



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΞ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΩΚΡΑΤΟΥΣ ΑΝΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΓΙΑΝΝΙΤΣΑ PhD

ΑΙΓΙΟ 2010

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επικράτησης μυοσκελετικών προβλημάτων λόγω επαγγέλματος, καθώς επίσης και των παραγόντων εργασίας που συνδέονται με αυτά τα προβλήματα σε φυσικοθεραπευτές. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο υπό μορφή συνέντευξης σε 100 φυσικοθεραπευτές στην Αλεξανδρούπολη, στην Ξάνθη και στη Θεσσαλονίκη. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε συνολικά 33 ερωτήσεις που αφορούσαν: τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, τη φυσική τους κατάσταση, τα χαρακτηριστικά της τρέχουσας εργασίας τους, το ιστορικό του τραυματισμού τους, καθώς και τις γνώσεις των ιδίων σχετικά με την πρόληψη μυοσκελετικών τραυματισμών λόγω επαγγέλματος.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φυσικοθεραπευτές στην πλειοψηφία τους πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, εργάζονταν κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια. Οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας τους (X και SD) ξεπερνούσαν τις 41 (8.92), ενώ η μέση διάρκεια θεραπείας δεν ξεπερνούσε τα 39 (13.25) λεπτά ανά ασθενή. Ο μέσος αριθμός ασθενών ήταν 11 (4.41) άτομα ημερησίως. Ακόμη, το 71% των φυσικοθεραπευτών εμφάνισαν μυοσκελετικό πρόβλημα λόγω επαγγέλματος τα τελευταία δυο χρόνια. Η μεγαλύτερη συχνότητα τραυματισμού αφορούσε την οσφύ (31%) καθώς και τον καρπό (27%). Ως αίτια τραυματισμού αναφέρθηκαν οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις (56%), η μεταφορά ασθενών (20%), η ίδια στάση για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (14%), καθώς και ο χειρισμός μηχανημάτων και οι κινήσεις κάμψης/ στροφής με μικρότερα ποσοστά. Επιπροσθέτως, το 53% των φυσικοθεραπευτών ανέφερε «μέτρια» σωματική και το 35% ψυχική κόπωση.

Ο τραυματισμός επηρέασε το 69% των φυσικοθεραπευτών στην καθημερινότητά τους αναγκάζοντάς τους να διαφοροποιήσουν τον συνήθη τρόπο εργασίας τους αλλάζοντας την στάση του σώματός τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης αναγκάστηκαν να ζητήσουν βοήθεια για τη μετακίνηση ασθενών, να ρυθμίσουν το ύψος των κρεβατιών, καθώς και να χρησιμοποιήσουν διαφορετικό μέρος του σώματός τους για μια χειρωνακτική τεχνική. Ακόμη, πολλοί ήταν αυτοί που χρησιμοποιούσαν διατάξεις για να

προετοιμάσουν το σώμα τους πριν από κάθε θεραπεία. Τα είδη της θεραπείας που ακολούθησαν για την αντιμετώπιση του τραυματισμού ήταν η φυσικοθεραπεία καθώς και η ξεκούραση/ανάπαυση.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι φυσικοθεραπευτές ανεξάρτητα από το χώρο εργασίας τους κινδυνεύουν να τραυματιστούν. Αυτός ο κίνδυνος προέρχεται από την ίδια τη φύση της εργασίας και από τους χειρισμούς που χρησιμοποιούν οι φυσικοθεραπευτές. Όσον αφορά το σημείο του τραυματισμού, η οσφύ πλήττεται συχνότερα, ενώ ο πόνος ως επακόλουθο του τραυματισμού επηρεάζει την καθημερινότητα των φυσικοθεραπευτών και τους αναγκάζει να αλλάξουν τον συνήθη τρόπο εργασίας τους. Η θεραπεία που επιλέγουν είναι η φυσικοθεραπεία και η ξεκούραση/ανάπαυση. Η κατάλληλη προετοιμασία του σώματος είναι αυτή που μπορεί να προφυλάξει τους φυσικοθεραπευτές από τους τραυματισμούς μαζί με την τήρηση των εργονομικών στάσεων και θέσεων του σώματος τους. Τέλος, οι φυσικοθεραπευτές δήλωσαν ότι θέλουν να ενημερώνονται με κάθε δυνατό τρόπο σχετικά με τους τρόπους πρόληψης από τους κινδύνους εργασίας καθώς δεν θέλουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους εξαιτίας κάποιου τραυματισμού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
----------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.1 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	5
1. 1. 1. Ιστορία των μυοσκελετικών παθήσεων.....	5
1. 1. 2. Η έννοια του επαγγελματικού κινδύνου.....	7
1. 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	8
1. 2. 1. Οργανωτικό και κοινωνικό πλαίσιο.....	12
1. 2. 2. Οι ατομικοί παράγοντες – Προσωπικότητα.....	13
1. 2. 3. Αλλαγές στη συμπεριφορά του εργαζομένου.....	14
1. 2. 4. Κόπωση.....	15
1. 3. ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	16
1. 3. 1. Γενικά για το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας.....	16
1. 3. 2. Χαρακτηριστικά του επαγγέλματος της φυσικοθεραπείας.....	17
1. 3. 3. Η εκπαίδευση των φυσικοθεραπευτών.....	18
1. 3. 4. Προβλήματα και κίνδυνοι στο επάγγελμα της φυσικοθεραπείας.....	19
1. 3. 5. Στάσεις, απόψεις και συμπεριφορές των φυσικοθεραπευτών.....	20
1. 3. 6. Μυοσκελετικά προβλήματα.....	22
1. 3. 7. Η χρήση πρακτικών και στρατηγικών πρόληψης.....	23
1. 4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	27
2. 1. Τα εργαλεία της έρευνας.....	27
2. 2. Ερωτηματολόγιο.....	28

2. 3. Δείγμα.....	30
2. 4. Η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων.....	31
2. 5. Τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων και περιορισμοί της έρευνας.....	32
2. 6. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	35
3. 1. Ανθρωπομετρικά και ατομικά χαρακτηριστικά, φυσική κατάσταση.....	35
3. 2. Επαγγελματικός χώρος, ώρες και περιεχόμενο εργασίας.....	37
3. 3. Ιστορικό μυοσκελετικών διαταραχών, σωματική και ψυχική κόπωση...	40
3. 4. Γνώσεις των φυσικοθεραπευτών για την πρόληψη των μυοσκελετικών τραυματισμών	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4. 1. Συζήτηση.....	45
4. 2. Τρόποι πρόληψης.....	49
4. 3. Χρήσιμες συμβουλές για τους φυσικοθεραπευτές.....	54
4. 4. Τι πρέπει να εξετάζεται κατά τη λήψη αποφάσεων για δράσεις πρόληψης.....	55
4. 5. Ανάλυση δράσης	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5. 1. Συμπεράσματα.....	59
5. 2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	60

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Ερωτηματολόγιο.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ Κώδικας δεοντολογίας των φυσικοθεραπευτών.....	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ Στατιστικές συσχετίσεις.....	73

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 3. 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος συνήθειες και επίπεδο φυσικής κατάστασης των φυσικοθεραπευτών σε ποσοστά (%).....	36
Πίνακας 3. 2. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, επαγγελματική εμπειρία, ώρες απασχόλησης, αριθμός ασθενών και διάρκεια συνεδρίας (σε X ,SD και εύρος διακύμανσης).....	39
Πίνακας 3. 3. Είδος, σημείο και αίτιο τραυματισμού και αντίστοιχο ποσοστό (%), κατά φθίνουσα κλίμακα μεγέθους, του συνόλου των φυσικοθεραπευτών.....	41
Σχήμα 3. 1. Ποσοστιαία (%) ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	36
Σχήμα 3. 2. Εμφάνιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας ομαδοποιημένες ανά 10ωρα.....	38
Σχήμα 3. 3. Χρονική διάρκεια θεραπείας κάθε συνεδρίας ομαδοποιημένη ανά 10λεπτά.....	38
Σχήμα 3. 4. Ομαδοποίηση αριθμού ασθενών κάθε φυσικοθεραπευτή την ημέρα ανά 5 άτομα.....	39
Σχήμα 3. 5. Μέγεθος σωματικής και ψυχικής κόπωσης σε εκατοστιαία αναλογία φυσικοθεραπευτών κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους.....	43

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Α.Τ.Ε.Ι. Ανώτατο τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΕΟΚ Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

ΜΣΠ Μυοσκελετικές παθήσεις

Ε.Ε. Ευρωπαϊκή Ένωση

Φ/θ Φυσικοθεραπεία

Π.Σ.Φ. Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών

ΚΑΤΕ Κέντρο Ανώτερης Τεχνικής Εκπαίδευσης

Τ.Ε.Ι. Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα

ΤΕΕ Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Εργαστήρια

ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ζητήματα ασφάλειας στους χώρους εργασίας πρέπει να αποτελούν πρώτη προτεραιότητα για κάθε υπεύθυνο εργοδότη. Η εξέλιξη της τεχνολογίας και η εξειδικευμένη εργασία η οποία έχει αναπτυχθεί σε ιδιαίτερα σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια, προϋποθέτει σε κάθε φάση της παραγωγικής της διαδικασίας την τήρηση κανόνων ασφάλειας. Τέτοιου είδους θέματα αφορούν επίσης την ποιοτική βελτίωση της εργασίας, του παραγόμενου προϊόντος ή την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών. Η κατοχύρωση στην πράξη ασφαλών συνθηκών εργασίας είναι ζήτημα ουσιαστικό και έχει σχέση με τον πολιτισμό, την κοινωνική ζωή και τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής. Η πρόληψη θα πρέπει να αποτελεί τη συστηματική πολιτική κάθε υπεύθυνου εργοδότη ή επιχείρησης.

Ταυτόχρονα λόγω της ανταγωνιστικότητας που επικρατεί στην ελεύθερη οικονομία και επειδή το επάγγελμα του φυσιοθεραπευτή αναπτύσσεται κατά κύριο λόγο στον ιδιωτικό τομέα, δημιουργείται η ανάγκη τα στελέχη τα οποία θα αποφοιτήσουν από τις σχολές της φυσικοθεραπείας και θα ενταχθούν στο νέο εργασιακό περιβάλλον, να είναι επαρκώς και κατάλληλα καταρτισμένα, σε τομείς που αφορούν την ασφάλεια του επαγγέλματός τους. Οι ανωτέρω παράμετροι κρίνονται άκρως απαραίτητοι, κυρίως επειδή αφορούν επαγγέλματα υγείας αλλά βεβαίως ισχύουν κατ' αντιστοιχία και για τα υπόλοιπα επαγγέλματα, αφού αποτελούν βασικά ποιοτικά κριτήρια για κάθε εργασία. Εξάλλου η διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εργαζομένων, αλλά και των ατόμων που παρευρίσκονται σε διάφορους εργασιακούς χώρους, ως πελάτες, ως προμηθευτές ή ως επισκέπτες, εξασφαλίζεται και από ειδικούς νόμους που έχουν ψηφισθεί.

Η χώρα μας μόλις τα τελευταία χρόνια (1990-2000) εναρμονίστηκε πλήρως προς τις Ευρωπαϊκές οδηγίες που αφορούν την ασφάλεια της εργασίας. Επιπλέον η Ευρωπαϊκή επιτροπή αποφάσισε τη χάραξη μιας νέας στρατηγικής για την ασφάλεια στο χώρο εργασίας για τα έτη 2000-2006 (τρίτη προγραμματική περίοδος) και η εφαρμογή πρακτικών κανόνων πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων αποτελεί πλέον κεντρικό στόχο. Επίσης

αποφασίστηκε η επέκταση των δράσεων για προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας. Έτσι θα πρέπει να λειτουργούν αρχές και κανόνες για τη σωστή οργάνωση των χώρων της εργασίας, για την εφαρμογή εργονομικών λύσεων, για μέσα ατομικής προστασίας, για την αξιολόγηση των πιθανών κινδύνων και την ανάδειξη του ρόλου της ποιότητας στην εργασία.

Ιδιαίτερα μετά το τέλος του Β΄ παγκοσμίου πολέμου υπήρξε μια συστηματική προσπάθεια καταγραφής και ανάδειξης των «νόμων της εργασίας», τα φαινόμενα δηλαδή που εμφανίζονται κατά την εκτέλεση εργασιών από τον άνθρωπο είτε αυτά αφορούν στο περιβάλλον εργασίας, είτε στον τρόπο που αυτή διεξάγεται, είτε στον ίδιο τον άνθρωπο είτε ακόμη και στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων αυτών. Ένας από τους κύριους λόγους που κατέστησαν την εργονομία αναγκαία ήταν οι συνέπειες στην υγεία των εργαζομένων από την μη προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο. Οι συνέπειες αυτές εμφανίστηκαν με την μορφή διαφόρων παθήσεων, κυρίως μυοσκελετικών σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες χώρες μετά την βιομηχανική επανάσταση. Πρόκειται για παθήσεις που καλύπτουν ευρύ φάσμα ασθενειών και αφορούν τον σκελετό, τις αρθρώσεις, τους μύες και το μέρος εκείνο του νευρικού συστήματος που ελέγχει το μυϊκό σύστημα.

Το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας θεωρείται αρκετά επιβαρυντικό ως επάγγελμα, επειδή εκτός από την αυξημένη φυσική προσπάθεια που απαιτείται, εμπεριέχει ταυτόχρονα και κινδύνους κατά την εφαρμογή θεραπειών. Η στάση του σώματος, η διάρκεια (χρόνος ημερήσιας εργασίας) που ο εργαζόμενος αφιερώνει σε μία συγκεκριμένη εργασία χωρίς διάλλειμα, το εργασιακό περιβάλλον που μπορεί να εγκυμονεί κινδύνους καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά (εμπειρία, ηλικία, φυσική κατάσταση, ιστορικό παθήσεων) και οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι μερικοί από τους παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου που διατρέχει ένας φυσικοθεραπευτής.

Η γνώση σήμερα για την έκταση και τη σοβαρότητα των μυοσκελετικών προβλημάτων στο χώρο ενός φυσικοθεραπευτηρίου είναι χρήσιμη και αρκετά διαδεδομένη, παρ' όλα αυτά αρκετά συχνά οι εργαζόμενοι στο χώρο αυτό, δεν δίδουν την δέουσα προσοχή σε τέτοιου είδους προβλήματα, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανίσουν μυοσκελετικές παθήσεις.

Αρκετές από τις μελέτες που έχουν γίνει αφορούν προβλήματα μυοσκελετικής φύσεως που αντιμετωπίζουν οι φυσικοθεραπευτές, κυρίως όμως αφορούν τον εντοπισμό μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος που πλήττεται. Η παρούσα εργασία δεν περιορίστηκε εκεί, αλλά συγκέντρωσε όλες τις περιοχές που μπορεί να προκληθεί τραυματισμός σε ένα φυσικοθεραπευτή. Με αυτόν τον τρόπο έγινε προσπάθεια να καλυφθούν όλες οι μυοσκελετικές διαταραχές που μπορεί να προκύψουν λόγω επαγγέλματος καθώς επίσης και να προταθούν τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων.

Στο πλαίσιο όλης αυτής της επίκαιρης συζήτησης για την αναθεώρηση και την θεσμική κατοχύρωση της προστασίας και της εξασφάλισης συνθηκών μεγαλύτερης ασφάλειας στους χώρους εργασίας (που όπως προαναφέρθηκε προωθείται έντονα και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο), και στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης των σπουδών στο τμήμα Φυσικοθεραπείας του ΑΤΕΙ Πατρών (Παράρτημα Αιγίου), θεωρήθηκε σκόπιμη η ενασχόληση με ένα τόσο σημαντικό ζήτημα, ιδίως σε ένα χώρο εξαιρετικά ευαίσθητο (αυτόν της υγείας) και οπωσδήποτε ενδεικτικό του πολιτισμού και της κουλτούρας του λαού μας. Έτσι απαιτείται να διερευνηθούν ζητήματα που αφορούν την προστασία των εργαζομένων φυσικοθεραπευτών είτε σε νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια, ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες του εργασιακού τους περιβάλλοντος και οι οποίες θα πρέπει να πληρούν προϋποθέσεις ασφάλειας.

Παρακάτω λοιπόν θα γίνει λόγος για τις μυοσκελετικές παθήσεις λόγω εργασίας, θα παρουσιαστούν οι παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου καθώς και τα προβλήματα και οι κίνδυνοι που διατρέχει ένας φυσικοθεραπευτής. Ακόμη, θα αναφερθεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την υλοποίηση της παρούσης έρευνας και θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματά που προέκυψαν μέσα από τη μελέτη. Κατόπιν, θα γίνει μία συζήτηση των ευρημάτων και θα εξαχθούν συμπεράσματα ενώ θα προταθούν χρήσιμες συμβουλές στους φυσικοθεραπευτές καθώς και μερικοί τρόποι πρόληψης μυοσκελετικών τραυματισμών. Τέλος, θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα της μελέτης και θα γίνουν προτάσεις για μελλοντική έρευνα που θα μπορούσε να δώσει απαντήσεις σε προβληματισμούς που ανέκυψαν κατά την ερευνητική διαδικασία, με βασικό πάντα στόχο την πρόληψη, όπου είναι

δυνατόν, ανεπιθύμητων καταστάσεων που σχετίζονται με την εργασία της φυσικοθεραπείας και κατά συνέπεια της ποιότητας του παρεχόμενου έργου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.1. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

1.1.1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι μυοσκελετικές παθήσεις εμφανίστηκαν με την μορφή επιδημίας σε διάφορες χώρες τόσο στην Ευρώπη, όσο και στην Αμερική, Αυστραλία και Ιαπωνία. Στη Β. Αμερική αναφέρονται ως πάθηση αθροιστικού τραύματος (Cumulative Trauma Disorder), στην Αυστραλία και την Αγγλία είναι γνωστές ως κακώσεις των άκρων που προέρχονται από επαναλαμβανόμενη καταπόνηση (Repetitive Strain Injuries), καθώς και ως σύνδρομο υπερβολικής επαγγελματικής δραστηριότητας (Occupational Overuse Syndrome). Οι διαφορετικές αυτές ονομασίες οφείλονται στον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίστηκε το θέμα σε κάθε χώρα καθώς, και τον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο οι χώρες αυτές αντιλαμβάνονταν τις αιτίες των φαινομένων αυτών. Την περίοδο εκείνη ο βαθμός εκμηχάνισης και η εργονομική παρέμβαση στους χώρους εργασίας ήταν σε νηπιακό στάδιο. Από τη δεκαετία του 1940 έως τις μέρες μας, οι συνθήκες εργασίας έχουν αλλάξει πολύ και ειδικά στον δευτερογενή τομέα με την εισαγωγή της πληροφορικής, της ρομποτικής, την αυτοματοποίηση και της εκμηχάνισης της παραγωγής, έτσι έχει μειωθεί κατά πολύ η εργασιακή καταπόνηση. Αντίθετα στον πρωτογενή τομέα, στο εμπόριο και ιδιαίτερα στις κατασκευές, για διάφορους λόγους (μη τυποποιημένο πλαίσιο εργασίας, μικρότερος βαθμός εκμηχάνισης, εξωτερικές συνθήκες), η σωματική καταπόνηση από την εργασία παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Αν και τη δεκαετία του 1980 εμφανίστηκε μια μείωση των μυοσκελετικών παθήσεων, τις τελευταίες δεκαετίες η εμφάνιση των σχετιζόμενων με την εργασία μυοσκελετικών διαταραχών αυξάνεται με σταθερό ρυθμό και θεωρείται ότι έχει

προσεγγίσει επιδημιολογικές διαστάσεις στις βιομηχανοποιημένες χώρες, παρά τις σημαντικές βελτιώσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στους χώρους εργασίας.

Το 1990 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατήρτισε ευρωπαϊκό κατάλογο επαγγελματικών ασθενειών (90/326/ΕΟΚ), με την προτροπή να υιοθετηθεί επίσημα από τα κράτη μέλη. Στον κατάλογο αυτό περιλαμβάνονται οι παρακάτω μυοσκελετικές παθήσεις:

- ∅ Οστεοαρθρικές ασθένειες των χεριών και των καρπών που προκαλούνται από μηχανικές δονήσεις.
- ∅ Ασθένειες των περιαρθρικών θυλάκων λόγω πίεσης.
- ∅ Ασθένειες που οφείλονται σε υπερένταση των τενόντιων ελύτρων.
- ∅ Ασθένειες που οφείλονται σε υπερένταση του ενδοτενόντιου.
- ∅ Ασθένειες που οφείλονται σε υπερένταση των μυϊκών και τενόντιων καταφύσεων.
- ∅ Παράλυση νεύρων λόγω πίεσης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), σαν επαγγελματικές μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία, αναγνωρίζονται οι παθήσεις που δημιουργούνται από τις εργασιακές δραστηριότητες και τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν και που εκθέτουν τον εργαζόμενο σε κίνδυνο για την υγεία του. Με άλλα λόγια, οι μυοσκελετικές παθήσεις δημιουργούνται εκεί που υπάρχει δυσαρμονία μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των δυνατοτήτων του ανθρώπου. Περισσότεροι από 100 διαφορετικοί τραυματισμοί αναφέρονται ως αποτέλεσμα της εργασιακής καταπόνησης και αφορούν τραυματισμούς ή δυσλειτουργίες μυών και τενόντων, συνδέσμων, νεύρων, αρθρώσεων, χόνδρων, οστών και σπονδυλικών δίσκων.

Οι περισσότερες μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ) που σχετίζονται με την εργασία είναι σωρευτικές παθήσεις που προκαλούνται από παρατεταμένη έκθεση σε καταπόνησεις υψηλής ή χαμηλής έντασης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μπορούν ωστόσο, οι ΜΣΠ να προκληθούν και από ατυχήματα όπως, για παράδειγμα, κατάγματα, εξάρθραμα. Οι παθήσεις αυτές προσβάλλουν κυρίως τη ράχη, τον αυχένα, τους ώμους και τα άνω άκρα,

αλλά ενδέχεται να εκδηλωθούν και στα κάτω άκρα. Τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με αυτές είναι πολλά και ποικίλα: από δυσφορία και μικρούς ή μεγάλους πόνους έως σοβαρότερες παθήσεις, οι οποίες απαιτούν απουσία του ατόμου από την εργασία του, ακόμη και ιατρική περίθαλψη. Στις χρόνιες περιπτώσεις, η θεραπεία και η ανάρρωση δεν είναι συχνά ικανοποιητικές. Τα αποτελέσματα μπορεί να είναι μόνιμη αναπηρία και απώλεια της εργασίας. Ακόμα, ορισμένες ΜΣΠ, όπως το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, θεωρούνται ειδικές λόγω των σαφών ενδείξεων και συμπτωμάτων τους. Σε αυτές τις παθήσεις τα συμπτώματα είναι συγκεκριμένα και είναι αυτά που σε οδηγούν στη διάγνωση της πάθησης. Άλλες ΜΣΠ θεωρούνται μη ειδικές επειδή εκδηλώνονται μόνο με πόνο ή ενοχλήσεις χωρίς ένδειξη κάποιας σαφούς πάθησης. Τα συμπτώματα εδώ είναι πιο γενικευμένα, δεν εστιάζουν μόνο σε ένα σημείο. Αυτό δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη ότι τα εν λόγω συμπτώματα δεν υφίστανται ή ότι δεν προκαλούν δυσφορία στο άτομο.

Οι ΜΣΠ μπορούν επίσης να χαρακτηριστούν ως περιστασιακές παθήσεις καθώς ο πόνος συχνά εξαφανίζεται και επιστρέφει μερικούς μήνες ή χρόνια αργότερα. Ωστόσο, ορισμένες ΜΣΠ ενδέχεται να καταστούν επίμονες ή μη αναστρέψιμες οδηγώντας το άτομο ακόμη και σε μόνιμη αναπηρία (Αγγελακούδης 2004).

