τους φυσικοθεραπευτές ως εξής: αφού αναγνωρίστηκαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στον ευρύτερο πληθυσμό και

έπρεπε να υπάρχουν στο δείγμα της έρευνας, έγινε ο διαχωρισμός σε ομοιογενείς ομάδες (στρώματα) και επιλέχθηκε το δείγμα μέσα από τις συγκεκριμένες ομάδες, ώστε να εξασφαλιστεί η συλλογή πληροφοριών - δεδομένων από κάθε ομοιογενή ομάδα που έχει προέλθει από τον ευρύτερο πληθυσμό και περιλαμβάνει τις παραμέτρους του, δηλαδή τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K., 2000; Κυριαζή, 2002). Αυτό έγινε με δύο διαφορετικές διαδικασίες:

α) μέσα από ένα δειγματοληπτικό πλαίσιο - κατάσταση που δημιουργήθηκε από ονομαστικούς καταλόγους των γιατρών ειδικοτήτων σχετικών με την έρευνα (Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Ρευματολογίας, Νευρολογίας και Ορθοπαιδικής) και των φυσικοθεραπευτών και στη συνέχεια από αυτό, επιλέχθηκαν τυχαία οι γιατροί και οι φυσικοθεραπευτές και

β) μέσα από ένα δεύτερο δειγματοληπτικό πλαίσιο που δημιουργήθηκε από ονομαστικούς καταλόγους εγγεγραμμένων σε επιστημονικά συνέδρια (Ρευματολογικό και Νευρολογικό) και στη συνέχεια από αυτό επιλέχθηκαν τυχαία οι γιατροί αυτών των ειδικοτήτων. Αυτή η διαδικασία ακολουθήθηκε συμπληρωματικά ως προς την προηγούμενη, λόγω ελλιπούς δείγματος των συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων.

Τα μεγέθη των δειγμάτων των δύο φάσεων κρίθηκαν επαρκή, με βάση προηγούμενες μελέτες με σχετική μεθοδολογία, οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο Εργαστήριο Αθλητικής Ψυχολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Τ.Ε.Φ.Α.Α.) του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ανάλυση στατιστικής δύναμης για τον ακριβή προσδιορισμό του ελάχιστου δυνατού δείγματος δεν ήταν δυνατή, αφενός γιατί η φάση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων αφορά σε ποιοτική έρευνα (Rossman & Rallis, 1998) και αφετέρου γιατί η φάση των ερωτηματολογίων ερευνά θέματα, τα οποία δεν έχουν μελετηθεί στο παρελθόν και είναι αδύνατη η εξεύρεση δημοσιευμένων δεδομένων για τους απαραίτητους υπολογισμούς.

Κριτήρια αποκλεισμού συμμετοχής εθελοντών στην έρευνα αποτέλεσαν:

α) άτομα ηλικίας < 18 ετών και β) άτομα ηλικίας > 70 ετών. Τα άτομα ηλικίας > 70 ετών αποκλείστηκαν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα διότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της

μελέτης ESORDIG (Ανδριανάκος, Τρόντζας, Χριστογιάννης και συν. 2003) για τον επιπολασμό των ρευματολογικών νοσημάτων στην Ελλάδα, σε άτομα άνω των 70 ετών παρουσιάζεται ενεργή νόσος σε τουλάχιστον 51% του πληθυσμού.

3.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.2.1. Ανάπτυξη της πρώτης φάσης της έρευνας

Στην πρώτη φάση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης, η οποία είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος συλλογής δεδομένων στις ποιοτικές έρευνες (Παπαϊωάννου, Θεοδωράκης & Γούδας, 2003) και επιτρέπει στον ερευνητή να αντλήσει πληροφορία σε βάθος και να κατανοήσει κοινωνικές συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις των ερωτώμενων (Ιωσηφίδης, 2003).

Ως προς το είδος χρησιμοποιήθηκε η μορφή της ημι-δομημένης συνέντευξης, η οποία χρησιμοποιείται σε ερευνητικά πεδία που μελετώνται για πρώτη φορά, για την αρχική συλλογή δεδομένων και τη διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων (Cohen, Manion & Morrison, 2000) και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων με συγκεκριμένο αριθμό και περιεχόμενο αλλά με μεγάλη ευελιξία ως προς τη σειρά τους και την τροποποίηση του περιεχομένου τους ανάλογα με τον ερωτώμενο (Robson, 2002).

Ως μέθοδος παραγωγής των δεδομένων κατά τη διαδικασία της συνέντευξης επιλέχθηκε η μέθοδος καταγραφής με τεχνικά μέσα (μαγνητόφωνο). Η έρευνα προετοιμάστηκε με κάθε λεπτομέρεια, καθώς με αυτή τη μέθοδο ο συνεντευκτής οφείλει σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, να αποκτήσει πολυάριθμες και σημαντικές πληροφορίες. Αυτή η προετοιμασία αποτέλεσε τον "οδηγό συνέντευξης" και επεδίωξε να μετατρέψει τους σκοπούς της έρευνας σε ερωτήσεις (Φίλιας, 2003). Με την έναρξη της έρευνας, διαμορφώθηκαν χειρόγραφα και ηλεκτρονικά αρχεία, με σκοπό τη συλλογή, ταξινόμηση και ανάλυση δεδομένων. Οι άξονες προβληματισμού που τέθηκαν εξ'αρχής και η αντανάκλαση των στόχων της έρευνας με μορφή ερωτήσεων, αποτυπώθηκαν σε δύο ερωτηματολόγια συνέντευξης, ένα για το δείγμα των 14 εθελοντών του

γενικού πληθυσμού (παράρτημα Α) και ένα για το δείγμα των πέντε εθελοντών γιατρών (παράρτημα Β) και αποτέλεσαν το κύριο μέσο επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου (Κομίλη, 1989). Το πρώτο ερωτηματολόγιο (γενικού πληθυσμού) περιελάμβανε 27 ερωτήσεις κλειστής και ανοιχτής μορφής, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ελεύθερης διατύπωσης από τον ερωτώμενο (Κυριαζή, 2002) και το δεύτερο ερωτηματολόγιο (γιατρών) 38 ερωτήσεις κλειστής και ανοιχτής μορφής επίσης.

Η επιλογή των ατόμων του δείγματος για τις συνεντεύξεις, τόσο των γιατρών όσο και του γενικού πληθυσμού αντλήθηκε μέσα από τους διοικητικούς και υγειονομικούς, εν ενεργεία και συνταξιούχους υπαλλήλους της Ν.Μ.Υ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Τρικάλων και από τον γενικό πληθυσμό. Οι ερωτώμενοι δηλαδή, αποτέλεσαν χαρακτηριστικές, τυπικές περιπτώσεις, ώστε να αντιπροσωπεύουν κατά το δυνατόν όλες τις κατηγορίες του πληθυσμού της έρευνας. Ένα δεύτερο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή των ερωτώμενων ήταν η εύκολη προσέγγισή τους λόγω του εδραιωμένου κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ερευνήτριας και εθελοντών (Βαβουρανάκης, 1986) - ως συνυπηρετούντες στη Ν.Μ.Υ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Τρικάλων - με αποτέλεσμα να είναι διαχειρίσιμη η επικοινωνία και η συνάντηση μαζί τους για τη διεξαγωγή της συνέντευξης. Από τη στιγμή που δέχτηκαν οι ερωτώμενοι να λάβουν μέρος, ενημερώθηκαν για τη διάρκεια της συνέντευξης ώστε να υπάρχει άνεση χρόνου. Πριν από τη συνέντευξη, γίνονταν στον κάθε εθελοντή μια σύντομη περιγραφή του σκοπού της έρευνας και του τρόπου με τον οποίο θα γινόταν η συνέντευξη. Στη συνέχεια καθορίζονταν ο τόπος και ο χρόνος της συνέντευξης, η οποία θα γινόταν σε προσωπικό χώρο των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στην αρχή της συνέντευξης δίνονταν στον κάθε ερωτώμενο μια ενημερωτική επιστολή, στην οποία αναγράφονταν όλες οι πληροφορίες για το σκοπό της έρευνας και ενημερώνονταν για το απόρρητο των στοιχείων και της ανωνυμίας (Kvale, 1996; Weinberg, 2002). Συγχρόνως το έγγραφο αυτό αποτελούσε και έντυπο συγκατάθεσης, στο οποίο ο εθελοντής ενυπόγραφα αποδέχονταν τη συμμετοχή του στην έρευνα (Παράρτημα ΙΙ). Στη συνέχεια δίνονταν η υπόσχεση ότι η συνέντευξη θα σταματούσε στο σημείο που ο ερωτώμενος δεν θα αισθανόταν άνετα ή ότι

ακόμα και αν αρχικά καταγράφονταν κάποιες απόψεις του, μπορούσε να ζητήσει να μη δημοσιοποιηθούν (Παρασκευόπουλος, 1993; Κυριαζή, 2002). Επίσης ενημερώνονταν για το δικαίωμά του να:

- ✓ αποσυρθεί ανά πάσα στιγμή μετά την έναρξη της έρευνας (Cohen & Manion, 1992)
- ✓ να ακούσει το περιεχόμενο των ηχογραφήσεων μετά την ολοκλήρωση της συνέντευξης, εφόσον το επιθυμούσε (Παρασκευόπουλος, 1993; Κυριαζή, 2002; Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

Τέλος, διευκρινίζονταν ότι:

- ✓ η ηχογράφηση θα γινόταν μία και μόνη φορά, χωρίς τη δυνατότητα επανάληψης
- ✓ για την πραγματοποίηση της συνέντευξης δεν απαιτούνται ειδικές γνώσεις, δηλαδή δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, αφού αυτές θα αποδοθούν μόνο ως στατιστικά στοιχεία και είναι εξίσου σοβαρή και αποδεκτή και η απάντηση δεν "ξέρω" (Παρασκευόπουλος, 1993; Κυριαζή, 2002).

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δεν παραβρίσκονταν άλλα άτομα λόγω του απορρήτου αλλά και επειδή υπήρχε πιθανότητα να επηρεάσουν τις απαντήσεις των συνεντευξιζόμενων (Κυριαζή, 2002) και όλοι οι ερωτώμενοι αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό και δικαιοσύνη (Briggs, 1986). Όλες οι ερωτήσεις ακολούθησαν την ίδια σειρά, διαβάστηκαν όπως παρουσιάζονται στα ερωτηματολόγια (παράρτημα Α για το γενικό πληθυσμό και παράρτημα Β για τους γιατρούς) και οι απαντήσεις καταγράφηκαν σε μαγνητόφωνο εγγραφής σε ψηφιακή μνήμη, ώστε να μπορέσουν να αναλυθούν με μεγαλύτερη συστηματικότητα και σε βάθος οι απαντήσεις μετά την απομαγνητοφώνηση (Παρασκευόπουλος, 1993; Κυριαζή, 2002; Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

Το λεξιλόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη διατύπωση των ερωτήσεων ήταν απλό, συγκεκριμένο και κατανοητό. Για παράδειγμα, έγινε χρήση του όρου "ψύξη" που χρησιμοποιείται κοινώς για να υποδηλώσει τα συμπτώματα μυαλγίας τα οποία ένα άτομο προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η κάθε ερώτηση δεν αναφέρονταν σε περισσότερα

του ενός θέματα, ήταν σύντομη, η διατύπωσή της δεν προέτρεπε τον ερωτώμενο προς μία συγκεκριμένη απάντηση και δεν προϋπόθετε γνώσεις, που πιθανόν δεν είχε (Παρασκευόπουλος, 1993; Κυριαζή, 2002; Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

Καθ' όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων και λόγω της χρήσης του μαγνητοφώνου, υπήρχε η δυνατότητα της παράλληλης χρήσης σημειώσεων με παρατηρήσεις που προέκυπταν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και γινόταν καταγραφή των σχετικών με την έρευνα στοιχείων (Beveridge, 1993; Χασάνδρα & Γούδας, 2004), αφού για κάποιες από τις λεκτικές εκφράσεις δεν υπάρχει η δυνατότητα να αποδοθούν σε γραπτό λόγο (Κυριαζή, 2002). Ο συνδυασμός του μαγνητοφώνου με τη χρήση των σημειώσεων ήταν χρήσιμος, διότι στις σημειώσεις καταγράφηκαν πληροφορίες οι οποίες δεν αποκαλύπτονται στο απομαγνητοφωνημένο κείμενο, όπως η έκφραση του προσώπου των ερωτώμενων όταν γινόταν αναφορά στη λέξη "πόνος" ή τα διάφορα σημεία του σώματος τα οποία έδειχναν κάποιοι ερωτώμενοι με το χέρι τους (υποδεικνύοντας το σημείο του πόνου) επειδή αγνοούσαν την ιατρική ορολογία. Όλες αυτές αλλά και άλλες σημαντικές πληροφορίες, οδήγησαν σε εξαγωγή συμπερασμάτων τα οποία συμπληρωματικά ως προς τα αποτελέσματα που προέκυψαν κατά την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, ενίσχυσαν τη θεματολογία των ερωτηματολογίων της δεύτερης φάσης της έρευνας. Η διακύμανση της διάρκειας της συνάντησης με κάθε συνεντευξιζόμενο (ενημέρωση, συμπλήρωση εντύπου συγκατάθεσης και συνέντευξη) ήταν από 50 έως 60 λεπτά, ανάλογα με τη ροή της συζήτησης και το βαθμό προσέγγισης του θέματος και ήταν ένα χρονικό περιθώριο το οποίο είχε τεθεί εξ' αρχής. Μετά την ολοκλήρωση της κάθε συνέντευξης, ο συνεντευξιζόμενος είχε τη δυνατότητα να ελέγξει το υλικό που ηχογραφήθηκε, δια της αναπαραγωγής του. Με την τεχνική αυτή οι συμμετέχοντες βεβαιώνονταν για τη γνησιότητα των λεγομένων τους (Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

3.2.2. Ανάπτυξη της δεύτερης φάσης της έρευνας

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας της πρώτης φάσης (της διαδικασίας των συνεντεύξεων) και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της (ενότητα 4.1) σηματοδότησε την έναρξη της δεύτερης φάσης της έρευνας (των ερωτηματολογίων). Η παραγωγή δεδομένων από τις συνεντεύξεις τροφοδότησε τη δημιουργία δύο δομημένων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων (ένα για το δείγμα του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας και ένα για το δείγμα του γενικού πληθυσμού), με τη μορφή κωδικοποιημένων κατηγοριών σε ερωτήσεις κλειστού τύπου, τα οποία κατασκευάστηκαν εξ' αρχής. Οι θεματικές ενότητες των ερωτηματολογίων δημιουργήθηκαν από το σύνολο του περιεχομένου των απομαγνητοφωνήσεων και των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν από τις σημειώσεις παρατήρησης. Η προετοιμασία και η σύνταξη, τόσο των ερωτήσεων που περιελήφθησαν στα ερωτηματολόγια όσο και των οδηγιών για τη συμπλήρωσή τους, αποτέλεσε μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία. Έγινε χρήση του όρου "ψύξη" που χρησιμοποιείται κοινώς για να υποδηλώσει τα συμπτώματα μυαλγίας τα οποία ένα άτομο προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Καθώς η σύνταξη των ερωτήσεων ασκεί μεγάλη επίδραση στην ποιότητα των δεδομένων που θα συλλεχθούν, τα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν με σεβασμό στις γενικές αρχές που διέπουν τη σύνταξή τους και καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια δημιουργίας ενός πλήρους, σύντομου, άρτιου και κατάλληλα δομημένου ερωτηματολογίου (Παρασκευόπουλος, 1993; Robson, 2002; Σίμος & Κομίλη, 2003) ώστε να:

- ✓ είναι απλή και κατά το δυνατόν συντομότερη η διατύπωση των ερωτήσεων, με σαφήνεια, στα μέτρα των ατόμων για τα οποία προορίζονται
- ✓ ασχολείται με ένα και μόνο θέμα η κάθε ερώτηση
- ✓ υπάρχει κατάλληλη δομή και συνοχή των ερωτήσεων
- ✓ υπάρχει η δυνατότητα των επιλογών "Δεν γνωρίζω" / "Δεν θυμάμαι" / "Άλλο" και "Δεν έχω αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών με ψύξη" (για τα ερωτηματολόγια γιατρών και φυσικοθεραπευτών)
- ✓ μην υπάρχουν ερωτήσεις που καθοδηγούν ή προδιαθέτουν τον ερωτώμενο

- ✓ μην υπάρχουν ερωτήσεις που δεν έχουν άμεση σχέση με το κύριο θέμα της έρευνας
- ✓ μην υπάρχουν αρνητικές εκφράσεις ή προτάσεις που περιέχουν διπλή άρνηση
- ✓ μην θεωρούνται κάποια στοιχεία ως δεδομένα.

Για να πάρουν την τελική τους μορφή τα ερωτηματολόγια χρειάστηκε να δοθούν δοκιμαστικά σε ένα μικρό αριθμό εθελοντών και μάλιστα δύο φορές, επιφέροντας κάθε φορά τις ενδεικνυόμενες από αυτούς τροποποιήσεις (Παρασκευόπουλος, 1993).

Προκειμένου να ελεγχθεί η λειτουργικότητα των ερωτηματολογίων της έρευνας, ως προς τη σαφήνεια των ερωτήσεων και των ερευνητικών ερωτημάτων, πραγματοποιήθηκαν δύο προκαταρκτικές έρευνες (Orpenheim, 1986). Αυτό έγινε, όχι μόνο για να διαπιστωθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητά τους ως ερευνητικά εργαλεία αλλά και για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της μεθοδολογίας ως προς την εφαρμογή της στις συγκεκριμένες κατηγορίες συμμετεχόντων. Η πρώτη έγινε το Μάιο του 2011 και σε αυτή τη φάση ελέγχου, δόθηκαν ερωτηματολόγια για συμπλήρωση σε δύο γιατρούς και δέκα εθελοντές γενικού πληθυσμού. Παρατηρήθηκαν κάποια προβλήματα σχετικά με την ανεπάρκεια επιλογής απάντησης (στα ερωτηματολόγια γιατρών) αλλά και σχετικά με την κατανόηση όρων (στα ερωτηματολόγια γενικού πληθυσμού). Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή τους κρίθηκε ικανοποιητικός και για τους δύο τύπους ερωτηματολογίων. Οι παρατηρήσεις και οι ελλείψεις που επισημάνθηκαν στην αρχική αυτή φάση ελέγχου των ερωτηματολογίων διορθώθηκαν και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η δεύτερη φάση ελέγχου. Τα νέα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε άλλους δύο γιατρούς και δέκα εθελοντές γενικού πληθυσμού, προκειμένου να ελεγχθούν εκ νέου ως προς την κατανόηση των ερωτήσεων, την επάρκεια των επιλογών απάντησης και το χρόνο που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή τους. Κατά τη δεύτερη φάση ελέγχου των ερωτηματολογίων δεν χρειάστηκε να γίνουν άλλες τροποποιήσεις. Ακολούθησε η διαδικασία μέτρησης της αξιοπιστίας των απαντήσεων μέσω της επανάληψης της διαδικασίας, ώστε να αξιολογηθεί η σταθερότητα των απαντήσεων. Για το σκοπό αυτό, ένα μήνα αργότερα κλήθηκαν οι ίδιοι εθελοντές της δεύτερης φάσης ελέγχου των ερωτηματολογίων, να

συμπληρώσουν ξανά τα ερωτηματολόγια κάτω από τις ίδιες συνθήκες και συσχετίστηκαν οι απαντήσεις τους οι οποίες ήταν ακριβώς οι ίδιες. Με βάση τα αποτελέσματα των προκαταρκτικών ερευνών ελέγχθηκε πλήρως η εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων και έλαβαν την τελική τους μορφή. Οι 24 εθελοντές που έλαβαν μέρος στην πιλοτική έρευνα - σε αντίθεση με τους εθελοντές της φάσης των συνεντεύξεων - δεν συμμετείχαν στη συνέχεια της έρευνας, κατά τη διαδικασία δηλαδή συμπλήρωσης των 600 ερωτηματολογίων.

Μετά την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας - η οποία πρόσφερε χρήσιμες πληροφορίες για την αναμόρφωση των ερευνητικών εργαλείων και είχε ως σκοπό την αύξηση της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και της πρακτικότητάς τους - οριστικοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια, τα οποία αναφορικά με τα χαρακτηριστικά τους για μια πετυχημένη και ορθή έρευνα (Javeau, 2000; Σίμος & Κομίλη, 2003) και αντανακλώντας τους στόχους της έρευνας, παρουσιάζουν:

- ✓ πληρότητα ως προς την κάλυψη όλων των πτυχών του ερευνητικού προβλήματος
- ✓ σαφήνεια ως προς το περιεχόμενο των πληροφοριών
- ✓ συνοχή ως προς την ορθή σύνδεση των ερωτήσεων μεταξύ τους
- ✓ ομαδοποίηση συγγενών ερωτήσεων και
- ✓ ερωτήματα ελέγχου, τα οποία τέθηκαν για τον έλεγχο των απαντήσεων σε βασικές ερωτήσεις.

Όσον αφορά στη δομή και τα περιεχόμενα των ερωτηματολογίων, είναι σύντομα ως προς τον αριθμό των ερωτήσεων, ώστε να μην κουράζουν τον ερωτώμενο ή του δημιουργούν την αίσθηση ότι θα "χάσει" πολύ χρόνο για τη συμπλήρωσή τους (Ρόντος & Παπάνης, 2007). Για τον ίδιο λόγο, αποφασίστηκε ο τύπος των ερωτήσεων να είναι κλειστός, ώστε να είναι πιο σύντομη η συμπλήρωσή τους αλλά και πιο εύκολη η μετέπειτα ανάλυση των απαντήσεων. Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, έγινε χρήση του όρου "ψύξη" που χρησιμοποιείται κοινώς για να υποδηλώσει τα συμπτώματα μυαλγίας τα οποία ένα άτομο προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Οι ερωτήσεις ακολουθούν τους κανόνες της γραμματικής και του συντακτικού, είναι διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατανοητές από όλους τους ερωτώμενους και από

πλευράς περιεχομένου είναι απλές και περιεκτικές. Το μέγεθος των ερωτηματολογίων γίνεται εκ πρώτης όψεως αντιληπτό από τον αριθμό των σελίδων (7 σελίδες στο ερωτηματολόγιο γιατρών και φυσικοθεραπευτών και 5 σελίδες στο ερωτηματολόγιο γενικού πληθυσμού) και των ερωτήσεων (29 ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο γιατρών και φυσικοθεραπευτών και 16 ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο γενικού πληθυσμού). Οι ερωτήσεις εκτείνονται σε χαρτί τύπου A₄ μπρος - πίσω, με κατάλληλη γραμματοσειρά και μέγεθος (Calibri -11), έτσι ώστε αφενός να μην καλύπτεται πολύς χώρος και αφετέρου να είναι αρκετά ευανάγνωστοι οι χαρακτήρες.

Αναλυτικά, η δομή και τα περιεχόμενα των ερωτηματολογίων αναπτύσσονται ως εξής: επάνω δεξιά στην πρώτη σελίδα, αναγράφεται η λέξη "Κωδικός" και ακριβώς δίπλα της υπάρχει ένα πλαίσιο, στο οποίο η ερευνήτρια συμπληρώνει τον αριθμό που αντιστοιχεί σε κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα. Ακολούθως, αναγράφεται ο τίτλος του ερωτηματολογίου: "ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ" και αμέσως μετά, τα απαραίτητα για τους σκοπούς της έρευνας βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος: ηλικία, φύλο και ειδικότητα (στο ερωτηματολόγιο των γιατρών και φυσικοθεραπευτών) και ηλικία, φύλο και μορφωτικό επίπεδο (στο ερωτηματολόγιο του γενικού πληθυσμού). Στη συνέχεια, στο ερωτηματολόγιο του γενικού πληθυσμού, προσδιορίζεται η έννοια του όρου "μυαλγία", ώστε να είναι κατανοητή από όλους και να μην επιδέχεται διάφορες ερμηνείες. Αμέσως μετά και στους δύο τύπους ερωτηματολογίων, αναγράφονται: οι οδηγίες συμπλήρωσής τους, η διαβεβαίωση του σεβασμού της ανωνυμίας των συμμετεχόντων στην έρευνα και η χρησιμότητα του ερωτηματολογίου για τους σκοπούς της έρευνας. Για να γίνουν κατανοητές οι οδηγίες συμπλήρωσης, ακολουθούν δύο ερωτήσεις - παραδείγματα, ένα για τις ερωτήσεις που απαιτούν μόνο μία απάντηση και ένα για τις ερωτήσεις, για τις οποίες υπάρχει η δυνατότητα πολλαπλής επιλογής απαντήσεων. Η δεύτερη ερώτηση δε, σε συνδυασμό με την ερώτηση 16, αποτέλεσαν ερώτημα ελέγχου για την αξιοπιστία των απαντήσεων, των συμμετεχόντων στην έρευνα. Στο τέλος της πρώτης σελίδας, αναγράφεται υπογραμμισμένο και με κεφαλαία γράμματα το κείμενο: "ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ: ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ ΚΑΙ ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ, ΑΠΛΑ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΚΦΡΑΖΕΙ

ΚΑΛΥΤΕΡΑ" και για άντληση περισσότερων πληροφοριών ακολουθεί η υπόδειξη της ιστοσελίδας του ερευνητικού εργαστηρίου στο οποίο διεξάγεται η έρευνα www.famelab.gr. Στην τελευταία σελίδα των ερωτηματολογίων, η ερευνήτρια εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες της προς τους συμμετέχοντες για τη συνεργασία τους.

Όπως προαναφέρθηκε, έγινε χρήση του όρου "ψύξη" που χρησιμοποιείται κοινώς για να υποδηλώσει τα συμπτώματα μυαλγίας τα οποία ένα άτομο προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στα ερωτηματολόγια είναι ομαδοποιημένες στις εξής θεματικές ενότητες:

Για τα ερωτηματολόγια του γενικού πληθυσμού (Παράρτημα Γ):

A) εμφάνιση και συμπτώματα της ψύξης, συχνότητα και σημείο εντοπισμού της ψύξης, με αντίστοιχες τις ερωτήσεις 1, 2, 3 και 5,

B) αίτια πρόκλησης της ψύξης, διάρκεια και τρόπος εμφάνισής της, με αντίστοιχες τις ερωτήσεις 6, 7, 8, 9 και 10,

Γ) ενδιαφέρον και τρόπος συλλογής πληροφοριών για την ψύξη, με αντίστοιχες τις ερωτήσεις 11, 12 και 13,

Δ) τεχνικές αντιμετώπισής της και συσχέτισή της με τη σωματική άσκηση, με αντίστοιχες τις ερωτήσεις 14 και 16 και

Ε) ερωτήματα ελέγχου που αποτέλεσαν, αφενός οι ερωτήσεις 4 και 15 (για τον έλεγχο των απαντήσεων στην ερώτηση 6, μία από τις βασικότερες ερωτήσεις της έρευνας) και αφετέρου η ερώτηση 16 (για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα, αφού είναι η ίδια ερώτηση αλλά με διαφορετική διατύπωση, με τη δεύτερη ερώτηση - παράδειγμα.

Από το σύνολο των 16 ερωτήσεων κλειστού τύπου, οι 2 περιορίζονται στην επιλογή "Ναι" / "Όχι", οι 9 ερωτήσεις περιορίζονται σε μία μόνο επιλογή, ανάμεσα από μια σειρά εναλλακτικών προκαθορισμένων απαντήσεων και οι 5 ερωτήσεις, δίνουν τη δυνατότητα πολλών επιλογών μεταξύ πολλαπλών προκαθορισμένων και μη αμοιβαία αποκλειόμενων εναλλακτικών

απαντήσεων (όπου ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει περισσότερες από μία απαντήσεις). Καθώς είναι αδύνατο να προβλεφτούν όλες οι πιθανές απαντήσεις, υπάρχει η δυνατότητα των επιλογών "Δεν γνωρίζω" / "Δεν θυμάμαι" / "Άλλο", ανάλογα με το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης, ώστε σε περίπτωση που ο ερωτώμενος δεν βρίσκει ικανοποιητική κάποια από προκαθορισμένες απαντήσεις, να έχει τη δυνατότητα να σκεφτεί και να διατυπώσει τη δική του άποψη.

Για τα ερωτηματολόγια του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας (Παράρτημα Δ):

Αποτελούνται από δύο μέρη και το μεν πρώτο μέρος είναι ακριβώς ίδιο, με αυτό του ερωτηματολογίου του γενικού πληθυσμού, το δε δεύτερο, αποτελείται από τις εξής θεματικές ενότητες:

A) σύμφωνα με τις περιγραφές των ασθενών, κατά την επίσκεψή τους στο γιατρό και η ενότητα αυτή, αποτελείται από τις εξής υποενότητες: I) εμφάνιση και συμπτώματα της ψύξης, συχνότητα και σημείο εντοπισμού, με αντίστοιχες τις ερωτήσεις 17, 18, 19 και 21 και

II) αίτια πρόκλησης της ψύξης, διάρκεια και τρόπος εμφάνισής της, με αντίστοιχες τις ερωτήσεις 20, 22, 23 και 24.

B) σύμφωνα με τον τρόπο που αντιμετωπίζει ο γιατρός, περιστατικά με ψύξη, με τις ερωτήσεις 25, 26, 27, 28 και 29.

Από το σύνολο των 29 ερωτήσεων κλειστού τύπου, οι 3 περιορίζονται στην επιλογή "Ναι" / "Όχι", οι 11 ερωτήσεις περιορίζονται σε μία μόνο επιλογή, ανάμεσα από μια σειρά εναλλακτικών προκαθορισμένων απαντήσεων και οι 15 ερωτήσεις, δίνουν τη δυνατότητα πολλών επιλογών μεταξύ πολλαπλών προκαθορισμένων και μη αμοιβαία αποκλειόμενων εναλλακτικών απαντήσεων(όπου ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει περισσότερες από μία απαντήσεις).Και σε αυτό το ερωτηματολόγιο, υπάρχει η δυνατότητα των επιλογών "Δεν γνωρίζω" / "Δεν θυμάμαι" / "Άλλο" αλλά και η επιλογή "Δεν έχω αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών με ψύξη", ανάλογα με το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης.

Το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από ένα έντυπο (Παράρτημα IV), του οποίου η πρώτη σελίδα αποτελεί τη συνοδευτική επιστολή του ερωτηματολογίου και η δεύτερη αποτελεί

το έγγραφο συναίνεσης του συμμετέχοντα στην έρευνα. Το έντυπο φέρει το λογότυπο του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και αναφέρονται σε αυτό, τα εξής στοιχεία:

- ✓ ο τίτλος της ερευνητικής μελέτης
- ✓ ο σκοπός της έρευνας και ο τρόπος που θα χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα που θα συλλεχθούν
- ✓ η ταυτότητα της ερευνήτριας
- ✓ ο τίτλος του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
- ✓ η διαβεβαίωση για το σεβασμό της ανωνυμίας και των προσωπικών δεδομένων του συμμετέχοντα και
- ✓ στοιχεία επικοινωνίας που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο συμμετέχων, προκειμένου να ρωτήσει οτιδήποτε σχετικό με την έρευνα.

Στο τέλος κάθε εντύπου υπάρχει ένα πλαίσιο, στο οποίο συμπληρώνει η ερευνήτρια τον κωδικό του αντίστοιχου ερωτηματολογίου.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια, σχεδόν σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας ώστε να υπάρχει όσο το δυνατόν περισσότερη αντιπροσωπευτικότητα του ευρύτερου πληθυσμού στο δείγμα, εκτός κάποιων ερωτηματολογίων που απεστάλησαν σε απομακρυσμένες περιοχές με τη μέθοδο του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ως επισύναψη ηλεκτρονικής αλληλογραφίας. Τα πλεονεκτήματα της αποστολής του ερωτηματολογίου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου εντοπίζονται στην ταχύτητα αποστολής, στο χαμηλό κόστος του μέσου, στη μεγάλη γεωγραφική κάλυψη που παρέχει και στο σημαντικό περιθώριο χρόνου για τη συμπλήρωση του. Το βασικότερο μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηματολογίων δεν επιστρέφονται (Κυριαζή, 2002; Παπάνης, 2011). Μαζί με τα ερωτηματολόγια, ως επισυναπτόμενα αρχεία αποστέλλονταν: η συνοδευτική επιστολή του ερωτηματολογίου (Παράρτημα IV) ώστε να διασφαλιστεί η συναίνεση του συμμετέχοντα στην έρευνα (Παπάνης, 2011), καθώς και ένα ενημερωτικό κείμενο στο οποίο η

ερευνήτρια με ευγενικό τρόπο ανέπτυξε το λόγο αποστολής του επισυναπτόμενου ερωτηματολογίου και τον τρόπο συμπλήρωσής του, ενώ παράλληλα τον ευχαριστούσε για τη συμμετοχή και τη συνεργασία του και τον διασφάλιζε για το απόρρητο των στοιχείων και της ανωνυμίας.

Η διαδικασία διάθεσης και παραλαβής των ερωτηματολογίων ήταν πολυδάπανη και χρονοβόρα και συχνά παρουσιάστηκαν ανυπέρβλητες δυσκολίες και εμπόδια όπως:

- ✓ ελλιπής συμπλήρωση ερωτηματολογίων, που είχε ως αποτέλεσμα την ακύρωση και επανεκτύπωσή τους, ώστε να συμπληρωθεί ο εξαρχής οριζόμενος αριθμός των ατόμων που θα συμμετείχαν στην έρευνα
- ✓ ελλιπής συμπλήρωση στοιχείων στο έντυπο συναίνεσης, που επίσης είχε το ίδιο αποτέλεσμα
- ✓ μετακίνηση και διαμονή της ερευνήτριας σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας
- ✓ μη απόκριση αρκετών γιατρών - ειδικοτήτων σχετικών με την έρευνα - να συμμετάσχουν στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, γεγονός το οποίο προκάλεσε αφενός σκληρή και επίπονη προσπάθεια της ερευνήτριας ώστε να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια του οριζόμενου μεγέθους δείγματος υγειονομικής εξειδίκευσης ανά ειδικότητα (16) και αφετέρου το μακροχρόνιο της ολοκλήρωσης της έρευνας.

3.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΤΕΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα μελέτη δόθηκε μεγάλη προσοχή στην τήρηση σωστών μεθοδολογικών πρακτικών. Τα δυνατά σημεία της μεθοδολογίας της έρευνας αυτής, ως δείκτες προσέγγισης της αλήθειας στον υψηλότερο δυνατό βαθμό, προκύπτουν από τα εξής χαρακτηριστικά της (Αλεξόπουλος, 1998; Robson, 2002; Χασάνδρα & Γούδας, 2004):

- ✓ την παρατεταμένη ενασχόληση και εκτεταμένη σχέση της ερευνήτριας με το χώρο της υγείας, μέσα από την πολύχρονη εργασιακή εμπειρία της σ' αυτόν

- ✓ το εδραιωμένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ εθελοντών της πρώτης φάσης της έρευνας (των συνεντεύξεων) και ερευνήτριας, ως συνυπηρετούντες στη Ν.Μ.Υ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Τρικάλων
- ✓ την επίμονη και παρατεταμένη παρατήρηση των εθελοντών στο περιβάλλον τους από την ερευνήτρια, με την παράλληλη χρήση σημειώσεων
- ✓ οι ερωτήσεις της πρώτης φάσης της έρευνας (των συνεντεύξεων) ήταν κοινές προς όλους τους συμμετέχοντες, με σκοπό να ληφθούν απαντήσεις, των οποίων η τυπολογία (δηλαδή η μελέτη και κατάταξή τους σε τύπους με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους) να είναι δυνατό να ομαδοποιηθεί
- ✓ η καταγραφή των συνεντεύξεων έγινε με συστηματικό τρόπο (ηχογράφηση) και στη συνέχεια έγινε η απομαγνητοφώνησή τους με στόχο να αναλυθούν με μεγαλύτερη συστηματικότητα και σε βάθος οι απαντήσεις και να καθοριστεί η ουσία των δεδομένων
- ✓ δημιουργήθηκαν δύο αρχεία (του ηχητικού υλικού και του απομαγνητοφωνημένου κειμένου) τα οποία και φυλάσσονται είτε για πιθανό επανέλεγχο είτε για να χρησιμοποιηθούν από μελλοντικούς ερευνητές
- ✓ όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας είναι απόρρητα και εμπιστευτικά, με απόλυτο σεβασμό στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας
- ✓ ελέγχθηκε από τους συμμετέχοντες το περιεχόμενο των συνεντεύξεων, τόσο κατά τη διάρκειά τους όσο και μετά την απομαγνητοφώνησή τους
- ✓ οι ερωτήσεις των δύο ερωτηματολογίων της δεύτερης φάσης της έρευνας ήταν κοινές για όλους τους συμμετέχοντες ανά ειδική κατηγορία (γενικός πληθυσμός και γιατροί ειδικοτήτων σχετικών με την έρευνα - φυσικοθεραπευτές)
- ✓ ελέγχθηκε η λειτουργικότητα των ερωτηματολογίων, τόσο ως προς τη σαφήνεια των ερωτήσεων και των ερευνητικών ερωτημάτων, όσο και ως προς την αξιοπιστία τους ως ερευνητικό εργαλείο, με την πραγματοποίηση δύο προκαταρκτικών ερευνών

- ✓ ελέγχθηκε η αξιοπιστία των απαντήσεων των συμμετεχόντων με ερωτήματα ελέγχου στα ερωτηματολόγια
- ✓ εφαρμόστηκε η τεχνική της τριγωνοποίησης δεδομένων (δηλαδή η χρήση πολλαπλών μεθόδων συλλογής δεδομένων)
- ✓ ελέγχθηκε η αξιοπιστία των κατηγοριοποιημένων με τους κωδικούς πληροφοριών από άλλο ερευνητή, που δεν είχε σχέση με αυτή την έρευνα
- ✓ ελέγχθηκαν από εξωτερικό αξιολογητή όλα τα στάδια της ερευνητικής πορείας, τόσο για την αποφυγή εφαρμογής μεθόδων που θα είχαν θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα όσο και για την αξιοπιστία των ερευνητικών μεθόδων και τεχνικών της μελέτης και την ακρίβεια των αποτελεσμάτων της
- ✓ τέλος, έγινε λεπτομερής περιγραφή όλων των σταδίων ανάπτυξης της έρευνας, του περιβάλλοντος και των αποτελεσμάτων της, έτσι ώστε να παρέχει τη δυνατότητα «σε κάθε ενδιαφερόμενο αναγνώστη να καταλήξει σε συγκεκριμένο συμπέρασμα σχετικά με το αν τα στοιχεία αυτά είναι δυνατό να του φανούν χρήσιμα» (Χασάνδρα & Γούδας, 2004: 40).

3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις χ^2 για να εντοπιστούν διαφορές στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το μορφωτικό επίπεδο και την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας (των γιατρών και των φυσικοθεραπευτών).

Οι ίδιες αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν για να εντοπίσουν διαφορές στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου μεταξύ των δύο πληθυσμών (γενικού πληθυσμού και πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας).

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας των συνεντεύξεων, απαιτείται η χρονοβόρα αλλά απαραίτητη διαδικασία της απομαγνητοφώνησης, η οποία μετατρέπει τον προφορικό λόγο σε γραπτό κείμενο, ώστε να αναλυθούν με μεγαλύτερη συστηματικότητα και σε βάθος οι απαντήσεις. Η καταγραφή των πληροφοριών αμέσως μετά το τέλος της συνέντευξης έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους τρόπους παραγωγής αξιόπιστων δεδομένων για την ανάλυση (Saunders, Lewis & Thornhill, 2000). Ο προφορικός λόγος συχνά παρουσιάζει διακεκομμένες ή ανολοκλήρωτες προτάσεις και λέξεις ή επαναλήψεις (είτε αυτές γίνονται για λόγους έμφασης είτε αποτελούν στοιχείο προφορικής εκφοράς). Παρ' όλα αυτά έγινε μια σοβαρή, υπεύθυνη και λεπτομερής καταγραφή και απόδοση των διαλόγων των συνεντεύξεων και όλες οι ηχογραφήσεις απομαγνητοφωνήθηκαν αυτολεξεί ώστε να μελετηθούν τα αποτελέσματα και να ληφθούν σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό των ερωτηματολογίων της δεύτερης φάσης της έρευνας. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας της απομαγνητοφώνησης δημιουργήθηκαν δύο αρχεία:

- α) του ηχητικού υλικού και
- β) της κατά λέξη μετατροπής του προφορικού λόγου σε γραπτό, δηλαδή το απομαγνητοφωνημένο κείμενο που αποτελείται από ερωτήσεις και απαντήσεις.

