

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
Διοίκηση, Οικονομία & Πολιτικές Υγείας

**«Η επίδραση της μυοσκελετικής δυσλειτουργίας στην υγεία  
και καθημερινή πρακτική των ασθενών με μυοσκελετικά  
προβλήματα.**

**Η περίπτωση ενός ιδιωτικού ιατρείου φυσικής ιατρικής &  
αποκατάστασης».**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Πανουσοπούλου Ν. Θεοφανία

Επιβλέπων καθηγητής:  
Σουλιώτης Κυριάκος

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2020

**Copyright** © Πανουσοπούλου Ν. Θεοφανία, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Σουλιώτη Κυριάκο για την εμπιστοσύνη που μου επέδειξε, την αμέριστη καθοδήγηση και συμπαράσταση κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.*

*Ακολούθως, θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη και τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην κα Σαρίδη Μαρία για την αμέριστη βοήθεια, συμπαράσταση, συμβολή, καθοδήγηση και παρότρυνση καθ όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Διότι με τις γνώσεις της και τις καίριες υποδείξεις της, συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση και ολοκλήρωση της εργασίας μου, στάθηκε δίπλα μου με υπευθυνότητα & αμεσότητα, αλλά κυρίως γιατί πάντα με στηρίζει σε ακαδημαϊκό & επαγγελματικό επίπεδο με ειλικρινές ενδιαφέρον.*

*Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος και ιδιαίτερα την υπεύθυνη του μεταπτυχιακού κα Γείτονα Μαίρη.*

*Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Τόγκα Κωνσταντίνο, τόσο για την παραχώρηση των αδειών των ερευνητικών εργαλείων, όσο και για την άμεση ανταπόκριση του στις απορίες μου.*

*Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω θερμά την επικεφαλή ιατρό αποκατάστασης, καθώς και όλη την ομάδα της, γιατί χωρίς την συνδρομή τους δεν θα μπορούσε να διεξαχθεί η παρούσα μελέτη.*

*Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω το οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον που όλοι με το λιθαράκι τους βοήθησαν στην ολοκλήρωση του παρόντος μεταπτυχιακού προγράμματος. Τους γονείς μου, τον σύζυγο μου, την κόρη μου, την πεθερά μου, την αδελφική μου φίλη Κατερίνα, την Αγγελικούλα, τον Γιώργο Μ. και τον Γιώργο Γ.*

*Ιδιαίτερη μνεία, θα ήθελα να κάνω στον μπαμπά μου, τον οποίο ευχαριστώ και ευγνωμονώ για την συμπαράσταση και την στήριξη του στις επιλογές μου και για ότι μου έχει προσφέρει σε όλη την πορεία της ζωής μου.*

*Τελός, θα ήθελα πω ένα μεγάλο ευχαριστώ, σε έναν άνθρωπο που δεν είναι πια στη ζωή, όμως του οφείλω πολλά... στην γιαγιά μου.*

*Πανουσοπούλου Ν. Θεοφανία*

*... στον μπαμπά μου &  
στην γιαγιά μου... σε εσάς του δύο.*

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	8
Abstract.....	9
Εισαγωγή.....	10
Α ΜΕΡΟΣ: Γενικό Μέρος.....	11
Κεφάλαιο 1ο : ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	11
1.1 Ορισμός μυοσκελετικών παθήσεων.....	11
1.2 Επιδημιολογία.....	13
1.3 Τρόποι αντιμετώπισης των ΜΣΠ.....	15
1.4 Μυοσκελετικές δυσλειτουργίες και ψυχική υγεία.....	17
1.5 Μυοσκελετικές δυσλειτουργίες και ποιότητα ζωής.....	19
1.6 Μυοσκελετικές παθήσεις και εργονομία.....	19
Κεφάλαιο 2ο : ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	21
2.1 Θετική στάση σώματος.....	21
2.2 Χρόνιος πόνος και θετική στάση σώματος.....	23
Κεφάλαιο 3ο : ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	26
3.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	26
3.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης στις μυοσκελετικές παθήσεις.....	28
Β ΜΕΡΟΣ: Ειδικό Μέρος.....	31
Κεφάλαιο 4ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	31
4.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης.....	31
4.2 Ηθικά Θέματα.....	31
4.3 Υλικό και μέθοδος.....	32
4.3.1 Σχεδιασμός της μελέτης.....	32
4.3.2 Χώρος διεξαγωγής της μελέτης.....	32
4.3.3 Δείγμα μελέτης.....	33
4.3.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου.....	33
4.3.5 Διαδικασία και Μέθοδοι συλλογής δεδομένων.....	34
4.3.6 Στατιστική Ανάλυση-Διαχείριση Δεδομένων.....	35
4.4 Περιορισμοί της μελέτης.....	36
Κεφάλαιο 5ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
5.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	37
5.2 Ανάλυση 2 <sup>ης</sup> , 3 <sup>ης</sup> , 4 <sup>ης</sup> ενότητας ερωτηματολογίου.....	42
5.2.1 Μέτρηση γενικής υγείας-GHQ28.....	42
5.2.2 Δείκτης σωματικής εκτίμησης – BAS.....	44
5.2.3 Δείκτης στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.....	44

5.4 Συσχετίσεις-ελεγχος υποθέσεων .....	45
5.5 Πολλαπλή Παλινδρόμηση .....	52
Συζήτηση .....	54
Συμπεράσματα .....	59
Βιβλιογραφία .....	61
Παράρτημα .....	72

## Πίνακας Περιεχομένων Πινάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - GHQ-28-ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ .....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΥΠΑΡΕΞΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ Η ΜΗ .....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ-BAS .....	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ .....	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ ΦΥΛΟ .....	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ "ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ" .....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ .....	53

## Πίνακας Περιεχομένων Γραφημάτων

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΦΥΛΟ .....	39
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	39
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....	40
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	40
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ .....	41
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΆΤΟΜΟ (ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ) ΠΟΥ ΜΕ ΒΟΗΘΑ ΜΕ ΗΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ .....	41
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΣΗΜΕΙΟ ΣΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΤΑΙ Η ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	42

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι μυοσκελετικές παθήσεις επηρεάζουν την καθημερινή ζωή και την υγεία των πάσχοντων. Κρίνεται σκόπιμο να διερευνήσουμε εάν οι μυοσκελετικές δυσλειτουργίες επιδρούν στην ψυχική υγεία των ασθενών και στην σωματικής τους εκτίμηση και ποιες στρατηγικές χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν την συγκεκριμένη κατάσταση.

**Σκοπός:** Σκοπός η διερεύνηση της επιδράσης των μυοσκελετικών δυσλειτουργιών στην καθημερινή ζωή, καθώς και στην ψυχική υγεία των ασθενών.

**Μέθοδος:** Το δείγμα αποτελείται από 175 ασθενείς πάσχοντες από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, οι οποίοι προσήλθαν στο ιδιωτικό ιατρείο φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής: α) Ερωτηματολόγιο Γενικής υγείας (GHQ-28) του Goldberg, β) Ερωτηματολόγιο σωματικής εκτίμησης του Avallos και γ) Ερωτηματολόγιο αντιμετώπισης στρατηγικών αγχογόνων καταστάσεων του Amirkhan.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από γυναίκες με ποσοστό 77,1% (N=135), η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 52,4 έτη (SD ±14,66). Η ολική μέση τιμή για το EGY-28 είναι 5,73 με τυπική απόκλιση ±6,08, όπου το αποτέλεσμα αυτό είναι πάνω από το σημείο αποκοπής 4/5 δείχνει την ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος. Σχετικά με την σωματική εκτίμηση ο μέσος όρος του αθροίσματος που προέκυψε είναι 51,53 με τυπική απόκλιση ±10,30. Τέλος, ο δείκτης στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος» παρουσιάζει την μεγαλύτερη μέση τιμή 2,51 με τυπική απόκλιση ±0,43.

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε συννοσηρότητα, πιο συγκεκριμένα οι πάσχοντες από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες παρουσίασαν και ψυχολογική διαταραχή, η οποία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Οι έχοντες ψυχολογικό πρόβλημα διαπιστώθηκε πως έχουν λιγότερο θετική σωματική εκτίμηση. Η επίλυση του προβλήματος ήταν ο δείκτης στρατηγικής που παρουσίασε την μεγαλύτερη μέση τιμή, παρόλαυτα όσοι είχαν ψυχολογικό πρόβλημα, κατέφευγαν στην στρατηγική της αποφυγής, είτε με την έννοια της απόσπαση προσοχής, είτε με την έννοια της απόσυρσης, ευχολογίας/ονειροπόλησης.

**Λέξεις-κλειδιά:** Μυοσκελετικές παθήσεις, σωματική εκτίμηση, αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων.



## Abstract

**Introduction:** Musculoskeletal disorders affect the daily life and health of the sufferers. It is appropriate to investigate whether musculoskeletal dysfunctions affect patients' mental health and physical appraisal, and what strategies they use to cope with this condition.

**Purpose:** The purpose is to investigate the effect of musculoskeletal dysfunctions on daily life as well as on the mental health of patients.

**Method:** The sample consists of 175 patients with musculoskeletal disorders who went to the private physical medicine and rehabilitation clinic. The research tools used are: a) Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28), b) Avallos's Physical Assessment Questionnaire, and c) Amirkhan's Strategic Anxiety Questionnaire.

**Results:** The majority of the sample is female (77.1%) (N = 135), with a mean age of 52.4 years (SD  $\pm$  14.66). The mean overall score for GG-28 is 5.73 with a standard deviation of  $\pm$  6.08, where this result is above the 4/5 cut-off point indicating a psychological problem. With regard to the physical evaluation, the mean sum obtained was 51.53 with a standard deviation of  $\pm$  10.30. Finally, the Problem Solving Strategy Index has the highest mean value of 2.51 with a standard deviation of 0.43.

**Conclusion:** Co-morbidity has been found, in particular, patients with musculoskeletal disorders have also developed a psychological disorder that needs further investigation. Those with psychological problems were found to have less positive physical appraisal. Problem solving was the strategy indicator that presented the highest mean, although those with psychological problems resorted to the avoidance strategy, either in terms of distraction or withdrawal, wishful thinking / dreaming.

**Keywords:** Musculoskeletal disorders, physical evaluation, treatment of stressful conditions.

## Εισαγωγή

Ο επίμονος πόνος, η κινητική δυσλειτουργία, η μειωμένη ποιότητα ζωής και η ψυχική ευεξία αποτελούν τις πιο κοινές εμπειρίες που συνδέονται με τις μυοσκελετικές παθήσεις. Ο επιπολασμός και η επίδραση των μυοσκελετικών παθήσεων αυξάνονται με τη γήρανση. Ένα σοβαρό βάρος της μυοσκελετικής νόσου υπάρχει στα ανεπτυγμένα και αναπτυσσόμενα έθνη. Η αύξηση του πληθυσμού, η γήρανση και ο καθιστικός τρόπος ζωής, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, έχουν δημιουργήσει κρίση στην υγεία του πληθυσμού, η οποία απαιτεί πολυδιάστατη απάντηση (Briggs, et al.,2016).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, δίνεται έμφαση στη διατήρηση ενός ενεργού τρόπου ζωής για τη μείωση των επιπτώσεων της παχυσαρκίας, των καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου, της οστεοπόρωσης και του διαβήτη στους ηλικιωμένους. Οι οδυνηρές μυοσκελετικές παθήσεις, ωστόσο, περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα των ανθρώπων να κάνουν αυτές τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ επώδυνων μυοσκελετικών παθήσεων και μειωμένης ικανότητας άσκησης, σωματικής δραστηριότητας με αποτέλεσμα λειτουργική παρακμή, αδυναμία, μειωμένη ευεξία και απώλεια της ανεξαρτησίας. Είναι αναγκαίες και πολυεπίπεδες οι στρατηγικές προσεγγίσεις για τη φροντίδα ολόκληρου του ατόμου για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της εξασθένησης της μυοσκελετικής υγείας και των συνεπειών της (Briggs, et al.,2016).

Λόγω των παραπάνω, θεωρείται σκόπιμη η διερεύνηση των μυοσκελετικών δυσλειτουργιών στην καθημερινή πρακτική και υγεία των ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα όπως παρουσιάζεται μέσα από το πρίσμα ενός ιδιωτικού ιατρείου αποκατάστασης.

Στην παρούσα μελέτη έχουν τεθεί ερευνητικά ερωτημάτα που διερευνούν τις επιπτώσεις των ανθρώπων με μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, οι επιπτώσεις αυτές αφορούν την γενική υγεία γενικότερα, ειδικότερα όμως περιλαμβάνουν την ψυχική υγεία, την σωματική εκτίμηση και τους τρόπους αντιμετώπισης τους άγχους που τους προκαλεί η μυοσκελετική δυσλειτουργία.

## **Α ΜΕΡΟΣ: Γενικό Μέρος**

### **Κεφάλαιο 1ο : ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Οι μυοσκελετικές διαταραχές είναι ένας από τους κορυφαίους παράγοντες που συμβάλλουν στην απώλεια του προσδόκιμου ζωής και περιλαμβάνουν καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν τους μυς, τα οστά και τις αρθρώσεις, όπως οι εκφυλιστικές ασθένειες των αρθρώσεων και τα κατάγματα των οστών (WHO, 2016). Η δεκαετία των οστών και των αρθρώσεων (2000- 2010), που εγκρίθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη και τον ΠΟΥ, δημιουργήθηκε για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τον αντίκτυπο που έχουν οι μυοσκελετικές παθήσεις στις κοινότητες (Woolf, 2000).

#### **1.1 Ορισμός μυοσκελετικών παθήσεων**

Οι μυοσκελετικές παθήσεις αφορούν τα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνσδετικού ιστού που περιλαμβάνουν μία ετερογενή ομάδα διαταραχών που επικρατεί ο μυοσκελετικός πόνος και η δυσκαμψία (Haslett et al., 1999).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις των άκρων και / ή της σπονδυλικής στήλης είναι οδυνηρές ασθένειες του περιαρθριδικού μαλακού ιστού (μύες, τένοντες, αγγεία κ.λπ.) και των περιφερικών νεύρων που προκαλούνται από την επαγγελματική υπερφόρτωση (Hagberg et al., 1995. Ο όρος «μυοσκελετικές παθήσεις» χρησιμοποιείται ως μια ομπρέλα για ιατρικά καθιερωμένες περιαρθρικές παθήσεις των άκρων και της σπονδυλικής στήλης.

Οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι παθήσεις ή επώδυνα σύνδρομα του μυοσκελετικού συστήματος που περιλαμβάνει τα νεύρα, τους τένοντες και τις δομές που υποστηρίζουν τον αξονικό και τον προσαρτημένο σκελετό.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι μυοσκελετικές παθήσεις περιλαμβάνουν περισσότερες από 150 διαγνώσεις που επηρεάζουν το κινητικό σύστημα. Δηλαδή, μυς, οστά, αρθρώσεις και συναφείς ιστοί όπως τένοντες και σύνδεσμοι, όπως αναφέρονται στη Διεθνή Ταξινόμηση των Νοσημάτων (ICD-10). Αυτά αφορούν εκείνα που προκύπτουν

ξαφνικά και είναι βραχύβια, όπως κατάγματα, διαστρεμμάτα, και αυτά που οδηγούν σε δια βίου καταστάσεις και συνδέονται με συνεχή πόνο και αναπηρία (WHO, 2019).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις χαρακτηρίζονται συνήθως από πόνο (συχνά επίμονο) και περιορισμούς στην κινητικότητα, την επιδεξιότητα και τη λειτουργική ικανότητα, τη μείωση της ικανότητας των ανθρώπων να εργάζονται και να συμμετέχουν σε κοινωνικούς ρόλους με συναφή αντίκτυπο στην ψυχική ευεξία και σε ευρύτερο επίπεδο επιπτώσεις στην ευημερία των κοινοτήτων. Οι πιο κοινές και ανασταλτικές μυοσκελετικές καταστάσεις είναι η οστεοαρθρίτιδα, ο πόνος στην πλάτη και στον αυχένα, τα κατάγματα που σχετίζονται με την ευθραυστότητα των οστών, οι τραυματισμοί.

Πολλές μυοσκελετικές διαταραχές μοιάζουν μεταξύ τους και μερικές μπορεί να χρειαστούν εβδομάδες ή και μήνες για να εξελιχθούν σε μία εύκολα αναγνωρίσιμη διαγνωστική οντότητα. Οι μυοσκελετικές διαταραχές γενικά ταξινομούνται ως φλεγμονώδης ή ως μη φλεγμονώδης (Kapsler et al., 2005).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις περιλαμβάνουν καταστάσεις που επηρεάζουν:

- αρθρώσεις, όπως οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα,
- οστά, όπως οστεοπόρωση, οστεοπενία και συναφή κατάγματα ευθραυστότητας, τραυματικά κατάγματα,
- μυς, όπως η σαρκοπενία.
- η σπονδυλική στήλη, όπως ο πόνος στην πλάτη και στον αυχένα.
- πολλαπλές περιοχές ή συστήματα σώματος, όπως περιφερειακές και εκτεταμένες διαταραχές πόνου και φλεγμονώδεις ασθένειες όπως ασθένειες συνδετικού ιστού και αγγειίτιδα που έχουν μυοσκελετικές εκδηλώσεις, για παράδειγμα συστηματικό ερυθρεματώδη λύκο.

## 1. 2 Επιδημιολογία

Τα μυοσκελετικά συμπτώματα που σχετίζονται με την εργασία αναφέρονται σε μυϊκές, ενοχλήσεις, τενοντίτιδες ή κοινά ενοχλήσεις σε διάφορα μέρη του σώματος που οφείλονται κυρίως στο εργασιακό περιβάλλον και επιδεινώνονται ή παρατείνονται από τις συνθήκες εργασίας (Bernard & Putz-Anderson, 1997). Αυτά τα μυοσκελετικά συμπτώματα δημιουργούν μεγάλο οικονομικό βάρος.

Σύμφωνα με τη μελέτη Global Burden of Disease Study (2016), ο χαμηλότερος πόνος στην πλάτη ήταν η κύρια αιτία χρόνων ζωής που χάθηκαν λόγω αναπηρίας. Ο πόνος στον αυχένα και άλλες μυοσκελετικές καταστάσεις ήταν η έκτη και η έβδομη κύρια αιτία, αντίστοιχα (Vos et al., 2017).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα μυοσκελετικά συμπτώματα αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που αντιπροσωπεύει περίπου το ένα τρίτο όλων των ασθενειών που σχετίζονται με την εργασία (BLS, 2017). Από το 1996 έως το 2013, δαπανήθηκαν 87,6 δισεκατομμύρια δολάρια στις Ηνωμένες Πολιτείες για τη θεραπεία του αυχένα και του πόνου στην πλάτη, καθιστώντας την τρίτη μεγαλύτερη δαπάνη για χρηματοδότηση της υγείας (Dieleman et al., 2016). Οι ίδιοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε διάφορα συμπτώματα του μυοσκελετικού συστήματος ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων εργασιών, τεχνικών επιδόσεων υψηλής δύναμης και δύσκολων στάσεων (Rambabu & Suneetha, 2014).

Στη μελέτη του GBD 2017, οι μυοσκελετικές παθήσεις ήταν η υψηλότερη συνεισφορά στην παγκόσμια αναπηρία (που αντιστοιχούσε στο 16% όλων των ετών που ζούσαν με αναπηρία) και ο χαμηλότερος πόνος στην πλάτη παρέμεινε η μόνη κύρια αιτία αναπηρίας από τότε που μετρήθηκε για πρώτη φορά το 1990 (James et al., 2018). Ενώ ο επιπολασμός των μυοσκελετικών παθήσεων ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και τη διάγνωση, μεταξύ 20% -33% των ανθρώπων σε ολόκληρο τον κόσμο ζουν με μια οδυνηρή μυοσκελετική κατάσταση.

Μια πρόσφατη έκθεση από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής δείχνει ότι ένας στους δύο ενήλικες Αμερικανούς ζει μυοσκελετικό πρόβλημα - τον ίδιο αριθμό με εκείνους με καρδιαγγειακά ή χρόνια αναπνευστικά νοσήματα (IMDA, 2016).