1. 1. 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο κίνδυνος που ελλοχεύει κατά τη διάρκεια της εργασίας ή της παραγωγικής διαδικασίας και έχει επιπτώσεις στη σωματική ακεραιότητα ή στην εν γένει υγεία του συμμετέχοντος εργαζόμενου, αναφέρεται ως επαγγελματικός κίνδυνος. Η γνώση των κινδύνων στην εργασία αποκτήθηκε σταδιακά και αρχικά μέσα από την παρατήρηση των διαφόρων συμβάντων και στη συνέχεια μέσα από την πρακτική εμπειρία και τη συστηματική μελέτη και καταγραφή των αιτιών που τα προκαλούσαν. Έτσι η γνώση αυτή που αποκτήθηκε διαχρονικά αποτέλεσε το εργαλείο προκειμένου να λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα πρόληψης, καθώς και να αποφεύγονται αίτια και συμβάντα που προκαλούν μελλοντικούς κινδύνους. Επαγγελματικοί κίνδυνοι υπάρχουν διαφόρων ειδών. Διακρίνονται σε:

A) Κινδύνους για την ασφάλεια που οφείλονται σε μηχανές, ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, επικίνδυνες ουσίες, πυρκαγιές - εκρήξεις. Η μορφή της επικίνδυνης κατάστασης είναι εκείνη που καθορίζει την αιτία και το είδος του τραυματισμού ή της βλάβης, που μπορεί να είναι μηχανική, ηλεκτρική, θερμική, χημική κ.τ.λ.

B) Κίνδυνος που οφείλεται σε μολυσμένο περιβάλλον εξαιτίας βιολογικών, χημικών ή άλλων παραγόντων και η έκθεσή τους σε τέτοιου είδους παράγοντες μπορεί να προκαλέσει βλάβες της βιολογικής ισορροπίας του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαφόρων ασθενειών.

Γ) Οργανωτικούς κινδύνους που οφείλονται στην ελλιπή οργάνωση της εργασίας και στην αλληλεπίδρασή του με τον εργαζόμενο. Τα αίτια των κινδύνων αυτών εντοπίζονται συνήθως στην παραγωγική διαδικασία και ο εργαζόμενος πρέπει να προσαρμόζεται στις εκάστοτε απαιτήσεις εργασίας.

Οι λόγοι ύπαρξης επαγγελματικών κινδύνων είναι διαφορετικοί και συνήθως οφείλονται στην έλλειψη μέτρων προστασίας, στην αμέλεια, απροσεξία ή αλόγιστη και σε άγνοια. Οι επιπτώσεις είναι συχνά σοβαρές με αποτέλεσμα κάποιο σοβαρό ΜΣΠ, ή σωματική και ψυχική κόπωση του εργαζομένου. Επίσης το κόστος των επιπτώσεων αυτών (προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό, οικονομικό) είναι πολύ μεγάλο και έτσι η λήψη προστατευτικών μέτρων στους επαγγελματικούς χώρους επιβάλλεται διεθνώς. Υπάρχει δε ειδικός τομέας για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία ή τομέας Επαγγελματικής Υγείας και Ασφάλειας (Τέρπος 1999).

1. 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο ακριβής μηχανισμός πρόκλησης των ΜΣΠ δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένος. Υπάρχουν όμως πολλοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους. Οι πιο σημαντικοί φυσικοί κίνδυνοι σχετίζονται με τις στάσεις του σώματος, τα επίπεδα δύναμης που ασκούνται, τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις που απαιτούνται και την εργασία για μεγάλα

χρονικά διαστήματα χωρίς διάλειμμα. Οι ΜΣΠ μπορούν να εμφανιστούν όταν κάποιος από αυτούς τους παράγοντες, επιβαρύνει σημαντικά το μυοσκελετικό σύστημα. Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότεροι φυσικοί κίνδυνοι που ευθύνονται για τις ΜΣΠ:

1. **Στάση του σώματος** είναι η στάση που έχει το σώμα, περιλαμβανομένων των χεριών και των ποδιών, κατά τη διάρκεια της εργασίας. Η κακή ή επίπονη στάση του σώματος σημαίνει ότι οι αρθρώσεις δεν βρίσκονται στην άνετη, ουδέτερη θέση τους και αγγίζουν τα όρια του εύρους κίνησης τους. Επίσης, η διατήρηση του σώματος στην ίδια θέση για μεγάλα χρονικά διαστήματα πρέπει να αποφεύγεται. Παραδείγματα κακής στάσης του σώματος είναι: οι βραχίονες ανασηκωμένοι στο ύψος των ώμων, βραχίονες σε κάμψη, κάμψη ή περιστροφή της ράχης, αυχένιας σε κάμψη ή κεφάλι σε περιστροφή, μεγάλα διαστήματα ορθοστασίας.
2. **Η δύναμη** που ασκείται κατά την εκτέλεση της εργασίας, για παράδειγμα, κατά την ανύψωση ενός μεγάλου βάρους (ασθενή). Όση περισσότερη δύναμη ασκεί ένας εργαζόμενος, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει να τραυματιστεί. Το μέγεθος της δύναμης εξαρτάται από άλλους παράγοντες, όπως το βάρος ή το μέγεθος του ασθενή, τη θέση του σε σχέση με το σώμα, για παράδειγμα, η μεταφορά ενός ασθενούς με τεντωμένους τους βραχίονες και μακριά από το σώμα απαιτεί μεγαλύτερη προσπάθεια από ότι η μεταφορά με τα χέρια να είναι κοντά στο σώμα.
3. **Ρυθμός επανάληψης** είναι ο αριθμός των επαναλαμβανόμενων κινήσεων που πραγματοποιούνται σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις είναι εξαιρετικά επικίνδυνες όταν αφορούν την κίνηση των ίδιων αρθρώσεων και μυϊκών ομάδων. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός επαναλήψεων τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος τραυματισμού. Ρυθμός κινήσεων με περισσότερες από 20 επαναλήψεις το λεπτό μπορεί να εκθέσει τους καρπούς και τα χέρια σε μεγάλο κίνδυνο.

4. **Διάρκεια** είναι τα λεπτά ή οι ώρες ανά ημέρα, ή οι ημέρες ανά έτος που ο εργαζόμενος αφιερώνει σε μια συγκεκριμένη εργασία χωρίς διάλειμμα. Γενικά, όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος τραυματισμού.

Αυτοί οι τέσσερις βασικοί παράγοντες κινδύνου, είτε μεμονωμένοι είτε σε συνδυασμό, καθορίζουν κατά πόσο ο εργαζόμενος διατρέχει κίνδυνο εμφάνισης ΜΣΠ. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ΜΣΠ.

Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με :

- *Το εργασιακό περιβάλλον:*
 - Το φυσικό περιβάλλον- θερμοκρασία, ταχύτητα του αέρα και υγρασία. Η θερμοκρασία επηρεάζει τους μυς και η ζέστη και η υγρασία στον εργασιακό χώρο συμβάλλουν στην καταπόνηση των εργαζομένων επιτείνοντας την εφίδρωσή τους. Ο ιδρώτας, που προκαλεί εφίδρωση στα χέρια με αποτέλεσμα να γλιστράνε, καθιστά δυσχερή τον χειρισμό εργαλείων, απαιτώντας μεγαλύτερη δύναμη.
 - Ο φωτισμός μπορεί να δημιουργήσει λάμπεις ή σκιές (αντανακλάσεις), απαιτώντας τη μετακίνηση του εργαζομένου σε επίπονες στάσεις ώστε, να έχει καλύτερη οπτική επαφή με την εργασία την οποία εκτελεί.
 - Οι δονήσεις, προκαλούν αλλαγές στην κυκλοφορία του αίματος, με αποτέλεσμα το μούδιασμα των χεριών και την ανάγκη άσκησης μεγαλύτερης δύναμης στα χέρια.

- *Τα ατομικά χαρακτηριστικά και την ικανότητα του εργαζομένου:*
 - Εμπειρία και εξοικείωση με την εργασία.
 - Εκπαίδευση.
 - Ηλικία του εργαζομένου.

- Ατομική σωματική διάπλαση, όπως το ύψος, το βάρος και η δύναμη του εργαζομένου.
 - Ατομικός τρόπος ζωής (άσκηση, χόμπι, άλλες ασχολίες).
 - Ιστορικό παθήσεων. Το ιστορικό πόνων αποτελεί έναν από τους πιο αξιόπιστους παράγοντες πρόβλεψης για την εμφάνιση πόνων που σχετίζονται με την εργασία.
 - Ατομικός και προστατευτικός εξοπλισμός.
- *Τους ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου και την οργάνωση της εργασίας:*
 - Τον υψηλό φόρτο εργασίας και τα υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους.
 - Τις μη ευνοϊκές συνθήκες εργασίας όπως οι συχνές ελλείψεις προσωπικού, τα παρατεταμένα ωράρια εργασίας, η εργασιακή πίεση, η έλλειψη ελέγχου και η ανεπιθύμητη συμπεριφορά ασθενών.
 - Την έλλειψη υποστήριξης από διευθυντικά στελέχη, επόπτες και συναδέλφους.

[\(<http://osha.europa.eu>\)](http://osha.europa.eu)

Στη δεκαετία του 1980, όταν ξεκίνησαν και οι πρώτες έρευνες για τις επαγγελματικές μυοσκελετικές παθήσεις, οι φυσικοί παράγοντες θεωρήθηκαν τα μόνα ενοχοποιητικά στοιχεία για την πρόκληση των ΜΣΠ. Αργότερα, όταν μελετήθηκε το θέμα και έγιναν πολλές εργονομικές παρεμβάσεις, βρέθηκε πως οι εξωτερικοί φυσικοί παράγοντες είναι μέρος του προβλήματος. Σημειωτέον, πως σημαντικό ρόλο παίζει η δύναμη που ασκείται από τον εργαζόμενο, η διάρκεια που εκτίθεται ο εργαζόμενος καθώς και τα μεσοδιαστήματα ηρεμίας.

Στους εξωτερικούς παράγοντες ανήκουν :

- Επαναλαμβανόμενες με έντονο ρυθμό κινήσεις (repetitive motions).
- Διακίνηση φορτίων-ασθενών.
- Άσκηση δύναμης κυρίως με μεμονωμένα μικρά μέρη του σώματος (καρποί- δάκτυλα).
- Άμεση μηχανική πίεση σε ιστούς του σώματος.

- Κακή επίπονη στάση.
- Δονήσεις.
- Έκθεση σε ψυχρό περιβάλλον.

Οι μυς, οι τένοντες, οι αρθρώσεις και τα οστά είναι δομικά στοιχεία που εμπλέκονται άμεσα στις επαναλαμβανόμενες κινήσεις και λαμβάνουν μέρος στον κίνδυνο της υπέρχρησης. Βρέθηκε σε πειραματόζωα πως οι έντονες επαναλαμβανόμενες κινήσεις επιφέρουν ιστολογικές μεταβολές οι οποίες δίνουν την εικόνα «σκοροφαγωμένου» υλικού, τροποποιούν τη βιολογική μηχανική των συγκεκριμένων δομικών στοιχείων και την καθιστούν επιρρεπή σε τραυματισμούς. Η μεταφορά ασθενών, οι χειρωνακτικές εργασίες καθώς και οι αδέξιες κακές επίπονες στάσεις είναι οι συχνότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες για την παρουσίαση επώδυνης συμπτωματολογίας και την ανάπτυξη ΜΣΠ (ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία).

1. 2. 1. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.

Οι παράγοντες οργάνωσης της εργασίας περιλαμβάνουν διάφορες πτυχές του πλαισίου εργασίας (π.χ. φόρτος εργασίας, επαναληπτικότητα, έλεγχος της εργασίας του φυσικοθεραπευτή από ανωτέρους, πνευματικές απαιτήσεις, σαφής προσδιορισμός καθηκόντων κ.τ.λ.), οργανωτικά χαρακτηριστικά (π.χ. χαλαρές οργανωτικές δομές, ζητήματα επικοινωνιών), χρονικές πτυχές της εργασίας και του στόχου (ανεπαρκή διαλείμματα). Οι αυξημένες απαιτήσεις από την εργασία βρέθηκε ότι συνδέονται και με επιβαρυντικούς εξωτερικούς παράγοντες (αδέξιες θέσεις, μυϊκή κόπωση), όπως και την παρουσία επώδυνων προβλημάτων στους μύες και τις αρθρώσεις, αναλόγως των φυσικών και προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου.

Η μονότονη εργασία συσχετίζεται με προβλήματα στον άνω κορμό και τα χέρια, ενώ ο μειωμένος έλεγχος εργασίας επηρεάζει την παρουσίαση μυοσκελετικών δυσλειτουργιών εμφανίζοντας προβλήματα ιδιαίτερα στον αυχένα, την πλάτη και τους ώμους. Η ασάφεια της εργασίας, επηρεάζει τις ΜΣΠ κυρίως όσον αφορά τον καθορισμό του ρόλου, την αβεβαιότητα της

εργασίας και τις προσδοκίες της εργασίας. Επηρεάζει περισσότερο την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης με σχέση αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερος έλεγχος τόσο λιγότερα προβλήματα και αντίστροφα (ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία).

Το κοινωνικό πλαίσιο αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία (π.χ. σχέσεις προϊστάμενου- υπαλλήλων, κοινωνική υποστήριξη), αλλά και έξω από τον εργασιακό χώρο (οικογένεια, φιλικό περιβάλλον), στις χρηματοοικονομικές πτυχές (λ.χ. χαμηλός μισθός, ανασφάλεια εργασίας λόγω μειωμένων θέσεων εργασίας, ανεργία) και στις κοινωνικές πτυχές (επαγγελματική θέση και γόητρο, ικανοποίηση από την εργασία). Η κοινωνική υποστήριξη και ειδικότερα η μειωμένη υποστήριξη των προϊστάμενων αναφέρεται πως συσχετίζεται με την εμφάνιση προβλημάτων στον αυχένα. Η ανεργία επίσης και γενικότερα η ανασφάλεια της εργασίας θεωρείται από τους παράγοντες που επηρεάζουν και επιβαρύνουν πολύ τον εργαζόμενο. Η ανεργία οδηγεί αργά ή γρήγορα σε υποβαθμισμένη υγεία, αλλά και η κακή υγεία οδηγεί συχνά σε ανεργία. Η σταθερή, μόνιμη, επιλεγμένη και επαρκώς αμειβόμενη εργασία, αποδεικνύεται βασικός συντελεστής όχι μόνο κοινωνικής ευημερίας αλλά και ατομικής υγείας (ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία).

1. 2. 2. ΟΙ ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ- ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η ηλικία είναι ένας από τους παράγοντες που στη βιβλιογραφία (ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία) παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια. Ειδικότερα για τις ΜΣΠ, η σχέση μεταξύ γήρανσης και ΜΣΠ δεν είναι ισχυρή. Αν και γνωρίζουμε πως η μέση και η τρίτη ηλικία είναι οι χρονικές περίοδοι που εμφανίζονται τα περισσότερα μυοσκελετικά προβλήματα, οι ηλικιακές ομάδες με τα υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων είναι οι ομάδες ηλικίας 25-35 ετών. Η προσωπικότητα παίζει σπουδαίο ρόλο για την εμφάνιση επώδυνης συμπτωματολογίας ως αποτέλεσμα της εργασιακής καταπόνησης. Η αντίληψη και η ικανότητα διαχείρισης διαφόρων καταστάσεων, εξαρτάται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου και το αποτέλεσμα της έχει αντίκτυπο στο άτομο, τόσο ψυχικά

όσο και σωματικά. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου, αλλά και οι συνθήκες εργασίας τροποποιούν τη συμπεριφορά του.

Οι ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις μπορούν να προκαλέσουν μυϊκό σπασμό και να αυξήσουν τη βιολογική μηχανική φόρτιση. Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικοί επιβαρυντικοί παράγοντες μπορεί να λειτουργήσουν ως αιτία και να προκαλέσουν μυοσκελετική συμπτωματολογία. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί και η άποψη του «πονηρού κινήτρου», όπου ο εργαζόμενος πιθανόν να εκμεταλλευτεί τα συστήματα που του παρέχει η κοινωνία και να μεγεθύνει το πρόβλημα (όπως η αποζημίωση των εργαζομένων). Τέλος, τα αρχικά επεισόδια του πόνου βασισμένα σε μια φυσική προσβολή, με την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων μπορούν να προκαλέσουν μια χρόνια δυσλειτουργία των νευρικών συστημάτων, η οποία να διαιωνίζει μια χρόνια διαδικασία πόνου.

1. 2. 3. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Στη βιβλιογραφία (ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία) αναφέρεται πως η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων επιφέρει διάφορες αλλαγές στη συμπεριφορά του εργαζόμενου. Η κατάθλιψη, η ανησυχία, η αυξημένη εργασιακή πίεση (stress), ο θυμός προς τον εργοδότη, η υψηλότερη αντίληψη στον πόνο και η μεγαλύτερη αντίδραση στον πόνο, καθώς και το αίσθημα αυτολύπησης, συχνά εμφανίζονται ως συμπεριφορές στους εργαζόμενους που δεν μπορούν να διαχειριστούν την εργασιακή καταπόνηση. Η ψυχολογική καταπόνηση και ο μικρός έλεγχος εργασίας μπορεί να επιφέρει διάφορες διαταραχές στον οργανισμό του εργαζόμενου. Ειδικότερα, η απώλεια του ύπνου (αϋπνία) και οι γαστρεντερικές διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανιστούν, όταν οι εργασιακές απαιτήσεις είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Παρατηρείται, αύξηση της τεστοστερόνης στο αίμα και των κατεχολαμινών, αύξηση της καρδιακής πίεσης και περισσότερο της συστολικής πίεσης. Ο μυϊκός σπασμός είναι άλλος ένας μηχανισμός που συνδέεται με την ψυχοφυσιολογία. Οι βιολογικές φορτίσεις αυξάνουν το μυϊκό σπασμό. Οι ψυχολογικές όμως φορτίσεις αυξάνουν κατακόρυφα την ηλεκτρική δραστηριότητα των μυών και σαφώς τον

μυϊκό σπασμό (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία).

1. 2. 4. ΚΟΠΩΣΗ

Η κόπωση του ανθρώπου εξαρτάται από την εργασία και τις συνθήκες υπό τις οποίες επέρχεται και μπορεί να περιλαμβάνει τη σωματική κόπωση (που προέρχεται κυρίως από την μυϊκή καταπόνηση), τη νοητική κόπωση (προερχόμενη από τις έντονες νοητικές δραστηριότητες) και την ψυχική κόπωση (αποτέλεσμα της ψυχικής φόρτισης - κατάσταση στρες). Η κόπωση των μυών ή κάματος ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία ο μυς αποτυγχάνει να διατηρήσει την απαραίτητη ή αναμενόμενη δύναμη. Η κόπωση εμφανίζεται επίσης ως αδυναμία για διατήρηση της ενέργειας ή παραγωγής μέγιστης ενέργειας. Μπορεί να σημαίνει επίσης απώλεια της ικανότητας για ανάπτυξη δύναμης, ταχύτητας ή και των δυο. Η εμφάνιση κόπωσης είναι συνάρτηση τριών παραγόντων:

- α) της έντασης της εργασιακής δραστηριότητας.
- β) της χρονικής διάρκειας εκτέλεσης της εργασίας.
- γ) των διαφόρων καταστάσεων που είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην ψυχική φόρτιση του εργαζομένου.

Η κόπωση είναι αναστρέψιμο φαινόμενο. Για να επανέλθει ο άνθρωπος στην προ της κόπωσης κατάσταση, είναι απαραίτητη η ξεκούρασή του, με προσωρινή διακοπή της εργασιακής δραστηριότητας (διαλείμματα). Αυτές οι διακοπές εργασίας και τα συγκεκριμένα διαλείμματα καθορίζουν εν πολλοίς την διάρκεια της εργασίας και την έντασή της, οπότε στον κύκλο της εργασίας προσδιορίζουν τόσο το αίσθημα της κόπωσης όσο και την κατάσταση των μυών.

Τρεις τύποι μυϊκής κόπωσης έχουν περιγραφεί: κεντρικής αιτιολογίας κόπωση, κόπωση μετάδοσης και κόπωση συστολής (περιφερική κόπωση). Κάτω από ορισμένες συνθήκες όμως, όλα τα στοιχεία που συμμετέχουν στη μυϊκή συστολή, μπορεί να συμβάλλουν για την εμφάνιση μυϊκής κόπωσης. Σημαντικοί διαχωρισμοί μπορούν να γίνουν ανάμεσα στους κεντρικούς και

περιφερικούς μηχανισμούς, που εμπλέκονται στη μυϊκή κόπωση. Οι κεντρικοί μηχανισμοί αντιπροσωπεύουν την ικανότητα επιστράτευσης όλων των πιθανών κινητικών μονάδων, ενώ οι περιφερικοί αντανakλούν την ανεπάρκεια των μυϊκών ινών να ανταποκριθούν στο μέγιστο, όταν υπάρχει μέγιστη διέγερση.

Η κόπωση είναι καθοριστικός παράγοντας γενικά κατά την οργάνωση της εργασίας καθώς λειτουργεί ως παράγοντας αυτορρύθμισης του εργαζόμενου, είτε με τη μείωση της έντασης, είτε με την μείωση των ρυθμών, είτε με την αλλαγή στρατηγικής, είτε με τη διακοπή της εργασίας με σκοπό σε κάθε περίπτωση τη βελτίωση του επιπέδου άνεσης. Πρέπει να τονίσουμε τέλος, πως το φαινόμενο της κόπωσης είναι πολυπαραγοντικό και ενώ έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα προσομοίωσης της δεν υπάρχουν έως σήμερα πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα (Αγγελικούδης 2004).

1. 3. ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. 3. 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το επάγγελμα της Φ/Θ θεωρείται ένα δυναμικό επάγγελμα με επιστημονικό υπόβαθρο και ως κύριο έργο του έχει την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή. Είναι δυνατό μέσω αυτού του επαγγέλματος να αποκαθίστανται διάφορες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες είναι είτε επίκτητες είτε συγγενείς, όπως επίσης και τραυματικές βλάβες οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία διαφόρων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού. Τα συστήματα αυτά μπορεί να είναι το μυϊκό, νευρικό, ερειστικό, αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό. Ο φυσικοθεραπευτής δεν αρκείται σήμερα σε παθητικό ή δευτερεύοντα ρόλο. Είναι σημαντική και ουσιαστική η συμβολή του στη λειτουργική αποκατάσταση κάθε ασθενή και αποτελεί στενό συνεργάτη του εκάστοτε θεράποντα ιατρού. Μια αγαστή συνεργασία μεταξύ τους συχνά έχει καταπληκτικά αποτελέσματα. Είναι εκείνος που συχνά έρχεται πρώτος και φεύγει τελευταίος. Έχει αντίληψη της κατάστασης του ασθενή παρατηρώντας τον προσεκτικά, καταγράφει δεδομένα, διορθώνει στάσεις και κινήσεις των ασθενών, ενημερώνει τον γιατρό καθώς και τον ασθενή για διάφορα ζητήματα. Είναι εκείνος επίσης ο

οποίος επιλαμβάνεται του έργου της αποκατάστασης μέσα από διάφορες θεραπείες σε χρονίζουσες ή μη ασθένειες, συμβουλεύει τους ασθενείς και τους οικείους τους, τοποθετεί τους ασθενείς σε σωστή θέση, τους ανασηκώνει ή τους υποδεικνύει εφικτούς τρόπους για να ανασηκωθούν, τους βοηθά στη μετακίνησή τους ή τους κινητοποιεί ανάλογα της σοβαρότητας της ασθένειας και γενικά έχει ένα σημαντικό και ουσιαστικό τομέα της όλης φροντίδας και περίθαλψής τους.