Τα κείμενα αυτά δόθηκαν στους συμμετέχοντες με σκοπό να ελεγχθούν από τους ίδιους και να πιστοποιήσουν ότι:

- ✓ όσα διάβασαν είναι αυτά που είπαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης
- ✓ ότι συνεχίζουν ακόμη να συμφωνούν με τα λεγόμενά τους (Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε ένα δεύτερο αρχείο με το απομαγνητοφωνημένο κείμενο, στο οποίο για λόγους προστασίας της ανωνυμίας, τα ονόματα των εθελοντών δεν αναφέρονται. Στη θέση αυτών αναφέρεται το φύλο τους, με τη χρήση του γράμματος "Α" για τους άνδρες και "Γ"

για τις γυναίκες, το οποίο συνοδεύεται από έναν αύξοντα αριθμό από το 1 έως το 19, που αντιστοιχεί σε καθέναν από τους συμμετέχοντες στη διαδικασία της συνέντευξης (Παράρτημα III). Τα δύο αυτά αρχεία δημιουργήθηκαν και φυλάσσονται ως μία από τις μεθόδους διασφάλισης της αξιοπιστίας - φερεγγυότητας της έρευνας (Χασάνδρα & Γούδας, 2004).

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την πρώτη φάση της έρευνας αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης (Boyatzi, 1998; Παπαϊωάννου, Θεοδωράκης & Γούδας, 2003), μία διαδικασία κωδικοποίησης των ποιοτικών πληροφοριών σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, γίνεται η δημιουργία των κωδικών. Κάθε κωδικός έχει τα εξής χαρακτηριστικά: μία σύντομη επικεφαλίδα, έναν ορισμό, μια σύντομη περιγραφή που εξηγεί πώς εντοπίζεται ο κωδικός, μια σύντομη περιγραφή πιστοποίησης ή εξαίρεσης και από ένα παράδειγμα σε σχέση με τον κωδικό. Στο δεύτερο στάδιο γίνεται επανεξέταση και διασκευή των κωδικών του πρώτου σταδίου, αφού πρώτα ελεγχθεί η συμβατότητά τους με τα δεδομένα-πληροφορίες που αντλήθηκαν και στο τρίτο στάδιο, ελέγχεται η αξιοπιστία μεταξύ δύο ή τριών ερευνητών που κατηγοριοποίησαν τις πληροφορίες με τους κωδικούς. Αυτή η διαδικασία στην παρούσα έρευνα έγινε ως εξής: τα καταγεγραμμένα δεδομένα, διαβάστηκαν προσεκτικά και πολλές φορές, αφενός για να τα ξαναθυμηθεί η ερευνήτρια και να αρχίσει να τα κατανοεί, ώστε να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη αντίληψη ως προς το τι λένε ή κάνουν οι συμμετέχοντες και αφετέρου, για να εντοπιστεί κάτι που ήταν εμφανώς ενδιαφέρον ή περιέχονταν σε αυτό σχετική με την έρευνα πληροφορία. Σε αυτό το σημείο έγιναν σύντομες σημειώσεις στο περιθώριο, σχετικά με τη φύση της πληροφορίας που εντοπίστηκε. Τα στοιχεία αυτά κατηγοριοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν με ετικέτα-χαρακτηρισμό, ανάλογα με την αναφορά τους στο ίδιο θέμα. Με τον τρόπο αυτό, οι απαντήσεις για κάθε ένα θέμα-ερώτηση από διαφορετικά άτομα, δημιουργούσαν μία κατηγορία-κωδικό που αναδείκνυε τις διαφορετικές, για κάθε θέμα, απόψεις των ερωτώμενων. Στη συνέχεια, ταξινομήθηκαν ανάλογα με τη σημαντικότητα της πληροφορίας τους και επανεξετάστηκαν οι κωδικοί ώστε να ελεγχθεί η συμβατότητά τους με τα δεδομένα-πληροφορίες που συλλέχθηκαν. Τέλος, ελέγχθηκε η αξιοπιστία των κατηγοριοποιημένων με τους κωδικούς

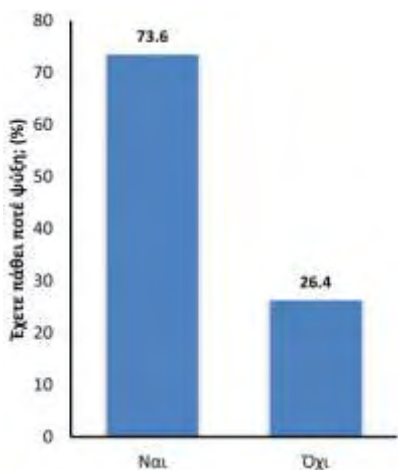
πληροφοριών από άλλο ερευνητή «*γνώστη της περιοχής και της μεθόδου έρευνας, άσχετο όμως με τη συγκεκριμένη έρευνα*» (Χασάνδρα & Γούδας, 2004:39). Τα δεδομένα αυτά τροφοδότησαν τη δημιουργία των δύο τύπων εκτεταμένων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στη δεύτερη φάση της έρευνας, τα αποτελέσματα της οποίας περιγράφονται αναλυτικά στην αμέσως επόμενη ενότητα.

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας της πρώτης φάσης (της διαδικασίας των συνεντεύξεων, ενότητα 3.2.3) και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της (ενότητα 4.1) σηματοδότησε την έναρξη της δεύτερης φάσης της έρευνας (των ερωτηματολογίων). Η παραγωγή δεδομένων από τις συνεντεύξεις τροφοδότησε τη δημιουργία δύο δομημένων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων (ένα για το δείγμα του γενικού πληθυσμού και ένα για το δείγμα του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας), με τη μορφή κωδικοποιημένων κατηγοριών σε ερωτήσεις κλειστού τύπου, τα οποία κατασκευάστηκαν εξαρχής. Όπως προαναφέρθηκε, στα ερωτηματολόγια έγινε χρήση του όρου "ψύξη" που χρησιμοποιείται κοινώς για να υποδηλώσει τα συμπτώματα μυαλγίας τα οποία ένα άτομο προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι επόμενες ενότητες παρουσιάζουν τα αποτελέσματα για το δείγμα του γενικού πληθυσμού και για το δείγμα του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας.

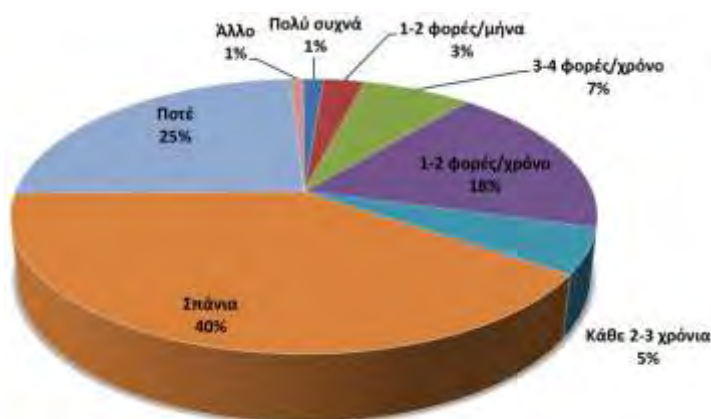
4.2.1 Αποτελέσματα στο γενικό πληθυσμό

Η πλειοψηφία των εθελοντών ανέφερε ότι είχε πάθει ψύξη στο παρελθόν ($p < 0.05$), όπως φαίνεται στην εικόνα 1. Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην απάντηση της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).



Εικόνα 1. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Έχετε πάθει ποτέ ψύξη;».

Η συχνότητα του αισθήματος της ψύξης στο γενικό πληθυσμό παρουσιάζεται στην εικόνα 2. Η πιο δημοφιλής απάντηση των εθελοντών ήταν ότι παθαίνουν ψύξη σπάνια, η δεύτερη πιο δημοφιλής απάντηση ήταν ότι δεν έχουν πάθει ψύξη, ενώ η τρίτη ότι παθαίνουν ψύξη 1-2 φορές το χρόνο ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).

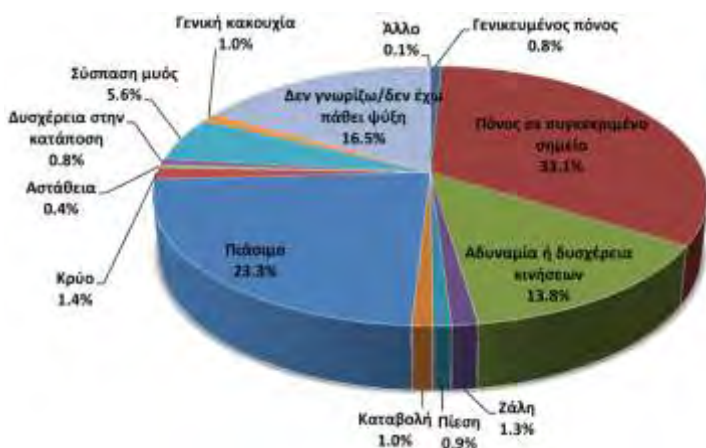


Εικόνα 2. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Πόσο συχνά παθαίνετε ψύξη;».

Σημ. Οι δύο απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «έχω πάθει μία φορά» και «έχω πάθει μόνο μία φορά».

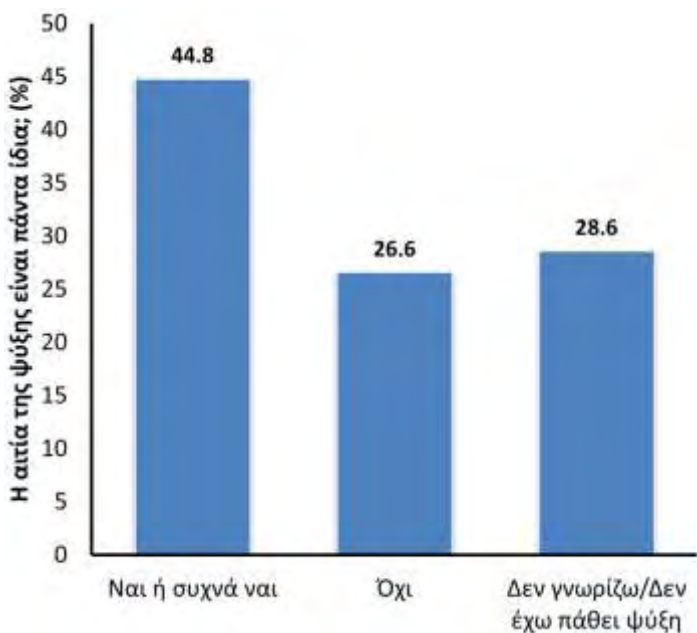
Τα συμπτώματα τα οποία οι εθελοντές αποδίδουν στην ψύξη (επομένως, στη μυαλγία που προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες) παρουσιάζονται στην εικόνα 3. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «πόνος σε συγκεκριμένο σημείο» και «πιάσιμο» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).

Εικόνα 3. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Ποια συμπτώματα υπάρχουν όταν θεωρείτε ότι έχετε πάθει ψύξη;».



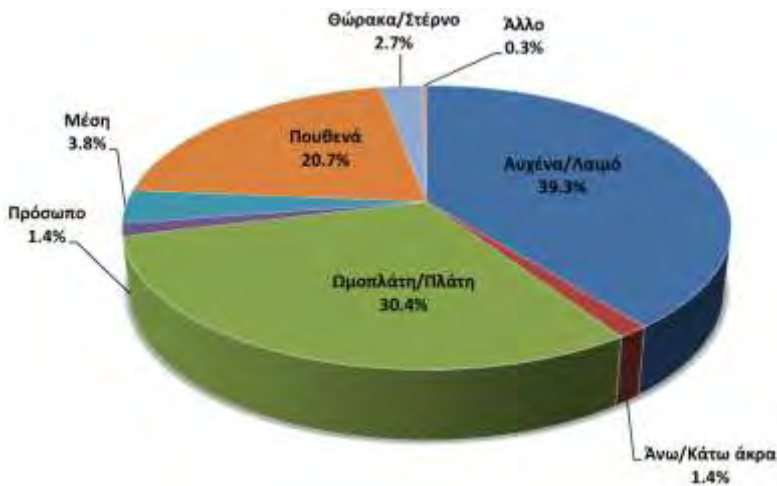
Σημ. Η μία απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «πόνος και δυσχέρεια κίνησης».

Σχετικά με τα αίτια της ψύξης, σχεδόν οι μισοί εθελοντές απάντησαν ότι είναι πάντα ή συχνά τα ίδια ($p < 0.05$) (εικόνα 4), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).



Εικόνα 4. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια;».

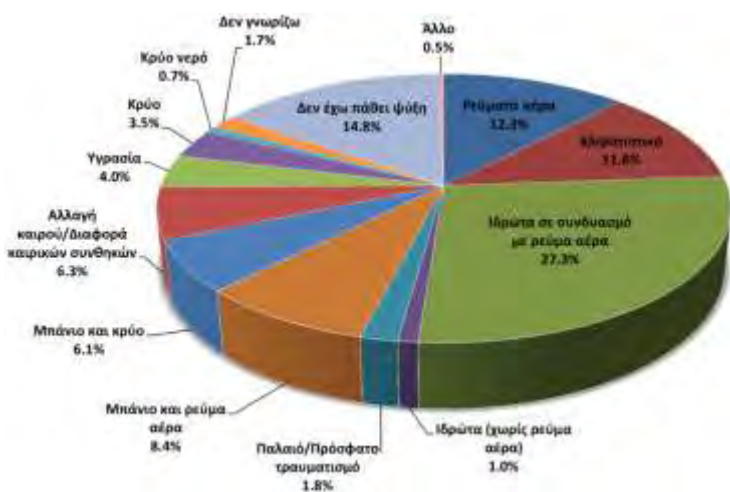
Τα σημεία του σώματος στα οποία οι εθελοντές αισθάνονται τα συμπτώματα της ψύξης (επομένως, της μυαλγία που προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες) παρουσιάζονται στην εικόνα 5. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «αυχέννας/λαιμός» και «ωμοπλάτη/πλάτη» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).



Εικόνα 5. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνετε ψύξη;».

Σημ. Οι δύο απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «δεν έχω πάθει ψύξη» και «σε πολλά».

Οι αιτίες στις οποίες οι εθελοντές αποδίδουν τα συμπτώματα της ψύξης παρουσιάζονται στην εικόνα 6. Η πιο δημοφιλής απάντηση των εθελοντών ήταν «ιδρώτας σε συνδυασμό με ρεύμα αέρα» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).

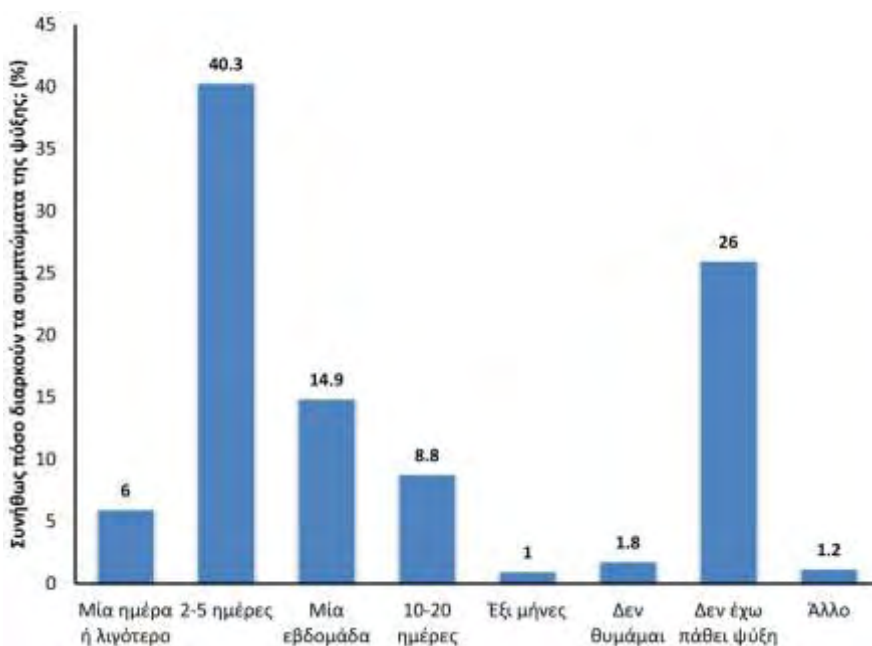


Εικόνα 6. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Πού αποδίδετε τα συμπτώματα ψύξης που νιώθετε;».

Σημ. Οι τέσσερις απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «αυτοκίνητο», «αλλαγή θερμοκρασίας από χώρο σε χώρο», «κακή στάση του σώματος κατά τον ύπνο» και «χαλάρωση μετά από ψυχοπιεστικό γεγονός».

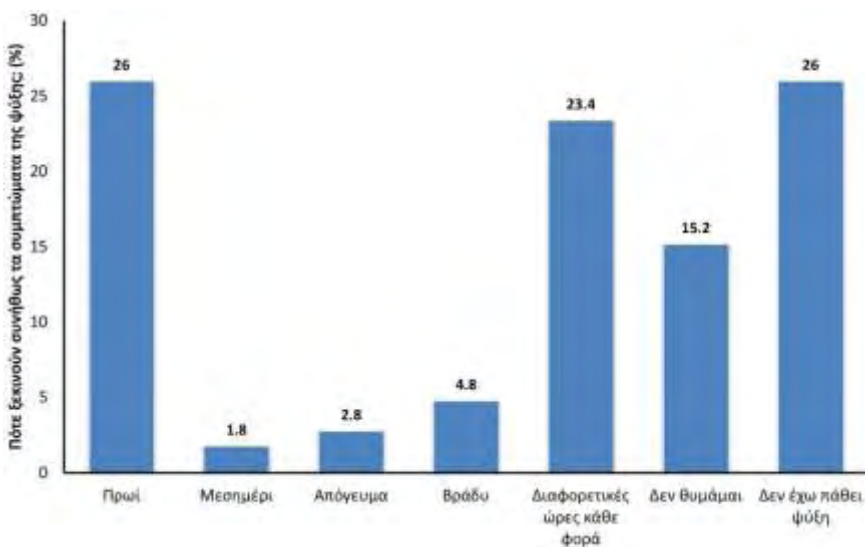
Σχετικά με τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ψύξης, η πιο δημοφιλής απάντηση ήταν «2-5 ημέρες» ($p < 0.05$) (εικόνα 7). Επίσης, το 26% των εθελοντών δήλωσε ότι τα συμπτώματα της ψύξης ξεκινούν συνήθως το πρωί και το 23.4% ότι ξεκινούν διαφορετικές ώρες κάθε φορά

(εικόνα 8). Οι απαντήσεις και στις δύο αυτές ερωτήσεις δεν άλλαξαν με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$).



Εικόνα 7. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Συνήθως πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;».

Σημ. Οι πέντε απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «1-2 ημέρες», «2 ημέρες», «ένα μήνα», «κράτηση χρόνια, θεραπεύτηκε με ομοιοπαθητική» και «μέχρι να θεραπευθούν με αγωγή».



Εικόνα 8. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Πότε ξεκινούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;».

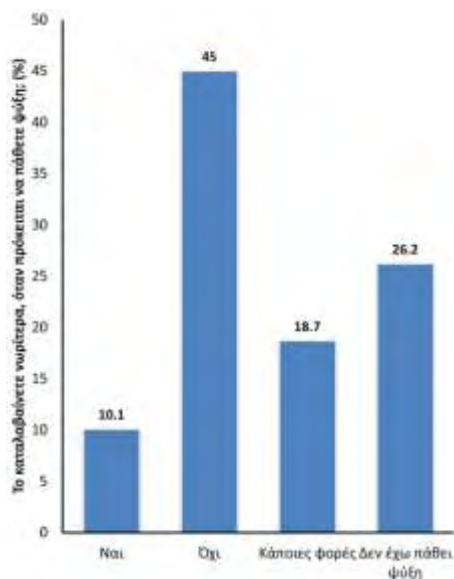
Οι περίοδοι του χρόνου κατά τις οποίες οι εθελοντές δήλωσαν ότι αισθάνονται περισσότερο τα συμπτώματα της ψύξης παρουσιάζονται στην εικόνα 9. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι», «Όχι» και «Χειμώνας» ($p<0.05$).

Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$).



Εικόνα 9. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Παθαίνετε πιο συχνά ψύξη κάποια περίοδο του χρόνου;».

Η πλειονότητα των εθελοντών που δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη, απάντησαν ότι δεν αισθάνονται κάποια συμπτώματα πριν τα «κλασικά» συμπτώματα της κατάστασης αυτής (εικόνα 10) ($p<0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$).

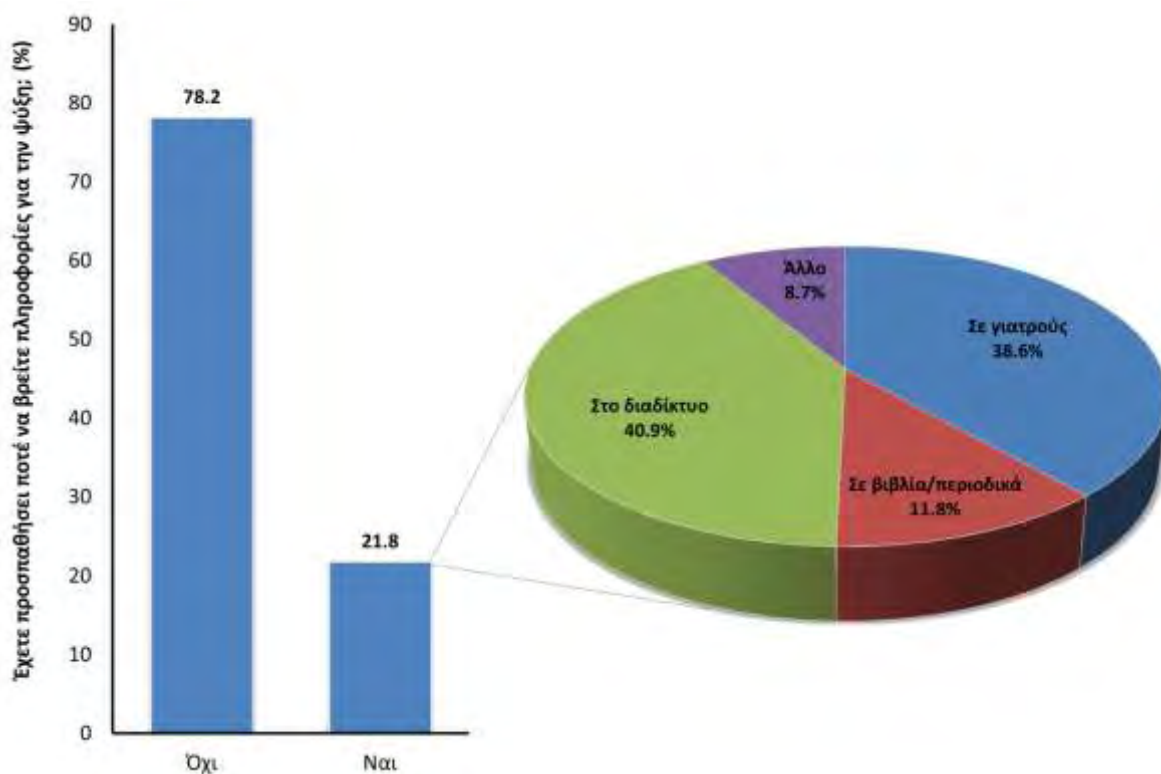


Εικόνα 10. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Το καταλαβαίνετε νωρίτερα, όταν πρόκειται να πάθετε ψύξη;».

Η συντριπτική πλειοψηφία των εθελοντών δήλωσε ότι δεν έχει προσπαθήσει ποτέ να βρει πληροφορίες για την ψύξη (εικόνα 11) ($p<0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$). Από εκείνους που προσπάθησαν να βρουν πληροφορίες, η περισσότερη απευθύνθηκαν στο διαδίκτυο και σε γιατρούς ($p<0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι οι εθελοντές έως 40 ετών χρησιμοποιούν κυρίως το διαδίκτυο (κατά 50%) και λιγότερο άλλους τρόπους, ενώ άτομα μεγαλύτερης ηλικίας βασίζονται κυρίως σε πληροφορίες που τους δίνουν οι γιατροί ($p<0.05$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$). Οι εθελοντές που δήλωσαν ότι προσπάθησαν να βρουν πληροφορίες για την

ψύξη, δήλωσαν ότι βρήκαν πληροφορίες κυρίως για την αντιμετώπιση, τα αίτια, και τα συμπτώματα της ψύξης (εικόνα 12) ($p < 0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$).

Εικόνα 11. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Έχετε προσπαθήσει ποτέ να βρείτε πληροφορίες για την ψύξη;».



Σημ. Οι έξι απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «από γνωστούς μου που έπαθαν ψύξη», «από γνωστούς-φίλους», «φίλοι», «φίλους», «λεξικό» και «τηλεόραση».

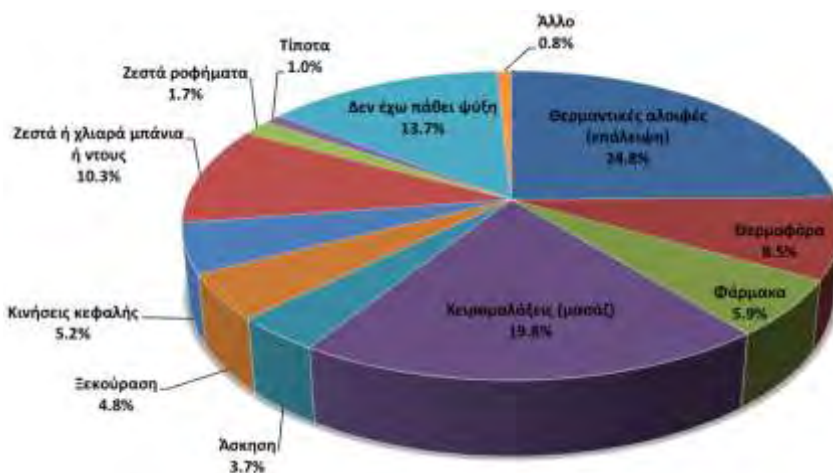
Οι τεχνικές που οι εθελοντές δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν μόνοι τα συμπτώματα της ψύξης παρουσιάζονται στην εικόνα 13. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «θερμαντικές αλοιφές (επάλειψη)» και «χειρομαλάξεις (μασάζ)» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της

ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$). Επίσης, οι μεγάλη πλειοψηφία των εθελοντών που δήλωσε ότι έχει πάθει ψύξη, ανέφερε ότι δεν έχει κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που παθαίνει ψύξη (εικόνα 14) ($p<0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαζε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή το μορφωτικό επίπεδο ($p>0.05$).



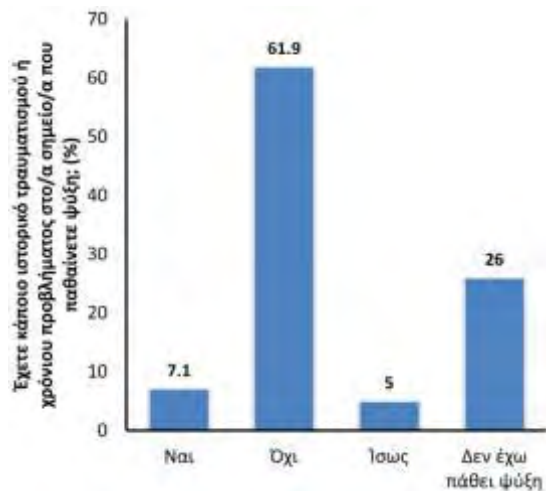
Εικόνα 12. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Τι πληροφορίες βρήκατε;».

Σημ. Οι τρεις απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «δεν έχω ψάξει», «έννοια ψύξης» και «τίποτα».



Εικόνα 13. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση «Ποιες τεχνικές χρησιμοποιήσατε για να αντιμετωπίσετε μόνος/ησας τα συμπτώματα της ψύξης;».

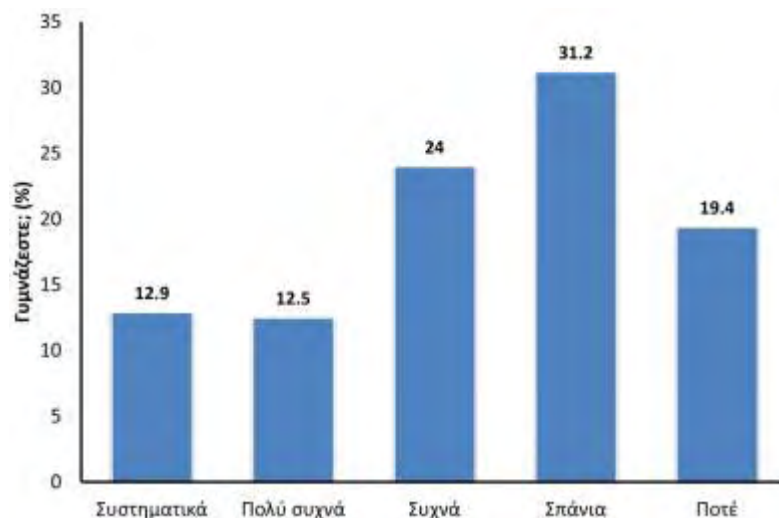
Σημ. Οι έξι απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «αυχενικό κηδεμόνα», «διατάσεις», «έμπλαστρα», «φυσικοθεραπεία», «υπέρυθρη ακτινοβολία» και «κολάρο αυχένα».



Εικόνα 14. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Έχετε κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που παθαίνετε ψύξη;».

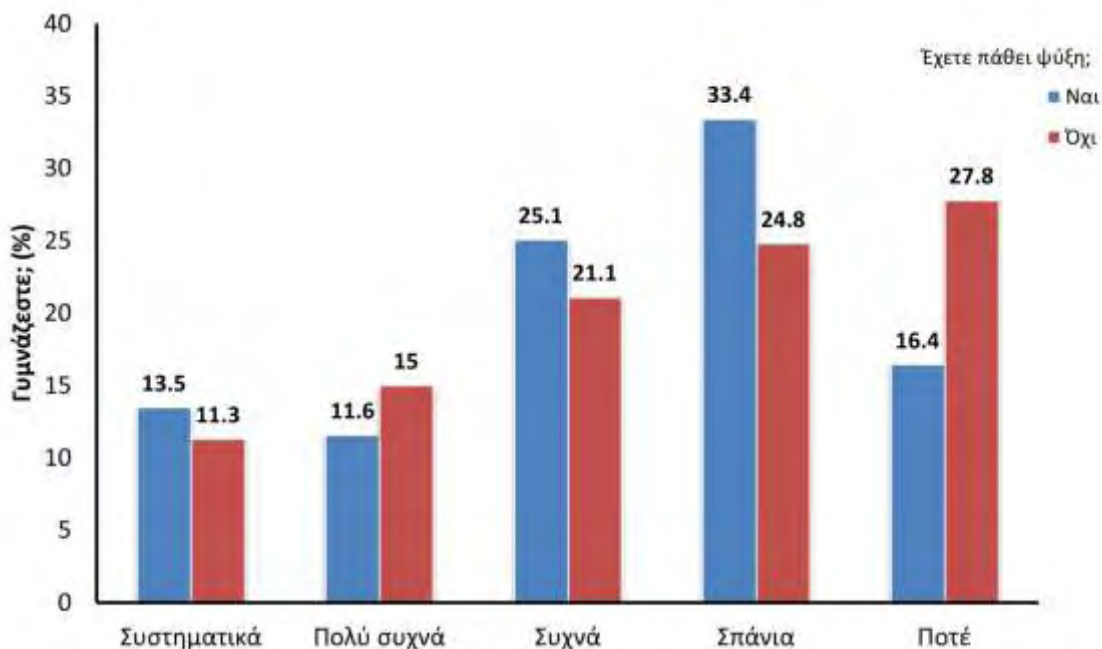
Οι μισοί από τους εθελοντές γυμνάζονταν σπάνια ή ποτέ ($p < 0.05$), και μόλις ένας στους τέσσερις γυμναζόταν συχνά (εικόνα 15).

Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εθελοντών που δήλωσαν ότι γυμνάζονται συστηματικά ή συχνά ήταν κάτω των 50 ετών ($p < 0.05$). Επίσης, οι άνδρες δήλωσαν ότι γυμνάζονται περισσότερο από ότι οι γυναίκες ($p < 0.05$), ενώ εθελοντές με περισσότερη μόρφωση δήλωσαν ότι γυμνάζονται πιο συχνά ($p < 0.05$). Τέλος, η ανάλυση της ενασχόλησης με τον αθλητισμό των εθελοντών που δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν πάθει ψύξη δεν έδειξε κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές (εικόνα 16) ($p < 0.05$).



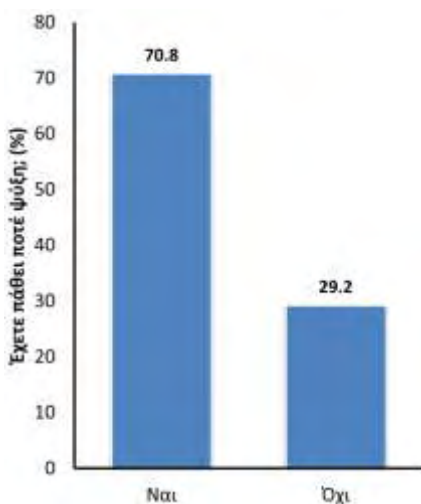
Εικόνα 15. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση «Γυμνάζεστε;».

Εικόνα 16. Οι απαντήσεις των εθελοντών του γενικού πληθυσμού στην ερώτηση: «Γυμνάζεστε;» με βάση την ερώτηση: «Έχετε πάθει ψύξη;».



4.2.2 Αποτελέσματα στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας

Η πλειοψηφία εθελοντών ανέφερε ότι είχε πάθει ψύξη στο παρελθόν ($p < 0.05$), όπως φαίνεται στην εικόνα 17. Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην απάντηση της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο ή την ηλικιακή ομάδα ($p > 0.05$).

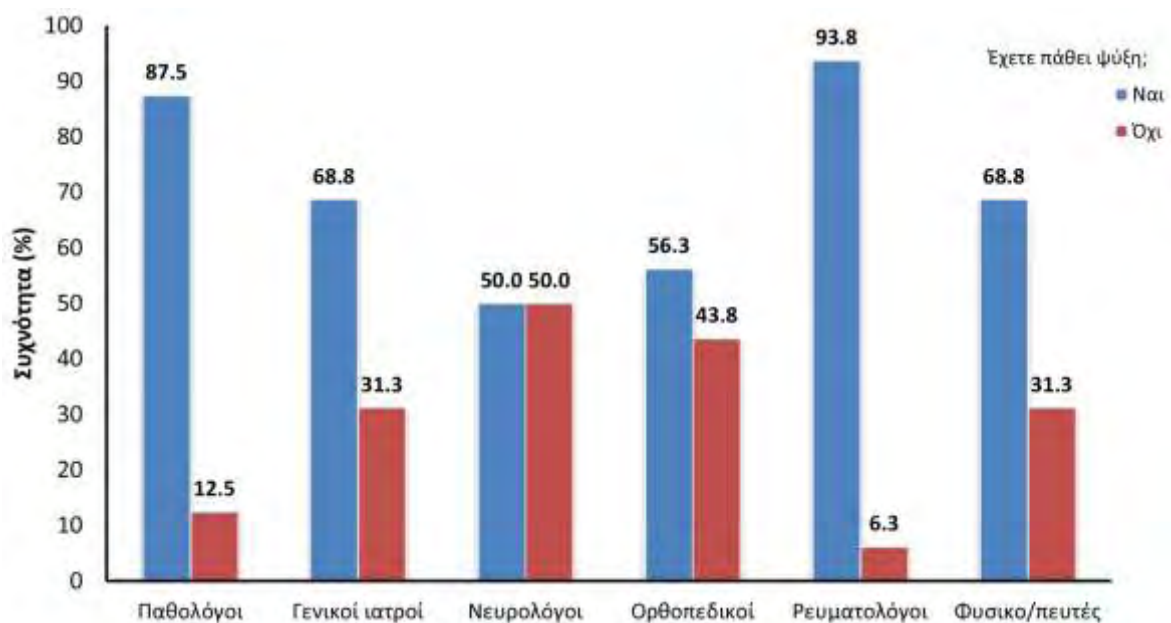


Εντοπίστηκε όμως μια διαφορά ως προς την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας (εικόνα 18) ($p < 0.05$). Συγκεκριμένα, η μεγάλη πλειονότητα των παθολόγων και

Εικόνα 17. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Έχετε πάθει ποτέ ψύξη;».

των γενικών ιατρών δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη, δύο στους τρεις γενικούς ιατρούς και φυσικοθεραπευτές δήλωσε ότι έχει πάθει ψύξη, ενώ η περίπτωση οι μισοί νευρολόγοι και ορθοπεδικοί δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη ($p < 0.05$).

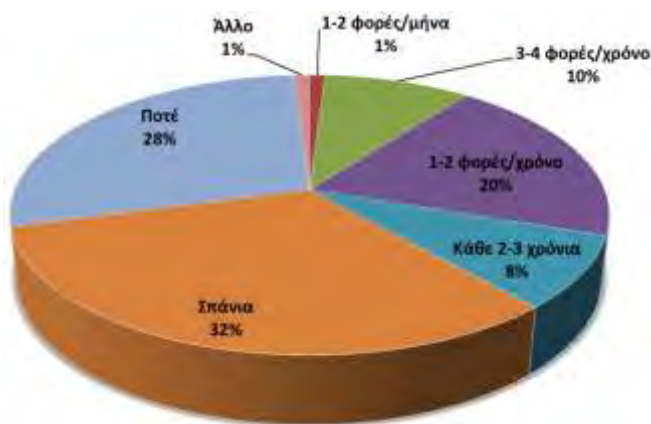
Εικόνα 18. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Έχετε πάθει ποτέ ψύξη;» με βάση την ειδικότητά τους.



Η συχνότητα του αισθήματος της ψύξης στο γενικό πληθυσμό παρουσιάζεται στην εικόνα 19. Η πιο δημοφιλής απάντηση των εθελοντών ήταν ότι παθαίνουν ψύξη σπάνια, η δεύτερη πιο δημοφιλής απάντηση ήταν ότι δεν έχουν πάθει ψύξη, ενώ η τρίτη ότι παθαίνουν ψύξη 1-2 φορές το χρόνο ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την ειδικότητα ($p > 0.05$).

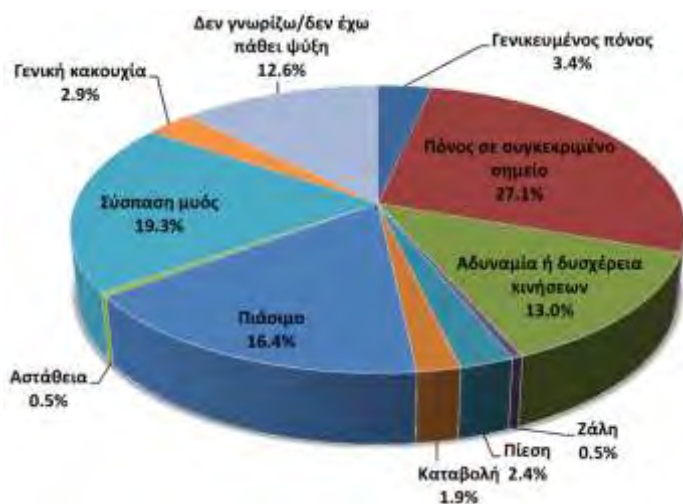
Τα συμπτώματα τα οποία οι εθελοντές αποδίδουν στην ψύξη (επομένως, στη μυαλγία που προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες) παρουσιάζονται στην εικόνα 20. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «πόνος σε συγκεκριμένο σημείο», «σύσπαση μύος» και «πιάσιμο» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις

απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την ειδικότητά τους ($p > 0.05$).