Στην περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου, τα επιδημιολογικά στοιχεία για τις μυοσκελετικές διαταραχές είναι αραιά και δεν συγκρίνονται εύκολα. Τα περισσότερα στοιχεία στην περιοχή προέρχονται από τις βασικές έρευνες του Κοινοτικού Προγράμματος για τον έλεγχο των ρευματικών νοσημάτων (COPCORD). Το πρόγραμμα, που σχεδιάστηκε από τον Π.Ο.Υ. και τη Διεθνή Ένωση Συνδέσμων Ρευματολογίας στη δεκαετία του 1980, είναι κατά πάσα πιθανότητα το πιο επιφανές πρόγραμμα δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση του βάρους των μυοσκελετικών διαταραχών στις χώρες χαμηλού / μεσαίου εισοδήματος (Chopra & Abdel-Nasser, 2008). Ορισμένες χώρες της Ανατολικής Μεσογείου, συμπεριλαμβανομένης της Αιγύπτου, του Ιράν, του Κουβέιτ, του Λιβάνου, του Πακιστάν και της Τυνησίας, ξεκίνησαν τον έλεγχο στο COPCORD τις τελευταίες δύο δεκαετίες (COPCORD). Οι βασικές έρευνες COPCORD έδειξαν υψηλό επιπολασμό των μυοσκελετικών παθήσεων στην περιοχή. Για παράδειγμα, οι μυοσκελετικές παθήσεις κατά τις τελευταίες επτά ημέρες αναφέρθηκαν από περίπου το 45% των ανθρώπων στο Ιράν, με βάση τέσσερα δείγματα σε αγροτικές και αστικές περιοχές. Οι πιο συνηθισμένες ανατομικές περιοχές των συμπτωμάτων ήταν τα γόνατα (27%), η νωτιαία μυελική ράχη (24%), οι ώμοι (16%) και η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης (14%) (Davatchi et al., 2016). Η επικράτηση των μυοσκελετικών προβλημάτων σε όλη τη ζωή αναφέρθηκε από περίπου το 33% των ανθρώπων στο Λίβανο, με σημερινό επιπολασμό περίπου 24% (Chaaya et al., 2012) Περίπου 27% των ατόμων στο Κουβέιτ ανέφεραν μυοσκελετικό πόνο και οι πιο κοινές τοποθεσίες του πόνου ήταν τα γόνατα, η πλάτη και οι ώμοι (Al-Awadhi et al., 2004). Στο βόρειο τμήμα του Πακιστάν το 1997, το 14,8% των ανθρώπων είχαν ρευματικές ασθένειες με υψηλότερο επιπολασμό στις αγροτικές περιοχές (16,5%) σε σύγκριση με τις αστικές (13,6%) και τις εύπορες αστικές περιοχές (10,7%). Οι μυοσκελετικές παθήσεις ήταν γενικά συχνότερες στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ( Davatchi et al., 2009). Η συνολική επικράτηση των μυοσκελετικών παθήσεων ήταν υψηλότερη στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις αστικές. Τα αυθεντικά δεδομένα από άλλες χώρες της περιοχής συνήθως περιορίζεται σε συγκεκριμένες ασθένειες (Akhter et al., 2011). Στη δημογραφική έρευνα και στην έρευνα για την υγεία της Παλαιστίνης, το 2% του πληθυσμού ανέφερε διάγνωση μυοσκελετικών παθήσεων, με αυξανόμενο επιπολασμό με την ηλικία. Ορισμένες από τις χώρες της περιοχής δεν έχουν προσιτά πρωτότυπα στοιχεία σχετικά με το μέγεθος και την ένταση των μυοσκελετικών διαταραχών.

Παρατηρούμε, πως οι μυοσκελετικές διαταραχές έχουν υποτιμηθεί και ακόμη και αγνοούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, κυρίως λόγω του χαμηλού ποσοστού θνησιμότητας και θεωρούνται ως μη αναστρέψιμες καταστάσεις ή απλά μέρος της διαδικασίας γήρανσης (Woolf, 2001). Η σημαντική συμβολή των μυοσκελετικών διαταραχών είναι τώρα πιο σαφής και αρκετές μελέτες έχουν ποσοτικοποιήσει το σημαντικό βάρος των μυοσκελετικών διαταραχών. Αυτές είναι από τις πλέον διαδεδομένες αιτίες απουσίας από την εργασία και ιατρικές επισκέψεις σε όλο τον κόσμο (Murray et al. , 2015). Η υψηλή συχνότητα, η μακροζωία και η προκύπτουσα αναπηρία των μυοσκελετικών διαταραχών επιβάλλουν σημαντική οικονομική επιβάρυνση στις κοινότητες. Η γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να αυξήσει δραματικά το βάρος των μυοσκελετικών καταστάσεων τις επόμενες δεκαετίες (Hoy et al., 2015). Παρά τα γεγονότα αυτά, οι μυοσκελετικές διαταραχές δεν αποτέλεσαν το επίκεντρο των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, ειδικά στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος (Hoy et al., 2015).

### **1. 3 Τρόποι αντιμετώπισης των ΜΣΠ**

Πρέπει να υποστηριχθεί η προσοχή των πολιτικών και των υπευθύνων λήψης αποφάσεων στην επιβάρυνση της νόσου που προκαλούν οι μυοσκελετικές διαταραχές (NICE). Οι Mody και Brooks (2012) πρότειναν νέα μοντέλα περίθαλψης και στρατηγικών για την εκπαίδευση των κοινοτικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των πρωτοβάθμιων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό και την έναρξη της διαχείρισης των ασθενών σε προγενέστερα στάδια.

Η εκπαίδευση των ασθενών και του συνόλου του πληθυσμού, η θεραπεία με οικονομικά αποδοτικές επεμβάσεις, η πρόληψη μέσω της αναγνώρισης και της μείωσης των περιβαλλοντικών και γενετικών κινδύνων αποτελούν τα κύρια συστατικά των παρεμβάσεων μετά τις πρωτογενείς επιδημιολογικές εκτιμήσεις (Woolf et al., 2008). Άτομα με μυοσκελετικές παθήσεις εκτίθενται σε ένα φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των παραδοσιακών, συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών των οποίων οι αποτελεσματικότητες μπορεί να μην είναι πάντα σαφείς. Τα πρόσφατα βιολογικά φάρμακα και οι χειρουργικές προσεγγίσεις αλλάζουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα κάποιων μυοσκελετικών διαταραχών

όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή η σοβαρή οστεοαρθρίτιδα. Ωστόσο, μπορεί να είναι υπερβολικά ακριβό για να είναι προσιτές σε όλες τις χώρες (Guillemin et al., 2014). Η έγκαιρη πρόσβαση σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική για ορισμένες μυοσκελετικές διαταραχές. Για παράδειγμα, σε ασθενείς με φλεγμονώδεις διαταραχές όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η έγκαιρη αξιολόγηση από έναν ειδικό βελτιώνει την πρόγνωση (Rudan et al., 2015). Υπάρχει υψηλός κίνδυνος χρησιμοποιώντας περιττές διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες για τα άτομα με μυοσκελετικά συμπτώματα, ιδιαίτερα στις πλουσιότερες χώρες. Αυτό πρέπει να αποφευχθεί μέσω κατάλληλου προγραμματισμού.

Η τροποποίηση των παραγόντων του τρόπου ζωής (όπως η διατήρηση της σωματικής ικανότητας και του ιδανικού βάρους, η ισορροπημένη διατροφή, η αποφυγή του καπνίσματος και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η πρόληψη των τραυματισμών) δεν είναι μόνο επωφέλης για την μυοσκελετική υγεία αλλά και για άλλες μη μεταδοτικές ασθένειες που συμβάλλουν στην αύξηση θνησιμότητας και νοσηρότητας (Mody & Brooks, 2012).

Ο χαμηλός πόνος στην πλάτη και ο πόνος στον αυχένα έχουν το μεγαλύτερο βάρος μυοσκελετικών διαταραχών στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως. Οι εκτιμήσεις ήταν υψηλότερες στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, αλλά και σε άτομα με συγκεκριμένες θέσεις εργασίας και έγκυες γυναίκες. Υπάρχουν διάφορες πηγές δημόσιας υγείας που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία και κλινικές οδηγίες για χαμηλό πόνο στην πλάτη και πόνο στον αυχένα, συνήθως από χώρες υψηλού εισοδήματος (NICE, 2009). Η ανάπτυξη κατάλληλων κατευθυντήριων γραμμών για χρήση σε περιοχές με χαμηλή κατανάλωση πόρων αποτελεί πρόκληση. Επιπλέον, η ανάπτυξη έγκυρων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών απαιτεί πόρους και κάποια εμπειρογνώσια που ορισμένες φορές δεν είναι διαθέσιμες.

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας, ειδικά σε ηλικιωμένους. Αναμένεται ότι θα επηρεαστεί από τη διαδικασία γήρανσης του πληθυσμού περισσότερο από άλλες μυοσκελετικές διαταραχές. Μερικά στοιχεία δείχνουν ότι η εντατική σωματική δραστηριότητα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας σε μεγάλους αρθρώσεις. Ωστόσο, αυτό δεν αποτελεί γενικό συμπέρασμα (Fransen et al., 2014). Τα ευρήματα σχετικά με τη συσχέτιση της σωματικής δραστηριότητας και της οστεοαρθρίτιδας είναι ιδιαίτερα συγκεκριμένα



στους ηλικιωμένους, ενώ μερικές μελέτες δείχνουν ότι το περπάτημα και η σωματική άσκηση έχουν επιβλαβή επίδραση στην οστεοαρθρίτιδα, υπάρχουν μερικές κριτικές που δείχνουν ότι οι αερόβιες ασκήσεις σε ηλικιωμένα άτομα μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος. Οι ελαφρές ή μέτριες σωματικές δραστηριότητες δεν είναι συνήθως γνωστό ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ή τις επιπλοκές της οστεοαρθρίτιδας. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο της οστεοαρθρίτιδας μέσω της μείωσης του δείκτη μάζας σώματος (Jones et al., 2014).

#### **1.4 Μυοσκελετικές δυσλειτουργίες και ψυχική υγεία**

Η ψυχική υγεία αναφέρεται στη συναισθηματική και ψυχολογική ευημερία, η βλάβη της οποίας μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τη γνωστική ή κοινωνική λειτουργία ενός ατόμου, καθιστώντας πιο δύσκολη την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της καθημερινής ζωής, μεταξύ άλλων, την ικανότητα να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά (Heron & Greenberg, 2013)

Τα προβλήματα με την ψυχική υγεία κυμαίνονται από τη δευτερεύουσα δυσφορία που αντιμετωπίζουν όλοι οι άνθρωποι κατά περιόδους ως απάντηση στις προκλήσεις της ζωής, μέσω μακροχρόνιας κλινικής ασθένειας που μπορεί να είναι σοβαρά ανικανής και μπορεί να απαιτεί ψυχολογική θεραπεία ή φαρμακολογική θεραπεία. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, τα κοινά ψυχολογικά συμπτώματα, όπως η χαμηλή διάθεση, επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση και την πρόγνωση του μυοσκελετικού πόνου (Engel, 1977).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις και οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι τόσο σοβαρές όσο και επίμονες ασθένειες, συμβάλλοντας σημαντικά στα επίπεδα κακής υγείας. Οι μυοσκελετικές παθήσεις, που περιλαμβάνουν αρθρίτιδα, οστεοπόρωση και πόνο στην πλάτη, έχουν ως αποτέλεσμα λίγους θανάτους αλλά προκαλούν σημαντικό πόνο και αναπηρία. Περιορίζουν σοβαρά την ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί καθημερινά τα καθήκοντα στο σπίτι και στην εργασία (AIHW, 2010). Οι διανοητικές διαταραχές περιλαμβάνουν τις κοινές διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, καθώς και λιγότερο συχνές ή χαμηλής συχνότητας διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια. Αν και λιγότεροι θάνατοι αποδίδονται σε ψυχικές διαταραχές (άλλες από την υψηλή τους σχέση με την

αυτοκτονία) από άλλα βασικά προβλήματα υγείας, προκαλούν μεγάλη αναστάτωση και αναπηρία στον πληθυσμό (AIHW, 2010). Η εμφάνιση των μυοσκελετικών παθήσεων και των ψυχικών διαταραχών γνωστή και ως συννοσηρότητα, συχνά περιπλέκει τα θεραπευτικά και τα διαχειριστικά σχέδια. Ενώ ορισμένα θέματα παραμένουν ειδικά για κάθε κατάσταση ή διαταραχή, την τυπική θεραπεία του οι ψυχικές διαταραχές ενδέχεται να χρειαστεί να τροποποιηθούν λόγω των φυσικών αλλαγών που σχετίζονται με αυτές μια μυοσκελετική κατάσταση ή με το φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του. Ομοίως, η αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων μπορεί να χρειαστεί να τροποποιηθεί παρουσία μίας ψυχικής διαταραχής. Δεδομένου ότι η κλινική διαχείριση των ατόμων με συνυπάρχουσες καταστάσεις μπορεί να είναι πιο περίπλοκη και χρονοβόρα από ό, τι για όσους έχουν μοναδικές συνθήκες.

Η συννοσηρότητα εμφανίζεται όταν ένα άτομο έχει ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες συνθήκες υγείας. Η ταυτόχρονη εμφάνιση συνθηκών υγείας μπορεί να συμβεί μόνο τυχαία. Μερικοί οι συνθήκες μπορούν να συνυπάρχουν σε ένα άτομο με σύμπτωση, χωρίς καμιά αιτιώδη συνάφεια μεταξύ τους. Ωστόσο, συχνά οι συνθήκες υγείας συμβαίνουν μαζί λόγω ορισμένων άμεσων ή έμμεσων αιτιωδών σχέσεων μεταξύ τους.

Υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση ότι οι λειτουργικοί περιορισμοί και ο χρόνιος πόνος που σχετίζονται με μυοσκελετικές παθήσεις προδιαθέτουν τους ανθρώπους σε μια ποικιλία προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι μακροπρόθεσμοι λειτουργικοί περιορισμοί και οι περιορισμοί δραστηριότητας μπορεί να συμβάλλουν στο άγχος, την κατάθλιψη και τα συναισθήματα της ανικανότητας. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να προσθέσει περαιτέρω ευερεθιστότητα, αϋπνία και εξάντληση, συχνά συνοδεύεται από απόσυρση από την εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτοί οι παράγοντες μαζί μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε κατάχρηση ουσιών και άλλα κοινωνικά προβλήματα συμπεριφοράς. Ενώ οι λειτουργικοί περιορισμοί και οι πτυχές του πόνου των μυοσκελετικών παθήσεων θα μπορούσαν να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη ή επιδείνωση των ψυχικών προβλημάτων, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορούν επίσης να έχουν επιζήμια επίδραση τη σωματικής ασθένειας, τον πόνο και την αναπηρία (Moussavi et al., 2007).

## **1.5 Μυοσκελετικές δυσλειτουργίες και ποιότητα ζωής**

Πιστεύετε, ότι η σχέση μεταξύ υγείας και ασθένειας στην εργασία σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής (QoL). Η ποιότητα ζωής νοείται ως « η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους». Έτσι, η έννοια της ποιότητας ζωής βασίζεται σε διαφορετικές οπτικές γωνίες και συνδέεται άμεσα με την υγεία και επίσης κοντά στο ατομικό επίπεδο ικανοποίησης στην συναισθηματική, οικογενειακή, περιβαλλοντική και κοινωνική ζωή (Andersen et al., 2010).

Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μυοσκελετικών δυσλειτουργιών και ποιότητας ζωής εξηγείται από τη μείωση της ικανότητας εργασίας του εργαζομένου, η οποία επηρεάζει τα ψυχοκοινωνικά συμπτώματα όπως η μοναξιά, η θλίψη, το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς και το αίσθημα της ανικανότητας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες προκαλούν συνέπειες, από την αδυναμία εκτέλεσης της εργασιακής δραστηριότητας που προκάλεσε αρχικά τη διαταραχή, στην εκτέλεση απλών καθηκόντων καθημερινής ζωής, όπως οι οικιακές εργασίες και οι δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (Azevedo et al., 2013).

## **1.6 Μυοσκελετικές παθήσεις και εργονομία**

Η εργασία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία και την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας κοινωνίας. Το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας μπορεί να είναι η αιτία πολλών προβλημάτων. Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες είναι οι σωματικές διαταραχές που σχετίζονται με την εργασία, οι οποίες μειώνουν την παραγωγικότητα. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην κακή εργασιακή υγεία και την κακή εκπαίδευση μεταξύ των ανθρώπων. Με βάση μια συνολική εκτίμηση, περίπου 150 εκατομμύρια άνθρωποι επηρεάζονται από αυτά τα προβλήματα και περίπου τέσσερις φορές περισσότερο από ό, τι ήταν πριν από 20 χρόνια. Η εργονομία είναι η επιστήμη που ασχολείται με τις πιέσεις και τις ζημιές σε ανθρώπους σε σχέση με την εργασία τους και τις επαγγελματικές δραστηριότητες και

κύριος στόχος της είναι η πρόληψη επαγγελματικών διαταραχών και άλλων συμπτωμάτων (Nordin et al., 1997).

Η εργονομία, η οποία ασχολείται με την κατανόηση της αλληλεπίδρασης ενός ατόμου με το χώρο εργασίας και το περιβάλλον, στοχεύει στη μείωση του στρες, στην εξάλειψη των τραυματισμών που προκύπτουν από επαναλαμβανόμενες εργασίες και στην εσφαλμένη στάση του σώματος και στη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας (Sze et al., 2017).

Ο στόχος της εργονομίας είναι να επιτευχθεί αποτελεσματική αντιστοίχιση μεταξύ του χρήστη και της εργασίας για τη βελτίωση της εργασίας την αποτελεσματικότητα, στην υγεία, στην ασφάλεια, στην άνεση και στην ευκολία του χρήστη. Η παραμέληση των αρχών της εργονομίας οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα και πόνο στο χώρο εργασίας.

Οι μυοσκελετικές διαταραχές που σχετίζονται με την εργασία (MSDs) είναι οι συχνότερες επαγγελματικές διαταραχές ανά τον κόσμο και έχουν αναγνωριστεί ως πρόβλημα από τον 17ο αιώνα (Ramazzini, 1964).

Ένα από τα θέματα που εξετάζει η εργονομία είναι μυοσκελετικές διαταραχές που προκύπτουν από την εργασία. Οι ΜΣΠ είναι μία από τις πιο κοινές αιτίες που δημιουργούν επαγγελματικές βλάβες και αναπηρίες και αποτελούν το 65% των επαγγελματικών ασθενειών (Shams-Hosseini et al., 2017). Ως εκ τούτου, πολλές χώρες έχουν εξετάσει την πρόληψη των ΜΣΠ ως μιας από τις εθνικές προτεραιότητες και ο έλεγχός τους μεταξύ των εργαζόμενων, είναι ένα από τα πλέον σημαντικά προβλήματα εργονομικών ειδικών παγκοσμίως (Hoe et al., 2012).

Ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των ΜΣΠ είναι η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις εργονομικές αρχές και η μη χρήση τους στο χώρο εργασίας. Στην πραγματικότητα, αναβαθμίζοντας τις γνώσεις των εργαζομένων επιτυγχάνουμε μείωση των ιατρικών δαπάνων, αύξηση της αποτελεσματικότητας, μείωση των απουσιών, μειώνοντας το κόστος των ΜΣΠ και αυξάνοντας τα οικονομικά οφέλη (Soroush et al., 2018).

## **Κεφάλαιο 2ο : ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ**

Δεδομένου του επιπολασμού της δυσαρέσκειας του σώματος οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι μέχρι το 90% των γυναικών και το 61% των ανδρών είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους (Gillen et al., 2018). Πιο πρόσφατα, η έρευνα για την εικόνα του σώματος επεκτάθηκε για να περιλάβει όχι μόνο τη σωματική δυσαρέσκεια ή ακόμα και την ικανοποίηση του σώματος, αλλά και τη «θετική εικόνα του σώματος» (Daniels et al., 2018).

### **2.1 Θετική στάση σώματος**

Η θετική εικόνα του σώματος χαρακτηρίζεται από εκτίμηση σώματος, εστίαση στη λειτουργικότητα και απόρριψη της πολιτιστικής έμφασης στην αισθητική του σώματος (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

Τα άτομα με θετική εικόνα του σώματος εστιάζουν στη φυσική τους περιουσία ενώ ελαχιστοποιούν την προσοχή στις αντιληπτές ατέλειές τους (Wood-Barcalow et al., 2010). Αυτή η επέκταση της εικόνας του σώματος μπορεί να συνεπάγεται - τόσο θετικές όσο και αρνητικές εννοιολογικές σκέψεις του σώματος, ό,τι θέλουν οι άνθρωποι και ό,τι θέλουν να αλλάξουν για στο σώμα τους, οδήγησε σε αύξηση της έρευνας σε διάφορες υποομάδες. Πλέον η προώθηση της θετικής εικόνας του σώματος απαιτεί την κατανόηση των μοναδικών σχετικών υποομάδων που κάνουν αίσθηση θετικά για το σώμα τους (Holmqvist Gattario & Frisen, 2019).