1. 3. 2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κατά την άσκηση του επαγγέλματός του ο φυσικοθεραπευτής χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές και φυσικές μεθόδους, προκειμένου να αποκαταστήσει τη φυσιολογική λειτουργία των οργάνων και των μερών του ανθρωπίνου σώματος και να ανακουφίσει από τον πόνο. Τέτοια μέσα μπορεί να είναι η θεραπευτική μάλαξη, τα θεραπευτικά λουτρά οι θεραπευτικές κινήσεις και άλλα. Ορισμένοι φυσικοθεραπευτές προσφέρουν γενικές υπηρεσίες στο αντικείμενό τους, ενώ άλλοι εξειδικεύονται σε διάφορες θεραπείες για ασθένειες με χρόνιες ή προσωρινές παθήσεις ή σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Επίσης οι φυσικοθεραπευτές μπορεί να εργάζονται για την βελτίωση της φυσικής κατάστασης ατόμων, αθλητών ή και χορευτών (www.iatronet.gr).

Είναι επίσης σημαντικό ο φυσικοθεραπευτής να έχει πολλή υπομονή και επιμονή, καλή υγεία, καλή φυσική κατάσταση και επιδεξιότητα στα χέρια. Επιπλέον πρέπει να διαθέτει ικανότητα επικοινωνίας, προκειμένου να μπορεί να εξηγή με απλό και κατανοητό τρόπο την θεραπευτική αγωγή στον ασθενή του, καθώς και να τον συμβουλεύει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία του. Ακόμη είναι απαραίτητο να διαθέτει οργανωτικές ικανότητες, ώστε να αναπροσαρμόζει κατάλληλα τη θεραπευτική αγωγή πάντα με τη συνεργασία του θεράποντα ιατρού.

Οι υποχρεώσεις και τα επαγγελματικά δικαιώματα των φυσικοθεραπευτών καθορίζονται με νομοθετικά διατάγματα και άδεια άσκησης του επαγγέλματος χορηγείται από τη Νομαρχία εγκατάστασής τους. Το επάγγελμα της Φ/Θ στη χώρα μας παρουσιάζει ικανοποιητική ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες. Ο αριθμός των θέσεων που προσφέρονται είναι

ικανοποιητικός και οι επαγγελματίες αμείβονται με καλές αποδοχές, ιδιαίτερα στην περίπτωση που διατηρούν ιδιωτικό Φ/Θ. Οι φυσικοθεραπευτές μπορεί να εργαστούν σε εργαστήρια φυσικοθεραπείας, σε νοσοκομεία κλινικές, ιδρύματα και ασφαλιστικούς φορείς, σε ινστιτούτα αισθητικής, σε αθλητικά σωματεία και αθλητικά κέντρα. Επίσης σε ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες, σε οίκους ευγηρίας ή σε γυμναστήρια.

Το αντικείμενο εργασίας του φυσικοθεραπευτή απαιτεί κατά περίπτωση διαφορετικούς χειρισμούς και προϋποθέτει γνώσεις, εμπειρία και υπευθυνότητα. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να είναι όρθιος και να χρησιμοποιεί δύναμη στα χέρια του. Επιπλέον η καθημερινή επαφή με τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν διάφορα δύσκολα προβλήματα μπορεί να του προκαλέσουν ψυχική καταπόνηση. Στα νοσοκομεία δουλεύει με συνεχές ωράριο, ενώ όταν διατηρεί δικό του φυσικοθεραπευτήριο διαμορφώνει ο ίδιος τις συνθήκες και το ωράριο εργασίας του (www.medbooks.gr).

Όταν η εργασία των φυσικοθεραπευτών είναι κατά κύριο λόγο χειρωνακτική, αυτό έχει σαν συνέπεια την επιβάρυνση του μυοσκελετικού τους συστήματος. Επίσης, επειδή συχνά βρίσκονται σε χώρους με διάφορες συσκευές, οι οποίες δημιουργούν ηλεκτρομαγνητικά πεδία καθώς και υπεριώδη ακτινοβολία, είναι ευάλωτοι και εκτεθειμένοι σε τέτοιου είδους κινδύνους. Επιπρόσθετα επειδή έρχονται σε επαφή και με ασθενείς που πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, κινδυνεύουν και από διάφορες μολυσματικές ασθένειες.

1. 3. 3. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Η εκπαίδευση της φυσικοθεραπείας στη χώρα μας έχει ξεκινήσει από το 1943, οπότε ιδρύθηκε το αμερικανικό ίδρυμα της Εγγύς Ανατολής και ακολούθησε η ίδρυση της σχολής φυσικοθεραπευτών του νοσοκομείου «B. Παύλος» το 1958. Στη συνέχεια το 1973 με την ίδρυση των ΚΑΤΕ, λειτούργησαν και τμήματα φυσικοθεραπείας σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη και τα οποία μετονομάστηκαν σε ΚΑΤΕΕ και τα οποία μετεξελίχθηκαν το 1983 σε Τ.Ε.Ι. (Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα). Τα τμήματα που λειτουργούν σήμερα στη χώρα μας είναι στα Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Λαμίας και Πάτρας (Παράρτημα Αιγίου). Ανήκουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και

σύμφωνα με τον τελευταίο νόμο πλαίσιο των Τ.Ε.Ι. (Ν. 3404/2005) η διάρκεια σπουδών είναι τέσσερα έτη και ονομάζονται πλέον Ανώτατα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

Τα τμήματα της φυσικοθεραπείας όπως και όλα τα άλλα τμήματα των Τ.Ε.Ι. πρέπει να είναι και να παρουσιάζονται ανοιχτά και ευαίσθητα στις ανάγκες της κοινωνίας σύμφωνα πάντα με την αποστολή τους. Βασικός στόχος τους, εκτός από την υψηλού επιπέδου εκπαίδευση που θεωρούνται ότι προσφέρουν, είναι να συμβάλλουν και στην παραγωγή επιστημονικών στελεχών υψηλών προδιαγραφών. Ενώ η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των προσφερομένων υπηρεσιών πρέπει διαρκώς να βελτιώνονται, προκειμένου να προσαρμόζονται ταχύτητα στις σύγχρονες τάσεις και εξελίξεις της επιστήμης. Οι απόφοιτοι των τμημάτων αυτών «πρέπει να εξασφαλίζουν και να αποκτούν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, οι οποίες θα τους επιτρέπουν να πραγματοποιούν την προσωπική εκπλήρωση, την ένταξη, την κατοχύρωση του ρόλου του ενεργού πολίτη, αλλά κυρίως και πρωτίστως την επαγγελματική τους ένταξη» (Μαυρουλέα- Σοφianoπούλου 2006).

1. 3. 4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φυσικοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα που κατά την άσκησή του απαιτείται σε μεγάλο βαθμό έντονη φυσική προσπάθεια. Βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος της φυσικοθεραπείας είναι:

- Άρση βάρους.
- Επαναλαμβανόμενες κινήσεις (καμπτικές, εκτατικές, στροφικές των άνω, κάτω άκρων, του κορμού).
- Ορθοστασία.
- Δόνηση και συμμετοχή του μυοσκελετικού συστήματος.

Διάφορες έρευνες (Holder et al. 1999, Salik 2004, Babatunde et al. 2004) που έγιναν για τις μυοσκελετικές δυσλειτουργίες οι οποίες παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια ενός έτους εργασιακού βίου των φυσικοθεραπευτών έδειξαν ότι τρία είναι τα συχνότερα σημεία του σώματος που τραυματίζονται. Το μεγαλύτερο

ποσοστό αφορούσε την οσφυϊκή μοίρα, στη συνέχεια τον καρπό και την άκρα χείρα και μικρότερο ποσοστό αφορούσε την ωμοπλάτη. Κύριος λόγος για την εμφάνιση αυτών των δυσλειτουργιών ήταν η ανύψωση και μετακίνηση των ασθενών. Επίσης παρατηρήθηκαν σοβαρά προβλήματα στους φυσικοθεραπευτές, όταν αυτοί εργάστηκαν με μεγάλο αριθμό ασθενών σε μία μέρα, όταν είχαν μη ενδεδειγμένη και ακατάλληλη θέση του σώματός τους, όταν έκαναν πολλές επαναλήψεις της ίδιας κίνησης καθώς και όταν έκαναν παθητική κινησιοθεραπεία (Holder et al. 1999). Η προαναφερθείσα μελέτη αποσκοπούσε στη γνώση της αντιμετώπισης τέτοιου είδους προβλημάτων από τους φυσικοθεραπευτές κατά την εκτέλεση της εργασίας και με ποιο τρόπο οι διάφοροι τραυματισμοί αντιμετωπίζονταν. Δηλαδή αν και σε ποιο βαθμό ήταν υποχρεωμένοι να αλλάξουν θέση εργασίας προκειμένου να αποφύγουν τέτοιου είδους τραυματισμούς ή ακόμη και να διακόψουν αυτή την εργασία που τους προκαλούσε κίνδυνο ανάπτυξης μυοσκελετικού προβλήματος (Holder et al. 1999).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι παρότι οι φυσικοθεραπευτές γνωρίζουν τις ενδεδειγμένες κινήσεις που πρέπει να γίνουν, την εφαρμογή τους από σωστή θέση σώματος κ.τ.λ. δεν αποφεύγουν τους μυοσκελετικούς τραυματισμούς και γενικά τα μυοσκελετικά προβλήματα. Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι η φύση της δουλειάς τους απαιτεί επαναλαμβανόμενες κινήσεις, ή στο περιβάλλον εργασίας που μπορεί να είναι διαμορφωμένο με τέτοιο τρόπο που δεν επιτρέπει στον εργαζόμενο να ακολουθεί εργονομικές στάσεις και θέσεις στο σώμα του κατά τη διάρκεια της εργασίας του.

1. 3. 5. ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Είναι πολύ σημαντικό οι φυσικοθεραπευτές να διαθέτουν γνώσεις, ταλέντο, καλή επικοινωνία, θετική προσέγγιση για την εργασία τους, αλλά και σκληρή δουλειά προκειμένου να αντιμετωπίζουν σωστά τους ασθενείς τους (Cromie et al. 2002).

Οι πολιτισμικές αξίες με τις οποίες διέπονται οι φυσικοθεραπευτές επειδή ασχολούνται με την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, είναι εκείνες στις οποίες οφείλεται το γεγονός ότι δεν μπορούν να κάνουν την

εργασία τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος για μυοσκελετικές δυσλειτουργίες. Η προαναφερθείσα έρευνα (Cromie et al. 2002), ανέδειξε μια πιθανή εσωτερική διαμάχη μεταξύ της ανάγκης των φυσικοθεραπευτών να αποδείξουν την ικανότητά τους να εργάζονται σκληρά και να φροντίζουν τους ασθενείς τους και να δείχνουν ότι είναι γνώστες με κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να μην υφίστανται τραυματισμούς.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη φυσικοθεραπευτές εξέφρασαν δύο βασικές στάσεις. Η πρώτη ήταν ότι διαθέτουν υψηλό επίπεδο γνώσεων (αυτοαξιολόγηση) και είναι ικανοί επαγγελματίες. Η γνώμη αυτή εκφράστηκε με την προσδοκία ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πάθαιναν μυοσκελετικές δυσλειτουργίες στον εργασιακό τους χώρο γιατί ήξεραν τον ενδεδειγμένο τρόπο εκτέλεσης της εργασίας τους. Στην περίπτωση δε, που εμφανιζόταν κάποιο πρόβλημα, θεωρούσαν ότι αυτό θα ήταν ασήμαντο και εφικτό να διορθωθεί άμεσα. Έτσι υπήρχε απροθυμία να μιλήσουν για μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, αν εμφανίζονταν, προκειμένου να μη φανούν ανακόλουθοι με τα όσα εξέφρασαν ως άποψη.

Η δεύτερη στάση ήταν πως οι φυσικοθεραπευτές είναι στοργικοί με τους ασθενείς τους και εργάζονται σκληρά. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν αυτή την άποψη διότι αισθάνονταν πίεση όταν ήταν αναγκασμένοι να δουλεύουν τραυματισμένοι, όταν δηλαδή έπρεπε να δίνουν προτεραιότητα στις ανάγκες των ασθενών τους και όχι στις ανάγκες των ιδίων. Αυτό το αίσθημα πίεσης εκπήγαζε από τους συναδέλφους τους και τους ασθενείς τους και ένοιωθαν ότι έπρεπε να εργάζονται σκληρά ακόμα και αν αυτό ήταν επιβαρυντικό για την ίδια τους την υγεία.

Η παραπάνω μελέτη ερεύνησε επίσης την αλλαγή φιλοσοφίας των φυσικοθεραπευτών μετά από μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αναφέρθηκε δε ότι κάθε επάγγελμα έχει τη δική του ιδιαίτερη φιλοσοφία. Η φιλοσοφία αυτή δεν διαμορφώνεται μόνο από τις συγκεκριμένες γνώσεις κάθε επιστήμης, αλλά και από την προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία, καθώς και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται. Η κατανόηση των σοβαρών ζητημάτων που απασχολούν τους πτυχιούχους φυσικοθεραπευτές απαιτεί γνώση του γνωστικού τους αντικειμένου. Η επαγγελματική συμπεριφορά διαμορφώνεται από αξίες και

κώδικες συμπεριφοράς που έχουν διδαχθεί, αλλά και από την επαγγελματική ηθική του καθενός. Οι πράξεις και οι ενέργειες των μη πεπειραμένων φυσικοθεραπευτών επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το εργασιακό τους περιβάλλον και από τους περισσότερο έμπειρους συναδέλφους τους. Το περιβάλλον της φυσικοθεραπευτικής εργασίας αναπτύσσεται μέσω διαρκούς διαδικασίας επαγγελματικής επιρροής και αμφίδρομης σχέσης. Οι φυσικοθεραπευτές που εργάζονται σε κοινωνικό χώρο π.χ. σε ένα τμήμα φυσικοθεραπείας συμπεριφέρονται με τρόπο ανάλογο της συμπεριφοράς των υπολοίπων μελών αυτού του τμήματος. Γενικά υπάρχει μία κουλτούρα γύρω από το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας που δίνει ιδιαίτερη αξία στη γνώση, τις δεξιότητες, στο ταλέντο και στη φροντίδα (στοργικότητα) αντιμετώπισης των ασθενών.

1. 3. 6. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές που παρατηρούνται κατά την άσκηση του επαγγέλματος είναι ένα συχνό φαινόμενο και κύριο χαρακτηριστικό στα επαγγέλματα υγείας. Γενικότερα υπάρχει έλλειψη μελετών που αφορούν τη σοβαρότητα και έκταση των προβλημάτων, καθώς και τις επιπλοκές που παρουσιάζουν οι επηρεαζόμενοι φυσικοθεραπευτές (Hignett 1995). Υπάρχουν αρκετές μελέτες που επικεντρώνονται στον πόνο της οσφύος που είναι και το συνηθέστερο πρόβλημα των φυσικοθεραπευτών. Ταυτόχρονα υποτιμάται η έκταση άλλων προβλημάτων τα οποία είναι εξίσου σοβαρά όπως π.χ. το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, προβλήματα αντίχειρα, αυχένα, ώμου καθώς επίσης και διάφορες άλλες ασθένειες όπως κρουολόγημα, γρίπη, δερματίτιδες και λοιμώξεις κυρίως του αναπνευστικού συστήματος (Blizzard 1991, Sanchez-Perez 1999).

Διάφορες μυοσκελετικές διαταραχές είναι δυνατόν να παρουσιασθούν χωρίς σαφή νοσολογικό προσδιορισμό και έτσι ο όρος «διαταραχή» θεωρείται ως ο πλέον δόκιμος προκειμένου να εκφρασθεί μια τέτοιου είδους κατάσταση. Και τούτο διότι ο όρος αυτός παρουσιάζει μία σχετικά πολύπλοκη κλινική εικόνα και αφορά περισσότερες από μια περιοχές του ανθρώπινου σώματος. Τις περισσότερες φορές τέτοιου είδους προβλήματα αναφέρονται από τους

ασθενείς ως συμπτώματα και αυτές είναι διαφορές σημαντικές που υπάρχουν σε σύγκριση με μια συγκεκριμένη ασθένεια.

Κατά τη διάρκεια του εργασιακού βίου παρατηρούνται στο σύνολο των ανθρώπων αρκετές αλλαγές στο μυοσκελετικό τους σύστημα, άλλοτε σοβαρές και άλλοτε όχι και τούτο εξηγείται λόγω αφενός της καθημερινής φόρτισης με συχνά επαναλαμβανόμενες κινήσεις που είναι αναγκασμένος να κάνει ο κάθε εργαζόμενος, αφετέρου λόγω της φυσικής δύναμης που απαιτείται σε διάφορα επαγγέλματα και εξαιτίας αυτού της καταπόνησής τους. Μάλιστα ο ΠΟΥ θεωρεί τον όρο «μυοσκελετική διαταραχή» ως σχεδόν συνώνυμο με τον επαγγελματικό βίο των ανθρώπων και τούτο εξαιτίας αυτών των αλλαγών. Ως παραδείγματα διαταραχών μπορεί να είναι διάφορες αρθροπάθειες, νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές και ως συνέπεια αυτών να παρατηρηθεί μη φυσιολογική λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος (Yesim 2000).

1. 3. 7. Η ΧΡΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι στρατηγικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τις βλάβες (ατυχήματα) στον εργασιακό χώρο της βιομηχανίας μπορούν επίσης να εφαρμοσθούν και στους φυσικοθεραπευτές (Cromie et al. 2000). Ο αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης συμπτωμάτων στον αντίχειρα που σχετίζονται με τεχνικές κινητοποίησης, δηλώνουν ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να ορισθεί ο τρόπος με τον οποίο αυτές οι τεχνικές συμβάλουν στην εμφάνιση μυοσκελετικών τραυματισμών. Τα ζητήματα που αφορούν τους φυσικοθεραπευτές που ασχολούνται ενεργά με το επάγγελμα ή εγκαταλείπουν την εργασία τους είναι άγνωστα και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα τις ανάγκες και τις εμπειρίες τους. Αποδεικνύεται ότι η γνώση είναι ελλιπής σε σχέση με το εύρος των προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι φυσικοθεραπευτές στον εργασιακό τους χώρο. Η έρευνα της Cromie και συνεργατών (2000), επιχειρεί να δώσει απαντήσεις σε ζητήματα που αφορούν αρχικά, το βασικό πρόβλημα και τη σοβαρότητα μυοσκελετικών δυσλειτουργιών στον εργασιακό χώρο, καθώς και για το πως αυτά κατανέμονται. Στη συνέχεια στις σχέσεις μεταξύ τομέων ειδικότητας, εργασίας, παραγόντων κινδύνου και των μυοσκελετικών

δυσλειτουργιών στον εργασιακό χώρο. Ακόμη, στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι φυσικοθεραπευτές προκειμένου να μειώσουν τις επιδράσεις και τους κινδύνους που αναπτύσσονται από τις μυοσκελετικές δυσλειτουργίες. Τέλος, στις αντιδράσεις των φυσικοθεραπευτών οι οποίοι απέκτησαν μυοσκελετικά προβλήματα κατά τη διάρκεια του εργασιακού τους βίου.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ένας στους έξι φυσικοθεραπευτές άλλαξε τομέα ειδικότητας ή εγκατέλειψε το επάγγελμα εξαιτίας μυοσκελετικών προβλημάτων. Το μεγαλύτερο ποσοστό εγκατέλειψε τη νευρολογία και την αποκατάσταση και εκείνοι οι φυσικοθεραπευτές που άλλαξαν τομέα ειδικότητας ασχολήθηκαν με μια ποικιλία τομέων ειδικότητας, χωρίς να υπάρχει αρκετή γνώση σχετικά με αυτήν την κατηγορία. Επίσης η ακριβής σχέση μεταξύ του αριθμού των ωρών που πρέπει να αφιερώσει κανείς κάνοντας τεχνικές κινητοποίησης και χειρισμούς και η επικράτηση των συμπτωμάτων του αντίχειρα δεν έχει καταγραφεί και υπονοείται ως πιθανή αιτία. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση, προκειμένου να εφαρμοσθεί μια περισσότερο ακριβής σχέση και να προσδιορισθεί η αναλογία (ποσοστό) χρόνου εργασίας που μπορεί να περάσει κανείς με ασφάλεια εφαρμόζοντας αυτού του είδους τις τεχνικές. Είναι δε αναγκαίο να υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια προκειμένου να προσδιορισθούν οι συγκεκριμένοι παράγοντες επικινδυνότητας.

Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν να κάνουν με τη στάση του σώματος, την άσκηση ορθοπεδικών τεχνικών με τα χέρια και ζητήματα φόρτου εργασίας σχετίζονται με συμπτώματα στην οσφυϊκή μοίρα, στον αυχένα, ψηλά στην πλάτη και στους καρπούς, χέρια και αντίχειρες. Επίσης οι προσωπικοί παράγοντες (που αναφέρθηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο) έπαιξαν το ρόλο τους στις βλάβες των άνω άκρων και του κορμού. Έχει φανεί από άλλους ερευνητές (Bork et al. 1996, Holder et al. 1999), ότι η γνώση για την εργονομία, τους τραυματισμούς και την αντιμετώπισή τους δεν προσφέρει στους φυσικοθεραπευτές ανοσία από τραύματα. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να βρεθούν οι στρατηγικές πρόληψης. Η εμφάνιση αυξημένων συμπτωμάτων, ιδιαίτερα στους νεώτερους φυσικοθεραπευτές, υπογραμμίζει την ανάγκη να υπάρχει στη διάθεσή τους μεγάλο εύρος στρατηγικών, προκειμένου να μειώνεται ο κίνδυνος που υπάρχει στη δουλειά τους και να

αποφεύγονται τραυματισμοί. Κυρίως υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα προκειμένου να προσδιορισθούν οι τομείς άσκησης της φυσικοθεραπείας οι οποίοι θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο τους εργαζόμενους και να αναζητηθούν οι μέθοδοι για να μειωθούν οι κίνδυνοι αυτοί (Cromie et al. 2000).

Ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων αποτελεί η εργασιακή πίεση. Οι εργαζόμενοι υπό ψυχολογική πίεση εκδηλώνουν αύξηση του μυϊκού τόνου, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα βιομηχανικά φορτία στα οποία υπόκεινται οι μυς και οι τένοντες. Εκδηλώνουν ακόμη μειωμένη κυκλοφορία αίματος η οποία συμβάλλει στην κόπωση του μυϊκού συστήματος και εξ' αυτού προκαλείται πόνος, καθώς και καθυστέρηση της θεραπείας των ασθενών τους. Το άγχος επίσης είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις να αλλάξει την ισορροπία των ιχνοστοιχείων καθώς και το ποσοστό ύδατος του ανθρώπινου οργανισμού, με αποτέλεσμα να προκληθεί οίδημα το οποίο στη συνέχεια να συμβάλλει σε ανάπτυξη συνδρόμου παγίδευσης ή πίεσης των νεύρων (Hakkanen et al. 2001).

1. 4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, βρέθηκαν αρκετές ερευνητικές μελέτες που αφορούσαν μυοσκελετικά προβλήματα κατά την άσκηση του φυσικοθεραπευτικού επαγγέλματος σε χώρες του εξωτερικού. Ωστόσο δεν υπάρχουν ανάλογες μελέτες για την ελληνική πραγματικότητα. Με την παρούσα εργασία επιδιώκεται να καλυφθεί το κενό, με στοιχεία που θα είναι διαθέσιμα και άμεσα αξιοποιήσιμα. Για την καλύτερη διερεύνηση του ερευνητικού προβλήματος κρίθηκε σκόπιμο να αναλυθεί σε επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν στη μικρότερη ή μεγαλύτερη έκθεση σε μυοσκελετικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φυσικοθεραπευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, στα μέτρα προφύλαξης που λαμβάνουν (ή δεν λαμβάνουν) πριν και κατά τη διάρκεια των τεχνικών που χρησιμοποιούν. Επιπλέον, ποιά εμπόδια συναντώνται στην προσπάθεια λήψης μέτρων αντιμετώπισης των κινδύνων, την επάρκεια ή μη, της εκπαίδευσής των φυσικοθεραπευτών, ιδίως σε προπτυχιακό επίπεδο, ώστε να είναι

εφοδιασμένοι με τις αντίστοιχες γνώσεις αντιμετώπισης των μυοσκελετικών κινδύνων, ενώ ταυτόχρονα γίνεται και μια προσπάθεια να καταγραφούν οι προτάσεις τους σχετικά με την αποφυγή και τη μείωση των μυοσκελετικών τραυματισμών κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους.