Εικόνα 19. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Πόσο συχνά παθαίνετε ψύξη;».

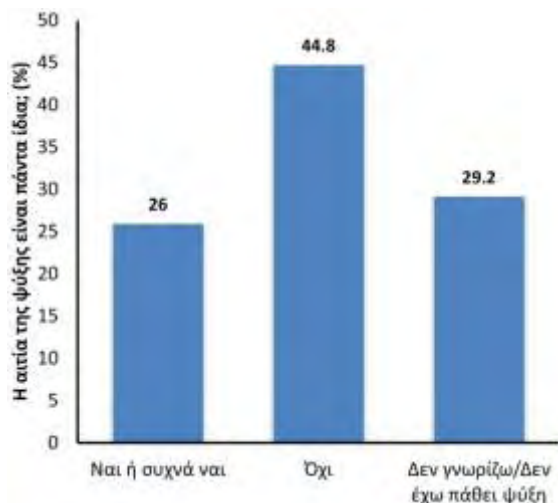
Σημ. Η μία απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «μόνο μια φορά».



Εικόνα 20. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Ποια συμπτώματα υπάρχουν όταν θεωρείτε ότι έχετε πάθει ψύξη;».

Σχετικά με τα αίτια της ψύξης,

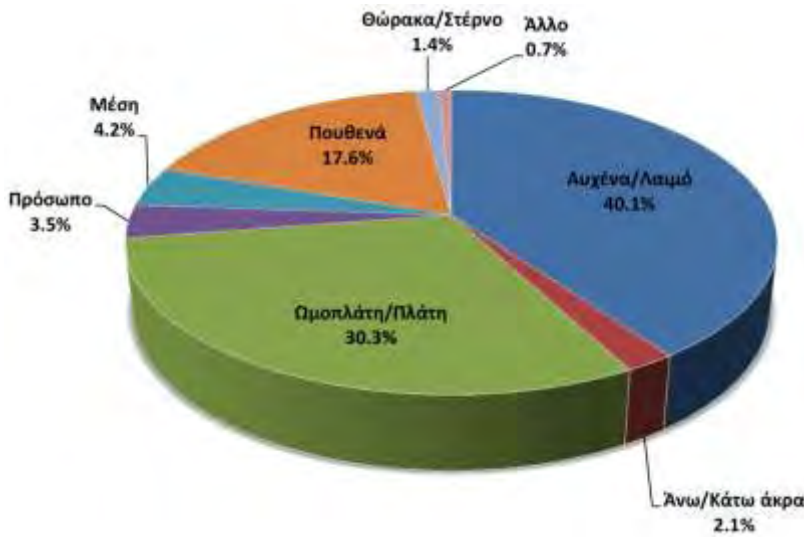
σχεδόν οι μισοί εθελοντές απάντησαν ότι δεν είναι πάντα τα ίδια ($p < 0.05$) (εικόνα 21), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$).



Εικόνα 21. Οι απαντήσεις των εθελοντών επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια;».

Τα σημεία του σώματος στα οποία οι εθελοντές αισθάνονται τα συμπτώματα της ψύξης (επομένως, της μυαλγία που προκαλείται από

περιβαλλοντικούς παράγοντες) παρουσιάζονται στην εικόνα 22. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «αυχένας/λαιμός» και «ωμοπλάτη/πλάτη» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$).



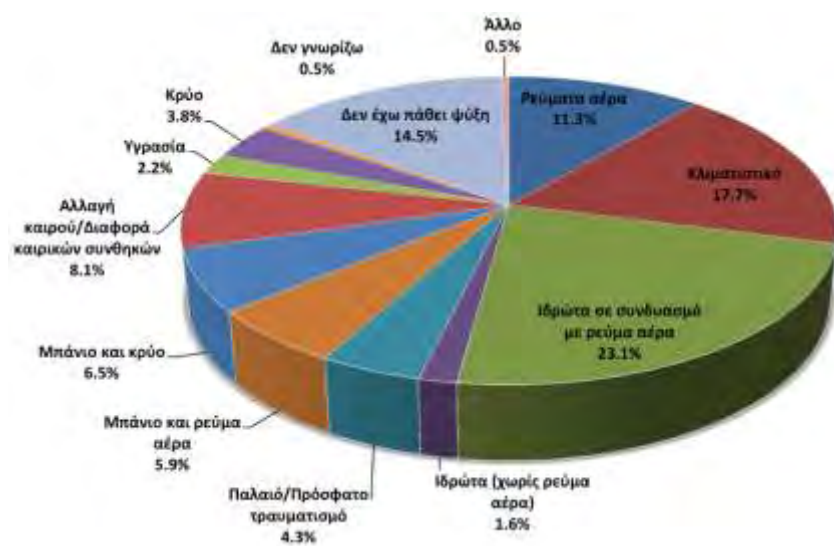
Εικόνα 22. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνετε ψύξη;».

Σημ. Η μια απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «δεν έχω πάθει ψύξη».

Οι αιτίες στις οποίες οι εθελοντές αποδίδουν τα συμπτώματα της ψύξης παρουσιάζονται στην εικόνα 6. Η πιο δημοφιλής απάντηση των εθελοντών ήταν «ιδρώτας σε συνδυασμό με ρεύμα αέρα» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση την ηλικιακή ομάδα ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$). Εντοπίστηκε όμως διαφορά με βάση το φύλο, όπου οι περισσότερες γυναίκες αποδίδουν τα συμπτώματα της ψύξης σε ρεύματα αέρα και το κλιματιστικό, ενώ οι περισσότεροι άνδρες σε ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύματα αέρα ($p < 0.05$).

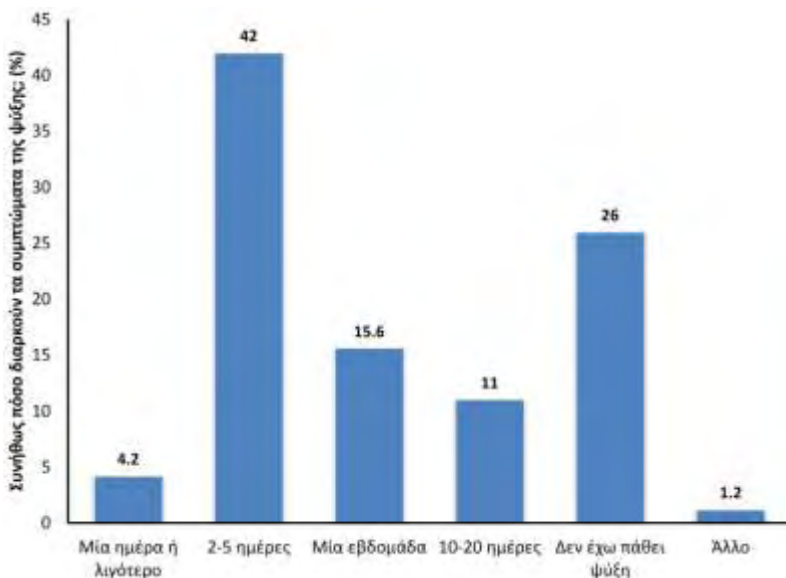
Σχετικά με τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ψύξης, η πιο δημοφιλής απάντηση ήταν «2-5 ημέρες» ($p < 0.05$) (εικόνα 24). Οι περισσότεροι από τους εθελοντές που δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη, απάντησαν ότι τα συμπτώματα ξεκινούν συνήθως είτε το πρωί είτε σε διαφορετικές

ώρες κάθε φορά ($p < 0.05$) (εικόνα 25). Οι απαντήσεις και στις δύο αυτές ερωτήσεις δεν άλλαξαν με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$).



Εικόνα 23. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Πού αποδίδετε τα συμπτώματα ψύξης που νιώθετε;».

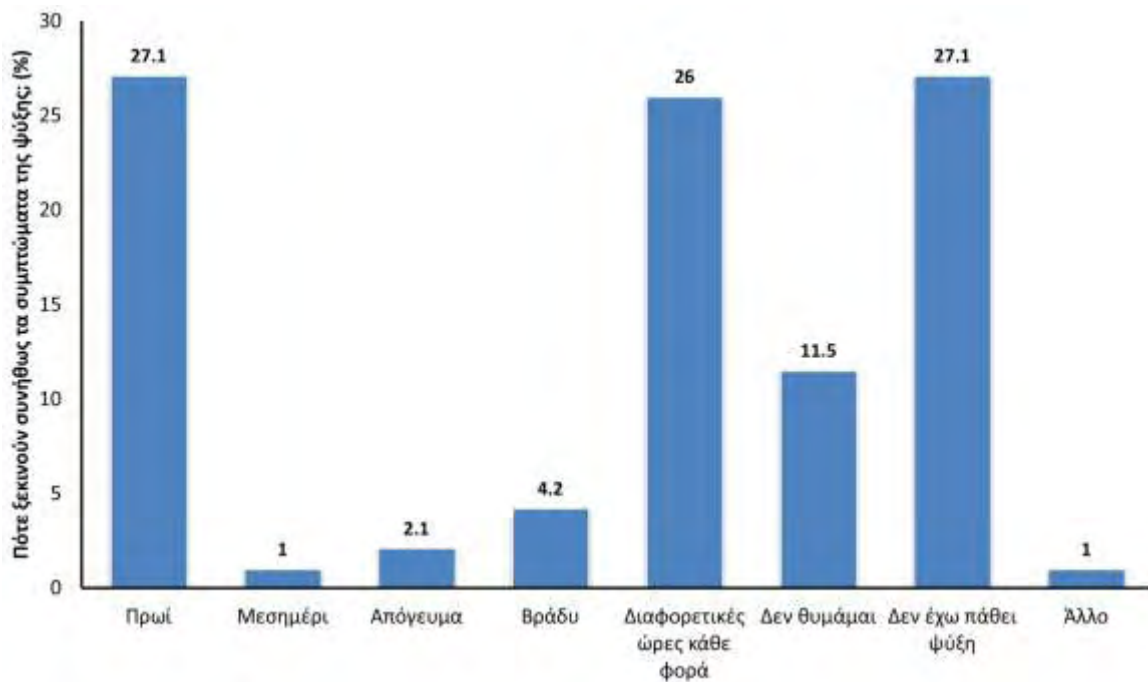
Σημ. Η μία απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «στη μηχανή».



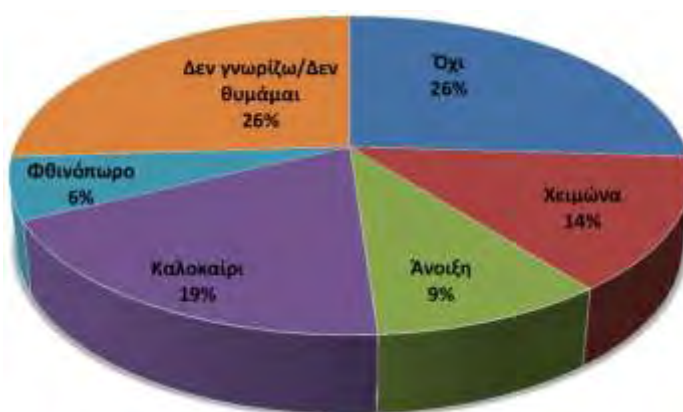
Εικόνα 24. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Συνήθως πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;».

Σημ. Η μία απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «2-3 ημέρες».

Εικόνα 25. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Πότε ξεκινούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;».

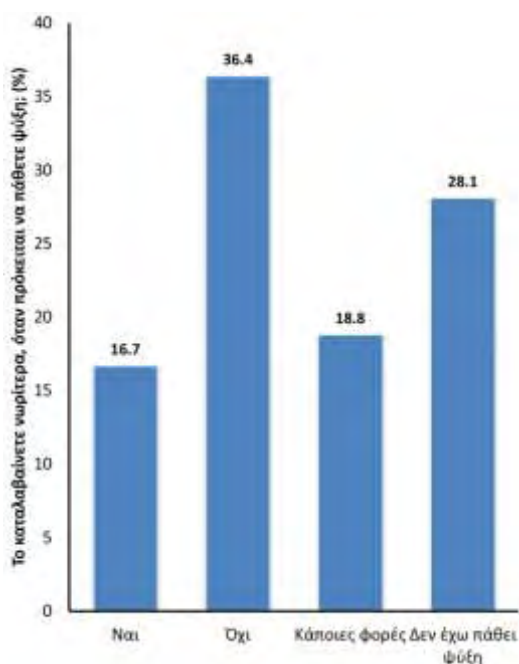


Οι περίοδοι του χρόνου, κατά τις οποίες οι εθελοντές δήλωσαν ότι αισθάνονται περισσότερο τα συμπτώματα της ψύξης, παρουσιάζονται στην εικόνα 26. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι» και «Όχι» ($p < 0.05$). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$).



Εικόνα 26. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Παθαίνετε πιο συχνά ψύξη κάποια περίοδο του χρόνου;».

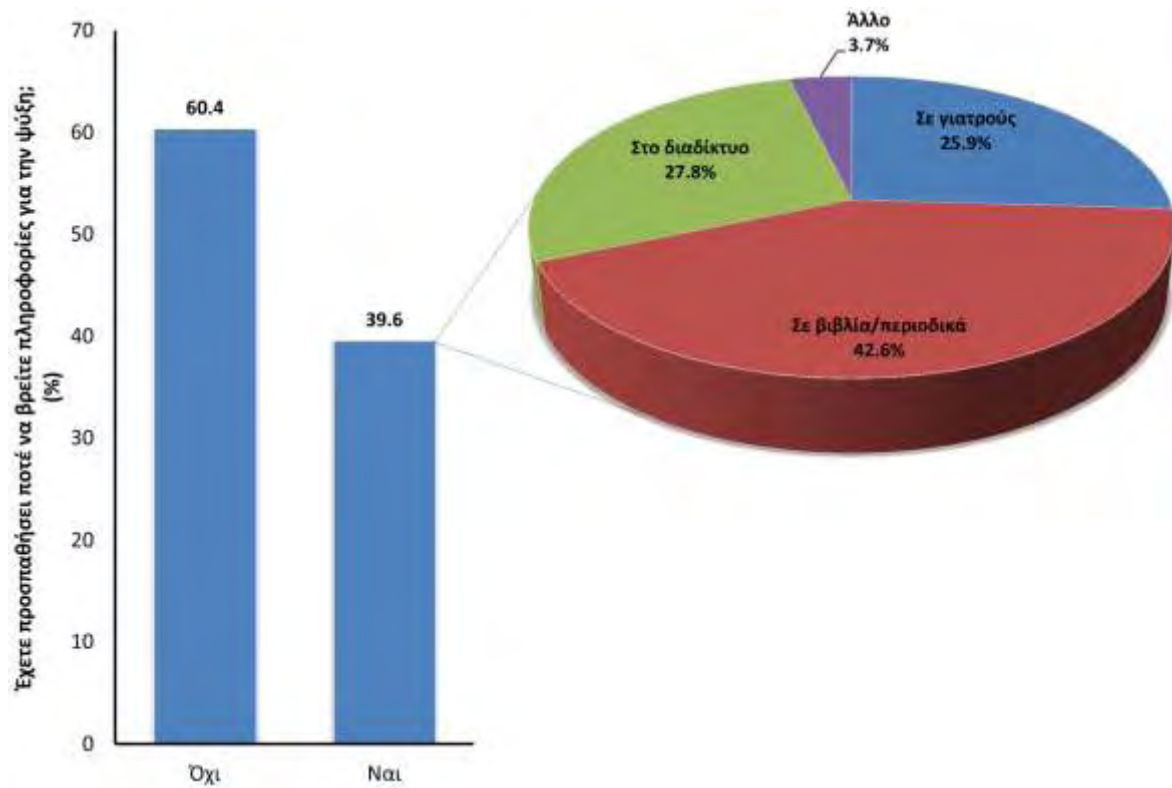
Η πλειονότητα των εθελοντών που δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη, απάντησαν ότι δεν αισθάνονται κάποια συμπτώματα πριν τα «κλασικά» συμπτώματα της κατάστασης αυτής (εικόνα 27) ($p < 0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας ($p > 0.05$).



Εικόνα 27. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Το καταλαβαίνετε νωρίτερα, όταν πρόκειται να πάθετε ψύξη;».

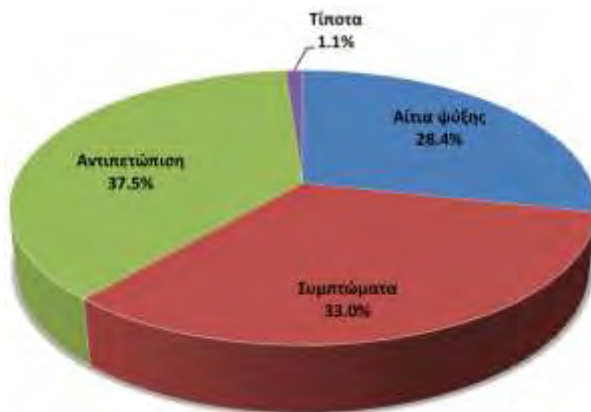
Δύο στους τρεις εθελοντές δήλωσε ότι δεν έχει προσπαθήσει ποτέ να βρει πληροφορίες για την ψύξη (εικόνα 28) ($p < 0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα ή το μορφωτικό επίπεδο ($p > 0.05$). Από εκείνους που προσπάθησαν να βρουν πληροφορίες, η περισσότεροι απευθύνθηκαν σε βιβλία και περιοδικά ($p < 0.05$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$). Οι εθελοντές που δήλωσαν ότι προσπάθησαν να βρουν πληροφορίες για την ψύξη, ανέφεραν ότι βρήκαν πληροφορίες κυρίως για την αντιμετώπιση, τα συμπτώματα, και τα αίτια της ψύξης (εικόνα 29) ($p < 0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας ($p > 0.05$).

Εικόνα 28. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Έχετε προσπαθήσει ποτέ να βρείτε πληροφορίες για την ψύξη;».



Σημ. Οι δύο απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «ιατρικά βιβλία», και «βιβλία μόνο».

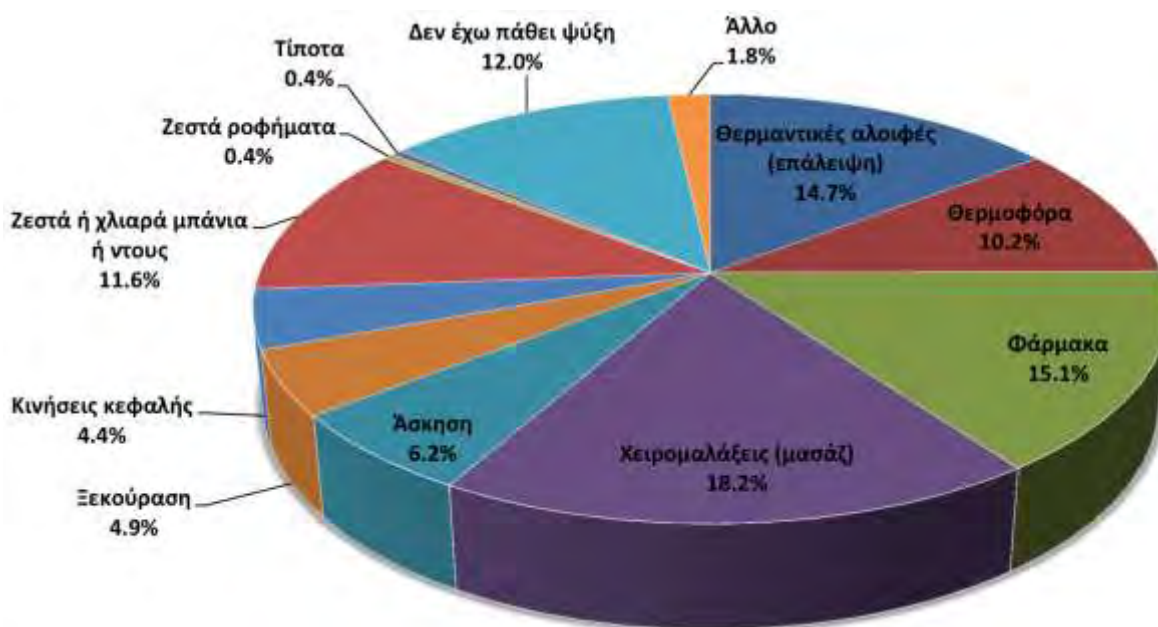
Εικόνα 29. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Τι πληροφορίες βρήκατε;».



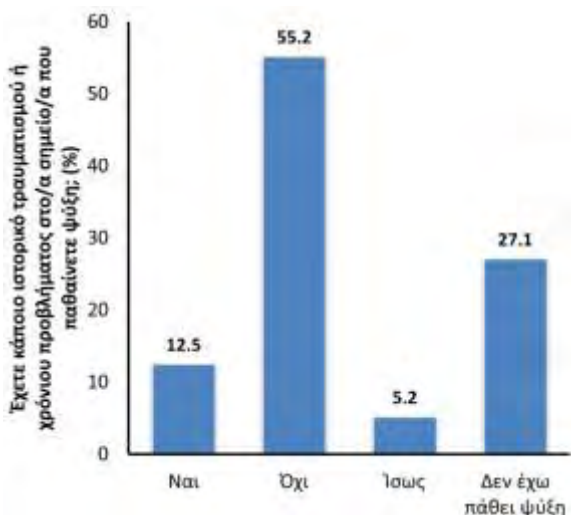
Οι τεχνικές που οι εθελοντές δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν μόνοι τα συμπτώματα της ψύξης παρουσιάζονται στην εικόνα 30. Οι πιο δημοφιλείς απαντήσεις των εθελοντών ήταν «χειρομαλάξεις (μασάζ)» και «θερμαντικές αλοιφές (επάλειψη)». Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης αυτής με βάση το φύλο

και την ηλικιακή ομάδα ($p>0.05$). Εντοπίστηκε όμως διαφορά, στον τρόπο αντιμετώπισης της ψύξης με βάση την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας ($p<0.05$). Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι παθολόγοι, γενικοί ιατροί, νευρολόγοι και ορθοπεδικοί ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές και φάρμακα. Οι περισσότεροι ρευματολόγοι ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές, ενώ οι φυσικοθεραπευτές ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές και χειρομαλάξεις. Επίσης, οι μεγάλη πλειοψηφία των εθελοντών που δήλωσε ότι έχει πάθει ψύξη, ανέφερε ότι δεν έχει κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που παθαίνει ψύξη (εικόνα 31) ($p<0.05$), κάτι το οποίο δεν άλλαξε με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την υγειονομική ειδικότητα ($p>0.05$).

Εικόνα 30. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Ποιές τεχνικές χρησιμοποιήσατε για να αντιμετωπίσετε μόνος/η σας τα συμπτώματα της ψύξης;».

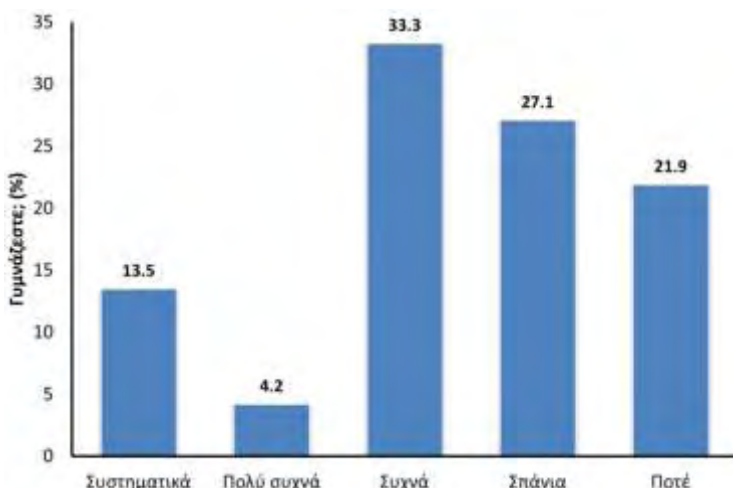


Σημ. Οι τέσσερις απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «διατάξεις», «φυσιοθεραπευτικά φάρμακα», «φυσικοθεραπεία» και «μαλακό κολάρο αυχένα».



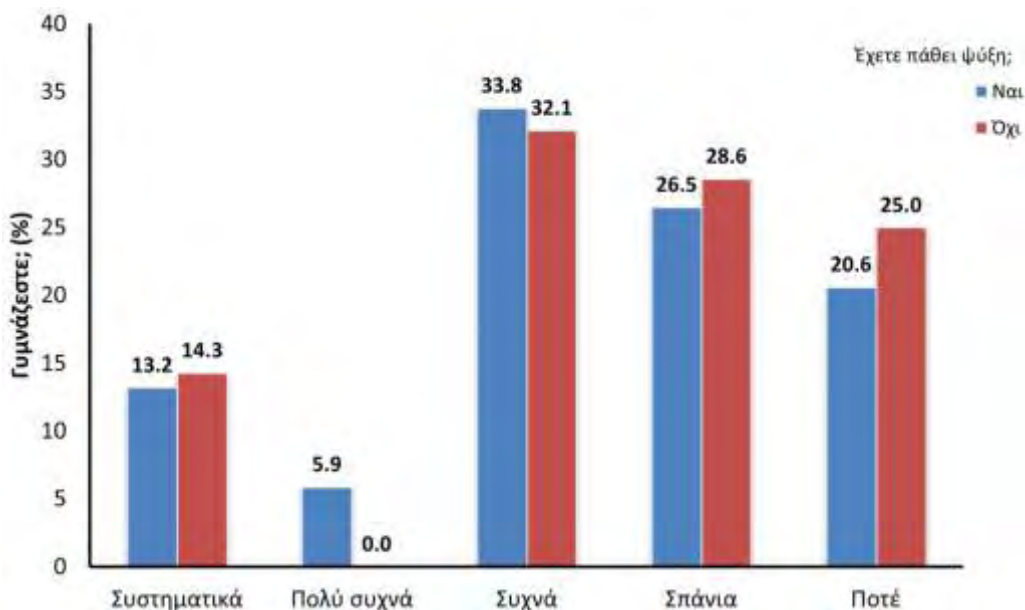
Εικόνα 31. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Έχετε κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που παθαίνετε ψύξη;».

Οι μισοί από τους εθελοντές γυμνάζονταν σπάνια ή ποτέ ($p < 0.05$), και μόλις ένας στους τέσσερις γυμναζόταν συχνά (εικόνα 15). Αναλύσεις χ^2 έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εθελοντών που δήλωσαν ότι γυμνάζονται συστηματικά ή συχνά ήταν κάτω των 50 ετών ($p < 0.05$). Επίσης, οι άνδρες δήλωσαν ότι γυμνάζονται περισσότερο από ότι οι γυναίκες ($p < 0.05$), ενώ εθελοντές με περισσότερη μόρφωση δήλωσαν ότι γυμνάζονται πιο συχνά ($p < 0.05$). Τέλος, η ανάλυση της ενασχόλησης με τον αθλητισμό των εθελοντών που δήλωσαν ότι έχουν πάθει ψύξη σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν πάθει ψύξη δεν έδειξε κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές (εικόνα 33) ($p < 0.05$)

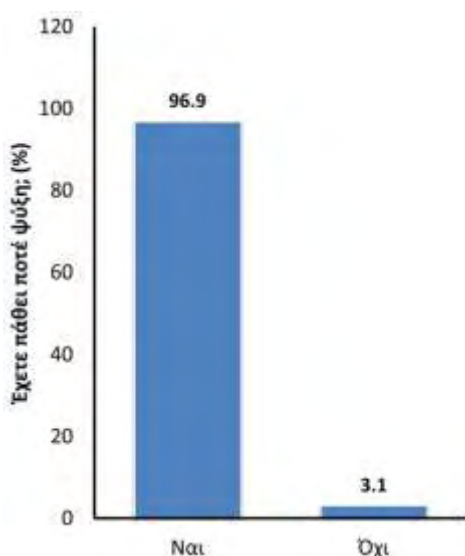


Εικόνα 32. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Γυμνάζεστε;».

Εικόνα 33. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Γυμνάζεστε;» με βάση την ερώτηση: «Έχετε πάθει ψύξη;».



Η συντριπτική πλειοψηφία των εθελοντών δήλωσε ότι έχει αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη (εικόνα 34) ($p < 0.05$). Οι εθελοντές ανέφεραν ότι οι ασθενείς τους ανέφεραν κυρίως πόνο στον αυχένα, πόνο στην ωμοπλάτη/πλάτη, δυσχέρεια κινήσεων, και μυοσκελετικά άλγη (εικόνα 35). Το 45% των εθελοντών δήλωσε ότι οι ασθενείς τους αναφέρουν ότι τους εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης 1-2 φορές/χρόνο ($p < 0.05$) (εικόνα 36) και ότι τα συμπτώματά τους διαρκούν μια εβδομάδα ή λιγότερο (εικόνα 37). Οι απαντήσεις



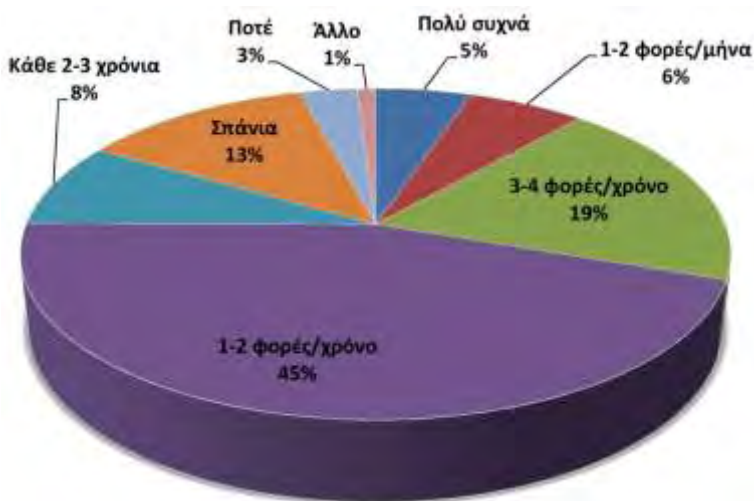
στις παραπάνω ερωτήσεις δεν διέφεραν με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, ή την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας ($p > 0.05$).

Εικόνα 34. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Έχετε αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;».

Εικόνα 35. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Τι συμπτώματα περιγράφουν οι ασθενείς που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;».

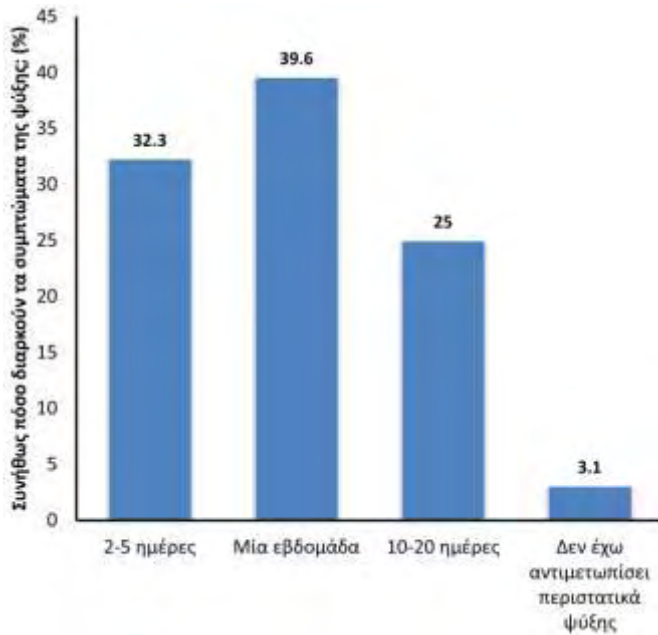


Σημ. Η μια απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «πυρετό, μυαλγία, δυσχέρεια ομιλίας-κατάποσης στην ψύξη προσώπου, δυσχέρεια κλεισίματος οφθαλμού, κ.α.».



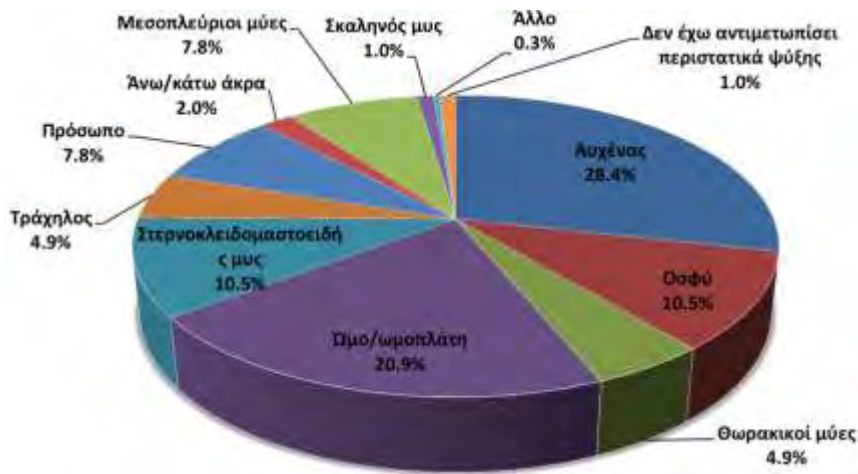
Εικόνα 36. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Πόσο συχνά αναφέρουν συνήθως οι ασθενείς, ότι τους εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης;».

Σημ. Η μία απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «εξαρτάται από την περίπτωση».



Εικόνα 37. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Πόσο χρονικό διάστημα αναφέρουν συνήθως οι ασθενείς, ότι διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;».

Εικόνα 38. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Σε ποιο/α σημείο/α αναφέρουν οι ασθενείς, ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης;».

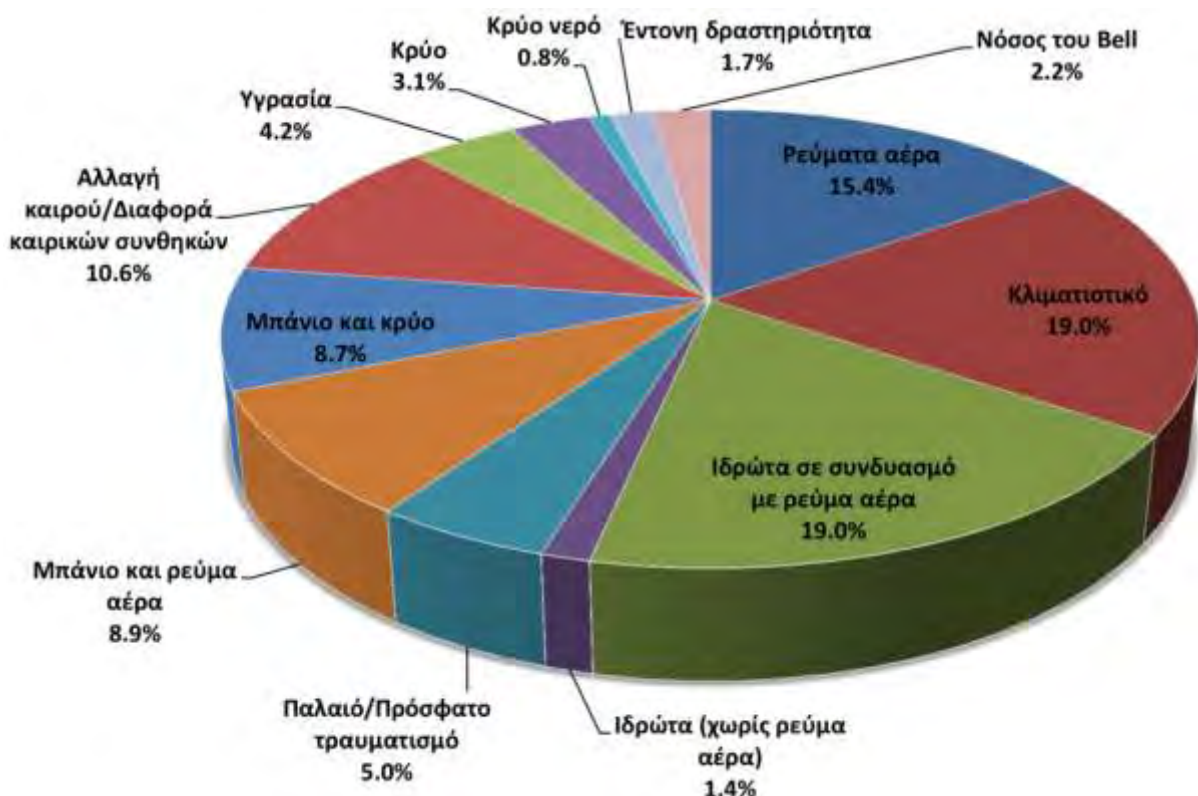


Σημ. Η μία απάντηση με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «τραπεζοειδής».

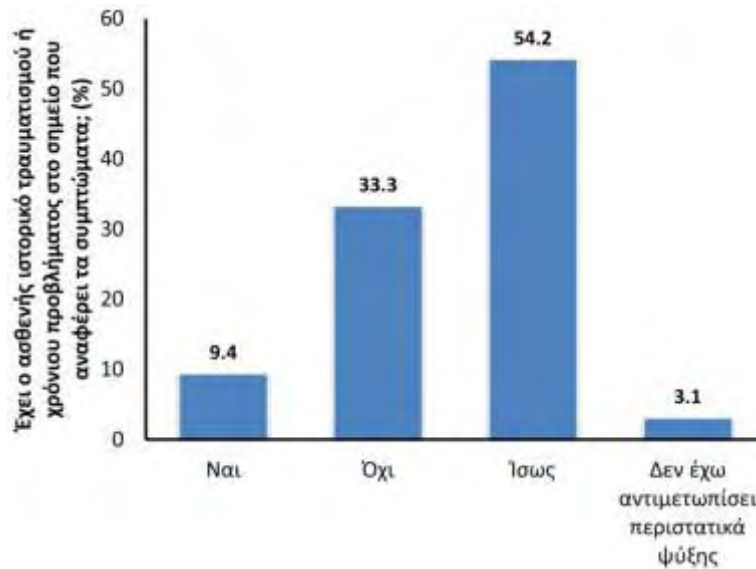
Οι περισσότεροι εθελοντές δήλωσαν ότι οι ασθενείς τους αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης στον αυχένα, τον ώμο και την ωμοπλάτη ($p < 0.05$) (εικόνα 38), καθώς και ότι αποδίδουν τα συμπτώματα αυτά στο κλιματιστικό, σε ιδρώτα σε συνδυασμό με έκθεση σε ρεύμα αέρα, καθώς και σε ρεύματα αέρα ($p < 0.05$) (εικόνα 39). Η πλειονότητα των εθελοντών δήλωσε ότι ίσως υπάρχει ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου

προβλήματος στο/α σημείο/α που αναφέρουν οι ασθενείς ότι έπαθαν ψύξη ($p < 0.05$) (εικόνα 40), καθώς και ότι δεν παρατηρούν μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών, που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου ($p > 0.05$). Οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις δεν διέφεραν με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα ή την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας ($p > 0.05$).

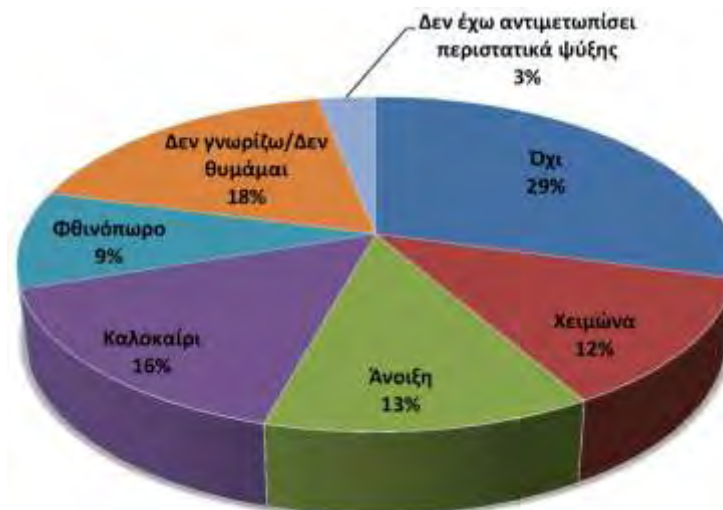
Εικόνα 39. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Πού αποδίδουν οι ασθενείς, τα συμπτώματα ψύξης που έχουν;».