Μερικές έρευνες υποδεικνύουν ότι τα άτομα που διατηρούν μια σχετικά θετική σωματική εικόνα παρουσιάζουν μια αποδοχή των αντιληπτών φυσικών ατελειών τους. Επιπλέον, εστιάζουν στη λειτουργικότητα του σώματός τους και πραγματικά απολαμβάνουν σωματική δραστηριότητα.

Σε μια άλλη μελέτη, τα άτομα με υψηλή θετική εικόνα του σώματος ήταν επίσης σε θέση να απορρίψουν τα δυσμενή σχόλια των άλλων για τη φυσική τους εμφάνιση (Frisen & Holmqvist Gattario, 2010).

Φαίνεται, στον πυρήνα του, ότι η ενσωμάτωση της θετικής εικόνας του σώματος σημαίνει να αποδίδει λιγότερη αξία στη φυσική εμφάνιση και περισσότερο στην σωματική ικανότητα.

*Στην παρούσα μελέτη διερωτώμαστε εάν τα άτομα που αντιμετωπίζουν μυοσκελετικές δυσλειτουργίες είναι ικανά να βιώσουν θετική εικόνα του σώματος όταν είναι λιγότερο σωματικά "ικανά" ή όταν ο πόνος παρεμβαίνει στην εμπειρία τους από το σώμα τους; Με άλλα λόγια, είναι δυνατή η θετική εικόνα του σώματος όταν τα άτομα βιώνουν κάτι που αντιλαμβάνονται ότι είναι "λάθος" με το σώμα τους;*

Έχουμε καθοδηγηθεί από την αναπτυξιακή θεωρία της ενσωμάτωσης, όπου η εστίασή της αφορά στη σύνδεση του σώματος και της άνεσης (σε σχέση με την αποσύνδεση του σώματος και την ταλαιπωρία) (Piran, 2016).

Στη συζήτησή τους σχετικά με την θετική εικόνα του σώματος, οι Webb et al. (2015) προειδοποίησαν ότι είναι σημαντικό να αποφεύγουμε να θεωρούμε την λειτουργικότητα του σώματος ως αποκλειστικά φυσική ικανότητα. Αυτή η προοπτική θα καθιστούσε τη λειτουργικότητα του σώματος ως διακριτική δομή που θα μπορούσε να εφαρμοστεί μόνο σε ικανούς ανθρώπους. Επιπλέον, η λειτουργικότητα αναφέρεται όχι μόνο στις σωματικές ικανότητες και τον αθλητισμό, αλλά και στις αυτόνομες σωματικές λειτουργίες (π.χ. πέψη), αισθήσεις, αυτο-φροντίδα (π.χ. ντους) και αλληλεπιδράσεις με άλλους (Alleva et al., 2017).

Ωστόσο, δίνοντας έμφαση στη Δυτική κουλτούρα στη φυσική εμφάνιση και την συνέπεια αυτής της έμφασης για τα κορίτσια και τις γυναίκες, κυρίως στην επιτήρηση του σώματος και την αυτο-αντικειμενοποίηση, οι θετικοί ερευνητές σωματικής εικόνας δίνουν την κατεύθυνση στο ερώτημα, «Τι είναι το σώμα σε θέση να κάνει;», από το «Πως φαίνεται το σώμα;». «Προληπτική αντίσταση» σε μια κουλτούρα επικεντρωμένη στην εμφάνιση περιγράφεται από τους ερευνητές της εικόνας του σώματος ως εναλλακτική λύση που πρέπει να ενθαρρυνθεί (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a).

## 2.2 Χρόνιος πόνος και θετική στάση σώματος

Η θετική εικόνα του σώματος μπορεί να είναι πιο δύσκολη για τα άτομα που το βρίσκουν δύσκολο να αναπτύξουν προσαρμοστικούς, ολιστικούς τρόπους για να εκτιμήσουν τη λειτουργικότητά τους λόγω των πιθανών περιορισμών που εισάγονται από τις μυοσκελετικές δυσλειτουργίες.

Σύμφωνα με τον Jolly (2011), ο χρόνιος πόνος μπορεί να αφήσει τα άτομα να αισθάνονται πιο νευρικά και άβολα λόγω όχι μόνο των φυσικών τους ορίων αλλά και της εμφάνισής τους.

Οι χρόνιες παθήσεις υγείας δεν είναι σπάνιες, εν μέρει λόγω της μεγάλης διάρκειας ζωής που είναι δυνατόν στη σύγχρονη εποχή. Εκτιμώντας ότι η οξεία ασθένεια ή η περιορισμένη διάρκεια ζωής των τραυματισμών εκτείνεται μέχρι πρόσφατα (δηλαδή τα τελευταία εκατό χρόνια περίπου, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων), πλέον πάνω από το ήμισυ (60%) του συνόλου των ενηλίκων έχει τουλάχιστον μία χρόνια κατάσταση (CDC, 2017; CDC, 2019;).

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι 20,4% (50 εκατομμύρια) ενήλικες στις ΗΠΑ παρουσιάζουν χρόνια πόνο και το 8% (19,6 εκατομμύρια) αναφέρουν ότι έχουν χρόνια πόνο υψηλής επίπτωσης ή πόνο που περιορίζεται στη ζωή και την εργασία σχεδόν καθημερινά τους τελευταίους έξι μήνες (Dahlamer et al., 2018). Ο χρόνιος πόνος δεν μπορεί να οδηγήσει μόνο σε σωματική δυσφορία, αλλά και σε ψυχολογική δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη, εξάρτηση από οπιοειδή, αναπηρία και μειωμένη ποιότητα ζωής (Bushnell et al., 2015).

Σύμφωνα με τους Dahlamer et al. (2018) ο χρόνιος πόνος είναι συνυφασμένος με πολλές καταστάσεις υγείας, αλλά θεωρείται επίσης ως μια ανησυχία για την υγεία από μόνη της που μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπιστεί επιπρόσθετα στη θεραπεία οποιωνδήποτε υποκείμενων χρόνιων παθήσεων. Έτσι, φαίνεται ότι πολλοί άνθρωποι μπορεί να επηρεαστούν από αυτό το πιθανό εμπόδιο στην εννοιολογική θεώρηση του σώματός τους, θα αναγκαστούν να βρουν τρόπους ελέγχου, διαχείρισης ή / και αποδοχής των προβλημάτων τους.

Οι Tylka & Wood-Barcalow, (2015a) έχουν επίσης προτείνει ότι οι προσεκτικές προσεγγίσεις στην εικόνα του σώματος μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση της ευελιξίας στις σκέψεις για το σώμα και οι απειλές για την εικόνα του σώματος θεωρούνται χρονικά περιορισμένες και αληθείς με απόλυτη έννοια.

Ο Piran (2017) πρότεινε ότι η ενσωμάτωση είναι ένα θεωρητικό πλαίσιο χωρίς αποκλεισμούς που επιτρέπει τόσο την αρνητική όσο και τη θετική εμπειρία εικόνας του σώματος. Η ενσωμάτωση θεωρείται ότι περιλαμβάνει τις εμπειρίες του σώματος που έζησαν, οι οποίες θα περιλάμβαναν εμπειρίες από πόνο και αναπηρία. Υποθέτουμε ότι αυτές οι εμπειρίες που έζησαν συμβάλλουν στη διαμόρφωση σκέψεων, συναισθημάτων και αντιλήψεων για την εικόνα του σώματος. Περαιτέρω, περιγράφει τη σημασία του αισθήματος που συνδέεται με το σώμα μας και την προβολή του ως "είτε άνετων είτε προβληματικών χώρων από τους οποίους να ασχοληθούμε με τον κόσμο" (σ. 48) (Piran, 2016).

Φαίνεται πιθανό ότι ο χρόνιος πόνος θα μπορούσε να κάνει το σώμα δυσάρεστο και προβληματικό και να εμποδίσει τη θετική εικόνα του σώματος. Περαιτέρω, δεδομένης της αλληλεπικαλυπτόμενης θεωρητικής και εμπειρικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη δυνητική σημασία της αυτοαποδοχής και της ευαισθησίας στην αντιμετώπιση του πόνου, ένας στόχος αυτής της έρευνας είναι η κατανόηση της αποδοχής του χρόνιου πόνου - όχι μόνο του ελέγχου ή της διαχείρισης του - ως προγνωστικού για την εικόνα του σώματος .

Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του πόνου και της εικόνας του σώματος, όπως η μείωση της ικανοποίησης του σώματος των γυναικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας για γυναικολογικό καρκίνο (Ferguson et al., 2012). Μια άλλη μελέτη βρήκε μια σχέση μεταξύ της νεφρικής ανεπάρκειας, της αιμοκάθαρσης και της δυσαρέσκειας του σώματος (Öyekcin et al., 2012). Η ενδομητρίωση έχει συσχετιστεί με δυσαρέσκεια του σώματος (Melis et al., 2015) και ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας έχει εξετάσει αυξήσεις της σωματικής δυσαρέσκειας (αλλά όχι θετικής εικόνας του σώματος) μεταξύ των ατόμων με καρκίνο του μαστού (Lewis-Smith et al., 2018). Μια ποιοτική μελέτη αποκάλυψε δεσμούς μεταξύ ανησυχιών εμφάνισης, συμπτωμάτων και παρενεργειών θεραπείας μεταξύ ατόμων με συστηματικό ερυθριματώδη λύκο (Hale et al., 2006). Οι περισσότερες από αυτές τις παθήσεις περιλαμβάνουν κάποια εμπειρία πόνου, αν και ο



πόνος δεν είναι κατ' ανάγκη η κύρια διάγνωση. Μερικές από αυτές τις έρευνες υποδεικνύουν ότι ο πόνος έχει ως αποτέλεσμα διαστρεβλωμένες σωματικές αντιλήψεις (Senkowski & Heinz, 2016) ή σωματική δυσαρέσκεια, ενώ κάποιες υποδηλώνουν ότι η δυσαρέσκεια του σώματος προβλέπει τις εμπειρίες του πόνου (Rzeszute et al., 2016).

Ωστόσο, η αναπτυξιακή θεωρία της ενσωμάτωσης θα έδειχνε ότι οι βιωμένες εμπειρίες των ατόμων (δηλαδή, με πόνο) θα προέβλεπαν την εικόνα του σώματος τους. Πολύ λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη θετική εικόνα του σώματος στο πλαίσιο του χρόνιου πόνου. Ωστόσο, μία πρόσφατη μελέτη παρέμβασης που αποσκοπούσε στη βελτίωση της εικόνας του σώματος (συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της λειτουργικότητας και της εκτίμησης του σώματος) μεταξύ των γυναικών με ρευματοειδή αρθρίτιδα αποκάλυψε πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα. Η ενθάρρυνση μιας ολιστικής εστίασης στη λειτουργικότητα του σώματος (δηλαδή σε σχέση με τους διάφορους τομείς της λειτουργικότητας του σώματος και τι μπορούσε να κάνει το σώμα παρά τα συμπτώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας) βελτίωσε όχι μόνο την εικόνα του σώματος αλλά και τη μείωση της κατάθλιψης μεταξύ αυτών των συμμετεχόντων (Alleava et al., 2018).

Το φύλο θεωρείται σε αυτή τη μελέτη, δεδομένης της έρευνας που δείχνει ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην δυσαρέσκεια του σώματος από τους άνδρες (Gillen & Markey, 2015). Επιπλέον, οι εμπειρίες ανδρικού και γυναικείου πόνου συζητήθηκαν πρόσφατα ως μοναδικές, με τις γυναίκες να είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο (και επίσης λιγότερο πιθανό να λάβουν υγειονομική περίθαλψη που περιλαμβάνει την κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου (Keogh et al., 2005). Παρόλο που αναμένουμε ότι οι εμπειρίες της ενσωμάτωσης, συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών του πόνου, θα συσχετιστούν με την εικόνα του σώματος τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, φαίνεται πιθανό ότι οι γυναίκες, οι οποίες μπορεί να έχουν μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια και μεγαλύτερη ευαισθησία στον πόνο, μπορεί να διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο. Με άλλα λόγια, η ευαισθησία των γυναικών στον πόνο μπορεί να τους κάνει πιο ευάλωτους από τους άνδρες σε αρνητικές αξιολογήσεις του σώματός τους.

## **Κεφάλαιο 3ο : ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ**

Το άγχος συμβάλλει σε προβλήματα υγείας σε όλο τον κόσμο. Η παρουσία του είναι αισθητή στο σπίτι, στο γραφείο, στη βιομηχανία και στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Είναι ένα κοινό στοιχείο στη ζωή ανεξάρτητα από τη φυλή ή το πολιτισμικό υπόβαθρο. Οι συναισθηματικοί και φυσικοί τρόποι με τους οποίους ανταποκρινόμαστε στην πίεση μπορεί να προκαλέσουν ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Οι επιδράσεις του στρες ποικίλλουν ανάλογα με τους τρόπους με τους οποίους αξιολογείται και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που διαφέρουν μεταξύ των ατόμων επηρεάζονται από τα εθνικά, πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (Al-Ayadhi, 2005). Έτσι, δεν υπάρχει καθολικός ορισμός του στρες.

### **3.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων**

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι μια διαδικασία με την οποία τα άτομα ελέγχουν τα ζητήματα που προκύπτουν από το άγχος και ενθουσιασμό και γενικά την αντιμετώπιση των γνωστικών και τις προσπάθειες συμπεριφοράς για την πρόληψη, τη διαχείριση και τη μείωση το επίπεδο του στρες. Με βάση την ψυχολογική θεωρίες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του στρες και, κατά συνέπεια, του γενικού την υγεία των ατόμων (Frydenberg & Lewis, 1996).

Οι Endler και Parker (1990) πρότειναν τρεις τύπους προσανατολισμένους στο πρόβλημα, επικεντρώνοντας στις συγκινήσεις, και αποφεύγοντας στρατηγικές αντιμετώπισης. Σε προβλήματα προσανατολισμού στρατηγική αντιμετώπισης, δίδεται έμφαση στην πρόβλημα. Όσον αφορά τη στρατηγική αυτή, τα άτομα συγκεντρώνουν τις πληροφορίες σχετικά με τα αγχωτικά περιστατικά που είχαν και προετοίμασαν σχέδιο αξιολογώντας τους διαθέσιμους πόρους τους. Σε συναισθηματικά εστιασμένη στρατηγική αντιμετώπισης, η έμφαση είναι τοποθετημένη στον έλεγχο συγκίνησης και συναισθηματική απαντήσεις. Όσον αφορά τη στρατηγική αυτή, τα άτομα αντιμετωπίζουν το άγχος μέσω συναισθηματικών πράξεων, κλάμα, ουρλιάζοντας και θυμώντας (επίθεση). Στη στρατηγική αποφυγής, τα άτομα προσπαθούν να ξεφύγουν από την αγχωτική κατάσταση και να ξεφύγουν και να αποφύγουν αυτή την

κατάσταση μέσω της απομάκρυνσης μακριά από το πρόβλημα και προσπαθούν να λάβουν συναισθηματικές υποστηρίξεις.

Οι Endler and Parker (1990) υποστηρίζουν επίσης, ότι η χρήση ακατάλληλων στρατηγικών στην αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να αυξήσει τα προβλήματα, ενώ η εφαρμογή μιας κατάλληλης στρατηγικής αντιμετώπισης μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα.

Παρόλο που δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός της αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, έχει γενικά οριστεί ως «οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες για τη διαχείριση συγκεκριμένων εξωτερικών ή εσωτερικών απαιτήσεων (και συγκρούσεων μεταξύ αυτών) που εκτιμώνται ότι κατανέμουν τους πόρους ενός προσώπου» (Lazarus, 1991).

Μια κλασική διμερής ταξινόμηση που προτείνεται από τους Lazarus & Folkman (1984) τις διακρίνει μεταξύ αντιμετώπισης προβλημάτων και συναισθηματικής εστίασης. Το πρώτο είναι το πρόβλημα που επικεντρώνεται στο ότι η σχέση πρόσωπου-περιβάλλοντος μεταβάλλεται. Το τελευταίο αποτελείται κυρίως από γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης που δεν το κάνουν να αλλάζει άμεσα την κατάσταση, αλλά επιτρέπουν την ανάθεση νέου νοήματος, ρυθμίζοντας έτσι τα συναισθήματα που σχετίζονται με το αγχωτικό γεγονός.

Ο Amirkhan (1990) βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό στην κλασική προσέγγιση των Lazarus & Folkman (1984), όπου προσπάθησε να διερευνήσει τις βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται και την ανάπτυξη τυποποιημένων αξιολογήσεων αντιμετώπισης. Ένα απ' αυτά μέτρα, αποτελεί ο δείκτης στρατηγικής αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (CSI), ο οποίος διακρίνεται από τον συνδυασμό τόσο των επαγωγικών όσο και των αφαιρετικών μεθοδολογιών που χαρακτηρίζουν την ανάπτυξή του. Οι καθαρά αφαιρετικές προσεγγίσεις βασίζονται κυρίως στην έλλειψη εμπειρικής υποστήριξης, ενώ αποκλειστικά οι επαγωγικές προσεγγίσεις είναι περιορισμένες όσον αφορά τη γενικευσιμότητα και τη συμβολή τους στην βασική κατανόηση των διαδικασιών αντιμετώπισης (Emirhan, 1990).

Μέσω της προοδευτικής βελτίωσης της συγκέντρωσης στοιχείου στρατηγικής αντιμετώπισης σε πολλαπλά δείγματα και ετερογενής πληθυσμούς, ο Amirhan (1990) προσπάθησε να παράγει επαγωγικά ένα όργανο που είχε σημαντική γενικευσιμότητα

σε όλους τους πληθυσμούς. Το ερωτηματολόγιο μετρά τρεις στρατηγικές αντιμετώπισης τους άγχους (την *επίλυση προβλήματος*, την *αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης* και την *αποφυγή*). Η συγκεκριμένη δομή είναι ελκυστική, καθώς αντιστοιχεί στις πιο βασικές ανθρώπινες αντιδράσεις.

*Η επίλυση προβλημάτων*, μια στρατηγική άμεσης επίθεσης, είναι παράγωγο πρωτόγονων τάσεων «φυγής», και περιλαμβάνει μια οργανική, προσανατολισμένη στο πρόβλημα προσέγγιση για την ενεργό διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων.

*Η κοινωνική υποστήριξη* σχετίζεται με τη βασική ανθρώπινη ανάγκη για ανθρώπινη επαφή σε περιόδους πίεσης και είναι ανθρώπινη, μέσω μιας διαδικασίας ενεργητικής στροφής προς τους άλλους για άνεση, βοήθεια και συμβουλές.

*Η αποφυγή* περιλαμβάνει αποκρίσεις διαφυγής, φαίνεται παράγωγο των τάσεων «φυγής» που περιλαμβάνουν φυσική και /ή ψυχολογική απόσυρση, για παράδειγμα, μέσω της αποστροφή ή της φαντασία.

### **3.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης στις μυοσκελετικές παθήσεις**

Σύμφωνα με τους Folkman & Greer (2000), και Sharpe & Curran (2006), η αντιμετώπιση αναφέρεται στις γνωστικές και συμπεριφορικές προσαρμογές που κάνει το άτομο να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί τους άγχους της ζωής.

Παρά την αντιμετώπιση που θεωρείται προσωπικό όφελος, το άτομο μπορεί επίσης να αναπτύξει συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων, όπως τα συμπτώματα της νόσου, οι λειτουργικοί περιορισμοί, οι ψυχολογικές επιπτώσεις και το χαμηλό επίπεδο ευεξίας (Stanton et al., 2007).

Αν και το φάσμα της αντιμετώπισης εκτείνεται από την παθητική αποφυγή, στη δραστική θετική προσαρμογή, ο τρόπος αντιμετώπισης χρόνιων ασθενειών περιλαμβάνει προσωπικά εξαρτήματα, τη φύση, τη στρεσογόνο κατάσταση και τις κοινωνικοπολιτισμικές εκφάνσεις (Góngora, 2000; WHO, 2003).