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτήματα της έρευνας επιλέχθηκε να δοθεί έμφαση σε δυο μεθοδολογικούς άξονες. Ο πρώτος αφορά σε ανασκόπηση σχετικής Ελληνικής βιβλιογραφίας και ανασκόπηση μιας σειράς από άρθρα που αφορούσαν μελέτες που έχουν γίνει, ιδίως στο εξωτερικό, σε ότι αφορά τα μυοσκελετικά προβλήματα που εμφανίζονται στο επάγγελμα της φυσικοθεραπείας. Επιπλέον, αναζητήθηκαν πληροφορίες σε διάφορες ηλεκτρονικές διευθύνσεις στο διαδίκτυο, αλλά και πληροφορίες από πρακτικά συνεδρίων που ασχολήθηκαν με ζητήματα μυοσκελετικών προβλημάτων στους χώρους εργασίας. Για την απάντηση σε επιμέρους ερωτήματα που προέκυψαν, αλλά και για την ευρύτερη και πιο πλήρη κάλυψη των κεντρικών ζητημάτων της έρευνας, θεωρήθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν και τεχνικές εμπειρικής έρευνας μέσα από την κατασκευή ερωτηματολογίου που έγινε υπό μορφή συνέντευξης για την απάντηση σε μεγάλης σημασίας ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 33 ερωτήματα που απευθύνονται σε εργαζομένους στη φυσικοθεραπεία. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρόμοιο ερωτηματολόγιο έχει ξαναχρησιμοποιηθεί (Holder et al.1999). Ωστόσο το παρόν ερωτηματολόγιο έχει εμπλουτιστεί με περισσότερες ερωτήσεις προκειμένου να εξαχθούν περισσότερες πληροφορίες και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας. Ερωτήματα τα οποία είχαν σαν στόχο όχι μόνο την καταμέτρηση των μυοσκελετικών τραυματισμών, αλλά και τα χαρακτηριστικά των φυσικοθεραπευτών όπως, συνήθειες, επίπεδο φυσικής κατάστασης, αλλά και τις γνώσεις των ατόμων για την πρόληψη τραυματικών καταστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2. 1. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (Holder et al.1999), το οποίο αποτελείτο από ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποσοτικοποίηση των απαντήσεων (Bell 2001). Η τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και δομήθηκε με βάση τους ερευνητικούς άξονες της εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό επίσης χρησιμοποιήθηκε με την μορφή της συνέντευξης, προκειμένου να απαντήσουν οι φυσικοθεραπευτές σε ερωτήματα που ήταν ανοιχτού τύπου. Η μορφή αυτής της συνέντευξης επιλέχθηκε, γιατί χωρίς να έχει τα μειονεκτήματα της μη κατευθυνόμενης, αλλά ούτε και της αυστηρά δομημένης, παρέχει πληροφορίες που μπορούν να συσχετισθούν με το προσωπικό βίωμα κάθε φυσικοθεραπευτή, αλλά και με αντικειμενικές παρατηρήσεις που αφορούν τις γνώσεις-στάσεις και συμπεριφορές τους (Cohen & Manion 1997). Κρίθηκε σκόπιμο στη συνέντευξη να χρησιμοποιηθούν και ερωτήματα ανοιχτού τύπου προκειμένου να μην χαθεί πληροφορία από τις απαντήσεις και τις στάσεις των ερωτώμενων σε σχέση με τα ερωτήματα της έρευνας. Ο λόγος που επιλέχθηκε η εστιασμένη συνέντευξη έναντι άλλων μεθόδων επισκόπησης και κυρίως του ερωτηματολογίου, βασίζεται στο ότι αυτή διακρίνεται για την ευελιξία της, για την δυνατότητα να καταγράφονται ακόμα και οι αυθόρμητες αντιδράσεις του ατόμου. Οι αυθόρμητες αυτές απαντήσεις μπορεί κάποιες φορές να είναι περισσότερο πληροφοριακές και λιγότερο κανονιστικές από τις απαντήσεις που δίνει το άτομο ύστερα από ώριμη σκέψη (Bailey 1987). Τα πλεονεκτήματα της εστιασμένης συνέντευξης είναι ότι ορίζεται εκ των προτέρων ένα πλαίσιο εργασίας, και επιδιώκεται η όσο δυνατόν απλοποιημένη ανάλυση, σημαντικό για περιορισμένου χρόνου μελέτες, έχει συγκεκριμένες ερωτήσεις και έγινε μια εισαγωγή για το σκοπό της έρευνας, το

θέμα της συνέντευξης και η δυνατότητα ελεύθερης διατύπωσης των δικών τους απόψεων (Bell 2001, Cohen & Manion 1997, Φίλιας 2001).

Για την έρευνα αυτή επιλέχθηκε η περιγραφική μέθοδος. Βασικό γνώρισμά της είναι η συλλογή δεδομένων σε συγκεκριμένο χρόνο και αποσκοπεί να περιγράψει τη φύση φαινομένων και συνθηκών που ήδη υπάρχουν. Η ποσοτική μέθοδος προσέγγισης επιλέχθηκε αρχικά ως ενδεδειγμένη για τη συλλογή αριθμητικών δεδομένων σε ότι αφορά την καταγραφή των απόψεων των φυσικοθεραπευτών σχετικά με την εμφάνιση μυοσκελετικών τραυματισμών λόγω του επαγγέλματος τους. Στην συνέχεια κρίθηκε αναγκαίο να συμπληρωθεί η έρευνα με δεδομένα ποιοτικής μεθόδου και ως εργαλείο επιλέχθηκε η συνέντευξη με στόχο να διερευνηθούν οι απόψεις των φυσικοθεραπευτών για θέματα πρόληψης μυοσκελετικών τραυματισμών (Cohen et al. 2008).

2. 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας κινούνται σε τέσσερις ενότητες. Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε στη βάση των εννοιών αυτών. Αναλυτικά οι ενότητες περιγράφονται παρακάτω:

1^η ενότητα: Περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις που αφορούν τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, το επίπεδο σπουδών τους, το επίπεδο της φυσικής τους κατάστασης καθώς και τις συνήθειές τους. Τα ερωτήματα που συμπεριελήφθησαν περιλαμβάνουν γενικές ερωτήσεις σχετικές με τον εαυτό τους και τον τρόπο ζωής τους και στόχος είναι να αποτυπωθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου.

2^η ενότητα: Περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις που αφορούν την παρούσα εργασία τους. Αυτές οι ερωτήσεις έχουν να κάνουν με τον εργασιακό τους χώρο, την επαγγελματική τους εμπειρία, τις ώρες εργασίας, τη διάρκεια της θεραπείας, των αριθμό ασθενών, τους συνήθεις χειρισμούς της εργασίας τους, προηγούμενους τραυματισμούς καθώς και αν ασχολούνται με κάποια άλλη εργασία.

3^η ενότητα: Περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις και διερευνά συγκεκριμένα το πρόβλημα μυοσκελετικής φύσεως που προήλθε λόγω επαγγέλματος, το σημείο τραυματισμού, το είδος του τραυματισμού, τον τρόπο με τον οποίο προκλήθηκε αυτό, αν το πρόβλημα τους ανάγκασε να μείνουν εκτός εργασίας για κάποιο διάστημα, αν ο πόνος παρουσιάζει διακυμάνσεις, και αν αυτό σχετίζεται με την αύξηση των επαγγελματικών τους απαιτήσεων, εάν έχουν συμβουλευτεί κάποιον ειδικό σχετικά με τα ενοχλήματα που είχαν, αν ακολουθήθηκε κάποια αγωγή για την αντιμετώπιση του και κατά πόσο αυτό το πρόβλημα επηρέασε την καθημερινότητα τους και τον συνήθη τρόπο που δουλεύουν. Τέλος, περιλαμβάνει το μέγεθος της σωματικής και της ψυχικής κόπωσης που αισθάνονται.

4^η ενότητα: Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις και διερευνά τη σημαντικότητα και την αναγκαιότητα της γνώσης για την αντιμετώπιση των κινδύνων, ενώ περιλαμβάνει τον τρόπο προετοιμασίας του φυσικοθεραπευτή, την τήρηση της εργονομίας, τις γνώσεις των κινδύνων που σχετίζονται με τη δουλειά τους. Ακόμα, την ανάγκη για περαιτέρω γνώση πρόληψης, τις προτάσεις των ίδιων των φυσικοθεραπευτών για τη μείωση των μυοσκελετικών κινδύνων κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, καθώς και το εάν έχουν σκεφτεί την αλλαγή του επαγγέλματός τους εξαιτίας του τραυματισμού.

Συνολικά το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 33 ερωτήσεις τόσο κλειστού, όσο και ανοιχτού τύπου. Από αυτές οι 2 ερωτήσεις θα μετρηθούν κυρίως με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert της οποίας η διαβάθμιση αποτελείται από πέντε σημεία (1 έως 5) που αντιπροσωπεύουν θέσεις από το ένα άκρο (θετικό) μέχρι το άλλο (αρνητικό) και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών. Οι τακτικές κλίμακες επιτρέπουν να προσδιορίσουμε τις «κατώτερες» ή «ανώτερες» θέσεις: π. χ. καθόλου (1) – λίγο (2) – μέτρια (3) – πολύ (4) – πάρα πολύ (5), (Bell 2001 & Javeau 2000).

Οι 5 ερωτήσεις ήταν ανοιχτού τύπου καθώς οι συμμετέχοντες μπορούσαν να διατυπώσουν ελεύθερα της απαντήσεις τους. Οι υπόλοιπες 10 ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής και 16 ερωτήσεις διχοτομικών απαντήσεων (Ναι - Όχι). Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις

διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων (Κυριαζή 2002).

2. 3. ΔΕΙΓΜΑ

Το κριτήριο για την επιλογή των ατόμων του δείγματος (ατόμων που είναι φυσικοθεραπευτές στο επάγγελμα) ήταν η απασχόλησή τους στους διαφορετικούς επαγγελματικούς χώρους που δραστηριοποιούνται. Πληθυσμό της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσαν φυσικοθεραπευτές που δραστηριοποιούνται στο επάγγελμα στην Αλεξανδρούπολη, στην Ξάνθη και στη Θεσσαλονίκη.

Το δείγμα της έρευνας αφορούσε 100 φυσικοθεραπευτές ηλικίας (X- μέσοι όροι) και (SD –τυπικές αποκλίσεις) 39 ετών (8.29), ενώ η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν η τυχαία δειγματοληψία, γιατί μόνο έτσι θα διατηρούνταν η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού. Οι φυσικοθεραπευτές επιλέχθηκαν τυχαία από τον κατάλογο του συλλόγου φυσικοθεραπευτών και από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία εργάζονταν.

Οι χώροι εργασίας περιελάμβαναν δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια και κατ' οίκον επισκέψεις. Σε ότι αφορά την προϋπηρεσία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα επιλέχθηκαν άτομα που η προϋπηρεσία τους διαφοροποιούνταν και περιελάμβανε τόσο άτομα με πολυετή εργασία στις θέσεις που διατηρούσαν, όσο και άτομα με μικρότερη προϋπηρεσία. Μέσω αυτής της διαφοροποίησης στο χρόνο προϋπηρεσίας των ατόμων που επιλέχθηκαν, στόχος ήταν να αποτυπωθούν τα διαφορετικά προβλήματα που προκύπτουν και οι διαφορετικοί τρόποι αντιμετώπισής τους από τους φυσικοθεραπευτές ανάλογα με τα χρόνια εργασίας, τις γνώσεις, την εμπειρία και τον εργασιακό χώρο στον οποίο δραστηριοποιούνται. Τα άτομα αυτά θεωρήθηκε ότι είναι τα πλέον κατάλληλα, αλλά και τα άμεσα ενδιαφερόμενα σε ζητήματα προφύλαξης από μυοσκελετικούς τραυματισμούς του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας εξασφαλίσθηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (Bell 2001, Cohen & Manion 1997):

- το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού όπως ήδη αναλύθηκε σε προηγούμενη παράγραφο
- τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν αφού συλλέχθηκαν με την διανομή των ερωτηματολογίων υπό τη μορφή συνέντευξης στο χώρο εργασίας του κάθε φυσικοθεραπευτή
- το ερωτηματολόγιο και η συνέντευξη διανεμήθηκε και συλλέχθηκε από την ίδια την ερευνήτρια «επί τόπου».
- η συλλογή των δεδομένων έγινε κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου και η ανάλυση τους ήταν ποσοτική.

Η όλη ερευνητική διαδικασία δομήθηκε έτσι ώστε τα παραπάνω να εξασφαλισθούν.

2. 4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με την προσωπική παρουσία της ερευνήτριας, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορεί να μην απαντήσει στις ερωτήσεις αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούν να διακόψουν την όλη διαδικασία (Bell 2001). Η έρευνα διενεργήθηκε τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2009. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συλλέχθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και είχε την μορφή που παρουσιάζεται στο Παράρτημα Ι.

Πριν την διαδικασία διανομής και λήψης των ερωτηματολογίων στους ενδιαφερόμενους πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια μια μικρή εισαγωγή και αναλύθηκε ο σκοπός της έρευνας, έτσι ώστε να δοθεί η απαραίτητη προσοχή και οι απαντήσεις να δοθούν με την απαραίτητη ειλικρίνεια και υπευθυνότητα. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας των φυσικοθεραπευτών σε ώρα διαλείμματος εργασίας. Ο κάθε ερωτώμενος είχε και το έντυπο με τις ερωτήσεις έτσι ώστε να μην ξεφεύγει από το θέμα και να περιορισθεί η παρέμβαση της ερευνήτριας. Οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης και ανάπτυξης των απαντήσεων, οι οποίες καταγράφηκαν. Κατά την διάρκεια της κάθε συνέντευξης επιδιώχθηκε η ερευνήτρια «να εισχωρήσει μέσα στο περιβάλλον» έτσι ώστε να μην

παρερμηνευθούν οι ερωτήσεις και διαφοροποιηθούν οι απαντήσεις με την πιθανή έντονη παρουσία της (Javeau 2000).

Η συνολική παρουσία της ερευνήτριας έγινε με προσεκτικό τρόπο, αφού παρουσιάστηκε σε συγκεκριμένο χρόνο, ενώ αναλύθηκε με σαφήνεια η εκάστοτε διαδικασία, τονίσθηκε η ανωνυμία της ταυτότητας του κάθε ερωτώμενου, καθώς και ο συνολικός διαθέσιμος χρόνος (Bell 2001). Η επαφή και η σχέση μεταξύ ερωτώμενων και ερευνήτριας διατηρήθηκε σε επιφανειακό και τυπικό επίπεδο, κάτι που δηλώνει τη σοβαρότητα της συνέντευξης, διότι «η δυσπιστία του ερωτώμενου μειώνεται αν ο συνεντευκτής μπορεί να αποδείξει τη σοβαρότητα της αποστολής του» (Javeau 2000).

2. 5. ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για να επιτευχθεί η πιστότερη δυνατή καταγραφή της πραγματικότητας μέσα από την ερευνητική διαδικασία με τη χρήση εργαλείων που επιλέχθηκαν, όπως το ερωτηματολόγιο καθορίστηκαν αυστηρά τα χαρακτηριστικά του δείγματος και της ποιότητας των δεδομένων. Για το λόγο αυτό καθορίστηκαν κριτήρια-φίλτρα εισαγωγής του δείγματος στην έρευνα. Στην παρούσα εργασία κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα ήταν η ιδιότητα του ερωτώμενου (φυσικοθεραπευτής στο αντίστοιχο χώρο εργασίας του) και κριτήριο αποκλεισμού από την επεξεργασία των δεδομένων ήταν τα μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν αποκλείσθηκε κανένα ερωτηματολόγιο, διότι πραγματοποιήθηκε υπό τη μορφή συνέντευξης και δεν υπήρχαν ερωτήσεις οι οποίες δεν απαντήθηκαν.

Ένας περιορισμός που ανέκυψε κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν η δυσκολία στην διάθεση ικανοποιητικού χρόνου για την συνέντευξη, λόγω φόρτου εργασίας των ερωτώμενων. Έγιναν κάποιες αλλαγές ως προς το χρόνο διεξαγωγής «ώστε να εξασφαλιστεί η συνεργασία» (Παπαγεωργίου 1998). Χρειάστηκε αρκετές φορές να περιμένει η ερευνήτρια τους

συμμετέχοντες να τελειώσουν την θεραπεία τους, όπως επίσης χρειάστηκε να πηγαίνει στους χώρους εργασίας των φυσικοθεραπευτών και να κλείνει τη συνέντευξη για κάποια άλλη μέρα ανάλογα με το πότε μπορούσε ο εκάστοτε φυσικοθεραπευτής. Καταβλήθηκε όμως κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος, αλλά και να καταγραφούν όπως ελέχθησαν προφορικά οι απαντήσεις των ερωτώμενων έτσι ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να δώσουν την πληρέστερη και αντιπροσωπευτικότερη δυνατή εικόνα για το υπό διερεύνηση θέμα.

2. 6. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν. Έγινε η εισαγωγή των δεδομένων στον Η/Υ με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0. Κάθε πιθανή απάντηση κωδικοποιήθηκε με ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση τα ατομικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Για την παρούσα εργασία ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία περιελάμβανε τα παρακάτω στάδια:

- Κατοχύρωση των δεδομένων με αυστηρή αρίθμηση και καταγραφή των ερωτηματολογίων.
- Έλεγχος των δεδομένων, για την αξιόπιστη καταχώρησή τους στο στατιστικό πρόγραμμα.
- Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
- Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.
- Ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με την μορφή σχημάτων και πινάκων όπου ομαδοποιούνται οι απαντήσεις των ερωτώμενων και αποτυπώνονται συγκεντρωτικά. Χρησιμοποιήθηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις (X και SD) για τα ανθρωπομετρικά στοιχεία του δείγματος όπως επίσης για την

επαγγελματική εμπειρία και τις ώρες εβδομαδιαίας απασχόλησης. Το χ^2 χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση της επίδρασης ατομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, βάρος, ύψος, χρόνια εμπειρίας, ώρες εργασίας, αριθμός ασθενών) με τις μυοσκελετικές διαταραχές.

Οι συσχετίσεις που έγιναν στην παρούσα εργασία αφορούν την ηλικία, το φύλο, τις σπουδές καθώς και τη φυσική κατάσταση των ερωτηθέντων. Όλα τα παραπάνω συσχετίστηκαν με τον εργασιακό τους χώρο, με τα χρόνια προϋπηρεσίας, με τις ώρες εργασίας, με την διάρκεια θεραπείας, με τους συνήθεις χειρισμούς που χρησιμοποιούν στην εργασία τους, με τον αριθμό ασθενών και με προηγούμενους μυοσκελετικούς τραυματισμούς. Ακόμη, με την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων λόγω επαγγέλματος, με το σημείο τραυματισμού, με το είδος του τραύματος, το αίτιο που το προκάλεσε, της μέρες που τους κράτησε εκτός εργασίας το πρόβλημα, της διακυμάνσεις του πόνου και το αν αυτές σχετίζονται με την αύξηση των επαγγελματικών τους απαιτήσεων, με το αν έχουν συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για τα ενοχλήματα που έχουν εξαιτίας του προβλήματος και για το είδος της θεραπείας που ακολούθησαν, για το πόσο ο πόνος επηρέασε την καθημερινότητά τους και αν τους ανάγκασε να αλλάξουν τρόπο εργασίας, για το μέγεθος της σωματικής και ψυχικής κόπωσης που αισθάνονται και για το πόσο επιδεινώθηκε το πρόβλημα που είχαν λόγω επαγγέλματος. Επίσης, για την προετοιμασία του σώματος πριν την θεραπεία, για την τήρηση ή μη των εργονομικών στάσεων, για τις γνώσεις τους σχετικά με τον επαναλαμβανόμενο τραυματισμό πίεσης που σχετίζεται με την εργασία, για τα μέτρα πρόληψης μυοσκελετικών τραυματισμών, για την ανάγκη σεμιναρίων ενημέρωσης, καθώς και για το εάν έχουν σκεφτεί την αλλαγή επαγγέλματος εξαιτίας του τραυματισμού. Τα στατιστικά αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στο παράρτημα III.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό αποτυπώνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των φυσικοθεραπευτών στο ερωτηματολόγιο. Θα παρουσιαστούν τα ανθρωπομετρικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Επίσης το ιστορικό μυοσκελετικών διαταραχών και προβλημάτων, όπως και οι γνώσεις των φυσικοθεραπευτών για την πρόληψη αυτών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μέσους όρους (X) και τυπικές αποκλίσεις (SD).

3. 1. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

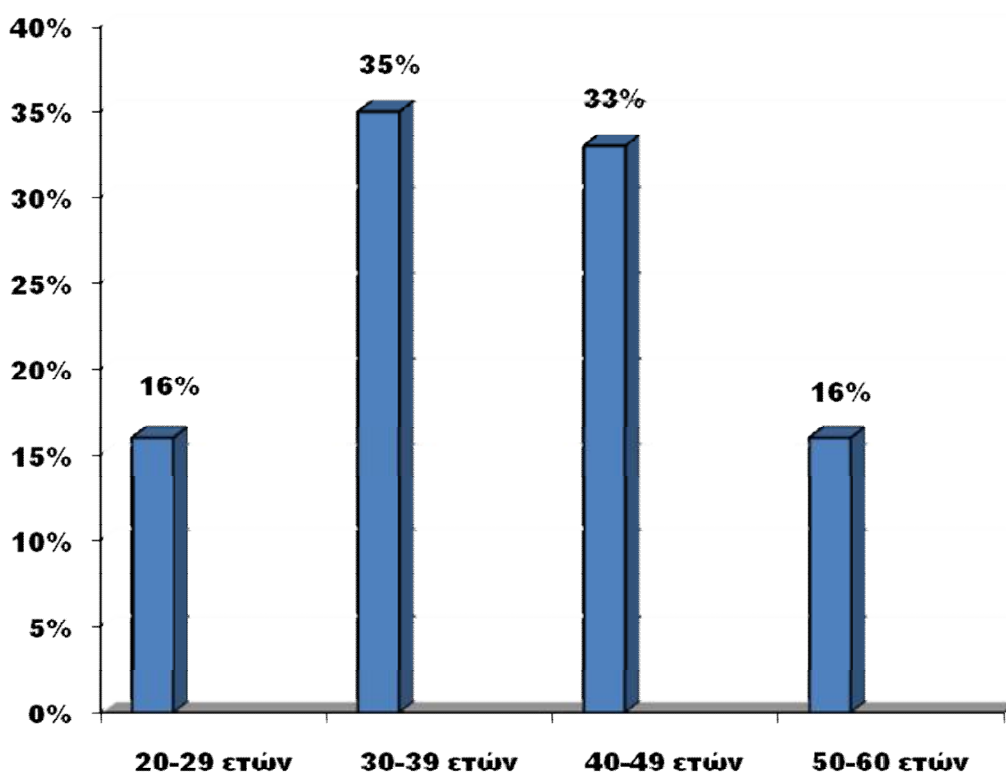
Το δείγμα απετέλεσαν 100 φυσικοθεραπευτές ηλικίας 39 (8.62) ετών (σχήμα 3. 1.), ύψους 1.74 (0.11) m, βάρους 73 (14.16) kg. Από αυτούς 48 ήταν άντρες και 52 γυναίκες (πίνακας 3. 1.). Όσον αφορά το επίπεδο σπουδών τους, το 92% κατείχε πτυχίο ΤΕΙ, ενώ το 6% κατείχε πτυχίο ΤΕΕ και άλλο πτυχίο το υπόλοιπο 2%.