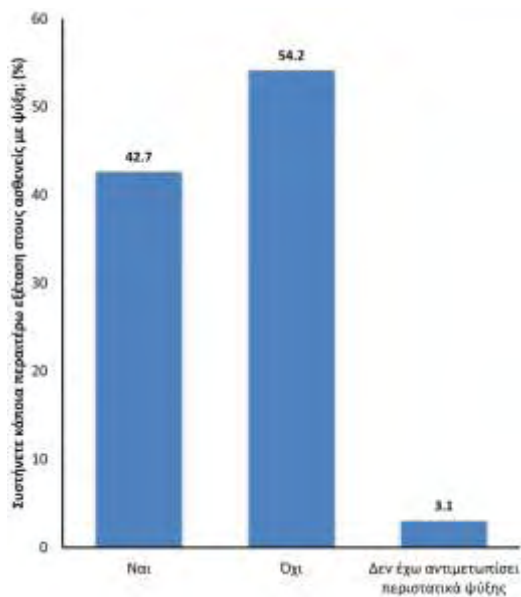
Εικόνα 40. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Υπάρχει κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος, στο/α σημείο/α που αναφέρουν οι ασθενείς ότι έπαθαν ψύξη;».



Εικόνα 41. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Παρατηρείτε μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη, κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;».

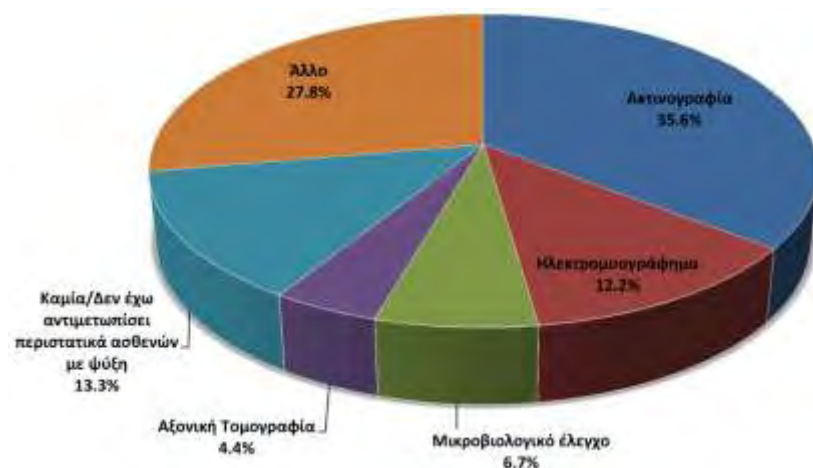


Οι περισσότεροι εθελοντές ($p < 0.05$) δήλωσαν ότι συστήνουν κάποια περαιτέρω εξέταση στους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα ψύξης (εικόνα 42), με το μεγαλύτερο ποσοστό να



συστήνουν ακτινογραφία ($p < 0.05$) (εικόνα 43, Πίνακας 4). Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές δεν διέφεραν με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα ή την υγειονομική ειδικότητα ($p > 0.05$).

Εικόνα 42. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Συστήνετε κάποια περαιτέρω εξέταση στους ασθενείς με ψύξη;».



Εικόνα 43. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Ποια περαιτέρω εξέταση συστήνετε;».

Σημ. Οι 25 απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Η πλειονότητα των εθελοντών ($p < 0.05$) δήλωσαν ότι συστήνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα ψύξης (εικόνα 44). Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή δεν διέφεραν με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα ($p > 0.05$), αλλά διέφεραν με βάση την ειδικότητα. Συγκεκριμένα, σχεδόν όλοι οι γιατροί των διαφόρων ειδικοτήτων ανέφεραν ότι συστήνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα ψύξης, ενώ μόνο το 60% των φυσικοθεραπευτών ανέφερε κάτι τέτοιο ($p < 0.05$). Η κύρια φαρμακευτική αγωγή που συνιστούσαν ήταν μυοχαλαρωτικά ($p < 0.05$) (εικόνα 45).

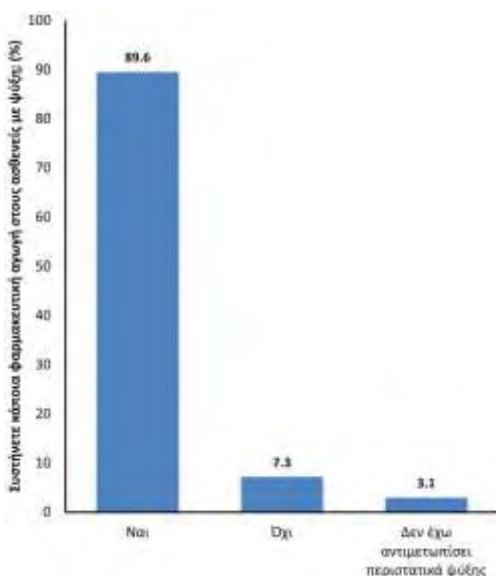
Πίνακας 4. Οι 25 απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» στην ερώτηση: «Ποια περαιτέρω εξέταση συστήνετε;» στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας.

Απάντηση	Συχνότητα
Δεν συστήνω	1
Αν συμβαίνει καθ' ἑξιν, επίσκεψη σε ορθοπεδικό	1
Επίσκεψη σε ορθοπεδικό ή νευρολόγο	1
Επισκόπηση λάρυγγα/αμυγδαλών	1
Φαρμακευτική αγωγή	1
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	1
Παραπομπή σε ιατρό	1
Σε πρώτο επεισόδιο δεν ζητούμε επιπλέον εξετάσεις	1
Όχι πάντα	1
Καμία	5
Καμία απόλυτα	1
Καμία εξέταση	1
Ουδέν	1
Όχι	3
Τίποτα	5

Η απάντηση στην ερώτηση αυτή δεν διέφερε με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα ($p>0.05$), αλλά διέφερε με βάση την ειδικότητα. Συγκεκριμένα, σχεδόν όλοι οι γιατροί των διαφόρων ειδικοτήτων ανέφεραν ότι συστήνουν μυοχαλαρωτικά στους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα ψύξης, ενώ μόνο το 50% των φυσικοθεραπευτών ανέφερε κάτι τέτοιο ($p<0.05$).

Οι υπόλοιποι φυσικοθεραπευτές ανέφεραν ότι συνιστούν είτε αναλγητικά, είτε κάποια

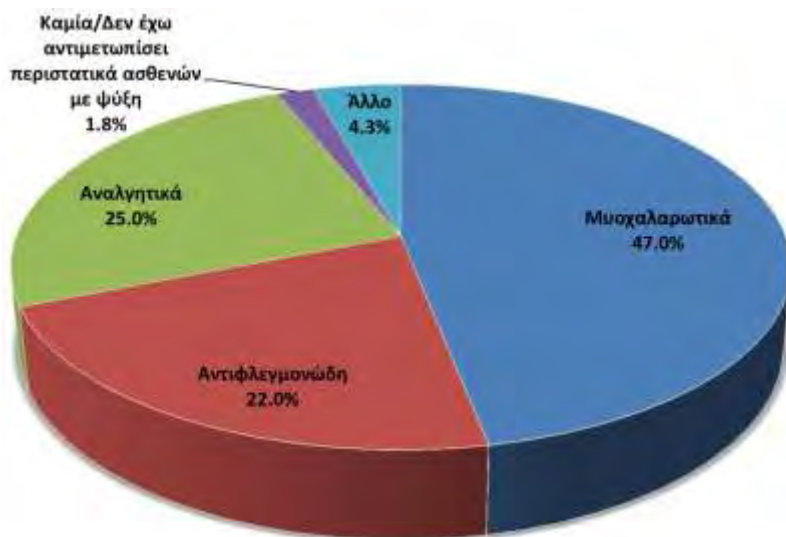
φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, η πλειοψηφία των εθελοντών που συνιστούσαν κάτι άλλο στους ασθενείς τους, ανέφεραν ότι συστήνουν φυσικοθεραπεία ($p<0.05$).



Εικόνα 44. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Συστήνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς με ψύξη;».

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

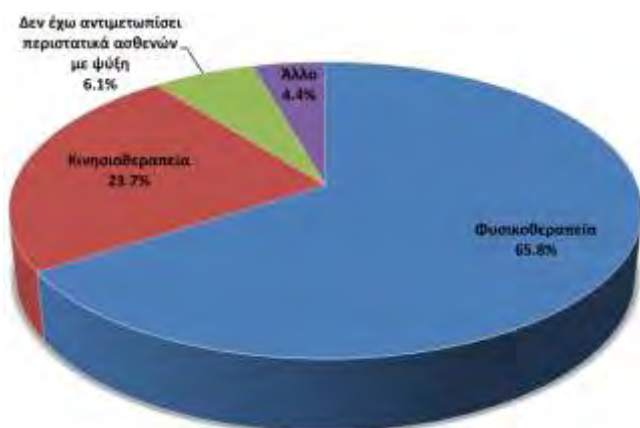
Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014



Εικόνα 45. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Ποια φαρμακευτική αγωγή συστήνετε;».

Σημ. Οι επτά απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «κνησιοθεραπεία», «κορτιζόνη», «παραπομπή σε ιατρό» (2 φορές), «στη λοίμωξη αντιβιοτικά, στην πάρεση προσώπου κορτικοειδή», «θερμοφόρα», και «καμία».

Στην ερώτηση αυτή δεν διέφεραν με βάση την ηλικιακή ομάδα ή την υγειονομική ειδικότητα ($p>0.05$), αλλά διέφεραν με βάση το φύλο ($p<0.05$). Συγκεκριμένα, το 87% των ανδρών δήλωσαν ότι συνιστούν φυσικοθεραπεία. Αντίθετα, μόνο το 68% των γυναικών δήλωσαν κάτι τέτοιο και οι υπόλοιπες δήλωσαν ότι συνιστούν κνησιοθεραπεία ή κάτι άλλο.



Εικόνα 46. Οι απαντήσεις των εθελοντών του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Τι άλλο συστήνετε σε ασθενείς με συμπτώματα ψύξης;».

Σημ. Οι εννέα απαντήσεις με την επιλογή «Άλλο» ήταν: «αναλγητικά», «εφαρμογή Thai massage», «υποστήριξη αυχένα με μαλακό κολάρο», «μαλάξεις/θερμική χαλάρωση», «οδηγίες προφύλαξης», «χλιαρά ντους, κίνηση, επί άγχους αγχολυτικά, επί πόνου αναλγητικά», «ζεστά επιθέματα», «ζεστά μπάνια», και «τίποτα».

4.2.3 Συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών

Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις χ^2 για να εντοπιστούν διαφορές στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου μεταξύ των δύο πληθυσμών (γενικού πληθυσμού και πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικές διαφορές στις εξής ερωτήσεις:

- «Ποια συμπτώματα υπάρχουν, όταν θεωρείτε ότι έχετε πάθει ψύξη;» Και οι δύο πληθυσμοί ανέφεραν κυρίως «πόνος σε συγκεκριμένο σημείο». Όμως, ο γενικός πληθυσμός ανέφερε επίσης αρκετά «πιάσιμο» και «αδυναμία ή δυσχέρεια κινήσεων» ($p<0.05$).
- «Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια;» Περίπου ο μισός πληθυσμός των επαγγελματιών υγείας έδωσε την απάντηση «όχι», ενώ η πλειονότητα του γενικού πληθυσμού έδωσε την απάντηση «ναι» ($p<0.05$).
- «Έχετε προσπαθήσει ποτέ να βρείτε πληροφορίες για την ψύξη;» Το 39.6% των εθελοντών επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι έχει προσπαθήσει να βρει πληροφορίες για την ψύξη, σε σχέση με 21,8% του γενικού πληθυσμού ($p<0.05$).
- «Πού έχετε προσπαθήσει ποτέ να βρείτε πληροφορίες για την ψύξη;» Ο γενικός πληθυσμός απευθύνεται κυρίως σε γιατρούς και στο διαδίκτυο, ενώ οι εθελοντές επαγγελματίες υγείας απευθύνονται σε βιβλία/περιοδικά ($p<0.05$).
- «Ποιες τεχνικές χρησιμοποιήσατε, για να αντιμετωπίσετε μόνος/η σας τα συμπτώματα της ψύξης;» Η μεγάλη μερίδα του γενικού πληθυσμού δήλωσε ότι χρησιμοποιεί κυρίως θερμαντικές αλοιφές και χειρομαλάξεις, ενώ οι εθελοντές επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν κυρίως θερμαντικές αλοιφές και φάρμακα ($p<0.05$).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνήσει, να καταγράψει και να κωδικοποιήσει τις αντιλήψεις του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα. Η έρευνα αναπτύχθηκε σε δύο φάσεις: τη φάση της διεξαγωγής των συνεντεύξεων (σε ένα δείγμα 19 εθελοντών) που διήρκησε από τον Ιούλιο του 2011 έως το Σεπτέμβριο του 2011 και τη φάση των ερωτηματολογίων (σε ένα δείγμα 600 εθελοντών) που διήρκησε από το Νοέμβριο του 2011 έως το Φεβρουάριο του 2013. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας της πρώτης φάσης και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της σηματοδότησε την έναρξη της δεύτερης φάσης της έρευνας. Η παραγωγή δεδομένων από τις συνεντεύξεις τροφοδότησε τη δημιουργία δύο δομημένων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων (ένα για το δείγμα του γενικού πληθυσμού και ένα για το δείγμα του πληθυσμού επαγγελματιών υγείας), με τη μορφή κωδικοποιημένων κατηγοριών σε ερωτήσεις κλειστού τύπου, τα οποία κατασκευάστηκαν εξαρχής. Στα ερωτηματολόγια έγινε χρήση του όρου "ψύξη" που χρησιμοποιείται κοινώς για να υποδηλώσει τα συμπτώματα μυαλγίας τα οποία ένα άτομο προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι επόμενες ενότητες συνοψίζουν τα ευρήματα αυτής της μελέτης.

5.1 ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η πλειοψηφία των εθελοντών του γενικού πληθυσμού ανέφερε ότι είχε αισθανθεί στο παρελθόν συμπτώματα μυαλγίας, τα οποία προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και ότι η συχνότητά τους κυμαίνεται από σπάνια έως 1-2 φορές το χρόνο. Τα συμπτώματα τα οποία οι εθελοντές αποδίδουν στη μυαλγία που προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, είναι κυρίως πόνος και πιάσιμο σε αυχένα/λαιμό και ωμοπλάτη/πλάτη. Θεωρούν πάντα ή συχνά ως κύρια αιτία των συμπτωμάτων, τον ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύμα αέρα. Επίσης, οι

εθελοντές αναφέρουν ότι τα συμπτώματα ξεκινούν συνήθως είτε το πρωί είτε διαφορετικές ώρες κάθε φορά, ότι διαρκούν 2-5 ημέρες, και ότι δεν είναι πιο συνήθη κάποια συγκεκριμένη εποχή του χρόνου. Αναφέρουν επίσης ότι δεν υπάρχουν κάποια "προειδοποιητικά σημάδια" πριν τα "κλασικά" συμπτώματα της κατάστασης αυτής και ότι δεν έχουν κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που αισθάνονται τα συμπτώματα. Σχετικά με την ενημέρωσή τους γύρω από το θέμα, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ να βρουν σχετικές πληροφορίες. Από εκείνους που προσπαθούν να ενημερωθούν, οι νέοι έως 40 ετών χρησιμοποιούν κυρίως το διαδίκτυο, ενώ άτομα μεγαλύτερης ηλικίας βασίζονται κυρίως σε πληροφορίες που τους δίνουν οι γιατροί. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούν είναι θερμαντικές αλοιφές και χειρομαλάξεις. Τέλος, η ενασχόληση με τον αθλητισμό δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο ρίσκο για συμπτώματα μυαλγίας τα οποία προσδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

5.2. ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η πλειοψηφία των εθελοντών επαγγελματιών υγείας ανέφερε ότι είχε αισθανθεί στο παρελθόν συμπτώματα μυαλγίας τα οποία προσδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και ότι η συχνότητά τους κυμαίνεται από σπάνια, έως 1-2 φορές το χρόνο. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν, ότι η μεγάλη πλειονότητα των παθολόγων και των γενικών ιατρών δήλωσαν ότι έχουν αισθανθεί στο παρελθόν συμπτώματα μυαλγίας, τα οποία προσδίδουν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Κάτι τέτοιο δήλωσαν δύο στους τρεις γενικούς ιατρούς και φυσικοθεραπευτές και μόλις οι μισοί νευρολόγοι και ορθοπεδικοί. Είναι πιθανό λοιπόν, η απόδοση των συμπτωμάτων μυαλγίας σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, να εξαρτάται από την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Τα συμπτώματα τα οποία οι επαγγελματίες υγείας αποδίδουν στη μυαλγία που προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, είναι κυρίως πόνος και πιάσιμο σε αυχένα/λαιμό και ωμοπλάτη/πλάτη. Θεωρούν ως συχνή αιτία των συμπτωμάτων τον ιδρώτα σε

συνδυασμό με ρεύμα αέρα, αλλά ότι η αιτία δεν είναι πάντα η ίδια. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι περισσότερες γυναίκες απέδωσαν τα συμπτώματα μυαλγίας σε ρεύματα αέρα και στο κλιματιστικό, ενώ οι περισσότεροι άνδρες σε ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύματα αέρα. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι τα συμπτώματα ξεκινούν συνήθως είτε το πρωί είτε διαφορετικές ώρες κάθε φορά, ότι διαρκούν 2-5 ημέρες και ότι δεν είναι συνηθέστερα κάποια συγκεκριμένη εποχή του χρόνου. Αναφέρουν επίσης ότι δεν υπάρχουν κάποια "προειδοποιητικά σημάδια" πριν τα "κλασικά" συμπτώματα της κατάστασης αυτής και ότι δεν έχουν κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που αισθάνονται τα συμπτώματα. Σχετικά με την ενημέρωσή τους γύρω από το θέμα, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ να βρουν σχετικές πληροφορίες. Από εκείνους που προσπαθούν να ενημερωθούν, οι περισσότεροι απευθύνονται σε βιβλία και περιοδικά. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, οι περισσότεροι παθολόγοι, γενικοί ιατροί, νευρολόγοι και ορθοπαιδικοί ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές και φάρμακα, οι περισσότεροι ρευματολόγοι ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές, ενώ οι φυσικοθεραπευτές ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές και χειρομαλάξεις. Επίσης, η ενασχόληση με τον αθλητισμό δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο ρίσκο για συμπτώματα μυαλγίας, τα οποία προσδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι έχει αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν συμπτώματα μυαλγίας, τα οποία απέδιδαν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι ασθενείς τους ανέφεραν κυρίως πόνο στον αυχένα και στην ωμοπλάτη/πλάτη, δυσχέρεια κινήσεων, και μυοσκελετικά άλγη, συμπτώματα που διαρκούν μια εβδομάδα ή λιγότερο και εμφανίζονται 1-2 φορές/χρόνο. Επίσης, οι ασθενείς ανέφεραν ότι αποδίδουν τα συμπτώματα αυτά στο κλιματιστικό, σε ιδρώτα σε συνδυασμό με έκθεση σε ρεύμα αέρα, καθώς και σε ρεύματα αέρα, αλλά παρόλα αυτά, ίσως υπάρχει ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος, στο σημείο που αναφέρουν οι ασθενείς τα συμπτώματα. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι δεν παρατηρούν μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης

ασθενών με τα συμπτώματα αυτά, κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου. Σχεδόν όλοι οι γιατροί των διαφόρων ειδικοτήτων ανέφεραν ότι συστήνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς που αναφέρουν αυτά τα συμπτώματα, ενώ μόνο το 60% των φυσικοθεραπευτών ανέφερε κάτι τέτοιο. Η κύρια φαρμακευτική αγωγή που συνιστάται από τους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων είναι τα μυοχαλαρωτικά. Τέλος, η πλειοψηφία των ανδρών επαγγελματιών υγείας, που δεν συνιστούν φαρμακευτική αγωγή, συνιστούν φυσικοθεραπεία, ενώ οι γυναίκες συνιστούν είτε φυσικοθεραπεία, είτε κινησιοθεραπεία.

5.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ

Ενδιαφέροντα ευρήματα προέκυψαν από τις συγκρίσεις των δύο πληθυσμών. Οι κυρίαρχες διαφορές αφορούσαν τα αίτια των συμπτωμάτων μυαλγίας, τα οποία ο γενικός πληθυσμός θεωρεί ότι είναι πάντα ίδια, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ότι δεν είναι πάντα ίδια. Επίσης, παρόλο που και οι δύο πληθυσμοί τείνουν να μην αναζητούν πληροφορίες, γύρω από το θέμα των συμπτωμάτων μυαλγίας τα οποία αποδίδουν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν περισσότερη διάθεση να πληροφορηθούν για το θέμα αυτό. Σχετικά με το θέμα αυτό, ο γενικός πληθυσμός απευθύνεται κυρίως σε γιατρούς και στο διαδίκτυο, ενώ οι επαγγελματίες υγείας απευθύνονται σε βιβλία/περιοδικά. Τέλος, η μεγάλη μερίδα του γενικού πληθυσμού δηλώνει ότι χρησιμοποιεί κυρίως θερμαντικές αλοιφές και χειρομαλάξεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μυαλγίας τα οποία αποδίδει σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν κυρίως θερμαντικές αλοιφές και διάφορες φαρμακευτικές αγωγές.

5.4 ΜΠΟΡΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ;

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 2, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα μυαλγίας. Παρόλα αυτά, ο πληθυσμός της μελέτης αυτής εστιάστηκε αποκλειστικά σε φυσικούς παράγοντες του περιβάλλοντος, αποδίδοντας τα συμπτώματα μυαλγίας που αισθάνεται είτε σε έκθεση σε κλιματιστικό, είτε σε ιδρώτα σε συνδυασμό με έκθεση σε ρεύμα αέρα, είτε σε ρεύματα αέρα.

Οι φυσικοί παράγοντες του περιβάλλοντος μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στον οργανισμό. Εργαζόμενοι σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (όπως εργαστήρια κατασκευής πάγου, βύθιση σε κρύο νερό σε ιχθυοκαλλιέργειες, ορυχεία, χυτήρια, υπαίθριοι χώροι, κ.α.) έχουν υποστεί κατά καιρούς φαινόμενα ανάπτυξης υποθερμίας ή υπερθερμίας, εξαιτίας της μη τήρησης διαδικασιών ασφαλούς εργασίας. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Πίνακες περιγραφής των Επαγγελματικών Νόσων της Διεύθυνσης Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής (2010) για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ κατά τη χρονική περίοδο 2003-2009 στην Ελλάδα, δεν έχουν καταγραφεί περιστατικά πρόκλησης μυϊκών βλαβών στον οργανισμό εργαζομένων σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (www.ika.gr). Έτσι, παρά την έκθεση σε μεγάλο εύρος περιβαλλοντικών θερμοκρασιών, το ανθρώπινο σώμα διατηρεί στο εσωτερικό του σταθερή θερμοκρασία 37°C με πολύ στενό εύρος φυσιολογικής διακύμανσης (1-2°C). Αυτό σημαίνει, ότι στις περισσότερες καταστάσεις, είτε σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον είτε με την άθληση, η μεταβολή θερμοκρασίας του πυρήνα του σώματος είναι πολύ μικρή (Rowell, 1986; Mackowiak, Wasserman & Levine, 1992; Montain, Latzka & Sawka, 1995).

Για να διαπιστωθεί αν φυσικοί παράγοντες του περιβάλλοντος μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα μυαλγίας, εκτελέστηκε μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο Pubmed με λέξεις-κλειδιά είτε *myalgia, temperature* είτε *"muscle pain", temperature*. Για να βρεθούν οι περισσότερες δυνατές πληροφορίες, δεν προστέθηκαν άλλα κριτήρια στις αναζητήσεις (π.χ., ημερομηνία δημοσίευσης, τύπος άρθρου, γλώσσα άρθρου, κ.α.). Τα αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας έδειξαν ότι δεν υπάρχει καμία μελέτη που να συσχετίζει την έκθεση σε ψυχρό ή θερμό περιβάλλον με τη μυαλγία. Επιπλέον, οι Bongers και συνεργάτες

(2006) και Buckle & Devereux (2002), δεν συμπεριλαμβάνουν στις κατευθυντήριες οδηγίες τους για αποφυγή μυοσκελετικών παθήσεων, κάποια οδηγία σχετική με την έκθεση σε ψυχρό ή θερμό περιβάλλον (Buckle & Devereux, 2002; Bongers, et al., 2006).

Με βάση τα παραπάνω, η εγκυρότητα της πεποίθησης του πληθυσμού της παρούσας μελέτης σχετικά με τα αίτια των συμπτωμάτων μυαλγίας - δηλαδή ότι προκαλείται είτε από έκθεση σε κλιματιστικό, είτε από ιδρώτα σε συνδυασμό με έκθεση σε ρεύμα αέρα, είτε από ρεύματα αέρα - τίθεται σε αμφισβήτηση. Παρόλα αυτά, η μελέτη αυτή δεν μπορεί να δώσει πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων μυαλγίας τα οποία αναφέρονται στην Ελλάδα. Ο σκοπός της ήταν να διερευνήσει, να καταγράψει και να κωδικοποιήσει τις αντιλήψεις του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση συμπτωμάτων μυαλγίας στο μυοσκελετικό σύστημα. Η εγκυρότητα των αντιλήψεων αυτών θα πρέπει να γίνει αντικείμενο μελλοντικών μελετών. Κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο για τη σωστή αναπροσαρμογή των ισχυόντων κλινικών πρακτικών που σχετίζονται με τη μυαλγία.

5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μία πολύ μεγάλη μερίδα του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα αναφέρει συμπτώματα μυαλγίας σε αυχένα/λαιμό και ωμοπλάτη/πλάτη, τα οποία αποδίδει πάντα ή συχνά στον ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύμα αέρα ή σε έκθεση σε κλιματιστικό. Η εξήγηση αυτή δεν συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία και πιθανόν να συμβάλει στη μειωμένη πρόληψη των συμπτωμάτων μυαλγίας στην Ελλάδα, αλλά δυστυχώς και οι δύο πληθυσμοί που μετρήθηκαν δεν τείνουν να ενημερώνονται επαρκώς για το θέμα αυτό. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων χρησιμοποιούν θερμαντικές αλοιφές, φαρμακευτικές αγωγές, χειρομαλάξεις και ιατρικές εξετάσεις. Τέλος, η ενασχόληση με τον αθλητισμό δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο ρίσκο για συμπτώματα μυαλγίας.

VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aggarwal, Y., Karan, B.M., Das, B.N., Aggarwal, T. & Sinha, R.K. (2007). *Backpropagation ANN-Based Prediction of Exertional Heat Illness*. Journal of Medical Systems. 31(6): 547-550.

Alexopoulos, E., Tanagra, D., Konstantinou, E. & Burdorf, A. (2006). *Musculoskeletal disorders in shipyard industry: prevalence, health care use, and absenteeism*. BMC Musculoskeletal Disorders. 7: 88.

Alexopoulos, E., Burdorf, A. & Kalokerinou, A. (2003). *Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals*. Occupational & Environmental Health. 76(4): 289-294.

Alexopoulos, E., Burdorf, A. & Kalokerinou, A. (2006). *A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel*. International Archives of Occupational and Environmental Health. 79(1): 82-88.

Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I. & Rosenberg, C. (1993). *Chronic Pain in a Geographically Defined General Population: Studies of Differences in Age, Gender, Social class, and Pain Localization*. The Clinical journal of Pain. 9(3): 174-182.

Ando, S., Ono, Y., Shimaoka, M., Hiruta, S., Hattori, Y., Hori, F. & Takeuchi, Y. (2000). *Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses*. Occupational and Environmental Medicine. 57(3): 211-216.

Armstrong, L.E. & Maresh, C.M. (1991). *The Induction and decay of heat acclimatization in trained athletes*. Sports Medicine. 12(5): 303-312.

Armstrong, L.E. (2011). *Απόδοση σε αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες* (μτφ. Αποστολοπούλου, Α., επιμ. Καρατζαφέρη, Χ.). Αθήνα: Τελέθριον.

Armstrong, T.J., Castelli, W.A., Evans, G.F. & Dias-Perez, R. (1984). *Some histological changes in carpal tunnel contents and their biomechanical implications*. Journal of Occupational Medicine. 26: 197-201.

Ashburn, M.A. & Staats, P.S. (1999). *Management of chronic pain*. The Lancet. 353 (9167): 1865-1869.

Ashton-Miller, J.A. (1999). *Response of muscle and tendon to injury and overuse. Work-related Musculoskeletal Disorders: Report, Workshop Summary, and Workshop Papers*. Washington, DC: National Research Council. National Academy Press: 73-97.

Atterbury, M.R., Limke, J.C., Lemasters, G.K., Li, Y., Forrester, C., Stinson, R. & Applegate, H. (1996). *Nested case-control study of hand and wrist work-related musculoskeletal disorders in carpenters*. American Journal of Industrial Medicine. 30(6): 695-701.

Badley, E.M., Rasooly, I. & Webster, G.K. (1994). *Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey*. The Journal of Rheumatology. 21: 505-514.

Bahr, R. & Holme, I. (2003). *Risk factors for sports injuries - a methodological approach*. Sports Medicine. 37(5): 384-392.

Bell, J. (1997). *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας* (μτφ. Ρήγα, Α. Β.). Αθήνα: Gutenberg.

Belonje, A., Nangrahary, M., de Swart, H. & Umans, V. (2007). *Major Adverse Cardiac Events During Endurance Sports*. American Journal of Cardiology. 99 (6): 849-851.

Bennett, J.C.& Plum, F. Myopathies. In: Cecil, R.L., Bennett, J.C. & Plum, F. (1996). *Cecil Textbook of Medicine* (20th ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Berg, J., Tymoczko, J. & Stryer, L. (2012). *Βιοχημεία*. (επιστημ. επιμ. Καραμανλίδης, Α. & Παπαδόπουλος, Γ.). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Bergman, S., Herrstrom, P., Hogstrom, K., Petersson, I.F., Svensson, B. & Jacobsson, L. T. (2001). *Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study*. The Journal of Rheumatology. 28(6): 1369-1377.

Berne, R.M. & Levy, M.N. (2011). *Αρχές Φυσιολογίας*, τόμος Ι. (επιστημ. επιμ. Κούβελας, Η.). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., & Woods, P. (1999). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη-Εγχειρίδιο Μελέτης*. (μτφ. Φράγκου, Ε.). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Bloom, W. & Fawcett, D.W. (1975). *A Textbook Of Histology* (10th ed). Philadelphia: WB Saunders.

Bongers, P.M., Ijmker, S., van den Heuvel, S. & Blatter, B.M. (2006). *Epidemiology of work related neck and upper limb problems: Psychosocial and personal risk factors (Part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (Part II)*. Journal of Occupational Rehabilitation.16(3): 272-295.

Boron, W.F. & Boulpaep, E.L. (2006). *Ιατρική Φυσιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Bourne, G.H. (1973). *The Structure and Function of Muscle*. N.Y.: Academic Press.

Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Newbury Park, CA: Sage.

Breakwell, G. (1995). *Η Συνέντευξη* (μτφ. Κάντας, Α.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Briggs, C.L. (1986). *Learning How to Ask*. Cambridge: Cambridge University Press.

Buckle, P.W & Devereux, J.J. (2002). *The Nature of Work-Related Neck and Upper Limb Musculoskeletal Disorders*. Applied Ergonomics 33(3): 207-217.

Burgess, R. (ed.) (1994). *Educational Research and Evaluation for Policy and Practice?* London: The Falmer Press.

Carlson, B.M. & Faulkner, J.A. (1983). *The regeneration of skeletal muscle fibers following injury: a review*. Medicine & Science Sports & Exercise. 15(3): 187-198.

Cassell, C., & Symon, G. (eds) (2004). *Essential Guide to Qualitative Methods in organizational Research*. London: Sage.

Centers for Disease Control and Prevention (1996). *Surgeon General's Report on Physical Activity and Health*. JAMA. 276(7): 522.

Childers, M.K., Feldman, J.B. & Guo, H.M. (2008). Myofascial pain syndrome. In: Frontera, W.R., Silver, J.K. & Rizzo, T.D. Jr.(eds). *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation* (2nd ed). Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier.

Chin, E.R. (2004). *The role of calcium and calcium/calmodulin-dependent kinases in skeletal muscle plasticity and mitochondrial biogenesis*. Proceedings of the Nutrition Society. 63: 279-286.

Cicourel, A.V. (1964). *Method and measurement in Sociology*. New York: The Free Press.

Coggon, D. (2005). *Occupational medicine at a turning point*. Occupational & Environmental Medicine. 62(5): 281-350.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education* (5th ed). London: Routledge.

Creswell, J.W. (2012). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Crook, J., Rideout, E. & Browne, G. (1983). *The prevalence of pain complaints in a general population*. PAIN. 18(3): 299-314.

Davis, K.G. & Heaney, C.A. (2000). *The relationship between psychosocial work characteristics and low back pain: Underlying methodological issues*. *Clinical Biomechanics*. 15(6): 389-406.

De Kraker, H. & Blatter, B.M. (2005). *Prevalentiecijfers van RSI- klachten en het voorkomen van risicofactoren in 15 Europese landen*. *TSG*. 83: 8-15.

De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D. & Bongers, P.M. (2003). *The very best of the millennium: Longitudinal research and the demand-control-(support) model*. *Journal of Occupational Health Psychology*. 8(4): 282-305.

DeKosky, S.T., Ikonovic, M.D. & Gandy, S. (2010). *Traumatic Brain Injury - Football, Warfare, and Long-Term Effects*. *The New England Journal of Medicine*. 363(14): 1293-1296.

Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dunn, K. (2000). Interviewing. In Hay, I. (ed). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. South Melbourne: Oxford University Press.

Eccles, R. & Weber, O. (2009). *Common Cold*. Berlin: Birkhäuser.

Eccles, R. (2005). *Understanding the symptoms of the common cold and influenza*. *The Lancet Infectious Diseases*. 5(11): 718-725.

Ehman, R.L. & Berquist, T.H. (1986). *Magnetic Resonance Imaging of Musculoskeletal Trauma*. *Radiologic Clinics of North America Journal*. 24(2): 291-319.

Eisner, W.E. (1991). *The enlightened eye, qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York: Macmillan.

Elston, M.S., Orr-Walker, B.J., Dissanayake, A.M., Conaglen, J.V. (2007). *Thyrotoxic, Hypokalaemic periodic paralysis: Polynesians, an ethnic group at risk*. Internal Medicine Journal. 37(5): 303-307.

Emery, A.E. (2002). *The muscular dystrophies*. Lancet. 359 (9307): 687-695.

Eriksen, W. (2003). *The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses' aides*. The International Archives of Occupational and Environmental Health. 76(8): 625-630.

Fanger, P.O. (1970). *Thermal Comfort*. Copenhagen: Danish Technical Press. Republished (1973). New York: McGraw-Hill Book Co.

Felson, D. (1991). *Occupational physical demands, knee bending and osteoarthritis: results from the Framingham study*. Journal of Rheumatology. 18: 1587-1592.

Feltcamp, T.E.W. & Feltcamp-Vroom, T.M. (1965). *Antibodies against the Various Types of Skeletal Muscle Fibres*. Immunology. 9: 275.

Fernandez, G., Spatz, E. S., Jablecki, C. & Phillips, P. S. (2011). *Statin myopathy: A common dilemma not reflected in clinical trials*. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 78(6): 393-403.

Feuerstein, M. & Nicholas, R.A. (2006). *Development of a short form of the Workstyle measure*. Occupational Medicine. 56(2): 94-99.

Filho, J.A.F. & Pestronk, A. (2008). Muscle pain and cramps. In: Bradley, W.G., Daroff, R.B., Fenichel, G.M. & Jankovic, J. (eds). *Neurology in Clinical Practice* (5th ed). Philadelphia, Pa: Butterworth-Heinemann.

Flick, U. (2007). *The SAGE Qualitative Research Kit*. London: Sage Publications.

Floriani, V & Kennedy, C. (2007). *Promotion of physical activity in primary care for obesity treatment/prevention in children*. *Current Opinion in Pediatrics*. 19(1): 99-103.

Fryer, D. (1991). *Qualitative methods in occupational psychology: Reflections upon why they are so useful but so little used*. *The Occupational Psychologist*. 14: 3-6.

Ganley, T. (2000). *Exercise and Children's Health: A Little Counseling Can Pay Lasting Dividends Practical tips for age-appropriate activity and lifetime fitness*. *The Physician and Sports Medicine*. 28(2): 1-6.

Garrett, W.E. (1990). *Muscle strain injuries: clinical and basic aspects*. *Medicine & Science Sports & Exercise*. 22: 436-443.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic books.

Gordon, A.M., Homsher, E. & Regnier, M. (2000). *Regulation of contraction in striated muscle*. *Physiological Reviews*. 80(2): 853-924.

Guyton, A. & Hall, J. (2008). *Ιατρική Φυσιολογία* (επιμ. Ανωγειανάκης, Γ. & Ευαγγέλου, Α.) (11^η εκδ). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Guyton, A.C. (2005). *Textbook of Medical Physiology* (11th ed). Philadelphia: W.B. Saunders.

Hales, T.R. & Bernard, B.P. (1996). *Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders*. Orthopedic Clinics of North America. 27(4): 679-709.

Hay, A.J., Gregory, V., Douglas, A.R. & Lin, Y.P. (2001). *The evolution of human influenza viruses*. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 356(1416): 1861-1870.

Heinrich, J. & Blatter, B.M. (2005). *RSI-klachten in de Nederlandse beroepsbevolking. Trends, risicofactoren en verklaringen*. TSG. 83: 16-24.

Hootman, J.M., Macera, C.A., Ainsworth, B.E., Addy, C.L., Martin, M. & Blair, S.N. (2002). *Epidemiology of musculoskeletal injuries among sedentary and physically active adults*. Medicine & Science in Sports & Exercise. 34(5): 838-844.

Howe, A.S. & Boden, B.P. (2007). *Heat-Related Illness in Athletes*. The American Journal of Sports Medicine. 35(8): 1384-95.

Irvin, R., Iversen, D. & Roy, S. (2007). *Αθλητικοί τραυματισμοί. Πρόληψη και αποκατάσταση* (επιμ. Τσίγκανος, Γ.). Αθήνα: Τελέθριον.

Irwin, F. & Rippe, C.J. (1999). *Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine*, vol. I (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Isselbacher, K.J., Braunwald, E., Wilson, J.D., Martin, J.B., Fauci, A.S. & Kasper, D.L. (eds) (1994). *Harrison's Principles of internal medicine*, vol. 2 (13th ed). New York: McGraw-Hill.

Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή* (επιμ. Τζαννόνε-Τζώρτζη, Κ.). Αθήνα: Τυπωθήτω, Γεώργιος Δαρδανός.

Kerlinger, F.N. (1986). *Foundations of Behavioral Research* (3th ed). New York: Holt, Rinehart and Winston.

Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.

Landsbergis, P.A. (2003). *The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary*. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 45(1): 61-72.

Lee, P. (1994). *The economic impact of musculoskeletal disorders*. Quality of Life Research. 3(1): S85-S91.

Lee, G.M., Friedman, J.F., Ross-Degnan, D. Hibberd, P.L. & Goldmann, D.A. (2003). *Misconceptions about colds and predictors of health service utilization*. Pediatrics. 111(2): 231-236.

Lefaucher, L. (2010). *A second look into fiber typing-Relation to meat quality*. Meat Science. 84: 257-270.

