



**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΩΝ ΥΓΙΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΤΗΣ
ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

της
Ανθής Γιοβρή

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται
στο καθηγητικό σώμα για την μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του
μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και
Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του
Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Φυσική
Δραστηριότητα και Αθλητική Αναψυχή».

Τρίκαλα
2009

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Κουθούρης Χ., Επίκουρος Καθηγητής

2^{ος} Επιβλέπων: Θεοδωράκης Ι., Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων: Γούδας Μ., Αναπληρωτής Καθηγητής

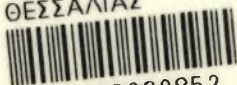
7234



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 7234/1
Ημερ. Εισ.: 18/08/2009
Δωρεά: _____
Ταξιθετικός Κωδικός: Δ
613.7
ΓΙΟ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000092852

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανθή Γιοβρή: Συγκριτική αξιολόγηση δεικτών της ποιότητας ζωής ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα και ατόμων υγιών αναφορικά της συνήθειας του καπνίσματος.
(Με την επίβλεψη του κ. Κουθούρη Χαρίλαου, Επίκουρου Καθηγητή)

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει την επίδραση της συνήθειας του καπνίσματος σε δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα και ατόμων υγιών, εκ των οποίων άλλοι γυμνάζονται και άλλοι όχι. Το δείγμα αποτέλεσαν 141 άτομα ηλικίας 50-65 ετών τα οποία συνέστησαν τις τρεις ερευνητικές ομάδες, ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα (46), υγιείς μη γυμναζόμενοι (48), υγιείς γυμναζόμενοι (47). Στο σύνολο του δείγματος οι 49 ήταν καπνίζοντες και οι 92 μη καπνίζοντες. Η ποιότητα ζωής στην έρευνα αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36 (Χριστοδούλου, 2004) που εξέφραζε 8 διαστάσεις. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε 7 από τις 8 διαστάσεις του SF-36 ($p < .01$) καθώς και στο «σύνολο των Μεταβλητών Φυσικής Υγείας», «σύνολο των Μεταβλητών Νοητικής Υγείας» και «σύνολο όλων των Μεταβλητών» σε επίπεδο ($p < .01$) ανάμεσα σε καπνίζοντες και σε μη καπνίζοντες ορθοπεδικούς ασθενείς. Από την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τρεις διαφορετικές ομάδες καπνιζόντων ατόμων στις μεταβλητές, «σύνολο των Μεταβλητών Φυσικής Υγείας» ($F_{(2,45)} = 30.96, p < .001$), «σύνολο των Μεταβλητών Νοητικής Υγείας» ($F_{(2,45)} = 11.25, p < .001$) και «σύνολο όλων των Μεταβλητών» ($F_{(2,45)} = 22.43, p < .001$). Τα αποτελέσματα της έρευνας συζητούνται προς την κατεύθυνση ενθάρρυνσης των ορθοπεδικά ασθενών ατόμων από τους επαγγελματίες υγείας, να οδηγηθούν σε αναγκαίες υγιεινές διά βίου συνήθειες ζωής, όπως η διακοπή του καπνίσματος και η έναρξη της σωματικής άσκησης.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα Ζωής, SF-36, Κάπνισμα, Άσκηση

ABSTRACT

Anthi Giovri: Comparison of dimensions of quality of life between patients with orthopaedical problems and healthy people in relation to the habit of smoking.

(Under the supervision of Kouthouris Charilaos, Assistant Professor)

The purpose of the present study was to investigate the relation between smoking behaviors and quality of life, in patients with orthopaedic problems and people that are healthy, some of which are working out and others are not. The sample was consisted of 141 persons in a range between 50 to 65 years old and was divided in three groups. Of the participants, 49 were smoking and 92 were not smoking. 46 persons were orthopaedical patients, 48 were healthy people that were not working out and 47 were healthy people that were working out. Quality of life was measured with “SF-36” (Christodoulou, 2004) questionnaire. Results of t-test analysis indicated statistical significant differences in seven out of eight dimensions of “SF-36” questionnaire ($p < .01$), as well as in “total of Variables of Physical Health”, “total of Variables of Mental Health” and “total of all Variables” ($p < .01$) between smokers and non smokers orthopaedical patients. Results of ANOVA indicated statistical significant differences between the three different groups of smokers in the variables “total of Variables of Physical Health” ($F_{(2,45)} = 30.96, p < .001$), “total of Variables of Mental Health” ($F_{(2,45)} = 11.25, p < .001$) and “total of all Variables” ($F_{(2,45)} = 22.43, p < .001$). According to the results of this study orthopaedical patients should be encouraged from doctors, physical therapists and other health professionals to quit smoking and to adopt healthier ways of life, like exercise.

Key – Words: Quality of Life, SF-36, smoke, physical activity

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vii
 I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	 1
Περιορισμοί.....	7
Υποθέσεις.....	7
 II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	 10
Ποιότητα Ζωής και Χρόνιες Παθήσεις.....	11
Ποιότητα Ζωής και Ορθοπεδικές Παθήσεις	18
Ποιότητα Ζωής και Άσκηση	23
Ποιότητα Ζωής και Κάπνισμα	32
Όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	35
Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας.....	36
Ερωτηματολόγια εξειδικευμένα σε συγκεκριμένη ασθένεια	41
Κλίμακες μέτρησης του πόνου.....	41
 III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	 42
Δείγμα.....	42
Όργανα μέτρησης.....	43
Διαδικασία μέτρησης	45
Σχεδιασμός της έρευνας	45
 IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	 47
Ανάλυση t-test.....	47
Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA).....	52

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	58
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	61
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	74

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος N=141	43
Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών της εργασίας.....	47
Πίνακας 3. Στατιστικά του δείγματος της ομάδας των ορθοπαιδικά ασθενών.....	47
Πίνακας 4. Στατιστικά των ομάδων.....	50
Πίνακας 5. Τέστ Ανεξάρτητων Δειγμάτων.....	51
Πίνακας 6. Ανάλυση της διακύμανσης μεταξύ των υποομάδων καπνιζόντων.....	53
Πίνακας 7. Περιγραφή.....	53
Πίνακας 8. Ανάλυση Διακύμανσης ANOVA.....	55
Πίνακας 9. Πολλαπλές Συγκρίσεις κατά Scheffe.....	56

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΩΝ ΥΓΙΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής αποτελεί στόχο όλων των ανθρώπων. Ο όρος ποιότητα ζωής αποτελεί μία σχετικά νέα έννοια που με τον καιρό αναπτύχθηκε και έγινε περισσότερο σύνθετη. Εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του 1950. Αρχικά, ήταν ταυτισμένη με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία: την ιδιοκτησία ηλεκτρικών συσκευών, αυτοκινήτων και οικίας. Ο ελεύθερος χρόνος, οι ευκαιρίες για διακοπές και αναψυχή προστέθηκαν αργότερα. Το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να περιλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας (Lamau, 1992). Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, τη νοσηματοδότηση πράξεων, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και τη διατήρηση της υγείας. Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερευνήτους (Treasury Board of Canada Secretariat, 2000).

Η πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής είχε σαν αποτέλεσμα τη διεξαγωγή πολλών ερευνών προκειμένου να διερευνηθούν και να ταξινομηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν και την ανάπτυξη ενός πλήθους θεωριών σχετικά με το θέμα. Τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν ήταν πολλά και ποικίλαν ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας που απέδιδαν σε διαφορετικούς παράγοντες. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα μοντέλα που

ακολουθώντας την ιεραρχία των ανθρώπινων αναγκών του Maslow (Huitt, 2004) έδιναν προτεραιότητα στις βασικές ανάγκες, ενώ από την άλλη τα κλασικά μοντέλα βασίζονταν αποκλειστικά στην ψυχολογική ευεξία, στην ευτυχία, στην ικανοποίηση από τη ζωή, στις κοινωνικές προσδοκίες ή στις ατομικές αντιλήψεις (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Η έννοια είναι πολύ γενικότερη από εκείνη του βιοτικού επιπέδου, το οποίο όμως θεωρείται προϋπόθεση για την ποιότητα ζωής. Η Διεθνής Ένωση για τις Έρευνες Ποιότητας Ζωής ορίζει ως βιοτικό επίπεδο την ποσότητα και ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες, όπως το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), τον αριθμό των ιατρών ανά χίλια άτομα, το ποσοστό ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία και την παιδεία ή τον αριθμό των τηλεοράσεων και τηλεφώνων σε κάθε νοικοκυριό. Αντιθέτως, η ποιότητα ζωής αποτελεί το προϊόν αλληλεπίδρασης των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και υγειονομικών παραγόντων που επιδρούν στην ατομική και κοινωνική ανάπτυξη. Η υποβάθμιση ενός από τους εν λόγω παράγοντες αρκεί για να απειλήσει ή να επηρεάσει αρνητικά την ευημερία των ατόμων και των κοινωνιών (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Η ποιότητα ζωής, όσον αφορά σε θέματα υγείας, αποτελεί μια ακόμη σημαντική και πολυδιάστατη έννοια και περιλαμβάνει: α) τη σωματική, β) την πνευματική και γ) την υγιή κοινωνικότητα. Οι έννοιες αυτές αντιστοιχούν στα τρία τμήματα του μοντέλου ποιότητας ζωής για ασθενείς, τα οποία είναι η κλινική κατάσταση, τα ειδικά συμπτώματα μιας ασθένειας και η αξιολόγηση των αντιλήψεων ενός ατόμου που αφορούν στη γενική εικόνα της υγείας του, ανεξάρτητα από την ηλικία του (Patrick & Erickson, 1993). Οι παλαιότερες έρευνες ήταν επικεντρωμένες σε μετρήσεις που αφορούσαν στα δύο πρώτα τμήματα του μοντέλου, δηλαδή στην κλινική κατάσταση και τα ειδικά συμπτώματα, ενώ στις νεότερες έρευνες δίνεται έμφαση στην αντίληψη του ατόμου για την υγεία του (Kaplan, 1990).

Η έννοια της ποιότητας ζωής αντανακλάται στην απουσία μιας νόσου αλλά και σε ένα υψηλό επίπεδο ζωτικότητας. Η άσκηση αποτελεί το μοναδικό επιπλέον βοήθημα για την απόκτηση αλλά και τη διατήρηση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής. Για την επίτευξη ενός υγιούς τρόπου ζωής θα πρέπει κάποιος να ασχολείται τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα, για 20 λεπτά με μέτρια έως έντονη φυσική δραστηριότητα (Corbin & Pangrazi, 1996).

Η καλή φυσική κατάσταση βοηθά στην ανάπτυξη αλλά και διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας των ανθρώπων, με τρόπο που να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ζωής, προάγοντας την καλή τους υγεία και συμβάλλοντας έτσι στη

βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η σωστή φυσική δραστηριότητα στους ενήλικες έχει ως αποτέλεσμα: α) τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, β) τη μείωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης και γ) την πρόληψη κάποιων ειδών καρκίνου, της οστεοπόρωσης και του διαβήτη τύπου II. Η φυσική δραστηριότητα βοηθά και στη διατήρηση της λειτουργικότητας σε επαρκές επίπεδο για τις καθημερινές δραστηριότητες και εξασφαλίζει τη διατήρηση της ανεξαρτησίας, ενώ βοηθά στην αποφυγή της ιδρυματοποίησης σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Η τακτική άσκηση σε αυτές τις ηλικίες μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητά τους, έτσι ώστε να μπορέσουν να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους από άλλα άτομα για μια πρόσθετη περίοδο 10 – 20 χρόνων, με ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Αντίθετα από τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης στη διατήρηση της υγείας αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, το κάπνισμα, όπως δείχνουν πολλές έρευνες, συμβάλλει στην αύξηση του καρκίνου των πνευμόνων, της οστεοπόρωσης, της αρτηριοσκλήρυνσης, της χοληστερίνης και της στεφανιαίας νόσου (Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος, 2005). Επιπλέον, αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί με την επίδραση του καπνίσματος στην ποιότητα ζωής, τόσο σε τυπικό όσο και σε ειδικό πληθυσμό. Μέσα από αυτές τις έρευνες προέκυψε ότι η ποιότητα ζωής των καπνιστών είναι σε γενικές γραμμές χειρότερη από αυτή των μη καπνιστών (Bolliger et al., 2002; Wilson, Parsons & Wakefield, 1999).

Από τον Ιούνιο του 1997, κατά τη διάρκεια της γερμανικής Προεδρίας, είχε προταθεί η ιδέα της «κοινωνικής ποιότητας» (social quality). Εκπρόσωποι των κοινωνικών επιστημών από τις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης συναντήθηκαν το 1998 στο Άμστερνταμ και πρότειναν μια κοινή προσέγγιση μεταξύ της οικονομικής, της κοινωνικής και της υγειονομικής πολιτικής. Υποστήριξαν ότι η κοινωνική ποιότητα αποτελεί βασική συνιστώσα για τη χάραξη της ευρωπαϊκής πολιτικής. Επίσης, αναφέρθηκαν στις επιμέρους διαστάσεις της κοινωνικής ποιότητας και επισήμαναν:

«Η κοινωνική ποιότητα ορίζεται ως το μέγεθος κατά το οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και την οικονομική ζωή των κοινωνιών όπου διαβιούν κάτω από συνθήκες που επιτρέπουν την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και των προσωπικών ικανοτήτων τους. Το επίπεδο της κοινωνικής ποιότητας βασίζεται σε τέσσερις βασικές συνιστώσες: βαθμό οικονομικής ασφάλειας, επίπεδο κοινωνικής ένταξης, έκταση της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης και επίπεδο υγείας των πολιτών της Ευρώπης» (Υφαντόπουλος, 2007).

Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, που έγινε το 1999, σε δείγμα 15.000 Ευρωπαίων πολιτών στις 15 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (1.000 περίπου άτομα ανά χώρα), ανέδειξε ότι η «καλή υγεία» αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα για την ποιότητα ζωής των Ευρωπαίων πολιτών. Το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, η κατοικία, η φιλία και η ικανοποίηση από την εργασία αποτελούν, δευτερευόντως, άλλους συμπληρωματικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής μετρήθηκε σε μια ιεραρχική κλίμακα που ελάμβανε τις τιμές 0=ελάχιστη έως 10=άριστη αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι υψηλότερες τιμές αυτοεκτίμησης της ποιότητας ζωής προέκυψαν για τη Δανία (μέσος=8,29, διάμεσος=8), τη Φινλανδία (μέσος=7,86, διάμεσος=8) και την Ολλανδία (μέσος=7,68, διάμεσος=8), ενώ οι χαμηλότερες στην Πορτογαλία (μέσος=4,88, διάμεσος=5).

Οι σκοποί της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στο χώρο της ιατρικής έχουν άμεση σχέση με τους στόχους των θεραπευτικών ή των προληπτικών παρεμβάσεων, οι οποίες είναι: η αύξηση της μακροβιότητας, η μείωση της νοσηρότητας και η ευεξία των ασθενών. Στην παρακολούθηση ασθενών ως προς την ποιότητα ζωής, δίνεται έμφαση στις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια στις διάφορες σφαίρες της ζωής τους, όπως είναι ο ρόλος τους στην οικογένεια, η απόδοσή τους στην εργασία, η συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες κ.α. Πολλά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην κλινική ιατρική έχουν ένα σχετικό χαρακτήρα, όπου οι συμμετέχοντες στην έρευνα συγκρίνουν την παρούσα κατάστασή τους με εκείνη πριν το ατύχημα ή την αρρώστια. Σε άλλες μελέτες η σύγκριση γίνεται με το γενικό πληθυσμό (Νάκου, 2001).

Εκτός από τους ιατρούς, οι οποίοι πρέπει να παρακολουθούν τους ασθενείς σφαιρικά, το ίδιο πρέπει να κάνουν και άλλοι επαγγελματίες που ασχολούνται με τον τομέα της υγείας, όπως οι φυσικοθεραπευτές. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να διερευνήσει την ποιότητα ζωής ασθενών που πάσχουν από πολύ κοινά ορθοπεδικά προβλήματα, όπως πόνο στη μέση, στον αυχένα, επικονδυλίτιδα, τενοντίτιδα αχίλλειου τένοντα και οστεοαρθρίτιδα. Τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται πολύ συχνά σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Για το λόγο αυτό πολλοί από αυτούς τους ασθενείς απευθύνονται καθημερινά σε ορθοπεδικούς και φυσικοθεραπευτές για να βρουν ανακούφιση. Πιο συγκεκριμένα σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της συνήθειας του καπνίσματος στους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων που είναι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα και αντίστοιχα υγιών ατόμων, άλλοι εκ των οποίων γυμνάζονται και άλλοι όχι.

Η έρευνα αυτή είναι σημαντική, διότι εάν επιβεβαιωθεί ότι οι μη καπνίζοντες ορθοπεδικοί ασθενείς έχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής από τους καπνίζοντες ασθενείς, και ότι οι καπνίζοντες που γυμνάζονται έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους καπνίζοντες ορθοπεδικούς ασθενείς και τους καπνίζοντες υγιείς αθλητές, τότε θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να βρουν τρόπους να ωθήσουν τους ασθενείς τους σε πιο υγιεινές δια βίου συνήθειες, όπως είναι η διακοπή του καπνίσματος και η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης. Αφού αποδειχθεί ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα είναι φτωχότερη, έστω σε κάποιους τομείς από αυτή της ομάδας ελέγχου, τότε θα πρέπει να προβληματιστούν οι ορθοπεδικοί και οι φυσικοθεραπευτές ώστε να πάρουν κατάλληλα μέτρα για την καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Τα μέτρα αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας και έμφαση στη χρησιμότητα της φυσικής δραστηριότητας. Οι Calvert και Skelton (2008), εισηγήθηκαν ότι η ενημέρωση και οι πρωτοβουλίες για εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας ζωής θα βελτιώσουν την ποιότητα των σπουδών των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας και θα βοηθήσουν να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ της έρευνας και της κλινικής πρακτικής. Επιπλέον εάν επιβεβαιωθεί ότι τα άτομα της ομάδας που γυμνάζονται έχουν πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής και στο σωματικό και στον ψυχολογικό παράγοντα στους περισσότερους δείκτες της ΠΖ, τότε αυτό το μήνυμα για την προαγωγή της υγείας μπορεί να ωφελήσει τα λιγότερο δραστήρια άτομα να αυξήσουν την ποιότητα της ζωής τους μέσω μιας αύξησης της φυσικής τους δραστηριότητας.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές έρευνες πάνω στην ποιότητα ζωής που σχετίζονται με την υγεία σε υγιείς αλλά και σε κλινικά ασθενείς πληθυσμούς. Η βραχεία μορφή του ερωτηματολογίου SF-36 σχεδιάστηκε έτσι, ώστε να παρέχει μια έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της λειτουργικής υγείας. Ως μετρήσιμη μεταβλητή, η ποιότητα ζωής αναφέρεται τόσο στο υποκείμενο της έρευνας όσο και στο αντικείμενό της. Περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση από τα άτομα ή τις ομάδες σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής στο περιβάλλον όπου ζουν. Για το λόγο αυτό, η μελέτη της ποιότητας ζωής λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αξίες των ατόμων ή μιας κοινότητας (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Η ποιότητα ζωής ορίζεται άλλοτε ως το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας και άλλοτε ως η προσωπική δήλωση των θετικών και των αρνητικών χαρακτηριστικών, τα οποία

προσδιορίζουν τη ζωή ενός ανθρώπου. Στο πλαίσιο των κλινικών ερευνών χρησιμοποιείται μια περισσότερο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής που αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Υφαντόπουλος, 2007).

Γεγονός αποτελεί το φαινόμενο ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία, λόγω του ότι αυξήθηκε σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και ο μέσος όρος ζωής στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Το ερώτημα είναι κατά πόσον αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών, ή μήπως, τελικά, αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Ως αποτέλεσμα αυτών, οι μετρήσεις των καταστάσεων υγείας εστιάζονται πλέον στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος, 2007).

Τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει ο στόχος των ιατρικών υπηρεσιών. Έτσι ο στόχος τους δεν είναι πια απλά η θεραπεία της ασθένειας και η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής ποιότητας ζωής για τον ασθενή (Βαλάσση - Αδάμ, 2001). Σήμερα, η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής έχει κερδίσει σημαντικό έδαφος ως μέτρο αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η ίδια η αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ποιότητα ζωής αποτελεί μια σημαντική μέτρηση της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού έργου.

Στον ελληνικό ιατρικό τύπο απουσιάζουν αναφορές στην ποιότητα της ζωής, ενώ ακόμη λιγότερες είναι οι εργασίες που περιλαμβάνουν κάποιο εργαλείο μέτρησης. Οι κλινικοί ιατροί φαίνεται να μην συνειδητοποιούν πόσο απαραίτητα είναι τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής στην κλινική πράξη, στη λήψη αποφάσεων για κοινές περιπτώσεις όπως για πολυτραυματίες, για υποψήφιους για μεταμόσχευση, για προγεννητικό έλεγχο, για χορήγηση ορμονών σε έφηβους πολύ κοντού αναστήματος, για υποψήφιους για εξωσωματική γονιμοποίηση και γενικότερα για κάθε περίπτωση όπου υπάρχουν διλήμματα και πρέπει να συνεκτιμηθούν παράγοντες που αφορούν στην ποιότητα της ζωής (Βαλάσση - Αδάμ, 2001).

Η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα, με αντικειμενική διάσταση που εκφράζεται ως «ανάγκες» και υποκειμενική διάσταση που αφορά στις επιθυμίες των ανθρώπων. Οι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες καλύπτουν μέρος της αντικειμενικής διάστασης, όμως δεν είναι επαρκείς στον τομέα της υγείας, όπου σχεδιάστηκαν ειδικοί

δείκτες και ειδικά εργαλεία εκτίμησης. Επειδή υπάρχει διαφορά στις απόψεις των ίδιων των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και το πώς αυτή επηρεάζει τη ζωή τους από τις εκτιμήσεις των γιατρών, για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Στο επίπεδο του πληθυσμού, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής εφαρμόζεται στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού (Νάκου, 2001).

Περιορισμοί

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, έτσι όπως έχει σχεδιαστεί, προκύπτουν οι εξής περιορισμοί:

α) Η έρευνα διεξήχθη σε άτομα ηλικίας 50 – 65 χρόνων και δεν μπορούν να γενικευθούν τα αποτελέσματά της σε άτομα διαφορετικών ηλικιών.

β) Για την πραγματοποίηση της έρευνας λήφθηκε δείγμα από δύο μόνο φυσικοθεραπευτήρια και δύο γυμναστήρια.

γ) Περιορισμός της έρευνας μπορεί να θεωρηθεί η έλλειψη ελέγχου κάποιων παραγόντων που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Υποθέσεις

Όσον αφορά στις ερευνητικές υποθέσεις, αυτές ήταν οι εξής:

Υπόθεση 1^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Υγεία’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 2^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής, ‘Σωματική Λειτουργία’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 3^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Φυσικής Υγείας’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 4^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Σωματικός Πόνος’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 5^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Σύνολο Υγείας’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 6^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Συναισθηματικός Ρόλος’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 7^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Κοινωνική Δραστηριότητα’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 8^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Νοητική Υγεία’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 9^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Σύνολο των μεταβλητών Φυσικής Υγείας (1-5)’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 10^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Σύνολο των μεταβλητών Νοητικής Υγείας (6-8)’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 11^η: Υπάρχουν διαφορές στη μεταβλητή ποιότητας ζωής ‘Σύνολο όλων των μεταβλητών της Ποιότητας Ζωής (1-8)’, μεταξύ ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που καπνίζουν και ατόμων ορθοπεδικά ασθενών που δεν καπνίζουν.