Η πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών (89%) ήταν δεξιόχειρες, ενώ το 7% ήταν αριστερόχειρες και με μικρότερο ποσοστό (4%) ακολουθούσαν οι αμφιδέξιοι. Το 63% των ατόμων ήταν μη καπνιστές, ενώ το υπόλοιπο 37% ήταν καπνιστές.

Το 54% των ατόμων ασκούσαν συστηματικά 4 φορές την εβδομάδα προτιμώντας κατά 61% το γυμναστήριο, κατά 26% άλλο είδος άθλησης όπως κολύμπι, βόλβα, τρέξιμο και κατά 13% κάποιο άθλημα όπως ποδόσφαιρο, τένις, τσεκβον ντό. Το 46% των φυσικοθεραπευτών δεν ασκούσαν. Λόγω έλλειψης χρόνου το 65%, φόρτου εργασίας το 28%, ενώ ένα 7% ανέφερε άλλους λόγους (ηλικία, έλλειψη κινήτρων).

Πίνακας 3. 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος, συνήθειες και επίπεδο φυσικής κατάστασης των φυσικοθεραπευτών σε ποσοστά (%).

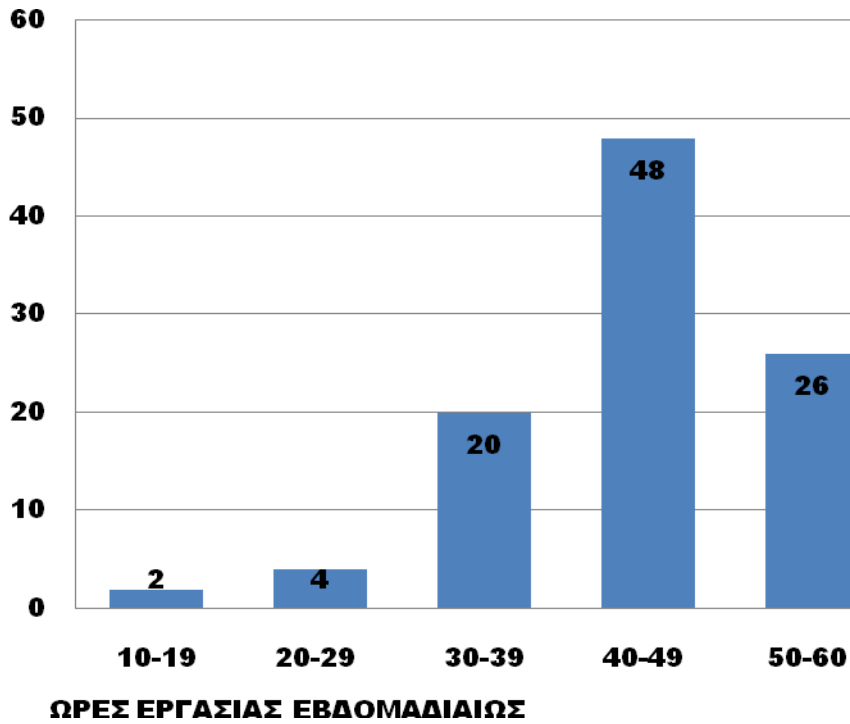
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ n=52	ΑΝΤΡΕΣ n=48	ΣΥΝΟΛΟ n=100
ΔΕΞΙΟΧΕΙΡΕΣ	47%	42%	89%
ΑΡΙΣΤΕΡΟΧΕΙΡΕΣ	4%	3%	7%
ΑΜΦΙΔΕΞΙΟΙ	1%	3%	4%
ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	23%	16%	39%
ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	29%	32%	61%
ΑΣΚΗΣΗ	29%	26%	55%
ΧΩΡΙΣ ΑΣΚΗΣΗ	23%	22%	45%



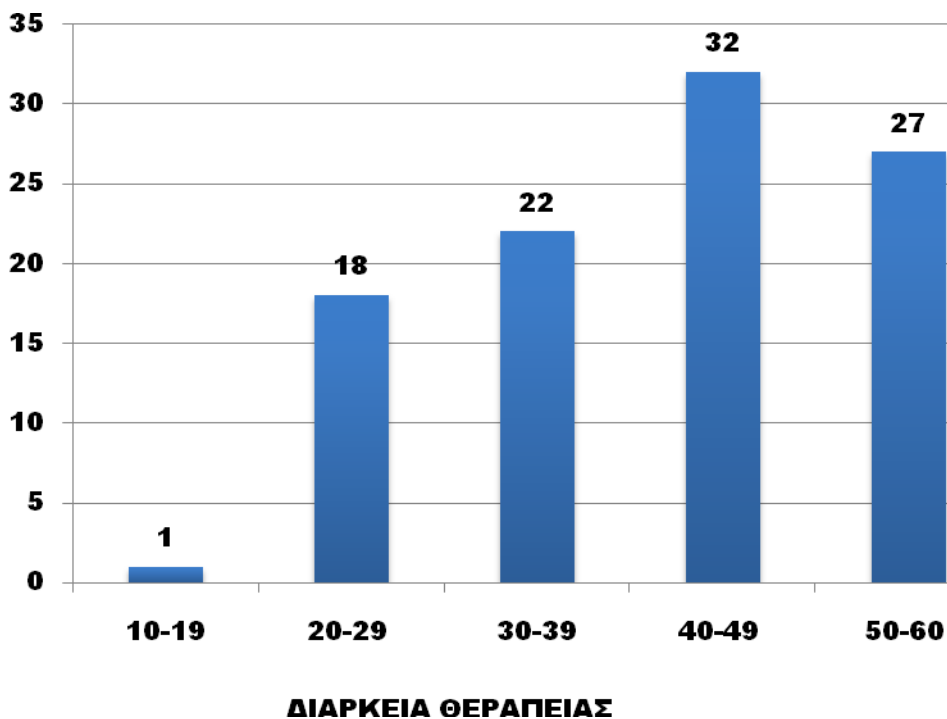
Σχήμα 3. 1. Ποσοστιαία (%) ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα.

3. 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ, ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

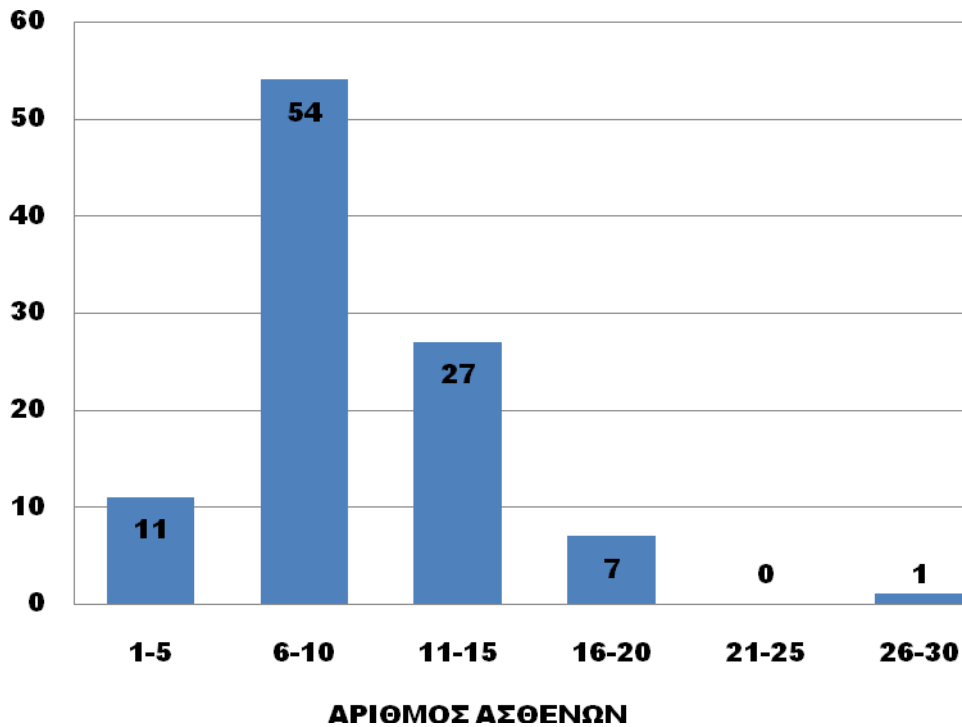
Οι χώροι εργασίας των συμμετεχόντων στην έρευνα φυσικοθεραπευτών ήταν κατά κύριο λόγο τα δημόσια νοσοκομεία (52%) και τα φυσικοθεραπευτήρια (41%), ενώ με μικρότερο ποσοστό ακολουθούν οι κατ' οίκον επισκέψεις (5%) και τα ιδιωτικά νοσοκομεία (2%). Υπήρξε μια συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του χώρου εργασίας ($p=0.000$). Οι μικρής ηλικίας φυσικοθεραπευτές εργάζονται κατά κύριο λόγο σε ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια, ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία τους τόσο αυξάνεται και το ποσοστό που εργάζεται στα δημόσια νοσοκομεία. Η επαγγελματική εμπειρία των φυσικοθεραπευτών ήταν 14 (14.16) έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος (38%) εντοπίζεται στην προϋπηρεσία διάρκειας από 1-9 έτη, ενώ στην προϋπηρεσία διάρκειας από 10-19 έτη ανήκει το 34%. Ακολουθούν προϋπηρεσίες διάρκειας 20-29 ετών με 21% και τέλος ένα 7% των ατόμων του δείγματος είχε εμπειρία πάνω από 30 έτη. Η ηλικία συμβαδίζει με τα χρόνια της επαγγελματικής εμπειρίας ($p=0.000$) καθώς όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η επαγγελματική εμπειρία των φυσικοθεραπευτών. Οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας ήταν 41 (8.92) ώρες, ενώ η μέση διάρκεια κάθε συνεδρίας ήταν τα 39 (13.25) λεπτά της ώρας. Ο μέσος αριθμός ασθενών κάθε φυσικοθεραπευτή ανά ημέρα ήταν 11 (4.41) άτομα.



Σχήμα 3. 2. Εμφάνιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας ομαδοποιημένες ανά 10ωρα.



Σχήμα 3. 3. Χρονική διάρκεια θεραπείας κάθε συνεδρίας ομαδοποιημένη (ανά 10 λεπτά).



Σχήμα 3. 4. Ομαδοποίηση αριθμού ασθενών (ανά 5 άτομα) που δέχεται κάθε φυσικοθεραπευτής σε μια εργάσιμη ημέρα.

Στον πίνακα 3. 2. που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά τα ανθρωπομετρικά, και επαγγελματικά στοιχεία του δείγματος.

Πίνακας 3. 2. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, επαγγελματική εμπειρία, ώρες απασχόλησης, αριθμός ασθενών και διάρκεια συνεδρίας (σε X, SD και εύρος διακύμανσης).

	ΓΥΝΑΙΚΕΣ n=52	ΑΝΤΡΕΣ n=48	ΣΥΝΟΛΟ n=100
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	39 (8.62) 24-58	39 (8.62) 25-60	39 (8.62) 24-60
ΥΨΟΣ (μέτρα)	1.66 (0.07) 1.55-1.80	1.79 (0.08) 1.60-1.95	1.74 (0.11) 1.55-1.95
ΒΑΡΟΣ (kg)	61 (7.83) 50-85	81 (11.57) 59-110	73 (14.16) 50-110
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ	13 (8.41)	14 (9.23)	14 (14.16)

ΕΜΠΕΙΡΙΑ (έτη)	2-32	1-35	1-35
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (ανά εβδομάδα)	39 (7.54) 12-50	43 (9.64) 10-60	41 (8.92) 10-60
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ (λεπτά/ ασθενή)	39 (13.22) 15-60	39 (13.28) 20-60	39 (13.25) 15-60
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (ανά ημέρα)	10 (3.09) 3-15	11 (5.44) 3-30	11 (4.41) 3-30

3. 3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ, ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ

Οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους (95%) δεν εξασκούν κάποιο άλλο επάγγελμα πέραν της φυσικοθεραπείας με κάποιες μικρές εξαιρέσεις (5%). Όσον αφορά προβλήματα μυοσκελετικής φύσης, το 85% των φυσικοθεραπευτών ανέφερε πως δεν είχε αντιμετωπίσει κάτι τέτοιο πριν από την έναρξη της εργασίας του. Το 38% των ερωτώμενων ανέφερε πως έχει εμφανίσει κάποιο μυοσκελετικό πρόβλημα στο παρελθόν εξαιτίας του επαγγέλματός του, ενώ δεν είναι λίγοι (33%) και εκείνοι που έχουν αντιμετωπίσει μυοσκελετικό πρόβλημα λόγω εργασίας πάνω από μια φορά. Μόλις το 29% δεν έχει αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα μυοσκελετικής φύσης που να σχετίζεται με την εργασία του.

Μια συνηθισμένη ημέρα εργασίας ενός φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες κινήσεις καρπού και δακτύλων (7%), ανύψωση ασθενών με τα χέρια (3%), κάμψη της οσφύς (1%) και ορθοστασία (4), ενώ η πλειοψηφία (85%) αναφέρει συνδυασμό όλων των προαναφερθέντων.

Το κυρίαρχο σημείο τραυματισμού είναι η οσφύ με ποσοστό 31%, ακολουθεί ο καρπός με 27%, ο ώμος με 17%, ο αγκώνας με 12%, ο αυχένας με 10% και άλλη περιοχή του σώματος με 3%. Σαν κυρίαρχο αίτιο τραυματισμού κατά τους ερωτώμενους ευθύνονται οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις με ποσοστό 56%, ακολουθεί η μεταφορά ασθενών με 20%, η συγκεκριμένη στάση του σώματος για παρατεταμένο χρονικό διάστημα με 14% και ακολουθούν οι

υπόλοιπες αιτίες με μικρότερα ποσοστά. Όσον αφορά το είδος του τραυματισμού οι περισσότεροι φυσικοθεραπευτές αναφέρουν την τενοντίτιδα (41%), τον εκφυλισμό (20%), τη μυϊκή θλάση (14%), τη νευροπάθεια (5%), τη ρήξη (3%), τη θυλακίτιδα (3%) και άλλο είδος τραυματισμού (14%). Στον πίνακα 3. 3. εμφανίζονται συνολικά το είδος, το σημείο και το αίτιο τραυματισμού.

Στο ερώτημα που τέθηκε στα άτομα της μελέτης, για το αν το πρόβλημα που οφείλεται σε τραυματισμό εξαιτίας αμέλειας κατά την άσκηση φυσικοθεραπείας τους κρατούσε εκτός εργασίας, η πλειοψηφία απάντησε πως αυτό έχει συμβεί. Υπήρχαν αρκετά άτομα (54%) που απάντησαν ότι χρειάστηκε να πάρουν άδεια γι' αυτό το λόγο λίγες φορές, ενώ το 46% απάντησαν ότι αυτό δε συνέβη ποτέ. Η αναρρωτική άδεια διήρκεσε κατά μέσο όρο 16 (17.48) ημέρες. Ο πόνος που προέκυψε εξαιτίας του τραυματισμού παρουσίαζε εξάρσεις και υφέσεις. Οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι η έξαρση του πόνου σχετιζόταν με την αύξηση των απαιτήσεων της δουλειάς τους.

Ακόμη, το 72% των φυσικοθεραπευτών δήλωσε πως έχει συμβουλευτεί κάποιον γιατρό ή φυσικοθεραπευτή σχετικά με τα ενοχλήματα που προέκυψαν εξαιτίας του τραυματισμού, ενώ δεν είναι και λίγοι αυτοί που το αγνόησαν (28%).

Πίνακας 3. 3. Είδος, σημείο και αίτιο τραυματισμού και αντίστοιχο ποσοστό (%), κατά φθίνουσα κλίμακα μεγέθους, του συνόλου των φυσικοθεραπευτών.

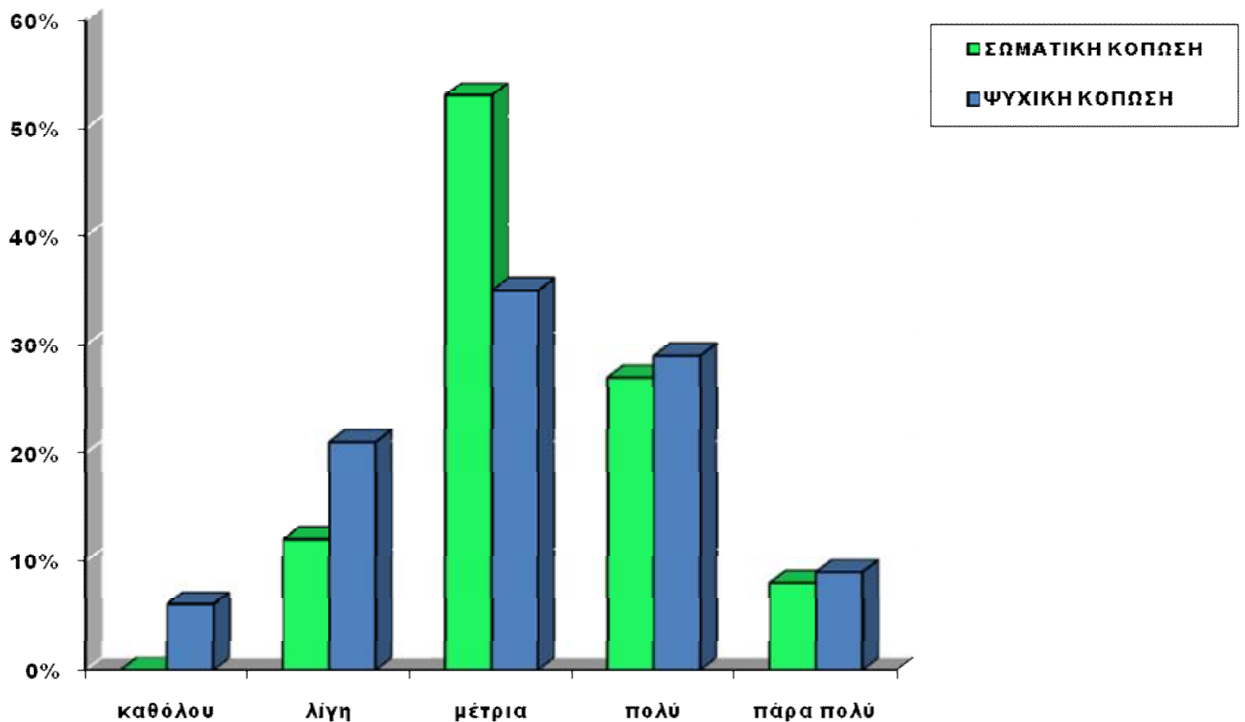
ΕΙΔΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΣΗΜΕΙΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΙΤΙΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ
Τενοντίτιδα 41%	Μέση 31%	Επαναλαμβανόμενες κινήσεις 56%
Εκφυλισμός 20%	Καρπός 27%	Μεταφορά ασθενών 20%
Μυϊκή θλάση 14%	Ώμος 17%	Συγκεκριμένη στάση 14%

Άλλο 14%	Αγκώνας 12%	Κινήσεις κάμψης/ στροφής 4%
Νευροπάθεια 5%	Αυχέννας 10%	Άλλο 4%
Ρήξη 3%	Αλλού 3%	Χειρισμός μηχανημάτων 2%
Θυλακίτιδα 3%		

Το είδος της θεραπείας που ακολούθησαν ήταν η ξεκούραση/ ανάπαυση (42%), η φυσικοθεραπεία (40%), η φαρμακευτική αγωγή (11%), άλλο είδος θεραπείας (όπως διατάσεις, ασκήσεις ενδυνάμωσης) το 4%, ενώ το 3% των φυσικοθεραπευτών έκανε χειρουργείο.

Ο τραυματισμός επηρέασε το 69% των φυσικοθεραπευτών στην καθημερινότητά τους, ενώ μόλις το 31% υποστηρίζει ότι ο πόνος δεν τους επηρέασε. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 79% των συμμετεχόντων αναγκάστηκε να αλλάξει τον τρόπο εργασίας του λόγω του τραυματισμού, ενώ το 21% συνέχισε να εργάζεται χωρίς να κάνει κάποια αλλαγή στον τρόπο εργασίας του. Μόλις το 14% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε κάποιο μυοσκελετικό τραυματισμό στο παρελθόν που επιδεινώθηκε τώρα λόγω επαγγέλματος.

Το 53% των φυσικοθεραπευτών ανέφερε ότι αισθάνεται μέτρια σωματική κόπωση, το 27% ανέφερε πολύ, το 12% λίγη και το 8% πάρα πολύ. Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι δεν υπήρξε κανένας φυσικοθεραπευτής που να δηλώσει ότι δεν αισθάνεται καθόλου σωματική κόπωση. Πέραν της σωματικής κόπωσης, μέτρια ψυχική κόπωση ανέφερε το 35%, πολύ το 29%, λίγη το 21%, ενώ το 9% και το 6% την χαρακτήρισε ως πάρα πολύ και καθόλου αντίστοιχα. Μια συσχέτιση ($p=0.004$) βρέθηκε μεταξύ του φύλου και της ψυχικής κόπωσης. Οι γυναίκες φαίνεται να αισθάνονται περισσότερη ψυχική κόπωση σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Συνολικά η εικόνα για την σωματική και ψυχική κόπωση παρουσιάζεται στο σχήμα 3. που ακολουθεί.



Σχήμα 3. 5. Μέγεθος σωματικής και ψυχικής κόπωσης σε εκατοστιαία αναλογία (%) φυσικοθεραπευτών κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους.

3. 4. ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ

Όσον αφορά την προετοιμασία του σώματος πριν την έναρξη της εργασίας, το 61% των ερωτώμενων δήλωσε ότι προετοιμάζει το σώμα του για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας. Οι τρόποι προετοιμασίας που ακολουθούν είναι οι διατάσεις με ποσοστό 87%, ενώ το 13% αναφέρει άλλους τρόπους προετοιμασίας όπως ύπνο, ψυχική ισορροπία, εφαρμογή σταθεροποιητικής ζώνης στη μέση, καθώς και ασκήσεις Mc Kenze. Ένα μεγάλο ποσοστό 73% των φυσικοθεραπευτών αναφέρει ότι τηρεί της εργονομικές στάσεις και θέσεις του σώματός του κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ το 27% γνωρίζει πως δεν τις εφαρμόζει κυρίως λόγω μη εργονομικού σχεδιασμού του χώρου θεραπείας.

Το 54% των ερωτηθέντων έχει γνώσεις σχετικές με τον επαναλαμβανόμενο τραυματισμό πίεσης, τη διαταραχή του άνω άκρου που σχετίζεται με την εργασία και το σύνδρομο επαναλαμβανόμενου τραυματισμού, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 46% που ανέφερε πως δεν γνωρίζει τους παραπάνω όρους. Παρόλα αυτά το 98% γνωρίζει ποια είναι τα μέτρα πρόληψης για την αποφυγή μυοσκελετικών προβλημάτων που σχετίζονται με την εργασία.

Τα σεμινάρια ενημέρωσης για την πρόληψη κινδύνων λόγω επαγγέλματος φαίνεται πως βρίσκουν ανταπόκριση από τους φυσικοθεραπευτές αφού το 92% δήλωσε πως θα ήθελε να γίνονται σεμινάρια προκειμένου να ενημερώνονται. Τέλος, παρά τους κινδύνους που κρύβει το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας και παρόλο που αρκετοί φυσικοθεραπευτές έχουν τραυματιστεί κατά τη διάρκεια εξάσκησης του επαγγέλματός τους μόλις το 13% δήλωσε πως θα ήθελε να αλλάξει επάγγελμα, ενώ το υπόλοιπο 87% δεν το έχει σκεφτεί. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες έχουν σκεφτεί να αλλάξουν επάγγελμα σε ποσοστό 12% σε αντίθεση με τους άνδρες που μόλις 1% έχει σκεφτεί την αλλαγή επαγγέλματος. Υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της αλλαγής επαγγέλματος ($p=0.001$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4. 1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε ως απάντηση στις ανησυχίες των φυσικοθεραπευτών σχετικά με τις μυοσκελετικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οσφυϊκή χώρα είναι η περιοχή με τους περισσότερους τραυματισμούς. Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από άλλες μελέτες. Στις ΗΠΑ (Bork et al 1996) όπου βρέθηκε ότι ο πόνος στην οσφύ επικρατεί με ποσοστό 45%. Άλλη μελέτη (Glover 2005), βρήκε παρόμοια αποτελέσματα, ενώ στη μελέτη του Holder και συνεργατών (1999), το ποσοστό του πόνου στην οσφύ ήταν της τάξεως του 35%. Στον Καναδά (Mierzejewski 1997) αναφέρθηκε μια γενική εικόνα του πόνου στην περιοχή της οσφύς σε διπλάσιο ποσοστό (70%) και παρόμοια επικράτηση αναφέρθηκε και στο Κουβέιτ (Rosecrance 1998). Ενώ στην Τουρκία σε ανάλογη μελέτη ο πόνος στην οσφύ εμφάνιζε την υψηλότερη συχνότητα όσον αφορά τους επαγγελματικούς τραυματισμούς (Salik 2004).