Lemasters, G.K., Atterbury, M.R., Booth-Jones, A.D., Bhattacharya, A., Ollila-Glenn, N., Forrester, C. & Forst, L. (1998). *Prevalence of work related musculoskeletal disorders in active union carpenters*. Occupational Environmental Medicine. 55(6):421-427.

Levy, B.S., Wegman, D.H, Baron, S.L. & Sokas, R.K. (2011). *Occupational and Environmental Health: Recognizing and Preventing Disease and Injury* (6th ed). New York: Oxford University Press.

Lincoln, Y. (2001). Varieties of validity: Quality in qualitative research. In Smart, J. & Tierney W. *Higher education: Handbook of theory and research*. New York: Agathon Press.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Lipscomb, J., Trinkoff, A., Brady, B. & Geiger-Brown, J. (2004). *Health Care System Changes and Reported Musculoskeletal Disorders Among Registered Nurses*. American Journal of Public Health 94(8): 1431-1435.

Lohmander, L.S., Östenberg, A, Englund, M. & Roos, H. (2004). *High prevalence of knee osteoarthritis, pain, and functional limitations in female soccer players twelve years after anterior cruciate ligament injury*. Arthritis & Rheumatism. 50(10): 3145-3152.

Lundberg, U., Dohns, I.E., Melin, B., Sandsjo, L., Palmerud, G., Kadefors, R., Ekstrom, M. & Parr, D. (1999). *Psychophysiological stress responses, muscle tension, and neck and shoulder pain among supermarket cashiers*. Journal of Occupational Health Psychology. 4(3): 245-255.

Lynch, J.P. & Walsh, E.E. (2007). *Influenza: evolving strategies in treatment and prevention*. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine. 28(2): 144-58.

MacIntosh, B., Gardiner, A. & McComas, A. (2006). *Skeletal Muscle: Form and Function* (2nd ed). USA: Human Kinetics.

Mackowiak, P.A., Wasserman, S.S. & Levine, M.M. (1992). *A critical appraisal of 98.6 oF, the upper limit of the normal body temperature, and other legacies of Carl Reinhold August Wunderlich*. JAMA. 268: 1578-1580.

MacIntosh, B.R., Gardiner, P.F. & McComas, A.J. (2006). *Skeletal Muscle*. U.S.A.: Human Kinetics.

Maffulli, N., Longo, U.G., Gougoulas, N., Loppini, M. & Denaro, V. (2010). *Long-term health outcomes of youth sports injuries*. British Journal of Sports Medicine. 44(1): 21-25.

Magee, D. J. (2007). *Orthopedic Physical Assessment* (5th ed). Philadelphia: Saunders Elsevier.

Marras, W.S., Davis, K.G., Heaney, C.A., Maronitis, A.B. & Allread, W.G. (2000). *The influence of psychosocial stress, gender, and personality on mechanical loading of the lumbar spine*. The Spine Journal. 25: 3045-3054.

McArdle, W.D., Katch, F.I. & Katch, V.L. (2001). *Φυσιολογία της άσκησης*, τόμος Ι. (επιστημ. επιμ. Κλεισούρας, Β.) (2η εκδ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Mechelen, W., Hlobil, H. & Kemper, H. (1992). *Incidence, Severity, Aetiology and Prevention of Sports Injuries*. Sports Medicine. 14(2): 88-99.

Meeus, M, Nijs, J & Meirleir, K.D. (2007). *Chronic musculoskeletal pain in patients with the chronic fatigue syndrome: a systematic review*. European Journal of Pain 11(4): 377-386.

Mense, S., Simons, D. & Russell, I. (2001). *Muscle Pain: Understanding Its Nature, Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Merchant, A.T., Dehghan, M., Behnke-Cook, D. & Anand, S.S. (2007). *Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbourhoods: a cross-sectional comparison*. Nutrition Journal. 6: 1.

Merriam, S.B. (2002). *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mialaret, G. (1997). *Εισαγωγή στις Επιστήμες της Αγωγής* (μτφ.: Ζακοπούλου, Γ.). Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδανός.

Montain, S.J., Latzka, W.A. & Sawka, M.N. (1995). *Control of thermoregulatory sweating is altered by hydration level and exercise intensity*. Journal of Applied Physiology. 79(5): 1434-1439.

Morgan, G. & Smircich, L. (1980). *The case for qualitative research*. Academy of Management Review. 5: 491-500.

Morse J.M., (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks: Sage.

Nachemson, A. (1994). *Chronic pain - the end of the welfare state?* Quality of Life Research. 3(1): S11-S17.

Nassis, G.P. & Sidossis, L.S. (2006). *Methods for assessing body composition cardiovascular and metabolic function in children and adolescents: implications for exercise studies*. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 9(5): 560-567.

National Research Council (1999). *Work-related Musculoskeletal Disorders: Report, Workshop Summary, and Workshop Papers*. Washington, DC: National Academy Press.

National Research Council and the Institute of Medicine (2001). *Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities*. Washington, DC: National Academy Press.

Nicholas, R.A., Feuerstein, M. & Suchday, S. (2005). *Workstyle and Upper-Extremity Symptoms: A Biobehavioral Perspective*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 47: 352-361.

Nordin, M., Pope, M.H. & Andersson, G.B.J. (1997). *Musculoskeletal disorders in the workplace*. Philadelphia: Mosby.

Oppenheim, A.N. (1986). *Questionnaire Design. Interviewing and Attitude Measurement*. London: Heinemann.

Parker, P.M. & Parker, J.N. (2004). *Myalgia: a medical dictionary, bibliography, and annotated research guide to Internet references*. San Diego, CA: ICON Health Publications.

Parkkari, J., Kujala, U. & Kannus, P. (2001). *Is it Possible to Prevent Sports Injuries?* *Sports Medicine*. 31(14): 985-995.

Preedy, V.R. & Peters, T.J. (2002). *Skeletal Muscle: Pathology, Diagnosis and Management of Disease*. London: GMM.

Punnett, L. & Wegman, D.H. (2004). *Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate*. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 14(1): 13-23.

Radwin, R.G. & Lavender, S.A. (1999). Work factors, personal factors, and internal loads: Biomechanics of work stressors. In *National Research Council. Work-related Musculoskeletal Disorders: Report, Workshop Summary, and Workshop Papers*. Washington, DC: National Academy Press: 116-151.

Reuler, J., Gilard, D. & Nardone, D. (1980). *The chronic pain syndrome: Misconceptions and management*. *Annals of Internal Medicine*. 93(4): 588-596.

Robson, C. (2002). *Real World Research* (2nd ed). Oxford: Blackwell.

Rossman, G.B. & Rallis, S.F. (1998). *Learning in the field: An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Roupa, Z., Vassilopoulos, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Noula, M, Faros, E. & Marvaki, C. (2008). *The problem of lower back pain in nursing staff and its effect on human activity*. *Health Science Journal*. 2(4): 219-225.

Rowe, W.J. (1992). *Extraordinary unremitting endurance exercise and permanent injury to normal heart*. *The Lancet*. 340 (8821): 712-714.

Rowell, L.B. (1986). *Human Circulation: Regulation during Physical Stress*. Chapter 13: Circulatory adjustments to dynamic exercise and heat stress: competing controls (pp. 363-406). New York: Oxford University Press.

Rubin, J.H. & Rubin, S. I. (1995). *Qualitative interviewing, the art of hearing data*. London: Sage.

Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2000). *Research Methods for Business Student*. Harlow: Pearson Education.

Smedley, J., Inskip, H., Trevelyan, F., Buckle, P., Cooper, C. & Coggon, D. (2003). *Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses*. *Occupational and Environmental Medicine*. 60 (11): 864-869.

Snell, R.S. (2008). *Κλινική Νευροανατομική* (μτφ. Παπαδόπουλος, Ν.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Stewart, C.J. & Cash, B.W. (1991). *Interviewing, Principles and Practices*. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers.

Stobo, J.D. & Hellman, D.B. Myopathies. In: Stobo, J.D., Traill, T.A., Hellman, D.B., Ladenson, P.W. & Petty, B.G. (1996). *The Principles and Practice of Medicine* (23rd ed). New York: McGraw-Hill.

Stone, R.J. & Stone, J.A. (2000). *Εγχειρίδιο και Άτλας των Σκελετικών Μυών* (μτφ.: Παπαδόπουλος, Ν.). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Thomas, J. R. & Nelson, J. K. (1996). *Research methods in physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Tull, D., & Hawkins, D. (1987). *Marketing research: Measurement and method* (4th ed). New York: Macmillan.

Valiyil, R. & Christopher-Stine, L. (2010). *Drug-related myopathies of which the clinician should be aware*. *Current Rheumatology Reports*. 12(3): 213-220.

Van den Heuvel, S.G., van der Beek, A.J., Blatter, B.M., Hoogendoorn, W.E. & Bongers, P.M. (2005). *Psychosocial work characteristics in relation to neck and upper limb symptoms*. *Pain*. 114: 47-53.

Van der Windt, D.A., Thomas E., Pope, D.P., de Winter, A.F., Macfarlane, G.J., Bouter, L.M. & Silman, A.J. (2000). *Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review*. *Occupational & Environmental Medicine*. 57(7): 433-442.

Van Dieen, J.H., Selen, L.P.J. & Cholewicki, J. (2003). *Trunk muscle activation in low-back pain patients, an analysis of the literature*. *Journal of Electromyography & Kinesiology*. 13 (4): 333-51.

Van Galen, G.P., Muller, M.L., Meulenbroek, R.G. & Van Gemmert, A.W. (2002). *Forearm EMG response activity during motor performance in individuals prone to increased stress reactivity*. *American Journal of Industrial Medicine*. 41(5): 406-419.

Vander, A., Luciano, D., Sherman, J. & Τσακόπουλος, Μ. (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου, τόμος Ι και ΙΙ*. (επιμ. Τσακόπουλος, Μ. & Γελαδάς, Ν.) (8η εκδ). Αθήνα: Πασχαλίδης.

Vasiliadou, A., Karvountzis, G., Roumeliotis, D., Soumilas, A., Plati, C. & Nomikos, I. (1997). *Factors associated with back pain in nursing staff: a survey in Athens, Greece*. *International Journal of Nursing Practice*. 3: 15-20.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Vasiliadou, A., Karvountzis, G.G., Soumilas, A., Roumeliotis, D. & Theodosopoulou E. (1995). *Occupational low-back pain in nursing staff in a Greek hospital. Journal of Advanced Nursing.* 21(1): 125-130.

Villegas, P. (1998). *Viral diseases of the respiratory system. Poultry Science.* 77(8): 1143-1145.

Wadel, G. (1992). *Biopsychosocial analysis of low back pain. Baillière's Clinical Rheumatology.* 6: 523-558.

Wellington, J. (2000). *Educational Research. Contemporary Issues and Practical Approaches.* London: Continuum.

World Health Organization (1985). *Identification and Control of Work - Related Diseases.*

Worthman, R.L. (2005). *Παθήσεις του σκελετικού μυός* (επιμ.: Γαλανόπουλος, Ν.). Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Wortmann, R.L. (2002). *Lipid-lowering agents and myopathy. Current Opinion in Rheumatology.* 14(6): 643-647.

Ytterstad, B. (1996). *The Harstad injury prevention study: the epidemiology of sports injuries. An 8 year study. British Journal of Sports Medicine.* 30(1): 64-68.

Zarins, B. & Ciullo J.V. (1983). *Acute muscle and tendon injuries in athletes. Clinics in Sports Medicine.* 2(1): 167-182.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Zuckerman, A.J., Banatvala, J. E., Griffiths, P., Schoub, B. & Mortimer, P. (2009). *Principles and Practice of Clinical Virology* (6th ed). New Jersey: Wiley-Blackwell.

Zuger, A. (2003). *You'll Catch Your Death! An Old Wives' Tale? Well...* The New York Times.

Αλεξόπουλος, Δ. (1998). *Ψυχομετρία. Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων*, τόμος Α. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αμπατζίδης, Γ. (1998). *Αθλητικές κακώσεις*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Αναστασιάδου, Σ. (2012). *Στατιστική και μεθοδολογία έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Ανδριανάκος, Α., Τρόντζας, Π., Χριστογιάννης, Φ., Ντάντης, Π., Βουδούρης, Κ., Γεωργούντζος, Α., Καζιόλας, Γ., Βαφειάδου, Ε., Παντελίδου, Κ., Καραμήτσος, Δ., Κοντέλης, Λ., Κράχτης, Π., Νικολιά, Ζ., Κασκάνη, Ε., Ταβανιώτου, Ε., Αντωνιάδης, Χ., Καρανικόλας, Γ. & Κοντογιάννη, Α, (2003). *Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα. Περιγραφική επιδημιολογική μελέτη. Η μελέτη ESORDIG*. ΙΑΤΡΙΚΗ. 84: 188-206.

Βαβουρανάκης, Χ. (1986). *Στοιχεία Πειραματικής Παιδαγωγικής*. Αθήνα: αυτοέκδοση.

Βάμβουκας, Μ. (1998). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.

Δαφέρμος, Β. (2011). *Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Δημόπουλος, Κ.Α. & Αντωνοπούλου, Σ. (2009). *Βασική Βιοχημεία* (2η εκδ). Αθήνα: εκδότης Δημόπουλος, Κ.Α. (συνέκδοση με Αντωνοπούλου, Σ.).

Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος (ΕΕΙΕΠΠ). *Εργασία και υγεία* (2012). *Μέτρα προστασίας εργαζομένων από καύσωνα για την πρόληψη της θερμικής καταπόνησης.* 78:2.

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πώς Γίνεται Μια Επιστημονική Εργασία*; Αθήνα: Κριτική.

Θεοδωράκης, Γ. (2010). *Άσκηση, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.

Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Ιωσηφίδης, Θ. (2008). *Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Κακαβελάκης, Κ.Ν., Βαρδάκη, Χ. & Ανυφαντή, Κ. (2001). *Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό*. Νοσηλευτική. 4: 97-105.

Κεραμέως - Φόρογλου, Χ. (1987). *Ιστολογία - Εμβρυολογία του Ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.

Κλεισούρας, Β. (2011). *Εργοφυσιολογία* (11η εκδ). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Κομίλη, Α. (1989). *Βασικές αρχές και μέθοδοι επιστημονικής έρευνας στην Ψυχολογία*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Κορομπέλη, Α. (2004). *Κυκλικό ωράριο-Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών*. Διπλωματική εργασία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Κυριαζή, Ν. (2002). *Η Κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακράκης, Β. (2005). *Ανάλυση δεδομένων στην επιστημονική έρευνα με τη χρήση του SPSS*. Αθήνα: Gutenberg.

Μαυρομάτης, Γ. (1999). *Στατιστικά Μοντέλα και Μέθοδοι Ανάλυσης Δεδομένων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μέλλου, Κ. & Σουρτζή, Π. (2003). *Πρόληψη των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων στο χώρο του νοσοκομείου*. Νοσηλευτική. 42: 299-307.

Μήτσου, Α.Δ. (2010). *Αθλητικές κακώσεις. Διάγνωση και θεραπεία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρα.

Μούγιος, Β.Κ. (2008). *Βιοχημεία της Άσκησης*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Μπαλτόπουλος, Π. (2003). *Ανατομική του ανθρώπου δομή και λειτουργία*, τόμος Ι και ΙΙ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Οικονόμου, Ν. (1978). *Χειρουργική*. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Παλής, Ι.Μ. & Κουταλάς, Π.Α. (2008). *Στατίνες και Μυοπάθεια*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(3): 329-333.

Παπαβασιλείου, Β. (2003). *Ορθοπαιδική* (2η εκδ). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπαγεωργίου, Γ. (επιμ.) (1998). *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω, Γ. Δαρδανός.

Παπαδημητρίου, Γ. (2007). *Η Ανάλυση Δεδομένων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Παπαδόπουλος, Γ. & Λιαρμακοπούλου, Α. (2008). *Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο*. Ιωάννινα: Εφύρα.

Παπαϊωάννου, Α., Θεοδωράκης, Γ., & Γούδας, Μ. (2003). *Για μια καλύτερη φυσική αγωγή*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.

Παπάνης, Ε. (2011). *Μεθοδολογία έρευνας και διαδίκτυο*. Αθήνα: Εκδόσεις Σιδέρη.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*, τόμος Β. Αθήνα: αυτοέκδοση.

Πουρκός, Μ. & Δαφέρμος, Μ. (επιμ.). (2010). *Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες. Επιστημολογικά, Μεθοδολογικά και Ηθικά Ζητήματα*. Αθήνα: Τόπος.

Ρόντος, Κ. & Παπάνης, Ε. (2007). *Οι τεχνικές του καλού ερωτηματολογίου*. Αθήνα: Εκδόσεις Σιδέρη.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Ρόντος, Κ. (2012). *Ανάλυση Στατιστικών Δεδομένων και Δημογραφικές - Κοινωνικές Εφαρμογές*.
Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.

Σάββας, Α. (1979). *Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.

Σίμος, Π. & Κομίλη, Α. (2003). *Μέθοδοι έρευνας στην ψυχολογία και τη γνωστική νευροεπιστήμη*.
Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Συμεωνίδης, Π. (1992). *Ορθοπαιδική*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Τσάντας, Ν., Μωυσιάδης, Χ., Μπαγιάτης, Ν. & Χατζηπαντελής, Θ. (1999). *Ανάλυση δεδομένων με τη βοήθεια στατιστικών πακέτων (SPSS, Excel, SPPlus)*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.

Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, Α. (1989). *Η Ανατομία του Ανθρώπινου Σώματος* (2η εκδ).
Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Τσιριντάνη, Μ., Μπουρή, Β. & Μπινιώρης, Σ. (2001). *Εργονομία - Οργάνωση χειρουργείου και μηχανική σώματος προσωπικού*. Νοσηλευτική. 1: 41-50.

Τσιώλης, Γ., Σερντεδάκης Ν., Κάλλας Γ. (2011). *Ερευνητικές υποδομές και δεδομένα στην εμπειρική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Νήσος.

Τσιώλης, Γ. (2011). Η σχέση ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες: Από την πολεμική των «παραδειγμάτων» στις συνθετικές προσεγγίσεις. Στο Δαφέρμος, Μ., Σαματάς, Μ., Κουκουριτάκης, Μ. & Χιωτάκης, Σ. (επιμ.) *Οι κοινωνικές επιστήμες στον 21ο αιώνα. Επίμαχα θέματα και προκλήσεις*. Αθήνα: Πεδίο.

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Φίλιας, Β. (επιμ.) (2003). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών επιστημών* (2η εκδ). Αθήνα: Gutenberg.

Χαμόδρακας, Σ. (1993). *Θέματα Μοριακής Βιοφυσικής*. Αθήνα: Συμμετρία.

Χασάνδρα, Μ., & Γούδας, Μ. (2004). *Κριτήρια εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ποιοτική - ερμηνευτική έρευνα*. Επιστημονική Επετηρίδα Ψ.Ε.Β.Ε. 2: 31-47.

Χλουβεράκης, Γ. (2012). *Εισαγωγή στη Στατιστική*. Αθήνα: Πεδίο.

Ψαρρού, Μ.Κ. & Ζαφειρόπουλος, Κ. (2001). *Επιστημονική έρευνα: θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ:

Andrews, J.R. (2012). *Help STOP Sport Injuries in Young Athletes*. AAOS Now.

<http://www.aaos.org/news/aaosnow/may12/clinical3.asp>

(προσπελάστηκε 05/11/2013,18:30).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Managing musculoskeletal disorders*.

<http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0611018s/tn0611018s.pdf>.

(προσπελάστηκε 04/12/2013, 16:20).

European Working Conditions Observatory (2005). *Fourth European working conditions survey*.

http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm?utm_source=21feb2007

http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm?utm_source=21feb2007&utm_medium=email&utm_campaign=ewcs (προσπελάστηκε 27/09/2013, 16:50).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (2010). ICD-10. (10th Revision). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/M79.1>. (προσπελάστηκε 15/11/2013, 15:30).

National Center for Catastrophic Injury Research (2009). *Definition of injury*. http://www.unc.edu/depts/nccsi/NCCSIR_injuryterms.html (προσπελάστηκε 06/12/2013, 10:30).

National Institute for Occupational Safety and Health (1995). *Cumulative trauma disorders in the workplace bibliography*. DHHS (NIOSH) Publication No. 95-119. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/95-119>. (προσπελάστηκε 20/12/2013, 11:26).

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. <http://www.niams.nih.gov> (προσπελάστηκε 29/11/2013, 15:50).

National Institute for Occupational Safety and Health (1992). *A national strategy for occupational musculoskeletal injuries: implementation issues and research needs*. DHHS (NIOSH) Publication No. 93-101. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/93-101> (προσπελάστηκε 19/12/2013, 17:50).

National Institute for Occupational Safety and Health (1997). *Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back*. DHHS (NIOSH) Publication No. 97-141. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141> (προσπελάστηκε 15/12/2013, 15:20).

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ιατρικό Τμήμα - Εργαστήριο Ιστολογίας, Εμβρυολογίας & Ανθρωπολογίας. Άτλας Ιστολογίας & Εμβρυολογίας.
<http://www.med.auth.gr/db/histology/gr> (προσπελάστηκε: 04/12/2013, 11:30).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). (2013). Γενική Διεύθυνση Σχεδιασμού και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας - Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας.
 Αντιγριπικός εμβολιασμός για την εποχική γρίπη.
http://www.pfs.gr/Portals/0/pdf2/antigripikos_emboliasmos.pdf (προσπελάστηκε: 30/10/2013, 16:45).

Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία. <http://www.ere.gr> (προσπελάστηκε: 09/08/2013, 11:00).

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). Σύσταση της Επιτροπής σχετικά με τον ευρωπαϊκό κατάλογο των επαγγελματικών ασθενειών.
<http://eurlex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=fr&ihtmlang=fr&lng1=fr,el&lng2=da,de,el,en,es,fi,fr,it,nl,pt,sv,&val=286286:cs>. (προσπελάστηκε 28/12/2013, 19:30).

Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογίας. <http://www.elire.gr> (προσπελάστηκε 10/08/2013, 12:00).

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, EU-OSHA (2009). Enterprise survey on new and emerging risks.
<https://osha.europa.eu/en/esener-enterprise-survey/enterprise-survey-esener>
 (προσπελάστηκε 30/01/2014, 18:45).

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, EU-OSHA (2000). *Μυοσκελετικές παθήσεις που συνδέονται με την εργασία στην Ευρώπη (Fact 3).*

<http://osha.europa.eu>. (προσπελάστηκε 05/12/2013, 18:15).

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, EU-OSHA (2007). Έκθεση του ευρωπαϊκού παρατηρητηρίου κινδύνου. Έκθεση πρόβλεψης εμπειρογνομώνων σχετικά με τους αναδυόμενους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους όσον αφορά την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118> (προσπελάστηκε 20/12/2013, 16:45).

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, EU-OSHA (2014). *Εκστρατεία για τους Ασφαλείς και Υγιείς Χώρους Εργασίας.*

<https://osha.europa.eu/el/teaser/healthy-workplaces-campaign-2014-2015-the-countdown-begins> (προσπελάστηκε 21/01/2014, 18:45).

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών. Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. (2010). *Επαγγελματικές Νόσοι 2009 και Αναδρομικά Στοιχεία 2003-2009.*

http://www.ika.gr/gr/infopages/stats/stat_reports/EODSFINALDOC09.pdf.

(προσπελάστηκε: 01/10/2013, 16:30).

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων - ΚΕΕΛΠΝΟ (2014). *Εποχική Γρίπη.* <http://www.keelpno.gr> (προσπελάστηκε 23/01/2014, 18:40').

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (2012). *Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στην εργασία - Γενική Επισκόπηση.* <http://www.ypakp.gr/uploads/docs/5133.pdf> (προσπελάστηκε 03/01/2014).

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2000). *Τα μυοσκελετικά προβλήματα που σχετίζονται με την εργασία*. Αθήνα: Έκδοση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας. <http://www.iatrikiergasias.gr/upload/file/myoskeletalikaB.pdf>. (προσπελάστηκε 29/11/2013, 15:50).

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010). *Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD), 10η αναθεώρηση*, τεύχος Β. <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-giathnygeia/kwdikopoihseis/86statistikhtaksinomhsh-noswn-kai-synafwn-problhmatwnygeias?fdl=26>. (προσπελάστηκε 12/08/2013, 17:50).

Χλωρός, Α. & Σιχλιτίδης, Λ. (2011). Εργασία σε θερμό και ψυχρό περιβάλλον. Εταιρεία Μελέτης Πνευμονοπαθειών και Επαγγελματικών Παθήσεων Θώρακος. <http://www.ethorax.gr/index.php?section=703> (προσπελάστηκε 30/12/2013, 16:45').

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι:

Υποβολή πρότασης έρευνας προς έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του

Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.



ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προς: την Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Τίτλος: «Υποκειμενική αντίληψη της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στα συμπτώματα μυαλγίας».

Επιστημονικώς Υπεύθυνοι: Δρ. Ανδρέας Φλουρής και Δρ. Γιάννης Κουτεντάκης.

Σχέση με το Πρόγραμμα Σπουδών του ΤΕΦΑΑ: Η μελέτη αυτή θα είναι μέρος της Μεταπτυχιακής Έρευνας της Ελένης Μητσιάδου στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. « Άσκηση και Υγεία » και ερευνά ένα θέμα το οποίο σχετίζεται απόλυτα με το Πρόγραμμα Σπουδών του ΤΕΦΑΑ, το οποίο εμπεριέχει μαθήματα όπως «Επιβάρυνση του Μυοσκελετικού Συστήματος στον Αθλητισμό» και «Φυσικοθεραπεία».

1. Σκοπός της έρευνας: Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις των περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος.

2. Σημαντικότητα της έρευνας: Οι παθήσεις των οστών και των μυών του μυοσκελετικού συστήματος του κορμού είναι συχνή αιτία επίσκεψης στο γιατρό (Ανδριανάκος, Τρόντζας & Χριστογιάννης, 2003). Η συγκεκριμένη έρευνα αναμένεται να συμβάλλει στην καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μυαλγίας και μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Αυτό θα βοηθήσει στο σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στον

πρωτοποριακό τρόπο προσέγγισης του θέματος, δεδομένου ότι δεν συναντάται ανάλογη έρευνα σε ελληνική και παγκόσμια βιβλιογραφία.

3. Εισαγωγή και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας: Τραυματισμός των σκελετικών μυϊκών ινών μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα βίαιης ή υπερβολικής δύναμης, υπερβολικά υψηλών ή χαμηλών θερμοκρασιών, φλεγμονής ή ασθένειας των μυών (Carlson&Faulkner,1983). Τα αίτια τραυματισμού των μυϊκών ινών μπορεί να είναι εσωτερικά, όπως φλεγμονή και ρήξη τενόντων, ή εξωτερικά όπως σύνθλιψη, ανοικτό ή κλειστό τραύμα στην περιοχή, απότομη κίνηση, υπερβολική δύναμη, αλλά και απότομες αλλαγές ζέστης και κρύου (MacIntosh, Gardiner, McComas, 2006). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε περίπτωση κλειστού τραύματος μυός, μπορεί να υποκρύπτεται ρήξη μυός ή κάταγμα οστού (Οικονόμου, 1978). Παρά το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων οι οποίες αναφέρονται σε τραυματισμούς του μυοσκελετικού συστήματος, δεν έχει καταγραφεί και κωδικοποιηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στους τραυματισμούς, οι οποίοι μπορεί και να συνοδεύονται από σημαντική μείωση της λειτουργικής τους ικανότητας. Έτσι, η παρούσα μελέτη θα διερευνήσει τις αντιλήψεις του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις των περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μυαλγίας και μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος του κορμού. Αυτό θα βοηθήσει στο σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος.

4. Μεθοδολογία:

Φάσεις μελέτης: Η παρούσα μελέτη χωρίζεται σε δύο φάσεις. Τη φάση της διεξαγωγής συνεντεύξεων σε ένα μικρό δείγμα εθελοντών και τη φάση των ερωτηματολογίων σε ένα μεγαλύτερο δείγμα εθελοντών.

Δείγμα: Στη φάση των συνεντεύξεων θα συμμετάσχει ένα τυχαίο δείγμα δέκα ενηλίκων ανδρών και γυναικών, ηλικίας 18-70 ετών, από το γενικό πληθυσμό και ένα δείγμα πέντε ενηλίκων ανδρών και γυναικών γιατρών (νευρολόγοι, ορθοπεδικοί, ρευματολόγοι ή γενικής ιατρικής). Στη φάση των ερωτηματολογίων θα συμμετάσχει ένα τυχαίο δείγμα διακοσίων ενηλίκων ανδρών και γυναικών, ηλικίας 18-70 ετών. Τα μεγέθη των δειγμάτων των δύο φάσεων κρίνονται επαρκή με βάση προηγούμενες μελέτες με σχετική μεθοδολογία, οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο Εργαστήριο Αθλητικής Ψυχολογίας του ΤΕΦΑΑ ΠΘ. Ανάλυση στατιστικής δύναμης για τον ακριβή προσδιορισμό του ελάχιστου δυνατού δείγματος δεν ήταν δυνατή αφενός γιατί η φάση συνεντεύξεων αφορά σε ποιοτική έρευνα (Rossman&Rallis, 1998), και αφετέρου γιατί η φάση των ερωτηματολογίων ερευνά θέματα τα οποία δεν έχουν μελετηθεί στο παρελθόν και είναι αδύνατη η εξεύρεση δημοσιευμένων δεδομένων για τους απαραίτητους υπολογισμούς.

Εργαλεία μέτρησης και διαδικασία συλλογής των πληροφοριών: Στη φάση των συνεντεύξεων θα γίνει συλλογή και καταγραφή των απόψεων των ερωτώμενων έτσι όπως «εκείνοι/ες θα τις εκφράσουν, βασιζόμενοι/ες στις εμπειρίες τους και στις δυσκολίες που συναντούν» (Bird& συν.,1999), αλλά και κάποιων απόψεων που δεν είχαν προβλεφθεί από το ερωτηματολόγιο. Η συνέντευξη θα είναι ποιοτική, σε βάθος διερευνητική (Rossman&Rallis, 1998) και οι ερωτήσεις θα έχουν κλειστή και ανοιχτή μορφή, με τη δυνατότητα ελεύθερης διατύπωσης της απάντησης από τον ερωτώμενο (Κυριαζή, 2002). Έτσι, ακόμη και αν οι συνεντεύξεις είναι πολύ καλά σχεδιασμένες, οργανωμένες και διεξοδικές, θα μας δώσουν την «ευκαιρία να ακολουθήσουμε την απρόβλεπτη κατεύθυνση προς την οποία μπορεί να οδηγήσει η γνώση αυτών που απαντούν» (Bird& συν.,1999).

Θα υπάρχουν δύο ερωτηματολόγια συνέντευξης, ένα για το δείγμα των δέκα ενηλίκων από το γενικό πληθυσμό (παράρτημα Α) και ένα για το δείγμα των πέντε γιατρών (παράρτημα Β). Στους συμμετέχοντες στην έρευνα, θα δοθεί αρχικά ένα έντυπο συγκατάθεσης, με το οποίο θα πληροφορούνται για την έρευνα, το απόρρητο των στοιχείων και της ανωνυμίας και αν συναινέσουν, θα συμμετάσχουν. Οι συνεντεύξεις θα γίνουν σε προσωπικό χώρο των συμμετεχόντων στην έρευνα, αφού προηγουμένως θα έχει καθοριστεί τόσο ο τόπος όσο και ο

χρόνος και οι ερωτήσεις θα υποβάλλονται από τον ερευνητή. Οι συνεντεύξεις θα μαγνητοφωνούνται, ώστε να μπορέσουν να αναλυθούν με μεγαλύτερη συστηματικότητα και σε βάθος οι απαντήσεις, μετά την απομαγνητοφώνηση. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν από τις συνεντεύξεις, θα αναλυθούν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης (Boyatzi,1998) και θα χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία ενός εκτεταμένου ερωτηματολογίου, το οποίο θα συμπληρωθεί από ένα μεγαλύτερο δείγμα εθελοντών προκειμένου να διερευνηθούν οι αντιλήψεις του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις των περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Οι απαντήσεις από το εκτεταμένο ερωτηματολόγιο θα περαστούν στο στατιστικό πακέτο SPSS και θα αναλυθούν με ερμηνευτική παραγοντική ανάλυση (factor analysis) με την μέθοδο «κύριες συνιστώσες». Μέσω της ανάλυσης αυτής θα αναζητηθεί η ύπαρξη κοινών παραγόντων ανάμεσα στο σύνολο των ερωτήσεων – μεταβλητών. Οι κοινοί αυτοί παράγοντες θα φανερώσουν τις αντιλήψεις του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις των περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος.

5. Απαιτούμενη έγκριση από φορείς:

Από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

6. Κριτήρια Συμμετοχής στη Μελέτη:

Στη φάση διεξαγωγής συνεντεύξεων θα συμμετάσχουν ενήλικες άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό ηλικίας 18-70 ετών εκ των οποίων πέντε θα είναι γιατροί (νευρολόγοι, ορθοπαιδικοί, ρευματολόγοι ή γενικής ιατρικής). Στη φάση ερωτηματολογίων θα συμμετάσχουν διακόσιοι ενήλικες άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό ηλικίας 18-70 ετών.

7. Κριτήρια Αποκλεισμού Συμμετοχής:

Κριτήρια αποκλεισμού συμμετοχής αποτελούν: α) άτομα ηλικίας <18 ετών και β) άτομα ηλικίας >70 ετών. Δεν τίθενται άλλα κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή του δείγματος στην παρούσα έρευνα.

8. Εγκαταστάσεις : Προσωπικός χώρος των συμμετεχόντων στην έρευνα.

9. Βιβλιογραφία :

1. Ανδριανάκος, Α., Τρόντζας, Π., Χριστογιάννης, Φ. και συν. (2003). *Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα. Περιγραφική επιδημιολογική μελέτη. Η μελέτη ESORDIG*, ΙΑΤΡΙΚΗ, 84:188-206.
2. Carlson, B.M., Faulkner, J.A. (1983). *The regeneration of skeletal muscle fibers following injury: a review*, Med Sci Sports Exerc., 15(3):187-198.
3. MacIntosh, B.R., Gardiner, P.F., McComas, A.J. (2006). *Skeletal Muscle*, 313-321, U.S.A., Human Kinetics.
4. Οικονόμου, Ν. (1978). *Χειρουργική*, 120-144, Αθήνα, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., & Woods, P. (1999). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη, Εγχειρίδιο Μελέτης*, (μτφ. Ε. Φράγκου). Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
6. Rossman, B.G. & Rallis, S.F., (1998). *Learning in the field: An introduction to qualitative research*, London: sage publications.
7. Φίλιας, Β. (1996). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*. Αθήνα, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης, GUTENBERG.
8. Κυριαζή, Ν. (2002). *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Τεχνικών*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
9. Vander, A., Sherman, J., Luciano, D., (2001). *Human Physiology*, 8th edit, (μτφ. Γελαδάς, Ν., Τσακόπουλος, Μ), vol 1: 405-455, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
10. Σάββας, Α. (1979). *Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου*, τόμ.1,σελ.16-58,98-129,147-154,175-184,195-204, Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός οίκος Κυριακίδη.

11. Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, Α.(1989), *Η Ανατομία του Ανθρώπινου Σώματος*, 2^η έκδοση, σελ.35-80,101-112,135-188,247-285, Θεσσαλονίκη, UNIVERSITYSTUDIOPRESS.
12. Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Newbury Park, CA: Sage.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ:*Έγγραφο συναίνεσης δοκιμαζόμενου στην ερευνητική εργασία**(για τη φάση των συνεντεύξεων)*Έγγραφο συναίνεσης δοκιμαζόμενου στην ερευνητική εργασία

Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης: «Υποκειμενική αντίληψη της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στα συμπτώματα μυαλγίας».

Αγαπητέ Δοκιμαζόμενε/η

Η μελέτη αυτή γίνεται σε συνεργασία με το Τμήμα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, είναι μέρος της Μεταπτυχιακής Έρευνας της Ελένης Μητσιάδου στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. « Άσκηση και Υγεία » και αναμένεται να συμβάλλει, μέσω ενός ερωτηματολογίου, στην καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μυαλγίας και μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Αυτό θα βοηθήσει στο σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η συνέντευξη και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο τόπος και η ώρα θα αποφασιστεί από εσάς. Δεν θα υπάρξει κανένας κίνδυνος από τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει, δηλαδή, τι ελπίζουμε να μάθουμε από αυτή την έρευνα, σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. **Η συμμετοχή σας είναι καθαρά εθελοντική, αυστηρώς ανώνυμη, και δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στην έρευνα. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στην έρευνα.** Η συμμετοχή σας συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δεν θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομά σας να μη φαίνεται πουθενά. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση σχετικά με τη μελέτη αυτή μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο τηλέφωνο: 6946286495 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση : elenamitsiadou@hotmail.com Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας.

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα εκτελέσω. Συναινώ να συμμετέχω στην έρευνα.

Ημερομηνία: ___/___/___

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:

Όνοματεπώνυμο ερευνητή:

Ελένη Μητσιάδου

Υπογραφή συμμετέχοντος:

Υπογραφή ερευνητή:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ:

Απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων

ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

(1)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», έχετε ενημερωθεί για το θέμα της εργασίας και σας παρακαλώ πολύ τώρα, να αρχίσουμε τη συνέντευξη. Λοιπόν. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν τέσσερα χρόνια.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Δεν παθαίνω συχνά.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Έχω έντονο πόνο και αδυναμία κινήσεων.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Τις περισσότερες φορές, ναι.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Στην ωμοπλάτη.

-Τι σου προκαλεί;

-Πόνο και αδυναμία κινήσεων.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Σε ψυχρά ρεύματα.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Τρεις με τέσσερις μέρες.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);

-Όχι.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι. Το καλοκαίρι.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ναι.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ναι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Αν ναι, πού;

- -----

-Τι βρήκες;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνη σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Με επάλειψη, με διάφορες θερμαντικές αλοιφές.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

- Ναι.
- Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;**
- Ναι.
- Αν ναι, τι σου συνέστησε;**
- Μυοχαλαρωτικά φάρμακα.
- Ποιας ειδικότητας ήταν ο γιατρός;**
- Παθολόγος.
- Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;**
- Όχι.
- Γυμνάζεσαι;**
- Όχι.
- Αν ναι, τι δραστηριότητα κάνεις;**
- Όχι.
- Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;**
- Όχι.
- Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;**
- Όχι.
- Αν ναι, νομίζεις ότι μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;**
- Όχι.
- Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.**
- Παρακαλώ.

(2)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών γιατρών

- Κύριε «Α», ευχαριστώ πολύ που δεχτήκατε να μου δώσετε συνέντευξη, το θέμα σας το έχω ανακοινώσει, ξεκινάμε;
- Ξεκινάμε.
- Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;**
- Πολλές φορές.
- Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;**
- Πριν δύο μήνες.
- Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;**
- Τακτικά.
- Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;**
- Ε... παθαίνω ψύξη, όταν παθαίνεις μια σύσπαση στο μυοσκελετικό, δηλαδή στο μυ του αυχένα, στο στερνοκλειδομαστοειδή, στη μέση και τα λοιπά.
- Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;**
- Όχι.
- Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;**
- Ε... στον αυχένα και ε... συνήθως στον αυχένα, στο αυχενικό και στη μέση.
- Τι σου προκαλεί;**
- Πόνο.
- Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;**
- Ε... στο ρεύμα ή στο aircondition , ή όταν κάνουμε μπάνιο και βγαίνουμε έξω, όταν αλλάζει ο καιρ... με τη διαφορά των καιρικών συνθηκών.
- Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;**
- Αναλόγως... ε... από μία μέρα μέχρι πέντε μέρες. Αν δεν πάρεις φαρμακευτική αγωγή...
- Μάλιστα... Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);**

-Συνήθως είναι πρωινά τα συμπτώματα, λόγω της διαφοράς... ανάλογα και με τις εποχές, που έχουμε τη διαφορά της θερμοκρασίας, νύχτα με μέρα και ένας βασικός παράγοντας, είναι η Θεσσαλία.