Υπόθεση 12^η: Υπάρχουν διαφορές στην μεταβλητή ‘Σύνολο των μεταβλητών της Φυσικής Υγείας (1-5)’, σε άτομα που καπνίζουν και ανήκουν στις υποομάδες α) ορθοπεδικά ασθενών β) υγιών που δεν γυμνάζονται και γ) υγιών που γυμνάζονται.

Υπόθεση 13^η: Υπάρχουν διαφορές στην μεταβλητή 'Σύνολο των μεταβλητών της Νοητικής Υγείας (6-8)', σε άτομα που καπνίζουν και ανήκουν στις υποομάδες α) ορθοπεδικά ασθενών β) υγιών που δεν γυμνάζονται και γ) υγιών που γυμνάζονται.

Υπόθεση 14^η: Υπάρχουν διαφορές στην μεταβλητή 'Σύνολο όλων των μεταβλητών της Ποιότητας Ζωής', σε άτομα που καπνίζουν και ανήκουν στις υποομάδες α) ορθοπεδικά ασθενών β) υγιών που δεν γυμνάζονται και γ) υγιών που γυμνάζονται.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει επιστήμονες των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας σε όλο τον κόσμο. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές έρευνες και στην Ελλάδα, στις οποίες γίνεται χρήση κάποιου εξειδικευμένου εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής με σκοπό την απόδειξη της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της εφαρμογής του στα ελληνικά. Μια σχετική έρευνα ήταν του Υφαντόπουλου (2001). Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση και εφαρμογή του EQ-15D στην Ελλάδα. Το δείγμα της έρευνας ήταν 200 άτομα, όπου η δειγματοληψία βασίστηκε στην αναλογική – αντιπροσωπευτική ποσόστωση ως προς τα κριτήρια του φύλου, της ηλικίας, της εκπαιδευτικής και της κοινωνικοοικονομικής κατηγορίας. Τα αποτελέσματα βασίστηκαν στην καταγραφή της υποκειμενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα. Όσον αφορά στη διερεύνηση μεταξύ της ποιότητας ζωής και φύλου, υπήρξε κατά μέσο όρο μια ελάχιστη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, δηλαδή σε κλίμακα 0 – 100, οι άνδρες είχαν 82 «ποιοτικές μονάδες», ενώ οι γυναίκες 80. Κατά μέσο όρο η ποιότητα ζωής των ανδρών τείνει να είναι υψηλότερη από εκείνη των γυναικών. Οι λόγοι για αυτή τη διαφοροποίηση πρέπει να είναι η ενασχόληση των γυναικών τόσο με εργασιακά θέματα, όσο και με οικιακά.

Στη διερεύνηση της σχέσης της ποιότητας ζωής με την ηλικία βρέθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία οι επιμέρους παράγοντες που συνθέτουν την ποιότητα της ζωής παρουσιάζουν φθίνουσα πορεία. Για παράδειγμα με την αύξηση της ηλικίας μειώνονται η κινητικότητα, η φυσική κατάσταση, η ακοή και η όραση. Στην ίδια έρευνα μελετήθηκε και η σχέση της ποιότητας ζωής με την εκπαίδευση και βρέθηκε θετική συσχέτιση. Δηλαδή τα άτομα που είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Αυτό ισχύει διότι άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης προσέχουν περισσότερο τον τρόπο διαβίωσής τους, έχουν υψηλότερο εισόδημα, καλύτερη κατοικία και γνωρίζουν καλύτερα πώς να χρησιμοποιήσουν τις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες για να επιτύχουν υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης (Υφαντόπουλος, 2001).

Οι Βέμη, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας (2007) ερεύνησαν τη διαφορά στην ποιότητα της ζωής μεταξύ των εργαζομένων στα σώματα ασφαλείας, έτσι όπως αυτή

προσδιορίζεται ως συνισταμένη της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας τους και στο γενικό πληθυσμό. Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το SF-36, μαζί με ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών χαρακτηριστικών. Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονταν σημαντικά με το επίπεδο σωματικής υγείας των αστυνομικών ήταν το φύλο, τα χρόνια προϋπηρεσίας και τα καθήκοντα εργασίας.

Πιο συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι με τα λιγότερα έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα από τους αστυνομικούς που εργάζονταν πολλά χρόνια. Επίσης καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και ζωτικότητα εμφάνισαν οι άνδρες αστυνομικοί σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Τέλος, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο σωματικό πόνο ως προς το δευτερεύον καθήκον της διοικητικής υποστήριξης, καθώς όσοι εκτελούν αυτό το έργο χαρακτηρίζονται από μικρότερο σωματικό πόνο. Η σύγκριση του δείγματος των αστυνομικών με το δείγμα του γενικού πληθυσμού ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές υπέρ του γενικού πληθυσμού, σε έξι από τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Με την έρευνα αυτή καταδεικνύεται η ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτής της κατηγορίας εργαζομένων.

Ποιότητα Ζωής και Χρόνιες Παθήσεις

Η Ιατρική εστιάζεται στη διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Μέχρι πρόσφατα οι περισσότεροι δείκτες υγείας ήταν αρνητικοί : θνησιμότητα, βαθμός αναπηρίας, αριθμός ημερών νοσηλείας και άλλα. Αλλά και οι θετικοί δείκτες υγείας, όπως η επιβίωση δεν εξέφραζαν την ποιότητα της επιβίωσης, αλλά τη διάρκειά της. Οι πρώτες απόπειρες μέτρησης των άλλων διαστάσεων της υγείας επιχείρησαν να μετρήσουν τη λειτουργικότητα και τη γενική κατάσταση της υγείας. Τα εργαλεία κάλυπταν πληροφορίες για τη συμπτωματολογία αλλά και για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στην ασθένεια. Από τις μετρήσεις προέκυψε έλλειψη συμφωνίας των εκτιμήσεων μεταξύ των γιατρών και των ασθενών για την επίδραση της αρρώστιας στην ποιότητα της ζωής. Όμως έγκυρες πληροφορίες θα μπορούσαν να ληφθούν και από τους δύο. Συχνά, λοιπόν, είναι επιθυμητό στην κλινική πράξη να χρησιμοποιούνται εργαλεία που συμπληρώνονται από τον ασθενή σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις του επαγγελματία υγείας.

Πολλά από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην κλινική Ιατρική έχουν ένα σχετικό χαρακτήρα, όπου οι συμμετέχοντες συγκρίνουν την παρούσα κατάσταση με την

προηγούμενη, δηλαδή πριν αρρωστήσουν. Σε μερικές μελέτες η σύγκριση γίνεται με το γενικό πληθυσμό. Η πιο έγκυρη εκτίμηση της αλλαγής επιτυγχάνεται με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε μακροχρόνια παρακολούθηση (Νάκου, 2001).

Στην έρευνα των Παπαγιαννοπούλου, Πιτταδάκη, Περιστέρη, Πόκα και Υφαντόπουλου (2007), για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής ατόμων με αιμορροφιλία στην Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία γενικής χρήσης και συγκεκριμένα το SF – 36 και το EQ– 5D. Η επιλογή τους έγινε γιατί αποτελούν τα πιο συνήθη χρησιμοποιούμενα εργαλεία σε μελέτες που εκτιμούν την ποιότητα ζωής ατόμων με αιμορροφιλία. Με τα δύο αυτά ερωτηματολόγια αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής 78 ατόμων με ήπια ως βαριά αιμορροφιλία και καταγράφηκαν και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους, για να διερευνηθεί η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων.

Από την ανάλυση των απαντήσεων του SF – 36 ανά βαρύτητα νόσου φάνηκε ότι όλα τα άτομα με βαριά αιμορροφιλία παρουσίασαν χαμηλότερες μέσες τιμές στις διαστάσεις του SF – 36 σε σχέση με αυτά ήπιας / μέσης βαρύτητας, με εξαίρεση το σωματικό πόνο, τη ζωτικότητα και την πνευματική υγεία, οι οποίες βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τα άτομα με βαριά αιμορροφιλία. Όσον αφορά στα αποτελέσματα του EQ– 5D τα περισσότερα προβλήματα παρουσιάστηκαν στις διαστάσεις της κινητικότητας και του πόνου / δυσφορίας και τα λιγότερα να αφορούν στο άγχος και την κατάθλιψη. Επίσης καταγράφηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ ηλικίας και ποιότητας ζωής, ενώ θετική σχέση παρουσιάστηκε με τα επίπεδα άγχους / κατάθλιψης και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Τέλος εκτιμήθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει αρνητικά την αντίληψη των ατόμων με αιμορροφιλία για το επίπεδο της συναισθηματικής τους κατάστασης.

Σε μια άλλη έρευνα των Σαρρή, Γούλα και Σούλη (2008), διερευνήθηκε η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση ήπατος. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση ήπατος ως προς τρεις κύριες διαστάσεις, που αφορούν (α) στη σωματική, (β) στη ψυχική και (γ) στην κοινωνική υγεία και ευεξία. Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι ήταν η διερεύνηση ειδικών κλινικών και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που επιδρούν στην εκτίμηση της αυτο-αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. Το δείγμα αποτέλεσαν 28 μεταμοσχευμένοι ασθενείς σε τελικό στάδιο ηπατικής ανεπάρκειας. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ως όργανο μέτρησης το SF-36.

Διαπιστώθηκε ότι οι μεταμοσχευμένοι εκφράζουν γενικά καλή σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία. Οι μεταμοσχευμένοι ηπατοπαθείς σημείωναν την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του σωματικού πόνου, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία σημειωνόταν στην κλίμακα της γενικής υγείας. Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των μεταμοσχευμένων ηπατοπαθών εξαρτιώταν από τη συνολική ικανοποίηση των ίδιων από τη ζωή, τη συχνότητα νοσηλείας, την επίδραση των επιπλοκών και την ικανότητα εργασίας, παράγοντες οι οποίοι καταγράφηκαν ως οι ισχυρότεροι συντελεστές εξάρτησης τόσο της σωματικής όσο και της ψυχοκοινωνικής υγείας. Οι μεταμοσχευμένοι ηπατοπαθείς εξέφρασαν σημαντική μείωση των επιπτώσεων του σωματικού πόνου στις συνηθισμένες τους δραστηριότητες και σημαντική βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και της ψυχικής τους υγείας. Όμως η γενική υγεία και η ζωτικότητα τους δεν βελτιώνονταν ανάλογα, καθώς επίσης η άσκηση ρόλων που αφορούσαν στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της υγείας τους.

Η ηπατίτιδα Β και C είναι νόσοι που επηρεάζουν αρνητικά τις περισσότερες πτυχές της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και η αύξηση της επίπτωσης της νόσου, στην Ελλάδα και διεθνώς, επιβάλλει τη θεώρησή της ως απειλής κατά της δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες πρόληψης ή και αντιμετώπισής της.

Σκοπός της έρευνας των Γαλάνη, Κοντοδημόπουλου, Νταλέκου και Νιάκα (2007), ήταν ο προσδιορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής Ελλήνων ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β ή C, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ενέσιμη θεραπεία με ιντερφερόνη, καθώς επίσης η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού. Στις οκτώ κλίμακες του SF-36, οι ηπατοπαθείς είχαν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής από το γενικό πληθυσμό, με εξαίρεση στις κλίμακες σωματικής λειτουργικότητας και σωματικού πόνου, όπου είχαν παρεμφερείς ή και υψηλότερες βαθμολογίες.

Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ τους, οι ασθενείς με ηπατίτιδα C πιθανόν υπερτερούν, αφού δήλωσαν σημαντικά λιγότερο πόνο και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Όσον αφορά στο φύλο και στις δύο μορφές της νόσου οι άνδρες ηπατοπαθείς εμφάνισαν καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής από τις γυναίκες, σε όλες τις κλίμακες του SF-36. Η μείωση στις υπόλοιπες κλίμακες ήταν συγκρίσιμη με εκείνη που έχει παρατηρηθεί σε άλλες χρόνιες παθήσεις που έχουν μελετηθεί στην Ελλάδα με το ίδιο όργανο / μέθοδο, όπως είναι για παράδειγμα ο

σακχαρώδης διαβήτη (Papadopoulos, Kontidimopoulos, Frydas, Ikonomakis & Niakas, 2007).

Έχοντας ως δεδομένο τη χρονιότητα της νόσου, η επιστημονική κοινότητα επικεντρώνεται στη μελέτη του τρόπου επίδρασης της συνολικής παθογένειας της νόσου στην ποιότητα ζωής των διαβητικών, με απώτερο σκοπό το σχεδιασμό των κατάλληλων ενεργειών για τη βελτίωσή της. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ποιότητας ζωής EQ-5D, παράλληλα με ειδικό ερωτηματολόγιο κοινωνικών, δημογραφικών και ανθρωπομετρικών στοιχείων. Αντλήθηκαν επίσης στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών επηρεάζεται από ένα πλήθος κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο (με τις γυναίκες να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα και να απολαμβάνουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής), η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο (όσοι είχαν στο μορφωτικό επίπεδο τη στοιχειώδη εκπαίδευση, είχαν περισσότερα προβλήματα σε όλες τις διαστάσεις) και η οικογενειακή κατάσταση (όσοι ζούσαν μόνοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα υγείας σε σχέση με τους παντρεμένους). Τα έτη με διαβήτη και κυρίως οι μικρο και μακροαγγειακές επιπλοκές επιδρούν και διαμορφώνουν σε χαμηλότερα επίπεδα την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Για το λόγο αυτό απαιτείται η ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, με στόχευση στη μείωση του επιπολασμού της νόσου (Παπαδόπουλος, Οικονομάκης, Κοντοδημόπουλος, Φρυδάς & Νιάκας, 2007).

Σκοπός της έρευνας των Παπαθανασίου, Φιλαλήθη και Λιονή (2005), ήταν ο εντοπισμός των διαφόρων εργαλείων για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2, με απώτερο στόχο την επιλογή ενός κατάλληλου για τη Γενική Ιατρική εργαλείου για την Ελλάδα. Εντοπίστηκαν συνολικά 60 ειδικές κλίμακες. Οι 40 από αυτές εκτιμούσαν κυρίως ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές παραμέτρους που επηρεάζουν την ΠΖ αυτών των ασθενών. Οι 10 εκτιμούσαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών υγείας και άλλες 10 διερευνούσαν τις γνώσεις των ασθενών γύρω από την ασθένειά τους.

Η εκτενέστερη κλίμακα βρέθηκε η DCP, με 234 ερωτήσεις και η πιο σύντομη η ADS, με 7 ερωτήσεις. Οι DHP-1, DKQ-1, DSQOLS, barriers to self-care scale, IMDSSES και KPDQ είναι ειδικές για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, ενώ οι DHP-18, DKQ-2, type 2 diabetes symptom checklist και DSC είναι ειδικές για το σακχαρώδη

διαβήτη τύπου 2. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή της κλίμακας όσον αφορά σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, γιατί αυτή η επιλογή συχνά καθορίζει και την ποιότητα των πληροφοριών που λαμβάνουμε.

Μια άλλη ενοχλητική χρόνια πάθηση είναι η εκδήλωση συχνών πονοκεφάλων ή ημικρανιών. Η ποιότητα ζωής μελετήθηκε σε 35 ασθενείς που υπέφεραν από επεισοδιακούς, σε συστοιχία πονοκεφάλους, τόσο κατά τη διάρκεια εκδήλωσής τους όσο στην περίοδο μετά την εμφάνισή τους. Για τη μέτρηση της ΠΖ χρησιμοποιήθηκαν το SF-36 καθώς και ένα εξειδικευμένο για τους πονοκεφάλους όργανο μέτρησης, το MSQ2.1. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων συγκρίθηκαν με αυτά άλλων δύο ομάδων ασθενών με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά: με ασθενείς που έπασχαν από ημικρανίες και με υγιή άτομα. Κατά τη διάρκεια της περιόδου έξαρσης των πονοκεφάλων οι ασθενείς αυτοί είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις του SF-36 και του MSQ2.1 από την ομάδα ελέγχου. Επίσης είχαν χαμηλότερη βαθμολογία και από τους πάσχοντες από ημικρανία, όμως οι διαφορές ήταν σημαντικές μόνο στο σωματικό πόνο και στην κοινωνική λειτουργικότητα. Υπήρξε καλή συσχέτιση μεταξύ των δύο εργαλείων μέτρησης. Μετά την περίοδο εκδήλωσης των πονοκεφάλων η ΠΖ αυτών των ασθενών ήταν παρόμοια με αυτή της ομάδας ελέγχου (Ertsey, Manhalter, Afra & Jelencsik, 2004).

Η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεαστεί και από τους ήπιους χρόνιους πονοκεφάλους. Στην έρευνα των Monzon και Lainez (1998), έγινε σύγκριση του αντίκτυπου που έχει ο πονοκέφαλος στην ΠΖ ασθενών που έπασχαν από ημικρανία και ασθενών που έπασχαν από καθημερινούς, χρόνιους πονοκεφάλους. Για τη μέτρηση της ΠΖ χρησιμοποιήθηκε το SF-36. Οι ασθενείς που είχαν καθημερινούς πονοκεφάλους είχαν σημαντικά χειρότερη βαθμολογία πόνου στη φυσική λειτουργία, στο ρόλο φυσικής υγείας, στο σωματικό πόνο, στις αντιλήψεις για γενική υγεία και στην πνευματική λειτουργία σε σύγκριση με τους ασθενείς που έπασχαν από ημικρανία. Η χαμηλότερη βαθμολογία των ασθενών με ημικρανία ήταν στο σωματικό πόνο και στο ρόλο φυσικής υγείας. Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι το SF-36 είναι πολύτιμο στον προσδιορισμό των διαφορών στη λειτουργικότητα μεταξύ ασθενών με διαφορετικό τύπο πονοκεφάλων και αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της ΠΖ σε ασθενείς με χρόνιους πονοκεφάλους (Monzon & Lainez, 1998).

Οι Van Der Geest et al. (2002), ερευνήσαν την ποιότητα ζωής ατόμων που έπασχαν από χονδροσάρκωμα του οστού, διότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγαλύτερος χρόνος επιβίωσης ύστερα από τη θεραπεία του. Τα καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα φάνηκαν μετά από ανακατασκευή του οστού με μόσχευμα και από ανακατασκευή με απόξεση και

κρυοχειρουργική. Το 24% των 38 ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα βίωσαν σε μεγάλο βαθμό κόπωση. Επιπλέον οι ασθενείς ανέφεραν προβλήματα σε αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με σημαντικότερα την κούραση, τη σωματική λειτουργία και τον ύπνο.

Οι μυοσκελετικές διαταραχές συχνά σχετίζονται με πόνο, με λειτουργική εξασθένηση και ανικανότητα για εργασία. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) και η ινομυαλγία σχετίζονται με πόνο, κόπωση και δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Επίσης συνδέονται με πτωχή ψυχολογική λειτουργία με το 20-60% των ασθενών αυτών να αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Είναι φανερό ότι υπάρχει αντίκτυπο της ΡΑ και της ινομυαλγίας σε σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και κατ' επέκταση επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών (Walker & Littlejohn, 2007).

Και οι δύο αυτές καταστάσεις έχουν παρόμοιο αντίκτυπο με άλλες χρόνιες παθήσεις στη ψυχολογική και σωματική λειτουργία και στους κοινωνικούς ρόλους, όπως ο διαβήτης και η καρδιοπάθεια. Οι Birtane et al. (2007), μέτρησαν την ποιότητα ζωής στην ινομυαλγία και στη ΡΑ με το SF-36, και τόνισαν ότι η ινομυαλγία είναι μια κατάσταση με ασαφή αιτιολογία που σχετίζεται με εξασθενημένη ποιότητα ζωής σε παρόμοιο βαθμό με αυτή της ΡΑ. Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι και στις δύο αυτές καταστάσεις υπάρχει πτωχή φυσική και ψυχολογική λειτουργία σταθερά μεγαλύτερη από υγιή άτομα που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον τόνισαν ότι οι ασθενείς με ινομυαλγία είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από αυτούς με ΡΑ.

Οι ασθενείς με ινομυαλγία συχνά νιώθουν ανικανότητα στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Σημαντικό ρόλο στην ανικανότητα αυτή φαίνεται να παίζουν ψυχολογικοί παράγοντες. Σκοπός της έρευνας των Verbunt, Pernot και Smeets (2008), ήταν να εξετάσουν την ΠΖ σε αυτούς τους ασθενείς, να βρουν ποιοί παράγοντες συμβάλλουν σε αυτή την ανικανότητα και να συγκριθεί η ψυχολογική καταπόνηση αυτών των ασθενών με αυτή που υπάρχει σε άλλα σύνδρομα πόνου. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με το SF-36. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι ασθενείς με ινομυαλγία ανέφεραν σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους και το αντιλαμβανόμενο επίπεδο δυσλειτουργίας φαίνεται να επηρεάζεται από τη νοητική τους κατάσταση. Σε σύγκριση με ασθενείς που πάσχουν από άλλα σύνδρομα πόνου, η ψυχολογική καταπόνηση ήταν υψηλότερη.

Οι μυϊκές δυστροφίες είναι χρόνιες παθήσεις που χαρακτηρίζονται από προοδευτική αδυναμία των μυών, η οποία καταλήγει σε μείωση των δραστηριοτήτων.

Σκοπός της έρευνας των Grotenhuis, De Boone και Van der Kooi (2007), ήταν να μελετήσουν την ΠΖ σε παιδιά και ενήλικες με μυϊκή δυστροφία (ΜΔ) και την επίδραση του τύπου και της σοβαρότητας της ασθένειας σε ενήλικες ασθενείς. Στάλθηκαν ερωτηματολόγια σχετιζόμενα με την ηλικία και την ΠΖ (HRQoL) σε 40 παιδιά 8-17 ετών και σε 67 ενήλικες με ΜΔ. Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ στα παιδιά και στους ενήλικες σε σύγκριση με υγιή άτομα (ομάδα ελέγχου). Οι ασθενείς με ΜΔ τύπου Becker ανέφεραν καλύτερη ΠΖ σε αρκετές διαστάσεις της σε σύγκριση με άλλους τύπους ΜΔ. Η σοβαρότητα της ασθένειας συνδέθηκε με χειρότερη λειτουργία λεπτής κινητικότητας και κοινωνικής δραστηριότητας στους ενήλικες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ΜΔ επηρέασε αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ αυτών των ασθενών σε αρκετούς τομείς.

Η οστεοπόρωση αποτελεί μια κοινή ασθένεια των οστών που έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής πολλών ατόμων στην εποχή μας. Την επίδραση αυτή ερεύνησαν οι Bianchi et al., (2005), σε 100 γυναίκες που βρισκόταν στην εμμηνόπαυση, 50-85 ετών. Οι 62 από αυτές έπασχαν από πρωτοπαθή οστεοπόρωση χωρίς επιπλοκές και οι 38 από πρωτοπαθή οστεοπόρωση με κατάγματα σε σπονδύλους. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, το Qualeffo-4 για τη μέτρηση της ΠΖ και το Zung για την κατάθλιψη. Τα δεδομένα συγκρίθηκαν με 35 άτομα παρόμοιας ηλικίας (ομάδα ελέγχου) που είχαν υποθυρεοειδισμό, μια άλλη χρόνια πάθηση. Οι ασθενείς με οστεοπόρωση αντιλαμβανόταν την πάθησή τους ως ασθένεια που επηρεάζει την προσωπική τους ζωή με ανεπιθύμητες συνέπειες, όπως είναι ο χρόνιος πόνος (66% στις γυναίκες με τα κατάγματα, 40% στις γυναίκες χωρίς επιπλοκές), εξασθένηση της φυσικής ικανότητας, μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα, πτωχή αίσθηση ευεξίας και καταθλιπτική διάθεση. Συνολικά το 41% του δείγματος έδειξε μειωμένη ΠΖ, ενώ στην ομάδα ελέγχου μόνο το 11% έδειξε μειωμένη ΠΖ.