Σε σχέση με το φύλο, στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε οποιαδήποτε διαφορά στο ποσοστό τραυματισμών μεταξύ ανδρών γυναικών. Παρόμοια αναφορά έχει γίνει και σε άλλη μελέτη από τον Καναδά (Mierzejewski 1997). Ωστόσο υπάρχουν μελέτες (Bork et al 1996, Rosecrance 1998) που δείχνουν ότι οι γυναίκες φαίνεται να τραυματίζονται συχνότερα από τους άνδρες. Πιθανώς αυτό να οφείλεται στο βάρος και στο μέγεθος των γυναικών. Από τη φύση τους οι γυναίκες έχουν μικρότερο σωματικό βάρος από τους άνδρες το οποίο λειτουργεί σαν ένα φυσικό μειονέκτημα, ιδίως κατά την ανύψωση ή την μεταφορά ασθενών. Αν και θα υπέθετε κανείς ότι η καλύτερη φυσική κατάσταση θα μπορούσε να σχετίζεται αρνητικά με τις μυοσκελετικές διαταραχές, ωστόσο στην μελέτη μας δεν φάνηκε το επίπεδο φυσικής κατάστασης να επηρεάζει το ποσοστό των τραυματισμών. Ούτε παρουσίαζε συσχέτιση με το αν οι φυσικοθεραπευτές μας ήταν καπνιστές ή

όχι, που το δεύτερο θα μπορούσε να σχετίζεται και με πιο ευαισθητοποιημένες στάσεις και απόψεις των ατόμων απέναντι στην πρόληψη.

Όσον αφορά το χώρο εργασίας δεν φάνηκε στην παρούσα εργασία να σχετίζεται με τον τραυματισμό. Ενώ υπάρχει μελέτη (Rosecrance 1998) που αναφέρει ότι η πλειοψηφία των φυσικοθεραπευτών που τραυματίστηκαν εργαζόντουσαν σε δημόσια νοσοκομεία, πιθανόν εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ασθενείς στα νοσοκομεία είναι λιγότερο ανεξάρτητοι και απαιτούν περισσότερη προσοχή (κατά την μεταφορά ή αλλαγή θέσης). Παρόμοια αποτελέσματα δείχνουν και άλλες μελέτες (Scholey 1989, Mierzejewski 1997). Ίσως το εύρημα της παρούσης μελέτης θα μπορούσε κατά ένα μέρος να εξηγηθεί από την διαφορά νοοτροπίας, στάσεων και συμπεριφορών που αφορούν το συγκεκριμένο επάγγελμα στις διάφορες χώρες, αλλά και των εργασιακών δομών εν γένει.

Ως παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν κατά την διάρκεια της εργασίας, οι ερωτώμενοι της μελέτης ανέφεραν ότι ευθύνεται η κάμψη και η στροφή με αδέξιο τρόπο, η θεραπεία μεγάλου αριθμού ασθενών σε μία μέρα, οι πολλές ώρες εργασίας εβδομαδιαίως και η ανύψωση και μεταφορά ασθενών. Κάτι παρόμοιο υποστηρίζεται και από άλλη μελέτη (Elsevier 2005) για την κάμψη και τη στροφή με αδέξιο τρόπο, ενώ ο Rosecrance (1998) ως παράγοντα κινδύνου αναφέρει την ανύψωση και μεταφορά ασθενών, καθώς και την θεραπεία μεγάλου αριθμού ασθενών σε μία ημέρα εργασίας.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (72%) συμβουλευτήκε κάποιον ιατρό ή φυσικοθεραπευτή για το πρόβλημά του σε αντίθεση με την προαναφερθείσα μελέτη (Elsevier 2005) που αναφέρει ότι μόνο το 39% έχει συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για τον τραυματισμό του. Αυτό οφείλετε στο ότι οι φυσικοθεραπευτές της πιο πάνω μελέτης δεν έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στο πρόβλημα και το αμέλησαν πιστεύοντας ότι είναι κάτι παροδικό. Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι το είδος της θεραπείας που ακολούθησαν οι τραυματισμένοι φυσικοθεραπευτές ήταν η φυσικοθεραπεία και η ξεκούραση/ανάπαυση.

Οι τραυματισμένοι φυσικοθεραπευτές της μελέτης μας δεν θεωρούσαν την ανεπαρκή κατάρτιση στην πρόληψη τραυματισμών, ως τον παράγοντα που

συνέβαλε στον τραυματισμό τους. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε άλλες μελέτες (Bork et al. 1996, Cromie et al. 2000, Holder et al. 1999), που υποστηρίζουν ότι οι καλά εκπαιδευμένοι με τις ειδικές γνώσεις πρόληψης τραυματισμών φυσικοθεραπευτές, συνεχίζουν να τραυματίζονται κατά τη διάρκεια της εργασίας τους και ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Παρόμοιες αναφορές γίνονται και από μελέτες σε άλλες χώρες, στην Αγγλία (Scholey 1989), τον Καναδά (Mierzejewski 1997) και τις ΗΠΑ (Molumphy 1985), που αναφέρουν ότι, ο τραυματισμός, όχι μόνο εμφανίστηκε στα πρώτα πέντε έτη από την έναρξη της εργασίας τους, αλλά οι φυσικοθεραπευτές που τραυματίστηκαν ήταν πριν την ηλικία των 30 ετών. Πιθανόν αυτοί οι τραυματισμοί να οφείλονται σε λανθασμένους μηχανισμούς του σώματος και λανθασμένες τεχνικές κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων στην διαχείριση των ασθενών. Φαίνεται να υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της γνώσης της ασφαλούς πρακτικής και των πραγματικών συνθηκών που επικρατούν στο χώρο εργασίας.

Ακόμη, πρέπει να αναφερθεί ότι οι φυσικοθεραπευτές της παρούσας μελέτης ανέφεραν ότι αισθάνονται μέτρια σωματική και ψυχική κόπωση σε αντίθεση με άλλες μελέτες που δεν αναφέρουν κάτι σχετικό με την κόπωση των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά το πώς επηρεάζει ο τραυματισμός τις καθημερινές δραστηριότητες των φυσικοθεραπευτών από την μελέτη φάνηκε ότι τους ανάγκασε να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους ή να ζητήσουν άδειες λόγω του μυοσκελετικού προβλήματος και ακόμη να αλλάξουν την ρύθμιση της εργασίας τους.

Ο συνηθέστερος τρόπος αντιμετώπισης ήταν, να τροποποιηθεί η θέση εργασίας του ιδίου του φυσικοθεραπευτή αλλά και του ασθενούς του, να επιλεγούν τεχνικές που δεν επιδεινώνουν ή προκαλούν ταλαιπωρία των φυσικοθεραπευτών. Επίσης η ρύθμιση του ύψους των κρεβατιών πριν από κάθε θεραπεία, η πραγματοποίηση διαλειμμάτων για να μπορούν να χαλαρώσουν και να αλλάζουν τη στάση του σώματος τους μεταξύ των συνεδριών. Ακόμα να ζητήσουν βοήθεια για τον χειρισμό ενός ασθενούς με μεγάλο σωματικό βάρος, να σταματήσουν τη θεραπεία εάν αυτή προκαλεί ή επιδεινώνει τον πόνο τους, η χρησιμοποίηση διαφορετικού μέρους του

σώματός τους για μια χειρωνακτική τεχνική, η χρήση ηλεκτροθεραπείας αντί των χειρωνακτικών τεχνικών και τέλος η προθέρμανση του σώματός τους πριν την εκτέλεση μιας χειρωνακτικής τεχνικής ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην εργασία τους.

Η φυσικοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υψηλού κινδύνου για τις σχετικές με την εργασία μυοσκελετικές διαταραχές. Παρόλο, που οι φυσικοθεραπευτές της παρούσας έρευνας έχουν τραυματιστεί εξαιτίας του επαγγέλματός τους, δεν σκέφτονται να αλλάξουν επάγγελμα με ελάχιστες εξαιρέσεις που αφορούν κυρίως της γυναίκες. Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από άλλες μελέτες (Bork 1996, Gardner 2001) γιατί οι φυσικοθεραπευτές που τραυματίζονται νωρίς στη σταδιοδρομία τους βρίσκουν αποτελεσματικούς τρόπους για να αποφύγουν τον επανατραυματισμό. Αν και οι φυσικοθεραπευτές πράγματι τραυματίζονται νωρίς στη σταδιοδρομία τους, μαθαίνουν να προσαρμόζονται. Η συνιστώμενη μέθοδος προσαρμογής ως απάντηση στον τραυματισμό είναι να τροποποιηθεί η τεχνική φυσικοθεραπείας τους.

Συμπερασματικά, μέσα από την παρούσα μελέτη διαπιστώνει κανείς ότι οι φυσικοθεραπευτές κινδυνεύουν να τραυματιστούν το ίδιο, ανεξάρτητα από το χώρο εργασίας τους, το φύλο τους, ή από την επαγγελματική τους εμπειρία. Οι πολλές ώρες εργασίας την εβδομάδα, ο μεγάλος αριθμός ασθενών σε μία μέρα, οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις και η μεταφορά ασθενών είναι μερικοί από τους παράγοντες που συμβάλουν στον τραυματισμό. Το σημείο που τραυματίζεται συχνότερα είναι η οσφύ και ο πόνος που εκδηλώνεται εξαιτίας του τραυματισμού εμφανίζει εξάρσεις οι οποίες συσχετίζονται με την αύξηση των επαγγελματικών απαιτήσεων. Η θεραπεία που ακολούθησαν μετά από την συμβουλή κάποιου ειδικού ήταν η φυσικοθεραπεία και η ξεκούραση. Όσον αφορά το ποσοστό της σωματικής και ψυχικής κόπωσης που αισθάνονται μετά το τέλος μιας εργασιακής ημέρας αυτό κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Επιπρόσθετα, η προετοιμασία του σώματος με διατάσεις πριν την έναρξη της εργασίας και η τήρηση των εργονομικών θέσεων είναι μερικές στρατηγικές που ακολουθούν οι φυσικοθεραπευτές για την προφύλαξή τους από μυοσκελετικούς τραυματισμούς. Κλείνοντας την συζήτηση, θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι

φυσικοθεραπευτές είναι ανοιχτοί σε νέες γνώσεις καθώς επιθυμούν την ενημέρωση με κάθε τρόπο σχετικά με τους τρόπους πρόληψης για να μην αναγκαστούν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους.

Εν κατακλείδι, οι συμβάλλοντες ρόλοι των εργονομικών παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η τεχνική και το περιβάλλον εργασίας είναι ανάγκη να αξιολογηθούν περαιτέρω έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος των μυοσκελετικών τραυματισμών λόγω εργασίας. Έτσι απαιτείται μια μακροπρόθεσμη μελέτη για να καθορίσει την αιτιολογία, τους παράγοντες κινδύνου και το ρόλο των εργονομικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος.

4. 2. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Είναι πιθανόν ότι ένας συνδυασμός μέτρων θα έχει τη μέγιστη επίδραση στη μείωση των σχετικών με την εργασία μυοσκελετικών τραυματισμών και μια λύση βασισμένη στο πρόβλημα δεν θα πρέπει να είναι μόνο από τους φυσικοθεραπευτές, αλλά και από τους αρμόδιους ασφάλειας της κάθε επιχείρησης, τους διαχειριστές, τους διευθυντές φυσικοθεραπείας, τους κλινικούς εκπαιδευτικούς και άλλους που θα πρέπει να λειτουργήσουν δημιουργικά με τους εργοδότες για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Πρακτικές επεμβάσεις που εστιάζουν στην αξιολόγηση του κινδύνου, τη συνειδητοποίηση των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο, την παρουσίαση πληροφοριών για τις αποτελεσματικές εργονομικές στρατηγικές μπορούν όλα μαζί να παίξουν έναν ρόλο στη γενική στρατηγική για να καταπολεμήσουν το σχετικό με την εργασία μυοσκελετικό τραυματισμό. Η εφαρμογή της ορθής πρακτικής και της γνώσης των αποτελεσματικών προληπτικών στρατηγικών για τη μείωση του κινδύνου τραυματισμού είναι ουσιαστική. Οι προληπτικές στρατηγικές πρέπει να εφαρμοστούν από το αρχικό στάδιο της σταδιοδρομίας του φυσικοθεραπευτή και πρέπει να είναι ένα μέρος της φυσικής συμπεριφοράς ενός φυσικοθεραπευτή στον τρόπο

προσέγγισης της εργασίας του. Αυτό ισχύει εξίσου και για τους βοηθούς φυσικοθεραπευτών. Οι προληπτικές στρατηγικές μπορούν να είναι σχετικά απλές: π.χ. το 85,8% των τραυματισμένων φυσικοθεραπευτών της παρούσης μελέτης, ρύθμισε το ύψος κρεβατιού ως απάντηση του τραυματισμού του στον εργασιακό χώρο. Εντούτοις, αυτό ήταν μετά από τον τραυματισμό, όχι πριν, προτείνοντας ότι υπάρχει ουσιαστικό περιθώριο για βελτίωση στην προσέγγιση της υιοθέτησης προληπτικών στρατηγικών στον εργασιακό χώρο.

Μπορούμε άραγε με τη λήψη προληπτικών μέτρων να καταργήσουμε το πρόβλημα των επαγγελματικών μυοσκελετικών διαταραχών; Πιθανότατα όχι, γιατί πάντα θα εμφανίζονται περιπτώσεις μοναδικές που θα επηρεάζονται από ατομικά χαρακτηριστικά και από μη ελεγχόμενες συνθήκες. Σίγουρα όμως μπορούμε να μειώσουμε το ποσοστό των περιστατικών όπως και τους παράγοντες κινδύνου.

Επιπλέον, Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία προτείνει:

Μείωση φυσικών επιβαρυντικών παραγόντων

- σε εργασίες με μεγάλη επαναληπτικότητα απαιτούνται αρκετά μικρά διαλείμματα πέραν του διαλείμματος για το γεύμα.

Ανεύρεση εργονομικής εργασιακής στάσης - θέσης του σώματος

- σχεδιασμός του χώρου εργασίας ανάλογα με το ύψος, το μέγεθος, τη δύναμη του εργαζομένου, εάν είναι αριστερόχειρας ή δεξιόχειρας
- χρήση εργονομικών βοηθημάτων
- διάχυση της δύναμης (π.χ. χρήση της παλάμης και όχι μόνο των δακτύλων)
- σχεδιασμός του χώρου εργασίας σε βολική θέση- ύψος για τον εργαζόμενο

Μείωση της διάρκειας έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου

- διανομή του χρόνου έκθεσης σε υψηλού κινδύνου παράγοντες, σε ομάδα εργαζομένων ανακυκλώνοντας τις εργασιακές δραστηριότητες
- να επιτραπεί στους εργαζόμενους η συμμετοχή και σε άλλα στάδια παραγωγής με διαφορετικού βαθμού επικινδυνότητας ή επιβαρυντικούς παράγοντες.

Προαγωγή του εργασιακού περιβάλλοντος

- με σωστή θερμοκρασία περιβάλλοντος και σωστό φωτισμό (αποφυγή σκιάσεων, αντανάκλασεων κ.λ.π.)

Προαγωγή των εργασιακών συνθηκών

- ενίσχυση της ομάδας εργασίας και της καλής επικοινωνίας μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων
- ανακύκλωση των εργασιακών δραστηριοτήτων για να αποφευχθεί η μονοτονία
- ιατρική παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων για πρόωρη ανίχνευση μυοσκελετικών παθήσεων λόγω εργασίας
- εκπαίδευση των εργαζομένων για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας
- ισορροπία μεταξύ επιπλέον κέρδους παραγωγής και φυσικών ορίων
- συμμετοχή των εργαζομένων στις αποφάσεις που αφορούν αυτούς και την εργασία τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης του CSP (Chartered Society of Physiotherapy) 2005 (την επίσημη κοινωνία της φυσικοθεραπείας) υπάρχουν πολλά ζητήματα σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον που ασκούν επίδραση στον μυοσκελετικό τραυματισμό και που απαιτούν τη συγκεκριμένη διοικητική δράση για να εξεταστούν. Αυτά περιλαμβάνουν :

- μια ανοιχτή κουλτούρα επικοινωνίας:
ξεκαθαρίστε οι φυσικοθεραπευτές, τόσο ως μισθωτοί- εργαζόμενοι όσο και ως εργοδότες, τους κινδύνους, πρέπει να τεθεί σε ισχύ ένα σύστημα που να ενθαρρύνει την υποβολή έκθεσης των τραυματισμών. Η αρμονική συνεργασία των φυσικοθεραπευτών με το οικείο περιβάλλον του ασθενή καθώς και με τους ειδικούς (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κ.α.) στους οποίους έχει απευθυνθεί κατά καιρούς ο ασθενής επιζητώντας λύση στο πρόβλημά του, περιλαμβάνουν την εξασφάλιση ότι όλες οι σχετικές πληροφορίες για το ασθενή είναι γνωστές, όπως το βάρος του ασθενή, οποιαδήποτε ανικανότητα ή άλλοι σχετικοί παράγοντες που μπορούν να δυσκολέψουν την θεραπεία.

- παροχή επαρκούς κατάρτισης στους φυσικοθεραπευτές:

το περιεχόμενο και η συχνότητα των εκπαιδευτικών μαθημάτων πρέπει να αξιολογηθούν για να εξασφαλίσουν ότι παραδίδουν την κατάλληλη κατάρτιση στο σωστό προσωπικό, στο σωστό επίπεδο και στο σωστό χρόνο. Η κατάρτιση πρέπει να αξιολογηθεί και να τροποποιηθεί για να συμπληρώσει οποιαδήποτε χάσματα και για να περιλάβει τις ενημερωμένες πληροφορίες. Ο συγκεκριμένος κίνδυνος μυοσκελετικών τραυματισμών λόγω επαγγέλματος για το πρόσφατα καταρτισμένο προσωπικό πρέπει να εξεταστεί.

- έκθεση σε διάφορους και μεταβαλλόμενους παράγοντες κινδύνου:

ένας φυσικοθεραπευτής σε μια στατική θέση πιθανότατα γνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου που υπάρχουν στο χώρο σε αντίθεση με έναν άλλο ο οποίος περιστρέφεται σε διαφορετικά περιβάλλοντα και υπόκειται σε άγνωστους παράγοντες κινδύνου.

- Υιοθέτηση μιας ελάχιστης προσέγγισης ανύψωσης:

όπου οι ασθενείς, αντί να ανυψώνονται με τη βοήθεια φυσικοθεραπευτή, πρέπει να αντικατασταθεί η ανύψωσή τους με άλλα μέσα, όπως η χρήση των μηχανικών ανελκυστήρων, χρήση του καλύτερου και πιο κατάλληλου εξοπλισμού αποκατάστασης. Η έλλειψη προσιτού και κατάλληλου εξοπλισμού είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στον τραυματισμό. Τα εμπόδια στη χρήση του υπάρχοντος εξοπλισμού όπως το απρόσιτο ή η έλλειψη κατάρτισης στη σωστή χρήση πρέπει να προσδιοριστούν. Τα συγκεκριμένα προβλήματα όσον αφορά την πρόσβαση και τη μεταφορά του εξοπλισμού για τους φυσικοθεραπευτές χρειάζονται επίσης ιδιαίτερη προσοχή. Η γνώση και η κατάρτιση στην κατάλληλη χρήση του εξοπλισμού πρέπει να αναθεωρείται τακτικά.

- Εκτός από τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται στην θεραπεία όπως το γερανάκι, η κατάσταση του εργασιακού περιβάλλοντος πρέπει επίσης να διαμορφωθεί κατάλληλα.

Τα δωμάτια θεραπείας που είναι πολύ μικρά δεν συμβάλλουν στην ασφάλεια εργασιακών χώρων δεδομένου ότι θα αναγκάζουν το φυσιοθεραπευτή να λαμβάνει αδέξιες και περιορισμένες στάσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η εργασία σε αδέξιες ή περιορισμένες συνθήκες αναφέρθηκε από την παρούσα μελέτη των τραυματισμένων φυσικοθεραπευτών ως ιδιαίτερο πρόβλημα και το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να υπόκειται στην αξιολόγηση του κινδύνου.

Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει τον εξοπλισμό, τα δωμάτια θεραπείας καθώς και άλλες εγκαταστάσεις όπως τα δωμάτια προσωπικού, εφόσον ενδείκνυται.

- Ο αριθμός των ασθενών:

είναι ένα πρόβλημα οργάνωσης εργασίας έξω από τον προσωπικό έλεγχο του φυσιοθεραπευτή (όταν αυτός δεν είναι ιδιώτης), που χρειάζεται την προσοχή της διαχείρισης. Η θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού ασθενών σε μια ημέρα ήταν ταξινομημένος ως τρίτος υψηλότερος παράγοντας κινδύνου. Πρέπει να διανέμεται ομοιόμορφα η εργασία σε όλη τη διάρκεια της ημέρας για να αποτραπεί η επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα και η επαναλαμβανόμενη πίεση και να υπάρχει αρκετός χρόνος αποκατάστασης των μυών.

- Μεταβαλλόμενη εργασία:

ως απάντηση σε τραυματισμό λίγοι φυσικοθεραπευτές άλλαξαν τη ρύθμιση της εργασίας τους ή μείωσαν τις ώρες επαφής τους ως απάντηση του τραυματισμού.

- Χρόνος απασχόλησης και διαλείμματα:

η σημασία του διαλείμματος είναι συχνά ξεχασμένη ή αγνοημένη. Οι εργοδότες μπορούν να πάρουν ένα δυναμικό ρόλο στην ενθάρρυνση των διαλειμμάτων και να εξασφαλίσουν ότι υπάρχουν αρμόζουσες εγκαταστάσεις όπου το προσωπικό μπορεί να ξεκουράζεται.

- Ζητήματα επάνδρωσης:

η έλλειψη προσωπικού για να βοηθήσει να ανυψωθεί ένα βαρύς ασθενής, για να καλύψει τις άδειες και την απουσία λόγω ασθένειας είναι ένας παράγοντας κινδύνου, γιατί αναγκάζουν το φυσικοθεραπευτή σε περισσότερη εργασία. Τα επίπεδα του προσωπικού πρέπει να αναθεωρηθούν για να εξασφαλίσουν ότι είναι ικανοποιητικά και επαρκή για τη λειτουργία που απαιτείται.

- Υποβολή έκθεσης κινδύνων και τραυματισμών:

Η υποβολή έκθεσης των τραυματισμών πρέπει να ενθαρρυνθεί με διαδικασίες που τίθενται σε ισχύ για να προωθηθεί η έγκαιρη ανίχνευση του τραυματισμού. Η χαρτογράφηση σώματος (όπου ένας χάρτης με το ανθρώπινο σώμα χωρισμένο ανάλογα με της αρθρώσεις μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε χώρο και εκεί ο εργαζόμενος να σημειώνει την περιοχή που έχει τραυματιστεί) ή άλλες υπαγορεύσεις πόνου θα μπορούσαν να εισαχθούν στο τέλος της ημέρας για να υπενθυμίσουν στο προσωπικό να

καταγράψει τα γεγονότα των σχετικών με την εργασία συμπτωμάτων. Ένα μεγάλο ποσοστό των τραυματισμών αντιμετωπίζεται αλλά δεν αναφέρεται. Εάν οι τραυματισμοί δεν αναφέρονται, παραμένουν αόρατοι και αποτρέπουν την αποτελεσματική διοικητική δράση. Άλλες υπηρεσίες υγιεινής της εργασίας πρέπει επίσης να παρασχεθούν, όπως η παροχή συμβουλών, οι ομάδες υποστήριξης, κ.τ.λ.