-Μάλιστα. Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Συνήθως, επικίνδυνοι μήνες είναι ο χειμώνας και το καλοκαίρι.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη; Το καταλαβαίνεις από πριν δηλαδή; Το νιώθεις ότι πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Πολλές φορές.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Επειδή είμαι... επειδή έχω πάθει πολλές φορές ψύξη, το ψάχνω..

-Πού;

-Ε, στους ορθοπεδικούς, στους ρευματολόγους και στους γενικούς γιατρούς.

-Ναι. Τι βρήκες;

-Τι βρήκα;

-Ναι, τι βρήκες σχετικά με την ψύξη;

-Το βασικό απ' όλα είναι ότι έχουμε μια σύσπαση στο μυοσκελετικό και πόνο.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Παίρνοντας παυσίπονα, ε, παίρνοντας αναλγητικές αλοιφές- μιλάμε για μόνος μου- και συνήθως αυτά είναι.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ε, υποχρεωτικά.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Ε, πολλές φορές, ορθοπεδικούς και ρευματολόγους.

-Τι σου συνέστησε;

-Φυσικοθεραπεία και αναλγητικά.

-Ποιάς ειδικότητας ήταν ο γιατρός;

-Ορθοπεδικός.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Υπ... ε..., υπάρχει κι αυτό το ενδεχόμενο...

-Τραυματισμού δηλαδή;

-Με τραυματισμούς. Ε, ένα από τα πιο βασικά είναι ο τραυματισμός και από μικρές ηλικίες, που τα παιδιά δεν προσέχουν και δεν έχουν το... να το πουν στους γονείς, ότι υποφέρουν και τα λοιπά.

-Γυμνάζεσαι;

-Τακτικά.

-Τι δραστηριότητες κάνεις;

-Ποδόσφαιρο και joking.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Και μες τον αγωνιστικό χώρο και μετά.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Διαφέρει.

-Νομίζεις ότι μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;

-Μπορώ.

-Έχεις αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;

-Ναι.

-Τι συμπτώματα περιγράφουν;

-Ε, δυνατό πόνο, ε, χαρακτηριστικός είναι ο πόνος, όπως είπαμε και δεύτερον είναι ότι... ναι... είναι το μυοσκελετικό, όπως είπα και πριν... το παθαίνουμε... ναι... μάζεμα και τέτοιο... πώς το λένε αυτό;...

-Σύσπαση;

-Σύσπαση. Σύσπαση το βασικό.

-Πόσο συχνά αναφέρει ο κάθε ασθενής ότι του εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης;

-Πολλές φορές.

-Πόσο διάστημα αναφέρουν ότι διαρκούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;

-Εάν δεν πάρεις θεραπευτική αγωγή, δεν πρόκειται να γίνεις καλά. Επαναλαμβάνονται.

-Σε ποιό/ά σημείο/α αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης και τι τους προκαλούν;

-Είναι ο στερνοκλειδομαστοειδής, ο σκαληνός, το μεσοπλεύριο και... στην οσφυϊκή μοίρα.

-Και τι σου περιγράφουν; Τι τους προκαλεί αυτά τα συμπτώματα;

-Α, τους προκαλεί... δηλαδή, όταν, όπως είπα και πριν, με τον αέρα, με τις αλλαγές θερμοκρασίας, ε... όταν κάποιος είναι ζεστός και πάει στο κρύο, ή κάνει μπάνιο και βγαίνει, με την αλλαγή θερμοκρασίας, ή στο aircondition, ή είναι ζεστός από μέσα και βγαίνει απότομα έξω, κάνει μπάνιο, όλοι αυτοί οι παράγοντες παίζουν μεγάλο ρόλο.

-Έχουν αναφέρει ότι εμφανίστηκαν συμπτώματα ψύξης κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Τι, δεν κατάλαβα;

-Οι ασθενείς αυτοί, που έχουν έρθει σε σένα, σου έχουν αναφέρει, ότι εμφανίστηκαν σ' αυτούς, συμπτώματα ψύξης, κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Ναι, ή μες την αθλητική δραστηριότητα, που κάνουν joking και σταματάνε και τα λοιπά και.... τέτοιο, ή μετά από κάθε αγώνα, κάνουν το μπάνιο και βγαίνουν έξω.

-Μάλιστα. Υπάρχει συνήθως...

-Υπάρχει όμως προϊστορία. Δεν μπορεί να πάθεις ξαφνικά...

-Μάλιστα.

-Και ο οργανισμός είναι ευαίσθητος, του κάθε ανθρώπου, διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό.

-Μάλιστα. Υπάρχει συνήθως κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;

-Υπάρχει κι αυτό το ενδεχόμενο, ναι, να έχουν οι άνθρωποι, ένα παλιό ιστορικό ή να έχουν κάποιον άλλο τραυματισμό, τραυματισμό από τροχαίο, τραυματισμό από ποδόσφαιρο, τραυματισμό από άλλες δραστηριότητες...

-Μάλιστα. Παρατηρείς μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη σε κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Περίοδος του χρόνου, είναι ο χειμώνας και το καλοκαίρι.

-Μάλιστα. Συνέστησες κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε αυτούς τους ασθενείς; Αν ναι, τι;

-Συνήθως μια ακτινογραφία, φοβάμαι για το αυχενικό, μήπως έχουμε πρόβλημα με... τις ρίζες και τα λοιπά, με σπονδύλους... και φυσικοθεραπεία.

-Τους συνέστησες κάποια φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, τι;

-Στην οξεία φάση, συνήθως, ενέσιμο... Voltaren, Muscoril.

-Τους συνέστησες κάτι άλλο, πέρα από αυτά που έχεις αναφέρει ήδη;

-Όπως είπα, αναλγητικά, το βασικό, μυοχαλαρωτικά και φυσικοθεραπεία.

-Μάλιστα.

-Ή αν έρθει και σε πολύ άσχημη κατάσταση, μέχρι αξονικές.

-Ωραία. Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Είστε πολύ γλυκιά.

(3)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ που δεχτήκατε να νου δώσετε συνέντευξη, σχετικά με το θέμα της διατριβής μου. Όταν είστε έτοιμος, ξεκινάμε.

-Έτοιμος.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Όχι, δεν έχω πάθει.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά;

-Δεν έχω πάθει.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Δεν έχω πάθει ψύξη.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Δεν έχω πάθει ψύξη.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Δεν το γνωρίζω, διότι δεν έχω πάθει.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Δεν έχω πάθει.

-Τι σου προκαλεί;

-Δεν το γνωρίζω.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Δεν το γνωρίζω.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα ψύξης;

-Δεν το γνωρίζω, δεν έχω πάθει.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);

-Δεν το γνωρίζω, δεν έχω πάθει.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Δεν το γνωρίζω.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Δεν το γνωρίζω.

-Σε ενοχλεί, σε έχει ενοχλήσει ποτέ, όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;

-Όχι, καθόλου.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι, γιατί δεν έχω πάθει και δεν με ενδιαφέρει.

-Άρα δεν έχεις βρει... Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Δεν έχω πάθει και δεν προσπάθησα.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Δεν έχω πάθει ψύξη.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι.

-Επομένως, αφού δεν επισκέφτηκες, δεν σου συνέστησε και κάτι... Μήπως έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Ε, λίγο...

-Τι δραστηριότητα κάνεις;

-Ε, βάδην...

-Έπαθες ποτέ ψύξη μήπως, κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ε, νομίζω, πρέπει να είναι το ίδιο.

-Αν ναι, νομίζεις ότι μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;

-Όχι, όχι.

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Παρακαλώ.

(4)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να συμμετέχετε στην έρευνα για το θέμα μου, για την διατριβή μου. Αν είστε έτοιμη, ξεκινάμε τις ερωτήσεις.

-Ξεκινάμε.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Ε, πριν τρία χρόνια, το καλοκαίρι.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Όχι συχνά.

-Δηλαδή, πόσο συχνά, περίπου; Με τι συχνότητα;

-Περίπου, ε, κάθε πέντε χρόνια;

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Αισθάνομαι έντονο μυϊκό πόνο, πιάσιμο, ε, δυσκολία να γυρίσω... συνήθως... παθαίνω... κάπου εδώ στον τράχηλο... και έτσι... πόνο, πόνο.

-Είναι η επόμενη ερώτησή μου. Σε ποιο σημείο παθαίνεις ψύξη;

-Έχω πάθει, πριν τρία χρόνια που σας είπα, το καλοκαίρι, στον τράχηλο και πριν 10 χρόνια περίπου, στη δεξιά ωμοπλάτη.

-Μάλιστα. Τι σου προκαλεί; Το γεγονός, δηλαδή, ότι παθαίνεις ψύξη, τι σου προκαλεί;

-Τα ενοχλήματα δηλαδή;

-Ναι.

-Ναι. Όπως προανέφερα, έντονο πόνο, πιάσιμο, μ..., δυσκολία στην... στις κινήσεις μου, στη στάση μου...

-Μάλιστα.

-Ναι. Μια γενική κακουχία...

-Ωραία. Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Ναι. Την τελευταία φορά το απέδωσα αποκλειστικά στο aircondition, μέσα στο αυτοκίνητο. Σ' ένα μακρινό ταξίδι, αισθανόμουν το aircondition να με χτυπάει, φορούσα ένα μπλουζάκι αμάνικο τελείως και ήταν εκτεθειμένη όλη η περιοχή αυτή (δείχνει με το χέρι της τον αυχένα και την αριστερή ωμοπλάτη) ... και ... κατάλαβα ότι εκεί έπαθα την ψύξη.

-Μάλιστα. Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Την τελευταία φορά ήταν έντονα για τέσσερις-πέντε μέρες. Μετά υποχώρησαν, αλλά την προηγούμενη φορά που προανέφερα, μου κράτησε αρκετό καιρό, δηλαδή, αυτόν τον πόνο στην πλάτη, τον αισθανόμουν πολύ καιρό, το πιάσιμο αυτό...

-Το "πολύ καιρό" λίγο, μήπως μπορείτε να μου το διευκρινίσετε... περίπου;

-Και εξάμηνο...

-Μάλιστα.

-Και εξάμηνο... δηλαδή, έπρεπε να πάω σ' ένα ίσιο μέρος, σ' έναν τοίχο, να ακουμπήσω την πλάτη μου, για να αισθανθώ ανακούφιση, τόσο έντονος ήταν αυτός ο πόνος... Ίσως ήταν

παραμελημένο... δεν πήρα φάρμακα, δεν έκανα κάτι... ενώ την τελευταία φορά, πήρα μυοχαλαρωτικά και το αντιμετώπισα καλύτερα.

-Ωραία. Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή: Πάντως αρχίζουν την ίδια περίοδο της ημέρας ή όχι;

-Ναι, μπορώ να πω την ίδια, αλλά την επομένη είναι πιο έντονα. Σιγά-σιγά την ίδια... Δηλαδή, ας πούμε, ταξίδεψα, ε... το μεσημέρι φτάσαμε εδώ; Αρχισα να έχω αυτή τη δυσκολία, λίγο, το πιάσιμο, την άλλη μέρα, ήταν πολύ έντονο...

-Μάλιστα. Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Δεν, δεν το παρατήρησα... δεν... δεν μπορώ να το... ναι...

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ναι, το καταλαβαίνω, δηλαδή, αισθάνομαι... σαν ένα ελαφρό μούδιασμα... σαν να κρυώνω... δηλαδή, το καταλαβαίνω και παίρνω τα μέτρα μου, ας πούμε, τώρα που ταξιδεύω στο αυτοκίνητο με aircondition, δε φοράω πλέον, αμάνικο μπλουζάκι, φοράω το κοντομάνικο, ή παίρνω ένα σάλι και το ρίχνω πάνω μου, ή όταν ταξιδεύω με το λεωφορείο και μου βάζουν έντονα το aircondition, προσέχω πάντα να έχω ένα ζεστό ρούχο, να το ρίχνω πάνω μου... δηλαδή το νιώθω... το νιώθω...

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Πάρα πολύ...

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι. Δεν ασχολήθηκα.

-Αν ναι, πού; Δεν έχεις είπες...

-Τι βρήκες; Δεν...

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος/η σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Με μασάζ, με μια αλοιφή, έτσι, μυοχαλαρωτική, ε, με ζέστη, ναι... με μια θερμοφόρα.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ναι, ναι, ναι, ναι, Norgesic μυοχαλαρωτικό και μια αλοιφή... Voltaren.

-Μάλιστα. Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι. Το αντιμετώπισα μόνη μου.

-Αν ναι, τι σου συνέστησε... δεν έχεις επισκεφτεί...

-Ποιας ειδικότητας ήταν ο γιατρός... δεν έχεις επισκεφτεί...

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Ναι, μπορώ να πω, εκεί στην ωμοπλάτη που προανέφερα, κάποια στιγμή, αισθάνθηκα ότι ήταν μυϊκός τραυματισμός, από μια έντονη κίνηση που έκανα και πιθανόν, εκεί μέσα να μπλέχτηκε και η ψύξη, με τον τραυματισμό. Δηλαδή, γιατί αυτό με ταλαιπώρησε, είπα πριν εξάμηνο, αλλά μπορώ να πω ότι ακόμα και τώρα, όταν κρυώνω, αισθάνομαι την ευαισθησία σ' αυτό το σημείο, που σημαίνει ότι...

-Δηλαδή, ο τραυματισμός...

-Πέρασαν τόσα χρόνια...

-Δηλαδή, ο τραυματισμός είχε προηγηθεί...

-Είχε προηγηθεί, είχε προηγηθεί...

-... του περιστατικού της ψύξης, μάλιστα...

-Είχε προηγηθεί... μάλιστα...

-Ωραία. Γυμνάζεσαι;

-Ε, όχι ιδιαίτερα αυτό τον καιρό...

-Δηλαδή, τι δραστηριότητα κάνεις;

-Περπάτημα μόνο.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι, προσπαθώ να κάνω τις ασκήσεις, πώς τις λένε; Τις... πέστες... ένα ζέσταμα πριν... και μετά...

-Να κάνεις προθέρμανση, δηλαδή.

-Προθέρμανση και μετά τις, σταμάτησε το μυαλό μου, ρε συ... κάποιες που κάνουμε... που τραβάμε... για να επανέλθουν οι μυς... στην αρχική τους...

- Ναι. Όχι, δεν μιλάω για τραυματισμό... μιλάω, αν έχεις, μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα ή κατά τη διάρκεια... αν έχεις πάθει ψύξη;**
 -Όχι... όχι... όχι...
-Όχι.
 -Όχι.
-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;
 -Θα έλεγα, όχι...
-Θεωρείς ότι είναι το ίδιο πράγμα δηλαδή;
 -Θεωρώ ότι είναι το ίδιο πράγμα, ναι.
-Δηλαδή, εσύ δεν διακρίνεις κάποια διαφορά σε αυτά τα δύο;
 -Όχι, όχι.
-Έχεις να προσθέσεις κάτι άλλο;
 -Ε, μάλλον θα έλεγα, ότι το «πιάσιμο» είναι πιο... ε, πιο αντιμετωπίσιμο εύκολα, ότι περνάει πιο γρήγορα, ενώ η ψύξη μπορεί να σε ταλαιπωρήσει και μια βδομάδα... να... απλά με ένα πιάσιμο, πιστεύω, με μια απλή εντριβή... κάτι... να περάσει αμέσως, ενώ η ψύξη θα σε ταλαιπωρήσει... ναι...
-Άρα, θεωρείς τώρα, ότι υπάρχει διαφορά, ανάμεσα στο «πιάσιμο» και στην ψύξη;
 -Υπάρχει, ναι, ναι, ναι... υπάρχει... ναι...
-Μάλιστα, ωραία.
 -Τώρα, δεν ξέρω αν σας κατατόπισα...
-Όχι, η υποκειμενική σας αντίληψη με ενδιαφέρει, σας ευχαριστώ πάρα πολύ...
 -Παρακαλώ, παρακαλώ...
-Ευχαριστώ.

(5)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

- Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που να συμμετέχετε στην έρευνά μου...**
 -Κι εγώ ευχαριστώ...
-Αν είστε έτοιμος, μπορούμε να ξεκινήσουμε τις ερωτήσεις.
 -Μάλιστα.
-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;
 -Όχι.
-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;
 -Δε θυμάμαι... Στα πενήντα μου χρόνια, δε θυμάμαι να 'χω πάθει ψύξη...
-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;
 -Νομίζω... όχι πολύ συχνά...
-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;
 -Ε... ο οργανισμός μου αρχίζει και αλλάζει. Κρυώνω... έχω πονοκέφαλο... με πιάνει ο ώμος... έτσι νομίζω.
-Η αιτία ψύξης είναι πάντα η ίδια;
 -Νομίζω, ναι.
-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;
 -Ο αυχένας, στον ώμο, στο πρόσωπο μπροστά... μπροστά... στο κρανίο...
-Μάλιστα...
 -Και στο στήθος.
-Ωραία. Τι σου προκαλεί; Πώς αντιλαμβάνεσαι, δηλαδή, την ψύξη; Τι συμπτώματα έχεις;
 -Τώρα... τα συμπτώματα... έχω πονοκέφαλο...
-Ναι...
 -Δεν μπορώ να σηκώσω χέρι και είμαι σχετικά σε μια κατάσταση αδύναμη.

-Μάλιστα. Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις; Δηλαδή, ποια είναι η αιτία, που σου δημιουργεί αυτά τα συμπτώματα;

-Η αιτία είναι... ένα μεγάλο ποσοστό είναι... ε... όταν... όταν κάνει πάρα πολύ κρύο και ιδρώσεις και βγεις, δεν αλλάξεις ρούχα... και... και βγεις έξω... και σου χτυπήσει ένας αέρας... ή... ή το δεύτερο είναι, ότι, όταν είναι, θα κοιμηθείς στο σπίτι σου, τώρα που είναι καλοκαίρι και έχει ρεύμα το... το... σπίτι, μπορεί να πάθεις ψύξη.

-Μάλιστα. Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα αυτά της ψύξης;

-Εάν δεν πάρεις φάρμακα... πιστεύω ότι θα σε δημιουργήσουν και πρόβλημα αργότερα στην ψύξη και θα σου πάρει και μια βδομάδα.

-Εσάς, δηλαδή, όταν έχετε αυτά τα συμπτώματα, πόσο διάστημα περίπου τα έχετε;

-Μια βδομάδα περίπου...

-Μάλιστα... Τα συμπτώματα αυτά της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας, π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή;

-Πιο πολύ αρχίζουνε πρωινές ώρες, μόλις ξυπνάς.

-Το πρωί...

-Ναι. Και δεύτερο μετά, είναι οτ... προς το μεσημέρι...

-Μάλιστα.

-Αρχίζουν πάλι να σε πειράζει... απ' ότι...

-Ναι, όπως αντιλαμβάνεστε εσείς... Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Φυσικά. Ιδιαίτερα το καλοκαίρι, όταν έχει πολύ ζέστη, είναι πολύ επικίνδυνο, είναι, να πάθεις ψύξη.

-Μάλιστα.

-Λόγω της υπερβολικής ζέστας, μπαίνεις μέσα, ας πούμε, σ' ένα δωμάτιο το οποίο έχει... ψύξη... το aircondition... εκεί μπορείς να πάθεις ψύξη. Έτσι.

-Μάλιστα. Εσείς, δηλαδή, το παθαίνετε καλοκαίρι.

-Φυσικά.

-Ωραία. Το καταλαβαίνεις, όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη; Υπάρχουν κάποια ενοχλήματα, πριν την πάθεις; Το καταλαβαίνεις από πριν; Ή παρουσιάζονται κατευθείαν τα συμπτώματα αυτά;

-Όχι. Το καταλαβαίνεις από πριν. Αρχίζεις και πιάνεσαι ολόκληρος... Σου πιάνει απ' τον αυχένα... αρχίζει και πιάνει... δεν μπορείς να σηκώσεις κεφάλι... ή να γυρίσεις αριστερά ή δεξιά...

-Μάλιστα. Σε ενοχλεί όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ναι. Ναι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Εγώ προσωπικά, είμαι με τον αθλητισμό. Επειδή ασχολούμαι με τον αθλητισμό, όσες φορές κι αν πήγε να με... να με χτυπήσει κάπως η ψύξη... να μου... να με ενοχλήσει... όταν αθλούμαι και ιδρώνω... και τρέχω, ε... συνέρχομαι απευθείας.

-Ναι. Δηλαδή, όταν έχεις πάθει ψύξη και αθλείσαι, συνέρχεσαι.

-Ναι, ναι, συνέρχομαι.

-Ωραία. Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Όχι.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη; Έχεις τραυματιστεί στο παρελθόν, ή έχεις κάποιο χρόνιο πρόβλημα, και σ' αυτό το σημείο, ας πούμε, νιώθεις τα συμπτώματα;

-Δεν νομίζω, δεν νομίζω, όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Ναι.

-Τι δραστηριότητα κάνεις;

-Βάδην και τρέξιμο.

-Κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα, έπαθες ποτέ ψύξη;

-Ποτές. Μόνο όταν δε γυμνάζομαι. Μόνο όταν δε γυμνάζομαι, προσπαθεί να με πιάσει...

-Μάλιστα.

-Και ειδικά όταν κάθομαι, ας πούμε, σε ρεύμα.

-Ναι.

-Ή θα ιδρώσω... ή...

-Ναι. Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Δεν... δεν μπορώ... δεν...

-Δεν μπορείς, δηλαδή, να διακρίνεις τη διαφορά;

-Όχι, όχι, όχι, όχι.

-Έχεις να προσθέσεις κάτι άλλο;

-Ε, όχι...

-Κάτι, που θεωρείτε ότι ξεχάσατε, ενδεχομένως, προηγουμένως;

-Τώρα, αυτή τη στιγμή, όχι. Δεν μπορώ.

-Σας ευχαριστώ πάρα πολύ, κύριε «Α».

-Κι εγώ σας ευχαριστώ, κυρία...

-Ευχαριστώ.

(6)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που συμμετέχετε στην έρευνά μου, σας έχω αναπτύξει το θέμα... είστε ενήμερη, έχετε δεχτεί να συμμετέχετε στην έρευνα, όποτε είστε έτοιμη, ξεκινάμε τις ερωτήσεις.

-Εντάξει.

-Λοιπόν. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Πολλές φορές.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Ε, εδώ και δυο μέρες.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Δυο φορές το μήνα...

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Από τον πόνο στον αυχένα, κάποια μικρή ζαλάδα και πονοκέφαλο.

-Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Η έκθεση σε ρεύματα.

-Μάλιστα. Τι σου προκαλεί;

-Σύσπαση στον αυχένα, πόνο, ο οποίος εγκαθίσταται σταδιακά, ε... και μετά από ένα εικοσιτετράωρο... μια γενικευμένη μυαλγία και πονοκέφαλο.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Ε... συνήθως, στο παράθυρο του αυτοκινήτου, ή... στο να κοιμάμαι με ανοιχτό παράθυρο.

-Μάλιστα. Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Δύο με πέντε μέρες περίπου.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας, π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή; Αλλά, την ίδια περίοδο της μέρας;

-Συνήθως... το πρωί... την ώρα που ξυπνάς... σηκώνεσαι είτε με πόνο, είτε με μια ζαλάδα, είτε με ένα πιάσιμο...

-Μάλιστα. Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Το καλοκαίρι.

-Το καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ναι.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;

-Πάρα πολύ. Και προσπαθώ να αποφύγω.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Συχνά. Είτε από γιατρούς, είτε από το διαδίκτυο, είτε από οπουδήποτε.

-Έχεις βρει;

-Ναι.

-Τι βρήκες;

-Η αιτία είναι ίδια, λίγο-πολύ. Η αντιμετώπιση είναι ίδια, στην οξεία φάση... φάρμακα... μυοχαλαρωτικά... και... για συντήρηση, φυσικοθεραπεία.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνη σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Με μυοχαλαρωτικό και με μασάζ.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ναι.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Τρεις φορές.

-Τι σου συνέστησε;

-Τα ίδια πάνω-κάτω. Φάρμακα...

-Ναι...

-Και μετά... μασάζ.

-Μάλιστα. Ποιας ειδικότητας ήταν ο γιατρός;

-Ορθοπεδικός και νευρολόγος.

-Μάλιστα.

-Για τον αυχένα.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Όχι ιδιαίτερα.

-Κάνεις κάποιες άλλες δραστηριότητες;

-Περπάτημα μόνο.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ναι. Διαφέρει. Το πιάσιμο...

-Μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;

-Το «πιάσιμο» είναι κατά την κίνηση... δεν είναι εγκατεστημένο διαρκώς... η ψύξη είναι εγκατεστημένη διαρκώς... δεν περνάει εύκολα...

-Ναι. Έχετε να προσθέσετε, μήπως, κάτι άλλο, που πιστεύετε ότι θα έχει ενδιαφέρον;

-Ε, εγώ θεωρώ, ότι αν πάθεις ψύξη μια φορά, ευαισθητοποιείται η περιοχή και το παθαίνεις αρκετά συχνά μετά... πρέπει να είσαι... ε... επιφυλακτικός με τα aircondition, με τα ρεύματα... και βέβαια, να το αντιμετωπίζεις κατευθείαν, να μην το αφήνεις, διότι όσο το αφήνεις, τόσο χειροτερεύει.

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Παρακαλώ. Εγώ ευχαριστώ.

(7)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που λαμβάνετε μέρος στην έρευνά μου. Σας έχω εξηγήσει τα απαραίτητα. Όταν είστε έτοιμη, μπορούμε να ξεκινήσουμε τις ερωτήσεις.

-Ναι, είμαι έτοιμη.

-Ωραία. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι. Ναι, έχω πάθει ψύξη.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν από... πέντε μήνες.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Ε, παθαίνω ψύξη συνήθως, άνοιξη και φθινόπωρο.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Ε... είναι έντονος ο πόνος... ε... ε... δεν... δυσκολεύομαι στην κίνηση... ε... αυτά.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Σχεδόν... ε... όταν συνήθως κάθομαι σε... ρεύματα... ή σε aircondition... ε... ή ιδρώνω... συνήθως τότε.

-Σε ποιο σημείο παθαίνεις ψύξη;

-Συνήθως στην ωμοπλάτη ή στον αυχένα.

-Τι σου προκαλεί;

-Μου προκαλεί έντονο πόνο, κεφαλαγία... ε... δυσκολία στις κινήσεις... ε... αυτά.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Στο... όταν ιδρώνω... ε... συνήθως όταν έχω ανοιχτό το aircondition και κάνω δουλειές, ε... όταν γυμνάζομαι... ε... όταν κάθομαι βράδυ σε ρεύμα... είμαι έξω και κάθομαι σε ρεύμα και δεν έχω... ε... ζακέτα να προφυλαχτώ για τον αυχένα... τότε.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Μια βδομάδα.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);

-Μου έχει τύχει να αρχίσουν πρωί, αφού έχω ξυπνήσει ή ακόμη και βράδυ.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Συνήθως άνοιξη και φθινόπωρο, αλλά μπορώ να το πάθω... το 'χω πάθει και καλοκαίρι, ε... να κάνει... να φυσάει και να μην έχω πάρει την ανάλογη προφύλαξη.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Το καταλαβαίνω... από τον αυχένα.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ναι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνη σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... ή πήρα κάποια στιγμή, κάποιο αναλγητικό, ή με αλοιφή, ε... με ζεστά μπάνια, ζεστά ντους, ή... ακόμα και με θερμοφόρα.

-Μάλιστα. Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ε... συνήθως, αλοιφή.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Ε... σπάνια.

-Δηλαδή, το έχεις κάνει κάποια στιγμή;

-Το έχω κάνει... σε ορθοπεδικό.

-Τι σου συνέστησε;

-Κάποια κρέμα και ζεστά ντους.

-Μάλιστα. Ποιας ειδικότητας ήταν ο γιατρός;

- Ορθοπεδικός.
-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;
 -Όχι.
-Γυμνάζεσαι;
 -Ναι.
-Τι δραστηριότητα κάνεις;
 -E...Joking.
-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;
 -Κατά τη διάρκεια... όταν αθλούμαι... από aircondition.
-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;
 -Ναι. Πιστεύω ότι διαφέρει.
-Μπορείς, δηλαδή, να διακρίνεις τη διαφορά;
 -Θεωρώ, ναι. Θεωρώ ότι η ψύξη είναι, όταν σε πιάνει έντονα, είναι πολύ έντονος ο πόνος, δεν σε αφήνει να... ε... να έχεις ελευθερία κινήσεων... ε... αυτά.
-Θέλετε να συμπληρώσετε κάτι άλλο, που ενδεχομένως το ξεχάσατε και πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμο στην έρευνα;
 -Όχι.
-Όχι. Να ρωτήσω μια διευκρινιστική ερώτηση; Είπατε ότι γυμνάζεστε και έχετε πάθει ψύξη κατά τη διάρκεια αθλητικής δραστηριότητας, από το aircondition;
 -Ναι.
-Δηλαδή; Σε γυμναστήριο;
 -Σε γυμναστήριο.
-Α, ωραία. Αυτό ήθελα να ρωτήσω.
 -Σε γυμναστήριο, είχαν ανοιχτό το aircondition και ιδρώσα και έπαθα την ψύξη.
-Ωραία. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.
 -Παρακαλώ, να 'στε καλά.
-Ευχαριστώ.

(8)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

- Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να μου παραχωρήσετε συνέντευξη, σχετικά με το θέμα της διατριβής μου. Αν είστε έτοιμη, μπορούμε να ξεκινήσουμε τις ερωτήσεις.**
 -Ναι. Είμαι έτοιμη.
-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;
 -Μάλιστα.
-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;
 -Πριν ένα χρόνο.
-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;
 -Σπανίως.
-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;
 -Ε, δεν μπόρεσα να γυρίσω δεξιά και αριστερά το κεφάλι μου.
-Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια;
 -Όχι.
-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;
 -Στον αυχένα.
-Τι σου προκαλεί;
 -Αίσθημα πόνου.
-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

- Πιθανόν σε ρεύματα.
- Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;**
- Είκοσι μέρες.
- Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας ,π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή;**
- Συνήθως το πρωί.
- Μάλιστα. Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;**
- Έχω παρατηρήσει, το παθαίνω την άνοιξη.
- Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;**
- Ναι, γιατί έχω κάποιο ελαφρό πονοκέφαλο στην αρχή και μετά πιάσιμο. Στον αυχένα μου.
- Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;**
- Πάρα πολύ.
- Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;**
- Όχι.
- Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος/η σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;**
- Με ελαφρό μασάζ.
- Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;**
- Όχι.
- Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;**
- Ναι.
- Τι σου συνέστησε;**
- Να πάρω φάρμακα.
- Ποιας ειδικότητας ήταν ο γιατρός;**
- Ορθοπεδικός.
- Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;**
- Όχι.
- Γυμνάζεσαι;**
- Όχι.
- Κάνεις κάποια άλλη δραστηριότητα;**
- Όχι.
- Σε καθημερινή βάση; Παράδειγμα, περπάτημα, ποδήλατο, χωρίς να το θεωρείς ότι είναι γυμναστική, οπωσδήποτε;**
- Περπάτημα.
- Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;**
- Όχι.
- Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;**
- Όχι.
- Δεν υπάρχει, δηλαδή, κάποια διαφορά;**
- Όχι.
- Έχετε να προσθέσετε κάτι άλλο, που θεωρείτε ότι μπορεί να είναι χρήσιμο;**
- Όχι, ευχαριστώ.
- Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.**
- Παρακαλώ.

(9)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να μου παραχωρήσετε συνέντευξη για την εργασία μου. Όταν είστε έτοιμος, μπορούμε να ξεκινήσουμε.

-Ναι, μπορούμε να ξεκινήσουμε.

-Λοιπόν. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι, έχω πάθει στο παρελθόν ψύξη, ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Δεν θυμάμαι ακριβώς, πρέπει να 'ναι πολύς καιρός.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Παλιότερα πάθαινα πιο συχνά, απ' ό,τι τώρα.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Ναι, συνήθως είναι, όταν οδηγώ με ανοιχτό παράθυρο και είμαι ιδρωμένος, το καλοκαίρι.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Στο λαιμό και στο χέρι.

-Τι σου προκαλεί;

-Μου προκαλεί πόνο, καταρχάς και αδυναμία στην κίνηση.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Στο ότι μπαίνει κρύος αέρας, πάνω σε μια ιδρωμένη επιφάνεια του σώματός μου.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Συνήθως μια μέρα, μπορεί και λιγότερο.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας ,π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή;

-Δεν μπορώ να το καταλάβω αυτό. Δεν... δεν μπορώ να απαντήσω αυτό...

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι, το καλοκαίρι, όπως είπα, στο αυτοκίνητο.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ναι, το καταλαβαίνω ότι παγώνει η επιφάνεια αυτή που είναι εκτεθειμένη, η ιδρωμένη επιφάνεια στον αέρα, αλλά, παρόλα αυτά, τις περισσότερες φορές, δεν κλείνω τα παράθυρα.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Συνήθως, όχι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Τρίψιμο, ξεκούραση και περιορισμό απότομων κινήσεων.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Μόνο σε πόνο, αναλγητικά.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Όχι τόσο συχνά, όσο θα 'πρεπε.

-Τι δραστηριότητες κάνεις;

-E... joking, μερικές φορές παίζω basket με το γιο μου, αυτά.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Ναι. Στο παρελθόν, είχα πάθει αρκετές φορές, μετά από basket, τρέξιμο...

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Πιστεύω, όχι πολύ.

-Δηλαδή, πιστεύεις ότι μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;

-Ναι, μπορώ να διακρίνω τη διαφορά, αν είναι ψύξη, όπως την περιέγραψα πριν, σε ανοιχτό παράθυρο, όταν οδηγεί κάποιος, από κάποια μυϊκή κόπωση, ε... που γίνεται συνήθως, άμα είμαστε λιγάκι υπερβολικοί με τη σωματική άσκηση.

-Έχεις να προσθέσεις κάτι άλλο, που πιστεύεις ότι μπορεί να φανεί χρήσιμο;

-Όχι, δεν έχω και τις περισσότερες των γνώσεων στο θέμα «ψύξη».

-Ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Κι εγώ ευχαριστώ.

(10)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να μου παραχωρήσετε συνέντευξη για την εργασία μου. Όταν είστε έτοιμη, μπορούμε να ξεκινήσουμε.

-Κι εγώ ευχαριστώ πολύ, μπορούμε να ξεκινήσουμε.

-Λοιπόν. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Βεβαίως.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν... ένα εξάμηνο περίπου;

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Μία με δύο φορές τον χρόνο.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Ε... αισθάνομαι πολύ πιεσμένη... ε... κυρίως παθαίνω ψύξη στον αυχένα... αισθάνομαι πολύ πιεσμένη, έχω έντονους πονοκεφάλους... ε... ασάθεια και... καταβολή.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Όχι, είναι διαφορετική.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Ε... συνήθως στον αυχένα.

-Τι σου προκαλεί;

-Ε... ψύξη με προκαλεί συνήθως... το αποδίδω περισσότερο στο κλιματιστικό.

-Τι σου προκαλεί η ψύξη, ώστε να λες... να θεωρείς ότι έχεις πάθει ψύξη; Τι συμπτώματα;

-Α, λέτε για τα συμπτώματα... τα συμπτώματα, δηλαδή είναι... έντονο... έντονος πόνος στον αυχένα συνήθως, γιατί η ψύξη συνήθως είναι στον αυχένα, έντονος πόνος στον αυχένα, ε... δυσκολία στην κίνηση, ε... και... αυτά είναι πιστεύω τα δύο, έτσι... χαρακτηριστικά...

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Ε... τα αποδίδω στο... ε... περισσότερο στο... στα κλιματιστικά... και πιο συγκεκριμένα, επειδή οδηγώ, τις περισσότερες φορές με το κλιματιστικό αναμμένο, πιστεύω ότι αυτό είναι το... αυτό είναι το πρόβλημα...

-Που δημιουργεί το πρόβλημα...

-Ναι.

-Μάλιστα. Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... συνήθως μια βδομάδα.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);

-Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ώρα... δεν υπάρχει.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ε... θα έλεγα πως ναι, συνήθως το καλοκαίρι.

-Το καλοκαίρι, μάλιστα. Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Βεβαίως.

-Νιώθεις, δηλαδή, κάποια συμπτώματα πριν; Όπως;

-Νιώθω ένα μούδιασμα... ε... το κεφάλι μου αρχίζει, έτσι να... να... έχω σε καθημερινή βάση πονοκεφάλους... και... δυσκολία στην κίνηση...

-Μάλιστα...

-Πάλι... δεν μπορώ να... να κουνήσω με... με πολύ άνεση το κεφάλι μου...

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ναι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι, ποτέ.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνη σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... συνήθως... ε... με κάποια θερμοφόρα.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ε... ελάχιστες φορές.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Όχι.

-Κάνεις κάποιες άλλες δραστηριότητες;

-Ούτε.

-Περπάτημα, ποδήλατο;

-Όχι, όχι, όχι. Παλιότερα. Τα τελευταία χρόνια, όχι.

-Μάλιστα. Έπαυες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα, έστω στο παρελθόν, που...

-Τουλάχιστον δύο φορές.

-Κατά τη διάρκεια ή μετά;

-Κατά τη διάρκεια, κατά τη διάρκεια.

-Μάλιστα. Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ναι.

-Μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;

-Ναι, ναι.

-Θέλεις να μου το περιγράψεις, πώς αισθάνεσαι στη μία περίπτωση και πώς στην άλλη;

-Ναι, όταν θα... υπάρχει η έντονη κεφαλαλγία, ένα... ένα... πώς θα το περιγράψω τώρα... ένα... μία δυσκολία στην κίνηση, με αποτέλεσμα να μην μπορώ να γυρίσω το κεφάλι δεξιά κι αριστερά, να... σε σημείο που να κλαίω κάποιες φορές... ε... να μην μπορώ ούτε να μιλήσω... αυτό είναι... είναι το χειρότερο για μένα... να μη μπορώ να... να ηρεμήσω ούτε καθιστή, ούτε στο κρεβάτι, είναι... απ' τα χειρ... είναι ό,τι χειρότερο μπορεί να μου τύχει, δηλαδή. Η ψύξη. Αυτό, δηλαδή, δεν... δεν έχω ελευθερία στην κίνηση.

-Μάλιστα. Πιστεύεις, ότι είναι κάτι άλλο, που θεωρείς ότι θα ήταν χρήσιμο και δεν στο έχω ρωτήσει; Θέλεις κάτι άλλο, να συμπληρώσεις μόνη σου; Κάτι, που πιστεύεις ότι θα έχει ενδιαφέρον και θα άξιζε να το χρησιμοποιήσω;

-Πιστεύω ότι μ' αυτό το ερωτηματολόγιο με καλύψατε πάνω σ' αυτό... πιστεύω... δεν... δεν νομίζω ότι θα 'θελα κάτι να... προσθέσω...

-Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Κι εγώ, είστε πολύ γλυκιά. Να 'στε καλά. Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.

(11)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να συμμετέχετε στην έρευνά μου και να μου δώσετε συνέντευξη. Όταν είστε έτοιμη, ξεκινάμε.

-Κι εγώ ευχαριστώ. Ξεκινάμε.

-Λοιπόν. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν... τρεις μέρες...

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Δεν μπορώ να πω ότι παθαίνω πολύ συχνά... αναλόγως...

-Περίπου; Μια συχνότητα;

-Είναι... και δύο φορές το χρόνο... μπορώ να πω... συνήθως το καλοκαίρι...

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Θέλω να πιστεύω απ' τη διάρκεια... και... ο πόνος είναι πιο έντονος, πιο... ενοχλητικός, πιο...

-Δηλαδή, πώς το καταλαβαίνεις, τι νιώθεις και λες «έχω πάθει ψύξη»;

-Ε... είναι ένας πόνος, ε... που δεν μ' αφήνει να κάνω κινήσεις... που...

-Μάλιστα.

-Πώς να εκφραστώ τώρα;... Ναι.

-Εντάξει. Όπως τον αντιλαμβάνεσαι.

-Ναι, ναι...

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Συνήθως, παθαίνω στην πλάτη... στην ωμοπλάτη και αυχένα.