Σε μια άλλη έρευνα σχετικά με την ποιότητα ζωής σε άτομα με οστεοπόρωση μετρήθηκαν η φυσική και νοητική υγεία και η ποιότητα ζωής σε 1.171 γυναίκες, από τις οποίες το 1994 οι 92 είχαν οστεοπόρωση και οι 1.079 όχι. Ύστερα από συσχέτιση ηλικίας, εθνικότητας, μόρφωσης, οικονομικής κατάστασης και φυσικής δραστηριότητας, οι γυναίκες που είχαν οστεοπόρωση το 1994 δήλωσαν το 1999 ότι αντιμετώπιζαν αστάθεια, δυσκολία στην ισορροπία, αδυναμία, προβλήματα στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, πτωχή αντιλαμβανόμενη υγεία, δεν έβγαιναν ποτέ για διασκέδαση και δεν ευχαριστιόταν πολύ τον ελεύθερο χρόνο τους. Ως αποτέλεσμα της έρευνας φάνηκε ότι οι πάσχοντες από οστεοπόρωση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα

αστάθειας, έχουν δυσκολίες στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων και έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής όσον αφορά στην έξοδό τους για διασκέδαση και στην απόλαυση του ελεύθερου χρόνου τους. Άρα πρέπει να δοθεί έμφαση στη διατήρησή τους όσο γίνεται σε καλύτερη φυσική κατάσταση (Kotz, Deleger, Cohen, Kamigaki & Kurata, 2004).

Το 13% των ιατρικών συσκέψεων των θεραπειών περιλαμβάνουν περιστατικά που παρουσιάζουν ανεξήγητα παράπονα, οι θεραπευτές δηλαδή, δεν μπορούν να κάνουν συγκεκριμένη διάγνωση ύστερα από λήψη του ιστορικού, φυσική εξέταση και προσεκτική μελέτη του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς. Τα παράπονα αυτά μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνιες καταστάσεις, όπως χρόνια λειτουργικά συμπτώματα, ιατρικώς ανεξήγητα παράπονα και σωματόμορφες διαταραχές.

Οι Koch et al. (2007), ερεύνησαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με αυτά τα ανεξήγητα παράπονα, τα οποία συχνά περιλαμβάνουν αίσθημα κόπωσης, κοιλιακά και μυοσκελετικά παράπονα. Η ΠΖ μετρήθηκε με το RAND-36 τεστ και έγινε σύγκριση με άλλο πληθυσμό με παθολογικά και καταθλιπτικά προβλήματα στην Ολλανδία. Στην έρευνα πήραν μέρος 466 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας τα 44 έτη, ενώ το 74% ήταν γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Το 63% των ασθενών παρουσίασε ανεξήγητη κούραση. Κατά μέσο όρο η ποιότητα ζωής ήταν αξιολογικά φτωχή και σε σχέση με τις άλλες ομάδες. Άρα η ενημέρωση για την πιθανά φτωχή ΠΖ αυτών των ασθενών μπορεί να επηρεάσει τη λήψη αποφάσεων για τους παθολόγους, ώστε να μην αναπτυχθεί μια χρόνια κατάσταση.

Ποιότητα Ζωής και Ορθοπεδικές Παθήσεις

Ο πόνος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) θεωρείται πρωταρχική αιτία δυσλειτουργίας και ανικανότητας για εργασία και αναμένεται να επηρεάσει το 90% του πληθυσμού της γης σε κάποια φάση της ζωής τους. Αυτή η κατάσταση τείνει να γίνει χρόνια, επηρεάζοντας εκτός από τη σωματική λειτουργία του πάσχοντος και την ψυχολογική του κατάσταση.

Οι Brennan, Shafat, Mac Donncha και Vekins (2007) στην έρευνά τους αξιολόγησαν το επίπεδο του πόνου στη μέση σε φοιτητές που σπούδαζαν σε σχολές Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Το δείγμα αποτέλεσαν 68 φοιτητές με μέση ηλικία τα 20 έτη, με μέσο όρο ύψους 171 cm και βάρους 66.7kg. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 37 κλειστές, ανοικτές και πολλαπλής επιλογής ερωτήσεις, το οποίο σχεδιάστηκε για να συλλέξει πληροφορίες για το πως προκλήθηκε ο πόνος, την αιτία και τον τύπο του πόνου στην ΟΜΣΣ. Επίσης καταγράφησαν η θεραπεία που ακολούθησε, η

φροντίδα που ζητήθηκε και οι γενικές γνώσεις που είχαν πάνω σε αυτό το θέμα. Η παρούσα μελέτη αποκάλυψε μεγάλη συχνότητα πόνου στην ΟΜΣΣ και έδειξε μια συχνότητα υποτροπής και συνήθειες των πασχόντων που αποτελούσαν σημάδια για να αποκτήσει η κατάσταση χρονιότητα. Επιπλέον φάνηκε η ανάγκη για εκπαιδευτική παρέμβαση – ενημέρωση και θεραπεία για την παρεμπόδιση του πόνου στην ΟΜΣΣ.

Λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης του πόνου στη μέση, έχουν προταθεί αρκετές μέθοδοι για την αντιμετώπισή της. Μια μέθοδος που έχει ερευνηθεί είναι το “Back School Programme”, το οποίο είναι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία, τη βιομηχανική και την αντιμετώπιση του πόνου στην ΟΜΣΣ. Στην έρευνά τους οι Tavafian, Jamshidi, Mohammad και Montazeri (2007), θέλησαν να διαπιστώσουν σε ποιο βαθμό αυτό το πρόγραμμα θα βελτιώνει την ποιότητα ζωής ανθρώπων που υποφέρουν από πόνο στη μέση. Το δείγμα αποτέλεσαν 102 γυναίκες με παρόμοια χαρακτηριστικά ηλικίας, βάρους, μόρφωσης, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και απασχόλησης, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα ακολούθησε το “Back School Programme”, ενώ η δεύτερη όχι.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το SF-36 σε δύο χρονικές περιόδους, στην αρχή και μετά από τρεις μήνες. Στην πρώτη ομάδα παρουσιάστηκε βελτίωση και στις οκτώ διαστάσεις του SF-36, ενώ στη δεύτερη σε τρεις (σωματικό πόνο, ζωτικότητα και νοητική υγεία). Επομένως το “Back School Programme” αποτελεί μια πετυχημένη παρέμβαση και μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από πόνο στη μέση σε διάστημα τριών μηνών.

Μια άλλη μέθοδος θεραπείας που έχει προταθεί για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στη μέση είναι τα προγράμματα λειτουργικής αποκατάστασης, τα οποία έχει φανεί ότι είναι πετυχημένα στη βελτίωση της λειτουργίας και στη μείωση του πόνου στην ΟΜΣΣ. Το Munich Functional Restoration Program (MFRP), είναι ένα πρόγραμμα 4 εβδομάδων που σχεδιάστηκε για να μειώσει τον πόνο και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ιστορικό χρόνιου πόνου στη μέση. Το δείγμα αποτέλεσαν 44 ασθενείς με χρόνιο πόνο στη μέση, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η μια ομάδα ακολούθησε το MFRP πρόγραμμα και η άλλη ένα συμβατικό πρόγραμμα θεραπείας (ομάδα ελέγχου). Μετά από μια αρχική αξιολόγηση συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια ένα χρόνο μετά τη θεραπεία.

Χρησιμοποιήθηκαν για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής το SF-36, το Pain Disability Index (PDI), το Numeric Rating Scale (NRS) για τον πόνο, για την κατάθλιψη το Center for Epidemiological Studies Depression Test (CES-D) και η

επαγγελματική τους κατάσταση. Όλα αυτά τα δεδομένα συγκρίθηκαν με δεδομένα που λήφθηκαν με ερωτηματολόγιο πριν την έναρξη της θεραπείας. Σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, τα NRS και PDI ήταν σημαντικά καλύτερα στους ασθενείς που έλαβαν το πρόγραμμα MFRP. Οι ίδιοι ασθενείς έδειξαν σημαντική μείωση στο CES-D καθώς επίσης και μια βελτίωση στις τρεις από τις οκτώ διαστάσεις του SF-36. Στην ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκε καμία διαφορά. Άρα σε σύγκριση με τη σπάνταρ θεραπεία, ένα πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης για προβλήματα χρόνιου πόνου στη μέση βελτιώνει σημαντικά κάποιες πλευρές της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών (Huge et al., 2006).

Οι Ong, Doll, Bodeker και Stewart-Brown (2004), ερεύνησαν τη χρήση της οστεοπαθητικής ή της χειροπρακτικής σε ασθενείς που υπέφεραν από πόνο στη μέση. Έστειλαν ερωτηματολόγια που αφορούσαν σε θέματα υγείας, τη χρήση βοηθητικών υπηρεσιών, εναλλακτικών και συμβατικών υπηρεσιών υγείας σε ένα τυχαίο δείγμα 14868 ατόμων ηλικίας 18-64 σε τέσσερις περιοχές στην Αγγλία. Ερεύνησαν τη χρήση της οστεοπαθητικής/ χειροπρακτικής σε 1377 άτομα που ανέφεραν πόνο στη μέση. Από αυτούς που ανέφεραν πόνο στη μέση 184 άτομα είδαν οστεοπαθητικούς/ χειροπράκτορες τους τελευταίους τρεις μήνες, ενώ 135 άτομα συμβουλευτήκαν φυσικοθεραπευτές. Οι περισσότεροι από αυτούς που επισκέφθηκαν τους οστεοπαθητικούς ήταν γυναίκες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μη-καπνιστές και άτομα που έκαναν άσκηση 30 λεπτά τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Ο πιο σημαντικός παράγοντας για εκείνους που επισκέφθηκαν φυσικοθεραπευτές ήταν η επιθυμία τους για περισσότερη άσκηση.

Χρησιμοποιήθηκε το SF-36 για να δουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Τα άτομα που είδαν τους οστεοπαθητικούς ανέφεραν καλύτερη υγεία σε όλες τις διαστάσεις του SF-36 από εκείνους που έκαναν φυσικοθεραπεία. Παρόλο που ανέφεραν χαμηλότερα σκορ όσον αφορά στον πόνο από άτομα που δεν συμβουλευτήκαν καθόλου πρακτικούς ιατρούς, η πνευματική τους υγεία, η σωματική λειτουργία η ενέργεια και η αντίληψη για την υγεία τους ήταν καλύτερα. Από τα δεδομένα προκύπτει ότι όσοι αντέχουν οικονομικά είναι πιο πιθανό να διαλέξουν κάποιον οστεοπαθητικό παρά φυσικοθεραπευτή.

Οι πτώσεις αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Σκοπός της έρευνας των Ozcan, Donat, Gelecek, Ozdirenc και Karadibak (2005), ήταν να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ της ΠΖ και των παραγόντων κινδύνου πτώσεων (ισορροπία, λειτουργική κινητικότητα, ιδιοδεκτικότητα, μυϊκή δύναμη, ευλυγισία και φόβος πτώσης) σε μεγάλους σε ηλικία ανθρώπους. Στην έρευνα συμμετείχαν 116 άτομα 65 ετών και άνω. Η ΠΖ

μετρήθηκε με τη βραχεία μορφή του SF-12. Οι παράγοντες κινδύνου που μετρήθηκαν ήταν: η ισορροπία με το Berg Balance test, η λειτουργική κινητικότητα με το χρόνο που έκαναν να σηκωθούν και να φύγουν, η ιδιοδεκτικότητα με την αίσθηση της θέσης της άρθρωσης, η μυϊκή δύναμη με δυναμόμετρο μέσης/ποδιού, η ευλυγισία με κάθισμα και σκύψιμο μπροστά και ο φόβος πτώσης με τη Visual Analogue Scale. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η ισορροπία, η λειτουργική κινητικότητα, η μυϊκή δύναμη και ο φόβος πτώσης σχετίζονται με την ΠΖ, ενώ η ευλυγισία και η ιδιοδεκτικότητα όχι.

Το γόνατο είναι η άρθρωση που επηρεάζεται περισσότερο από οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ). Τα συμπτώματα της ΟΑ είναι πόνος, πρωινή δυσκαμψία μικρής διάρκειας και φυσική δυσλειτουργία στις καθημερινές ασχολίες, τα οποία επηρεάζουν πολλές διαστάσεις της υγείας καθώς και της ΠΖ. Η έρευνα των Dias, Dias και Ramos, (2003) εξέτασε την επίδραση που είχε στην ποιότητα ζωής 50 ηλικιωμένων ατόμων με ΟΑ ένα πρόγραμμα άσκησης και βάδισης. Η ΠΖ μετρήθηκε με το SF-36. Στην έρευνα μετρήθηκαν αλλαγές στη σοβαρότητα του πόνου και στην ΠΖ σε δύο ομάδες, στην πειραματική και στην ομάδα ελέγχου. Η πειραματική ομάδα πήρε μέρος σε πρόγραμμα παρέμβασης 12 εβδομάδων με ασκήσεις και βάδιση. Στην πειραματική ομάδα οι ασκούμενοι έδειξαν καλύτερη σωματική λειτουργία, σωματικό ρόλο και μείωση του πόνου. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έδειξε σημαντικές διαφορές μετά από τρεις και έξι μήνες σε όλες τις μετρήσεις της ΠΖ, εκτός της ψυχικής υγείας. Επομένως το πρόγραμμα άσκησης είχε θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με προβλήματα ΟΑ.

Παρόμοια είναι και η έρευνα των Penninx et al., (2001), που εξέτασε κατά πόσο ένα πρόγραμμα άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα με ΟΑ γόνατος μπορεί να εμποδίσει τη δυσλειτουργία σε καθημερινές δραστηριότητες. Στην έρευνα πήραν μέρος 250 άτομα, τα οποία χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα ακολούθησε πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, η δεύτερη πρόγραμμα άσκησης με αντίσταση και η τρίτη ήταν η ομάδα ελέγχου. Ως αρχόμενη δυσλειτουργία στις καθημερινές δραστηριότητες ορίστηκε η ανάπτυξη δυσκολίας στη μεταφορά από το κρεβάτι σε καρέκλα, το να μπορούν να τρώνε, να ντύνονται, να χρησιμοποιούν την τουαλέτα ή να κάνουν μπάνιο. Οι μετρήσεις γίνονταν κάθε τρίμηνο για 18 μήνες. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι και η αεροβική άσκηση και η άσκηση με αντίσταση μπορούν να μειώσουν τη δυσλειτουργία στις καθημερινές δραστηριότητες σε άτομα που πάσχουν από ΟΑ γόνατος και μπορούν να επιμηκύνουν την αυτονομία των ηλικιωμένων ατόμων.

Σε μια άλλη έρευνα των Rejeski, Focht, Messier, Morgan, Pahor και Penninx, (2002), εξετάστηκαν τα αποτελέσματα που είχε το χάσιμο βάρους και ένα πρόγραμμα

άσκησης στην ποιότητα ζωής υπέρβαρων ηλικιωμένων ατόμων με ΟΑ γόνατος. Στην έρευνα συμμετείχαν 316 άτομα, άνω των 60 ετών, τα οποία χωρίστηκαν τυχαία σε 4 ομάδες και συμμετείχαν σε παρέμβαση 18 μηνών. Στην πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα διατροφής, στη δεύτερη ένα πρόγραμμα άσκησης, στην τρίτη ομάδα ένα πρόγραμμα άσκησης και διατροφής και στην τέταρτη κανένα πρόγραμμα (ομάδα ελέγχου). Στο πρόγραμμα διατροφής χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και απώλεια βάρους. Το πρόγραμμα άσκησης περιλάμβανε βάδισμα και ασκήσεις με αντίσταση χαμηλής επιβάρυνσης, 3 φορές/εβδομάδα.

Οι μετρήσεις για την ΠΖ έγιναν με το SF-36 και μετρήθηκε η ικανοποίηση από τη λειτουργία και την εμφάνιση του σώματος. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η ομάδα που ακολούθησε πρόγραμμα άσκησης και διατροφής είχε το πιο θετικό αποτέλεσμα στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι ομάδες που ακολούθησαν πρόγραμμα άσκησης βελτίωσαν τη σωματική τους υγεία και εμφάνισαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη σωματική τους λειτουργία.

Στην έρευνα των Martin, Latimer, McKechnie, Ditor, McCartney, Hicks, Bugaresti και Craven (2003), εξετάστηκε κατά πόσο η άσκηση ως στρατηγική μειώνει τον πόνο και βελτιώνει την ψυχική ευεξία και την ποιότητα ζωής ατόμων με κάκωση νωτιαίου μυελού. Στην έρευνα συμμετείχαν 34 άτομα, τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την πειραματική και την ομάδα ελέγχου. Η πειραματική ομάδα συμμετείχε σε πρόγραμμα άσκησης δύο φορές/εβδομάδα, που περιλάμβανε 5 λεπτά διατάσεις, 15-30 λεπτά αερόβιες και εργομετρικές ασκήσεις των άνω άκρων και 45-60 λεπτά ασκήσεις με επιβάρυνση. Η ομάδα ελέγχου συνέχισε τη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα. Ο αντιλαμβανόμενος πόνος μετρήθηκε με την κλίμακα SF-36 Bodily Pain, το στρες με την κλίμακα Perceived Stress Scale, η ποιότητα ζωής με το ερωτηματολόγιο Perceived Quality of Life Scale και η κατάθλιψη με την κλίμακα Center for Epidemiological Studies Depression Scale. Μετά από τρεις μήνες φάνηκε ότι η ομάδα που έκανε άσκηση ανέφερε λιγότερο πόνο, κατάθλιψη και στρες και πιο υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης ΠΖ από την ομάδα ελέγχου.

Οι Rothwell, McDowell, Wong και Dorman (1997), μέτρησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) με το SF-36 και τη σύγκριναν με το γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές των ασθενών με ΣΚΠ ήταν χαμηλότερες σε όλες τις διαστάσεις του SF-36 από τις τιμές του γενικού πληθυσμού, εκτός από το ρόλο των συναισθημάτων λόγω των περιορισμών και τον σωματικό πόνο, όπου δεν φάνηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Οι Isaksson, Ahlstrom και Gunnarsson (2005), ερεύνησαν την ΠΖ σε δύο ομάδες ατόμων με ΣΚΠ. Η μια ομάδα έκανε ανοσολογική θεραπεία και η άλλη όχι. Οι παράγοντες που λήφθησαν υπόψη ήταν το φύλο, τα χρόνια διάγνωσης και η ηλικία. Ως εργαλεία στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν το SF-36 και το SQoL. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις δύο ομάδες. Η ποιότητα ζωής όσον αφορούσε στον τομέα της υγείας τους είχε μειωθεί, ενώ η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής δεν είχε επηρεαστεί τόσο πολύ. Μια ελαφρώς καλύτερη ΠΖ σχετικά με την υγεία βρέθηκε στην ομάδα που έκανε ανοσολογική θεραπεία στο SF-36, στο συναισθηματικό και σωματικό τομέα, καθώς και στην κοινωνική λειτουργικότητα.

Ποιότητα Ζωής και Άσκηση

Η «επιτυχής» γήρανση ή διατήρηση υψηλής ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία, σύμφωνα με συγγραφείς, φαίνεται να συντίθεται από τρεις διαστάσεις: ελευθερία από παθήσεις, εμπλοκή με τη ζωή και φυσική και πνευματική επάρκεια. Άλλοι υποστηρίζουν ότι, εκτός από τα παραπάνω, εμπλέκει και την έννοια του ευ ζην, που συνήθως αναφέρεται στον τρόπο που κανείς αισθάνεται για τον εαυτό του. Η ποιότητα ζωής, ωστόσο, είναι υποκειμενική και η αξία των διαφόρων στοιχείων της διαφέρει όχι μόνο μεταξύ των ατόμων, αλλά και στο ίδιο άτομο στα διάφορα στάδια της ζωής του. Επιπλέον, η ποσοτικοποίηση της ποιότητας ζωής είναι, επίσης, γεμάτη δυσκολίες, καθώς πολλά από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής έχουν μέτρια αξιοπιστία και αβέβαιη εγκυρότητα (Spirduso & Cronin, 2001). Η αξιολόγηση, λοιπόν, της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο έργο για κάθε ερευνητή και πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή.

Στη διάρκεια της ζωής ο ανθρώπινος οργανισμός βιώνει αυξανόμενες αλλαγές. Ως συνέπεια της ωρίμανσης μπορεί να συμβεί μείωση στις γνωστικές λειτουργίες, η οποία πιθανά σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Έχει βρεθεί ότι οι χρόνιες παθήσεις, τα τραύματα, ο πόνος, οι ασθένειες, η αναιμία, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρήση φαρμάκων μπορεί να οδηγήσουν σε εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους και κατ' επέκταση σε χαμηλή ποιότητα ζωής (Lang, 2001).

Έχουν γίνει πολλές έρευνες για να εξετάσουν τη σχέση της άσκησης με την ποιότητα ζωής σε υγιή άτομα διαφόρων ηλικιών αλλά και σε ασθενείς με διάφορα προβλήματα υγείας. Αρκετές από τις έρευνες αυτές αναφέρονται σε άτομα της τρίτης

ηλικίας, μελετώντας τη σχέση που έχει η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα και στην ποιότητα της ζωής.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά σε φυσιολογικές παραμέτρους η άσκηση βελτιώνει την κυκλοφορία και το μεταβολισμό του μυοκαρδίου και αυξάνει τη συσταλτικότητα του, ρυθμίζει στα κανονικά επίπεδα τα λιπίδια του αίματος, διατηρεί στα φυσιολογικά επίπεδα την καρδιακή συχνότητα και την πίεση του αίματος (Bove & Sherman, 1998; Καλαποθαράκος et al., 2004; Κλεισούρας, 2001; Kasch et al., 1999; Nied & Franklin, 2002; Swain & Kaplan, 1997). Επιπρόσθετα, βελτιώνει τη νευροορμονική ισορροπία και ρυθμίζει τα επίπεδα και τη λειτουργία της ινσουλίνης καθώς και φαίνεται να έχει θετικές επιδράσεις στη διατήρηση της σωματικής μάζας στα φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς τη χρήση διαιτολογίου (Ades et al., 2005; Bruce, Fries & Lubeck 2005; Canadian Diabetes Association 2003; Corbin & Pangrazi 1996; Elavsky, McAuley & Molt, 2005; Laforge et al., 1998). Τέλος, γίνεται φανερό ότι η τακτική άσκηση παρέχει ευνοϊκές διεξόδους στο ψυχολογικό άγχος και τις εντάσεις, μειώνοντας τα επίπεδα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (Ades et al. 2005; Bruce, Fries & Lubeck D., 2005).

Η άσκηση η οποία φαίνεται να επιδρά περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη είναι η αερόβια, η οποία ιδιαίτερα σε μακροχρόνιες μελέτες σε ηλικιωμένα άτομα, φαίνεται να έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Bruce et al., 2005; Καλαποθαράκος et. al., 2004; Kasch et al., 1999). Οι ασκήσεις αντίστασης, βελτιώνουν κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό τη μυϊκή δύναμη των ηλικιωμένων και αυξάνουν τις ενεργειακές δαπάνες στο καθημερινό ισοζύγιο, αλλά δε φαίνεται να έχουν καμία επίδραση στην καρδιοαναπνευστική ικανότητα του ηλικιωμένου (Ades, Savage, Brochu, Tischler, Lee & Poehlman 2005; Ivanez, Izquierdo, Arguelles, Forga, Larrion, Uncit, Idoate & Gorostiaga, 2005).