- Ελαφρά καθήκοντα και συγχρονισμένη επιστροφή στην εργασία: πρέπει να παρασχεθούν για όλο το προσωπικό που έχει εμπειρία κάποιου τραυματισμού, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού μερικής απασχόλησης και πρέπει επίσης να ισχύσουν αυτά και για τις ειδικές ομάδες π.χ. έγκυες

4. 3. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ

Παρακάτω παρουσιάζονται μερικές χρήσιμες συμβουλές για τους φυσικοθεραπευτές σύμφωνα με την Greene (2005):

1. Η τροποποίηση των συνηθειών του τρόπου ζωής και της εργασίας είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας στην παρεμπόδιση του τραυματισμού. Μόλις τραυματιστείτε ο δρόμος για την αποκατάσταση είναι μακρύς. Αυτές οι τεχνικές μπορούν να σας βοηθήσουν.
2. Γυμναστείτε ή ασχοληθείτε με κάποιο άθλημα. Η διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης θα σας βοηθήσει να θεραπεύσετε οποιοσδήποτε αρχικούς τραυματισμούς και να τους περιορίσετε από το να αναπτυχθούν σοβαρότεροι.
3. Φροντίστε τα χέρια σας κάθε μέρα. Είναι τα εργαλεία σας και πρέπει να τα μεταχειρίζεστε με προσοχή. Αποφύγετε καθετί που μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό.
4. Αναπτύξτε καλούς μηχανισμούς λειτουργίας του σώματος. Να χρησιμοποιείτε το σώμα σας για να παράγεται την αποτελεσματικότερη μετακίνηση με την λιγότερη προσπάθεια. Έτσι θα μειωθεί η πίεση της εργασίας σας. Όταν εργάζεστε προσπαθήστε να κρατάτε τους καρπούς σας ευθυγραμμισμένους με το υπόλοιπο άνω άκρο. Χρησιμοποιείστε τους

μεγαλύτερους μυς της πλάτης και του ώμου (όχι τους μικρότερους μύες του αντιβράχιου).

5. Εμπλουτίστε την τεχνική σας. Χρησιμοποιείστε διαφορετικά μέρη του χεριού και των βραχιόνων σας όταν κάνετε μάλαξη. Έτσι θα αποφύγετε την επαναλαμβανόμενη κίνηση σε οποιοδήποτε μέρος. Π.χ. χρησιμοποιήστε τον αγκώνα σας για να εφαρμόσετε πίεση και όχι τα δάκτυλα σας.

6. Αποφύγετε τις τεχνικές μάλαξης που σας προκαλούν πόνο. Υπάρχουν πολλές τεχνικές που μπορείτε να επιλέξετε.

7. Ελέγξτε το πρόγραμμα των εργασιών σας. Προσπαθήστε να διατηρήσετε ένα κανονικό πρόγραμμα θεραπειών. Έτσι δεν θα αυξάνετε ξαφνικά τον αριθμό των θεραπειών που κάνετε ή να μειώνετε το χρονικό διάστημα που έχετε μεταξύ των θεραπειών.

8. Θερμάνετε τα χέρια σας πριν την εργασία. Εάν τα χέρια σας είναι κρύα, δεν έχετε ικανοποιητική κυκλοφορία αίματος για να κρατήσετε τους ιστούς εύκαμπτους. Συνίσταται προθέρμανση με διατάσεις και ελαφρά αεροβική άσκηση προτού να αρχίσετε.

9. Αναπτύξτε μια ρεαλιστική στάση απέναντι στην εργασία σας. Υπάρχουν όρια σε αυτό που μπορείτε να κάνετε. Ο σεβασμός των ορίων σας είναι υγιής και θα σας βοηθήσει να αποφύγετε κάποιο τραυματισμό.

10. Μεταχειριστείτε τους τραυματισμούς αμέσως και αποτελεσματικά. Εάν έχετε πόνο ή δυσλειτουργία περιοδικά ή συνεχώς για περισσότερο από τέσσερις ημέρες, δείτε κάποιον ειδικό. Πιθανώς να έχετε ήδη τραυματιστεί και αν το αμελήσετε ο τραυματισμός θα επιδεινωθεί.

11. Μην εξαντλείστε με κάθε ασθενή. Δώστε ρυθμό καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας σας και της εβδομάδας σας. Έτσι δεν θα καταλήγετε σωματικά και ψυχικά εξαντλημένοι.

4. 4. ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Κατά τη λήψη αποφάσεων για δράσεις πρόληψης, σύμφωνα με τον Αγγελακούδη (2004) πρέπει να εξετάσει κανείς ένα ευρύ φάσμα πιθανών

αλλαγών. Ο χώρος εργασίας για παράδειγμα, μπορεί να βελτιωθεί η διευθέτηση του χώρου εργασίας, ώστε οι εργαζόμενοι να μην είναι υποχρεωμένοι να εκτελούν εργασίες που απαιτούν άσκηση μεγάλης δύναμης σε επίπονες και στατικές στάσεις.

Ο εξοπλισμός εργασίας. Για παράδειγμα, είναι τα εργαλεία εργονομικά σχεδιασμένα.

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ηλεκτρικά εργαλεία για την ελάττωση της δύναμης που απαιτείται για την εκτέλεση ορισμένων εργασιών. Η χρήση τέτοιων εργαλείων θα μειώσει την έκθεση των χεριών ή των βραχιόνων σε κραδασμούς.

Οι εργαζόμενοι. Πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να έχουν καλύτερη αντίληψη των εργονομικών παραγόντων και να μπορούν να αναγνωρίζουν και να αποφεύγουν τις μη ασφαλείς συνθήκες εργασίας. Επιπροσθέτως, οι εργαζόμενοι πρέπει να κατανοήσουν τους λόγους για τους οποίους είναι σημαντικό να αποδίδεται σημασία στην πρόληψη και τα όσα μπορεί να συμβούν όταν ο παράγοντας αυτός παραμελείται. Πρέπει επίσης, να γνωρίζουν τα οφέλη από την υιοθέτηση ορθών πρακτικών και μεθόδων εργασίας, δηλαδή τη μείωση της καταπόνησής τους και το γεγονός ότι με τον τρόπο αυτό δεν θα έχουν απώλεια εισοδήματος.

Τα καθήκοντα εργασίας. Ένα από τα σημαντικότερα ζητούμενα είναι η ελάττωση των φυσικών απαιτήσεων της εργασίας μειώνοντας τα επίπεδα δύναμης, επανάληψης, επίπονων στάσεων ή /και κραδασμών. Αυτό πολλές φορές απαιτεί τη χρήση νέων εργαλείων ή μεθόδων εργασίας.

Η διαχείριση εργασίας. Για παράδειγμα, σχεδιάζοντας καλύτερα την εργασία ή εφαρμόζοντας ασφαλή συστήματα εργασίας. Ενδεχομένως να είναι δυνατή η ανακατανομή των καθηκόντων μεταξύ των εργαζομένων με στόχο τη μείωση των επαναλαμβανόμενων κινήσεων, της άσκησης δύναμης με τα χέρια και της παρατεταμένης κάμψης ή στροφής του κορμού.

Σε οργανωτικό επίπεδο. Στις πρακτικές λύσεις συγκαταλέγονται η επίτευξη της κατάλληλης αναλογίας μεταξύ των χρονικών διαστημάτων εργασίας ανάπαυσης με στόχο τη μείωση της κόπωσης, η οργάνωση των διαλειμμάτων και η εκ περιτροπής εργασία. Σε εταιρικό επίπεδο, πρέπει να προωθείται πολιτική για την ανάπτυξη μιας ισχυρής νοοτροπίας όσον αφορά την

ασφάλεια με στόχο τη μεγαλύτερη δέσμευση και συμμετοχή, σε ανώτατο επίπεδο, στον εντοπισμό και στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου για ΜΣΠ, και τη βελτίωση των μέτρων ασφάλειας και επίβλεψης.

4. 5. ΑΝΑΛΗΨΗ ΔΡΑΣΗΣ

Οι δράσεις πρέπει να στοχεύουν καταρχάς στην πρόληψη πρόκλησης τραυματισμών, αλλά παράλληλα και στη μείωση της σοβαρότητας οποιουδήποτε τραυματισμού. Οι εργαζόμενοι πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους και για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν προκειμένου να αποφύγουν τέτοιου είδους τραυματισμούς. Παρακάτω παρουσιάζονται τρόποι μείωσης των κινδύνων και πιθανοί τρόποι πρόληψης.

	Μειώστε τον κίνδυνο	Πιθανές δράσεις πρόληψης
Σκεφτείτε τι κάνετε στην εργασία	<ul style="list-style-type: none">-Αποφύγετε επίπονες στάσεις-Αποφύγετε την κάμψη των καρπών-Αποφύγετε τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις-Αποφύγετε την παρατεταμένη ορθοστάσια-Αποφύγετε την παρατεταμένη έκταση των χεριών-Περιορίστε τον αριθμό των ασθενών σας	<ul style="list-style-type: none">-Κατά τη μεταφορά ενός ασθενή κρατάτε τους αγκώνες σας κοντά στο σώμα σας-Εκτελέστε τις εργασίες εναλλάξ και με τα δυο χέρια-Ζητήστε βοήθεια για να μεταφέρετε έναν ασθενή.-Φοράτε ειδικά παπούτσια.-Χρησιμοποιήστε επιφάνειες εργασίας με ρυθμισμένο ύψος.-Χρησιμοποιήστε τη σωστή τεχνική ανύψωσης.
Τα εργαλεία που χρησιμοποιείτε	<ul style="list-style-type: none">-Χρησιμοποιήστε εργαλεία που είναι σχεδιασμένα για να ικανοποιούν τις ανάγκες σας και να διευκολύνουν την εργασία σας.	<ul style="list-style-type: none">-Χρησιμοποιήστε τροχήλατα μέσα για τη μεταφορά.
Τον χώρο εργασίας σας	<ul style="list-style-type: none">-Αλλάξτε τη διαρρύθμιση του χώρου εργασίας για να διευκολύνετε την εργασία σας.-Περιορίστε την κάμψη της ράχης-Αποφύγετε την υπερέκταση	<ul style="list-style-type: none">-Αναδιαμορφώστε τους χώρους εργασίας ώστε να είναι εύκολη η πρόσβαση και η σωστή εργονομική διαρρύθμιση.

**Τα ατομικά
χαρακτηριστικά
σας**

- Βεβαιωθείτε ότι είστε ικανοί να ανταπεξέλθετε στην εργασία σας.
- Εάν έχετε κάποια μόνιμη ή προσωρινή αναπηρία
- Εάν είστε έγκυος

- Ζητήστε βοήθεια ένα νομίζετε ότι τη χρειάζεστε.
- Χρησιμοποιήστε εξοπλισμό ανάλογα με τη σωματική σας διάπλαση.
- Ζητήστε πρακτική εκπαίδευση ή τις κατάλληλες προσαρμογές που θα σας επιτρέψουν να εκτελέσετε την εργασία σας

**Τον τρόπο με
τον οποίο είναι
οργανωμένη η
εργασία σας**

- Μειώστε τη συσσώρευση κόπωσης ή άγχους

- Διαφοροποιήστε τις δραστηριότητές σας
- Αλλάζετε διαρκώς στάση

(European Week for Safety and Health at Work,2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ανακεφαλαιώνοντας, ο κίνδυνος εμφάνισης μυοσκελετικών τραυματισμών λόγω επαγγέλματος αναγνωρίζεται σχεδόν από όλους τους φυσικοθεραπευτές. Όπως επίσης η αυξημένη έκθεση σε κινδύνους κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, και η αναγκαιότητα τήρησης αυστηρών κανόνων που να διασφαλίζουν την αποφυγή τέτοιων τραυματισμών. Πολλά από τα προβλήματα που συναντούν αναφορικά με αυτές τις δύο παραμέτρους της εργασίας τους, οφείλονται κυρίως στην ελλιπή λήψη μέτρων πρόληψης (κυρίως σε περιπτώσεις αντιμετώπισης διαφόρων μυοσκελετικών προβλημάτων) λόγω αμέλειας διότι κάτι τέτοιο το θεωρούν χρονοβόρο, παρά στην έλλειψη γνώσεων των κανόνων προστασίας που θα πρέπει να τηρούν. Κλείνοντας τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης συνοψίζονται στα κάτωθι:

- Το 52% των φυσικοθεραπευτών απασχολούνταν σε δημόσια νοσοκομεία με μέσο όρο επαγγελματικής εμπειρίας τα 14 έτη.
- Οι φυσικοθεραπευτές ξεπερνούν τις 40 ώρες εργασίας εβδομαδιαίως, με μέση διάρκεια θεραπείας τα 39 λεπτά ανά ασθενή, με 11 ασθενείς ημερησίως.
- Αρκετοί φυσικοθεραπευτές τραυματίστηκαν κατά την επαγγελματική τους διαδρομή.
- Το σημείο τραυματισμού αφορά κυρίως την οσφύ και ακολουθεί ο καρπός, με κύριο τύπο τραυματισμού τις τενοντίτιδες.
- Ως αιτία τραυματισμού ενοχοποιούνται οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις καθώς και η μεταφορά ασθενών.
- Ο πόνος εξαιτίας του τραυματισμού εμφανίζει εξάρσεις και υφέσεις, σχετιζόμενες με την αύξηση των επαγγελματικών τους απαιτήσεων.
- Για το πρόβλημα τους ζήτησαν τη συμβουλή ειδικού ακολουθώντας μάλιστα τη φυσικοθεραπεία σαν κύριο είδος θεραπείας σε συνδυασμό με ξεκούραση/ανάπαυση.

- Ο πόνος που παρουσιαζόταν ως επακόλουθο του τραυματισμού επηρέασε την καθημερινότητα των φυσικοθεραπευτών και τους ανάγκασε να αλλάξουν τον συνήθη τρόπο εργασίας τους. Στις περιπτώσεις όπου χορηγήθηκε αναρρωτική άδεια για τραυματισμό κατά τη διάρκεια της εργασίας, η άδεια αυτή διήρκησε πολύ λίγο (με εξαίρεση ελάχιστες σοβαρές περιπτώσεις).
- Όσον αφορά τη σωματική και ψυχική κόπωση των φυσικοθεραπευτών στο τέλος μιας εργασιακής ημέρας την χαρακτήρισαν ως «μέτρια».
- Οι περισσότεροι φυσικοθεραπευτές φαίνεται να προετοιμάζουν το σώμα τους πριν την έναρξη της εργασίας τους και αυτό το καταφέρνουν κυρίως με διατάσεις.
- Ενώ οι περισσότεροι φυσικοθεραπευτές τηρούν τις εργονομικές στάσεις και θέσεις του σώματος τους και γνωρίζουν ποια είναι τα μέτρα πρόληψης για την αποφυγή τέτοιων τραυματισμών, δεν κατάφεραν να εκμηδενίσουν την πιθανότητα εμφάνισής τους
- Αρκετοί φυσικοθεραπευτές δήλωσαν ότι δεν έλαβαν επαρκή εκπαίδευση και γνώσεις σε ζητήματα πρόληψης και αντιμετώπισης μυοσκελετικών τραυματισμών λόγω επαγγέλματος στους χώρους εργασίας τους.
- Οι φυσικοθεραπευτές επιθυμούν να ενημερώνονται με σεμινάρια, ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο, για την αποφυγή των μυοσκελετικών προβλημάτων που εγκυμονεί το επάγγελμά τους.

Οι περισσότεροι φυσικοθεραπευτές δεν σκέφτονται να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους καθώς πιστεύουν ότι με την σωστή ενημέρωση και την αυστηρή τήρηση των εργονομικών στάσεων και θέσεων του σώματός τους θα καταφέρουν να μειωθούν οι εξ επαγγέλματος τραυματισμοί τους.

5. 2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Στόχος της εργασίας ήταν να αναδειχθεί η σημασία της ασφάλεια στο χώρο εργασίας των φυσικοθεραπευτών. Πέρα από την ανασκόπηση σχετικών ερευνών και βιβλιογραφίας κρίθηκε απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί η γνώση

των ίδιων των φυσικοθεραπευτών που δραστηριοποιούνται σε διαφορετικούς χώρους άσκησης του επαγγέλματος. Για το σκοπό αυτό καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε στους τέσσερις βασικούς άξονες της εργασίας που ήδη περιγράψαμε, ώστε μέσα από την εμπειρική γνώση των φυσικοθεραπευτών να προσεγγισθούν τα ζητήματα πληρέστερα. Οπωσδήποτε σκόπιμο θα ήταν να γίνουν πιο αναλυτικές μελέτες για τα ζητήματα με τα οποία ασχοληθήκαμε στο πλαίσιο της εργασίας αυτής, αφού στην Ελλάδα μόνο τα τελευταία χρόνια έχει έρθει στο προσκήνιο η σημασία της ασφάλειας στον εργασιακό χώρο και ιδίως στα επαγγέλματα υγείας. Η γνώση και η τήρηση του θεσμικού πλαισίου αλλά και η καλύτερη ενημέρωση και ένταξη στο πρόγραμμα εκπαίδευσης των φυσικοθεραπευτών των ζητημάτων ασφάλειας στο χώρο εργασίας τους, είναι ίσως οι δύο σοβαρότερες και κρίσιμότερες παράμετροι για την εξασφάλιση ποιότητας στο χώρο της δουλειάς τους και για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων που αντιμετωπίζουν. Παράλληλα η επίδειξη υπευθυνότητας και σχολαστικότητας για την τήρηση των προληπτικών μέτρων κρίνονται απαραίτητες συνθήκες για την αποφυγή των κινδύνων αυτών. Επιπλέον τα μακροπρόθεσμα κίνητρα (υγεία των ίδιων και των ασθενών τους, ποιοτικότερες υπηρεσίες σε βάθος χρόνου και προσέλκυση ασθενών) ή τα αντικίνητρα (μέσω προστίμων για μη τήρηση των κανόνων, ανάκλησης αδειών κ.α.) για να είναι πιο τυπικοί και λιγότεροι αμελείς οι φυσικοθεραπευτές κατά την άσκηση της εργασίας τους, μπορούν επιπρόσθετα να μειώσουν σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων καταστάσεων (τραυματισμούς, ασθένειες, μυοσκελετικές διαταραχές).

Εν κατακλείδι, η διασφάλιση αυστηρών κανόνων ασφάλειας ιδίως στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στον τομέα της φυσικοθεραπείας είναι μια απαραίτητη συνθήκη για την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών σε έναν εξαιρετικά ευαίσθητο χώρο και είναι προς το συμφέρον τόσο των εργαζομένων όσο και των ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. **Albert, W.J., Currie-Jackson, N., Duncan, C.A. (2008).** A survey of musculoskeletal injuries amongst Canadian massage therapists. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 12, 86-93.
2. **Aptel M., Gerling A. (2000).** Demarche de prevention des TMS et outils Document du travail 2000; 6:14-31
3. **Aroori S., Spence R. (2008).** Carpal Tunnel Syndrome. *Ulster Med Journal.* 77(1):6-17.
4. **Barr A.E., Barbe M. F. (2002).** Pathophysiological tissue changes associated with repetitive movement: A review of the evidence. *Physical Therapy* Volume 82 number 2
5. **Barr A.E, Barbe M. F., Clark B.D. (2004).** Work-related musculoskeletal disorders of the hand and wrist epidemiology, pathophysiology and sensorimotor changes. *J Orthop Sports Physical therapy* 34(10):610-627.
6. **Benjamin B.E, Peterson J. M. (2007).** Save your hands! The complete guide to injury prevention and ergonomics for manual therapists. ISBN 978-0-9679549-1-2.
7. **Bernard B P. (1997).** Musculoskeletal disorders and workplace factors. Washington DC, Cincinnati, National Institute of Occupational Health and Safety, US department of Health and Human Services 1997.
8. **Bernard B. P. (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. Cincinnati OH: United States Department services 1997.
9. **Bernard Bruce P. (1997).** A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back, Chapter 5, 5a-1—5a67.
10. **Bork B. E., Cook T. M., Roserance J.C., Engelhardt Kristen A, Thomason M. J , Wauford I. J., Worley R. K. (1996).** Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists. *Physical therapy* Volume 76, number 8
11. **Buck F., Albert W.J., Kuruganti U., Babineau M., Curie-Jackson N. (2007).** Muscular and postural demands of using a massage chair and massage table. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 50,357-364
12. **Budiman M. (2008).** Survey of musculoskeletal injuries among massage therapists in Australia. Terra Rosa. www.terraosa.com.au.
13. **Campo M. (2008).** Work-related musculoskeletal disorders in Physical therapists: A prospective cohort study with 1-year follow-up. *American Physical Therapy Association* 88(5):608-619.
14. **Campo M., Weiser S., Koenig K., Nordin M. (2008).** Work-Related Musculoskeletal

Disorders in Physical Therapists: A Prospective Cohort Study With 1-Year Follow-up. *Physical Therapy* 88(5): 608–619.

15. Chartered Society of Physiotherapy (2001). Health and Safety Briefing Pack. No 11 Work-Related Strain Injuries (musculoskeletal disorders). CSP. London. ELSEVIER 91(2005) 138-147

16. Cromie J.E., Robertson V.J., Best M.O. (2000). Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks and responses. *Physical therapy* Volume 80, Number 4.

17. Cromie Jean E., Robertson Valma J, Best Margaret O. (2001). Occupational health and safety in physiotherapy: Guidelines for practice. *Australian journal of physiotherapy* 47:43-51

18. European Week for Safety and Health at Work «Turn your back on musculoskeletal disorders» (2000).

19. Franzblau A., Armstrong T.J., Werner R.A., Ulin S.S. (2005). A cross-sectional assessment of the ACGIH TVL for hand activity level. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 57-67.

20. Gell N., Werner R.A., Franzblau A., Ulin S.S., Armstrong T.J. (2005). A longitudinal study of industrial and clerical workers: incidence of carpal tunnel syndrome and assessment of risk factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 47-55.

21. Geere J., Chester R., Swati K., Jerosh-Herold C. (2007). Power grip, pinch grip, manual muscle testing or thenar atrophy- which should be assessed as a motor outcome after carpal tunnel syndrome decompression? A systematic review. *Bio-med central Musculoskeletal Disorders* 1471-2474/8/114(id).

22. Glover W. (2002). Work-related strain injuries in physiotherapists: Prevalence and prevention of musculoskeletal disorders. *Physiotherapy*, Vol. 88, Number 6, 364-372.

23. Glover W., McGregor A., Sullivan C., Hague J. (2005). Work-related musculoskeletal disorders affecting members of the chartered society of physiotherapy. *Physiotherapy* 91: 138-147.

24. Graham B., Regehr G., Wright J.G. (2003). Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 1150-1156.

25. Greene L. (2005) Injury prevention for massage therapists. *Massage and bodywork* magazine.

26. Greene L., Goggins R. (2006). Musculoskeletal Symptoms and Injuries among experienced massage and bodywork professionals. *Massage & bodywork*, 48-58

27. Greene L. (2007). Lauriann Greene Responds. *Massage mag.com* p.46-49.

28. Hakkanen M., Viikary-Juntura E., Martikainen R. (2001). Job experience, work load, and risk of musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med* 58:129-135

29. Herbert R., Gerr F., Dropkin J. (2000). Clinical evaluation and management of work- related

carpal tunnel syndrome. *J. Ind Med.* 3,62-74

30. Holder N.L., Clark H.A., DiBlasio J.M., Hughes C.L., Scherpf J.W., Harding L., Shepard K.F. (1999). Cause, prevalence and response to occupational musculoskeletal injuries reported by pt and pta. *Physical therapy* Vol. 79, Number 7.