Οι πεποιθήσεις του ασθενούς και η αντίληψη της ασθένειας επηρεάζουν την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης. Αν και η αντιμετώπιση είναι ένα μεμονωμένο γνώρισμα, μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου και στην πραγματικότητα, τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν συγκεκριμένες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένους παράγοντες πίεσης. Η επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης χαρακτηρίζεται συνήθως ως ενεργή ή ευνοϊκή και παθητική ή δυσμενή. Από αυτές, οι στρατηγικές «παθητική αποφυγή» και «ενεργητική θετική» κυριαρχούν σε ασθενείς με αγχωτικές, χρόνιες ασθένειες. η πρώτη σχετίζεται επίσης με ασθένειες με τα χειρότερα αποτελέσματα υγείας (Stanton et al., 2007; Boonen, 2010).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA), η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (AS) και η ουρική αρθρίτιδα είναι επώδυνες και χρόνιες παθήσεις που μπορεί να επηρεάσουν βαθιά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των συγγενών τους (WHO, 2003). Έχει μελετηθεί ο ρόλος της αντιμετώπισης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Englbrecht et al., 2012; Englbrecht et al., 2013) καθώς και σε ασθενείς με ουρική αρθρίτιδα (Boonen et al., 2004) και άλλες ρευματικές ασθένειες (Kashikar-Zuck et al., 2013).

Σε γενικές γραμμές, οι στρατηγικές αρνητικής συναισθηματικής αντιμετώπισης (παθητική / αποφυγή) είναι παράγοντες κινδύνου για κακές προσαρμογές σε χρόνιες παθήσεις και κακή έκβαση μεταβλητών όπως η ποιότητα ζωής, ο πόνος, η προσκόλληση στη θεραπεία και οι επικίνδυνες συμπεριφορές (Góngora, 2000; WHO, 2003).

Ωστόσο, είναι ακόμα άγνωστο αν ο τρόπος με τον οποίο ένα συγκεκριμένο πρόσωπο αντιμετωπίζει το άγχος για την υγεία, με παρόμοιο τρόπο θα αντιμετωπίζει την καθημερινή ζωή. Παρομοίως, δεν γνωρίζουμε εάν οι στρατηγικές αντιμετώπισης διαφέρουν σε όλες τις ασθένειες και αν αυτές οι διακυμάνσεις προκύπτουν από διαφορές του άγχους που σχετίζονται με τη νόσο ή με διαφορές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Góngora, 2000; WHO, 2003).

Δεδομένου ότι το πολιτιστικό υπόβαθρο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση, η μελέτη διαφόρων πληθυσμών θα μπορούσε να ρίξει φως στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι τον πόνο της υγείας και της καθημερινότητας. Με βάση αυτές τις πληροφορίες, υποθέτουμε ότι, ανάλογα με την ασθένεια, τα συστατικά της ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και προσωπικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, ο τρόπος αντιμετώπισης της υγείας από τους

ανθρώπους διαφέρει από την αντιμετώπιση των καθημερινών στρεσογόνων παραγόντων. Επιπλέον, υποθέτουμε ότι οι στρατηγικές αποφυγής και συναισθηματικής / αρνητικής αντιμετώπισης συνδέονται με την κακή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ενώ οι στρατηγικές επαναπροσδιορισμού και αποφυγής δεν επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία .

## **΄Β ΜΕΡΟΣ: Ειδικό Μέρος**

### **Κεφάλαιο 4ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **4.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης**

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει την επιδράση των μυοσκελετικών δυσλειτουργιών στην καθημερινή ζωή, καθώς και στην ψυχική υγεία των ασθενών. Η παρούσα διερεύνηση αποσκοπεί στην καταγραφή των παραγόντων, καθώς επίσης και στην εξεύρεση λύσεων και τρόπων για βέλτιωση της ψυχικής υγείας και της καθημερινής πρακτικής, των πάσχοντων από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Να καταγράψει. πως τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα επηρεάζουν την ύπαρξη ή μη ψυχικού προβλήματος .
- Να καταστούν φανερές οι συνδέσεις μεταξύ χαμηλής σωματικής εκτίμησης και επιλογής στρατηγικής αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης.
- Να αποτυπώσει πως τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν την στρατηγική αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης που προκαλείται από τα μυοσκελετικά προβλήματα.
- Να αναδείξει πως τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν τον δείκτη σωματικής εκτίμησης.
- Να ελεγχεί αν ο δείκτης ψυχικής υγείας επηρεάζεται από την σωματική εκτίμηση ή την επιλογή στρατηγικής αντιμετώπισης του μυοσκελετικού προβλήματος.

#### **4.2 Ηθικά Θέματα**

Στα πλαίσια του δικαιώματος των συμμετεχόντων για πλήρη διαφάνεια η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες για τη φύση, τη διάρκεια, το σκοπό, τις μεθόδους και την χρήση των ευρημάτων της μελέτης. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν

αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της μελέτης. Επίσης, οι συμμετέχοντες θα έχουν τη δυνατότητα, εφόσον το επιθυμούν, να λάβουν γνώση των πορισμάτων της έρευνας. Όλα τα παραπάνω μπορούν να ρυθμιστούν και με την υπογραφή ειδικού παραχωρητηρίου (Cohen et al., 2005).

## **4.3 Υλικό και μέθοδος**

### **4.3.1 Σχεδιασμός της μελέτης**

Σύμφωνα με τον ερευνητικό σχεδιασμό, η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ήταν η μέθοδος της περιγραφικής μελέτης. Ο λόγος που επιλέχθηκε η μέθοδος αυτή αφορά τη φύση του σκοπού και των επιμέρους στόχων της παρούσας μελέτης, καθώς αποσκοπεί στη διερεύνηση περιγραφικών δεδομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Στις περιγραφικές μελέτες είναι δυνατή η περιγραφή διαφόρων μεταβλητών, η σύγκριση ομάδων υποκειμένων καθώς και η συσχέτιση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές (Κατσής και συν., 2011).

Συγκεκριμένα, η περιγραφική αυτή μελέτη ακολούθησε τη μεθοδολογία της *μελέτης συσχέτισεως*. Οι μελέτες συσχέτισεως αφορούν αλληλοσχετιζόμενες μεταβλητές, παρατηρώντας πως η αλλαγή μιας μεταβλητής σχετίζεται με την αλλαγή στην άλλη μεταβλητή (Σαχίνη- Καρδάση, 2007). Οι μελέτες συσχέτισεως διεξάγονται με συγχρονική επισκόπηση (cross-sectional survey) ή διαχρονική επισκόπηση (longitudinal survey) επισκόπηση. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος της συγχρονικής μελέτης καθώς με τον τρόπο αυτόν τα δεδομένα συλλέγονται σε διάφορα στάδια, τον ίδιο χρόνο και εκλαμβάνονται ότι αντιπροσωπεύουν σημεία του χρόνου. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι η συλλογή των δεδομένων αυτών πραγματοποιείται σε μια μόνο χρονική στιγμή χωρίς να περιλαμβάνει ξεχωριστές δειγματοληψίες αλλά μία μόνο δειγματοληψία για όλο τον πληθυσμό.

### **4.3.2 Χώρος διεξαγωγής της μελέτης**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα ιδιωτικό εργαστήριο φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, αφού προηγουμένως ζητήθηκε η σχετική άδεια από την επιστημονική υπεύθυνη.



### 4.3.3 Δείγμα μελέτης

Ένα από τα πρωτεύοντα ζητήματα σε μια ερευνητική διαδικασία είναι η πρόσβαση στο δείγμα, καθώς και το μέγεθος αυτού (Cohen et al., 2005). Η πρόσβαση στο δείγμα διασφαλίστηκε με αίτημα της ερευνήτριας στην επιστημονική υπεύθυνη του ιατρείου αποκατάστασης. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς του ιδιωτικού ιατρείου. Το δείγμα της μελέτης αυτής επελέγη τυχαία και αποτελείται από τους ασθενείς που βρίσκονται στο χώρο. Συνολικά προσεγγιστηκαν 200 άτομα, στους οποίους μοιραστηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. . Από αυτά, επιστράφηκαν τα 183, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης ήταν 91,5%.

### 4.3.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική προσέγγιση με τη διανομή ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε χορηγήθηκε

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε ενότητες.

*1<sup>η</sup> ενότητα:* αφορά τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα, φροντιστής).

*2<sup>η</sup> ενότητα:* αφορά το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire - GHQ-28) (Goldberg, 1978), πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο διαιρείται σε τέσσερις υποκλίμακες: α) Σωματικά Συμπτώματα, β) Άγχος/Αϋπνια, γ) Κοινωνική δυσλειτουργία δ) Σοβαρή κατάθλιψη, έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Garyfallos et al. (1991). Για στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δυαδική μέθοδος βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου.

*3<sup>η</sup> ενότητα:* αφορά το Ερωτηματολόγιο Σωματικής Εκτίμησης (The Body Appreciation Scale-BAS) (Avalos et al., 2005). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τέσσερις διαστάσεις της θετικής εικόνας σώματος: α) ευνοϊκές απόψεις για το σώμα, β) αποδοχή του σώματος παρά τις ατέλειές του, γ) σεβασμός για το σώμα ιδιαίτερα σε σχέση με τις ανάγκες του και δ) προστασία του σώματος συμπεριλαμβανομένης της απόρριψης των μη ρεαλιστικών προτύπων. Οι 13 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου βαθμολογούνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=συχνά, 5=πάντα). Αντιστρέφεται η ερώτηση 12, η οποία είναι ειδική ως προς το

φύλο και υπάρχει διαφορετική ερώτηση για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Στη συνέχεια εξάγεται ο μέσος όρος των 13 ερωτήσεων. Τα υψηλότερα σκορ υποδηλώνουν μεγαλύτερη σωματική εκτίμηση (Alexias et al., 2016).

*4<sup>η</sup> ενότητα:* αφορά το ερωτηματολόγιο που μετρά τον Δείκτη Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (Coping Strategy Indicator). Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 33 ερωτήσεις και τρεις διαστάσεις των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (Επίλυση προβλήματος, Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, Αποφυγή) (Amirkhan J.H., 1990). Η ελληνική εκδοχή αποτελείται από 31 ερωτήσεις και τέσσερις διαστάσεις των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων, οι δύο πρώτοι είναι οι ίδιοι με την πρωτότυπη στάθμιση, ενώ οι δύο επόμενοι προέκυψαν από την διχοτόμηση της υποκλίμακας αποφυγής, σε «αποφυγή (απόσπαση προσοχής)» και «αποφυγή (απόσυρση/ευχολογία/ονειροπόληση)» (Togas & Alexias, 2018). Οι υποκλιμάκες καθώς και οι ερωτήσεις που απαρτίζουν την κάθε μία από αυτές έχουν ως εξής:

- A. Επίλυση προβλήματος (Problem Solving): ερωτήσεις 2,3,6,7,9,13,14,15,18,27,31.
- B. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Seeking Social Support): ερωτήσεις 1,4,5,10,12,17,21,22,23,29,30.
- Γ. Αποφυγή (απόσπαση προσοχής) (Avoidance-Distraction): ερωτήσεις 16,19,20,24,26.
- Δ. Αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) (Avoidance-Withdrawal): ερωτήσεις 8,11,25,28.

#### **4.3.5 Διαδικασία και Μέθοδοι συλλογής δεδομένων**

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο αυτοαναφοράς και συγκεκριμένα με τη χρήση του ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου. Συμμετείχαν ασθενείς οι οποίοι προσέρχονταν στο χώρο του φυσιατρείου και κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Υπογραμμίζεται ότι πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες, ενημερώνονταν πλήρως από την ερευνήτρια για το ύφος και το περιεχόμενο της μελέτης και σημειώνεται ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν άμεση, η συμμετοχή στη μελέτη εθελοντική και δεν επιβλήθηκε σε κανέναν συμμετέχοντα.

Ακόμη, έγινε προσπάθεια από την ερευνήτρια, ώστε να αποφευχθεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για δεύτερη φορά από τον ίδιο συμμετέχοντα.

Η τεχνική της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της πιθανότητας και συγκεκριμένα της *απλής τυχαίας*.

### **3.3.6 Στατιστική Ανάλυση-Διαχείριση Δεδομένων**

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Προηγήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων με τη βοήθεια του στατιστικού κριτηρίου Cronbach alpha. Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών με το κριτήριο των Kolmogorov-Smirnov. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I (ή αλλιώς σφάλμα απόρριψης (rejection error) συμβαίνει όταν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, ενώ είναι αληθής. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman.

Να επισημάνουμε ότι για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες για την συγκεντρωτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, καθώς και διαγραμματικές απεικονίσεις με σκοπό την οπτικοποίηση των αποτελεσμάτων. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24.0.

#### **4.4 Περιορισμοί της μελέτης**

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει περιορισμούς που κρίνεται ηθικό και σκόπιμο να αναφερθούν:

1. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό φουσιατρείο για λόγους περιορισμένου χρονοδιαγράμματος.
2. Το δείγμα που επιλέχθηκε παρουσιάζει περιορισμό και σε μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επιλεχθεί μεγαλύτερο ή και διαφορετικό δείγμα για την τεκμηρίωση της υπόθεσης της παρούσας μελέτης.

## Κεφάλαιο 5ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά προσεγγίστηκαν 200 άτομα τα οποία προσήλθαν στο εργαστήριο φυσικής ιατρικής & αποκατάστασης είτε προς εξέταση, είτε προς αποκατάσταση, όπου μοιράστηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Από αυτά, επιστράφηκαν τα 183, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης ήταν 91,5%. Παρόλαυτα κατά την ανάλυση των ερωτηματολογίων διαπιστώθηκε ότι όχτω ερωτηματολόγια ήταν ημισυμπληρωμένα κάτι που θα οδηγούσε σε αλλοίωση του αποτελέσματος και γι αυτό απορρίφθηκαν. Το τελικό δείγμα αποτελείται από 175 άτομα

### 5.1 Δημογραφικά στοιχεία

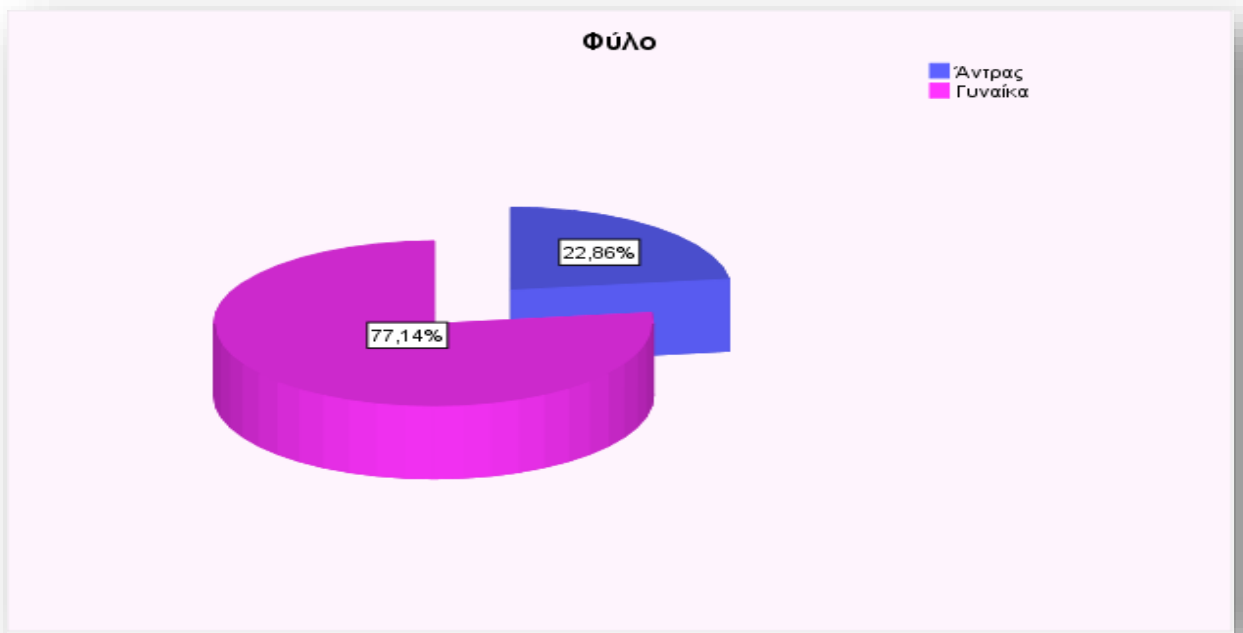
Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων (N=175), προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος μας αποτελείται από γυναίκες με ποσοστό 77,1% (N=135), η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 52,4 έτη (SD  $\pm$ 14,66). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι Λυκείου/IEK με ποσοστό 45,7% (N=80), ενώ δύο στους 10 δηλώνουν απόφοιτοι ΑΕΙ. Σε ότι αφορά το επάγγελμα των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία δήλωσε «Άλλο» με ποσοστό 31,4% (N=55) και ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 22,9% (N=40). Το 58,3% (N=102) των συμμετεχόντων δηλώνουν έγγαμοι. Σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα, τρεις στους δέκα αναφέρουν ως μηνιαίο εισόδημα 0-500€, ενώ η πλειοψηφία ανήκει στην κατηγορία των 501€-1.000€ με ποσοστό 34,9% (N=61). Το 73,7% (N=129) αναφέρει ότι τα καταφέρνει μόνος/η σχετικά με την μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζει. Τέλος, η κυριότερη μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζει η πλειοψηφία των ερωτώμενων αφορά την σπονδυλική στήλη με ποσοστό 58,9% (N=103). Στον Πίνακα 1,2, δίνονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και ακολουθούν τα αντίστοιχα διαγράμματα.