Οποιοδήποτε όμως είδος άσκησης και φυσικής δραστηριότητας έχει να προσφέρει σημαντικά οφέλη στον ανθρώπινο οργανισμό και ιδιαίτερα στα άτομα της τρίτης ηλικίας, των οποίων η έκπτωση των λειτουργιών ξεκινάει από νωρίς. Η τακτική άσκηση βελτιώνει τον τρόπο και την ποιότητα ζωής σε άτομα με διαβήτη τύπου II, ή ακόμα και σε ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από καρκίνο (Nied & Franklin, 2002) ή στεφανιαία νόσο (Ades, Savage, Brochu, Tischler, Lee & Poehlman, 2005), ενώ επίσης σημαντικά είναι τα οφέλη σε οστεοαρθρικά και οστεοπορωτικά ηλικιωμένα άτομα (Bruce, Fries & Lubeck, 2005).

Γενικά, φαίνεται πως η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με έμμεσο τρόπο με την ποιότητα ζωής στα άτομα τρίτης ηλικίας. Σε έρευνα των McAuley, Konopack, Motl, Morris, Doerksen και Rosengren, (2006) στην οποία συμμετείχαν 249 γυναίκες (ΜΟ 68,12 έτη), εξετάσθηκε η σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν πολλαπλούς δείκτες φυσικής δραστηριότητας, αυτοεξυπηρέτησης, κατάστασης της υγείας και ποιότητας ζωής στην αρχή μιας μελέτης 24 μηνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής είναι έμμεση. Συγκεκριμένα, η φυσική δραστηριότητα επηρεάζει την αυτοεξυπηρέτηση και την ποιότητα ζωής, διαμέσου του επιπέδου της φυσικής και ψυχικής υγείας, που με τη σειρά του επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Σε έρευνα των Elavsky, McAuley και Molt (2005), εξετάσθηκαν τα έμμεσα αποτελέσματα ψυχολογικών παραμέτρων στη σχέση φυσικής δραστηριότητας και γενικής ποιότητας ζωής (ικανοποίηση για τη ζωή) σε ηλικιωμένους, για περίοδο άνω των 4 ετών. Συμμετείχαν άτομα με ΜΟ 66,7 έτη, που συμπλήρωσαν μεγάλο αριθμό ψυχολογικών μετρήσεων στο 1^ο και το 5^ο έτος μετά από συμμετοχή σε 6μηνο πρόγραμμα άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με την αυτοεξυπηρέτηση, τη φυσική αυτοεκτίμηση και τη θετική διάθεση στον 1^ο χρόνο, ενώ υψηλά επίπεδα ατομικής παραγωγικότητας και θετικής διάθεσης συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Στα 4 χρόνια, μόνο η θετική διάθεση, που εξασφαλιζόταν από τη φυσική δραστηριότητα, επιδρούσε άμεσα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Σε έρευνα των Sguizzatto, Garcez-Leme και Casimiro (2006), συμμετείχαν 16 αθλήτριες που συμμετείχαν σε μεγάλα αθλητικά γεγονότα, όπως ετήσιοι αγώνες δρόμου και 15 μη δραστήριες γυναίκες, ηλικίας άνω των 60 ετών. Συμπλήρωσαν το SF-36 ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής και ψυχολογικά τεστ. Προέκυψαν σημαντικές διαφορές στη λειτουργική ικανότητα, πόνο, γενική κατάσταση υγείας, ζωτικότητα, συναισθηματικά χαρακτηριστικά, ψυχική υγεία και τον δείκτη κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα πως η τακτική φυσική δραστηριότητα και η συμμετοχή σε αθλήματα υψηλής απόδοσης σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι Acree, Longfors και Fjeldstad (2006), θέλησαν να διερευνήσουν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένα άτομα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν 112 υγιείς άνδρες και γυναίκες, με ΜΟ 70 ± 8 έτη, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για ιατρικό ιστορικό, το SF-36 για την ποιότητα ζωής και

για το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας. Στη συνέχεια χωρίστηκαν σε ομάδα υψηλής φυσικής δραστηριότητας και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας. Από την επεξεργασία των μετρήσεων προέκυψε πως η ομάδα της υψηλής φυσικής δραστηριότητας παρουσίασε υψηλότερα σκορ σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, είχε μικρότερη διάδοση υπέρτασης και αποτελούνταν από λιγότερες γυναίκες σε σχέση με τη λιγότερο δραστήρια ομάδα.

Μετά από προσαρμογές στο φύλο και την υπέρταση, η πιο δραστήρια ομάδα είχε υψηλότερα σκορ για τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό πόνο, τη ζωτικότητα και την κοινωνική δραστηριοποίηση, ενώ δεν υπήρχε ιδιαίτερη διαφορά μεταξύ των ομάδων στις παραμέτρους της γενικής υγείας, της συναισθηματικής και ψυχικής υγείας. Συμπερασματικά, υγιείς ηλικιωμένοι που εμπλέκονται σε φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον μέτριας έντασης, για περισσότερο από μια ώρα την εβδομάδα, έχουν υψηλότερες τιμές σε παραμέτρους ποιότητας ζωής και χαμηλότερη διάδοση υπέρτασης σε σχέση με τους λιγότερο δραστήριους.

Σε μια άλλη έρευνα περιγράφησαν οι συμπεριφορές γυναικών με χρόνιες παθήσεις και η σχέση τους με την ποιότητα της ζωής τους. Από την έρευνα αυτή φάνηκε ότι η φυσική άσκηση βοήθησε στην προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα μιας πάθησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό από το δείγμα της έρευνας ασκούσαν μέσα στα πλαίσια των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η φυσική άσκηση επηρεάζει θετικά τη γενική αντίληψη για την υγεία, τη ζωτικότητα, τη σωματική και την κοινωνική λειτουργία. Οι θετικές επιδράσεις της άσκησης δεν αναφέρονται μόνο σε τυπικά προγράμματα άσκησης αλλά και σε άλλες μορφές φυσικής δραστηριότητας, όπως η κηπουρική ή η ενασχόληση με δουλειές του νοικοκυριού (Stuifbergen & Roberts, 1997).

Οι Laforge, Rossi, Prochaska, Velicer, Levesque και McHorney (1998), ερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στις διάφορες βαθμίδες της άσκησης και στην αυτοαντίληψη που έχει κάποιος για την ποιότητα της ζωής του. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 και βρέθηκε ότι και οι δύο αυτές μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους. Οι τρεις περιοχές που σχετίζονταν περισσότερο με την άσκηση ήταν η σωματική λειτουργία, η αντίληψη για τη γενική υγεία και η ζωτικότητα. Η αυτοαντίληψη για την ποιότητα της ζωής διέφερε ανάλογα με τη βαθμίδα της άσκησης, δηλαδή αυτοί που ήταν λιγότερο πρόθυμοι να ασκούνται τακτικά ανέφεραν τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει σχετικά με την επίδραση που έχει η φυσική δραστηριότητα στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων που ασκούνται. Μια σχετική έρευνα

έγινε σε γυναίκες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση και είχε ως σκοπό να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της άσκησης, του δείκτη μάζας σώματος και της ποιότητας ζωής. Το δείγμα αποτέλεσαν 1206 Αγγλίδες, ηλικίας 46-55 ετών, οι οποίες απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που περιείχε ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά στοιχεία, με τον τρόπο ζωής τους, στοιχεία ύψους και βάρους, συμμετοχή σε άσκηση, στοιχεία της εμμηνόπαυσης και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Οι γυναίκες που έκαναν τακτική άσκηση ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής από εκείνες που δεν ασκούσαν τακτικά. Δεν σημειώθηκαν διαφορές στα αγγειοκινητικά συμπτώματα όσον αφορά στην άσκηση. Καταλήγοντας η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα και σε σωματικές και ψυχολογικές διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι γυναίκες με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος ανέφεραν λιγότερα αγγειοκινητικά συμπτώματα και καλύτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες με αυξημένο σωματικό βάρος (Daley, MacArthur, Stokes-Lampard, McManus, Wilson & Mutrie, 2007).

Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας αποτελεί ένα από τα πιο συχνά κλινικά συμπτώματα στη γηριατρική, με σημαντικό αντίκτυπο και στο ίδιο το άτομο αλλά και στην κοινωνία. Ο άνθρωποι που ζουν με περιορισμούς στη φυσική δραστηριότητα έχουν λιγότερες ευκαιρίες να νιώσουν ικανοποίηση με τη ζωή ή να νιώσουν ευτυχισμένοι, πράγμα το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Η συμμετοχή και το περιβάλλον είναι σημαντικές μεταβλητές που μπορούν να τροποποιηθούν και να επηρεάσουν την κοινωνική ζωή. Για το λόγο αυτό αποτελούν στόχο παρεμβάσεων για την υγεία. Οι Levasseur, Desrosiers και St-Cyr Tribble (2008), στην έρευνά τους εξέτασαν αν διαφοροποιούνται στους μεγάλους σε ηλικία ανθρώπους η ποιότητα ζωής, η συμμετοχή και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα περιβάλλοντος της κατοικίας (διευκολύνσεις ή εμπόδια στο φυσικό ή κοινωνικό περιβάλλον), ανάλογα με το επίπεδο δραστηριότητας. Στην έρευνα πήραν μέρος 156 άτομα με μέσο όρο ηλικίας τα 73.7 έτη, οι οποίοι έμεναν σπίτι τους και είχαν καλή γνωστική λειτουργία. Τα άτομα αυτά επιλέχθηκαν σύμφωνα με τρία επίπεδα περιορισμών στις δραστηριότητές τους (κανένα, ελάχιστο προς μέτριο και μέτριο προς σοβαρό περιορισμό).

Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με το Quality of Life Index, η συμμετοχή με το Assessment of Life Habits και το περιβάλλον με το Measure of the Quality of the Environment. Η ποιότητα της ζωής και η ικανοποίηση με τη συμμετοχή ήταν μεγαλύτερες με ένα υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Ωστόσο αυτές οι διαφορές ήταν σημαντικές μόνο μεταξύ των συμμετεχόντων που δεν είχαν φυσικούς περιορισμούς και

εκείνων που είχαν μέτριους ως σοβαρούς περιορισμούς στις δραστηριότητες. Όταν το επίπεδο δραστηριότητας γινόταν ακόμα πιο περιορισμένο, το επίπεδο συμμετοχής περιοριζόταν ακόμα περισσότερο και το φυσικό περιβάλλον γινόταν αντιληπτό σαν να έχει περισσότερα εμπόδια. Η έρευνα αυτή τονίζει τη σημασία της φυσικής δραστηριότητας όταν βοηθάμε μεγάλους ανθρώπους που ζουν σε μια κοινότητα.

Σε μια άλλη μελέτη (Sawatzky, Liu-Ambrose, Miller & Marra, 2007), οι ερευνητές θέλησαν να δουν αν η φυσική δραστηριότητα παίζει ρόλο στη σχέση διαφόρων χρονίων καταστάσεων με διάφορες πτυχές της υγείας που είναι σημαντικές για την ποιότητα ζωής, μεγάλων σε ηλικία ανθρώπων. Στην έρευνα αυτή το δείγμα αποτέλεσαν 22.432 άτομα άνω των 65 ετών στον Καναδά. Για τη μέτρηση συνολικά της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το Health Utilities Index Mark 3, καθώς επίσης και για τη μέτρηση επιλεγμένων πτυχών της υγείας (επιδεξιότητα, κινητικότητα, πόνος, γνώση και συναισθηματική ευημερία) που θεωρούνται βασικές για την ποιότητα ζωής μεγάλων ηλικιακά ατόμων.

Η φυσική δραστηριότητα που έκαναν στον ελεύθερο χρόνο τους αξιολογήθηκε από το προσδιορισμό της εβδομαδιαίας ενεργειακής δαπάνης σε θερμίδες, βασισμένες στα μεταβολικά ισοδύναμα των αυτο-αναφερόμενων δραστηριοτήτων τους, ενώ έγιναν συσχετίσεις μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας, του πάχους, της ηλικίας, του φύλου και της χρήσης ουσιών (καπνού και αλκοόλ). Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν είναι ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι με χρόνια προβλήματα είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες που να ισοδυναμούν με τουλάχιστον 1000 θερμίδες / εβδομάδα και αυτό συνεπάγεται μερικές αρνητικές συνέπειες των χρονίων καταστάσεων, όπως είναι προβλήματα επιδεξιότητας, πόνος, γνωστικά και συναισθηματικά προβλήματα.

Για την άσκηση στην τρίτη ηλικία έχουν γίνει πολλές έρευνες, διότι φαίνεται πόσο σημαντικά αποτελέσματα έχει στην υγεία και στην ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων. Οι Katula, Rejeski και Marsh (2008), ερεύνησαν την επίδραση που έχουν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων διαφορετικά προγράμματα άσκησης. Πιο αναλυτικά πήραν 45 άτομα με μέσο όρο ηλικίας τα 75 χρόνια και σχημάτισαν τρεις ομάδες: η πρώτη ομάδα ακολούθησε πρόγραμμα ισχύος υψηλής ταχύτητας, η δεύτερη πρόγραμμα ενδυνάμωσης προοδευτικής αντίστασης και η τρίτη δεν ακολούθησε πρόγραμμα άσκησης (ομάδα ελέγχου). Μετρήθηκαν πριν και μετά το πρόγραμμα προπόνησης η αυτο-αποτελεσματικότητα, η ικανοποίηση από τη φυσική λειτουργία και η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή.

(Satisfaction with Life Scale). Οι όροι της προπόνησης αντίστασης ήταν άσκηση 3 φορές / εβδομάδα για 12 εβδομάδες, με ένταση 70% 1RM.

Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων και στις τρεις μετρήσεις. Η πρώτη ομάδα ανέφερε σημαντικά μεγαλύτερη διαφορά και στις τρεις μετρήσεις από την ομάδα ελέγχου, ενώ η δεύτερη ομάδα ανέφερε μεγαλύτερη αλλαγή από την ομάδα ελέγχου μόνο στην αυτο-αποτελεσματικότητα. Επομένως η παρούσα έρευνα συμπέρανε ότι ένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης υψηλής ταχύτητας μπορεί να επηρεάσει πολλά επίπεδα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων πέρα από τα πλεονεκτήματα που κερδίζουν με ένα παραδοσιακό πρόγραμμα ενδυνάμωσης.

Σε μια άλλη έρευνα ασχολήθηκαν με την επίδραση που έχει η Yoga ως μορφή άσκησης στις μεγαλύτερες πάλι ηλικίες, στις γνωστικές λειτουργίες, την κούραση, τη διάθεση και την ποιότητα ζωής. Στην έρευνα πήραν μέρος 118 υγιείς άνδρες και γυναίκες 65-85 ετών. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, εκ των οποίων η πρώτη ακολούθησε πρόγραμμα Hatha yoga, η δεύτερη άσκηση με περπάτημα και η τρίτη ήταν η ομάδα ελέγχου. Μετρήσεις έγιναν στην αρχή και ύστερα από περίοδο έξι μηνών και περιλάμβαναν μια σειρά γνωστικών μετρήσεων στοχευμένων στην προσοχή και την ετοιμότητα, ενώ χρησιμοποιήθηκε το SF- 36 για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν το Profile of Mood States, το Multi-Dimensional Fatigue Inventory και φυσικές μετρήσεις σχετικές με την παρέμβαση. Δεν βρέθηκαν επιδράσεις σε καμία από τις ενεργές παρεμβάσεις στις γνωστικές λειτουργίες και στην ετοιμότητα. Στην ομάδα που έκανε Yoga προκλήθηκαν βελτιώσεις σε φυσικές μετρήσεις (όπως χρόνος στήριξης στο ένα πόδι, ευλυγισία προς τα μπρος), αλλά και σε έναν αριθμό μετρήσεων της ποιότητας ζωής σχετικές με την αίσθηση της ευημερίας, της ενέργειας και της κούρασης σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες (Oken et al., 2006).

Η σχέση της άσκησης με την ποιότητα ζωής έγινε αντικείμενο μελέτης και σε μια άλλη έρευνα των Carta et al., (2008). Το δείγμα σε αυτή τη μελέτη ήταν 30 γυναίκες 40-60 χρόνων, οι οποίες έπασχαν από μεγάλη κατάθλιψη. Οι 10 ασθενείς εκτός από φαρμακευτική αγωγή ακολούθησαν και πρόγραμμα άσκησης για 32 εβδομάδες, ενώ οι υπόλοιπες 20 ακολούθησαν μόνο φαρμακευτική αγωγή. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής έγινε με τη σύντομη μορφή του WHOQOL. Οι βαθμοί της ομάδας που έκανε άσκηση όσον αφορά στη σωματική λειτουργία αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε καμία διαφορά. Από τα δεδομένα φάνηκε ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Όμως οι διαστάσεις που

αφορούν στην κοινωνική λειτουργικότητα, περιβάλλον και ψυχική ευημερία δεν φάνηκε να έχουν βελτίωση.

Στη μετα-ανάλυση των Netz, Becker, Tenenbaum και Wu, (2005), εξετάστηκαν τα δεδομένα από 36 έρευνες σχετικά με την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην ψυχική ευεξία ηλικιωμένων ατόμων χωρίς κλινικές διαταραχές. Από τις έρευνες αυτές προέκυψε ότι υπήρχε μια σημαντική επίδραση της άσκησης στη ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων. Οι πειραματικές ομάδες εμφάνιζαν σχεδόν τριπλάσιες αλλαγές μετά την παρέμβαση από τις ομάδες ελέγχου ως προς τις παραμέτρους της ψυχικής υγείας. Τα μεγαλύτερα οφέλη στη ψυχική υγεία τα έδειξαν η αερόβια άσκηση καθώς και η άσκηση μέτριας έντασης, ενώ η άσκηση μεγάλης διάρκειας ήταν λιγότερο ευεργετική. Επιπλέον η φυσική δραστηριότητα είχε μεγάλη επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητα και βελτιώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, στη δύναμη και στη λειτουργική ικανότητα που συνδέονται με τη συνολική βελτίωση της ευεξίας.

Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών δείχνουν μια βελτίωση στη διάθεση ύστερα από συμμετοχή σε αερόβια άσκηση. Στην παρούσα μελέτη οι συγγραφείς αξιολόγησαν την κατάσταση ανησυχίας, την καταθλιπτική διάθεση και την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας πριν και μετά από την παρακολούθηση μιας τάξης που προσέφερε 4 τρόπους άσκησης: yoga, Feldenkrais, αεροβική χορογραφία και κολύμβηση. 147 γυναίκες και καθηγήτριες φυσικής αγωγής γράφηκαν εθελοντικά σε ένα ετήσιο εμπλουτισμένο πρόγραμμα άσκησης σε κολλέγιο φυσικής αγωγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση της διάθεσης με το Feldenkrais, την κολύμβηση και τη yoga, αλλά όχι με το πρόγραμμα αεροβικής και με τα μαθήματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Δραστηριότητες που γίνονταν με επιμέλεια και που χρειαζόνταν χαμηλή προσπάθεια καθώς και αεροβικές δραστηριότητες αύξησαν τη διάθεση σε μια μονή περίοδο άσκησης (Netz & Lidor, 2003).

Η αεροβική άσκηση επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη στην ψυχολογία των ασκούμενων. Σύμφωνα με τους DiLorenzo et al. (1999), σε ένα πρόγραμμα 12 εβδομάδων αεροβικής άσκησης στο εργομετρικό ποδήλατο 82 ενήλικες βίωσαν θετική αλλαγή στη φυσική τους κατάσταση και βελτίωση της ψυχολογίας τους καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Σε συνεχή παρακολούθηση άσκησης ενός έτους τα φυσιολογικά και ψυχολογικά οφέλη παρέμειναν σημαντικά βελτιωμένα. Οι αλλαγές που προκαλούνται από την παρακολούθηση προγράμματος αερόβιας άσκησης επιφέρουν θετικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην ψυχολογία των ασκούμενων.

Οι γνώσεις για την αυτο-αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ποικίλουν ανάλογα με τα στάδια αλλαγής ανθρώπων που κάνουν καθιστική ζωή σε κατάσταση τακτικής άσκησης, με αυτούς που είναι λιγότερο προετοιμασμένοι να μπουν σε ένα πρόγραμμα τακτικής άσκησης να αναφέρουν τα μικρότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Οι τρεις διαστάσεις του SF-36 που επηρεαζόταν περισσότερο ήταν η φυσική λειτουργία, η αντιλαμβανόμενη γενική υγεία και η ζωτικότητα. Χαμηλότερη βαθμολογία στη φυσική λειτουργία είχαν αυτοί που δεν είχαν πρόθεση να ασκηθούν και υψηλότερη αυτοί που συνέχιζαν την άσκηση. Η ζωτικότητα και η πνευματική υγεία συνδεόταν με τη συμπεριφορά αυτών που έκαναν άσκηση, αλλά όχι με αυτούς που είχαν την πρόθεση για άσκηση (Laforge, Rossi, Prochaska, Velicer, Levesque & McHorney, 1999).

Η ανησυχία και οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν σημαντικά αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Σκοπός της έρευνας ήταν να εξεταστεί ο αντίκτυπος της ανησυχίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη συναισθηματική και σωματική λειτουργία, την επίδραση των συμπτωμάτων ανησυχίας στη λειτουργία ανεξάρτητα από καταθλιπτικά συμπτώματα και στην επίδραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη λειτουργία ανεξάρτητα από συμπτώματα ανησυχίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 919 ασθενείς, οι οποίοι συμπλήρωσαν αυτο-αναφερόμενες μετρήσεις συμπτωμάτων ανησυχίας, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ποιότητας ζωής.

Το 40% του δείγματος ανέφερε συμπτώματα ανησυχίας και το 30% συμπτώματα κατάθλιψης. Και αυτοί που είχαν συμπτώματα ανησυχίας και εκείνοι με τα συμπτώματα κατάθλιψης συνδέθηκαν σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Όσο τα συμπτώματα ανησυχίας και κατάθλιψης γινόταν πιο σοβαρά, τόσο μειωνόταν η πιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή ανησυχία ή κατάθλιψη είχαν μεγαλύτερη εξασθένηση στις περισσότερες διαστάσεις της ΠΖ από εκείνους που είχαν νέκρωση μυοκαρδίου, επισωρευτική καρδιακή συγκοπή ή διαβήτη (Brenes, 2007).

Η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με μια αντικαταθλιπτική επιρροή στην κλινική κατάθλιψη. Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι ένας μηχανισμός που έχει προταθεί για να εξηγήσει αυτό το γεγονός (Bodin & Martinsen, 2004; Craft, 2005). Στην έρευνα των Bodin και Martinsen (2004), έγινε σύγκριση των αλλαγών που επέφεραν στη διάθεση η παρακολούθηση δύο διαφορετικών συνεδριών άσκησης: η πρώτη ήταν άσκηση υψηλής αλλά σταθερής αυτο-αποτελεσματικότητας (στατικό ποδήλατο) και η δεύτερη είχε αρχικά χαμηλή αλλά αυξανόμενη αυτο-αποτελεσματικότητα (πολεμικές τέχνες). Δώδεκα κλινικά καταθλιπτικοί ασθενείς συμπλήρωσαν 45 λεπτες συνεδρίες άσκησης με στατικό ποδήλατο και πολεμικές τέχνες. Κατά τη διάρκεια των πολεμικών τεχνών βρέθηκαν: στατιστικά

σημαντική αύξηση σε θετική επιρροή, μείωση σε αρνητική επιρροή και στο άγχος κατάστασης και αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Στην άσκηση με το στατικό ποδήλατο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επομένως μια αύξηση στην αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να επιφέρει θετικές αλλαγές στη διάθεση.