31. Kao S.Y. (2003). Carpal tunnel syndrome as an occupational disease *J Am Board Fam Pract* Vol. 16, number 6, 533-542.

32. Kirsten O. (2008). Addressing work-relatedness of 'Forearm pain' in evidence based guidelines for primary care providers in New Zealand, centre for ergonomics and occupational safety and health.

33. MacDermid J.C., Doherty T. (2004). Clinical and electrodiagnostic testing of carpal tunnel syndrome: a narrative review *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 34, 565-588.

34. McMahon M., Stiller K., Trott P. (2006). The prevalence of thumb problems in Australian physiotherapists is high: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapists* 52,287-292

35. Mierzejewski M., Kumar S. (1997). Prevalence of low back pain among physical therapists in Edmonton, Canada. *Disabil Rehabil* 1997, 19(8):309-317.

36. Millesi H., Zoch G., Rath T. (1990). The gliding apparatus of peripheral nerve and its clinical significance. *Ann Chir Main Memb Super.* 9, 87-97.

37. Mogk J.P.M., Keir P.J. (2008). Wrist and carpal tunnel size and shape measurements: Effects of posture. *Science direct Clinical Biomechanics* Volume 23, issue 9, 1112-1120.

38. Molumphy M., Unger B., Jensen G.M., Lopopolo R.B. (1985). Incidence of work-related low back pain in physical therapists. *Phys Ther* 1985, 65:482-486.

39. Rosecrance J.C., Cook T.M. (1998). Upper extremity musculoskeletal disorders: occupational association and a model for prevention. *Centr Eur J Occup Environ Med* 1998, 4:214-231.

40. Rotman D. (2002). Practical anatomy of the carpal tunnel syndrome. *Hand Clinics*, 18, 219-230.

41. Salik Y., Ayse Ö. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: A survey of physical therapists in Izmir-Turkey. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*. PMID: PMC516038

42. Scholey M., Hair M. (1989). The problem of low back pain in physiotherapists. *Physiother Pract* 1989,32:179-190

43. Silverstein B.A., Fine L.J., Armstrong T.J. (1987). Occupational factors and carpal tunnel syndrome. *American Journal of Industrial Medicine* 11, 343-358

44. Snodgrass (2002). Thumb pain in physiotherapists: potential risk factors and proposed prevention strategies. *Journal of manual and manipulative therapy*, Volume 10, Number 4, 206-217.

45. Tuller D. (2008). Massage therapists are at risks for backaches, knotted muscles and carpal tunnel syndrome. The answer is proper technique and maybe a masseuse of one's own. Consumer Health Interactive.

46. Wagon A., Luise A. (2003). Prevalence of thumb pain in physical therapists practicing spinal manipulative therapy. Journal of hand therapy, Vol. 16, Issue 3, p. 237-244.

47. Wagon A., Luise A., Refshauge C. (2007). Work-related thumb pain in physiotherapists is associated with thumb pain alignment during performance of PA pressures. Manual therapy, Vol.12, Issue 1, p. 12-16

48. West D.J., Gardner D. (2001). Occupational injuries of physiotherapists in north and central Queensland. Australian journal of physiotherapy 47, 179-186

49. Yassi A. (1997). Repetitive strain injuries. The Lancet 1997; 349:943-947.

50. Yuh J., Chia Fen C., Jau Yih T., Jung Der W. (2006). Prevalence and risk factors of work-related musculoskeletal disorders in massage practitioners. J Occup rehabilitation 16:425-438.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγγελικούδης Κ., Σταυρόπουλος Κ., Βλάχος Γ., Σπυρόπουλος Η., Αθανασίου Γ. (2004). «Μεθοδολογίες ανάλυσης και εκτίμησης των επιπτώσεων της μυϊκής κόπωσης και των μυοσκελετικών προβλημάτων σε χειρωνακτικές εργασίες».

2. Ανδριώτης Κ. (2003). Ποσοτική Έρευνα και ανάλυση δεδομένων με την χρήση του SPSS 11,5, εκδ. Κλειδάριθμος, Αθήνα

3. Bell J. (2001). Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας. Αθήνα: Gutenberg, σελ.147, 14

4. Cohen L. & Manion L. (1997). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Αθήνα: Έκφραση., σελ. 396-400

5. Δήμου Δ., Χατζηθεωδόρου Ε. (2004). «Μυοσκελετικές Διαταραχές και επαγγελματικοί κίνδυνοι κατά την άσκηση του φυσικοθεραπευτικού επαγγέλματος», Περιοδικό 7(1):18-26. 2004, , Εκδ. Πανελληνίου Συλλόγου φυσικοθεραπευτών», Αθήνα, 2004

6. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (2003). Καλή πρακτική- άγχος στην εργασία

7. Javeau C. (2000). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή, Επιμ. και απόδ. στα Ελληνικά Τζαννονέ- Τζώρτζη Κ. εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα. σελ. 64

8. Κυριαζή Ν. (1999). Η Κοινωνιολογική έρευνα Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

9. Μαυρουλέα- Σοφianoπούλου (2006). «Διαδικασίες Σχεδιασμού των δράσεων του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του ΑΤΕΙ Πατρών: Μια διερευνητική προσέγγιση», Πάτρα, Ε.Α.Π., Μεταπτυχιακή εργασία

10. Παπαγεωργίου Γ. (1998). *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα*, εκδ. Τυποθήτω, Αθήνα.

11. Παπακωνσταντίνου Κ. (2004). «Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας+ Υπόδειγμα μελέτης εκτίμησης επαγγελματικού κινδύνου», Εκδ. Rosili», Αθήνα

12. Τέρπος Α. (1999). «Έρευνα των συστημάτων πληροφοριών στον τομέα της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας», Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), Αθήνα.σελ.25, 26

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- 1) hongkong.grand.hyatt.com
- 2) www.Bodytechnician.com
- 3) www.corpmed.com
- 4) www.csp.org.uk
- 5) www.hno.harvard.edu
- 6) www.iamdarren.com
- 7) www.law.gr/massage-prod.HTM
- 8) www.Northtexaspt.com
- 9) www.rumsua.org

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου / /20

Ενότητα ένα: Σχετικά με τον εαυτό σας

1. Ηλικία

2. Φύλο άνδρας γυναίκα

3. α) Είστε δεξιόχειρας ή αριστερόχειρας ;

δεξιόχειρας αριστερόχειρας και τα δυο εξίσου

β) Συμπληρώστε το βάρος σας

γ) Και το ύψος σας

δ) Είστε καπνιστής/καπνίστρια ; ναι όχι

4. Σπουδές πτυχίο ΑΕΙ πτυχίο ΤΕΙ πτυχίο ΤΕΕ άλλο _____

5. Γυμνάζεστε ή ασχολείστε με κάποιο άθλημα; ναι όχι

α) Αν ναι με τι συγκεκριμένα γυμναστήριο άθλημα άλλο _____

και πόσες ώρες την εβδομάδα _____

β) Αν όχι γιατί λόγω φόρτου εργασίας έλλειψης χρόνου άλλο _____

Ενότητα δύο: Η παρούσα εργασία σας

1. Ποιος είναι ο εργασιακός σας χώρος ;

νοσοκομείο ιδιωτικό νοσοκομείο φυσικοθεραπευτήριο

κατ'οίκον επισκέψεις άλλο _____

2. Επαγγελματική εμπειρία σε έτη _____

3. Πόσες ώρες εβδομαδιαίως εργάζεστε ; _____

4. Πόσες ώρες έρχεστε σε επαφή με τον ασθενή ; _____

5. Μια συνηθισμένη ημέρα εργασίας περιλαμβάνει:

α) Επαναλαμβανόμενες κινήσεις καρπού και δακτύλων για περισσότερο από 4 ώρες συνολικά

β) Ανύψωση βάρους (ατόμων) με τα χέρια

γ) Κάμψη της οσφύς

δ) Ορθοστασία

6. Σε μια συνηθισμένη ημέρα εργασίας πόσους ασθενείς έχετε κατά μέσο όρο; _____

7. Είχατε κάποιο προηγούμενο μυοσκελετικό πρόβλημα ή τραυματισμό πριν την έναρξη της εργασίας σας ; ναι όχι

και αν ναι αναφέρεται πού συγκεκριμένα _____

και αν ναι αναφέρεται πού συγκεκριμένα _____

8. Έχετε κάποια άλλη δουλειά ; ναι όχι

και αν ναι ποια είναι αυτή _____

Ενότητα τρία: Συγκεκριμένα για το πρόβλημα

1. Σας έχουν εμφανιστεί μυοσκελετικά προβλήματα λόγω επαγγέλματος τα τελευταία 2 χρόνια;

Ναι, μια φορά Ναι, πάνω από μια φορά Όχι

2. Σε ποίο σημείο του σώματος σας είχατε το πρόβλημα;

α) Στη μέση

β) Στον αυχένα

γ) Στον ώμο

δ) Στον αγκώνα

ε) Στον καρπό

στ) Αλλού

3. Τι είδους τραύμα ήταν ;

Εκφυλισμός θυλακίτιδα κάταγμα διάστρεμμα εξάρθρωμα
 τενοντίτιδα μυϊκή θλάση νευροπάθεια ρήξη άλλο _____

4. Μετά από ποια δραστηριότητα επήλθε ο τραυματισμός;

- Μετά από χειρισμό κάποιου μηχανήματος
- Σε κινήσεις κάμψης/ στροφής
- Σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις
- Σε μεταφορά ασθενών
- Σε συγκεκριμένη στάση για παρατεταμένο διάστημα
- Άλλο _____

5. Το πρόβλημα σας κρατούσε εκτός εργασίας ; ναι όχι

και αν ναι για πόσο διάστημα _____

6.Ο πόνος παρουσιάζει εξάρσεις ή υφέσεις ; ναι όχι

7.Η έξαρση του πόνου σχετίζεται με την αύξηση των απαιτήσεων της δουλειάς σας ;

ναι όχι

8.Έχετε συμβουλευτεί κάποιον γιατρό, φυσικοθεραπευτή ή κάποιον άλλο σχετικά με τα ενοχλήματα που έχετε ; ναι όχι

9.Τι είδους θεραπεία ακολουθήσατε;

Φαρμακευτική χειρουργική ξεκούραση/ανάπαυση φυσικοθεραπεία
άλλο _____

10.Σας επηρεάζει ο πόνος που έχετε στην καθημερινότητά σας ; ναι όχι

11.Σας ανάγκασε ο πόνος να αλλάξετε τον συνήθη τρόπο που δουλεύετε; ναι
όχι

12. Σε μια συνηθισμένη ημέρα εργασίας πόση σωματική κούραση αισθάνεστε;

Καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

13.Σε μια συνηθισμένη ημέρα εργασίας πόση ψυχολογική κούραση νιώθετε;

Καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

14.Είχατε κάποιο πρόβλημα μυοσκελετικής φύσεως στο παρελθόν που να επιδεινώθηκε τώρα λόγω επαγγέλματος ; ναι όχι τι συγκεκριμένα _____

Ενότητα τέσσερα: Οι γνώσεις σας για την πρόληψη του πόνου

1.Προετοιμάζετε κατάλληλα το σώμα σας πριν από τη δουλειά σας για να μπορέσετε να αντεπεξέλθετε;

Ναι όχι

Αν ναι με ποιόν τρόπο διατάσεις άλλο _____

2.Πιστεύετε ότι τηρείτε τις εργονομικές στάσεις και θέσεις του σώματός σας κατά τη διάρκεια της θεραπείας ; ναι όχι

3.Έχετε ακούσει ή διαβάσει ποτέ σχετικά με τον επαναλαμβανόμενο τραυματισμό πίεσης (RSI), τη διαταραχή άνω άκρου σχετιζόμενη με την εργασία(WRULD) ή το σύνδρομο αθροιστικού τραυματισμού(CTS) ; ναι όχι

4.Γνωρίζετε τα μέτρα πρόληψης για την αποφυγή μυοσκελετικών προβλημάτων που σχετίζονται με την εργασία ; ναι όχι

5.Θα θέλατε να γίνονται σεμινάρια που να σας ενημερώνουν με ποιους τρόπους μπορείτε να προληφθείτε από τους κινδύνους της εργασίας σας ; ναι
όχι

6. Έχετε σκεφτεί να αλλάξετε επάγγελμα εξαιτίας του τραυματισμού ή επειδή φοβάστε για άλλο τραυματισμό ; ναι όχι

Παράρτημα II

ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Μελών του ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ
(Όπως ομόφωνα ψηφίστηκε στο 3ο Συνδικαλιστικό Συνέδριο του Π.Σ.Φ. στην Αλεξανδρούπολη στις 2-3 Οκτώβρη 2004)

A. Γενικά καθήκοντα Φυσικοθεραπευτών

Άρθρο 1: Ο Φυσικοθεραπευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του, προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του φυσικοθεραπευτικού επαγγέλματος. Οφείλει να σέβεται τις υγειονομικές αρχές, τα συλλογικά όργανα του κλάδου και δικαιούται να απολαμβάνει τον ίδιο σεβασμό από τους πιο πάνω φορείς. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και του εκάστοτε ισχύοντος καταστατικού του Π.Σ.Φ. καθώς και τις διατάξεις (Νομικό Πλαίσιο) που αφορούν στην άσκηση του φυσικοθεραπευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2: Πρωταρχική μέριμνα του φυσικοθεραπευτή, κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις, οφείλει ο φυσικοθεραπευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

Άρθρο 3: Απαγορεύεται η συγκάλυψη με τον τίτλο του φυσικοθεραπευτή ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο, προστασία προσώπων με σκοπό την παράνομη άσκηση του φυσικοθεραπευτικού επαγγέλματος ή οποιαδήποτε συνεργασία ή σύμπραξη με τέτοια άτομα.

B. Καθήκοντα προς τους ασθενείς

Άρθρο 4: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να επιδεικνύει σε όλους τους ασθενείς απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενούς. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και να προστατεύει από κάθε

ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενούς. Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική πράξη ή πειραματισμός, ο οποίος μπορεί να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών.

Άρθρο 5: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να επιδεικνύει σε όλους τους ασθενείς ίση μέριμνα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική θέση τους ασθενούς ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους και την βαρύτητα της νόσου και ανεξάρτητα από τα προσωπικά του αισθήματα.

Άρθρο 6: Η συχνότητα των φυσικοθεραπευτικών επισκέψεων πρέπει να δικαιολογούνται από τη βαρύτητα της νόσου, από την θέληση του ασθενούς ή των οικείων του.

Άρθρο 7: Ο φυσικοθεραπευτής δεν επιτρέπεται να αναμιγνύεται στις οικογενειακές υποθέσεις του ασθενή.

Άρθρο 8: Απαγορεύεται κάθε δημόσια συζήτηση ή υπαινιγμοί σχετικά με την υγεία του ασθενούς.

Άρθρο 9: Το βιβλίο ασθενών (πελατών) είναι απόρρητο. Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να τηρεί το επαγγελματικό απόρρητο εκτός των εξαιρέσεων που προβλέπει ο νόμος και σε όσες περιπτώσεις τον αποδεσμεύει.

Άρθρο 10: Δεν επιτρέπεται στον φυσικοθεραπευτή να διαθέτει τα μέσα και τις δυνατότητες της επιστήμης για την ικανοποίηση αθέμιτων συμφερόντων του ή άλλων ορέξεων ή παθών.

Άρθρο 11: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς του, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της φυσικοθεραπευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική, διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 12: Ο φυσικοθεραπευτής απαγορεύεται να παρέχει στους ασθενείς του ιατρικές συμβουλές και οφείλει να παραπέμπει τους ασθενείς στον αρμόδιο γιατρό.

Άρθρο 13: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που νομίζει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα.

Άρθρο 14: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να έχει καλή σχέση και καλή συνεργασία με τους γιατρούς προς χάριν των ασθενών του.

Γ. Καθήκοντα προς τους συναδέλφους

Άρθρο 15: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να διατηρεί με τους συναδέλφους του σχέσεις αλληλοσεβασμού και εκτίμησης.

Άρθρο 16: Δεν επιτρέπεται στον φυσικοθεραπευτή να επικρίνει ή να αποδοκιμάζει εκτός των φυσικοθεραπευτικών κύκλων με λόγους ή μορφασμούς ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο τους φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι έχουν περιβάλει κάποιον άρρωστο πριν από αυτόν. Αν πέσουν στην αντίληψη του φυσικοθεραπευτή πράξεις ή παραλήψεις άλλων

φυσικοθεραπευτών, οι οποίες εμφανώς βλάπτουν την υγεία του αρρώστου ή είναι αντίθετες προς την ηθική, αυτός υποχρεούται να το αναφέρει στη Διοίκηση του οικείου Π.Τ. του Π.Σ.Φ. Απαγορεύεται στον φυσικοθεραπευτή να δίνει προσοχή σε κακολογίες και επικρίσεις που στρέφονται κατά συναδέλφου ή σε κακολογίες εναντίον του ίδιου, τις οποίες αναπόδεικτα αναφέρει.

Άρθρο 17: Κάθε φυσικοθεραπευτής, ο οποίος έχει κάποια επαγγελματική διαφωνία με συναδέλφους του, οφείλει να εξαντλήσει όλα τα ειρηνικά μέσα για συμβιβαστική διευθέτηση. Αν δεν επιτευχθεί ικανοποιητική λύση της διαφοράς υποχρεώνεται να προσφύγει στο αρμόδιο Π.Τ. του Π.Σ.Φ. Σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται να δημοσιοποιούνται επαγγελματικές και επιστημονικές διαφορές.

Άρθρο 18: Κάθε φυσικοθεραπευτής με την εγκατάσταση του σε κάποια Περιφέρεια, οφείλει να επισκεφτεί τους συναδέλφους του κοντά στην Περιφέρειά του, με τους οποίους πρόκειται να συνεργαστεί.

Άρθρο 19: Απαγορεύεται στον φυσικοθεραπευτή να ασκεί το επάγγελμά του κατά τρόπο πλανόδιο από τόπο σε τόπο. Δεν επιτρέπεται στον φυσικοθεραπευτή να θεραπεύει αρρώστους εκτός των ορίων της περιοχής του, εφόσον υπάρχει συνάδελφος που ασκεί μόνιμα επάγγελμα.

Άρθρο 20: Απαγορεύεται τι οποιαδήποτε προσφορά υπηρεσιών, η οποία έχει ως σκοπό τον παραμερισμό συναδέλφων ή την βλάβη των νόμιμων συμφερόντων τους.

Άρθρο 21: Δεν επιτρέπεται ο φυσικοθεραπευτής να διατηρεί περισσότερα του ενός εργαστήρια φυσικοθεραπείας.

Άρθρο 22: Δεν επιτρέπεται σε φυσικοθεραπευτές να ασκούν το φυσικοθεραπευτικό επάγγελμα με τον οποιοδήποτε τρόπο, οι οποίοι έχουν δίπλωμα ιατρικής και να διατηρούν εργαστήριο φυσικοθεραπείας εκτός αν παύσουν την άσκηση της ιατρικής και την χρησιμοποίηση του τίτλου του γιατρού.

Δ. Σχέσεις του φυσικοθεραπευτή με τους άλλους επαγγελματίες της υγείας

Άρθρο 23: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους ιατρούς, νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό υγείας, παραμερίζοντας κάθε διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

Άρθρο 24: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς διατηρώντας την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητα του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό.

Ε. Συνεργασία του φυσικοθεραπευτή με τις αρχές υγείας (Υπουργείο Υγείας - Νοσοκομεία - Ασφαλιστικούς Οργανισμούς)

Άρθρο 25: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 26: Οι φυσικοθεραπευτές οφείλουν να έχουν πλήρη γνώση των νόμων και των κανονισμών που διέπουν την άσκηση της Φυσικοθεραπείας,

αναγνωρίζοντας ότι η άγνοια δεν είναι δικαιολογία για αδυναμία συμμόρφωσης.

Άρθρο 27: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να προσπαθεί να αλλάξει άδικους νόμους, κανονισμούς και πολιτικές που διέπουν την άσκηση της Φυσικοθεραπείας.

Άρθρο 28: Ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να ενημερώνει το δημόσιο για τα οργανωτικά οφέλη του επαγγέλματος και για το ποιος έχει τα προσόντα για να παρέχει φυσικοθεραπευτικές υπηρεσίες. Οι φυσικοθεραπευτές πρέπει να συμμετέχουν σε προγράμματα δημόσιας εκπαίδευσης, παρέχοντας πληροφόρηση σχετικά με το επάγγελμα.

Παράρτημα III

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

	ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΆΛΛΕΡΓΕΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΛΟΓΩ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΗΛΙΚΙΑ	,429	,000	,000	,153	,854	,000	,135	,948	,749	,193
ΦΥΛΟ	,259	,946	,757	,306	,760	,632	,067	,098	,462	,382
ΣΠΟΥΔΕΣ	,306	,543	,999	,574	,312	,374	,022	,370	,795	,305
ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		,859	,895	,615	,791	,201	,927	,087	,042	,734

	ΣΗΜΕΙΟ ΤΡΑΥΜΑ ΤΙΣΜΟΥ	ΕΙΔΟΣ ΤΡΑΥ ΜΑΤΙΣ ΜΟΥ	ΑΙΤΙΑ ΤΡΑΥ ΜΑΤΙΣ ΜΟΥ	ΑΠΟΧ Η ΑΠΟ ΕΡΓΑΣ ΙΑ	ΕΞΑΡΣ Η ΠΟΝΟ Υ	ΠΟΝ ΟΣ- ΑΥΞΗ ΣΗ ΑΠΑΙ ΤΗΣΕ ΩΝ	ΣΥΜΒ ΟΥΛΗ ΕΙΔΙΚ ΟΥ	ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑ ΠΕΙΑΣ	ΕΠΗΡΕΑΣ ΜΟΣ ΚΑΘΗΜΕΡ ΙΝΟΤΗΤΑΣ
ΗΛΙΚΙ Α	,699	,745	,847	,457	,569	,378	,498	,282	,527
ΦΥΛΟ	,858	,983	,487	,482	,358	,541	,340	,681	,163
ΣΠΟΥ ΔΕΣ	,524	,934	,004	,894	,346	,268	,765	,029	,835
ΦΥΣΙΚ Η ΚΑΤΑ ΣΤΑΣ Η	,505	,882	,493	,158	,014	,279	,340	,013	,480

	ΑΛΛ ΑΓΗ ΤΡΟ ΠΟΥ ΕΡΓ ΑΣΙ ΑΣ	ΣΩΜ ΑΤΙΚ Η ΚΟΥ ΡΑΣ Η	ΨΥΧΟ ΛΟΓΙΚ Η ΚΟΥΡ ΑΣΗ	ΠΡΟΗΓ ΟΥΜΕΝ Ο ΜΥΟΣΚ ΕΛΕΤΙΚ Ο ΠΡΟΒΛ ΗΜΑ	ΠΡΟΕΤ ΟΙΜΑΣΙ Α ΣΩΜΑΤ ΟΣ	ΕΡΓΟ ΝΟΜ ΙΚΕΣ ΣΤΑΣ ΕΙΣ	ΓΝΩΣ ΕΙΣ RCI, WRU LD, CTS	ΓΝΩΣ ΕΙΣ ΜΕΤ ΡΩΝ ΠΡΟ ΛΗΨ ΗΣ	ΣΕΜΙΝ ΑΡΙΑ ΕΝΗΜ ΕΡΩΣΗ Σ	ΑΛΛΑΓ Η ΕΠΑΓΓΕ ΛΜΑΤΟ Α
ΗΛΙΚΙ Α	,118	,028	,649	,204	,894	,464	,561	,863	,888	,885
ΦΥΛ Ο	,114	,064	,004	,242	,181	,581	,085	,268	,313	,001
ΣΠΟΥ ΔΕΣ	,015	,343	,331	,834	,197	,705	,972	,915	,685	,522
ΦΥΣΙ ΚΗ ΚΑΤΑ ΣΤΑΣ Η	,127	,580	,359	,516	,001	,012	,173	,289	,089	,390