<i>Δημογραφικά Στοιχεία</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Φύλο	Άντρας	40	22,9
	Γυναίκα	135	77,1
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	15	8,6
	Γυμνάσιο	15	8,6
	Λύκειο/ΙΕΚ	80	45,7
	ΤΕΙ	12	6,9
	ΑΕΙ	38	21,7
	Μεταπτυχιακό	11	6,3
	Διδακτορικό	4	2,3
Επάγγελμα	Ανεργος	24	13,7
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	40	22,9
	Δημόσιος Υπάλληλος	36	20,6
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	20	11,4
	Άλλο	55	31,4
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	41	23,4
	Έγγαμος/η	102	58,3
	Διαζευγμένος/η	19	10,9
	Χήρος/α	12	6,9
	Άλλο	1	0,6
Μηνιαίο εισόδημα	0-500€	52	29,7
	501€-1.000€	61	34,9
	1.001€-1.500€	44	25,1
	1.500€ και άνω	18	10,3
Άτομο που με βοηθά σχετικά με την μυοσκελετική δυσλειτουργία	Κανένας/Τα καταφέρνω	129	73,7
	μόνος/η		
	Σύζυγος	24	13,7
	Συγγενής	10	5,7
	Φίλος/η	5	2,9
	Επαγγελματίας φροντιστής	4	2,3
	Άλλο	3	1,7
Μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζω αφώρα	Άνω άκρα	71	40,6
	Κάτω άκρα	53	30,3
	Σπονδυλική στήλη	103	58,9

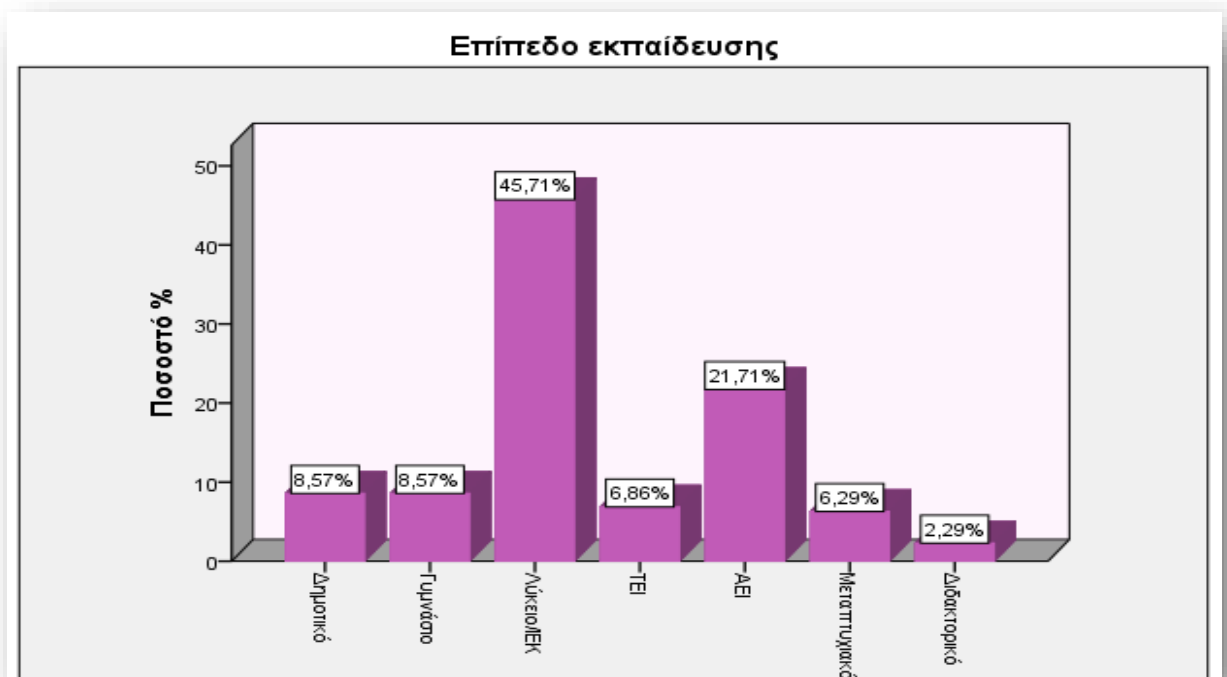
Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία

<i>Δημογραφικά Στοιχεία</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Ηλικία	52,41	±14,66

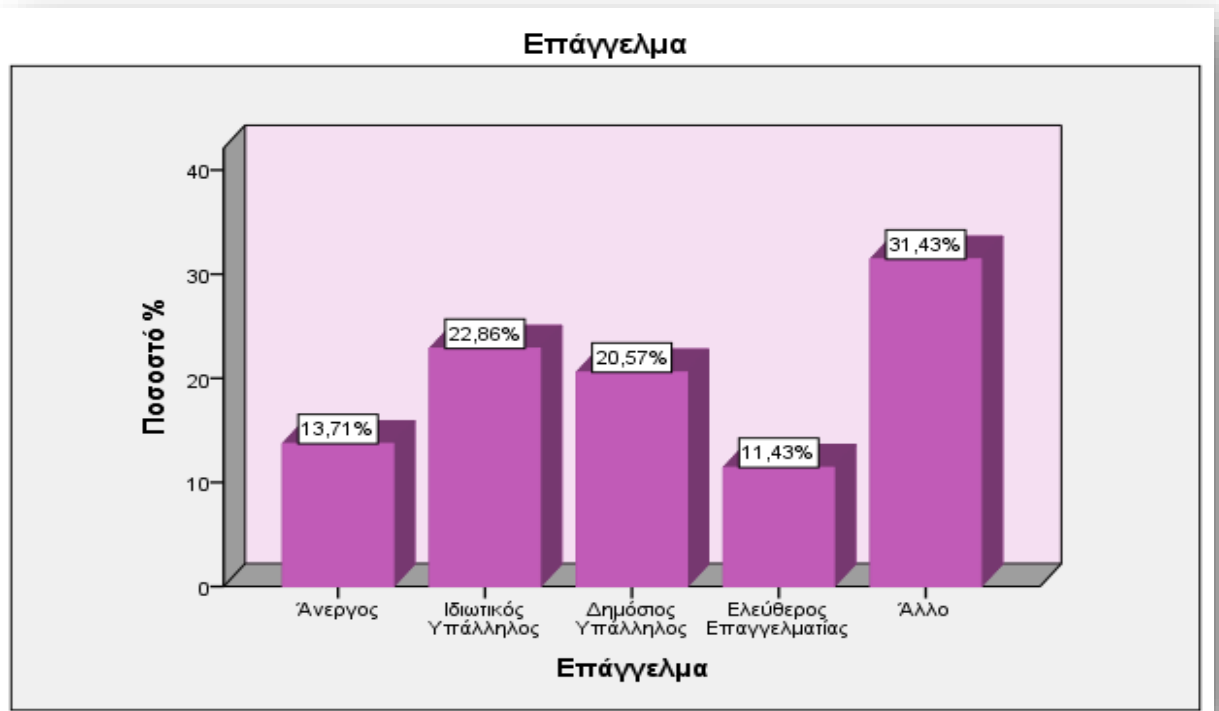
Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία



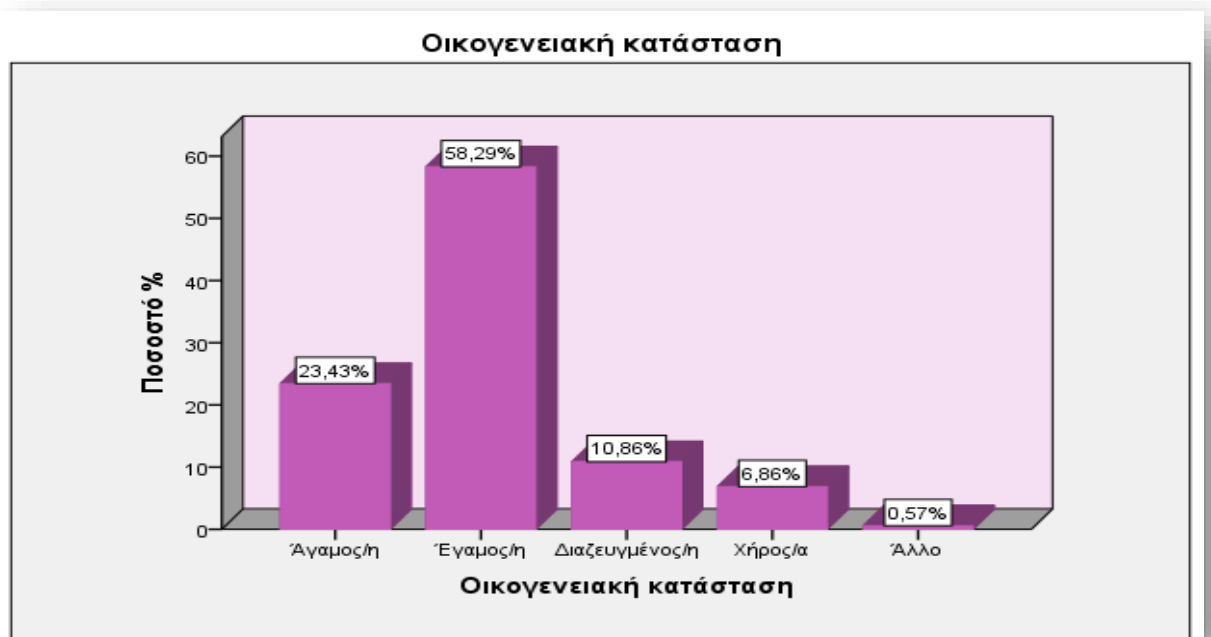
Γράφημα 1: Φύλο



Γράφημα 2: Επίπεδο εκπαίδευσης

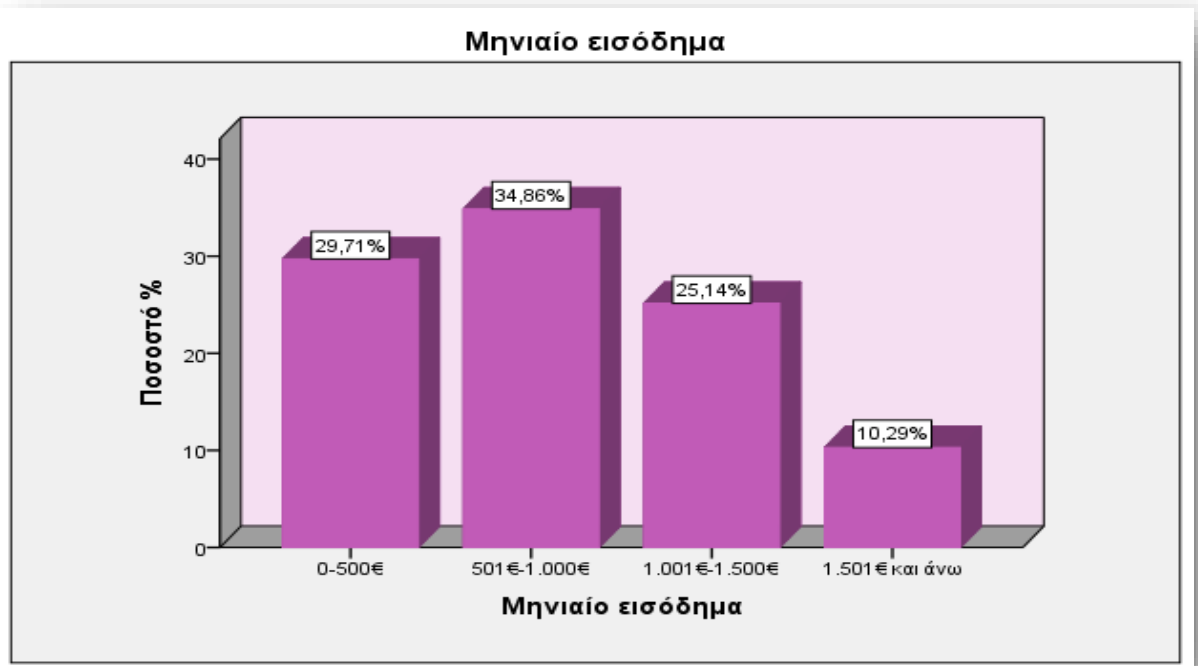


Γράφημα 3: Επάγγελμα

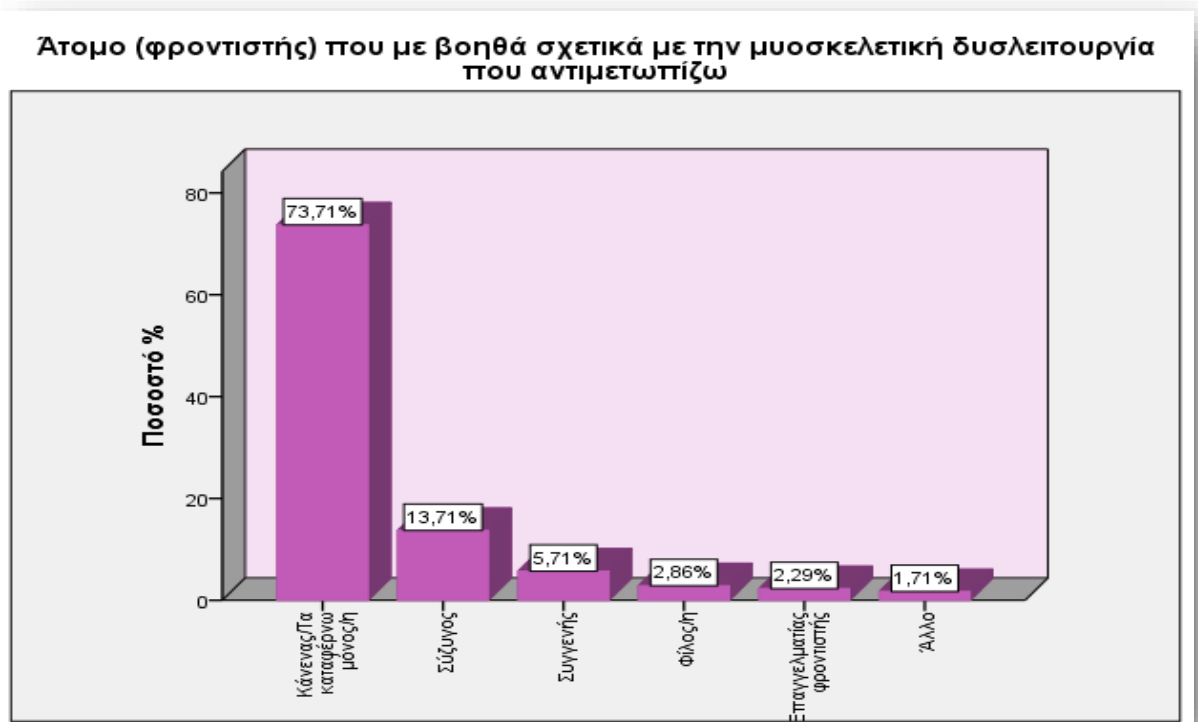


Γράφημα 4: Οικογενειακή κατάσταση



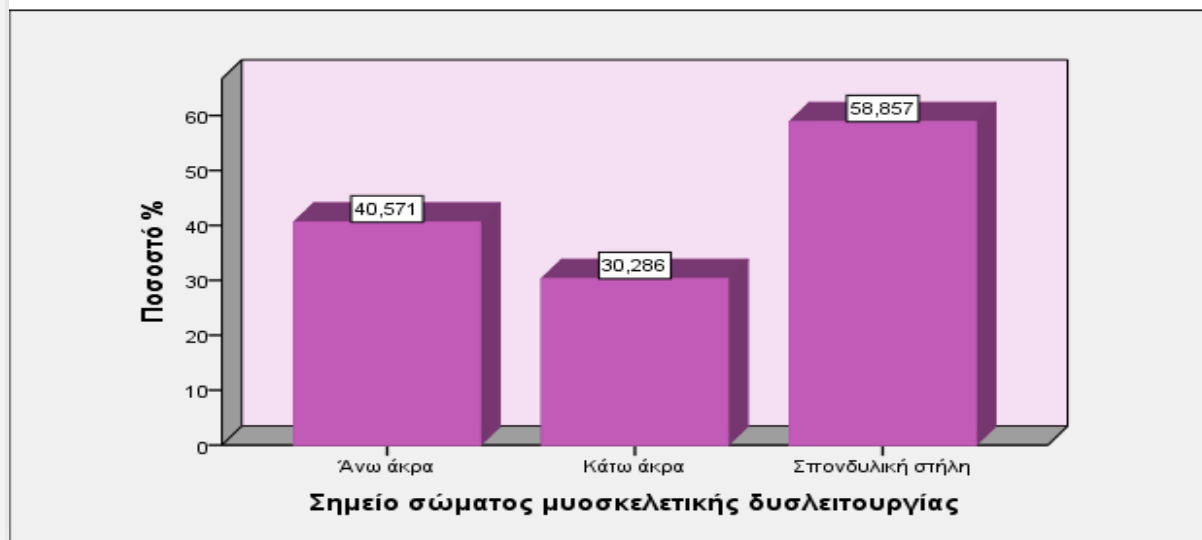


**Γράφημα 5: Μηνιαίο εισόδημα**



**Γράφημα 6: Άτομο (φροντιστής) που με βοηθά με ην μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζω**

Η μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζω αφορά:



Γράφημα 7: Σημείο σώματος που παρουσιάζεται η μυοσκελετική δυσλειτουργία

## 5.2 Ανάλυση 2<sup>ης</sup>, 3<sup>ης</sup>, 4<sup>ης</sup> ενότητας ερωτηματολογίου

Πριν ξεκινήσουμε την ανάλυση των επιμέρους ερωτηματολογίων κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στην εκτίμηση της αξιοπιστίας του συνόλου του ερωτηματολογίου. Για την μέτρηση της αξιοπιστίας χρησιμοποιούμε το άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha), όπου οι τιμές του κυμαίνονται από 0-1, για να κριθεί ένα ερωτηματολόγιο αξιόπιστο θα πρέπει οι τιμές των συντελεστών να είναι μεγαλύτερες ή ίσες του 0,70.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, υπολογίστηκε η τιμή Cronbach's alpha = 0,835 για το σύνολο των ερωτήσεων και των τριων επιμέρους ερωτηματολογίων (item 72), η παραπάνω τιμή είναι >0,70, επομένως η παρούσα τιμή παραπέμπει σε υψηλή αξιοπιστία, άρα και εσωτερική συνέπεια.

### 5.2.1 Μέτρηση γενικής υγείας-GHQ28

Πριν αναφερθούμε στα αποτελέσματα σχετικά με την ανάλυση του ερωτηματολογίου GHQ-28, υπολογίστηκε ξεχωριστά η αξιοπιστία του, μεταξύ των 28 ερωτήσεων που αποτελείται η τιμή Cronbach's alpha = 0,909 (item 28), η παρούσα τιμή παραπέμπει σε υψηλή αξιοπιστία, άρα και εσωτερική συνέπεια.

Από την ανάλυση της ενότητας που αφορά το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ-28 προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: το άγχος/αϋπνία παρουσίασε τη μεγαλύτερη μέση τιμή 1,81 με τυπική απόκλιση  $\pm 2$ , εν συνεχεία ακολουθούν τα σωματικά συμπτώματα 1,70 με τυπική απόκλιση  $\pm 2$ , η κοινωνική δυσλειτουργία με μέσο όρο 1,55 με τυπική απόκλιση  $\pm 1,99$  και τέλος η σοβαρή κατάθλιψη με μέσο όρο 0,68 με τυπική απόκλιση  $\pm 1,62$ . Η ολική μέση τιμή για το ΕΓΥ-28 είναι 5,73 με τυπική απόκλιση  $\pm 6,08$ , όπου το αποτέλεσμα αυτό είναι πάνω από το σημείο αποκοπής 4/5 δείχνει την ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος. Ακόμα, σχεδόν ένας στους δύο ερωτηθέντες φάνηκε ότι παρουσιάζει βαθμολογία  $\geq 5$  κάτι που παραπέμπει στην παρουσία ενδεχόμενης ψυχικής διαταραχής και ζητεί περαιτέρω διερεύνησης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3,4.

<i>Μέτρηση γενικής υγείας-GHQ28</i>	<i>Mean</i>	<i><math>\pm SD</math></i>
Σωματικά συμπτώματα	1,70	2,00
Άγχος /Αϋπνία	1,81	2,00
Κοινωνική δυσλειτουργία	1,55	1,99
Σοβαρή κατάθλιψη	0,68	1,62
ΕΓΥ-28	5,73	6,08

Πίνακας 3: Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας - GHQ-28-Μέση τιμή

<i>Μέτρηση γενικής υγείας-GHQ28</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Απουσία ψυχολογικού προβλήματος (GHQ-28 $\leq$ 4)	96	54,9
Παρουσία ψυχολογικού προβλήματος (GHQ-28 $\geq$ 5)	79	45,1

Πίνακας 4: Αντιστοιχία ύπαρξης ψυχολογικού προβλήματος ή μη

### 5.2.2 Δείκτης σωματικής εκτίμησης – BAS

Σχετικά με την ανάλυση του ερωτηματολογίου BAS, υπολογίστηκε ξεχωριστά η αξιοπιστία του, μεταξύ των 13 ερωτήσεων που αποτελείται η τιμή Cronbach's alpha = 0,926 (item 13), η παρούσα τιμή παραπέμπει σε υψηλή αξιοπιστία, άρα και εσωτερική συνέπεια.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου σωματικής εκτίμησης BAS, όπου υψηλότερα αθροίσματα οδηγούν σε υψηλότερη εκτίμηση και θετική στάση σώματος ο μέσος όρος του αθροίσματος που προέκυψε είναι 51,53 με τυπική απόκλιση  $\pm 10,30$ , ενώ το ανώτερο σκορ που μπορεί να σημειωθεί είναι το 65 και ο μέσος όρος σε αντιστοιχία κλίμακας likert είναι 3,96 με τυπική απόκλιση  $\pm 0,79$ , όπου αντιστοιχεί στην απάντηση «Συχνά». Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

	<i>Mean</i>	<i>±SD</i>
Ερωτηματολογιο Σωματικής Εκτίμησης BAS (άθροισμα)	51,53	10,30
Ερωτηματολογιο Σωματικής Εκτίμησης BAS	3,96	0,79

Πίνακας 5: Δείκτης Σωματικής Εκτίμησης-BAS

### 5.2.3 Δείκτης στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Πριν την ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου δείκτη στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, υπολογίστηκε ξεχωριστά η αξιοπιστία του, μεταξύ των 31 ερωτήσεων που αποτελείται η τιμή Cronbach's alpha = 0,865 (item 31), η παρούσα τιμή παραπέμπει σε υψηλή αξιοπιστία, άρα και εσωτερική συνέπεια.

Σχετικά με τον δείκτη στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και τις τέσσερις υποκλίμακες που απαρτίζεται, διαπιστώθηκε πως ο δείκτης στρατηγικής «Επίλυση προβλήματος» παρουσιάζει την μεγαλύτερη μέση τιμή 2,51 με τυπική απόκλιση  $\pm 0,43$  είναι δηλαδή μεταξύ του «Λίγο» και του «Πολύ», ακολούθως ο δείκτης στρατηγικής που αναφέρεται στην αναζήτηση κοινωνικής στήριξης σημείωσε 2,23 «Λίγο» με τυπική απόκλιση  $\pm 0,48$ , επιπλέον ο δείκτης που αφορά την αποφυγή με την μορφή της ευχολογίας/ονειροπόλησης η μέση απάντηση που καταγράφηκε είναι «Λίγο» με μέση τιμή 2,17 και τυπική απόκλιση  $\pm 0,46$ . Τέλος, σχετικά με τον

δείκτη στρατηγικής που αναφέρεται στην αποφυγή με την έννοια της απόσπασης προσοχής η μέση απάντηση κατάγραφηκε μεταξύ του «Καθόλου» και του «Λίγο», ενώ η μέση τιμή είναι 1,62 με τυπική απόκλιση  $\pm 0,34$ . Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.