Ποιότητα Ζωής και Κάπνισμα

Το κάπνισμα έχει ολέθριες επιδράσεις στην υγεία των ατόμων, οι οποίες έχουν αποδειχτεί ποικιλοτρόπως, ιδιαίτερα σε ότι αφορά σε σοβαρές ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες. Το κάπνισμα προκαλεί εξάρτηση και μια σειρά ισχυρών ψυχοκοινωνικών παραγόντων επιδρούν στα άτομα, ώστε να τους ωθεί σε μια τέτοια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τα ποσοστά των καπνιστών είναι πολύ υψηλά και στον ελληνικό πληθυσμό αλλά και διεθνώς. Με βάση τα στοιχεία των επιδημιολογικών ερευνών στην Ελλάδα σήμερα το 58.1% των ανδρών (το υψηλότερο της Ευρώπης) και το 32.2% των γυναικών είναι καπνιστές. Μεταξύ των νέων ηλικίας 16 έως 24 ετών, το 46.5% των αγοριών και το 43.3% των κοριτσιών είναι καπνιστές. Γενικά, τα ποσοστά αυτά είναι από τα ψηλότερα της Ευρώπης (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Για το λόγο αυτό θα πρέπει να δοθεί έμφαση από την πολιτεία στην προώθηση προγραμμάτων που βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες από ειδικούς να αναπτύξουν παρεμβατικά προγράμματα που θα βοηθήσουν τους καπνιστές να μειώσουν ή και να κόψουν το τσιγάρο χωρίς τη χρήση φαρμάκων, αλλά κυρίως με την ψυχολογική υποστήριξη ειδικών. Σε μια εργασία ανασκόπησης των Θεοδωράκη, Γιώτη και Ζουρμπάνο (2005), παρουσιάστηκαν δεδομένα που αφορούσαν στη σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος, όπως επίσης έρευνες και προγράμματα παρέμβασης, που ασχολούνται με τον περιορισμό ή τη διακοπή του καπνίσματος.

Όπως φάνηκε, η ένταξη προγραμμάτων άσκησης μέσα σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι πιθανό να ενισχύσει την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. Στις έρευνες που παρατέθηκαν καταφαίνεται η σπουδαιότητα της άσκησης στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, η οποία είτε από μόνη της είτε σε συνδυασμό με την κατάλληλη ψυχολογική παρέμβαση και υποστήριξη μπορεί να γίνει ένα σημαντικό εργαλείο καταπολέμησης του καπνίσματος και συγχρόνως σύμμαχος της υγείας του ανθρώπου.

Σκοπός της μελέτης των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005), ήταν να διερευνήσει τις διαφορές μεταξύ ασκουμένων και μη ασκουμένων ατόμων ως προς το κάπνισμα. Στη

μελέτη συμμετείχαν 291 άτομα τα οποία απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν το κάπνισμα και την άσκηση. Συνοπτικά, από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι (α) τα άτομα όσο περισσότερο ασκούνται τόσο λιγότερο καπνίζουν, (β) τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας, (γ) τα μη ασκούμενα άτομα καπνίζουν περισσότερο από τα ασκούμενα και (δ) τα άτομα που ήταν στο παρελθόν αθλητές καπνίζουν λιγότερο σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν ποτέ ασχοληθεί με την άσκηση. Από τα δεδομένα της έρευνας αυτής φάνηκε ότι η ενασχόληση των ατόμων με την άσκηση σχετίζεται με το κάπνισμα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ένας από τους σημαντικότερους σκοπούς της φυσικής αγωγής στην εκπαίδευση πρέπει να είναι και η «δια βίου άσκηση». Η ανάπτυξη θετικών στάσεων για την άσκηση στους μαθητές και μαθήτριες και η ενσωμάτωση προγραμμάτων αγωγής υγείας στο μάθημα μπορεί να συμβάλλει στη θωράκιση των ατόμων προς ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα. Η διερεύνηση των τρόπων που βοηθάνε τα άτομα να μένουν μακριά από το κάπνισμα, συμβάλλει στην κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Ειδικότερα, η παρούσα εργασία η οποία εξέτασε τη σχέση της άσκησης με το κάπνισμα, όχι μόνο έδωσε κάποια αρχικά σημαντικά στατιστικά στοιχεία, που λείπουν από τη χώρα μας, αλλά ταυτόχρονα πρότεινε την αντικατάσταση μιας ανθυγιεινής συνήθειας (κάπνισμα) με μια υγιεινή (άσκηση).

Μια ακόμη έρευνα που εξέτασε την επίδραση του καπνίσματος στην ποιότητα ζωής είναι αυτή των Wilson, Parsons και Wakefield (1999). Στη συγκεκριμένη έρευνα πήραν μέρος 3010 άτομα, εκ των οποίων κάποιοι ήταν μη καπνιστές, ενώ οι υπόλοιποι ήταν πρώην καπνιστές ή τριών βαθμίδων καπνιστές (ελαφριά καπνίζοντες, μέτρια καπνίζοντες και βαριά καπνίζοντες). Οι μετρήσεις έγιναν με το ερωτηματολόγιο SF-36. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε γενικές γραμμές η ποιότητα ζωής των ανθρώπων που καπνίζουν είναι χειρότερη από αυτή των μη καπνιστών και από αυτή των πρώην καπνιστών. Οι βαριά καπνίζοντες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής από τις άλλες δύο ομάδες καπνιζόντων. Υπάρχει δηλαδή μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της αυξημένης κατανάλωσης καπνού και της ποιότητας ζωής.

Οι Bolliger et al. (2002), μέτρησαν την ποιότητα ζωής 400 καπνιστών, μετά από ένα πρόγραμμα παρέμβασης για τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως. Και σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι μετρήσεις έγιναν στην αρχή και μετά από δύο χρόνια. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική αύξηση των τιμών της γενικής υγείας και της σωματικής

λειτουργικότητας των ατόμων που μείωσαν το κάπνισμα, σε αντιδιαστολή με αυτούς που δεν κατάφεραν να το ελαττώσουν.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι πιο πιθανό να γίνουν καπνιστές και είναι λιγότερο πιθανό να κόψουν το κάπνισμα. Οι Mitra, Chung, Wilber και Walker (2004), ερευνήσαν τη σχέση του καπνίσματος και της ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρίες. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 σε 353 άτομα. Οι καπνιστές και εκείνοι που ξεκίνησαν το κάπνισμα μεταξύ των μετρήσεων είχαν σημαντικά πιο φτωχή ποιότητα ζωής από τους μη καπνιστές. Επίσης στα άτομα που σταμάτησαν το κάπνισμα μεταξύ των μετρήσεων φάνηκε μια βελτίωση στη μέση βαθμολογία του SF-36 στις υποκλίμακες της νοητικής υγείας, ζωτικότητας και γενικής υγείας.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει σχετικά με το κάπνισμα και την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από αναπνευστικά και καρδιαγγειακά προβλήματα. Στην έρευνα των Sippel, Pedula, Vollmer, Buist και Osborne (1999), εξετάστηκε η σχέση που έχει το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα στην ποιότητα ζωής ασθματικών ατόμων. Στην έρευνα πήραν μέρος 619 άτομα και για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν το SF-36 και το AQLQ, το οποίο είναι εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο για το άσθμα. Οι ενεργητικοί καπνιστές ανέφεραν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής από τους μη καπνιστές σε δύο από τις πέντε διαστάσεις του AQLQ. Επίσης οι παθητικοί καπνιστές είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής σε δύο τομείς του AQLQ από εκείνους που δεν ερχόταν σε επαφή με καπνιστές. Όσον αφορά στις μετρήσεις του SF-36, οι ενεργητικοί καπνιστές ανέφεραν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής από τους μη καπνιστές σε πέντε διαστάσεις από τις εννιά του ερωτηματολογίου, ενώ αντίστοιχα οι παθητικοί καπνιστές σε τρεις από τις εννιά. Επιπρόσθετα και οι ενεργητικοί και οι παθητικοί καπνιστές νοσηλεύθηκαν περισσότερες φορές στο νοσοκομείο από τους μη καπνιστές.

Σε έρευνα των Quist – Paulsen, Bakke και Gallefoss (2006), σχετικά με το κάπνισμα και την ποιότητα ζωής ατόμων με καρδιαγγειακά προβλήματα βρέθηκαν λίγο διαφορετικά αποτελέσματα από τις προηγούμενες έρευνες. Πιο αναλυτικά, οι συγγραφείς είχαν σκοπό να εξετάσουν αν η διακοπή του καπνίσματος μετά από ένα σοβαρό καρδιακό επεισόδιο βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Επιπλέον θέλησαν να δουν αν η ποιότητα ζωής αποτελεί παράγοντα για τη διακοπή του καπνίσματος σε αυτούς τους ασθενείς. Στην έρευνα πήραν μέρος 240 καπνιστές που είχαν πρόβλημα στην καρδιά αλλά το αντιμετώπισαν χειρουργικά. Έγιναν δύο μετρήσεις, μια στην αρχή και μια μετά από 12 μήνες. Στους 12 μήνες, οι 101 είχαν κόψει το κάπνισμα ενώ οι 117 ήταν ακόμη καπνιστές.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι καπνιστές και οι μη καπνιστές στους 12 μήνες είχαν παρόμοιες βελτιώσεις σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής. Επομένως η ποιότητα της ζωής δεν ήταν σημαντικός παράγοντας για τη διακοπή του καπνίσματος σε αυτούς τους ασθενείς.

Πολλές είναι και οι έρευνες που έχουν γίνει για να εξετάσουν αν έχει σχέση το κάπνισμα με τον πόνο στη μέση, διότι και το κάπνισμα και η οσφυαλγία είναι προβλήματα που απασχολούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού παγκοσμίως. Μια από αυτές τις έρευνες είναι αυτή των Otani et al. (2002), που έγινε σε 6.891 άτομα 40-69 χρόνων στην Ιαπωνία, οι οποίοι ήταν καπνιστές και είχαν πόνο στη μέση. Βρέθηκε θετική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της ύπαρξης πόνου στη μέση. Η ύπαρξη του πόνου στη μέση στηρίχθηκε στην υποκειμενική τους γνώμη, ενώ χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο. Μέσα σε αυτό υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν, αν έπιναν αλκοόλ, αν είχαν αθλητική δραστηριότητα, τη μόρφωσή τους, την εργασιακή τους απασχόληση και αν έμεναν με τους γονείς τους, μόνοι ή με παιδιά.

Με την αύξηση της ηλικίας μειωνόταν ο πόνος στη μέση στους άνδρες. Όσο αυξανόταν ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνιζαν τη μέρα, τόσο αυξανόταν και ο πόνος στη μέση και στα δύο φύλα. Υπήρχε θετική συσχέτιση με το είδος της εργασίας και την εμφάνιση πόνου στη μέση, με τους υπαλλήλους γραφείου να εμφανίζουν τη μικρότερη συσχέτιση. Θετική συσχέτιση βρέθηκε και σε αυτούς που έμεναν με παιδιά στο σπίτι, ενώ αρνητική συσχέτιση βρέθηκε με την κατανάλωση αλκοόλ, με την αθλητική δραστηριότητα, τη μόρφωση και στους άνδρες που έμεναν μόνοι στο σπίτι. Ο Leboeuf-Yde (1999), στην ανασκόπηση 47 επιδημιολογικών ερευνών σχετικά με το κάπνισμα και τον πόνο στη μέση συμπέραναν ότι η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της εμφάνισης πόνου στη μέση ήταν συνήθως αδύναμη και φαινόταν μόνο σε μελέτες με μεγάλο δείγμα ατόμων. Επίσης συμπέραναν ότι το κάπνισμα θα έπρεπε να λαμβάνεται υπόψη ως ένας αδύναμος δείκτης κινδύνου και όχι ως αιτία του πόνου στη μέση.

Όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Τα πρώτα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετιζόταν με την υγεία εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1970, με στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, περιλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Από το 1970 και μετά, υπάρχει ένας σταθερά

αυξανόμενος αριθμός ερευνών στην ιατρική βιβλιογραφία, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια της ποιότητας της ζωής σε σχέση με την υγεία του ατόμου.

Υπάρχουν αρκετά εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής. Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ερευνητών για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες και βαθμολογήσεις που έχουν ως στόχο την αποτύπωση των διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

Υπάρχουν εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης, ικανοποίησης του ασθενούς από την έκβαση της ασθένειας και την παροχή υπηρεσιών. Μερικά από αυτά στοχεύουν στη μέτρηση μιας δραστηριότητας ή μιας παρέμβασης, ενώ άλλα είναι πολυδιάστατα και αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Επιπλέον μερικά είναι σχεδιασμένα για κοινή χρήση, ενώ άλλα για να χρησιμεύσουν σε μια μόνο έρευνα. Το κάθε ένα έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς.

Όσον αφορά στα μειονεκτήματα των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, είχαν σχέση με τη χρήση τους και όχι με τη σύνθεσή τους. Πιο συγκεκριμένα ως μειονεκτήματα λαμβάνονται η ασάφεια των στόχων των ερευνητών, η επιλογή ακατάλληλου εργαλείου για τη συγκεκριμένη έρευνα και η παρερμηνεία των ευρημάτων (Βαλάσση - Αδάμ, 2001).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση κάποιων σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία είτε εστιάζονται στο γενικό επίπεδο της υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις κάποιων συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Αυτά τα ερωτηματολόγια βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Εκτός από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων κρίνεται σημαντική η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τη ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας. Τα εργαλεία αυτά

παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Οι κλίμακες αυτές μετρούν την ποιότητα ζωής του ατόμου βασιζόμενες στο βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και των κοινωνικών του δραστηριοτήτων.

Σημαντικός αριθμός ερωματολογίων έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση του γενικού επιπέδου υγείας και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Από τα πλέον διαδεδομένα ερωτηματολόγια αυτής της κατεύθυνσης είναι τα εξής:

Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham (Nottingham health profile): Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ενεργητικότητας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες. Κάθε επίπεδο που μελετάται προσδιορίζεται σε σχέση με την απόκλιση από τη «φυσιολογική» κατάσταση και οι απαντήσεις είναι «Ναι» ή «Όχι». Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι φιλικό προς τους ασθενείς και μπορεί να μειώσει τα στατιστικά και πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται με τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται πιο γενικά. Το NHP παράγει παρόμοια αποτελέσματα με το SF-36, αλλά είναι πιο ευαίσθητο στις μικρές αλλαγές στα αποτελέσματα των ασθενών (McQueen, Long & Schurman, 2005).

Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας (sickness impact profile): Η απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας εντοπίζει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου εξαιτίας της ασθένειάς του. Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της κλίμακας είναι ότι επικεντρώνεται στη συμπεριφορά, η οποία είναι παρατηρήσιμη και μπορεί να υπολογιστεί αντικειμενικά. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες ερωτήσεων, σύμφωνα με τις σωματικές και τις ψυχοκοινωνικές καταστάσεις του ατόμου.

Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (general health-ratings index): Αυτή η κλίμακα αξιολογεί την υγεία, συνεκτιμώντας την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς και την αντίληψη και την ευαισθησία του στην ασθένεια.

Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB): Η QWB είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας της ζωής και περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική και κοινωνική δραστηριότητα.

Χρησιμοποιείται τόσο ως δείκτης αποτελέσματος όσο και στην εκτίμηση της παρούσας και της μελλοντικής ανάγκης για φροντίδα. Η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε μεμονωμένα άτομα, όσο και στο σύνολο του σε πληθυσμούς, καθώς και σε πιο ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι ασθενείς με αρθρίτιδα.

Health utilities index (HUI): Το HUI είναι γενικό εργαλείο που περιγράφει την κατάσταση υγείας ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Χρησιμοποιεί μια σειρά διαστάσεων του επιπέδου υγείας, όπως η όραση, η ακοή, ο λόγος, η επιδεξιότητα, η γνωστική ικανότητα, ο πόνος και το συναίσθημα.

Index of health-related quality of life: Το index of health-related quality of life αποτελεί ένα εργαλείο που μετράει την κοινωνική, ψυχολογική και σωματική λειτουργικότητα που βασίζεται σε ένα πολυδιάστατο σύστημα ταξινόμησης και αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Παρά το γεγονός ότι οι πλειοψηφία των ερωτήσεων έχουν προσανατολισμό σε ψυχιατρικά περιστατικά, αυτό το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις (ανικανότητα, δυσανεξία και συναισθηματική κατάσταση), οι οποίες υποδιαιρούνται σε επιμέρους χαρακτηριστικά. Η κλίμακα ενσωματώνει τα αποτελέσματα σε ένα αναλυτικό υγειονομικό προφίλ και σε ένα δείκτη υγείας, ο οποίος υπολογίζεται με βάση τη βαθμολογία του ατόμου στις τρεις βασικές διαστάσεις.

EuroQoL (European quality of life scale, EQ-5D): Το EuroQoL έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ευρύτατα ανά την Ευρώπη και την υφήλιο. Η ομάδα που συνέταξε το EuroQoL πρότεινε ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη: Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου. Χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις που αναφέρονται: στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις συνήθειες δραστηριότητες, στον πόνο-δυσφορία και στο άγχος-κατάθλιψη. Καθε μία από αυτές τις διαστάσεις λαμβάνει τρεις τιμές: 1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα και 3=σημαντικά προβλήματα. Στο σύνολό τους καταγράφονται πέντε καταστάσεις υγείας, που αντιπροσωπεύουν 243 περιπτώσεις. Η καλύτερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με (11111), που σημαίνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα στις πέντε διαστάσεις που προαναφέρθηκαν. Η χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με (33333), που σημαίνει σημαντικά προβλήματα και στις πέντε διαστάσεις.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0=χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100=άριστη νοητή υγεία. Ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, π.χ. VAS=50, δηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.

15-D: Το 15-D παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D. Ιστορικά, όμως, το 15-D προϋπάρχει του EQ-5D. Η ιστορία του 15-D αρχίζει το 1981 στη Φινλανδία. Αρχικά, προτείνεται από τον Harry Sintonen ένα «εργαλείο-ερωτηματολόγιο» που βασίζεται σε 12 διαστάσεις. Περαιτέρω έρευνες και αναλύσεις, που έγιναν από τον ίδιο και τους συναδέλφους του, ανέδειξαν τη μετατροπή του οργάνου αυτού στις 15 διαστάσεις. Το 1992, παρουσιάζεται η τελική μορφή του 15-D, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα σε πολλές έρευνες που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό καθώς και σε κλινικές έρευνες. Το 1995, συμπεριλαμβάνεται στη Φινλανδική εθνική έρευνα υγείας και συλλέγονται 1.237 έγκυρες απαντήσεις. Από αυτή την έρευνα αναδεικνύεται η σημαντικότητα του οργάνου.

Οι 15 διαστάσεις του είναι οι εξής: κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, εξάλειψη, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω χώρες, στις οποίες υπάρχουν αξιόπιστες αποδόσεις του 15-D: Φινλανδία, Σουηδία, Αγγλία, Νορβηγία, Ελλάδα, Τσεχία, Ιαπωνία, Ρωσία, Ισραήλ, Αραβικά Εμιράτα. Πέρα από τις έρευνες που έχουν γίνει σε φυσιολογικό δείγμα πληθυσμού, υπάρχει και ένα ευρύ φάσμα κλινικών ερευνών στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί το 15-D για τη μέτρηση της κλινικής αποδοτικότητας, όπως στην επιληψία, την κατάθλιψη, τις γενετικές και τις μυοσκελετικές δυσπλασίες, καθώς και τα παιδικά νεοπλάσματα.

Κλίμακα SF-36: Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Σε πολλές κλινικές μελέτες, αλλά και σε κοινωνικές έρευνες, έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. Το βασικό πλεονέκτημα της επισκόπησης υγείας SF-36, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της

φυσικής και της πνευματικής κατάστασης υγείας του ερωτώμενου όσο και η υποκειμενική αξιολόγησή της.

Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου, με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου, συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις. Οι επιλεγμένες ερωτήσεις αντλήθηκαν από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά πρόκριναν οι ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS).

Οι ερωτήσεις αυτές συνθέτουν 8 κλίμακες από 2–10 ερωτήσεις η καθεμία: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary), σωματικός ρόλος (role-physical), σωματικός πόνος (bodily pain), γενική υγεία (general health), ζωτικότητα (vitality), κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary), συναισθηματικός ρόλος (role-emotional) και ψυχική υγεία (mental health).

Η βαθμολόγηση της κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε. Ο μετασχηματισμός αυτός επιτυγχάνεται σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο:

$$\text{Μετασχηματισμός} \\ \text{βαθμολογίας} \\ \text{κλίμακας} = \left(\frac{\text{Πραγματική βαθμολογία κλίμακας} \\ - \text{χαμηλότερη βαθμολογία} \\ \text{κλίμακας}}{\text{Πιθανή διακύμανση βαθμολογίας} \\ \text{κλίμακας}} \right) \times 100$$

Σχήμα 1. Εξίσωση αναγωγής της βαθμολόγησης κλίμακας σε ποσοστιαία επί τοις εκατό

Το SF-36 έχει μεταφραστεί και στην ελληνική γλώσσα και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας είχαν επιτυχή αποτελέσματα, τόσο με χρήση μικρού δείγματος ευκολίας όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού (Pappa, Kontodimopoulos, Niakas, 2005; Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005).

Ερωτηματολόγια εξειδικευμένα σε συγκεκριμένη ασθένεια

Τα ερωτηματολόγια που είναι εξειδικευμένα για συγκεκριμένη ασθένεια είναι χρήσιμα για τις περιπτώσεις εκείνες όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο επίπεδο υγείας του ασθενούς. Οι ερωτήσεις αυτών των ερωτηματολογίων εστιάζονται σε μια λεπτομερή περιγραφή της αντίληψης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, όπως τη βιώνει ο ίδιος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τομείς της συναισθηματικής και της σεξουαλικής λειτουργικότητας, η ναυτία και οι έμετοι, ο πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη, το άσθμα και η ρινίτιδα.

Μερικά από αυτά τα εξειδικευμένα ερωτηματολόγια είναι τα εξής: The arthritis impact measurement scales, the functional living index – Cancer, the EORTC (European organization for research and treatment of cancer), quality of life questionnaire, quality of life questionnaire for asthma, health assessment questionnaire.

Παράλληλα, έχουν σχεδιαστεί ερωτηματολόγια ειδικά για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής σε άτομα που πάσχουν από άσθμα, αρθρίτιδα, νόσο Alzheimer, διαβήτη, καρκίνο, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές, νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις (Υφαντόπουλος, 2007).