-Τι σου προκαλεί;

-Ε... εντάξει... πέρα απ'τον πόνο... ε... δεν μ' αφήνει να κάνω κινήσεις, είναι... είναι πολύ ενοχλητικός, ο πόνος... γενικά... είναι ανυπόφορος.

-Ναι. Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Τα συμπτώματα...

-Πού τα αποδίδεις; Τι είναι αυτό, δηλαδή, που τα προκαλεί αυτά τα συμπτώματα;

-Μ... δεν ξέρω...

-Δεν το έχεις εντοπίσει;

-Ε... όχι. Ε... δεν ξέρω... να είναι τυχαίο; Το γεγονός που μ' έρχεται η ψύξη; Δεν ξέρω. Να οφείλεται σε κάποια αιτία;

-Ε, ναι. Δεν το έχεις εντοπίσει εσύ;

-Όχι.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... μπορώ να πω και μέρες... διότι, κι αυτή τη στιγμή που μιλάω τώρα, δεν είμαι ανακουφισμένη. Ναι. Αυτές τις μέρες... ας πούμε...

-Νιώθεις συμπτώματα της ψύξης, αυτή τη στιγμή;

-Ναι, ναι.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας, π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή;

-Όταν ξυπνήσω, το πρωί... δεν έρχεται και φεύγει δηλαδή...

-Τότε, όταν ξυπνήσεις...

-Ναι, ναι, ναι.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ε, ναι, το καλοκαίρι, με τα ρεύματα. Ε... έχω ευαισθησία... δεν μπορώ ούτε σε ρεύματα, ούτε σε... να ιδρώνω. Ούτε σε κλιματιστικά, ούτε τίποτα. Έχω ευαισθησία.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι.

-Το νιώθεις ότι πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι. Όχι. Μόλις θα μ' εκδηλωθεί θα... το αισθανθώ. Δεν... δεν το καταλαβαίνω...

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ναι. Δεν αντέχω γενικώς την ψύξη.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνη σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Με το να κάνω κάποιες μαλάξεις μόνη μου. Με το χέρι μου, όπου φτάνει. Όσο φτάνει, δηλαδή, το χέρι μου, στο σημείο που έχω... το «πιάσιμο».

-Μάλιστα. Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Σ... ε... ναι. Ναι. Ε... κάποιες φορές, παίρνω κάποια παυσίπονα. Ναι.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Ναι. Ναι.

-Τι σου συνέστησε;

-Μπορώ να πω, τίποτα το ιδιαίτερο.

-Το άφησε, να κάνεις εσύ, ότι θέλεις δηλαδή;

-Τίποτε το ιδιαίτερο. Ναι. Πέρα από κάποια παυσίπονα ή κάποιο μπάνιο ζεστό... δεν μπορώ να πω, κάποια ιδιαίτερη αγωγή, ναι... δεν... δεν θυμάμαι, δηλαδή, να μου συνηστήσαν κάτι το ιδιαίτερο...

-Ποιας ειδικότητας ήταν ο/η γιατρός;

-Πότε μπορεί ν' απευθυνθώ σε ορθοπαιδικό ή πότε σε κανένα πνευμονολόγο. Ανάλογα, σε ποιο σημείο θα είναι το «πιάσιμο», η ψύξη... πού θα την έχω εντοπίσει δηλαδή.

-Μάλιστα. Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι. Δεν έχω πάθει ποτέ τίποτε... δεν...

-Γυμνάζεσαι;

-Ε... στο ελάχιστο...

-Τι δραστηριότητες κάνεις;

-Ε... γυμναστική... ε... ε... όργανα να το πω...

-Σε γυμναστήριο...

-Ναι, ναι. Αλλά όμως, εντάξει. Πολύ αραιά... όχι...

-Όχι συστηματικά;

-...να είναι ένα άνθρωπο, ναι... γυμνασμένο δηλαδή...

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-...δεν μπορώ να πω τώρα, ότι θυμάμαι αυτό το... δεν μπορώ να πω... όχι. Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ναι. Ε... πιστεύω ότι είναι διαφορετικός ο πόνος.

-Δηλαδή;

Της ψύξης, θέλω να πιστεύω, ότι είναι πιο έντονος ο πόνος. Δηλαδή... ε... αυτό... είναι ανυπόφορος, ενώ από ένα ελαφρύ «πιάσιμο», λες: «έχω λίγο πιάσιμο». Θέλω να πιστεύω, ότι της ψύξης διαρκεί περισσότερο καιρό, ο πόνος, θέλει και κάποια αγωγή, κάτι, δεν περνάει έτσι... ενώ, ένα απλό «πιάσιμο», μπορείς να μην κάνεις και τίποτα.

-Μάλιστα.

-Νομίζω δηλαδή, δεν ξέρω. Δεν είμαι και γιατρός.

-Προφανώς, είναι η άποψή σου.

-Αλλά... ναι.

-Μήπως θέλεις να συμπληρώσεις κάτι, που εγώ δεν το είχα... δεν στο ρώτησα και θεωρείς ότι θα έχει ενδιαφέρον; Να ακουστεί;

-Δε νομίζω.

-Ωραία.

-Δε... δε μου πάει κάτι στο μυαλό, να πω, ιδιαίτερα.

-Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Κι εγώ. Να 'στε καλά.

(12)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να συμμετάσχετε στην έρευνά μου και να μου δώσετε συνέντευξη. Όταν είστε έτοιμος, ξεκινάμε.

-Να 'στε καλά. Κι εγώ ευχαριστώ.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Έχω πάθει δυο φορές.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Τελευταία φορά, ήταν πέρυσι. Πριν ένα χρόνο.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Ε... όχι πάρα πολύ συχνά... δύο φορές έχω πάθει, σ' όλη μου τη διάρκεια... αλλά... είχαν περάσει γύρω στα δεκαεπτά χρόνια.

-Α, μάλιστα.

-Δηλαδή, απ' την πρώτη μέχρι τη δεύτερη.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Η ψύξη... καταλαβαίνεις, γιατί... όταν... συνήθως είναι το πρωί... όταν ξυπνάω... όταν ξύπνησα μάλλον, δεν μπορούσα να κουνηθώ... δεν μπορούσα να κάνω τίποτα. Είχα έντονο πόνο, δυσκαμψία... πολύ έντονο... κάτι πολύ δυσάρεστο...

-Ο πόνος; Πού ήταν;

-Ο πόνος, στον αυχένα.

-Στον αυχένα...

-Και στις δύο περιπτώσεις.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Αιτία νομίζω, είναι πάντα ίδια... ναι... πάντα ίδια... υγρασία.

-Υγρασία.

-Υγρασία, ναι... νομίζω... εκεί το οφείλω...

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Ε... στον αυχένα. Εκεί έχω πάθει και τις δύο φορές.

-Ωραία. Τι σου προκαλεί;

-Μου προκαλεί έντονο πόνο, δυσκαμψία... πάρα πολύ... δεν μπορώ να γυρίσω το κεφάλι... δηλαδή είχε γυρίσει και το κεφάλι σ' ένα σημείο... δηλαδή, όπως κοιμήθηκα δηλαδή στραβά, έτσι... ξύπνησα. Δε μπορούσα να... μια... μιάμιση βδομάδα να κουνηθώ... τόσο πολύ.

-Α! Μάλιστα! Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις; Τι τα προκαλεί, πιστεύεις;

-Τα προκαλεί η υγρασία, νομίζω και... η υγρασία... και όταν ιδρώσεις, ας πούμε στον ύπνο... και αν έχεις κάνα παράθυρο ανοιχτό... κρυώσεις... εκεί είναι αυτό που σου κάνει τη ζημιά... ναι...

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ιδίως την πρώτη φορά, εμένα μου... κράτησε... μιάμιση βδομάδα. Δε μπορούσα να κουνηθώ.

-Και τη δεύτερη τόσο πολύ;

-Τη δεύτερη όχι, ήταν πιο χαλαρή...

-Πιο χαλαρή...

-Πιο χαλαρή, γύρω στις τέσσερις-πέντε μέρες.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας ,π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη χρονική στιγμή της μέρας; Αλλά πάντως, την ίδια στιγμή;

-Την ίδια στιγμή, μετά το ξύπνημα. Το πρωινό.

-Μετά το πρωινό ξύπνημα.

-Εκεί, τότε είναι... καταλαβαίνεις...

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ε, νομίζω ήταν και οι δύο φορές άνοιξη. Άνοιξη ήταν.

-Μάλιστα. Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι, δεν... δεν... δεν το κατάλαβα καθόλου. Απλά, το πρωί ξύπνησα.. και... δεν μπορούσα να κουνηθώ...

-Είχες ψύξη...

-Είχα ψύξη.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ε... όχι, δε μ' ενοχλεί. Δε μ' ενοχλεί, όχι. Καμιά φορά, ίσως το παράθυρο στο αυτοκίνητο ανοιχτό, αλλά εντάξει... δεν... δεν νομίζω ότι...

-Δεν σου έχει προκαλέσει κάτι.

-Ναι, να μου προκαλέσει ψύξη από κει δηλαδή.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι, ποτέ.. δεν... δεν έχω προσπαθήσει.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... έκανα μαλάξεις, μόνος μου... στον αυχένα, στην περιοχή εκείνη... και... κάποια φάρμακα... έχω πάρει... Mesulid ας πούμε... κάποια παυσίπονα...

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο, μόνος σου;

-Μόνος μου, ναι.

-Μόνος σου δηλαδή.

-Μόνος μου, ναι.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Ε... όχι, αν και έπρεπε να επισκεφτώ, όχι, δεν είχα επισκεφτεί. Όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι, δεν είχα τραυματιστεί ποτέ στον αυχένα.

-Γυμνάζεσαι;

-Ναι. Παλιά γυμναζόμουνα. Έπαιζα ποδόσφαιρο, πολλά χρόνια...

-Τώρα, κάνεις κάποια άλλη δραστηριότητα;

-Τώρα, όχι. Καμιά.

-Όχι. Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Ε... όχι, όχι, όχι.

-Όχι. Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Διαφέρει και πάρα πολύ...

-Πώς αντιλαμβάνεσαι εσύ, δηλαδή, τη διαφορά; Μπορείς να τη διακρίνεις;

-Ναι. Η ψύξη ήταν κάτι πολύ έντονο... πολύ... πολύ έντονος πόνος... δε... φοβερή δυσκαμψία... ε... κάτι πολύ τρομερό... πολύ-πολύ έντονο πράγμα. Πολύ έντονο πράγμα. Και για πολλές μέρες. Ενώ το «πιάσιμο» είναι διαφορετικό. Αν πιαστείς μία μέρα, ξέρω εγώ, εντάξει. Την επομένη θα είναι πιο χαλαρά. Ενώ η ψύξη, θα... κρατάει...

-Το εντοπίζεις, δηλαδή και στη διάρκεια του πόνου και στην ένταση του πόνου.

-Και στη διάρκεια και στην ένταση του πόνου. Ναι.

-Μήπως έχεις να προσθέσεις κάτι άλλο, που θα μπορούσε να μου ήταν χρήσιμο και εγώ δεν το έχω ρωτήσει;

-Δεν το έχετε ρωτήσει; Ε... όχι, όχι. Μου έχετε καλύψει πλήρως.

-Κι εσείς. Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Να 'στε καλά.

(13)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», καλησπέρα. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ που δεχτήκατε να συμμετέχετε στο ερευνητικό μου πρόγραμμα και να μου παραχωρήσετε συνέντευξη. Όταν είστε έτοιμη, μπορούμε να ξεκινήσουμε.

-Καλησπέρα κυρία Μητσιάδου. Ναι, είμαι έτοιμη. Σας ακούω.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι. Μπορώ να πω, ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Αν θυμάμαι καλά, περίπου... πριν δύο μήνες.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Ε... δεν μπορώ να πω ότι παθαίνω συχνά... ίσως μία φορά το χρόνο;

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Ε... νιώθω έντονο πόνο στον αυχένα.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Μ... δεν... δεν το 'χω δώσει σημασία. Δεν ξέρω... δεν το 'χω προσέξει μάλλον.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Ε... στον αυχένα συνήθως, δεν έχω εντοπίσει σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος.

-Τι σου προκαλεί;

-Ε... με προκαλεί αρκετά έντονο πόνο.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Δεν το 'χω σκεφτεί. Δε... δεν ξέρω...

-Μάλιστα. Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ο πόνος δηλαδή... ίσως και δέκα μέρες;

-Μάλιστα.

-Εκεί γύρω...

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας ,π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη χρονική στιγμή;

-Ε... συνήθως, μπορεί και να ξυπνήσω στη διάρκεια του ύπνου και να πονάω. Δεν είναι συγκεκριμένη η ώρα... τότε με πιάνει...

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ε... δεν το έχω προσέξει, όχι. Δεν... δεν το νομίζω, όχι.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι. Γιατί αν το καταλάβαινα, ίσως να έπαιρνα κάποιες προφυλάξεις...

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Όχι. Καθόλου.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι. Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνη σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... ναι... κάποιες στιγμές έβαλα θερμοφόρα, πιστεύοντας ότι θα νιώσω καλύτερα... και... έχω προσπαθήσει με κάποιες θερμαντικές αλοιφές.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ε... ναι... κάποιο μυοχαλαρωτικό.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Ναι, τώρα τελευταία, ναι.

-Τι σου συνέστησε;

-Ε... μου συνέστησε να πάρω κάποιο φάρμακο, μυοχαλαρωτικό.

-Ποιας ειδικότητας ήταν ο γιατρός;

-Ορθοπαιδικός.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Γυμνάζομαι... ε... περπατάω μπορώ να πω... αρκετά...

Μάλιστα. Δεν κάνεις κάποιου άλλου είδους δραστηριότητα;

-Όχι, περπάτημα μόνο.

-Ωραία. Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Μ... δεν το έχω προσέξει. Όχι. Δεν... δεν έχω προσέξει κάτι τέτοιο... Δε θυμάμαι...

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ε... ναι. Σίγουρα.

-Μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά και να μου την περιγράψεις;

-Ε... ναι. Πιστεύω ότι το πιάσιμο, αν πιαστείς όπως πιάνομαι εγώ στη διάρκεια του ύπνου, μέσα σε λίγο χρόνο, σε κάποια λεπτά της ώρας, συνέρχεσαι. Ενώ η ψύξη, διαρκεί αρκετές μέρες, μπορώ να πω. Τουλάχιστον σε μένα.

-Μάλιστα. Μήπως θέλεις να προσθέσεις κάτι άλλο, που ενδεχομένως δεν το έχω αναφέρει και νομίζεις ότι θα φανεί χρήσιμο;

-Ε... ναι... ε... εγώ πιστεύω, σ' εμένα τουλάχιστον, ότι... πονώντας... πιάνοντας στην αρχή... νιώθοντας στην αρχή μάλλον, να με πονάει ο αυχένας...

-Ναι...

-... ότι τον πόνο αυτόν, τον προκαλούσε ο υπολογιστής, επειδή καθόμουν αρκετές ώρες. Βέβαια, αυτό στην πορεία, αποδείχτηκε ότι μάλλον δεν ήταν ο υπολογιστής και ήταν μία μορφή ψύξης. Αυτό. Όχι κάτι άλλο.

-Έγινε. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ, κυρία «Γ».

-Ευχαριστώ κι εγώ, κυρία Μητσιάδου.

(14)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών γιατρών

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να συμμετάσχετε στην έρευνά μου για την ψύξη, όταν θα είστε έτοιμος, μπορούμε να αρχίσουμε.

-Κι εγώ ευχαριστώ, αν μπορώ να βοηθήσω σε κάτι, είμαι στη διάθεσή σου.

-Ωραία. Λοιπόν, ξεκινάμε. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν ένα μήνα περίπου, μετά από κάποιο μακρύ ταξίδι, που κράτησε γύρω στις πέντε-έξι ώρες.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Λίγο σπάνια.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Νιώθω ένα πόνο, συνήθως στον αυχένα, ο οποίος γίνεται πιο έντονος, όταν γυρίζω το κεφάλι δεξιά ή αριστερά ή και προς τα πάνω.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Για τους άλλους ίσως όχι, για μένα ναι.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Συνήθως στον αυχένα.

-Τι σου προκαλεί;

-Νιώθω ένα πόνο, όταν ο άλλος με πιέζει με τα δάχτυλά του στον αυχένα, όταν πάω να στρίψω το κεφάλι μου προς κάποια κατεύθυνση και κάτι, που αυτό παραμένει και μ' ενοχλεί.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Συνήθως, νιώθω τους μύς σ' εκείνο το σημείο πιο σκληρούς, δηλαδή σαν να είναι κάποιος μυϊκός σπασμός που προκαλεί αυτό το πρόβλημα, αυτόν τον πόνο.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Αν δεν πάρω κάποια φαρμακευτική αγωγή, συνήθως δύο με τρεις μέρες.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας, π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη χρονική στιγμή;

-Θα μπορούσα να πω, ότι συνήθως, ναι. Μετά το π... μετά την πρωινή έγερση.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Όχι, όχι.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ναι, γιατί αρχίζω να νιώθω μια κάποια δυσφορία... στον αυχένα.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ναι και γι' αυτό και τ' αποφεύγω αυτά.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Ναι, ναι.

-Πού;

-Συνήθως στα βιβλία. Ανατρέχω σε κάποια βιβλιογραφία και τελευταία στο διαδίκτυο.

-Τι βρήκες;

-Με ενδιαφέρουν... ή μάλλον... έψαχνα να βρω τις αιτίες που προκαλούν αυτό το μυϊκό σπασμό, πώς δρα το ψύχος και φαρμακευτική αντιμετώπιση.

-Μάλιστα. Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Πιστεύω ότι το καλύτερο πράγμα, είναι οι χειρομαλάξεις, δηλαδή, το κοινώς που λέμε μασάζ κι ένα χλιαρό ντους, που διαρκεί περισσότερο χρόνο, απ' το συνηθισμένο ντους.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ναι, όταν βλέπω ότι... δεν υποχωρεί, τότε χρησιμοποιώ μυοχαλαρωτικά, όπως είναι η ορφενεδρίνη, κοινώς το Norgesic, ή ένα άλλο που λέγεται θειοκολχικοσίδη, δηλαδή το Muscoril, το οποίο είναι και σε κάψουλες και σε ενέσιμο, συνήθως... προτιμώ τις κάψουλες.

-Μάλιστα. Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι, όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Λόγω έλλειψης χρόνου, όχι.

-Κάνεις κάποιες άλλες δραστηριότητες;

-Ναι, η πεζοπορία μ' αρέσει.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Θα μπορούσα να πω, ότι το «πιάσιμο» είναι μία μυϊκή ενόχληση, που μπορεί να οφείλεται σε παρατεταμένη λήψη μιας θέσεως και υποχωρεί μετά τις πρώτες κινήσεις, παραδείγματος χάριν, μετά από ένα βαρύ ύπνο. Ενώ ψύξη, μπορεί να δημιουργήσει την ψύξη, είναι... ένας μυϊκός σπασμός, που δημιουργεί αυτή την ενόχληση, έναν πόνο συσφικτικού τύπου, δηλαδή, νιώθει το άτομο ένα σφίξιμο... που μπορεί να επεκτείνεται από τον αυχένα, στο θώκο του κρανίου, μέχρι και μπροστά το μέτωπο.

-Έχεις αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;

-Ναι, πολλές φορές.

-Τι συμπτώματα περιγράφουν;

-Συνήθως, αναφέρουν ένα πόνο στην περιοχή την ενδιαφερόμενη, ή στον αυχένα, ή ωμοπλάτη, ή κατά την οσφύ και ότι έχουν ένα περιορισμό στις κινήσεις. Δηλαδή, γίνεται πιο έντονος ο πόνος, όταν το άτομο προσπαθεί να στρίψει το κεφάλι δεξιά ή αριστερά.

-Πόσο συχνά αναφέρει ο κάθε ασθενής ότι του εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης; Κάποιος ασθενής, δηλαδή, που σας έχει επισκεφτεί, πόσο συχνά σας αναφέρει ότι του εμφανίζονται αυτά τα συμπτώματα;

-Όταν υπάρχει ιστορικό κάκωσης, του αυχένα παραδείγματος χάριν, δηλαδή, αυχενικό σύνδρομο που λέμε, ή κοινώς δισκοπάθεια, αυτά τα άτομα είναι πιο επιρρεπή σε μυϊκό σπασμό, δηλαδή σε ψύξη του αυχένα.

-Πόσο διάστημα αναφέρουν ότι διαρκούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;

-Μία βδομάδα.

-Σε ποιό/ά σημείο/α αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης και τι τους προκαλούν;

-Ε... οι περισσότεροι αναφέρουν πόνο στον αυχένα, η λεγόμενη αυχεναλγία, ή κατά την οσφύ, που έχουμε την οσφυαλγία και αισθάνονται ένα επίμονο συσφικτικό άλγος.

-Έχουν αναφέρει ότι εμφανίστηκαν συμπτώματα ψύξης κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Συνήθως, κατά τη διάρκεια του αγώνα, όχι. Πιο συχνά είναι μετά... την αθλητική δραστηριότητα... όταν το άτομο δεν παίρνει τις κατάλληλες προφυλάξεις. Παραδείγματος χάριν, να ακολουθήσει ένα χλιαρό ντους, ή αν δεν μπορεί να το κάνει αυτό, να σκουπίσει τον ιδρώτα.

-Υπάρχει συνήθως κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;

-Τα άτομα, τα οποία αναφέρουν συχνά αυτό το πρόβλημα, ο εργαστηριακός... σ' αυτά τα άτομα, ο εργαστηριακός, έδειξε κάποια δισκοπάθεια.

-Ναι. Και στο μεγαλύτερο αριθμό, δηλαδή, προϋπήρχε κάποιο πρόβλημα.

-{Έγνεψε καταφατικά}.

-Παρατηρείς μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη σε κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι. Διαπιστώθηκε, ότι συνήθως τις υγρές και ψυχρές ημέρες, η προσέλευση των ασθενών, είναι μεγαλύτερη γι' αυτό το πρόβλημα.

-Μάλιστα. Συνέστησες κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε αυτούς τους ασθενείς; Αν ναι, τι;

-Συνήθως, επειδή υπάρχει επανάληψη του προβλήματος, δεν χρειάζεται έρευνα. Γίνεται καθαρά, κλινική εκτίμηση.

-Μάλιστα. Τους συνέστησες κάποια φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, τι;

-Συνήθως, συστήνω μυοχαλαρωτικά. Μυοχαλαρωτικά, όπως είπαμε παραπάνω. Norgesic, Muscoril.

-Τους έχεις συστήσει κάτι παραπάνω από αυτά; Εκτός, δηλαδή, από την φαρμακευτική αγωγή, κάτι άλλο;

-Πολύ καλό κάνει και η φυσικοθεραπεία.

-Μάλιστα. Έχετε να προσθέσετε, μήπως, κάτι άλλο, που θεωρείτε ότι είναι σημαντικό και εγώ δεν το έχω συμπεριλάβει στο ερωτηματολόγιό μου;

-Θα μπορούσα να πω, ότι ψύξη μπορούμε να... συναντήσουμε, τόσο στο μυϊκό σύστημα, που είναι αυτό που συζητήσαμε μέχρι τώρα, για την αυχεναλγία, για την οσφυαλγία, για το σπασμωδικό ραιβόκρανο, όσο και στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Κλασικό παράδειγμα είναι... η περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου, κοινώς ψύξη του Bell, που... παρατηρείται συνήθως, τις ψυχρές ημέρες. Σ' αυτή, βλέπουμε μία ασυμμετρία του προσώπου, ε... μία πτώση της γωνίας του στόματος, δακρύρροια, διαφορετική βλεφαρική σχισμή, αποπλάτυση της αυχενικής αύλακας, δηλαδή, τα κλασικά συμπτώματα της ψύξης του Bell.

-Μάλιστα. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Ευχαριστώ κι εγώ που με κάλεσες. Να 'χεις επιτυχία στην εργασία σου... πάντα στη διάθεσή σου... Καλημέρα σου.

-Ευχαριστώ πολύ. Να 'στε καλά.

(15)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ που δεχτήκατε να πάρετε μέρος στην έρευνά μου. Όταν είστε έτοιμος, μπορούμε να ξεκινήσουμε.

-Είμαι έτοιμος. Σας ευχαριστώ κι εγώ πάρα πολύ.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν από ένα έτος.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Ε... από καιρού εις καιρόν. Στα δύο-τρία χρόνια... μια φορά...

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Α... δεν μπορώ να γυρίσω το κεφάλι μου.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Όχι.

-Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνεις ψύξη;

-Στον αυχένα.

-Τι σου προκαλεί;

-Ε... είναι διάφορες οι αιτίες. Το aircondition... ο... το παράθυρο του αυτοκινήτου και...

-Συγγνώμη. Τι σου προκαλεί;

-Α, ναι, ναι.

-Τι συμπτώματα;

-Με συγχωρείτε. Δεν κατάλαβα καλά την ερώτηση. Ναι, ναι. Έχω δυσκολία στο να... στρίψω το κεφάλι δεξιά ή αριστερά, αναλόγως... αναλόγως.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Ναι. Σας τα ανέφερα νωρίτερα, να σας τα ξαναπώ πάλι, είναι το παράθυρο του αυτοκινήτου, το ρεύμα αέρα, δηλαδή και τα aircondition καμιά φορά.

- Πόσο διαρκούν, συνήθως, τα συμπτώματα της ψύξης;

-Μ... δύο-τρεις μέρες έντονα και γύρω στη μία εβδομάδα.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας ,π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη συγκεκριμένη χρονική στιγμή;

-Όχι, δεν υπάρχει συγκεκριμένη περίοδος της ημέρας που συμβαίνει αυτό.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι. Συνήθως, έχω εντοπίσει, ότι τα συμπτώματα αυτά, εμφανίζονται τη χειμερινή περίοδο.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ε... δεν το καταλαβαίνω ότι με ενοχλεί, αλλά, αρκετές φορές έχω συλλάβει τον εαυτό μου να... αισθάνεται... τον αυχένα του... ε... ε... να αισθάνεται στον αυχένα του ψύχος και μετά από δυο μέρες εμφανίζεται ψύξη.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος/η σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Ε... με γυμναστική και... μόνο με γυμναστική και προσπαθώντας να... κάποιες κινήσεις της κεφαλής.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Ε... ναι. Μια φορά θυμάμαι, χρησιμοποίησα έμπλαστρο.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Μ... σχετικά.

-Τι δραστηριότητα κάνεις;

-Ε... κηπουρική, περπάτημα, αυτά.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ε... πρέπει να διαφέρει η ψύξη από το γνωστό «πιάσιμο», α...

-Μπορείς να μου περιγράψεις, αν διακρίνεις τη διαφορά; Πώς;

-Η διαφορά είναι από το αίτιο που προκαλεί την ψύξη.

-Δηλαδή;

-Δηλαδή, στην... όταν πρόκειται περί ψύξης, α... έχουμε... ένα ρεύμα αέρα... κάποιο άλλο αίτιο, ενώ όταν είναι «πιάσιμο», έχουμε μία απότομη κίνηση της κεφαλής, κάτι τέτοιο, στη συγκεκριμένη περίπτωση τη δική μου.

-Μήπως θέλετε να προσθέσετε κάτι άλλο, που ενδεχομένως, δεν σας κάλυψε μέσα από το ερωτηματολόγιο και θεωρείτε ότι είναι σημαντικό;

-Όχι. Το ερωτηματολόγιο ήταν πλήρες και σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Εγώ ευχαριστώ. Να 'στε καλά.

(16)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών γιατρών

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που παίρνετε μέρος στην έρευνά μου, όποτε είστε έτοιμος, ξεκινάμε.

-Έτοιμος.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Προ τριετίας.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Όχι πολύ συχνά, αραιά.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Από τα συμπτώματα που έχω.

-Δηλαδή;

-Αυχεναλγία, συνήθως στον αυχένα και... αυχεναλγία και δυσκολία κινήσεως του αυχένος και της κεφαλής.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Ναι.

-Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;

-Στους... στους τελευταίους αυχενικούς και πρώτους θωρακικούς σπονδύλους.

-Τι σου προκαλεί;

-Πόνο και δυσκολίες κινήσεως.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Σ' έναν παλιό τραυματισμό της αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης και... στις καιρικές συνθήκες.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Τρεις με, δυο-τρεις μέρες.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας, π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη χρονική στιγμή;

-Ναι.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι.

-Πότε;

-Πότε; Το καλοκαίρι.

-Το καλοκαίρι. Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Όχι.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Ελαφρώς, ναι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Μάλιστα. Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Με την ε... φυσιοθεραπεία. Με κινήσεις, δηλαδή. Κινησιοθεραπεία.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

- Ναι.

-Μάλιστα. Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Ναι.

-Αυτό που... που μου αναφέρατε...

-Ναι, ναι, αυτό που ανέφερα πιο μπροστά.

-Γυμνάζεσαι;

-Όχι.

-Κάνετε κάποιου άλλου είδους δραστηριότητα; Περπάτημα, ποδήλατο;

-Περπάτημα, περπάτημα.

-Περπάτημα.

-Περπάτημα.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ναι.

-Μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά και να μου πεις κάποια πράγματα;

-Ε... το «πιάσιμο» συνήθως, είναι από συγκεκριμένες... κινήσεις, ενώ η ψύξη, α... είναι, έχει διαφορετική αιτιολογία.

-Έχεις αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;

-Βεβαίως.

-Τι συμπτώματα περιγράφουν;

-Πολλές φορές, α... πόνο και δυσκολία στην κίνηση.

-Πόσο συχνά αναφέρει ο κάθε ασθενής ότι του εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης;

-Τουλάχιστον μια φορά το χρόνο. Μια φορά το χρόνο. Συνήθως, την ίδια περίοδο, το καλοκαίρι.

-Πόσο διάστημα αναφέρουν ότι διαρκούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;

-Συνήθως, ε... τρεις-τέσσερις μέρες.

-Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης και τι τους προκαλούν;

-Ιδιαίτερα στον αυχένα.

-Και τι τους προκαλούν;

-Συνήθως, πόνο και δυσκαμψία.

-Έχουν αναφέρει ότι εμφανίστηκαν συμπτώματα ψύξης κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Μικρό ποσοστό. Ναι.

-Υπάρχει συνήθως κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;

-Ναι.

-Συνήθως, υπάρχει;

-Υπάρχει συνήθως και υπάρχει, είναι κι ένας ιδιαίτερος... σωματότυπος που τα παθαίνει αυτά περισσότερο.

-Δηλαδή;

-Ε... είναι οι... άνθρωποι που ιδρώνουν πολύ, που είναι αγχώδεις...

-Α, μάλιστα. Παρατηρείς μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη σε κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι. Το καλοκαίρι.

-Συνέστησες κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε αυτούς τους ασθενείς;

-Συνήθως, όχι.

-Τους συνέστησες κάποια φαρμακευτική αγωγή;

-Ναι.

-Τι;

-Ελαφρά αντιφλεγμονώδη, ελαφρά αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά.

-Τους συνέστησες, μήπως, κάτι άλλο;

-Ναι. Πώς να συμπεριφέρονται και να φροντίζουν τον εαυτό τους, την περίοδο εκείνη και τι να κάνουν... να κάνουν και λίγο φυσιοθεραπεία μόνοι τους. Κινησιοθεραπεία μάλλον. Όχι φυσιοθεραπεία. Να μην το πούμε, να μην χρησιμοποιήσουμε τη λέξη αυτή...

-Γιατρέ μου, έχετε να συμπληρώσετε, μήπως, κάτι άλλο, που θεωρείτε ότι είναι ενδιαφέρον και δεν το έχω συμπεριλάβει στο ερωτηματολόγιο;

-Όχι, καλό ήταν το ερωτηματολόγιό σου και πλήρες.

-Σας ευχαριστώ πάρα πολύ.

-Να 'σαι καλά.

(17)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό

-Κυρία «Γ», σας ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να μου παραχωρήσετε συνέντευξη για τη διατριβή μου, όταν είστε έτοιμη, ξεκινάμε.

-Είμαι έτοιμη.

-Ωραία. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Έχω πάθει.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν ένα χρόνο περίπου.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Αρκετά συχνά.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Πονάει ο λαιμός μου... και δεν μπορώ να καταπιώ το νερό, την τροφή, γενικώς δεν μπορώ να φάω.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Σχεδόν.

-Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνεις ψύξη;

-Στο λαιμό μου.

-Τι σου προκαλεί;

-Πόνο. Πόνο και δυσκολία στην τροφή.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Τα αποδίδω, στο κρύο το νερό που πίνω, όταν δεν προσέχω, όταν είμαι ιδρωμένη κι αυτά όλα και μετά, το παθαίνω.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Συνήθως, δύο-τρεις μέρες.

-Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας ,π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις, κάποια άλλη στιγμή;

-Αναλόγως...

-Δεν τα έχεις εντοπίσει... να πεις ότι αρχίζουν οπωσδήποτε την ίδια στιγμή της ημέρας...

-Ναι, ναι, δεν το 'χω προσέξει.

-Ωραία. Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Συνήθως το καλοκαίρι. Που πίνω κρύο νερό.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ε, ναι, γιατί αρχίζει ο λαιμός και σιγά-σιγά πονάει, δυσκολεύεται και μετά καταλαβαίνω ότι αυτό... έρχεται.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Όχι ιδιαίτερα.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Όχι.

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος/η σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Συνήθως με ζεστά. Τσάι, χαμομήλι, αυτά.

-Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;

-Παυσίπονα.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι. Μόνη μου τα θεραπεύω.

-Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι, όχι.

-Γυμνάζεσαι;

-Όχι.

-Κάνεις κάποιου άλλου είδους δραστηριότητα;

-Κολυμπάω... περπατάω... το περπάτημα...

-Α, ωραία. Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Ναι, έχω πάθει, που είχα ιδρώσει και δεν πρόσεξα και μετά...

-Και μετά;

-Και μετά, με πόνεσε ο λαιμός.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Πιστεύω.

-Μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά; Μπορείς να μου πεις, πώς το αντιλαμβάνεσαι το ένα και πώς το άλλο;

-Το «πιάσιμο»; Όταν ιδρώσω και δε φυλαχτώ, πιάνομαι. Με πονάει. Αυτό.

-Ενώ η ψύξη, τι είναι;

-Ενώ η ψύξη, είναι άλλο, με το κρύο νερό, ο λαιμός που με πονάει.

-Μάλιστα. Ωραία. Έχετε να προσθέσετε κάτι άλλο, που δεν το ρώτησα; Και θεωρείτε ότι θα είναι χρήσιμο;

-Αυτά, αυτά. Αυτά που είπαμε. Ευχαριστώ.

-Σας ευχαριστώ πολύ.

-Κι εγώ.

-Να 'στε καλά.

-Γεια σας, γεια σας.

(18)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών γιατρών

-Κύριε «Α», ευχαριστώ πάρα πολύ, που δεχτήκατε να μου παραχωρήσετε συνέντευξη, όταν είστε έτοιμος, ξεκινάμε.

-Λοιπόν. Κυρία Μητσιάδου, είμαι έτοιμος.

-Λοιπόν. Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Ναι.

-Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;

-Πριν ένα μήνα... περίπου.

-Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;

-Τρεις με τέσσερις φορές το χρόνο.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Καταλαβαίνω πως έπαθα ψύξη, γιατί είναι... ένα θέμα... που... ε... επιδεινώνονται οι μυς του τραχήλου στις στροφικές κινήσεις κι είναι... πώς το λ... επιφανειακό.

-Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;

-Συνήθως είναι ίδια, βρεγμένα μαλλιά, βγαίνουμε έξω και... καθόμαστε σε κάνα μέρος που φυσάει αέρας και... παθαίνουμε ψύξη.

-Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνεις ψύξη;

-Στην αυχενική μοίρα.

-Τι σου προκαλεί;

-Ε... μου προκαλεί έντονη δυσχέρεια στις στροφικές κινήσεις της αυχενικής μοίρας.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Στην υγρασία και στο κρύο.

-Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Αν θα τ'αντιμετωπίσω... με φάρμακα, με φαρμακευτική αγωγή, πιο λίγο. Αν δεν τ'αντιμετωπίσω φτάνει... και το δεκαπενθήμερο.

-Το πιο λίγο, είναι πόσες μέρες περίπου;

-Το πιο λίγο είναι μια βδομάδα.

-Ωραία. Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας;

-Όχι, συνήθως αρχίζουν τις νυχτερινές με πρωινές, πολύ αργές νυχτερινές με πρωινές ώρες.

-Πάντα όμως τότε.

-Ναι.

-Κάθε φορά.

-Ναι.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Συνήθως τις καλοκαιρινές μέρες, παθαίνω πιο γρήγορα, γιατί ιδρώνουμε κιόλας και... παθαίνουμε τότε, το καλοκαίρι.

-Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Υπολογίζεις, χωρίς να είναι απόλυτο ότι καταλαβαίνεις ότι μπορεί να πάθεις ψύξη, όταν βγαίνεις έξω ιδρωμένος ή μετά απ' το μπάνιο.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Με ενοχλεί και μάλιστα πάρα πολύ, αλλά... άμα κάνει πολύ ζέστη, είναι...δικοπο μαχαίρι... πρέπει να καθίσουμε και λίγο στο ρεύμα και στο aircondition.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Δε χρειάζεται να βρω, διότι... είναι του αντικειμένου μου, είμαι γιατρός ορθοπεδικός... και

-Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;

-Πρώτον, το βράδυ πριν κοιμηθώ, παίρνω το ντους και κάνω ένα χλιαρό υδρομασάζ. Δεύτερον, με... με αλοιφές και... τρίτον, με αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά.

-Επομένως, χρησιμοποιείς και φάρμακα...

-Πάντα. Χρησιμοποιώ οπωσδήποτε φάρμακα.

-Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;

-Όχι. Όχι, διότι είναι του αντικειμένου μου.

-Έχεις κάποιο ιστορικό χρόνιου προβλήματος ή τραυματισμού στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;

-Όχι, όχι, όχι, δεν έχω ούτε χρόνιο πρόβλημα, ούτε τραυματισμό.

-Γυμνάζεσαι;

-Γυμνάζομαι.

-Τι δραστηριότητα κάνεις;

-Όλων των ειδών τις δραστηριότητες. Σουηδική γυμναστική... βάρη, απ' όλα.

-Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Θλάση έπαθα, ψύξη... λίγο σπάνια... έπαθα και ψύξη, αλλά... λίγο σπάνια.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Όχι, νομίζω σχεδόν ότι... είναι σχεδόν τα ίδια.

-Άρα, δεν μπορείς να εντοπίσεις διαφορές.

-Όχι.

-Έχεις αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;

-Πάρα πολλά.

-Τι συμπτώματα περιγράφουν;

-Αυτήν την έντονη αδυναμία των στροφικών κινήσεων στον αυχένα, ή μυοσκελετικά άλγη κατά την κίνηση του κορμού ή των άκρων... αυτά.

-Πόσο συχνά αναφέρει ο κάθε ασθενής ότι του εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης;

-Όπως κι εμένα... τρεις... δυο με τέσσερις φορές το χρόνο. Αυτή είναι η συχνότητα.

-Πόσο διάστημα αναφέρουν ότι διαρκούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;

-Κοίταξε. Μέσος όρος είναι δέκα μέρες. Αλλά μπορεί να «τραβήξει» και περισσότερο και λίγο, λίγο λιγότερο... μέχρι ένα μήνα μπορεί να κρατήσουν.

-Μάλιστα. Σε ποιό σημείο ή σε ποια σημεία αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης και τι τους προκαλούν;

-Κοίταξε. Τους προκαλεί πρώτα απ' όλα το... το ρεύμα. Τα ρεύματα αέρα, μετά από... απ' το μπάνιο τους, μετά από μια κοπιαστική μέρα, που έχουν ιδρώσει και συνήθως, ε... εντοπίζεται στον αυχένα, στους τραπεζοειδείς, ραχιαλγία προκαλεί, ε... στα...α... και στα άκρα, χέρια και πόδια.