<i>Δείκτης Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων</i>	<i>Mean</i>	<i>±SD</i>
Επίλυση προβλήματος	2,51	0,43
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	2,23	0,48
Αποφυγή (απόσπαση προσοχής)	1,62	0,34
Αποφυγή (Απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση)	2,17	0,46

Πίνακας 6: Δείκτης στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

#### 5.4 Συσχετίσεις-ελεγχος υποθέσεων

Σε αυτή την ενότητα συσχετίστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας - GHQ-28, το ερωτηματολόγιο σωματικής εκτίμησης – BAS και το δείκτη στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Μέσω του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney συσχετίστηκε, αρχικά η μεταβλητή φύλο και ακολούθως η μεταβλητή «προβλήματα ψυχικής υγείας», με τις παραπάνω ομαδοποιήσεις, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε  $p < 0,05$ .

✚ Η μεταβλητή φύλο παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:

- ✓ Με το σύνολο της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου γενικής υγείας - GHQ-28 με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 92,39) έναντι των ανδρών (Mean Rank = 73,19)  $U(N_{\text{Γυναίκα}}=135, N_{\text{Αντρας}}=40)=3292,50, p=0,034$ .
- ✓ Με τη διάσταση σωματικά συμπτώματα του ερωτηματολογίου γενικής υγείας με τις γυναίκες να σημειώνουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 93,09) έναντι των ανδρών (Mean Rank = 70,84)  $U(N_{\text{Γυναίκα}}=135, N_{\text{Αντρας}}=40)=3386,50, p=0,011$ .

- ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσπαση προσοχής) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 92,05) έναντι των ανδρών (Mean Rank = 74,33)  $U(N_{\text{Γυναίκα}}=135, N_{\text{Αντρας}}=40)=3247,00, p=0,049$ .

	Φύλο	N	Mean Rank	p
Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ-28	Αντρας	40	73,19	0,034
	Γυναίκα	135	92,39	
Σωματικά συμπτώματα	Αντρας	40	70,84	0,011
	Γυναίκα	135	93,09	
Αποφυγή (απόσπαση προσοχής)	Αντρας	40	74,33	0,049
	Γυναίκα	135	92,05	

Πίνακας 7: Συσχέτιση μεταβλητής φύλο

- ✚ Η μεταβλητή «προβλήματα ψυχικής υγείας» παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:
  - ✓ Με το άθροισμα του ερωτηματολογίου Σωματικής Εκτίμησης BAS με τους ερωτηθέντες με απουσία ψυχικού προβλήματος να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 103,39) έναντι των ερωτώμενων με παρουσία ψυχικού προβλήματος (Mean Rank = 69,30)  $U(N_{\text{Απουσία}}=96, N_{\text{Παρουσία}}=79)=2.314,50, p<0,001$ .
  - ✓ Την διάσταση επίλυση προβλήματος των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με τους ερωτηθέντες με απουσία ψυχικού προβλήματος να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 98,03) έναντι των ερωτώμενων με παρουσία ψυχικού προβλήματος (Mean Rank = 75,82)  $U(N_{\text{Απουσία}}=96, N_{\text{Παρουσία}}=79)=2.829,50, p=0,004$ .
  - ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με τους ερωτηθέντες με παρουσία ψυχικού προβλήματος να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 108,41) έναντι των ερωτώμενων με απουσία ψυχικού προβλήματος (Mean Rank = 71,20)  $U(N_{\text{Απουσία}}=96, N_{\text{Παρουσία}}=79)=5.404,50, p<0,001$ .

Προβλήματα ψυχικής υγείας			N	Mean Rank	p	
Σωματικής (άθροισμα)	Εκτίμησης	BAS	Απουσία ψυχολογικού προβλήματος (EGY-28≤4)	96	103,39	<0,001
			Παρουσία ψυχολογικού προβλήματος (EGY-28≥5)	79	69,30	
Επίλυση προβλήματος			Απουσία ψυχολογικού προβλήματος (EGY-28≤4)	96	98,03	0,004
			Παρουσία ψυχολογικού προβλήματος (EGY-28≥5)	79	75,82	
Αποφυγή (ευχολογία/ονειροπόληση)	(απόσυρση-)		Απουσία ψυχολογικού προβλήματος (EGY-28≤4)	96	71,20	<0,001
			Παρουσία ψυχολογικού προβλήματος (EGY-28≥5)	79	108,41	

Πίνακας 8: Συσχέτιση με την μεταβλητή "Προβλήματα ψυχικής υγείας"

Εν συνεχεία συσχετίστηκαν οι μεταβλητές επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα, άτομο που βοηθά. Για τις παρακάτω συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis.

✚ Η μεταβλητή επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:

- ✓ Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28)  $H(6) = 18,067$ ,  $p = 0,006$  με τους αποφοίτους Γυμνασίου να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 120,63) έναντι των αποφοίτων ΑΕΙ (Mean Rank= 73,16), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,041$ .
- ✓ Την υποκλίμακα άγχος/αϋπνία του ερωτηματολογίου γενικής υγείας  $H(6) = 19,081$ ,  $p = 0,004$  με τους αποφοίτους γυμνασίου να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 114,17) έναντι αποφοίτων ΑΕΙ (Mean Rank= 67,49),

σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,033$ . Ακόμα, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 114,50) έναντι των αποφοίτων ΑΕΙ (Mean Rank= 67,49), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,031$ .

- ✓ Την υποκλίμακα κοινωνική δυσλειτουργία του ερωτηματολογίου γενικής υγείας  $H(6) = 22,926$ ,  $p = 0,001$  με αποφοίτους γυμνασίου να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 120) έναντι των αποφοίτων ΤΕΙ (Mean Rank= 50,46), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,013$ . Ακόμα, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε μεταξύ των αποφοίτων γυμνασίου οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 120) έναντι των κατόχων μεταπτυχιακών (Mean Rank= 54,59), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,004$ .
- ✓ Την διάσταση επίλυση προβλήματος των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $H(6) = 24,252$ ,  $p < 0,001$ , με τους αποφοίτους ΑΕΙ να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 109,07) έναντι των αποφοίτων γυμνασίου (Mean Rank= 51,43), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,004$ . Ακόμα, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε μεταξύ των αποφοίτων ΑΕΙ οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 109,07) έναντι των αποφοίτων δημοτικού (Mean Rank= 53,93), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,007$ .
- ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $H(6) = 14,113$ ,  $p = 0,028$ , ενώ αρχικά θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με την διόρθωση κατά bonferroni, δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική η παραπάνω συσχέτιση.

✚ Η μεταβλητή οικογενειακή κατάσταση παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:

- ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσπαση προσοχής) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $H(4) = 9,503$ ,  $p = 0,05$ , ενώ αρχικά θεωρήθηκε



στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με την διόρθωση κατά bonferroni, δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική η παραπάνω συσχέτιση.

✚ Η μεταβλητή μηνιαίο εισόδημα παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:

- ✓ Την υποκλίμακα άγχος/αϋπνία του ερωτηματολογίου γενικής υγείας  $H(3)=11,950$ ,  $p = 0,008$  με τους δηλούντες από 0-500€ να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 95,99) έναντι των δηλούντων 1.500€ και άνω (Mean Rank= 54,19), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,010$ . Ακόμα, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε μεταξύ των δηλούντων 501€-1.000€ οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 94,96) έναντι των δηλούντων 1.500€ και άνω (Mean Rank= 54,19), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,010$ .
- ✓ Με το άθροισμα του ερωτηματολογίου Σωματικής Εκτίμησης BAS  $H(3)=12,305$ ,  $p = 0,006$  με τους δηλούντες 1.500€ και άνω να παρουσιάζουν μεγαλύτερο άθροισμα (Mean Rank= 113,31) έναντι των δηλούντων από 0-500€ (Mean Rank= 70,99), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,013$ . Ακόμα, διαφοροποίηση παρατηρήθηκε μεταξύ των δηλούντων 1.000€-1.500€ οι οποίοι παρουσιάζουν υψηλότερο άθροισμα (Mean Rank= 98,59) έναντι των δηλούντων από 0-500€ (Mean Rank= 70,99), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,047$ .
- ✓ Την διάσταση επίλυσης προβλήματος των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $H(3)=8,416$ ,  $p = 0,038$ , ενώ αρχικά θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με την διόρθωση κατά bonferroni, δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική η παραπάνω συσχέτιση.

✚ Η μεταβλητή «άτομο που με βοηθά» παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:

- ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσπαση προσοχής) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $H(5)=12,900$ ,  $p = 0,024$ , με τους συμμετέχοντες που τους βοηθά φίλος/η να παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Mean Rank= 150,60) έναντι των ατόμων που τα καταφέρνουν μόνοι τους (Mean Rank=

82,43), σύμφωνα με την διόρθωση κατά bonferroni το επίπεδο σημαντικότητας τροποποιείται σε  $p = 0,041$ .

Συσχετίστηκε η πολλαπλή μεταβλητή που αναφέρεται στο σημείο του σώματος που παρουσιάζεται η μυοσκελετική δυσλειτουργία (άνω άκρα, κάτω άκρα, σπονδυλική στήλη), χρησιμοποιήθηκε multi-ANOVA όπου διαπιστώθηκε πως υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του παράγοντα που αφορά την σπονδυλική στήλη

Ως προς τον παράγοντα «άνω άκρα» δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (Wilks-Lambda=0,983  $F(7,162)=0,409$ ,  $p=0,896$ ), ομοίως και ως προς τον παράγοντα «κάτω άκρα» (Wilks-Lambda=0,959  $F(7,162)=0,991$ ,  $p=0,440$ ), ως προς τον παράγοντα «σπονδυλική στήλη» υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά (Wilks-Lambda=0,907  $F(7,162)=2,363$ ,  $p=0,025$ ), κατόπιν πραγματοποιήθηκε post-hoc έλεγχος με one-way-ANOVA από την οποία προέκυψε α) πως τα πάσχοντα άτομα από μυοσκελετικά προβλήματα που αφορούν την σπονδυλική στήλη παρουσιάζουν χειρότερη γενική υγεία (Mean=6,63, SD=±6,62), έναντι όσων δεν πάσχουν από προβλήματα σπονδυλικής στήλης (Mean=4,44, SD=±4,967),  $F(1,168)=9,307$ ,  $p=0,03$ ), β) τα πάσχοντα άτομα από μυοσκελετικά προβλήματα που αφορούν την σπονδυλική στήλη δεν προτιμούν την στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους που αφορά στην αναζήτηση κοινωνικής στήριξης (Mean=2,30, SD=±4,69), έναντι όσων δεν παρουσιάζουν μυοσκελετικά προβλήματα σπονδυλικής στήλης (Mean=2,19, SD=±4,79),  $F(1,168)=6,346$ ,  $p=0,013$ ).

Τέλος, συσχετίστηκαν η μεταβλητή ηλικία με τη μέση τιμή του ερωτηματολογίου γενικής υγείας GHQ-28, με το άθροισμα του ερωτηματολογίου σωματικής εκτίμησης-BAS και με τις υποκλίμακες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Για τις παραπάνω συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman's rho.

✚ Η μεταβλητή ηλικία παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:

- ✓ Την υποκλίμακα αναζήτηση κοινωνικής στήριξης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = -0,18$ ,  $p = 0,016$ ,  $N=175$ .

- ✚ Η μεταβλητή EGY-28 παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:
  - ✓ Την υποκλίμακα επίλυση προβλήματος των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = -0,23$ ,  $p = 0,003$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα αποφυγή (απόσπαση προσοχής) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = 0,20$ ,  $p = 0,007$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = 0,34$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Με το άθροισμα του ερωτηματολογίου Σωματικής Εκτίμησης BAS  $r_s = -0,43$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  
- ✚ Η μεταβλητή που αφορά στο άθροισμα του ερωτηματολογίου Σωματικής Εκτίμησης BAS παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:
  - ✓ Την διάσταση επίλυση προβλήματος των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = 0,37$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσπαση προσοχής) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = -0,23$ ,  $p = 0,002$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = -0,28$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα σωματικά συμπτώματα EGY-28  $r_s = -0,338$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα άγχος/αϋπνία EGY-28  $r_s = -0,40$   $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα κοινωνική δυσλειτουργία EGY-28  $r_s = -0,26$ ,  $p = 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα σοβαρή κατάθλιψη EGY-28  $r_s = -0,44$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  
- ✚ Η μεταβλητή επίλυση προβλήματος παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:
  - ✓ Την διάσταση αναζήτηση κοινωνικής στήριξης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s = 0,41$ ,  $p < 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα άγχος/αϋπνία EGY-28  $r_s = -0,24$ ,  $p = 0,001$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα κοινωνική δυσλειτουργία EGY-28  $r_s = -0,15$ ,  $p = 0,042$ ,  $N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα σοβαρή κατάθλιψη EGY-28  $r_s = -0,17$ ,  $p = 0,027$ ,  $N=175$ .

- ✚ Η μεταβλητή αποφυγή (απόσπαση προσοχής) παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:
  - ✓ Την διάσταση αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων  $r_s= 0,48, p < 0,001, N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα σωματικά συμπτώματα EGY-28  $r_s= 0,21, p = 0,005, N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα άγχος/αϋπνία EGY-28  $r_s= 0,15, p = 0,049, N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα κοινωνική δυσλειτουργία EGY-28  $r_s= 0,16, p = 0,04, N=175$ .
  
- ✚ Η μεταβλητή αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με:
  - ✓ Την υποκλίμακα σωματικά συμπτώματα του EGY-28  $r_s= 0,33, p < 0,001, N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα άγχος/αϋπνία EGY-28  $r_s= 0,32, p < 0,001, N=175$ .
  - ✓ Την υποκλίμακα κοινωνική δυσλειτουργία EGY-28  $r_s= 0,20, p = 0,008, N=175$ .

## 5.5 Πολλαπλή Παλινδρόμηση

Στην παρούσα υποενότητα χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης με την μέθοδο enter με εξαρτημένη μεταβλητή το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-28) και ανεξάρτητες μεταβλητές το σκορ σωματικής εκτίμησης-BAS, καθώς και τους τέσσερις διαστάσεις στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (επίλυση προβλήματος, αναζήτηση κοινωνικής στήριξης, αποφυγή (απόσπαση προσοχής) και αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση)), με σκοπό να ελεγχθεί κατά πόσο οι παραπάνω μεταβλητές μπορούν να προβλέψουν το σκορ στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας.

Αρχικά, προχωρήσαμε στον έλεγχο των προϋποθέσεων που διέπουν την πολλαπλή παλινδρόμηση:

1<sup>ος</sup> έλεγχος: ο έλεγχος Darbin-Watson, ο οποίος κυμαίνεται από τις τιμές 1-3 με ιδανική την τιμή 2. Ο παραπάνω έλεγχος μας εξασφαλίζει ότι δεν θα υπάρχουν συσχετίσεις στα κατάλοιπα της παλινδρόμησης – πρόβλημα αυτοσυσχέτισης, ώστε το test να είναι αξιόπιστο. Στην προκειμένη περίπτωση  $DW=1,838$ .

2<sup>ος</sup> έλεγχος: ο έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας, όπου ελέγχεται μέσω του συντελεστή πληθωρισμού διακύμανση (VIF) ως αποδεκτές τιμές είναι αυτές που κυμαίνονται έως

10. Στην προκειμένη περίπτωση βρέθηκε ότι και οι πέντε μεταβλητές παρουσιάζουν VIF αποδεκτό.

3<sup>ος</sup> έλεγχος: ο έλεγχος κανονικότητας.

4<sup>ος</sup> έλεγχος: ο έλεγχος ετεροσκεδαστικότητας.

Τα προβλήματα κανονικότητας και ετεροσκεδαστικότητας δεν ήταν τόσο σημαντικά.

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης βρέθηκε στατιστικά σημαντικό και ερμηνεύει το 25,4%,  $F(5,169)=11,483$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=25,4\%$ .

Προβλεπτικοί παράγοντες			<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Σωματική Εκτίμηση BAS (άθροισμα)			-0,184	-0,311	-3,963	<0,001
Επίλυση προβλήματος			-1,885	-0,134	-1,610	0,109
Αναζήτηση κοινωνικής στήριξης			-0,816	-0,064	-0,847	0,398
Αποφυγή (απόσπαση προσοχής)			0,910	0,051	0,051	0,517
Αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση)			2,771	0,210	2,616	0,010

**Πίνακας 9: Πολλαπλή παλινδρόμηση**

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες είναι το σκορ σωματικής εκτίμησης BAS ( $B=-0,184$ ,  $p <0,001$ ), για μία μονάδα αύξησης του σκορ σωματικής εκτίμησης μειώνεται το σκορ του ΕΓΥ-28 κατά 0,184. Αρά, η αύξηση του δείκτη σωματικής εκτίμησης μας οδηγεί σε καλύτερη ψυχική υγεία.

Εν συνεχεία, ο δείκτης στρατηγικής αποφυγή (απόσυρση- ευχολογία/ονειροπόληση) ( $B=-2,771$ ,  $p =0,010$ ), για μία μονάδα αύξησης του δείκτη αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) αυξάνεται το σκορ του ΕΓΥ-28 κατά 2,771. Αρά, αύξηση του παραπάνω δείκτη οδηγεί σε χειρότερη ψυχική υγεία.

## Συζήτηση

Ο μυοσκελετικός πόνος επηρεάζει σοβαρά τις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής του ασθενούς, με επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή και την ψυχική υγεία τους υγεία.

Παρότι κάποιος δεν μπορεί να αγνοήσει τους φυσικούς καθοριστικούς παράγοντες των κοινών μυοσκελετικών παθήσεων όπως ο πόνος στην πλάτη και στον βραχίονα, μελέτες δείχνουν μια ισχυρότερη επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων. Πολλές μελέτες έχουν ενοχοποιήσει την κακή ψυχική υγεία, την τάση ανησυχίας για κοινά σωματικά συμπτώματα καθώς και τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο και τη συναφή αναπηρία (Vargas-Prada & Coggon, 2015)..

Σημαντικές είναι επίσης οι δυσμενείς πεποιθήσεις σχετικά με την πρόγνωση τέτοιων διαταραχών και το ρόλο της σωματικής δραστηριότητας στην ανάπτυξη και την επιμονή τους. Οι διαφορές στις κοινωνικές πεποιθήσεις μπορεί να συμβάλλουν σε μεγάλες διακυμάνσεις στον επιπολασμό του μειωμένου μυοσκελετικού πόνου που παρατηρήθηκε μεταξύ των χωρών και στις ίδιες χώρες με την πάροδο του χρόνου. Οι ψυχοκοινωνικές πτυχές της εργασίας έχουν επίσης συνδεθεί με τον μυοσκελετικό πόνο, αν και οι σχετικοί κίνδυνοι ήταν γενικά μικρότεροι. Υπάρχει ανάγκη να ληφθούν υπόψη οι ψυχολογικοί παράγοντες στην κλινική διαχείριση των ασθενών με μυοσκελετικούς πόνους (Vargas-Prada & Coggon, 2015).

Υπάρχει ανάγκη να εκτιμηθεί η ψυχική υγεία των ασθενών που παρουσιάζουν ιατρική περίθαλψη εξαιτίας του μη ειδικού μυοσκελετικού πόνου στην πλάτη, τον αυχένα ή τα άκρα, επειδή έχουν υψηλότερο κίνδυνο κακών αποτελεσμάτων και μπορεί να ωφεληθούν από πιο εντατική αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένης της αντιμετώπισης της κατάθλιψης εάν έχει επαρκή σοβαρότητα.

Σε έρευνα των Hannertz et al. (2020) παρατηρήθηκε ότι ο μυοσκελετικός πόνος είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης των δεικτών της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό της Δανίας. Παρόμοιο αποτέλεσμα προέκυψε και στην παρούσα έρευνα, όπου το δείγμα, πάσχων από μυοσκελετικές διαταραχές σημείωσε μέση τιμή που οδηγεί σε παρουσία ύπαρξης ψυχικού προβλήματος.