Κλίμακες μέτρησης του πόνου

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής συγκεκριμένων ομάδων ασθενών αποτελεί η μείωση του πόνου. Η εκτίμηση του πόνου, είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς ο πόνος είναι υποκειμενικός και η μέτρησή του επηρεάζεται από ένα πλήθος βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η πιο διαδεδομένη κλίμακα που χρησιμοποιείται για το σκοπό αυτόν είναι το McGill pain questionnaire. Πρόκειται για μια διαβαθμισμένη κλίμακα, βασισμένη σε 102 ερωτήσεις, που είναι ομαδοποιημένες σε τρεις κατηγορίες: (α) την αίσθηση του πόνου, (β) τη συναισθηματική εκδήλωσή του και (γ) την έντασή του. Όπως αναφέρει ο Melzack, που σχεδίασε το ερωτηματολόγιο, ο πόνος δεν είναι απλά μια αισθητηριακή εμπειρία, όπως η όραση και η ακοή, αλλά περιλαμβάνει τρεις σημαντικές ψυχολογικές διαστάσεις: την αισθητηριακή, τη συναισθηματική και τη γνωστική-αξιολογική (Υφαντόπουλος, 2007).

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν 141 άτομα ηλικίας 50-65 ετών ($MO=57.5$) και τα οποία αποτέλεσαν τις τρεις (3) ερευνητικές ομάδες. Επίσης το δείγμα χωρίστηκε σε τρεις ηλικιακές ομάδες. Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα (50-54 ετών) καταγράφηκαν 50 άτομα, στη δεύτερη (55-59 ετών) 35 άτομα και στην τρίτη (60-65 ετών) 56 άτομα. Συνολικά, συμμετείχαν 61 άντρες και 80 γυναίκες. Από αυτούς οι 49 (34.75 %) ήταν καπνίζοντες ενώ οι υπόλοιποι 92 (65.25 %) δήλωσαν μη καπνίζοντες. Από το σύνολο του δείγματος οι 46 ήταν άτομα με χρόνια ορθοπεδικά προβλήματα (Άντρες=22, Γυναίκες=24) και αποτέλεσαν την πρώτη ομάδα. Η δεύτερη ομάδα απαρτίστηκε από 48 υγιή συνομήλικα άτομα (Άντρες=21, Γυναίκες=27), τα οποία έκαναν καθιστική ζωή και δεν συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα άσκησης. Τέλος η τρίτη ομάδα αποτελούνταν από 47 υγιή συνομήλικα άτομα (Άντρες=18, Γυναίκες=29), τα οποία γυμνάζονταν.

Τα άτομα με ορθοπεδικά προβλήματα έπασχαν από κάποιο χρόνια ορθοπεδικό πρόβλημα και όχι από κάποιο πρόβλημα που προήλθε από οξύ τραυματισμό, κυρίως από πόνο στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, πόνο στον αυχένα, επικονδυλίτιδα, τενοντίτιδα αχίλλειου τένοντα και οστεοαρθρίτιδα γόνατος. Τα άτομα που συμμετείχαν στις άλλες δύο ομάδες δεν έπασχαν από ορθοπεδικά προβλήματα.

Για τη συλλογή του δείγματος δεν ακολουθήθηκε κάποια συγκεκριμένη διαδικασία δειγματοληψίας. Δεδομένα συλλέχθηκαν για την πρώτη ομάδα, τους ορθοπεδικούς ασθενείς, από δύο φυσικοθεραπευτήρια. Τα φυσικοθεραπευτήρια αυτά ήταν το ένα στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού (22 άτομα) και το άλλο στο ΙΚΑ Πειραιά (24 άτομα). Η συλλογή των δεδομένων για τη δεύτερη ομάδα, τους υγιείς που δεν γυμνάζονται, έγινε από κατοίκους του Δήμου Πεντέλης (48 άτομα), οι οποίοι επιλέχθηκαν δειγματοληπτικά από τηλεφωνικούς καταλόγους του Δήμου. Τέλος, για την τρίτη ομάδα, τους υγιείς ενήλικες που γυμνάζονται, τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από το γυμναστήριο της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού (18 άτομα) και από το Δημοτικό γυμναστήριο του Δήμου Πεντέλης (29 άτομα).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος N=141.

Φύλο	Κάπνισμα
Αντρες: (61) 43.26 %	Καπνίζοντες: (49) 34.75 %
Γυναίκες: (80) 56.74 %	Μη καπνίζοντες: (92) 65.25 %

Ομάδες Συμμετεχόντων	Ηλικιακές ομάδες
Ορθοπεδικοί ασθενείς: (46) 32.6 %	Ομάδα 1 (Ηλικία 50-54): (50) 35.46 %
Υγιείς αγύμναστοι: (48) 34 %	Ομάδα 2 (Ηλικία 55-59): (35) 24.82 %
Υγιείς γυμνασμένοι: (47) 33.4 %	Ομάδα 3 (Ηλικία 60-65): (56) 39.72 %

Όργανα μέτρησης

Στην έρευνα αυτή ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε η βραχεία μορφή του ερωτηματολογίου SF-36 (Χριστοδούλου, 2004), κατόπιν τροποποίησης των θεμάτων στις απαιτήσεις του δείγματος της παρούσης εργασίας, με την βοήθεια τριών έμπειρων ερευνητών επαγγελματιών υγείας. Μετά τις ανωτέρω τροποποιήσεις ελέγχθηκε και πάλι επιτυχώς η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να παρέχει μια έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της λειτουργικής υγείας, ενώ λόγω της σύντομης μορφής του είναι εύκολο και εύχρηστο σε έρευνες ποικίλων δειγμάτων. Η επισκόπηση υγείας SF-36 αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά ερωτηματολόγια. Είναι ένα όργανο πολλαπλών εφαρμογών και μικρής σχετικά έκτασης. Το SF-36 χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών.

Παράλληλα με την ανάπτυξη του SF-36, ξεκίνησε μέσω του International Quality of Life Assessment Project (IQOLA) και η προσπάθεια για να μεταφραστεί σε άλλες γλώσσες, να γίνουν οι απαιτούμενοι έλεγχοι εγκυρότητας και να τυποποιηθεί, έτσι ώστε να επιτρέπεται η σύγκριση των ατομικών με τα ομαδικά αποτελέσματα. Μέσω αυτής της διαδικασίας καθίσταται δυνατό να εφαρμόζεται διεθνώς το SF-36 και να συγκρίνονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν μεταξύ των χωρών. Το έργο IQOLA καθιέρωσε και

τεκμηρίωσε τις συγκεκριμένες διαδικασίες για τη μετάφραση του SF-36, τον έλεγχο υποθέσεων για τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων, την κατασκευή των κλιμάκων πολλαπλών ερωτήσεων και για την τυποποίηση των αποτελεσμάτων. Το SF-36 έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με την προβλεπόμενη διαδικασία από το έργο IQOLA (Κοντοδημόπουλος, Φραγκούλη, Παππά & Νιάκας, 2004).

Το SF-36 περιλαμβάνει 36 από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study). Η πηγή των ερωτήσεων σχηματίστηκε από την αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Οι κλίμακες μέτρησης του SF-36 αποτελούνται από 2-10 θέματα η κάθε μια: α) σωματική λειτουργικότητα (10 θέματα), β) ρόλος φυσικής υγείας (3 θέματα), γ) σωματικός πόνος (2 θέματα), δ) υγεία (2 θέματα), ε) συνολική υγεία (4 θέματα), στ) κοινωνική δραστηριότητα (2 θέματα), ζ) συναισθηματικός ρόλος (4 θέματα) και η) νοητική υγεία (9 θέματα). Οι 8 επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο πιο γενικές κλίμακες, της σωματικής, που περιλαμβάνει τις κλίμακες (α) – (ε), και της ψυχικής υγείας, που είναι το σύνολο των κλιμάκων (στ) – (η).

Επιπλέον, σε κάθε θέμα αντιστοιχεί ένα σύνολο από εναλλακτικές απαντήσεις που ερμηνεύονται ποσοτικά, σε διαβαθμίσεις που καλύπτουν το θεωρητικό φάσμα από το ελάχιστο ως το μέγιστο. Ανάλογα με το πλήθος των απαντήσεων που μπορούν να δώσουν οι συμμετέχοντες (2, 3 ή 5), σε αυτήν την εργασία, αυτές βαθμολογούνται αντίστοιχα με 1, 2 ή 1, 2, 3 ή 1, 2, 3, 4, 5, όπου η μεγαλύτερη βαθμολογία αναλογεί στην πιο θετική - για την ποιότητα ζωής - απάντηση. Η διαστημική αυτή κλίμακα επιτρέπει τον υπολογισμό των ενδιάμεσων, μεταξύ των ακραίων τιμών, απαντήσεων και καθιστά δυνατή την ερμηνεία των προστιθέμενων αποτελεσμάτων.

Όλες οι κλίμακες του SF-36 έχουν συσχετιστεί με τις κλίμακες άλλων οργάνων μέτρησης και οι συσχετίσεις αυτές είναι θετικές, υποδεικνύοντας ότι τεκμηριώνεται η σχετιζόμενη με το κριτήριο αυτό εγκυρότητα του SF-36. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πάνω από 400 δημοσιευμένες έρευνες στις οποίες χρησιμοποιείται ως όργανο μέτρησης το SF-36 και άλλες 140 που αφορούν στη μετάφραση και υιοθέτησή του σε διάφορες χώρες.

Μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα ως ευκαιρία εφαρμογής των επίσημων στατιστικών ελέγχων της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του οργάνου ήταν αυτή των Κοντοδημόπουλου, Φραγκούλη, Παππά και Νιάκα (2004), στους κατοίκους της νήσου Ίου. Το SF-36 χορηγήθηκε σε 126 άτομα μέσω προσωπικής συνέντευξης. Η έρευνα αυτή

αντιμετωπίστηκε από τους ερευνητές ως πιλοτική εφαρμογή της διαδικασίας ελέγχου της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης, χωρίς να τους ενδιαφέρουν ιδιαίτερα τα ίδια τα αποτελέσματα της αυτοεκτίμησης της υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής μπορούν να θεωρηθούν συνεισφορά στην εγκυροποίηση του οργάνου και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης χρήσης του για μελέτες στη χώρα μας.

Άλλη μια έρευνα που έγινε και απέδειξε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του SF-36 στη χώρα μας είναι του Χριστοδούλου (2004). Σκοπός της ήταν να εξεταστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου SF-36 σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και να εξεταστεί η ποιότητα ζωής των μαθητών σε σχέση με τη συχνότητα συμμετοχής τους σε φυσικές δραστηριότητες. Για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας του SF-36 έγινε μια προκαταρκτική προσαρμογή του στην Ελληνική γλώσσα για Έλληνες μαθητές του Γυμνασίου, μετά έγινε εξέταση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου όσον αφορά στη σταθερότητά του στο χρόνο και ο έλεγχος της δομικής εγκυρότητας των παραγόντων του. Διαπιστώθηκε ότι μετά από κάποιες αλλαγές στη διατύπωση και στη μορφή των ερωτήσεων είναι αξιόπιστο και εγκυρότατο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής των Ελλήνων εφήβων.

Διαδικασία μέτρησης

Πριν τη συλλογή των δεδομένων ζητήθηκε άδεια από τη διοίκηση της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού, του φυσικοθεραπευτηρίου του ΙΚΑ Πειραιά και του Δήμου Πεντέλης. Ο τρόπος αξιολόγησης των συμμετεχόντων έγινε με το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο όφειλαν να συμπληρώσουν λεπτομερώς εφάπαξ. Η συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική επαφή, όπου στην αρχή δίνονταν επεξηγηματικές οδηγίες για το σκοπό της έρευνας και για τη σωστή συμπλήρωσή τους, η διάρκεια της οποίας ήταν περίπου δεκαπέντε λεπτά. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και τα άτομα συμμετείχαν εθελοντικά.

Σχεδιασμός της έρευνας

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS, έκδοση 16. Οι μεταβλητές της ποιότητας ζωής ήταν οι εξής 11: υγεία, σωματική λειτουργία, ρόλος φυσικής υγείας, σωματικός πόνος, σύνολο υγείας, συναισθηματικός ρόλος, κοινωνική δραστηριότητα, νοητική υγεία, σύνολο των μεταβλητών φυσικής υγείας, σύνολο των μεταβλητών νοητικής υγείας και σύνολο όλων των μεταβλητών.

Η στατιστική ανάλυση είχε ως εξής:

α) Έγινε περιγραφική στατιστική αναφορικά των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των μεταβλητών των δεικτών της ποιότητας ζωής.

β) Στη συνέχεια έγινε t-test ανάλυση για ανεξάρτητα δείγματα, με εξαρτημένες μεταβλητές τους δείκτες ποιότητας ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή τη συνήθεια του καπνίσματος (υποθέσεις 1-11).

γ) Για τις υποθέσεις 12-14 συμμετείχαν (select cases) μόνον οι καπνίζοντες όλου του δείγματος. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) με εξαρτημένες μεταβλητές τους δείκτες ποιότητας ζωής και ως ανεξάρτητη μεταβλητή τις 3 υποομάδες καπνιζόντων α) ορθοπεδικά ασθενών β) υγιών που δεν γυμνάζονται και γ) υγιών που γυμνάζονται.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν με τα ερωτηματολόγια SF-36, και που περιγράφονται στο κεφάλαιο «Μεθοδολογία», έγινε με τη βοήθεια του λογισμικού SPSS 16.0. Τα αποτελέσματα καθώς και οι κυριότεροι πίνακες δεδομένων παρατίθενται παρακάτω αναλυτικά με την ερμηνεία τους.

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά των μεταβλητών της εργασίας.

Statistics												
		PhFysYgia	PhSomLeit	PhRolYgia	PhSomPono	PhSynolYg	NoSynRol	NoKoinDra	NoNoiYgia	SynoloPh	SynoloNo	PoiatZois
N	Valid	141	140	141	141	141	141	140	141	140	140	139
	Missing	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2
Mean		3,2730	2,5307	1,7683	4,1986	3,7979	4,4220	4,1714	4,4704	3,1127	4,3533	3,5752
Std. Deviation		,67474	,40835	,36065	1,14312	,82641	,85363	,96852	,90945	,56749	,82685	,63103
Minimum		1,50	1,20	1,00	1,00	1,75	1,50	1,50	1,78	1,53	2,00	1,76
Maximum		5,00	3,00	2,67	5,50	5,00	5,00	5,00	6,00	3,94	5,33	4,45

Αναφορικά για τις υποθέσεις από το νούμερο 1 έως το νούμερο 11 συμμετείχαν, από την ομάδα των ορθοπεδικά ασθενών μόνο οι καπνίζοντες, οι οποίοι ήταν 17 άτομα από το σύνολο των 46. Οι 10 από αυτούς ήταν άνδρες και οι 7 γυναίκες.

Πίνακας 3. Στατιστικά του δείγματος της ομάδας των ορθοπαιδικά ασθενών.

Sex * smoking crosstabulation				
		Καπνίζοντες	Μη καπνίζοντες	Σύνολο
Φύλο	Άνδρας	10	12	22
	Γυναίκα	7	17	24
Σύνολο		17	29	46

Ανάλυση t-test

Αποτέλεσμα 1^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Υγεία» ανάμεσα σε

συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-2.76$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=3.05$, $SD=0.74$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=2.47$, $SD=0.57$) (υπόθεση 1).

Αποτέλεσμα 2^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Σωματική Λειτουργία» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-1.88$, $df=44$, $p>.05$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=2.38$, $SD=0.44$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=2.10$, $SD=0.55$) (υπόθεση 2).

Αποτέλεσμα 3^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Ρόλος Φυσικής Υγείας» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-2.32$, $df=44$, $p<.05$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=1.59$, $SD=0.47$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=1.29$, $SD=0.33$) (υπόθεση 3).

Αποτέλεσμα 4^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Σωματικός Πόνος» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-2.52$, $df=44$, $p<.05$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=3.72$, $SD=1.15$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=2.76$, $SD=1.39$) (υπόθεση 4).

Αποτέλεσμα 5^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Σύνολο Υγείας» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-3.43$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=3.56$, $SD=0.87$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=2.70$, $SD=0.73$) (υπόθεση 5).

Αποτέλεσμα 6^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Συναισθηματικός Ρόλος» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-2.67$, $df=44$, $p<.05$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=4.33$, $SD=1.00$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=3.42$, $SD=1.28$) (υπόθεση 6).

Αποτέλεσμα 7^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Κοινωνική Δραστηριότητα» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-2.88$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=4.07$, $SD=1.02$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=3.08$, $SD=1.24$) (υπόθεση 7).

Αποτέλεσμα 8^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Νοητική Υγεία» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-2.87$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=4.19$, $SD=0.83$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=3.37$, $SD=1.08$) (υπόθεση 8).

Αποτέλεσμα 9^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Σύνολο των Μεταβλητών Φυσικής Υγείας» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-3.52$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=2.86$, $SD=0.54$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=2.26$, $SD=0.57$) (υπόθεση 9).

Αποτέλεσμα 10^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Σύνολο των Μεταβλητών Νοητικής Υγείας» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-3.11$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=4.18$, $SD=0.84$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=3.29$, $SD=1.06$) (υπόθεση 10).

Αποτέλεσμα 11^ο: Τα αποτελέσματα της ανάλυσης **t-test** δείξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη διάσταση «Σύνολο όλων των Μεταβλητών» ανάμεσα σε συμμετέχοντες καπνίζοντες και μη καπνίζοντες ($t=-3.44$, $df=44$, $p<.01$). Ο μέσος όρος τιμών που σημείωσαν οι μη καπνίζοντες ήταν υψηλότερος ($M=3.34$, $SD=0.60$) απ' ότι ο αντίστοιχος που σημείωσαν οι καπνίζοντες ($M=2.65$, $SD=0.73$) (υπόθεση 11).

Πίνακας 4. Στατιστικά των ομάδων.

				Std.	Std. Error
	SMOKING	N	Mean	Deviation	Mean
PhFysYgia	kapnizontes	17	2,4706	,57202	,13874
	mi kapnizontes	29	3,0517	,74815	,13893
PhSomLeit	kapnizontes	17	2,1000	,55790	,13531
	mi kapnizontes	29	2,3828	,44886	,08335
PhRolYgia	kapnizontes	17	1,2941	,33087	,08025
	mi kapnizontes	29	1,5977	,47459	,08813
PhSomPono	kapnizontes	17	2,7647	1,39326	,33792
	mi kapnizontes	29	3,7241	1,15408	,21431
PhSynolYg	kapnizontes	17	2,7059	,73013	,17708
	mi kapnizontes	29	3,5690	,87090	,16172
NoSynRol	kapnizontes	17	3,4265	1,28320	,31122
	mi kapnizontes	29	4,3362	1,00507	,18664
NoKoinDra	kapnizontes	17	3,0882	1,24040	,30084
	mi kapnizontes	28	4,0714	1,02482	,19367
NoNoiYgia	kapnizontes	17	3,3725	1,08222	,26248
	mi kapnizontes	29	4,1916	,83460	,15498
SynoloPh	kapnizontes	17	2,2671	,57535	,13954
	mi kapnizontes	29	2,8651	,54375	,10097
SynoloNo	kapnizontes	17	3,2958	1,06723	,25884
	mi kapnizontes	28	4,1888	,84533	,15975
PoiotZois	kapnizontes	17	2,6528	,73910	,17926
	mi kapnizontes	28	3,3489	,60481	,11430

Πίνακας 5. Τέστ Ανεξάρτητων Δειγμάτων.

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
PhFysYgia	Equal variances assumed	,540	,466	-2,760	44	,008	-,58114	,21056	-1,00550	-,15677
	Equal variances not assumed			-2,960	40,758	,005	-,58114	,19634	-,97772	-,18455
PhSomLeit	Equal variances assumed	2,837	,099	-1,884	44	,066	-,28276	,15008	-,58522	,01971
	Equal variances not assumed			-1,779	28,132	,086	-,28276	,15892	-,60823	,04271
PhRolYgia	Equal variances assumed	4,448	,041	-2,322	44	,025	-,30358	,13072	-,56704	-,04013
	Equal variances not assumed			-2,547	42,523	,015	-,30358	,11919	-,54403	-,06313
PhSomPono	Equal variances assumed	1,385	,246	-2,520	44	,015	-,95943	,38072	-1,72672	-,19214
	Equal variances not assumed			-2,398	28,797	,023	-,95943	,40014	-1,77807	-,14080
PhSynolYg	Equal variances assumed	,710	,404	-3,435	44	,001	-,86308	,25124	-1,36943	-,35674
	Equal variances not assumed			-3,599	38,511	,001	-,86308	,23982	-1,34836	-,37781
NoSynRol	Equal variances assumed	4,018	,051	-2,673	44	,011	-,90974	,34037	-1,59570	-,22378
	Equal variances not assumed			-2,507	27,542	,018	-,90974	,36289	-1,65365	-,16582
NoKoinDra	Equal variances assumed	1,202	,279	-2,881	43	,006	-,98319	,34127	-1,67144	-,29495
	Equal variances not assumed			-2,748	29,053	,010	-,98319	,35779	-1,71490	-,25148
NoNoiYgia	Equal variances assumed	1,721	,196	-2,876	44	,006	-,81902	,28478	-1,39295	-,24509
	Equal variances not assumed			-2,687	27,211	,012	-,81902	,30482	-1,44423	-,19382
SynoloPh	Equal variances assumed	,237	,629	-3,525	44	,001	-,59800	,16967	-,93994	-,25606
	Equal variances not assumed			-3,472	32,111	,001	-,59800	,17224	-,94880	-,24720
SynoloNo	Equal variances assumed	1,782	,189	-3,110	43	,003	-,89307	,28720	-1,47227	-,31388
	Equal variances not assumed			-2,936	28,095	,007	-,89307	,30417	-1,51604	-,27010
PoioZo	Equal variances assumed	1,634	,208	-3,440	43	,001	-,69604	,20231	-1,10404	-,28804
	Equal variances not assumed			-3,274	28,831	,003	-,69604	,21260	-1,13096	-,26112

Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA)

Αναφορικά με τις υποθέσεις 12 έως 14 επιλέχθηκαν μόνον οι καπνίζοντες όλου του δείγματος. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση διακύμανσης ANOVA με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη την ομάδα ατόμων.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με τη μεταβλητή «Σύνολο των Μεταβλητών Φυσικής Υγείας», ανάμεσα στις 3 υποομάδες καπνιζόντων συμμετεχόντων, ($F_{(2,45)} = 30.96$, $p < .001$).

Αναλυτικότερα, η ανάλυση Post-hoc Scheffe, έδειξε ότι η υποομάδα των ορθοπεδικά ασθενών σημείωσε μικρότερες τιμές ($M=2.26$) σε σχέση με την ομάδα των ατόμων που είναι υγιείς αθλητές ($M=3.10$) και την ομάδα των ατόμων που είναι υγιείς γυμνασμένοι ($M=3.47$).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με τη μεταβλητή «Σύνολο των Μεταβλητών Νοητικής Υγείας», ανάμεσα στις 3 υποομάδες καπνιζόντων συμμετεχόντων, ($F_{(2,46)} = 11.25$, $p < .001$).

Αναλυτικότερα, η ανάλυση Post-hoc Scheffe, έδειξε ότι η υποομάδα των ορθοπεδικά ασθενών σημείωσε μικρότερες τιμές ($M=3.29$) σε σχέση με την ομάδα των ατόμων που είναι υγιείς αθλητές ($M=4.35$) και την ομάδα των ατόμων που είναι υγιείς γυμνασμένοι ($M=4.64$).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με τη μεταβλητή «Σύνολο όλων των Μεταβλητών», ανάμεσα στις 3 υποομάδες καπνιζόντων συμμετεχόντων, ($F_{(2,45)} = 22.43$, $p < .001$).

Πιο αναλυτικά, η ανάλυση Post-hoc Scheffe, έδειξε ότι η υποομάδα των ορθοπεδικά ασθενών σημείωσε μικρότερες τιμές ($M=2.65$) σε σχέση με την ομάδα των ατόμων που είναι υγιείς αθλητές ($M=3.56$) και την ομάδα των ατόμων που είναι υγιείς γυμνασμένοι ($M=3.91$).