-Και τι είναι αυτό που τους το προκαλεί; Τι αναφέρουν ότι... από τι, ας πούμε, το έχουν πάθει;

-Κοιτάξτε, βλέπω εδώ πέρα... αναφέρεται... εμφανίστηκαν και μετά από αθλητικές δραστηριότητες. Ιδρώνουν πολύ, κάθονται σε ένα ρεύμα αέρος και παθαίνουν ψύξεις. Γι' αυτό, αν είδατε και οι αθληταί, μόλις βγαίνουν απ' το... απ' την άθλησή τους, αμέσως βάζουν τις φόρμες τους.

-Άρα, έχουν αναφέρει ότι εμφανίζονται συμπτώματα κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα. Σας το έχουν αναφέρει και αυτό.

-Συμφωνώ απόλυτα.

-Μάλιστα. Υπάρχει συνήθως κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;

-Ναι, ναι. Κι αυτό είναι στα συμπτώματα μέσα και στους αιτιολογικούς παράγοντες που προκαλούν... κάκωση.

-Μάλιστα. Παρατηρείς μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη σε κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Συνήθως γίνεται τη άνοιξη και το καλοκαίρι.

-Συνέστησες κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε αυτούς τους ασθενείς;

-Εργαστηριακό έλεγχο, όχι... δε συνέστησα, γιατί... με τη φαρμακευτική αγωγή που τους δίνουμε, σε δέκα μέρες, δεκαπέντε, maximum ένα μήνα, γίνονται καλά.

-Άρα, τους έχεις συστήσει φαρμακευτική αγωγή. Τι αγωγή, συνήθως;

-Αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά. Και φυσικοθεραπεία.

-Α, μάλιστα. Άρα, εκτός από αγωγή, τους έχεις συστήσει και φυσικοθεραπεία.

-Ναι.

-Έχεις να προσθέσεις κάτι άλλο, που θεωρείς ότι εγώ δεν το έχω συμπεριλάβει στο ερωτηματολόγιο και είναι σημαντικό;

-Κοιτάξτε να σας πω... ψύξη μπορείς να πάθεις και από άλλες... πολλές οι αιτίες. Μπορείς να πάθεις, εδώ (δείχνει το θώρακά του), ψύξη των θωρακικών τοιχωμάτων, υπάρχουν μερικές παθήσεις, όπως είναι η αμιάντωση, που προκαλεί έντονο βήχα, προκαλούν κι αυτά ψύξεις, ε... η κοιλιακή χώρα, πάλι μετά από μια έντονη δραστηριότητα, έτσι, γυμναστική, δουλειά, ιδρώνει, κάθεται σ' ένα ρεύμα αέρος κι αυτά... είναι μέσα.

-Μάλιστα. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ κύριε «Α».

-Κι εγώ ευχαριστώ για τις ωραίες και επιτυχημένες ερωτήσεις.

-Ευχαριστώ.

(19)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών γιατρών

-Κύριε «Α», σας ευχαριστώ πολύ που δεχτήκατε να μου παραχωρήσετε συνέντευξη, για το θέμα της διατριβής μου, όταν είστε έτοιμος, ξεκινάμε.

-Ξεκινάμε.

-Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;

-Όχι.

-Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;

-Λοιπόν. Ε... Παρότι δεν έχω πάθει ψύξη, εκ της ιδιότητάς μου ως ρευματολόγος, ξέρω ότι η ψύξη, είναι μία...επώδυνη κατάσταση σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, αφορά κυρίως μύες, αλλά μερικές φορές, μπορεί να αφορά και άλλα μαλακά μόρια, συνδέσμους, τένοντες, περιτονίες, και λοιπά. Είναι αρκετά έντονα τα αλγινά φαινόμενα και ανάλογα με την περιοχή και με το... τα συμμετέχοντα μόρια, έχουμε και την ανάλογη συμπτωματολογία. Δηλαδή... μπορεί να έχουμε πόνο νευροπαθητικό, πόνο μυϊκό ή πόνο δερματικό.

-Μάλιστα. Σε ποιο σημείο παθαίνεις ψύξη;

-Συνήθως οι ψύξεις είναι στις εκτεθειμένες περιοχές του σώματος, ανάλογα με την δραστηριότητα. Δηλαδή, μπορεί να συμβεί στο πρόσωπο και έχουμε τη γνωστή... ψύξη του προσωπικού νεύρου ή γνωστή παράλυση του Bell, που είναι αρκετά σοβαρή πάθηση, γιατί προσβάλλει το τρίδυμο νεύρο και μπορεί να έχουμε σοβαρή συμπτωματολογία, με πτώση της γωνίας του στόματος, με σιελόρροια, με προσβολή της γλώσσας, με... αλλοίωση των χαρακτηριστικών του προσώπου, που θέλει και ειδική αντιμετώπιση από νευρολόγο. Οι άλλες όμως οι ψύξεις, δεν είναι τόσο σοβαρές, μπορούν να αφορούν είτε στον αυχένα, είτε στον ώμο, είτε στην πλάτη, είτε στα άκρα μας, άνω ή κάτω άκρα.

-Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;

-Ε... τα συμπτώματα... τα συμπτώματα έχουνε σχέση με την προσβεβλημένη περιοχή. Ανάλογα, αν περνάει νεύρο έχουμε νευρικό πόνο, εάν προσβάλλει μόνο μυ έχουμε μυϊκό πόνο, εάν προσβάλλει άλλα μαλακά μόρια έχουμε πόνο από τα άλλα, τα μαλακά μόρια, τους συνδέσμους, τους τένοντες και μπορεί να εκδηλώνονται είτε σαν τενοντίτιδα, είτε σαν... ε... περιτονίτιδα, δηλαδή της περιτονίας φλεγμονή και ούτω καθ' εξής.

-Και αυτά, πού τα αποδίδεις; Ποιά είναι τα αίτια δηλαδή που προκαλούν αυτά τα συμπτώματα;

-Συνήθως, δημιουργείται λόγω της εφαρμογής του ψυχρού ρεύματος, της χαμηλής δηλαδή θερμοκρασίας, με αποτέλεσμα να γίνεται μυϊκός σπασμός, γι' αυτό και τα μυϊκά συμπτώματα, ή ερεθισμός του νεύρου, γι' αυτό και τα νευροπαθητικά συμπτώματα.

-Μάλιστα. Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;

-Όπως είπαμε και προηγουμένως, η παράλυση του προσωπικού λόγω ψύξης, ε... μπορεί να κρατήσει μέχρι και μήνες. Στα υπόλοιπα μέρη του σώματος, τα φαινόμενα του πόνου, μπορεί να κρατήσουν από λίγες ώρες, μέχρι και μέρες.

-Μάλιστα. Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας, π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις;

-Όχι, όχι. Δεν έχει σχέση. Δεν έχει σχέση με την... με τις ώρες της μέρας, έχει σχέση με την έκθεση στο ψύχος.

-Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι. Συνήθως ε... συμβαίνουν την άνοιξη και το φθινόπωρο, δηλαδή, εκεί που έχουμε τις απότομες εναλλαγές της θερμοκρασίας, γιατί το χειμώνα με τις πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, υπάρχει καλύτερη προφύλαξη του ατόμου από τους εξωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες, αντίστοιχα το καλοκαίρι, επίσης υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία για τη λήψη προφυλάξεων, ενώ στις εναλλαγές του χρόνου, δηλαδή άνοιξη και φθινόπωρο, έχουμε πολύ μεγάλες θερμοκρασιακές διαφορές μέσα στην ημέρα και είναι πιο εύκολο να συμβούν ψύξεις.

-Μάλιστα. Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;

-Ε... αυτός που έχει πάθει πολλές φορές, ναι, μπορεί να το καταλάβει. Γι' αυτό και έχει συνδυάσει... ε... έχει σκεφτεί, έστω κι αν δεν έχει λάβει ιατρική συμβουλή, ποιό... ποιό είναι οι βλαπτικοί παράγοντες και πώς μπορεί να τους αποφύγει.

-Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;

-Προσωπικά εμένα, όχι.

-Ναι. Προσωπικά.

-Αλλά τον ασθενή, σαφώς ναι.

-Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;

-Ε, ναι. Από το αντικείμενο της ενασχόλησής μου, ως ρευματολόγος, ξέρω πολύ καλά τα... και την βιβλιογραφία, σχεδόν όλη.

-Τι βρήκες;

-Ε... Αυτό που εμείς σαν γιατροί λέμε ψύξη, ε... διαφέρει μ' αυτό που ο κόσμος έχει σαν εικόνα, τι σημαίνει ψύξη. Οποιοδήποτε αλγινό φαινόμενο, ε... που δεν μπορεί να το δικαιολογήσει, η εύκολη απάντηση για έναν πάσχοντα, είναι ότι «έπαθα ψύξη». Και μπορεί να το συνδυάζει ότι... έγινε... επιρροή κάποιου ρεύματος, ή σε σχέση με το aircondition, ή σε σχέση με τον κλιματισμό, είτε σε σχέση με τον ανεμιστήρα, είτε με παράθυρο-πόρτα και ούτω καθ' εξής. Όμως, σαν καθαρό ιατρικό φαινόμενο, η ψύξη είναι η απότομη έκθεση σημείου του σώματος, σε χαμηλή θερμοκρασία.

-Μάλιστα. Εφόσον δεν έχετε πάθει ψύξη, δεν χρησιμοποιήσατε κάποιες τεχνικές, ούτε φάρμακα... ούτε έχετε... Γυμνάζεσαι;

-Ναι.

-Τι δραστηριότητα κάνεις;

-Περπάτημα.

-Μάλιστα. Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Όχι.

-Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;

-Ναι. Ένα γνωστό «πιάσιμο»... γνωστό «πιάσιμο»... αυτό που ο κόσμος θεωρεί «πιάσιμο», μπορεί να έχει σχέση με ένα διάστρεμμα, ή με ένα... με μια θλάση, ή με μία μυϊκή καταπόνηση, δεν έχει καμία σχέση μ' αυτό που... είτε ιατρικά αλλά είτε και λαϊκά, θεωρούμε ως ψύξη.

-Μάλιστα. Έχεις αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;

-Πάρα πολλά.

-Τι συμπτώματα περιγράφουν;

-Περιγράφουν κυρίως τον πόνο, τον περιορισμό στην κινητικότητα και τη συμπτωματολογία της προσβολής του αντίστοιχου οργάνου, είτε είναι μυς, είτε είναι νεύρο, είτε είναι άλλο μαλακό μόριο.

-Μάλιστα. Πόσο συχνά αναφέρει ο κάθε ασθενής ότι του εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης;

-Μπορεί να συμβεί μία φορά μόνο και έκτοτε... ως ευαισθητοποιημένος, να ξέρει να αποφύγει την απότομη έκθεση στο ψύχος, ή ε... ας το πω έτσι, να είναι λίγο επιπόλαιος και να το παθαίνει πιο συχνά. Δεν έχει κάποια σχέση με... ε... ε... με προδιαθεσικούς παράγοντες ή με οτιδήποτε άλλο.

-Μάλιστα. Πόσο διάστημα αναφέρουν ότι διαρκούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;

-Από ώρες μέχρι μέρες.

-Σε ποιο σημείο αναφέρουν ή σε ποιά σημεία, ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης και τι τους προκαλούν;

-Έχει σχέση με την εντόπιση, όπως είπαμε, της θέσης του σώματος. Αν αφορά στο πρόσωπο, είπαμε τα συμπτώματα της προσβολής του τριδύμου νεύρου, αν αφορά στον αυχένα, έχουμε μέχρι και πλήρη ανάπτυξη αυχενικού συνδρόμου, με πόνο στον αυχένα, με πόνο που επεκτείνεται είτε στον ώμο, είτε στο μπράτσο, είτε ακόμα και μέχρι κάτω στα δάχτυλα, ανάλογα με την περιοχή που προσβάλλεται.

-Μάλιστα. Έχουν αναφέρει ότι εμφανίστηκαν συμπτώματα ψύξης κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;

-Ναι. Γιατί, στη διάρκεια της αθλητικής δραστηριότητας, υπάρχει η έντονη καταπόνηση, με αποτέλεσμα την εφίδρωση, με αποτέλεσμα τη μυϊκή σύσπαση ή αντίστοιχα τη μυϊκή χάλαση, οπότε, η απότομη έκθεση σε ψύχος, είναι πιο εύκολο να δημιουργήσει προβλήματα.

-Ναι. Υπάρχει συνήθως κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;

-Ναι. Πολλές φορές υπάρχει.

-Παρατηρείς μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη σε κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;

-Ναι. Είπαμε, την άνοιξη και το φθινόπωρο.

-Συνέστησες κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε αυτούς τους ασθενείς;

-Όχι. Στην πρώτη προσβολή, δεν... ζητάμε συνήθως εργαστηριακό έλεγχο, όταν έχουμε όμως υποτροπές, τότε κάνουμε και εργαστηριακό έλεγχο. Είτε ακτινολογικό, είτε νευροφυσιο... νευρομυοφυσιολογικό, δηλαδή Ηλεκτρομυογράφημα, είτε εργαστηριακό, με εξετάσεις αίματος.

-Μάλιστα. Τους συνέστησες κάποια φαρμακευτική αγωγή;

-Ναι. Όταν τα συμπτώματα είναι έντονα, συνήθως δίνουμε είτε απλά αναλγητικά, είτε αντιφλεγμονώδη, σε τοπική ή σε συστηματική χορήγηση.

-Ναι.

-Τι, έχετε άλλο να προσθέσετε;

-Έχεις να προσθέσεις κάτι άλλο;

-Νομίζω ότι το εξαντλήσαμε.

-Ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV:

Έγγραφο συναίνεσης δοκιμαζόμενου στην ερευνητική εργασία

(για τη φάση των ερωτηματολογίων)

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης: «Υποκειμενική αντίληψη της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στα συμπτώματα μυαλγίας».

Αγαπητέ Δοκιμαζόμενε/η,

Η μελέτη αυτή γίνεται σε συνεργασία με το Τμήμα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, είναι μέρος της Μεταπτυχιακής Έρευνας της Ελένης Μητσιάδου στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. « Άσκηση και Υγεία » και αναμένεται να συμβάλλει, μέσω αυτού του ερωτηματολογίου, στην καταγραφή και κωδικοποίηση των αντιλήψεων του ελληνικού πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μυαλγίας και μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Αυτό θα βοηθήσει στο σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόκληση μειωμένης λειτουργικότητας του μυοσκελετικού συστήματος. Στην αρχή του ερωτηματολογίου, υπάρχουν οδηγίες σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμμετοχή σας είναι καθαρά εθελοντική, αυστηρώς ανώνυμη και δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στην έρευνα. Το έγγραφο συναίνεσης, αποτελεί ένα αναπόσπαστο τμήμα της έρευνας, που πιστοποιεί την εκούσια συμμετοχή σας σε αυτή, αλλά συγχρόνως αποτελεί ανεξάρτητο έγγραφο, αφού τα προσωπικά δεδομένα καταγράφονται σε αυτό και δεν ταυτοποιούνται με τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δεν θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το

Ελένη Δημοσθένη Μητσιάδου

Τρίκαλα, Φεβρουάριος 2014

όνομά σας να μη φαίνεται πουθενά. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση σχετικά με τη μελέτη αυτή μπορείτε να επικοινωνήσετε: α) με τον εξεταστή ή τους ερευνητές του FAME Lab στο www.famelab.gr, β) στο τηλέφωνο: 6946286495 ή γ) στην ηλεκτρονική διεύθυνση: elenamitsiadou@hotmail.com

Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας.

(παρακαλούμε συνεχίστε στην επόμενη σελίδα)

Ίσως θελήσουμε στο μέλλον να έρθουμε σε επαφή μαζί σας για να συλλέξουμε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ψύξη. Αν συμφωνείτε, σας παρακαλούμε σημειώστε τον αριθμό του τηλεφώνου σας:

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανώ τις διαδικασίες που θα εκτελέσω. Συναινώ να συμμετάσχω στην έρευνα.

Ημερομηνία: ____/____/2011

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:

Όνοματεπώνυμο ερευνητή:

Ελένη Μητσιάδου

Υπογραφή συμμετέχοντος:

Ημερομηνία γέννησης συμμετέχοντος: ____/____/____
 ΗΗ ΜΜ ΧΧΧΧ

ΚΩΔΙΚΟΣ: *

*Ο κωδικός συμπληρώνεται από τον ερευνητή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:*Ερωτηματολόγιο συνεντεύξεων γενικού πληθυσμού***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών από το γενικό πληθυσμό**

- 1) Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;
- 2) Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;
- 3) Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;
- 4) Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;
- 5) Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;
- 6) Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;
- 7) Τι σου προκαλεί;
- 8) Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;
- 9) Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;
- 10) Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);
- 11) Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;
- 12) Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;
- 13) Σε ενοχλεί όταν κάθεσαι στο ρεύμα ή στο air condition;
- 14) Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;
- 15) Αν ναι, πού;
- 16) Τι βρήκες;
- 17) Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος/η σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;
- 18) Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;
- 19) Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;
- 20) Αν ναι, τι σου συνέστησε;
- 21) Ποιας ειδικότητας ήταν ο/η γιατρός;
- 22) Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;
- 23) Γυμνάζεσαι;
- 24) Αν ναι, τι δραστηριότητα κάνεις;
- 25) Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;
- 26) Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;
- 27) Αν ναι, νομίζεις ότι μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:*Ερωτηματολόγιο συνεντεύξεων ιατρών***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτήσεις συνέντευξης εθελοντών γιατρών**

- 1) Έχεις πάθει ποτέ ψύξη;
- 2) Πότε έπαθες τελευταία φορά ψύξη;
- 3) Πόσο συχνά παθαίνεις ψύξη;
- 4) Πώς καταλαβαίνεις ότι έπαθες ψύξη;
- 5) Η αιτία ψύξης είναι πάντα ίδια;
- 6) Σε ποιο/α σημείο/α παθαίνεις ψύξη;
- 7) Τι σου προκαλεί;
- 8) Πού αποδίδεις τα συμπτώματα ψύξης που νιώθεις;
- 9) Πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης;
- 10) Τα συμπτώματα της ψύξης αρχίζουν συνήθως την ίδια περίοδο της ημέρας (π.χ., το πρωί αφού ξυπνήσεις);
- 11) Παθαίνεις πιο συχνά ψύξη κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;
- 12) Καταλαβαίνεις όταν πρόκειται να πάθεις ψύξη;
- 13) Σε ενοχλεί όταν κάθεται στο ρεύμα ή στο air condition;
- 14) Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βρεις πληροφορίες για την ψύξη;
- 15) Αν ναι, πού;
- 16) Τι βρήκες;
- 17) Με ποιες τεχνικές προσπάθησες μόνος/η σου να γιατρέψεις τα συμπτώματα της ψύξης;
- 18) Χρησιμοποίησες κάποιο φάρμακο;
- 19) Έχεις επισκεφτεί ποτέ γιατρό για συμπτώματα ψύξης;
- 20) Αν ναι, τι σου συνέστησε;
- 21) Ποιας ειδικότητας ήταν ο/η γιατρός;
- 22) Έχεις κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που παθαίνεις ψύξη;
- 23) Γυμνάζεσαι;
- 24) Αν ναι, τι δραστηριότητα κάνεις;
- 25) Έπαθες ποτέ ψύξη κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;
- 26) Πιστεύεις ότι η ψύξη διαφέρει από το γνωστό «πιάσιμο»;
- 27) Αν ναι, νομίζεις ότι μπορείς να διακρίνεις τη διαφορά;
- 28) Έχεις αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη;
- 29) Τι συμπτώματα περιγράφουν;
- 30) Πόσο συχνά αναφέρει ο κάθε ασθενής ότι του εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης;
- 31) Πόσο διάστημα αναφέρουν ότι διαρκούν συνήθως τα συμπτώματα της ψύξης;
- 32) Σε ποιο/ά σημείο/α αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης και τι τους προκαλούν;
- 33) Έχουν αναφέρει ότι εμφανίστηκαν συμπτώματα ψύξης κατά τη διάρκεια ή μετά από κάποια αθλητική δραστηριότητα;
- 34) Υπάρχει συνήθως κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο σημείο που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;
- 35) Παρατηρείς μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη σε κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου;
- 36) Συνέστησες κάποιο εργαστηριακό έλεγχο σε αυτούς τους ασθενείς; Αν ναι, τι;

37) Τους συνέστησες κάποια φαρμακευτική αγωγή; Αν ναι, τι;

38) Αν δεν τους συνέστησες κάτι από τα παραπάνω, τι τους συνέστησες;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ:

Ερωτηματολόγιο γενικού πληθυσμού (για τη φάση των ερωτηματολογίων)

Κωδικός: (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)**ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ****Ηλικία:** 18-28 29-40 41-50 51-60 61-70 **Φύλο:** Α Γ **Μορφωτικό επίπεδο:** Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Τεχνική Σχολή / ΙΕΚ ΤΕΙ / ΑΕΙ Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό Άλλο _____**Τι είναι η μυαλγία:** Όταν λέμε μυαλγία, εννοούμε τον πόνο σε ένα μυ ή σε μια ομάδα μυών (κάτι σαν «ψύξη»).**Οδηγίες:** Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **ΜΟΝΟ** για τη διαδικασία της αξιολόγησης της επίδρασης διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στα συμπτώματα μυαλγίας. Θα πρέπει να διαβάσετε προσεκτικά την κάθε ερώτηση και μετά να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι **ΣΑΣ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ**.**Δοκιμάστε τα επόμενα παραδείγματα:****ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1.** Ερώτηση: Τι αισθάνεστε κατά τη διάρκεια της ημέρας όταν ο ύπνος σας το προηγούμενο βράδυ δεν είναι ποιοτικός;Υπνηλία Κούραση Έλλειψη συγκέντρωσης Γενική αδυναμία Δυσπεψία Άλλο _____**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2.** Ερώτηση: Πόσο συχνά αθλείστε; (δώστε μόνο μία απάντηση)Κάθε μέρα 2-3 φορές την εβδομάδα 1 φορά την εβδομάδα 1-3 φορές το μήνα Ποτέ Άλλο _____

- Όπως παρατηρείτε, στο παράδειγμα 1 σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις, ενώ στο παράδειγμα 2 μπορείτε να δώσετε μόνο μία απάντηση.
- Επιλέξτε (με **X**) την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα. Αν καμία από τις προτεινόμενες απαντήσεις δεν σας εκφράζει, συμπληρώστε την απάντησή σας στην επιλογή «Άλλο».

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ: ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ ΚΑΙ ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ, ΑΠΛΑ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ.

Τώρα είστε έτοιμος/η να συμπληρώσετε την Κλίμακα Επίδρασης Περιβαλλοντικών Παραγόντων στα Συμπτώματα Μυαλγίας! Χρησιμοποιείστε όσο χρόνο χρειάζεστε για να συμπληρώσετε ολόκληρη τη φόρμα. Αν έχετε ερωτήσεις, απλά συμβουλευτείτε τον εξεταστή ή τους ερευνητές του FAME Lab στο www.famelab.gr. Αν νομίζετε ότι είστε έτοιμος/η μπορείτε να ξεκινήσετε τώρα.

Ερώτηση 1. Έχετε πάθει ποτέ ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι

Όχι

Ερώτηση 2. Πόσο συχνά παθαίνετε ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Πολύ συχνά

1-2 φορές το μήνα

3-4 φορές το χρόνο

1-2 φορές το χρόνο

Κάθε 2-3 χρόνια

Σπάνια

Ποτέ

Άλλο _____

Ερώτηση 3. Ποια συμπτώματα υπάρχουν, όταν θεωρείτε ότι έχετε πάθει ψύξη;

Γενικευμένος πόνος

Πόνος σε συγκεκριμένο σημείο του σώματος

Αδυναμία ή δυσχέρεια κινήσεων

Ζάλη

Πίεση

Καταβολή

Πιάσιμο

Κρύο

Αστάθεια

Δυσχέρεια στην κατάποση

Σύσπαση μυός

Γενική κακουχία

Δεν γνωρίζω/Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 4. Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι ή συχνά ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω/Δεν έχω πάθει ψύξη

Ερώτηση 5. Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνετε ψύξη;Αυχένα/Λαιμό Ωμοπλάτη/Πλάτη Θώρακα/Στέρνο Πρόσωπο Άνω/Κάτω άκρα Μέση Πουθενά

Άλλο _____

Ερώτηση 6. Πού αποδίδετε τα συμπτώματα ψύξης που νιώθετε;Ρεύματα αέρα Κλιματιστικό Ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύμα
αέρα Ιδρώτα (χωρίς ρεύμα αέρα) Παλιό/Πρόσφατο τραυματισμό
Μπάνιο και ρεύμα αέρα Μπάνιο και κρύο Αλλαγή καιρού/Διαφορά
καιρικών συνθηκών Υγρασία Κρύο Κρύο νερό Δεν γνωρίζω Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 7. Συνήθως πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης; (δώστε μόνο μία απάντηση)Μία ημέρα ή λιγότερο 2-5 ημέρες Μία εβδομάδα 10-20 ημέρες Έξι μήνες Δεν θυμάμαι Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 8. Τα συμπτώματα της ψύξης ξεκινούν συνήθως: (δώστε μόνο μία απάντηση)Πρωί Μεσημέρι Απόγευμα Βράδυ Διαφορετικές ώρες κάθε φορά
Δεν θυμάμαι Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 9. Παθαίνετε πιο συχνά ψύξη κάποια περίοδο του χρόνου; (δώστε μόνο μία απάντηση)Όχι Χειμώνα Άνοιξη Καλοκαίρι Φθινόπωρο Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι **Ερώτηση 10. Το καταλαβαίνετε νωρίτερα, όταν πρόκειται να πάθετε ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)**Ναι Όχι Κάποιες φορές Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 11. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να βρείτε πληροφορίες για την ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)Ναι Όχι **Ερώτηση 12. Αν απαντήσατε «ναι» στην ερώτηση 11, πού προσπαθήσατε να βρείτε πληροφορίες;**Στους γιατρούς Σε βιβλία και περιοδικά Στο διαδίκτυο

Άλλο _____

Ερώτηση 13. Αν απαντήσατε «ναι» στην ερώτηση 11, τι πληροφορίες βρήκατε;Αίτια ψύξης Συμπτώματα Αντιμετώπιση Τίποτα

Άλλο _____

Ερώτηση 14. Ποιες τεχνικές χρησιμοποιήσατε για να αντιμετωπίσετε μόνος/η σας τα συμπτώματα της ψύξης;Θερμαντικές αλοιφές (επάλειψη)
Θερμοφόρα Φάρμακα Χειρομαλάξεις (μασάζ) Άσκηση Ξεκούραση Κινήσεις κεφαλής Ζεστά ή χλιαρά μπάνια ή ντους
Ζεστά ροφήματα Τίποτα Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 15. Έχετε κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που παθαίνετε ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι Όχι Ίσως Δεν έχω πάθει ψύξη

Ερώτηση 16. Γυμνάζεστε; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Συστηματικά Πολύ συχνά Συχνά Σπάνια Ποτέ

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑΤΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ! 😊

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ:

Ερωτηματολόγιο πληθυσμού επαγγελματιών υγείας (για τη φάση των ερωτηματολογίων)

Κωδικός: (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)**ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ****Ηλικία:** 18-28 29-40 41-50 51-60 61-70 **Φύλο:** Α Γ **Ειδικότητα:** _____

Οδηγίες: Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **ΜΟΝΟ** για τη διαδικασία της αξιολόγησης της επίδρασης διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων στα συμπτώματα μυαλγίας. Θα πρέπει να διαβάσετε προσεκτικά την κάθε ερώτηση και μετά να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι **ΣΑΣ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ**.

Δοκιμάστε τα επόμενα παραδείγματα:**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1.** Ερώτηση: Τι αισθάνεστε κατά τη διάρκεια της ημέρας όταν ο ύπνος σας το προηγούμενο βράδυ δεν είναι ποιοτικός;Υπνηλία Κούραση Έλλειψη συγκέντρωσης Γενική αδυναμία Δυσπεψία Άλλο _____**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2.** Ερώτηση: Πόσο συχνά αθλείστε; (δώστε μόνο μία απάντηση)Κάθε μέρα 2-3 φορές την εβδομάδα 1 φορά την εβδομάδα 1-3 φορές το μήνα Ποτέ Άλλο _____

- Όπως παρατηρείτε, στο παράδειγμα 1 σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις, ενώ στο παράδειγμα 2 μπορείτε να δώσετε μόνο μία απάντηση.

- Επιλέξτε (με **X**) την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα. Αν καμία από τις προτεινόμενες απαντήσεις δεν σας εκφράζει, συμπληρώστε την απάντησή σας στην επιλογή «Άλλο».

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ: ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ ΚΑΙ ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ, ΑΠΛΑ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ.

Τώρα είστε έτοιμος/η να συμπληρώσετε την Κλίμακα Επίδρασης Περιβαλλοντικών Παραγόντων στα Συμπτώματα Μυαλγίας! Χρησιμοποιείτε όσο χρόνο χρειάζεστε για να συμπληρώσετε ολόκληρη τη φόρμα. Αν έχετε ερωτήσεις, απλά συμβουλευτείτε τον εξεταστή ή τους ερευνητές του FAME Lab στο www.famelab.gr. Αν νομίζετε ότι είστε έτοιμος/ημπορείτε να ξεκινήσετε τώρα.

Ερώτηση 1. Έχετε πάθει ποτέ ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι

Όχι

Ερώτηση 2. Πόσο συχνά παθαίνετε ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Πολύ συχνά

1-2 φορές το μήνα

3-4 φορές το χρόνο

1-2 φορές το χρόνο

Κάθε 2-3 χρόνια

Σπάνια

Ποτέ

Άλλο _____

Ερώτηση 3. Ποια συμπτώματα υπάρχουν, όταν θεωρείτε ότι έχετε πάθει ψύξη;

Γενικευμένος πόνος

Πόνος σε συγκεκριμένο σημείο του σώματος

Αδυναμία ή δυσχέρεια κινήσεων

Ζάλη

Πίεση

Καταβολή

Πιάσιμο

Κρύο

Αστάθεια

Δυσχέρεια στην κατάποση

Σύσπαση μυός

Γενική κακουχία

Δεν γνωρίζω/Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 4. Η αιτία της ψύξης είναι πάντα ίδια; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι ή συχνά ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω/Δεν έχω πάθει ψύξη

Ερώτηση 5. Σε ποιο σημείο ή σε ποια σημεία παθαίνετε ψύξη;Αυχένα/Λαιμό Ωμοπλάτη/Πλάτη Θώρακα/Στέρνο Πρόσωπο Άνω/Κάτω άκρα Μέση Πουθενά

Άλλο _____

Ερώτηση 6. Πού αποδίδετε τα συμπτώματα ψύξης που νιώθετε;Ρεύματα αέρα Κλιματιστικό Ιδρώτα σε συνδυασμό με ρεύμα
αέρα Ιδρώτα (χωρίς ρεύμα αέρα) Παλιό/Πρόσφατο τραυματισμό
Μπάνιο και ρεύμα αέρα Μπάνιο και κρύο Αλλαγή καιρού/Διαφορά
καιρικών συνθηκών Υγρασία Κρύο Κρύο νερό Δεν γνωρίζω Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 7. Συνήθως πόσο διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης; (δώστε μόνο μία απάντηση)Μία ημέρα ή λιγότερο 2-5 ημέρες Μία εβδομάδα 10-20 ημέρες Έξι μήνες Δεν θυμάμαι Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 8. Τα συμπτώματα της ψύξης ξεκινούν συνήθως: (δώστε μόνο μία απάντηση)Πρωί Μεσημέρι Απόγευμα Βράδυ Διαφορετικές ώρες κάθε φορά
Δεν θυμάμαι Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 9. Παθαίνετε πιο συχνά ψύξη κάποια περίοδο του χρόνου; (δώστε μόνο μία απάντηση)Όχι Χειμώνα Άνοιξη Καλοκαίρι Φθινόπωρο Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

Ερώτηση 10. Το καταλαβαίνετε νωρίτερα, όταν πρόκειται να πάθετε ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι Όχι Κάποιες φορές Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 11. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να βρείτε πληροφορίες για την ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι Όχι

Ερώτηση 12. Αν απαντήσατε «ναι» στην ερώτηση 11, πού προσπαθήσατε να βρείτε πληροφορίες;

Στους γιατρούς Σε βιβλία και περιοδικά Στο διαδίκτυο

Άλλο _____

Ερώτηση 13. Αν απαντήσατε «ναι» στην ερώτηση 11, τι πληροφορίες βρήκατε;

Αίτια ψύξης Συμπτώματα Αντιμετώπιση Τίποτα

Άλλο _____

Ερώτηση 14. Ποιες τεχνικές χρησιμοποίησατε για να αντιμετωπίσετε μόνος/η σας τα συμπτώματα της ψύξης;

Θερμαντικές αλοιφές (επάλειψη)
Θερμοφόρα Φάρμακα Χειρομαλάξεις (μασάζ) Άσκηση Ξεκούραση Κινήσεις κεφαλής Ζεστά ή χλιαρά μπάνια ή ντους
Ζεστά ροφήματα Τίποτα Δεν έχω πάθει ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 15. Έχετε κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος στο/α σημείο/α που παθαίνετε ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)

Ναι Όχι Ίσως Δεν έχω πάθει ψύξη

Ερώτηση 16. Γυμνάζεστε; (δώστε μόνο μία απάντηση)Συστηματικά Πολύ συχνά Συχνά Σπάνια Ποτέ **Ερώτηση 17. Έχετε αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών που ανέφεραν ότι έπαθαν ψύξη; (δώστε μόνο μία απάντηση)**Ναι Όχι **Ερώτηση 18. Τι συμπτώματα περιγράφουν οι ασθενείς που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη;**Γενικευμένο πόνο Πόνο στον αυχένα Πόνο στην οσφύ Πόνο στην ωμοπλάτη/πλάτη Δυσχέρεια κινήσεων Ραχιαλγία Μυοσκελετικά άλγη Σιελόρροια Πτώση γωνίας στόματος Αλλοίωση χαρακτηριστικών προσώπου Σύσπαση μυός Προσβολή τριδύμου νεύρου Δεν έχω αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών με ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 19. Πόσο συχνά αναφέρουν συνήθως οι ασθενείς, ότι τους εμφανίζονται τα συμπτώματα ψύξης; (δώστε μόνο μία απάντηση)Πολύ συχνά 1-2 φορές το μήνα 3-4 φορές το χρόνο 1-2 φορές το χρόνο Κάθε 2-3 χρόνια Σπάνια Δεν έχω αντιμετωπίσει περιστατικά ασθενών με ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 20. Πόσο χρονικό διάστημα αναφέρουν συνήθως οι ασθενείς, ότι διαρκούν τα συμπτώματα της ψύξης; (δώστε μόνο μία απάντηση)Μία ημέρα ή λιγότερο 2-5 ημέρες Μία εβδομάδα 10-20 ημέρες Έξι μήνες Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 21. Σε ποιο/α σημείο/α αναφέρουν οι ασθενείς, ότι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ψύξης;Αυχένα Οσφύ Θωρακικούς μύες Όμο/Ωμοπλάτη Στερνοκλειδομαστοειδή μυ Τράχηλο Πρόσωπο Άνω/Κάτω άκρα Μεσοπλεύριους μύες Σκαληνό μυ

Άλλο _____

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη**Ερώτηση 22. Πού αποδίδουν οι ασθενείς, τα συμπτώματα ψύξης που έχουν;**Ρεύματα αέρα Κλιματισμό Ιδρώτα και ρεύμα αέρα Ιδρώτα, χωρίς ρεύμα αέρα Παλιό/Πρόσφατο τραυματισμό
Μπάνιο και αέρα Μπάνιο και κρύο Αλλαγή καιρού/Διαφορά
καιρικών συνθηκών Υγρασία Κρύο Κρύο νερό Αμιάντωση Έντονη δραστηριότητα Νόσο του Bell

Άλλο _____

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Ερώτηση 23. Υπάρχει κάποιο ιστορικό τραυματισμού ή χρόνιου προβλήματος, στο/α σημείο/α που αναφέρουν οι ασθενείς ότι έπαθαν ψύξη; **(δώστε μόνο μία απάντηση)**

Ναι Όχι Ίσως

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Ερώτηση 24. Παρατηρείτε μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ασθενών που αναφέρουν ότι έπαθαν ψύξη, κάποια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου; **(δώστε μόνο μία απάντηση)**

Όχι Χειμώνα Άνοιξη Καλοκαίρι Φθινόπωρο Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Ερώτηση 25. Συστήνετε κάποια περαιτέρω εξέταση στους ασθενείς με ψύξη; **(δώστε μόνο μία απάντηση)**

Ναι Όχι

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Ερώτηση 26. Ποιά περαιτέρω εξέταση συστήνετε;

Ακτινογραφία Ηλεκτρομυογράφημα Μικροβιολογικό έλεγχο

Καμία/Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Αξονική Τομογραφία

Άλλο _____

Ερώτηση 27. Συστήνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή στους ασθενείς με ψύξη; **(δώστε μόνο μία απάντηση)**

Ναι Όχι

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Ερώτηση 28. Ποια φαρμακευτική αγωγή συστήνετε;

Μυοχαλαρωτικά Αντιφλεγμονώδη Αναλγητικά

Καμία/Δεν έχω αντιμετωπίσει
περιστατικά ασθενών με ψύξη

Άλλο _____

Ερώτηση 29. Τι άλλο συστήνετε σε ασθενείς με συμπτώματα ψύξης;

Φυσικοθεραπεία

Κινησιοθεραπεία

Δεν έχω αντιμετωπίσει
περισσότερα ασθενών με ψύξη

Άλλο _____

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑΤΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΑΛΓΙΑΣ! 😊**

Υπεύθυνη Δήλωση

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ελένη Μητσιάδου - ΑΕΜ: 02/09, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Άσκηση και Υγεία", του τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους παρακάτω όρους που αφορούν:

(α) στα πνευματικά δικαιώματα της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας (ΜΔΕ) μου με τίτλο:

"Υποκειμενική Αντίληψη της Επίδρασης Περιβαλλοντικών Παραγόντων στην Πρόκληση Συμπτωμάτων Μυαλγίας"

(β) στη διαχείριση των ερευνητικών δεδομένων που θα συλλέξω στην πορεία εκπόνησής της:

1. Τα πνευματικά δικαιώματα του τόμου της μεταπτυχιακής διατριβής που θα προκύψει θα ανήκουν σε εμένα. Θα ακολουθήσω τις οδηγίες συγγραφής, εκτύπωσης και κατάθεσης αντιτύπων της διατριβής στα ανάλογα αποθετήρια (σε έντυπη και σε ηλεκτρονική μορφή).
2. Η διαχείριση των δεδομένων της διατριβής ανήκει από κοινού σε εμένα και στον κύριο επιβλέποντα καθηγητή.
3. Οποιαδήποτε επιστημονική δημοσίευση ή ανακοίνωση (αναρτημένη ή προφορική), ή αναφορά που προέρχεται από το υλικό/δεδομένα της εργασίας αυτής θα γίνεται με συγγραφείς εμένα τον ίδιο, τον κύριο επιβλέποντα ή και άλλους ερευνητές (πχ μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, συνεργάτες κλπ), ανάλογα με τη συμβολή τους στην έρευνα και στη συγγραφή των ερευνητικών εργασιών.
4. Η σειρά των ονομάτων στις επιστημονικές δημοσιεύσεις ή επιστημονικές ανακοινώσεις θα αποφασίζεται από κοινού από εμένα και τον κύριο επιβλέποντα της εργασίας, πριν αρχίσει η εκπόνησή της. Η απόφαση αυτή θα πιστοποιηθεί εγγράφως μεταξύ εμού και του κύριου επιβλέποντος.

Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω τους κανόνες περί δεοντολογίας και περί λογοκλοπής και πνευματικής ιδιοκτησίας και ότι θα τους τηρώ απαρέγκλιτα καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης και κάλυψης των εκπαιδευτικών υποχρεώσεων μου που προκύπτουν από το ΠΜΣ και καθ' όλη τη διάρκεια των διαδικασιών δημοσίευσης που θα προκύψουν μετά την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Τρίκαλα, 20 Φεβρουαρίου 2014

Η δηλούσα