Σύμφωνα με τον Hawker (2017) ο πόνος στο μυοσκελετικό σύστημα έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Τα χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα προκαλούν διακοπή ύπνου, κόπωση, καταθλιπτική διάθεση, περιορισμούς δραστηριότητας και περιορισμούς συμμετοχής. Ο αντίκτυπος της μυοσκελετικής δυσλειτουργίας επηρεάζεται από τους σχετικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της συννοσηρότητας. Η υποκλίμακα του άγχους/αυπνίας παρουσίασε την υψηλότερη μέση τιμή σχετικά με τις υπόλοιπες τρεις υποκλίμακες για τα άτομα που υποφέρουν από μυοσκελετικά προβλήματα που διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Μία ακόμα μελέτη, η οποία διερεύνησε τον μυοσκελετικό πόνο και πως σχετίζεται με την ψυχική υγεία και την κατάθλιψη κατέληξε στο εξής: τα δύο τρίτα των ασθενών με μυοσκελετικό πόνο υπέφεραν από κατάθλιψη. Επίσης, η εύρεση υψηλότερου ποσοστού γυναικών μεταξύ των καταθλιπτικών συμμετεχόντων μπορεί να είναι ένας από τους παράγοντες που εξηγούν, καθώς οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα μυοσκελετικό πόνο από τους άντρες. Στην παρούσα μελέτη ένας στους δύο παρουσίασε συμπτώματα ψυχικής διαταραχής συμπεριλαμβανομένου και της κατάθλιψης. Επίσης, οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση τιμή έναντι των ανδρών σχετικά με την διαταραχή της ψυχικής υγείας του (Korniloff et al.,2016).

Σε μελέτη των Gerritis et al. (2014) διαπιστώθηκε πως ο μυοσκελετικός πόνος οδηγεί σε κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Στην παρούσα μελέτη επίσης το άγχος και η αυπνία ως υποκλίμακα της ψυχικής υγείας παρουσίασε την μεγαλύτερη μέση τιμή για του πάσχοντες από μυοσκελετικές παθήσεις.

Η μελέτη των Linton & Bergbom (2011) κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι ενώ η κατάθλιψη συνδέεται στενά με τον πόνο, δεν υπάρχει αρκετή κατανόηση για το πώς λειτουργεί αυτός ο σύνδεσμος ή πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κλινικές ρυθμίσεις. Δεν είναι σαφές εάν ένα από τα συμπτώματα προηγείται του άλλου, αλλά όταν τα δύο είναι παρόντα, η πρόγνωση επηρεάζεται σημαντικά. Οι κλινικοί γιατροί συχνά αποτυγχάνουν να αξιολογήσουν τόσο την κατάθλιψη όσο και τον πόνο. Υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία ότι η θεραπεία του πόνου θα οδηγήσει στην εξαφάνιση της κατάθλιψης. Πράγματι, οι πρόωρες βελτιώσεις στην κατάθλιψη συνδέονται με συνολικά κέρδη θεραπείας για ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της θεραπείας θα μπορούσαν να ενισχυθούν σημαντικά αντιμετωπίζοντας τόσο τον πόνο όσο και την κατάθλιψη. Επιπλέον, η άμεση

αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε πρώιμο στάδιο της θεραπείας μπορεί να είναι ιδιαίτερα πολύτιμη.

Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο (αγροτική περιοχή της Κρήτης) σχετικά με τον συσχετισμό των μυοσκελετικών διαταραχών, της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας στην Κρήτη, παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων που αναφέρουν μυοσκελετικά συμπτώματα, ότι η ηλικία επηρεάζει τη σωματική λειτουργία, τους περιορισμούς λόγω των σωματικών προβλημάτων και του σωματικού πόνου. Η κατώτερη εκπαίδευση σχετίζονταν και με τις χαμηλότερες βαθμολογίες στη φυσική λειτουργία. Οι γυναίκες ανέφεραν τη χειρότερη ψυχική δυσφορία από τους άνδρες, καθώς σημείωσαν χαμηλότερες στις περισσότερες διαστάσεις του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης, καθώς και στην κοινωνική λειτουργία και στην ψυχική υγεία. Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι ηλικιωμένοι ασθενείς με πόνο στο ισχίο ή στο άνω μέρος της πλάτης ανέφεραν περισσότερο σωματικό πόνο (Antoroulou et al., 2009). Η σωματική λειτουργία ήταν χειρότερη σε ηλικιωμένους ασθενείς με χαμηλό πόνο στην πλάτη ή τον αγκώνα. Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες παρουσίασε χειρότερη ψυχική υγεία έναντι των ανδρών αποτέλεσμα που συνάδει με την παραπάνω έρευνα. Σχετικά με το σημείο του πόνου που συσχετίζεται με την βεβαρημένη ψυχική υγεία στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε πως είναι αυτό της σπονδυλικής στήλης, κάτι που δικαιολογείται, γιατί όλα τα μονήρης όργανα του σώματος συμπεριλαμβανομένου και της σπονδυλικής στήλης συνδέονται με την υπόφυση του εγκεφάλου, διαταραχή στην υπόφυση, οδηγεί σε συναισθηματική αστάθεια και κατάθλιψη, ακόμα οι πάσχοντες από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες της σπονδυλικής στήλης δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής στήριξης, κάτι που επιβεβαιώνει και την υψηλή βαθμολογία του ερωτηματολογίου γενικής υγείας, όπου η αποσύνδεση από τον κοινωνικό μας περίγυρο, οδηγεί σε ψυχικές διαταραχές.

Υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση των επιπτώσεων του πόνου από τις μυοσκελετικές διαταραχές στην ψυχική υγεία. Μια μελέτη σχετικά με τις επιπτώσεις του μυοσκελετικού χρόνιου πόνου σε 5900 άτομα έδειξε ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος κακής ψυχικής υγείας και μειωμένης ποιότητας ζωής σε σύγκριση με εκείνους που δεν ανέφεραν ότι πάσχουν από αυτές τις καταστάσεις (Björnsdóttir et al., 2014). Ενώ οι σχέσεις μεταξύ ψυχικής υγείας και μυοσκελετικών διαταραχών



είναι πολύπλοκες, πιστεύεται ότι η ζωή με τον πόνο για την οστεοαρθρίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και άγχος. Αντίθετα, η ψυχολογική δυσφορία και η κατάθλιψη επιδεινώνουν τον πόνο (Sareen et al., 2006). Αυτό μπορεί να εξελιχθεί σε φαύλο κύκλο με επιδείνωση του πόνου και χαμηλή διάθεση.

Μια αυστραλιανή μελέτη έχει βρει μια ισχυρή σχέση μεταξύ της μυοσκελετικής υγείας και της ψυχικής υγείας. 470.000 και περισσότεροι Αυστραλοί είχαν τόσο μυοσκελετική διαταραχή όσο και ψυχική διαταραχή από ό,τι αναμενόταν αν οι περιστάσεις των δύο συνθηκών ήταν ανεξάρτητες μεταξύ τους (AIHW, 2010). Η χρόνια αϋπνία μπορεί επίσης να υποδεικνύει τον μυοσκελετικό πόνο (Baker et al., 2017). Μια άλλη μυοσκελετική διαταραχή, η ινομυαλγία, συχνά συνδέεται με χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και άλλες ψυχολογικές διαταραχές, καθώς και καρδιαγγειακή δυσλειτουργία (Romeyke et al., 2017).

Ιστορικά, η έρευνα εικόνας του σώματος επικεντρώθηκε στη δυσαρέσκεια του σώματος και συμπεριέλαβε πληθυσμούς κοριτσιών και γυναικών από μη κλινικούς πληθυσμούς ή πληθυσμούς διαταραχών διατροφής. Έχει υπάρξει περιορισμένη έρευνα που εξετάζει τους τρόπους με τους οποίους τα σωματικά προβλήματα υγείας θα μπορούσαν να επηρεάσουν την εικόνα του σώματος. Τα άτομα με χρόνια πόνο είναι πιθανό να αισθανθούν κάποια αποσύνδεση από το σώμα τους, αλλά υπάρχουν πολύ περιορισμένες έρευνες για να δείξουν εάν μπορεί να εξακολουθούν να παρουσιάζουν θετική εικόνα του σώματος (Bode et al., 2010)

Παρόλαυτα σε μελέτη των Markey et al. (2019) σε δείγμα 278 ατόμων με χρόνια πόνο, διερευνήθηκε πως ο πόνος μπορεί να συσχετιστεί τόσο με τη γενική ικανοποίηση του σώματος όσο και με τη θετική εικόνα του σώματος τους. Διαπιστώθηκε, πως η αποδοχή του πόνου είναι πιθανότερο να συσχετιστεί με θετική εικόνα του σώματος από ό, τι άλλες πτυχές του πόνου. Ακόμα ένα συμπέρασμα της παραπάνω μελέτης αφορά ότι η αντίσταση στον πόνο (δηλαδή, η μη αποδοχή του) μπορεί επίσης να συμβάλει σε μια γενικότερη αίσθηση απόρριψης του σώματος.

Σε έρευνα των Allena et al. (2018) σχετικά με την εικόνα σώματος σε γυναίκες πάσχουσες από ρευματοειδή αρθρίτιδα διαπιστώθηκε πως η εστίαση στη λειτουργικότητα του σώματος μπορεί να βελτιώσει την εικόνα του σώματος και να μειώσει την κατάθλιψη σε γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Τα ευρήματα της μελέτης μας αφορούν την σωματική εκτίμηση των ατομών με μυοσκελετικές δυσλειτουργίες και την καταγραφή ικανοποιητικού σκορ στην θετική στάση σώματος, παρόλαυτα δεν διερευνήθηκε αν αυτό οφείλεται σε αποδοχή του πόνου ή σε κάποια άλλη παράμετρο, διαφοροποίηση όμως υπήρξε σχετικά με την ψυχική υγεία και την σωματική εκτίμηση. Όσο αυξάνεται το σκορ της ψυχικής υγείας τόσο μειώνεται η σωματική εκτίμηση των συμμετεχόντων, κάτι που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός ύπαρξης πόνου, ψυχικής διαταραχής οδηγεί σε χαμηλή εκτίμηση σώματος.

Οι μυοσκελετικές δυσλειτουργίες έχουν σημαντικές συνέπειες τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους και το κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον τους, προκαλώντας επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των ατόμων που βρίσκονται κοντά τους. Έτσι, θέλουμε να τονίσουμε την ανάγκη να υιοθετήσουμε μια περιεκτική και πολυεπιστημονική προσέγγιση για τη βελτίωση της κατάστασης και των περιστάσεων του ασθενούς, μελετώντας τόσο τις φαρμακολογικές θεραπείες όσο και τα μη φαρμακολογικά μέτρα. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, θα πρέπει να προωθηθούν ερευνητικές πρωτοβουλίες που αναλύουν τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς με πόνο και αποκτούν πληροφορίες που συμπληρώνουν τα κλινικά ευρήματα, πτυχές που μέχρι στιγμής έχουν ελάχιστη προσοχή.

Η αξιολόγηση του αντίκτυπου του πόνου και των μυοσκελετικών προβλημάτων στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών είναι καταφανής.

Ο υψηλός επιπολασμός των μυοσκελετικών παθήσεων και οι σοβαρές ιατρικές και μη ιατρικές συνέπειες του, σημαίνει ότι οι υπεύθυνοι για τις πολιτικές υγείας πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή σε αυτό το πρόβλημα. Συγκεκριμένα, πρέπει να αναπτυχθούν αποτελεσματικές πολιτικές υγείας για την πρόληψη και τη διαχείριση των μυοσκελετικών προβλημάτων-δυσλειτουργιών, την ελαχιστοποίηση ή την αποφυγή της αναπηρίας που προκαλεί στον ασθενή και των επιπτώσεών του στο περιβάλλον. Επιπλέον, η κατανόηση ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία θα βοηθήσει στην εξήγηση των στενών δεσμών της με τις κοινωνικές και οικονομικές πτυχές της υγείας.

## **Συμπεράσματα**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την επιδράση των μυοσκελετικών δυσλειτουργιών στην καθημερινή ζωή, καθώς και στην ψυχική υγεία των ασθενών.

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε πως τα ένα στα δύο άτομα που αντιμετωπίζουν μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, χρήζουν και ψυχικής διερεύνησης λόγω ύπαρξης ψυχολογικού προβλήματος. Επιπλέον, η μέση τιμή του δείγματος είναι πάνω από την τιμή αποκοπής για την ύπαρξη ψυχικού προβλήματος, αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Εν τω μεταξύ, διαπιστώθηκε ότι οι μυοσκελετικές δυσλειτουργίες επηρεάζουν κυρίως τις υποκλίμακες «άγχος/αϋπνια» και εν συνεχεία «σωματικά συμπτώματα» του ερωτηματολογίου γενικής υγείας.

Ακόμα, παρά τα μυοσκελετικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ερωτώμενοι, η σωματική εκτίμηση είναι αρκετά υψηλή, παρόλαυτα τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικό πρόβλημα φέρεται να έχουν χαμηλότερη σωματική εκτίμηση.

Η στρατηγική αντιμετώπισης στρεσογόνου κατάστασης που φάνηκε να προτιμάται είναι αυτή της επίλυσης προβλήματος και ακολουθεί η αναζήτηση κοινωνικής στήριξης.

Παρόλαυτα, διαπιστώθηκε πως οι πάσχοντες από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες της σπονδυλικής στήλης δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της αναζήτησης κοινωνικής στήριξης και ταυτόχρονα χρήζουν ψυχικής διερεύνησης λόγω της υψηλής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου γενικής υγείας.

Ως προς τα άτομα που αντιμετωπίζουν μυοσκελετικές παθήσεις που αφορούν τα άνω και κάτω άκρα παρατηρήθηκε πως δεν επηρεάζεται η ψυχική υγεία, ούτε η σωματική εκτίμηση, ούτε η επιλογή στρατηγικής αντιμετώπισης στρεσογόνου κατάστασης.

Επίσης, όσο αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο σκορ σχετικά με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας και χρησιμοποιούν κυρίως την στρατηγική αποφυγή (απόσπαση προσοχής).

Οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν χαμηλή σωματική εκτίμηση, καθώς και η στρατηγική που επιλέγουν είναι αυτή της αποφυγής (απόσυρση-

ευχολογία/ονειροπόληση), ενώ οι ερωτώμενοι απουσία ψυχικού προβλήματος επιλέγουν την επίλυση προβλήματος ως στρατηγική αντιμετώπισης της κατάστασης. Το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να επηρεάζει το σκορ του ερωτηματολογίου γενικής υγείας με τους αποφοιτούς ΑΕΙ να δηλώνουν καλύτερη γενική υγεία σε σχέση με τους αποφοίτους γυμνασίου.

Ακολούθως, το μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα σχετίζεται με την μεγαλύτερη σωματική εκτίμηση, καθώς επίσης και με την επιλογή της επίλυσης προβλήματος ως στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους.

Επιπλέον, η ηλικία συσχετίστηκε αρνητικά με την διάσταση αναζήτηση κοινωνικής στήριξης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, άρα όσο μεγαλύτερο το άτομο, τόσο στρέφεται στον εαυτό του και αποκόπτεται από τον κοινωνικό περίγυρο.

Οι πάσχοντες από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες με υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας βρέθηκε έχουν χαμηλή σωματική εκτίμηση, καθώς και να μην επιλέγουν την επίλυση προβλήματος ως στρατηγική, αλλά την αποφυγή (απόσπαση προσοχής) και την αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση).

Τέλος, σύμφωνα με το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε πως το σκορ της σωματικής εκτιμησης, καθώς και η στρατηγική αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων αποφυγή (απόσυρση-ευχολογία/ονειροπόληση) αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία.

Για την τεκμηρίωση της παρούσας έρευνας προτείνεται η διεξαγωγή της σε μεγαλύτερο δείγμα εργαζομένων, ώστε να μπορέσουμε να προχωρήσουμε σε γενίκευση ή μη των συμπερασμάτων της παρούσας μελέτης.

## Βιβλιογραφία

Akhter E, Bilal S, Kiani A, et al. Prevalence of arthritis in India and Pakistan: a review. *Rheumatol Int* 2011;31:849–55.

Al-Awadhi AM, Olusi SO, Moussa M, et al. (2004). Musculoskeletal pain, disability and health-seeking behavior in adult Kuwaitis using a validated Arabic version of the WHO-ILAR COPCORD Core Questionnaire. *Clin Exp Rheumatol* 22:177–83.

Alexias, G., Togas, C., Mellon, R. (2016). Psychometric properties of the Greek version of the Body Appreciation Scale. *Hellenic Journal of Psychology*, 13, 73-92.

Al-Ayadhi LY. Neurohormonal changes in medical students during academic stress. *Annals of Saudi Medicine*. 2005;9(1):36–40.

Alleva, JM., Diedrichs, PC., Halliwell, E., Peters, ML., Stuijzand, BG., Rumsey, N. (2018). More than my RA: A randomized trial investigating body image improvement among women with rheumatoid arthritis using a functionality-focused intervention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 pp. 666-676.

Alleva, J.M., Tylka, T.L., Kroon Van Diest, A.M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. Community women and men. *Body Image*, 23 , pp. 28-44.

Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1075.

Andersen, L. L., Christensen, K. B., Holtermann, A., Poulsen, O. M., Sjøgaard, G., Pedersen, M. T., & Hansen, E. A. (2010). Effect of physical exercise interventions on musculoskeletal pain in all body regions among office workers: A one-year randomized controlled trial. *Manual Therapy*, 15(1), 100–104.

Antonopoulou, M. D., Alegakis, A. K., Hadjipavlou, A. G., & Lionis, C. D. (2009). Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(1).

Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285-297.

Australian Government - Australian Institute of Health and Welfare. When musculoskeletal conditions and mental disorders occur together. 2010. <https://www.aihw.gov.au/reports/arthritis-other-musculoskeletal-conditions/musculoskeletal-conditions-mental-disorder/formats>

AIHW 2010. Australia's health 2010. Australia's health series no. 12. Cat. no. AUS 122. Canberra: AIHW

Azevedo ALS, Silva RA, Tamasi E, Quevedo LA. (2013). Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*; 29(9):1774-1782.

Baker S, McBeth J, Chew-Graham CA, Wilkie R. Musculoskeletal pain and comorbid insomnia in adults; a population study of the prevalence and impact on restricted social participation. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):17.

Bode, C., van der Heij, A., Taal, E., van de Laar, M.A.F.J. (2010). Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 15 (2010), pp. 672-684.

Bernard BP, Putz-Anderson V. (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.

Björnsdóttir, S., Jónsson, S., & Valdimarsdóttir, U. (2014). Mental health indicators and quality of life among individuals with musculoskeletal chronic pain: a nationwide study in Iceland. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 43(5), 419-423.

Boonen A. (2010). Towards a better understanding of the role of psychological variables in arthritis outcome research. *Arthritis Res Ther* 12:106.

Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, et al. (2004). Is avoidant coping independent of disease status and stable over time in patients with ankylosing spondylitis? *Ann Rheum Dis* 63:1264-1268.

Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G., Sánchez-Riera, L., Blyth, F. M., Woolf, A. D., & March, L. (2016). Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S243–S255.

Bushnell, M.C., Ceko, M., Low, K.A. (2015). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, pp. 502-511.

Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). Trends in life expectancy. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/life-expectancy.htm> (πρόσβαση 5/1/2020).

Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). About chronic disease <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> (πρόσβαση 5/1/2020).

Chaaya M, Slim ZN, Habib RR, et al. (2012). High burden of rheumatic diseases in Lebanon: a COPCORD study. *Int J Rheum Dis* 15:136–43.

Cohen L., Manion L., Morrison K., (2007), *Research Methods in Education*. London and New York: Taylor & Francis Group.

Chopra A, Abdel-Nasser A. (2008). Epidemiology of rheumatic musculoskeletal disorders in the developing world. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 22:583–604.

Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L.,..., Helmick, C. (2018). Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults — United States, 2016 Morbidity and Mortality Weekly Report, 67, pp. 1001-100.

Daniels, E., Gillen, M.M., Markey C.H. (2018). *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice*, Cambridge University Press, Cambridge, U.K.

Davatchi F, Sandoughi M, Moghimi N, et al. (2016). Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. *Int J Rheum Dis* 19:1056–62.

Davatchi F, Jamshidi AR, Tehrani Banihashemi A, et al. (2009). Effect of ethnic origin (Caucasians versus Turks) on the prevalence of rheumatic diseases: a WHO-ILAR COPCORD urban study in Iran. *Clin Rheumatol* 28:1275–82.

Dieleman JL, Baral R, Birger M, Bui AL, Bulchis A, Chapin A, Hamavid H, Horst C, Johnson EK, Joseph J, et al. (2016). US spending on personal health care and public health, 1996-2013. *JAMA*. 316(24):2627–2646.

Employer-Reported Workplace Injury and Illnesses, 2017  
[<https://www.bls.gov/news.release/osh.nr0.htm>]. [πρόσβαση: 10/01/2020]

Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990; 58(5):844-854.

Engel GL. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196:129–36.

Engelbrecht M, Kruckow M, Araujo E, et al. (2013). The interaction of physical function and emotional well-being in rheumatoid arthritis—what is the impact on disease activity and coping? *Sem Arthritis Rheum* 42:482–491.

Engelbrecht M, Gossec L, DeLongis A, et al. (2012). The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Sem Arthritis Rheum* 41:545–555.

Ferguson, S.E., Urowitz, S., Massey, C., Wegener, M., Quartey, N., Wiljer, D., ..., Classen, C.C. (2012). Confirmatory factor analysis of the Sexual Adjustment and Body Image Scale in women with gynecologic cancer. *Cancer*, 118 (2012), pp. 3095-3104.

Folkman S, Greer S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*; 9:11–19.

Fransen M, Simic M, Harmer AR. (2014). Determinants of MSK health and disability: lifestyle determinants of symptomatic osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 28:435–60.



Frisén, A., Holmqvist Gattario, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7 , pp. 205-212.

Frydenberg E, Lewis R. A replication study of the structure of the adolescent coping scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counseling and research context. *Eur J Psychol Assess.* 1996; 12(3):224-235.

Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiazidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A., (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84, 371-37.

Gerrits, M. M. J. G., van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., Penninx, B. W. J. H., & van der Horst, H. E. (2014). Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 155(1), 53–59.

Gillen M.M. , Markey C.H. , Daniels E. (2018). *Becoming positive: Our growing understanding of positive body image*. Cambridge University Press, Cambridge, U.K (2018), pp. 1-5.

Goldberg DP. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.

Góngora EA. (2000). *Coping to Problems and the Role of Control: A Ethnopsychological Point of View Inside Ecosystem With Tradition* [dissertation] [in Spanish]. Mexico City (Mexico): Universidad Nacional Autonoma de Mexico; 271 p.

Guillemin F, Carruthers E, Li LC.(2014). Determinants of MSK health and disability—social determinants of inequities in MSK health. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 28:411–33.

Hagberg M. et al. (1995) *Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention*, London, Taylor & Francis.

Hale, E.D., Treharne, G.J., Norton, Y., Lyons, A.C., Douglas, K.M.J., Erb, N. et al. (2006). “Concealing the evidence”: The importance of appearance concerns for patients with systemic lupus erythematosus *Lupus*. 15, pp. 532-540.

Hannerz, H., Holtermann, A., & Madsen, I. E. H. (2020). Musculoskeletal pain as a predictor for depression in the general working population of Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 140349481987533.

Haslett, C., Chilvers, RE., Hunter, AAJ., Boon, N. (1999). *DAVIDSON'S- Γενικές αρχές και Κλινική πράξη της Ιατρικής*. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ.

Hawker GA. (2017). The assessment of musculoskeletal pain. *Clin Exp Rheumatol* 35 (Suppl. 107): S8-S12.

Heron R, Greenberg N. (2013). Mental health and psychiatric disorders. In: Palmer KT, Brown I, Hobson J, editors. *Fitness for Work: The Medical Aspects*. 5th ed Oxford University Press; Oxford: pp. 132–54.

Hoe VC, Urquhart DM, Kelsall HL, Sim MR. (2012). Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (8):CD008570

Holmqvist Gattario, K., Frisé, A. (2019). From negative to positive body image: Men's and women's journeys from early adolescence to emerging adulthood. *Body Image*, 28, pp. 53-65.

Hoy DG, Smith E, Cross M, et al. Reflecting on the global burden of musculoskeletal conditions: lessons learnt from the global burden of disease 2010 study and the next steps forward. *Ann Rheum Dis* 2015;74:4–7.

Hoy D, Geere JA, Davatchi F, et al. A time for action: opportunities for preventing the growing burden and disability from musculoskeletal conditions in low- and middle-income countries. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014;28:377–93.

Huisstede B.M., Miedema H.S, Verhagen A.P., Koes B.W. and Verhaar J.A. (2007) Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder, *Occupational and Environmental Medicine*, 64 (5), 313-319.

James SL, Abate D, Abate KH, et al. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195

countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392: 1789-858.

Jolly, M. Body image issues in rheumatology. Cash, T., Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science practice and prevention*, Guilford. New York, NY, pp. 350-357.

Jones G, Winzenberg TM, Callisaya ML, et al. Lifestyle modifications to improve musculoskeletal and bone health and reduce disability—a life-course approach. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014;28:461–78.

Kapser, D., Braunwald, E., Fauci, SA., Hauser, LS., Longo LD., J. Larry, J., (2005). *Harrison's Principles of internal medicine*. 16<sup>th</sup> edition, Volume II, Mc Graw Hill Medical.

Kashikar-Zuck S, Sil S, Lynch-Jordan AM, et al. (2013). Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia. *J Pain* ; 14:492–501.

Korniloff, K., Kotiaho, S., Vanhala, M., Kautiainen, H., Koponen, H., & Mäntyselkä, P. (2016). Musculoskeletal Pain in Melancholic and Atypical Depression. *Pain Medicine*, pnw202.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lewis-Smith, H., Diedrichs, P.C., Harcourt D. (2018). A pilot study of a body image intervention for breast cancer survivors. *Body Image*, 27, pp. 21-31.

Linton, S. J., & Bergbom, S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2(2), 47–54.

Longmore, M., Wilkinson, I., Turmezei T., Cheung, KC., (2011). *Oxford Handbook κλινικής ιατρικής*. 7<sup>η</sup> έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Markey, HC., Dunaev, LJ., August, KJ. (2019). Body image experiences in the context of chronic pain: An examination of associations among perceptions of pain, body dissatisfaction, and positive body image. *Body image* 32:103-110.

Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G.B., Angioni S. (2015). Sexual function in women with deep endometriosis: Correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. *International Journal of Sexual Health*, 27, pp. 175-185.

Mody GM, Brooks PM. Improving musculoskeletal health: global issues. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2012;26:237–49.

Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, et al. , with GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015;386:2145–91.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V & Ustun B 2007. Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370:851–858.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Low back pain in adults: early management, NICE guidelines [CG88]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg88> (πρόσβαση 5/01/2020).

Nordin M, Andersson GB, Pope MH. New York: Mosby-Year Book, Inc; 1997. *Musculoskeletal Disorder in the Workplace: Principles and Practice*; pp. 24–5.

Öyekcin, D.G., Gülpek, D., Sahin, E.M., Mete, L. (2012). Depression, anxiety, body image, sexual functioning, and dyadic adjustment associated with dialysis type in chronic renal failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, pp. 227-241.

Piran N. (2017). *Journeys of embodiment at the intersection of body and culture: The developmental theory of embodiment*. Elsevier Academic Press, San Diego, CA.

Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, 18 , pp. 43-60.

Ramazzini B. Diseases of Workers. Translated from the Latin text *De morbis artificum* of 1713 by Wilmer Cave Wright. New York: Hafner, 1964.

Rambabu T, Suneetha K. (2014). Prevalence of work related musculoskeletal disorders among physicians, surgeons and dentists: a comparative study. *Ann Med Health Sci Res.* 4(4):578–582.

Romeyke T, Noehammer E, Scheuer HC, Stummer H. (2017). Severe forms of fibromyalgia with acute exacerbation of pain: costs, comorbidities, and length of stay in inpatient care. *Clinicoecon Outcomes Res.* 9:317–325.

Rudan I, Sidhu S, Papan A, et al. , (2015). Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Prevalence of rheumatoid arthritis in low- and middle-income countries: a systematic review and analysis. *J Glob Health* 5:010409.

Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Schier, K., Biernat-Kaluza E., Gasik, R. (2016). Sex differences in trauma symptoms, body image and intensity of pain in a Polish sample of patients suffering from chronic pain *Psychology, Health & Medicine*, 21, pp. 827-835.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S.-L., Clara, I., & Stein, M. B. (2006). Disability and Poor Quality of Life Associated With Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166(19), 2109.

Senkowski, D., Heinz A. (2016). Chronic pain and distorted body image: Implications for multisensory feedback interventions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 69 (2016), pp. 252-259.

Shams-Hosseini NS, Vahdati T, Mohammadzadeh Z, Yeganeh A, Davoodi S. (2017). Prevalence of musculoskeletal disorders among dentists in Iran: A systematic review. *Materia socio-medica* 29:257.

Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med* 2006; 62:1153–1166.

Soroush A, Shamsi M, Izadi N, Heydarpour B, Samadzadeh S, Shahmohammadi A. (2018). Musculoskeletal disorders as common problems among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis study. *Int J Prev Med* 9:27.

Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Ann Rev Psychol* 58:565–592.

Sze G, Bluth EI, Bender CE, Parikh JR. (2017). Work-related injuries of radiologists and possible ergonomic solutions: recommendations from the ACR Commission on human resources. *J Am Coll Radiol*. 14(10):1353–1358.

Teo, I., Reece, G.P., Christie, I.C., Guindani, M., Markey, M.K., Heinberg, L.J.,..., Cororve M. Fingeret (2016). Body image and quality of life of breast cancer patients: Influence of timing and stage of breast reconstruction *Psychooncology*, 25, pp. 1106-1112.

The Impact of Musculoskeletal Disorders on Americans — Opportunities for Action. Bone and Joint Initiative USA. 2016. (<http://www.boneandjointburden.org/docs/BMUSExecutiveSummary2016.pdf>).

Togas, C., & Alexias, G. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Greek version of the Coping Strategy Indicator. *International journal of caring sciences*, 11(1), 87-99.

Tylka, T.L., Wood-Barcalow, N.L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14 pp. 118-129.

Vargas-Prada, S., & Coggon, D. (2015). Psychological and psychosocial determinants of musculoskeletal pain and associated disability. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(3), 374–390.

Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, Abdulle AM, Abebo TA, Abera SF. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet*. 390(10100):1211–1259.

Webb, J.B., Wood-Barcalow N.L., Tylka, T.L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 14, pp. 130-145.

Wood-Barcalow, N.L., Tylka, T.L., Augustus-Horvath, L., (2010). “But I like my Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7 pp. 106-116.

Woolf AD, Brooks P, Akesson K, et al. (2008). Prevention of musculoskeletal conditions in the developing world. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 22:759–72.

Woolf AD, Akesson K. (2001). Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ* 322:1079–80.

Woolf AD. The bone and joint decade 2000 -2010. *Ann Rheum Dis*. 2000;59(2):81 - 2.

World Health Organization (2019). Musculoskeletal Conditions. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, Switzerland: WHO, 2016.

World Health Organization. *The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium*. Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO, 2003.

World Health Organization, International League of Associations for Rheumatology. COPCORD Website. <http://copcord.org/information.asp> (πρόσβαση 5/01/2020).

### ➤ *Ελληνόγλωσση*

Κατσής Α., Σιδερίδης Γ, Εμβαλωτής Α., (2011) *Στατιστικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*, 1η έκδ. , Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα

Παρασκευόπουλος, Ι., (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Σαχίνη-Καρδάση Α., (2007), *Μεθοδολογία της Έρευνας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

# Παράρτημα

## Ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ/ή Συμμετέχοντα/-οοσα, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας διεξάγω μία μελέτη αναφορικά με την διερεύνηση της κινητικής/μυοσκελετικής δυσλειτουργίας στην υγεία και η καθημερινή πρακτική των ασθενών με κινητικά προβλήματα. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Σημειώστε με X στα κενά τετράγωνα που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομάζομαι Παναγιώτα Βασιλείου και είμαι υπεύθυνη για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιαδήποτε ερώτηση στην ηλεκτρονική διεύθυνση [pypana@yahoo.com](mailto:pypana@yahoo.com) και στο τηλέφωνο 6994035639.

### 1η Ενότητα-Δημογραφικά στοιχεία

#### 1. Φύλο:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Άντρας  
 Γυναίκα

#### 2. Ηλικία:

\_\_\_\_\_

#### 3. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Δημοτικό  
 Γυμνάσιο  
 Λύκειο/ΛΕΚ  
 ΤΕΙ  
 ΑΕΙ  
 Μεταπτυχιακό  
 Διδακτορικό

#### 4. Επάγγελμα:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Άνεργος  
 Ιδιωτικός Υπάλληλος  
 Δημόσιος Υπάλληλος  
 Ελεύθερος Επαγγελματίας  
 Άλλο



5. Οικογενειακή κατάσταση:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Άγαμος/η
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α
- Άλλο

6. Μηνιαίο εισόδημα:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 0-500€
- 501€-1000€
- 1001€-1500€
- 1501€ και άνω

7. Άτομο (Φροντιστής) που με βοηθά σχετικά με την κινητική/μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζω:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Κανένας/Τα καταφέρνω μόνος/η
- Σύζυγος
- Συγγενής
- Φίλος/η
- Επαγγελματίας φροντιστής
- Άλλο:.....

8. Η κινητική/μυοσκελετική δυσλειτουργία που αντιμετωπίζω αφορά:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- Άνω άκρα
- Κάτω άκρα
- Σπονδυλική στήλη
- Άλλο:.....

2η Ενότητα-  
Ερωτηματολόγιο  
Γενικής Υγείας

Παρακαλούμε διάβασε τα παρακάτω προσεκτικά

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Προσοχή, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλημάτά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

9. *Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A1 Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. *Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A2 Νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3 Νιώθετε εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4 Έχετε αισθανθεί πως είστε άρρωστος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5 Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6 Νιώθετε σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7 Έχετε περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B1 Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσταν ανήσυχος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B2 Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B3 Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B4 Είστε οξύθυμος και αρπάζεστε εύκολα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B5 Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B6 Αισθάνεστε πως δεν αντέχετε άλλο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B7 Αισθάνεστε συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Τον τελευταίο καιρό:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C1 Έχετε καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Τον τελευταίο καιρό:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C2 Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Τον τελευταίο καιρό:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C3 Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Τον τελευταίο καιρό:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C4 Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείται τις δουλειές σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5 Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C6 Έχετε αισθανθεί ικανός/η να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C7 Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Τον τελευταίο καιρό:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D1 Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2 Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3 Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Τον τελευταίο καιρό:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D4 Σας έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Τον τελευταίο καιρό:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D5 Βρήκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D6 Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται ήταν πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει με όλα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Τον τελευταίο καιρό:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι
D7 Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας έρχεται στο μυαλό;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3η Ενότητα-Ερωτηματολόγιο Σωματικής Εκτίμησης BAS

19. Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
Σέβομαι το σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθάνομαι άνετα με το σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος από το σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρά τα ελαττώματά του, αποδέχομαι το σώμα μου όπως είναι.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθάνομαι ότι το σώμα μου έχει τουλάχιστον ορισμένα καλά σημεία.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχω θετική στάση απέναντι στο σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρακολουθώ τις ανάγκες του σώματός μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η προσωπική μου αξία είναι ανεξάρτητη από το σωματότυπό μου ή το βάρος μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δε δαπανώ πολύ ενέργεια με το να ασχολούμαι με το σωματότυπό μου ή το βάρος μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα συναισθήματά μου είναι θετικά για τα περισσότερα μέρη του σώματός μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συμμετέχω σε δραστηριότητες που προάγουν την υγεία, προκειμένου να φροντίσω το σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Επιτρέπω τα μη ρεαλιστικά πρότυπα των αδύνατων γυναικών που παρουσιάζονται στα ΜΜΕ να επηρεάζουν την στάση μου απέναντι στο σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ: Επιτρέπω τα μη ρεαλιστικά πρότυπα ανδρών με μυώδες σώμα που παρουσιάζονται στα ΜΜΕ να επηρεάσουν την στάση μου απέναντι στο σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εξακολουθώ να αγαπώ το σώμα μου παρά τις ατέλειές του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4η Ενότητα-  
Ερωτηματολόγιο  
Δείκτης Στρατηγικών  
Αντιμετώπισης  
Αγχογόνων  
Καταστάσεων(Coping  
Strategy Indicator)**

Ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα στη ζωή τους. Στη λίστα παρακάτω υπάρχουν διάφοροι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης. Πιο συγκεκριμένα θα θέλαμε να καταγράψετε τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης σχετικά με το πρόσφατο πρόβλημα κινητικής/μυοσκελετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Όλες οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν ανώνυμες. Παρακαλούμε περιγράψτε το πρόβλημα δυσλειτουργίας που παρουσιάζετε και το λόγο που προκαλεί την στρεσογόνα κατάσταση (θυμηθείτε, έχοντας αυτό το πρόβλημα στο μυαλό σας υποδείξτε πώς το αντιμετωπίζετε σημειώνοντας το κατάλληλο κουτάκι για κάθε συμπεριφορά αντιθυμηθήκατε να καταγράψετε την κινητική δυσλειτουργία; Εάν όχι, παρακαλούμε κάντε το τώρα πριν συνεχίσετε.

20. Έκοντας αυτό το στρεσογόνο γεγονός κατά νου, υποδείξτε σε ποιο βαθμό:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
Εκφράσατε τα συναισθήματά σας σε έναν φίλο σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλάξατε τα πράγματα έτσι ώστε το πρόβλημά σας να έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλυθεί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σκεφτήκατε όλες τις πιθανές λύσεις πριν αποφασίσετε τι θα κάνετε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεχθήκατε συμπαράσταση και κατανόηση από κάποιον;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μιλούσατε σε άλλους ανθρώπους για την κατάσταση επειδή το να μιλάτε γι' αυτή σας βοηθούσε να αισθανθείτε καλύτερα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θέσατε κάποιους στόχους για τον εαυτό σας για να αντιμετωπίσετε την κατάσταση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ζυγίσατε τις επιλογές σας πολύ προσεκτικά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ονειροπολήσατε καλύτερες στιγμές;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δοκιμάσατε διάφορους τρόπους για να λύσετε το πρόβλημα μέχρι που βρήκατε κάποιον που δούλεψε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εμπιστευτήκατε τους φόβους και τις ανησυχίες σας σε κάποιον φίλο ή συγγενή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περάσατε μόνος σας περισσότερο χρόνο απ' ό,τι συνήθως;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μιλήσατε σε άλλους ανθρώπους για την κατάσταση επειδή το να συζητάτε γι' αυτή σας βοήθησε να βρείτε λύσεις;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σκεφτήκατε τι πρέπει να γίνει για να ξεκαθαρίσουν τα πράγματα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στρέψατε όλη σας την προσοχή στην επίλυση του προβλήματος;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διαμορφώσατε ένα πλάνο δράσης στο μυαλό σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρακολούθησατε τηλεόραση περισσότερο απ' ό,τι συνήθως;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επισκεφθήκατε κάποιον (φίλο ή ειδικό) προκειμένου να σας βοηθήσει να νιώσετε καλύτερα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μείνατε ψύχραιμος και παλέψατε για αυτά που θέλατε σε αυτή την κατάσταση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αποφύγατε να είστε με κόσμο γενικά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στραφήκατε σε ένα χόμπυ ή σε κάποια αθλητική δραστηριότητα για να αποφύγετε το πρόβλημα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επισκεφθήκατε κάποιο φίλο για να σας βοηθήσει να αισθανθείτε καλύτερα για το πρόβλημα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επισκεφθήκατε κάποιο φίλο για να σας συμβουλευτεί πως να αλλάξετε την κατάσταση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δεχτήκατε συμπαράσταση και κατανόηση από φίλους που είχαν το ίδιο πρόβλημα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοιμηθήκατε περισσότερο απ' ό,τι συνήθως;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Φανταστήκατε πως τα πράγματα θα μπορούσαν να είναι διαφορετικά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ταυτιστήκατε με χαρακτήρες από μυθιστορήματα ή ταινίες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσπαθήσατε να λύσετε το πρόβλημα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ευχηθήκατε απλά να σας αφήσουν ήσυχο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεχθήκατε βοήθεια από κάποιον φίλο ή συγγενή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αναζητήσατε επιβεβαίωση από εκείνους που σας γνωρίζουν καλύτερα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσπαθήσατε να σχεδιάσετε προσεκτικά ένα πλάνο δράσης παρά να δράσετε παρορμητικά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!

Αυτό

Google