Πίνακας 6. Ανάλυση της διακύμανσης μεταξύ των υποομάδων καπνιζόντων.

	Ορθοπεδικοί ασθενείς (1)	Υγιείς αγύμναστοι (2)	Υγιείς γυμνασμένοι (3)	Επίπεδο σημαντικότητας
Σύνολο των Μεταβλητών Φυσικής Υγείας	2.26	3.10	3.47	$F_{(2,45)}=30.96, p<.001$ 1-2***, 1-3***, 2-3 ($p=0.074$)
Σύνολο των Μεταβλητών Νοητικής Υγείας	3.29	4.35	4.64	$F_{(2,46)}=11.25, p<.001$ 1-2**, 1-3***, 2-3 ($p=0.637$)
Σύνολο όλων των Μεταβλητών	2.65	3.56	3.91	$F_{(2,45)}=22.43, p<.001$ 1-2***, 1-3***, 2-3 ($p=0.215$)
Σημείωση: Ενδείξεις επιπέδου σημαντικότητας μεταξύ των υποομάδων (Sheff's post-hoc test), * $p<.05$ & ** $p<.01$ & *** $p<.001$				

Πίνακας 7. Περιγραφή.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimu m	Maximu m
		Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound
PhFysYgia	orthopedikoi astheneis	17	2,4706	,57202	,13874	2,1765	2,7647	1,50	3,50
	ygieis agymnastoi	19	3,1053	,42749	,09807	2,8992	3,3113	2,50	4,00
	ygieis gymnasmenoi	13	3,6154	,58288	,16166	3,2632	3,9676	2,50	5,00
	Total	49	3,0204	,68434	,09776	2,8238	3,2170	1,50	5,00
PhSomLeit	orthopedikoi astheneis	17	2,1000	,55790	,13531	1,8132	2,3868	1,20	2,80
	ygieis agymnastoi	18	2,5167	,28336	,06679	2,3758	2,6576	1,70	2,90
	ygieis gymnasmenoi	13	2,7154	,32106	,08904	2,5214	2,9094	1,90	3,00
	Total	48	2,4229	,47546	,06863	2,2849	2,5610	1,20	3,00
PhRolYgia	orthopedikoi astheneis	17	1,2941	,33087	,08025	1,1240	1,4642	1,00	1,67
	ygieis agymnastoi	19	1,8421	,23223	,05328	1,7302	1,9540	1,33	2,00
	ygieis gymnasmenoi	13	1,9231	,19971	,05539	1,8024	2,0438	1,33	2,00
	Total	49	1,6735	,38182	,05455	1,5638	1,7831	1,00	2,00
PhSomPono	orthopedikoi astheneis	17	2,7647	1,39326	,33792	2,0484	3,4811	1,00	5,50
	ygieis agymnastoi	19	4,1579	,64663	,14835	3,8462	4,4696	3,00	5,00
	ygieis gymnasmenoi	13	4,9231	,60712	,16838	4,5562	5,2900	4,00	5,50
	Total	49	3,8776	1,28910	,18416	3,5073	4,2478	1,00	5,50
PhSynolYg	orthopedikoi astheneis	17	2,7059	,73013	,17708	2,3305	3,0813	1,75	4,25

NoSynRol	ygieis agymnastoi	19	3,9211	,55310	,12689	3,6545	4,1876	3,00	5,00
	ygieis gymnasmenoi	13	4,1923	,60513	,16783	3,8266	4,5580	3,25	5,00
	Total	49	3,5714	,89559	,12794	3,3142	3,8287	1,75	5,00
	orthopedikoi astheneis	17	3,4265	1,28320	,31122	2,7667	4,0862	1,50	5,00
NoKoinDra	ygieis agymnastoi	19	4,5000	,57130	,13107	4,2246	4,7754	3,00	5,00
	ygieis gymnasmenoi	13	4,6923	,46942	,13019	4,4086	4,9760	3,75	5,00
	Total	49	4,1786	1,01934	,14562	3,8858	4,4714	1,50	5,00
	orthopedikoi astheneis	17	3,0882	1,24040	,30084	2,4505	3,7260	1,50	5,00
NoNoiYgia	ygieis agymnastoi	19	4,0526	,76185	,17478	3,6854	4,4198	2,00	5,00
	ygieis gymnasmenoi	13	4,3846	1,02376	,28394	3,7660	5,0033	1,50	5,00
	Total	49	3,8061	1,13567	,16224	3,4799	4,1323	1,50	5,00
	orthopedikoi astheneis	17	3,3725	1,08222	,26248	2,8161	3,9290	1,78	5,33
SynoloPh	ygieis agymnastoi	19	4,5029	,69029	,15836	4,1702	4,8356	2,89	5,22
	ygieis gymnasmenoi	13	4,8462	,98605	,27348	4,2503	5,4420	2,22	5,78
	Total	49	4,2018	1,09729	,15676	3,8866	4,5170	1,78	5,78
	orthopedikoi astheneis	17	2,2671	,57535	,13954	1,9712	2,5629	1,59	3,37
SynoloNo	ygieis agymnastoi	18	3,1006	,32688	,07705	2,9380	3,2631	2,51	3,64
	ygieis gymnasmenoi	13	3,4738	,35023	,09714	3,2622	3,6855	2,60	3,82
	Total	48	2,9065	,65879	,09509	2,7152	3,0978	1,59	3,82
	orthopedikoi astheneis	17	3,2958	1,06723	,25884	2,7470	3,8445	2,00	5,11
PoiotZois	ygieis agymnastoi	19	4,3519	,61575	,14126	4,0551	4,6486	2,81	5,00
	ygieis gymnasmenoi	13	4,6410	,79119	,21944	4,1629	5,1191	2,57	5,26
	Total	49	4,0622	1,00516	,14359	3,7735	4,3509	2,00	5,26
	orthopedikoi astheneis	17	2,6528	,73910	,17926	2,2728	3,0328	1,76	4,03
	ygieis agymnastoi	18	3,5601	,38403	,09052	3,3692	3,7511	2,74	4,15
	ygieis gymnasmenoi	13	3,9115	,40168	,11141	3,6688	4,1543	3,09	4,32
	Total	48	3,3340	,74845	,10803	3,1166	3,5513	1,76	4,32

Πίνακας 8. Ανάλυση Διακύμανσης ANOVA.

		Sum of				
		Squares	df	Mean Square	F	Sig.
PhFysYgia	Between Groups	9,878	2	4,939	18,029	,000
	Within Groups	12,602	46	,274		
	Total	22,480	48			
PhSomLeit	Between Groups	3,043	2	1,521	9,030	,001
	Within Groups	7,582	45	,168		
	Total	10,625	47			
PhRolYgia	Between Groups	3,797	2	1,898	27,280	,000
	Within Groups	3,201	46	,070		
	Total	6,998	48			
PhSomPono	Between Groups	36,757	2	18,379	19,657	,000
	Within Groups	43,008	46	,935		
	Total	79,765	48			
PhSynolYg	Between Groups	20,070	2	10,035	25,046	,000
	Within Groups	18,430	46	,401		
	Total	38,500	48			
NoSynRol	Between Groups	15,010	2	7,505	9,902	,000
	Within Groups	34,865	46	,758		
	Total	49,875	48			
NoKoinDra	Between Groups	14,266	2	7,133	6,887	,002
	Within Groups	47,642	46	1,036		
	Total	61,908	48			
NoNoiYgia	Between Groups	18,811	2	9,405	11,098	,000
	Within Groups	38,984	46	,847		
	Total	57,794	48			
SynoloPh	Between Groups	11,813	2	5,907	30,962	,000
	Within Groups	8,585	45	,191		
	Total	20,398	47			
SynoloNo	Between Groups	15,936	2	7,968	11,257	,000
	Within Groups	32,560	46	,708		
	Total	48,496	48			
PoiotZois	Between Groups	13,145	2	6,572	22,434	,000
	Within Groups	13,184	45	,293		
	Total	26,328	47			

Πίνακας 9. Πολλαπλές Συγκρίσεις κατά Scheffe.

Dependent Variable	(I) GROUP	(J) GROUP	Mean				
			Difference	Std.	Sig.	95% Confidence	
			(I-J)	Error		Interval	
			Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
PhFysYgia	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	-,63467(*)	,17474	,003	-1,0767	-,1926
		ygieis gymnasmenoi	-	,19284	,000	-1,6326	-,6570
	ygieis agymnastoi	orthopedikoi astheneis	,63467(*)	,17474	,003	,1926	1,0767
		ygieis gymnasmenoi	-,51012(*)	,18839	,033	-,9867	-,0336
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	1,14480(*)	,19284	,000	,6570	1,6326
		ygieis agymnastoi	,51012(*)	,18839	,033	,0336	,9867
PhSomLeit	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	-,41667(*)	,13882	,016	-,7681	-,0652
		ygieis gymnasmenoi	-,61538(*)	,15123	,001	-,9982	-,2325
	ygieis agymnastoi	orthopedikoi astheneis	,41667(*)	,13882	,016	,0652	,7681
		ygieis gymnasmenoi	-,19872	,14940	,420	-,5769	,1795
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	,61538(*)	,15123	,001	,2325	,9982
		ygieis agymnastoi	,19872	,14940	,420	-,1795	,5769
PhRolYgia	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	-,54799(*)	,08807	,000	-,7708	-,3252
		ygieis gymnasmenoi	-,62896(*)	,09719	,000	-,8748	-,3831
	ygieis agymnastoi	orthopedikoi astheneis	,54799(*)	,08807	,000	,3252	,7708
		ygieis gymnasmenoi	-,08097	,09495	,697	-,3212	,1592
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	,62896(*)	,09719	,000	,3831	,8748
		ygieis agymnastoi	,08097	,09495	,697	-,1592	,3212
PhSomPono	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	-	,32281	,000	-2,2098	-,5766
		ygieis gymnasmenoi	-	,35626	,000	-3,0596	-1,2572
	ygieis agymnastoi	orthopedikoi astheneis	1,39319(*)	,32281	,000	,5766	2,2098
		ygieis gymnasmenoi	-,76518	,34804	,100	-1,6456	,1152
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	2,15837(*)	,35626	,000	1,2572	3,0596
		ygieis agymnastoi	,76518	,34804	,100	-,1152	1,6456
PhSynolYg	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	-	,21132	,000	-1,7497	-,6806
		ygieis gymnasmenoi	-	,23321	,000	-2,0764	-,8965
	ygieis agymnastoi	orthopedikoi astheneis	1,21517(*)	,21132	,000	,6806	1,7497
		ygieis gymnasmenoi	-,27126	,22783	,498	-,8476	,3051
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	1,48643(*)	,23321	,000	,8965	2,0764
		ygieis agymnastoi	,27126	,22783	,498	-,3051	,8476
NoSynRol	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	-	,29065	,003	-1,8088	-,3383

NoKoinDra	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-				
			1,26584(*)	,32076	,001	-2,0772	-,4544
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	1,07353(*)	,29065	,003	,3383	1,8088
		ygieis gymnasmenoi	-,19231	,31336	,829	-,9850	,6004
	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	1,26584(*)	,32076	,001	,4544	2,0772
		ygieis agymnastoi	,19231	,31336	,829	-,6004	,9850
	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-,96440(*)	,33975	,024	-1,8239	-,1049
		ygieis gymnasmenoi	-				
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	1,29638(*)	,37496	,005	-2,2449	-,3479
		ygieis agymnastoi	,96440(*)	,33975	,024	,1049	1,8239
NoNoiYgia	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-,33198	,36630	,666	-1,2586	,5946
		orthopedikoi astheneis	1,29638(*)	,37496	,005	,3479	2,2449
	ygieis gymnasmenoi	ygieis agymnastoi	,33198	,36630	,666	-,5946	1,2586
		ygieis agymnastoi	-				
	orthopedikoi astheneis	ygieis gymnasmenoi	1,13037(*)	,30734	,003	-1,9078	-,3529
		ygieis gymnasmenoi	-				
	ygieis agymnastoi	orthopedikoi astheneis	1,47360(*)	,33918	,000	-2,3316	-,6156
		ygieis gymnasmenoi	1,13037(*)	,30734	,003	,3529	1,9078
	ygieis gymnasmenoi	ygieis agymnastoi	-,34323	,33135	,588	-1,1814	,4950
		orthopedikoi astheneis	1,47360(*)	,33918	,000	,6156	2,3316
SynoloPh	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	,34323	,33135	,588	-,4950	1,1814
		ygieis gymnasmenoi	-,83350(*)	,14772	,000	-1,2074	-,4595
	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-				
		orthopedikoi astheneis	1,20679(*)	,16092	,000	-1,6142	-,7994
	ygieis gymnasmenoi	ygieis agymnastoi	,83350(*)	,14772	,000	,4595	1,2074
		ygieis gymnasmenoi	-,37329	,15898	,074	-,7757	,0292
	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	1,20679(*)	,16092	,000	,7994	1,6142
		ygieis agymnastoi	,37329	,15898	,074	-,0292	,7757
	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-				
		orthopedikoi astheneis	1,05610(*)	,28088	,002	-1,7666	-,3456
PoiotZois	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-				
		orthopedikoi astheneis	1,34527(*)	,30998	,000	-2,1294	-,5611
	ygieis gymnasmenoi	ygieis agymnastoi	1,05610(*)	,28088	,002	,3456	1,7666
		ygieis gymnasmenoi	-,28917	,30283	,637	-1,0552	,4769
	orthopedikoi astheneis	ygieis agymnastoi	1,34527(*)	,30998	,000	,5611	2,1294
		ygieis agymnastoi	,28917	,30283	,637	-,4769	1,0552
	ygieis agymnastoi	ygieis gymnasmenoi	-,90733(*)	,18306	,000	-1,3707	-,4439
		ygieis gymnasmenoi	-				
	ygieis gymnasmenoi	orthopedikoi astheneis	1,25872(*)	,19942	,000	-1,7636	-,7539
		ygieis agymnastoi	,90733(*)	,18306	,000	,4439	1,3707

* Η μέση διαφορά είναι σημαντική στο επίπεδο .05.

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της συνήθειας του καπνίσματος στους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων που είναι ασθενείς με ορθοπεδικά προβλήματα και η σύγκρισή της με συνομήλικα υγιή άτομα, εκ των οποίων άλλοι γυμνάζονται και άλλοι όχι. Τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει ο στόχος των ιατρικών υπηρεσιών. Ο στόχος τους πλέον δεν είναι απλά η θεραπεία της ασθένειας και η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής ποιότητας ζωής για τον ασθενή. Είναι λοιπόν σημαντικό όλοι όσοι απασχολούνται στον τομέα της υγείας να είναι ενημερωμένοι πάνω στο θέμα της ποιότητας ζωής και να προσπαθούν για ένα πιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα αποκατάστασης.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν χωρίστηκαν σε δύο δέσμες. Στην πρώτη δέσμη έγινε σύγκριση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών στην ομάδα των ορθοπεδικά ασθενών. Η σύγκριση αφορούσε σε 8 διαστάσεις της ποιότητας ζωής και σε τρία σύνολα των παραπάνω διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα στην παρούσα εργασία θεωρήσαμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές της ποιότητας ζωής ‘Υγεία’, ‘Σωματική Λειτουργία’, ‘Ρόλος Φυσικής Υγείας’, ‘Σωματικός Πόνος’, ‘Σύνολο Υγείας’, ‘Συναισθηματικός Ρόλος’, ‘Κοινωνική Δραστηριότητα’, ‘Νοητική Υγεία’, ‘Σύνολο των μεταβλητών Φυσικής Υγείας’, ‘Σύνολο των μεταβλητών Νοητικής Υγείας’ και ‘Σύνολο όλων των μεταβλητών της Ποιότητας Ζωής’ μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών ορθοπεδικά ασθενών, με τους μη καπνιστές να έχουν καλύτερες τιμές.

Στη δεύτερη δέσμη υποθέσεων επιλέχθηκαν μόνο οι καπνίζοντες από τις τρεις ομάδες του δείγματος, δηλαδή από τους ορθοπεδικά ασθενείς, τους υγιείς συνομήλικους που δεν γυμνάζονται και από τους υγιείς συνομήλικους που γυμνάζονται. Η σύγκριση αφορούσε στο ‘Σύνολο των μεταβλητών Φυσικής Υγείας’, στο ‘Σύνολο των μεταβλητών Νοητικής Υγείας’ και στο ‘Σύνολο όλων των μεταβλητών της Ποιότητας Ζωής’. Πιο αναλυτικά θεωρήσαμε ότι οι υγιείς καπνίζοντες που γυμνάζονται θα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους υγιείς αγύμναστους και από τους ορθοπεδικά ασθενείς.

Τα αποτελέσματα στηρίζουν τις υποθέσεις μας. Όσον αφορά στην πρώτη δέσμη των υποθέσεων, το t-test έδειξε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών ορθοπεδικών ασθενών σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις και στα σύνολα των μεταβλητών της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα οι μη καπνιστές είχαν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους καπνιστές σε όλες τις προαναφερθείσες διαστάσεις και σύνολα των διαστάσεων της ποιότητας ζωής, εκτός από τη διάσταση 'Σωματική Λειτουργία', όπου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Όσον αφορά στη δεύτερη δέσμη των υποθέσεων έγινε ANOVA και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καπνιστών και των τριών ομάδων στο 'Σύνολο των μεταβλητών Φυσικής Υγείας', στο 'Σύνολο των μεταβλητών Νοητικής Υγείας' και στο 'Σύνολο όλων των μεταβλητών της Ποιότητας Ζωής. Και στις τρεις παραπάνω περιπτώσεις η ομάδα των καπνιστών ορθοπεδικών ασθενών είχε χαμηλότερες τιμές από τις άλλες δύο ομάδες και η ομάδα των ατόμων που ήταν υγιή και γυμνάζονταν είχε τις υψηλότερες τιμές.

Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίζονται και σε άλλες έρευνες. Σε αυτή των Wilson, Parsons και Wakefield (1999), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε γενικές γραμμές η ποιότητα ζωής των ανθρώπων που καπνίζουν είναι χειρότερη από αυτή των μη καπνιστών και από αυτή των πρώην καπνιστών. Οι Mitra, Chung, Wilber και Walker (2004), βρήκαν ότι οι καπνιστές και εκείνοι που ξεκίνησαν το κάπνισμα μεταξύ των μετρήσεων στην έρευνά τους είχαν σημαντικά πιο φτωχή ποιότητα ζωής από τους μη καπνιστές. Στην έρευνα των Mulder, Tijhuis, Smit και Kromhout (2001), βρέθηκε ότι οι πρώην καπνιστές είχαν στατιστικά σημαντική καλύτερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής από τους καπνιστές και ιδιαίτερα στη διάσταση «Νοητική Υγεία». Σε παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα κατέληξαν και οι Stewart, King, Killen και Ritter (1995), οι οποίοι βρήκαν ότι στους καπνιστές που σταμάτησαν το κάπνισμα για 6 μήνες βελτιώθηκε το σύνολο της νοητικής τους υγείας, αλλά όχι η σωματική τους λειτουργία. Οι Quist-Paulsen, Bakke και Gallefoss (2006) βρήκαν διαφορετικά αποτελέσματα. Ερεύνησαν κατά πόσο η διακοπή του καπνίσματος μετά από ένα σοβαρό καρδιακό επεισόδιο βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι και οι καπνιστές και οι μη καπνιστές στους 12 μήνες της έρευνας είχαν παρόμοιες βελτιώσεις σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής.

Περιορισμοί στην έρευνα μπορούν να θεωρηθούν ότι το δείγμα λήφθηκε από δύο συγκεκριμένα φυσικοθεραπευτήρια και δύο γυμναστήρια και δεν προήλθε από πανελλαδική έρευνα ή από όλο το νομό Αττικής. Επίσης το δείγμα ήταν σχετικά μικρό για

την κατηγορία αυτή των ερευνών και η ηλικία των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν συγκεκριμένη, δηλαδή 50-65 ετών. Επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε άλλες ηλικιακές ομάδες και για άλλες περιοχές της Ελλάδος. Στη χώρα μας έχουν γίνει ελάχιστες έρευνες σχετικά με την ποιότητα ζωής σε ορθοπεδικούς ασθενείς και ειδικότερα σε σχέση με το κάπνισμα σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό. Είναι σημαντικό όλο και περισσότεροι ερευνητές από τα επαγγέλματα που βρίσκονται στο χώρο της υγείας να ασχοληθούν με αυτό το θέμα, έτσι ώστε να υπάρχει από όλους τους εμπλεκόμενους με τους ασθενείς μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Καλό θα ήταν όποιος επαγγελματίας έχει να κάνει με ασθενή, είτε είναι γιατρός, είτε νοσηλεύτης, ή φυσικοθεραπευτής, να εξετάζει πιο σφαιρικά το πρόβλημα και να προσπαθεί να αντιμετωπίσει όχι μόνο το συγκεκριμένο σύμπτωμα ή πόνο, αλλά να βρει τρόπους να βελτιώσει τη γενικότερη υγεία και ποιότητα ζωής του ασθενούς. Επομένως θα πρέπει να βρεθούν τρόποι ενημέρωσης όσων απασχολούνται στον τομέα της υγείας για θέματα που αφορούν στην ποιότητα ζωής, ίσως με την εισαγωγή στον οδηγό σπουδών σχετικών μαθημάτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα πρέπει οι γιατροί και οι φυσικοθεραπευτές που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των ορθοπεδικών προβλημάτων να συζητούν με τους ασθενείς για την υγεία τους πέρα από το πρόβλημα που τους απασχολεί και να τους ωθούν σε πιο υγιεινές συνήθειες, όπως τη συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης και τη διακοπή του καπνίσματος. Η προβολή της άσκησης και του αθλητικού τρόπου ζωής, οι σχετικές καμπάνιες, η εκπαίδευση και η ενημέρωση σε θέματα άσκησης και υγείας, η προαγωγή παρεμβατικών ή βιωματικών προγραμμάτων άσκησης και υγείας και μια μόνιμη πολιτική αγωγής υγείας, πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα και για τη χώρα μας. Βέβαια, σημαντικό θα είναι η ενημέρωση του κόσμου όσον αφορά στο κάπνισμα και τα προβλήματα που δημιουργεί, να είναι σε καθημερινή βάση και η ενημέρωση αυτή να μην απευθύνεται μόνο προς τους ενήλικες αλλά κυρίως προς τα παιδιά, που αποτελούν μία εν δυνάμει ομάδα μελλοντικών καπνιστών. Ένας δια βίου αθλητικός τρόπος ζωής θα αποτρέψει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για τις υποθέσεις που τέθηκαν αρχικά στην έρευνά μας, εξήχθησαν τα κάτωθι συμπεράσματα κατά περίπτωση:

Συμπέρασμα 1^ο: Η διάσταση «Υγεία» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 2^ο: Η διάσταση «Σωματική Λειτουργία» της Ποιότητας Ζωής είναι καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες, αν και δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Συμπέρασμα 3^ο: Η διάσταση «Ρόλος Φυσικής Υγείας» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 4^ο: Η διάσταση «Σωματικός Πόνος» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 5^ο: Η διάσταση «Σύνολο Υγείας» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 6^ο: Η διάσταση «Συναισθηματικός Ρόλος» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 7^ο: Η διάσταση «Κοινωνική Δραστηριότητα» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 8^ο: Η διάσταση «Νοητική Υγεία» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 9^ο: Η διάσταση «Σύνολο των μεταβλητών Φυσικής Υγείας» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 10^ο: Η διάσταση «Σύνολο των μεταβλητών Νοητικής Υγείας» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 11^ο: Η διάσταση «Σύνολο όλων των μεταβλητών» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους μη καπνίζοντες ορθοπεδικά ασθενείς σε σχέση με τους αντίστοιχους καπνίζοντες.

Συμπέρασμα 12^ο: Η διάσταση «Σύνολο των μεταβλητών Φυσικής Υγείας» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους καπνίζοντες υγιείς που γυμνάζονται, λιγότερο καλή για τους καπνίζοντες υγιείς που δεν γυμνάζονται, ενώ η ομάδα των καπνιζόντων που είναι ορθοπεδικά ασθενείς είχε τα πιο φτωχά αποτελέσματα σε σχέση με τις προηγούμενες ομάδες.

Συμπέρασμα 13^ο: Η διάσταση «Σύνολο των μεταβλητών Νοητικής Υγείας» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους καπνίζοντες υγιείς που γυμνάζονται, λιγότερο καλή για τους καπνίζοντες υγιείς που δεν γυμνάζονται, ενώ η ομάδα των καπνιζόντων που είναι ορθοπεδικά ασθενείς είχε τα πιο φτωχά αποτελέσματα σε σχέση με τις προηγούμενες ομάδες.

Συμπέρασμα 14^ο: Η διάσταση «Σύνολο όλων των Μεταβλητών» της Ποιότητας Ζωής είναι σαφώς καλύτερη για τους καπνίζοντες υγιείς που γυμνάζονται, λιγότερο καλή

για τους καπνίζοντες υγιείς που δεν γυμνάζονται, ενώ η ομάδα των καπνιζόντων που είναι ορθοπεδικά ασθενείς είχε τα πιο φτωχά αποτελέσματα σε σχέση με τις προηγούμενες ομάδες.

Τα εν λόγω συμπεράσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών, πάνω στο κάπνισμα και την ποιότητα ζωής, προσθέτοντας τη γνώση ότι σε ασθενείς που πάσχουν από ορθοπεδικά προβλήματα η αποχή από το κάπνισμα είναι πολύ σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας καθώς και άλλων συναφών που προαναφέρονται, θα μπορούσαν να αποτελέσουν πολύτιμο σύμβουλο και αρωγό σε άτομα που απασχολούνται στον τομέα της Υγείας (γιατροί όλων των ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, κ.ά.), ούτως ώστε να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως ολοκληρωμένη οντότητα και να στοχεύουν όχι μόνο στην ανακούφιση του πόνου, αλλά στη βελτίωση της γενικής του υγείας και της ποιότητας ζωής του. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να τους ωθούν σε πιο υγιεινές συνήθειες, όπως είναι η άσκηση και η αποχή από το κάπνισμα.

Όσον αφορά στη μελλοντική έρευνα και την επέκταση-εμπλουτισμό των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, θα ήταν χρήσιμη η συμβολή περισσότερων επιστημονικών ειδικοτήτων πάνω στο αντικείμενο του καπνίσματος και της ποιότητας ζωής.



VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acree L.S., Longfors J., Fjeldstad A.S., Fjeldstad C., Schank B., Nickel K. J., Montgomery P. S. & Gardner A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(37), 1-6.
- Ades P., Savage P., Brochu M., Tischler M., Lee M. & Poehlman E. (2005). Resistance training increases total daily energy expenditure in disabled older women with coronary heart disease. *Journal of Applied Physiology*, 98, 1280–1285.
- American Diabetes Association (2002). Diabetes Mellitus and Exercise. *Diabetes Care*, 25:(1), 64-68.
- Anagnostopoulos F., Niakas D. & Pappa E. (2005). Construct validation of the Greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 14, 1959–1965.
- Βαλάσση – Αδάμ Ε. (2001). Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 216-217.
- Βέμη Ν., Αναγνωστόπουλος Φ. & Νιάκας Δ. (2007). Σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα των Ελλήνων αστυνομικών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 43-50.
- Bianchi M. L., Orsini M. R., Saraifoger S., Ortolani S., Radaelli G. & Betti S. (2005). Quality of life in post-menopausal osteoporosis. *Health and Quality of Life Outcomes*. <http://hqlo.com>
- Birtane M., Uzunca K., Tastekin N. & Tuna H. (2007). The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 health survey. *Clinical Rheumatology*, 26(5), 679-684.
- Bodin T. & Martinsen E. W.(2004). Mood and Self-Efficacy during Acute Exercise in Clinical Depression. A Randomized, Controlled Study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 623-633.
- Bolliger C., Zellweger J. P., ; Danielsson T., van Biljon X., Robidou A., Westin Å., Perruchoud A. P. & Säwe U., (2002). Influence of long-term smoking reduction on

- health risk markers and quality of life. *Nicotine & Tobacco Research*, 4 (4), 433-439(7).
- Bove A. & Sherman C. (1998). Active Control of Hypertension. *The physician and Sportsmedicine*, 26 (4).
- Brenes G.A. (2007). Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 9(6).
- Brennan G., Shafat A., Mac Donncha C. & Vekins C. (2007). Lower back pain in physically demanding college academic programs: a questionnaire based study, *BMC Musculoskeletal Disorders*. www.biomedcentral.com
- Bruce B., Fries J. & Lubeck D. (2005). Aerobic exercise and its impact on musculoskeletal pain in older adults: a 14 year prospective, longitudinal study. *Arthritis Research & Therapy*, 7(6), 1263-1270.
- Γαλάνης Κ., Κοντοδημόπουλος Ν., Νταλέκος Γ.Ν. & Νιάκας Δ.(2007). Συγκριτική μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β και C. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 51-57.
- Calvert J. M. & Skelton R. J. (2008). The need for education on health-related quality of life. *BMC Medical Education*, 8(2). www.pubmedcentral.nih.gov
- Canadian Diabetes Association (2003). Diabetes in the Elderly. *Clinical Practice Guidelines Expert Committee*, 106-109.
- Canadian Diabetes Association (2003). Physical Activity and Diabetes. *Clinical Practice Guidelines Expert Committee*, 24-26.
- Carta M.G., Hardoy M.C., Pilu A., Sorba M., Floris A.L Mannu, Antonia Baum., F.A., Cappai A., Velluti C. & Salvi M. (2008). Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. www.cpementalhealth.com
- Corbin C. & Pangrazi R. (1996). How much physical activity is enough? *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance*, 67.

- Craft L.L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 151–171.
- Daley A., MacArthur C., Stokes-Lampard H., McManus R., Wilson S. & Mutrie N. (2007). Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. *British Journal of General Practice*, 57, 130-135.
- Dias RC, Dias JM & Ramos LR.(2003). Impact of an exercise and walking protocol on quality of life for elderly people with OA of the knee. *Physiotherapy Research International*, 8(3), 121-130.
- DiLorenzo T. M., Bargman E. P., Stucky-Ropp R., Brassington G. S., Frensch P. A. & LaFontaine T. (1999). Long-Term Effects of Aerobic Exercise on Psychological Outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75–85.
- Elavsky S., McAuley E. & Molt R.W. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem and affective influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(2), 138-145.
- Ertsey C., Manhalter N., Afra J. & Jelencsik I. (2004). Health-related and condition-specific quality of life in episodic cluster headache. *Cephalalgia*, 24, 188-196.
- Evans E., Racette S., Peterson L., Villareal D., Greiwe J. & Holloszy J. (2005). Aerobic power and insulin action improve in response to endurance exercise training in healthy 77–87 yr olds. *Journal of Applied Physiology*, 98, 40-45.
- Ginis K. A. M., Latimer A. E., McKechnie K., Ditor D. S., McCartney N., Hicks A. L., Bugaresti J. & Craven B. C. (2003). Using exercise to enhance subjective well-being among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. *Rehabilitation Psychology*, 48(3), 157-164.
- Grotenhuis M. A, De Boone J. & Van der Kooi A. J. (2007). Living with muscular dystrophy: health related quality of life consequences for children and adults. Health and Quality of Life Outcomes. <http://hqlo.com>

- Huge V., Schloderer U., Steinberger M., Wuenschmann B., Schops, Antje Beyer P. & Azad S.C. (2006). Impact of a Functional Restoration Program on Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain medicine*, 7(6), 501-508.
- Huitt, W. (2004). Maslow's hierarchy of needs. Educational Psychology Interactive. Valdosta, GA: Valdosta State University.
- Θεοδωράκης Γ., Γιώτη Γ. & Ζουρμπάνος Ν., (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 1ο: Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3 (3), 225 – 238.
- Θεοδωράκης Γ. & Χασάνδρα Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3 (3), 239 – 248.
- Isaksson A. K., Ahlstrom G. & Gunnarsson L. G. (2005). Quality of life and impairment in patients with multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76, 64-69.
- Ivanetz J., Izquierdo M., Arguelles I., Forga L., Larrion J., Uncit M., Idoate F. & Gorostiaga E. (2005). Twice-Weekly Progressive Resistance Training Decreases Abdominal Fat and Improves Insulin Sensitivity in Older Men With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 28, 662–667.
- Καλαποθαράκος Β., Μιχαλοπούλου Μ., Τοκμακίδης Σ., Γκοδόλιας Γ., Μάλλιου Π., Λούρμπας Β. & Διαμαντόπουλος Κ. (2004). Η επίδραση 12 εβδομάδων αερόβιας άσκησης στην καρδιοαναπνευστική λειτουργία ηλικιωμένων γυναικών ηλικίας 60-74 ετών. *Φυσικοθεραπεία*, 7(1), 37-42.
- Κλεισούρας Β. (2001). *Φυσιολογία της Άσκησης*. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ, Παππά Ε & Νιάκας Δ. (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5), 451–462.

- Kaplan R. M. (1990). Behaviour as the central outcome in health-care. *American Psychologist*, 45(11), 1211-1220.
- Kasch F., Boyer J., Schmidt P., Wells R., Wallace J., Verity L., Guy H. & Schneider D. (1999). Ageing of the cardiovascular system during 33 years of aerobic exercise. *Age and Ageing*, 28, 531-536.
- Katula J.A, Rejeski W.J. & Marsh A.(2008). Enhancing quality of life in older adults:A comparison of muscular strength and power training. Health and Quality of Life Outcomes. www.pubmedcentral.nih.gov
- Koch H., Van Bokhoven M.A., Ter Riet G., Van der Weijden T., Jan Dinant G. & Bindels, P.J. E. (2007). Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Quality of Life Research*, 16, 1483-1489.
- Kotz K., Deleger S., Cohen R., Kamigaki A. & Kurata J. (2004). Osteoporosis and Health-Related Quality-of-Life Outcomes in the Alameda County Study Population. *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice and Policy* , 1(1), 1-9.
- Laforge R. G., Rossi J. S., Prochaska J. O., Velicer W. F., Levesque D. A. & McHorney C. A. (1999). Stage of Regular Exercise and Health-Related Quality of Life. *Preventive Medicine*, 28, 349-360.
- Laforge R.G., Rossi J.S., Prochaska JO., VelicerW.f., Levesque DA. & McHorney CA. (1998). Stage of regular exercise and health-related Quality of Life. *Preventive Medicine*, 28.
- Lamau (1992). Quality of Life: Background, Components, Indicators, Measurement and Conceptualization. Canadian Environmental Assessment Agency. <http://www.acee-ceaa.gc.ca>
- Lang M. M. (2001). Screening for cognitive impairment in the older adult. *The Nurse Practitioner*, 26(11), 32-37.

- Leboeuf-Yde C. (1999). Smoking and low back pain. A systematic literature review of 41 journal articles reporting 47 epidemiologic studies. *Spine*, 24, 1463-1470.
- Levasseur M., Desrosiers J. & Tribble St-Cyr.(2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity. Health and Quality of Life Outcomes. *www.pubmedcentral.nih.gov*
- McAuley E., Konopack J.F., Motl R.W., Morris K. S., Doerksen S. E. & Rosengren K. R. (2006). Physical activity and quality of life: influence of health status and self-efficacy. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 99-103.
- McQueen D., Long J. M. & Schurman, R. J. (2005). Selecting a subjective health status measure for optimum utility in everyday orthopaedic practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(1), 45-51.
- Mitra M., Chung M. C., Wilber N., Walker D. K., (2004). Smoking Status and Quality of Life. A Longitudinal Study Among Adults with Disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 258-260.
- Monzon M.J. & Lainez M,J,A.(1998). Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia*, 18, 638-43.
- Mulder I, Tijhuis M, Smit HA, Kromhout D. (2001). Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Preventive Medicine*, 33(6), 653-60.
- Νάκου Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 254-266.
- Netz Y. & Lidor R. (2003). Mood Alterations in Mindful versus Aerobic Exercise Modes. *The Journal of Psychology*, 137(5), 405-419.
- Netz Y., Becker B. J., Tenenbaum G. & Wu M.J. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and aging* , 20(2), 272-284.

- Nied R. & Franklin B. (2002). Promoting and Prescribing Exercise for the Elderly. *American Family Physician*, 65, 419-26, 427-8.
- Oken B.S., Zajdel D., Kishiyama S., Flegal K., Dehen C., Haas M., Kraemer D.F., Lawrence J. & Leyva J. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of Yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Altern Therapy Health Medicine*, 12(1), 40-47.
- Ong C.K., Doll H., Bodeker, G. & Stewart-Brown S. (2004). Use of osteopathic or chiropractic services among people with back pain: a UK population survey. *Health and Social Care in the Community*, 12(3), 265–273.
- Otani T., Iwasaki M., Ohta A., Kuroiwa M., Yosiaki S., Suzuki S. & Aoki S. (2002). Low Back Pain and Smoking in a Community Sample in Japan. *Journal of Occupational Health*, 44, 207-213.
- Ozcan A., Donat H., Gelecek N., Ozdirenc M. & Karadibak D. (2005). The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. BMC Public Health. www.biomedcentral.com
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιτταδάκη Τ., Περιστέρης Π., Πόκας Ε. & Υφαντόπουλος Γ. (2007). Ποιότητα Ζωής ατόμων με αιμορροφιλία στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 85-92.
- Παπαδόπουλος Α.Α., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Φρυδάς Α. & Νιάκας Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 66-74.
- Παπαθανασίου Α., Φιλαλήθης Α. & Λιονής Χ. (2005). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Βιβλιογραφική αναζήτηση. *Αρχεία Ελληνικής ιατρικής*, 22(4), 336-343.
- Παπάνης Ε. & Ρουμελιώτου Μ. (2007). Ελληνική κοινωνική έρευνα. Ποιότητα ζωής. <http://www.blogcatalog.com>

- Papadopoulos A, Kontidimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E & Niakas D. (2007). Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*, 7, 186.
- Pappa E., Kontodimopoulos N. & Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 14, 1433–1438.
- Patrick DL & Erickson P.(1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Oxford University Press, New York.
- Penninx B.W. J. H., Messier S.P., Rejeski W.J., Williamson J.D., DiBari M., Cavazzini C., Applegate W.B. & Pahor M. (2001). Physical Exercise and the Prevention of Disability in Activities of Daily Living in Older Persons With Osteoarthritis. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2309-2316.
- Quist – Paulsen P., Bakke P. S. & Gallefoss F. (2006). Does smoking cessation improve Quality of Life in patients with coronary heart disease? *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40, 11-16.
- Rejeski, W. J., Focht, B. C., Messier S. P., Morgan T., Pahor M. & Penninx B. (2002). Obese, older adults with knee osteoarthritis: Weight loss, exercise, and quality of life. *Health Psychology*, 21(5), 419-426.
- Rothwell, P. M., McDowell, Z., Wong, C. K., Dorman P. J.(1997). Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *British medical journal*, 314, 1580-1583.
- Σαρρής Μ., Γούλα Α & Σούλης Σ. (2008). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών μετά από μεταμόσχευση ήπατος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(3), 334-340.
- Sawatzky R., Liu-Ambrose T., Miller W.C & Marra C.A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. Health and Quality of Life Outcomes. www.pubmedcentral.nih.gov
- Sguizzatto G.T., Garcez-Leme L.E. & Casimiro L.(2006). Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo Medicine Journal*, 124(5), 304-5.

- Sippel J. M., Pedula K. L., Vollmer W. M., Buist A. S. & Osborne M. L. (1999). Associations of Smoking With Hospital- Based Care and Quality of Life in Patients With Obstructive Airway Disease. *Chest*, 115, 691-696.
- Spirduso W. & Cronin D. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), 598-608.
- Stewart A. L., King A. C., Killen J. D. & Ritter P. L. (1995). Does smoking cessation improve health-related quality-of-life? *Annals of Behavioural Medicine*, 17(4), 331-338.
- Stewart AL. & Ware JE., (1992). *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Stuifbergen A.K. & Roberts G.J. (1997). Health promotion practices of women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), 53-59.
- Swain R. & Kaplan B. (1997). Treating Hypertension in Active Patients: Which Agents Work Best With Exercise? *The physician and Sportsmedicine*, 25 (9).
- Tavaifian S.S., Jamshidi A., Kazem M. & Montazeri A. (2007). Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial, BMC Musculoskeletal Disorders. www.biomedcentral.com
- Treasury Board of Canada Secretariat (2000). Quality of Life: Background, Components, Indicators, Measurement and Conceptualization. Canadian Environmental Assessment Agency. <http://www.acee-ceaa.gc.ca>
- Υφαντόπουλος Γ. (2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 279 – 287.
- Υφαντόπουλος Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 6-18.
- Van Der Geest I.C.M., Servaes P., Schreuder H.W.B., Bleijenberg G., Verhagen C.A.H.H.V.M., Pruszczyński M., Lemmns J.A.M. & Veth R.P.H.(2002).

Chondrosarcoma of Bone:Functional Outcome and Quality of Life. *Journal of Surgical Oncology*, 81, 70-74.

Verbunt J. A., Pernot D.H.F.M. & Smeets R. J. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. Health and Quality of Life Outcomes. <http://hqlo.com>

Walker J. G. & Littlejohn G. O. (2007). Measuring quality of life in rheumatic conditions. *Clinical Rheumatology*, 26, 671-673.

Wilson D., Parsons J. & Wakefield M. (1999).The Health-Related Quality-of-Life of Never Smokers, Ex-smokers, and Light, Moderate, and Heavy Smokers. *Preventive Medicine*, 29, 139–144.

Χριστοδούλου Ι. (2004). *Ποιότητα ζωής και Άσκηση στους Μαθητές της Β/θμιας Εκπ/σης*. Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διατριβή, ΤΕΦΑΑ Πανεπιστημίων Αριστοτέλειου, Δημοκρίτειου και Θεσσαλίας, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα.

VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η υγεία και η ευεξία σας

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Συμπληρώστε τον κύκλο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή
☐	☐	☐	☐	☐

2. Συγκριτικά με ένα έτος πριν, πώς θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα;

Πολύ καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν	Κάπως καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν	Σχεδόν ίδιο όπως ένα έτος πριν	Κάπως χειρότερα τώρα από ένα έτος πριν	Πολύ χειρότερα τώρα από ένα έτος πριν
☐	☐	☐	☐	☐

3. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν τις δραστηριότητες που πιθανόν να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Μήπως η υγεία σας τώρα, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Σε αυτή την περίπτωση, πόσο; [Συμπληρώστε τον κύκλο σε κάθε γραμμή].

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
A. <u>Δραστηριότητες ενέργειας και δύναμης</u> , όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, που συμμετέχουν στον έντονο αθλητισμό	☐	☐	☐
B. <u>Μέτριες δραστηριότητες</u> , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η ώθηση μιας ηλεκτρικής σκούπας, το bowling, ή ένα παιχνίδι γκολφ	☐	☐	☐
Γ. Η μετακίνηση ή το σήκωμα των προϊόντων αγοράς από το σούπερ μάρκετ	☐	☐	☐
Δ. Το ανέβασμα <u>αρκετών</u> ορόφων σκαλοπάτια	☐	☐	☐
Ε. Το ανέβασμα <u>ενός</u> ορόφου σκαλοπάτια	☐	☐	☐
Στ. Κάμψη, γονάτισμα, σκύψιμο	☐	☐	☐
Ζ. Περιπάτημα <u>πάνω από ένα χιλιόμετρο</u>	☐	☐	☐
Η. Περιπάτημα <u>αρκετών εκατοντάδων μέτρων</u>	☐	☐	☐
Θ. Περιπάτημα <u>εκατό μέτρων</u>	☐	☐	☐
Ι. Το να ντύνομαι και να κάνω μπάνιο	☐	☐	☐

4. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, για πόσο χρόνο είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με την εργασία σας ή με άλλες κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας σας;

	Ναι	Όχι
A. Μειώσατε <u>το συνολικό χρόνο</u> που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	☐	☐
B. <u>Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος)</u> από ότι θα θέλατε	☐	☐
Γ. Περιορίστηκε η <u>ποιότητα</u> της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων	☐	☐

5. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, για πόσο χρόνο είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με την εργασία σας ή με άλλες κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (όπως κατάθλιψη ή άγχος);

	Όλο το χρόνο	Το περισσότερο χρόνο	Μερικό από το χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Κανένα από το χρόνο
A. Μειώσατε <u>το συνολικό χρόνο</u> που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	☐	☐	☐	☐	☐
B. <u>Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος)</u> από ότι θα θέλατε	☐	☐	☐	☐	☐
Γ. Περιορίστηκε η <u>ποιότητα</u> της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων	☐	☐	☐	☐	☐
Δ. Εργαστήκατε ή κάνατε δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> από ότι συνήθως	☐	☐	☐	☐	☐

6. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων μέχρι πιο σημείο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες σας με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες ή τις ομάδες;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
☐	☐	☐	☐	☐

7.Πόσο σωματικό πόνο είχατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων;

Καθόλου	Πολύ Ήπια	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ Σοβαρά
☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο ο πόνος παρεμπόδισε την κανονική εργασία σας (συμπεριλαμβανομένης και της εργασίας έξω από το σπίτι και των οικιακών)

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Εξαιρετικά
---------	------	--------	--------	------------

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Αυτές οι ερωτήσεις είναι σχετικά με το πώς αισθάνεστε και πώς πήγαν τα πράγματα με σας κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση παρακαλώ δώστε τη μία απάντηση που έρχεται πιο κοντά στον τρόπο που έχετε αισθανθεί. Για πόση ώρα κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων....

	Όλο το χρόνο	Τον περισσότερο χρόνο	Αρκετό από το χρόνο	Μερικό χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Καθόλου χρόνο
Αισθανθήκατε γεμάτοι ενέργεια	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Είστε πολύ νευρικοί	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε ότι σας απορρίπτουν και τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε ήρεμοι και χαλαροί	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Είχατε πολλή ενέργεια	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε αποθάρρυνση και κατάθλιψη	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε φθαρμένοι	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ήσασταν ευτυχείς	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανθήκατε κουρασμένοι	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητές σας (όπως την επίσκεψη των φίλων των συγγενών κ.λ.π.);

Όλο το χρόνο	Τον περισσότερο χρόνο	Μερικό χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Καθόλου χρόνο
☐	☐	☐	☐	☐

11. Πόσο αλήθεια ή ψέμα είναι κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις για σας;

Σίγουρα αλήθεια	Συνήθως αλήθεια	Δεν ξέρω	Συνήθως ψέμα	Σίγουρα ψέμα
-----------------	-----------------	----------	--------------	--------------

Φαίνομαι να αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα απ' ότi οι άλλοι	☐	☐	☐	☐	☐
Είμαι τόσο υγιής όσο οποιοσδήποτε άλλος που γνωρίζω	☐	☐	☐	☐	☐
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	☐	☐	☐	☐	☐
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	☐	☐	☐	☐	☐

Σας ευχαριστούμε που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο!