

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ
ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

του

Παπαδόπουλου Νικόλαου

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

Τριμελής Επιτροπή

Κουθούρης Χαρίλαος, Επίκ. Καθ., ΤΕΦΑΑ, ΠΘ
Αλεξανδρής Κωνσταντίνος, Επίκ. Καθ., ΤΕΦΑΑ, ΑΠΘ
Χατζηγεωργιάδης Αντώνης, Επίκ. Καθ., ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

2011

Υπεύθυνη Δήλωση

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ 13/07**, μεταπτυχιακός φοιτητής του τμήματος **ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ** του **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ** του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους παρακάτω όρους που αφορούν

(α) στα πνευματικά δικαιώματα της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας (ΜΔΕ) μου με τίτλο **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

(β) στη διαχείριση των ερευνητικών δεδομένων που θα συλλέξω στην πορεία εκπόνησής της:

1. Τα πνευματικά δικαιώματα του τόμου της μεταπτυχιακής διατριβής που θα προκύψει θα ανήκουν σε μένα. Θα ακολουθήσω τις οδηγίες συγγραφής, εκτύπωσης και κατάθεσης αντιτύπων της διατριβής στα ανάλογα αποθετήρια (σε έντυπη ή/και σε ηλεκτρονική μορφή).
2. Η διαχείριση των δεδομένων της διατριβής ανήκει από κοινού σε εμένα και στον κύριο επιβλέποντα καθηγητή.
3. Οποιαδήποτε επιστημονική δημοσίευση ή ανακοίνωση (αναρτημένη ή προφορική), ή αναφορά που προέρχεται από το υλικό/δεδομένα της εργασίας αυτής θα γίνεται με συγγραφείς εμένα τον ίδιο, τον κύριο επιβλέποντα ή/και άλλους ερευνητές (πχ μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, συνεργάτες κλπ), ανάλογα με τη συμβολή τους στην έρευνα και στη συγγραφή των ερευνητικών εργασιών.
4. Η σειρά των ονομάτων στις επιστημονικές δημοσιεύσεις ή επιστημονικές ανακοινώσεις θα αποφασίζεται από κοινού από εμένα και τον κύριο επιβλέποντα της εργασίας, πριν αρχίσει η εκπόνησή της. Η απόφαση αυτή θα πιστοποιηθεί εγγράφως μεταξύ εμού και του κύριου επιβλέποντος.

Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω τους κανόνες περί δεοντολογίας και περί λογοκλοπής και πνευματικής ιδιοκτησίας και ότι θα τους τηρώ απαρέγκλιτα καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης και κάλυψης των εκπαιδευτικών υποχρεώσεων μου που προκύπτουν από το ΠΜΣ/τμήμα και καθ' όλη τη διάρκεια των διαδικασιών δημοσίευσης που θα προκύψουν μετά την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

[24-05-2011]

Ο δηλών

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στον Καθηγητή κ. Κουθούρη Χαρίλαο, εκφράζω τις θερμότερες ευχαριστίες μου για την ανάθεση αυτής της ερευνητικής εργασίας, το αμέριστο ενδιαφέρον, τη συμπαράσταση και καθοδήγηση για την ολοκλήρωσή της.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άτομα που συμμετείχαν στην πειραματική διαδικασία της εργασίας για τη διάθεση και την υπομονή τους και όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να καταγράψει, σε ένα πληθυσμό ανδρών και γυναικών μέσης ηλικίας, τους δείκτες της ποιότητας ζωής τους και να διερευνήσει πιθανές συσχετίσεις με τα πραγματικά επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας. Συμμετείχαν συνολικά 104 άτομα ηλικίας 50 έως 65 ετών, άνδρες (n=45) και γυναίκες (n=59) από κέντρα αποκατάστασης και ΚΑΠΗ, οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια SF-36 για την ποιότητα ζωής και IPAQ για τη φυσική δραστηριότητα. Χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας: χαμηλή ΦΔ, μέτρια ΦΔ και υψηλή ΦΔ. Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως τα άτομα που ανήκαν στην ομάδα υψηλής ΦΔ είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις παραμέτρους «σωματική λειτουργικότητα» ($p<.05$) και «ζωτικότητα» ($p<.05$) της ποιότητας ζωής σε σχέση με την ομάδα μέτριας ΦΔ. Επιπλέον, οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στη «σωματική λειτουργικότητα» ($p<.001$), «σωματικό πόνο» ($p<.05$), «γενική υγεία» ($p<.05$) και «φυσική υγεία συνολική» ($p<.001$) από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στη «ΦΔ στα οικιακά» ($p<.05$) από τους άνδρες. Από τα αποτελέσματα γίνεται αντιληπτό πως η φυσική δραστηριότητα επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής, αν και όχι σε όλες τις παραμέτρους της, οι άνδρες παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα φυσικής υγείας από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να ασχολούνται περισσότερο με δραστηριότητες εντός του σπιτιού σε σχέση με τους άνδρες. Η φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να προωθηθεί μέσω ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων με στόχο την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, που κατά κανόνα αναφέρει ότι βιώνει παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής, και ιδιαίτερα τις γυναίκες που εκτελούν σημαντική δραστηριότητα εντός του σπιτιού, αλλά τα οφέλη της στη βελτίωση της υγείας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν.

Λέξεις κλειδιά: *IPAQ, SF-36, φυσική δραστηριότητα, ποιότητα ζωής, μέση ηλικία.*

ABSTRACT

The aim of this study was to assess quality of life among middle aged men and women and investigate possible associations with the levels of physical activity in their daily life. 104 subjects aged 50-65 years, men (n=45) and women (n=59), from rehabilitation centers and open care centers for the elderly, participated in the study. They were asked to fill in two questionnaires: the SF-36 for quality of life and the IPAQ for physical activity. Subjects were divided in three groups according to their physical activity level: low PA, medium PA and high PA. The results showed that the high PA group had significantly higher scores for the variables “physical functioning” ($p<.05$) and “vitality” ($p<.05$) of quality of life than the medium PA group. Moreover, males had significantly higher scores for “physical functioning” ($p<.001$), “bodily pain” ($p<.05$), “general health” ($p<.05$) και “physical health component” ($p<.001$) than females, while females had significantly higher scores for “domestic PA” domain ($p<.05$) than males. According to the results, it is more than obvious that physical activity is positively associated to quality of life, even though not to all domains, and males have higher levels of physical health than females. On the other hand, females seem to be more occupied with household activities than males. Physical activity should be promoted through community programs, aiming to this specific age group, which usually experiences factors that reduce quality of life, especially women who even though they are sufficiently active at home, the benefits of this activity for health are not easy to be detected.

Key words: *IPAQ, SF-36, physical activity, quality of life, middle age.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	9
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Προσδιορισμός του προβλήματος.....	10
Σκοπός.....	16
Περιορισμοί	16
Ερευνητικές υποθέσεις.....	17
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	20
Όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	20
Όργανα μέτρησης φυσικής δραστηριότητας.....	25
Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	29
Ποιότητα ζωής και χρόνιες παθήσεις.....	31
Μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας.....	35
Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής.....	41
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	48
Δείγμα.....	48
Όργανα μέτρησης.....	48
Διαδικασία συγκέντρωσης δεδομένων.....	51
Στατιστική ανάλυση.....	51
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	52

Ποιότητα ζωής και επίπεδο φυσικής δραστηριότητας.....	52
Ποιότητα ζωής.....	59
Φυσική δραστηριότητα.....	61
Συσχετίσεις.....	64
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	67
Ποιότητα ζωής.....	67
Φυσική δραστηριότητα.....	69
Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής.....	72
Συσχετίσεις.....	74
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	76
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.	Περιγραφική Στατιστική των παραμέτρων της Ποιότητας Ζωής	54
Πίνακας 2.	Ανάλυση Διακύμανσης για τις παραμέτρους της Φυσικής υγείας	55
Πίνακας 3.	Post Hoc Test για τις παραμέτρους της Φυσικής υγείας	56
Πίνακας 4.	Ανάλυση Διακύμανσης για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας	57
Πίνακας 5.	Post Hoc Test για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας	58
Πίνακας 6.	Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Φυσικής Υγείας	60
Πίνακας 7.	T-test για τις παραμέτρους της Φυσικής Υγείας	60
Πίνακας 8.	Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας	60
Πίνακας 9.	T-test για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας	61
Πίνακας 10.	Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας	62
Πίνακας 11.	T-test για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας	62
Πίνακας 12.	Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας (MET)	62
Πίνακας 13.	T-test για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας (MET)	63
Πίνακας 14.	Συσχετίσεις	66

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

IPAQ	International Physical Activity Questionnaire (διεθνές ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας)
SF-36	ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής
ΦΔ	Φυσική Δραστηριότητα
PA	Physical Activity
QOL	Quality of Life
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων
MET	Metabolic Equivalent
ΟΜΣΣ	Οσφυϊκή Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης
BMI	δείκτης μάζας σώματος
6MWT	6 minute walk test

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προσδιορισμός του προβλήματος

Η επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής είναι το ζητούμενο κάθε σύγχρονου ανθρώπου. Αν και η έννοιά της γίνεται εύκολα αντιληπτή, σαν όρος, η ποιότητα ζωής είναι ασαφής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1948) αναφέρει την υγεία ως την κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας, και όχι απλώς την έλλειψη ασθένειας. Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για να αποδοθούν ορισμοί τόσο της υγείας, όσο και της ποιότητας ζωής, πολλές φορές συνδέοντας τις δύο έννοιες μεταξύ τους, και συχνά για την ποιότητα ζωής να δίνεται έμφαση στη σύνδεση της με την ευτυχία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Με την απουσία ενός παγκόσμια αποδεκτού ορισμού, πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, στο Δυτικό κόσμο τουλάχιστον, είναι εξοικειωμένοι με την έκφραση «ποιότητα ζωής» και αντιλαμβάνονται ενστικτωδώς τι αυτή αντιπροσωπεύει (Fayers & Machin, 2007).

Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί 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 ανεξερεύνητους (Treasury Board of Canada Secretariat, 2000). Γίνεται σαφές από τα παραπάνω πως η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για κάθε άνθρωπο σε κάθε γωνιά του πλανήτη.

Η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών τελικού σταδίου προκάλεσε το ενδιαφέρον των ιατρών και άλλων επιστημόνων υγείας να μελετήσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, προκειμένου να διερευνηθούν οι τυχόν κίνδυνοι ή τα οφέλη από τις ιατρικές αυτές πράξεις, καθώς και οι επιπτώσεις τους στη ζωή του αρρώστου. Στο πλαίσιο αυτό τοποθετείται η μελέτη για την ποιότητα ζωής: αφενός η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (αντικειμενική διάσταση) (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Στο πλαίσιο των κλινικών ερευνών χρησιμοποιείται μια περισσότερο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, που περιλαμβάνει τις πλευρές της που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Γεγονός είναι 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).

Όπως με κάθε άλλη αφηρημένη ή πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Η χρήση πολλαπλών ερωτήσεων για την εκτίμηση μιας διάστασης της ποιότητας ζωής, κατά συνέπεια η επίτευξη πολλαπλών μετρήσεων κάθε διάστασης, κρίνεται μεθοδολογικά επιβεβλημένη και αποτελεί κριτήριο επιλογής του οργάνου μέτρησης. Ένα όργανο μέτρησης που περιλαμβάνει πολλές ερωτήσεις για κάθε διάσταση της ποιότητας

ζωής βελτιώνει σημαντικά την εγκυρότητα των μετρήσεών του, λαμβάνοντας υπόψη τις σημαντικές πτυχές της. Τα πιο γνωστά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky, ο δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ, ο δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, ο δείκτης Spitzer, το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο, η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια, η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας, η Επισκόπηση Υγείας SF-36, η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D και η Επισκόπηση Υγείας EQ-15D (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

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 (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007). Το SF-36 έχει μεταφραστεί και στην ελληνική γλώσσα και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας είχαν επιτυχή αποτελέσματα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού (Pappa, Kontodimopoulos, Niakas, 2005).

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. Η επαρκής 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).

Φυσική δραστηριότητα είναι οποιαδήποτε σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μύες και έχει σαν αποτέλεσμα την κατανάλωση ενέργειας (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Ο όρος δε θα πρέπει να συγχέεται με την άσκηση, η οποία είναι μια υποκατηγορία της φυσικής δραστηριότητας, και είναι σχεδιασμένη, δομημένη επαναλαμβανόμενη και έχει στόχο τη βελτίωση ή τη διατήρηση ενός ή περισσότερων στοιχείων την φυσικής κατάστασης. Η φυσική δραστηριότητα περιλαμβάνει την άσκηση και άλλες δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σωματική κίνηση, όπως οικιακές εργασίες, μετακινήσεις, δραστηριότητες αναψυχής. Οι πρόσφατες οδηγίες συστήνουν τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης αερόβιας δραστηριότητας ή 75 λεπτά υψηλής έντασης φυσικής δραστηριότητας την εβδομάδα για ενήλικες 18-64 ετών, προκειμένου για τη βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής και μυϊκής κατάστασης, της υγείας των οστών και τη μείωση θανάτων αγνώστων αιτιολογιών και της κατάθλιψης (WHO, 2010).

Ωστόσο, ο καθιστικός τρόπος ζωής κυριαρχεί στη σύγχρονη εποχή αποτελεί σημαντική πρόκληση της δημόσιας υγείας που πρέπει να αντιμετωπιστεί προκειμένου να προληφθεί η παχυσαρκία και να ενισχυθεί η υγεία και η καλή ζωή. Η καθιστική ζωή διπλασιάζει τον κίνδυνο θνητότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια, είναι σημαντικός παράγοντας παχυσαρκίας, διαβήτη και κάποιων μορφών καρκίνου (Fox, 1999). Γίνεται αντιληπτό πως το κόστος που προκύπτει από τον

καθιστικό τρόπο ζωής για το εθνικό σύστημα υγείας είναι μεγάλο. Τα στοιχεία, ωστόσο, είναι αποθαρρυντικά, καθώς σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2008 το 31% των ατόμων άνω 15 ετών εμφανιζόταν να ασκείται ανεπαρκώς, ενώ πάνω από 3,2 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως αποδίδονται στην ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα (WHO, 2010). Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το Ευρωβαρόμετρο το 2006, το 41% των Ευρωπαίων στις 15 χώρες που έλαβαν μέρος στην μελέτη, ανέφεραν μέτρια επίπεδα φυσικής δραστηριότητας την προηγούμενη της έρευνας εβδομάδα και το 59% του Ευρωπαϊκού πληθυσμού ανέφερε λίγη ή καθόλου φυσική δραστηριότητα στην εργασία (European Opinion Research Group, 2006).

Είναι σημαντικό, επιπλέον, να αναφερθεί πως η φυσική δραστηριότητα επηρεάζεται από δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο. Οι άνδρες είναι πιο δραστήριοι από τις γυναίκες, ενώ η συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα μειώνεται με την ηλικία. Το ποσοστό των ανθρώπων που μένουν υποκινητικοί στον Καναδά αυξάνει με την ηλικία, καθώς στα άτομα ηλικίας 18-24 ετών ήταν 43%, 25-44 και 45-64 ετών ανέρχεται στο 55%, ενώ στα άτομα άνω των 65 ετών η υποκινητικότητα φτάνει το 78% (Craig, Russell, Cameron & Beaulieu, 1997). Η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας, λοιπόν, θα πρέπει να γίνεται με στόχο όλες τις κοινωνικές και ηλικιακές κατηγορίες, αλλά ενδεχομένως με μεγαλύτερη έμφαση στις μεγαλύτερες ηλικίες, που έχουν την τάση με το πέρασμα του χρόνου να γίνονται λιγότερο δραστήριοι. Η ευεργετική επίδραση της άσκησης στην υγεία του ανθρώπου δημιούργησε την ανάγκη της ποσοτικοποίησης της άσκησης, μέσω του σχεδιασμού ερωτηματολογίων, προκειμένου για την πρόληψη ασθενειών, αλλά και το σχεδιασμό προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας. Από ένα μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων για τη φυσική δραστηριότητα ξεχωρίζουν το IPAQ, το CARDIA, η ανάκληση 7 ημερών, το HIP, το MAQ, το PASE κλπ.

Λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση που έχει η φυσική δραστηριότητα στην υγεία του ατόμου και την πρόληψη ασθενειών, έχει προκύψει εύλογα το ερώτημα αν και πόσο η φυσική δραστηριότητα μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής. Θετική απάντηση έχει δοθεί από αρκετούς ερευνητές: έχουν προκύψει υψηλά επίπεδα δεικτών ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία σε υγιείς ενήλικες που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 271 γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, προέκυψε ότι το 60,8% των γυναικών περνούσαν το χρόνο τους σε καθιστικές δραστηριότητες, η συμμετοχή τους σε κέντρα αναψυχής ηλικιωμένων αύξανε τις πιθανότητες ενασχόλησής τους με μέτρια ή έντονη φυσική δραστηριότητα και η συμμετοχή σε μέτρια ή έντονη φυσική δραστηριότητα αύξανε το δείκτη ποιότητας ζωής κατά 4,8 μονάδες (Carvalho et al., 2010).

Σε έρευνα του McAuley και των συνεργατών του (2006), στην οποία συμμετείχαν 249 γυναίκες (MO 68,12 έτη), εξετάσθηκε η σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής. 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. Μια σχετική έρευνα έγινε σε γυναίκες που βρίσκονταν σε εμμηνόπαυση. Το δείγμα αποτέλεσαν 1206 Αγγλίδες, ηλικίας 46-55 ετών. Οι γυναίκες που έκαναν τακτική άσκηση ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής από εκείνες που δεν ασκούσαν τακτικά. 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. (Daley et al., 2007).

Από τα στοιχεία που καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία διαφαίνεται συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας με την ποιότητα ζωής σε άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας.

Σχετικά στοιχεία, ωστόσο, από τον Ελληνικό πληθυσμό δεν υπάρχουν, καθώς δεν έχει πραγματοποιηθεί αντίστοιχη έρευνα.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει σε ένα πληθυσμό ατόμων, ανδρών και γυναικών μέσης ηλικίας (50 έως 65 ετών), τους δείκτες της ποιότητας ζωής τους και να διερευνήσει πιθανές συσχετίσεις με τα πραγματικά επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας σε καθημερινή βάση.

Η μελέτη στοχεύει σε μια ηλικιακή ομάδα που κατά κανόνα αρχίζει να αναφέρει ότι βιώνει παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής στην καθημερινότητά του, όπως θέματα υγείας, δυσκολίας στη μετακίνηση, κοινωνική απομόνωση κλπ.

Η εύρεση ικανοποιητικής σχέσης μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής κάθε ατόμου, θα μπορούσε να αποτελέσει βάση για το σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων άσκησης και ενεργητικής δραστηριοποίησης στους χώρους των ΚΑΠΗ, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των συνοικούντων. Επιπλέον, το αποτέλεσμα μιας στατιστικά σημαντικής συσχέτισης θα ενίσχυε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα.

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 τρία κέντρα αποκατάστασης και ένα ΚΑΠΗ.

γ) Το δείγμα συλλέχθηκε από περιοχές του Νομού Αττικής.

δ) Προηγήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αντίληψης της φυσικής δραστηριότητας και μετά το ερωτηματολόγιο καταγραφής του επιπέδου της ποιότητας ζωής.

ε) Στη μελέτη συμμετείχαν μόνο άτομα αρτιμελή και ικανά να μετακινούνται στο χώρο χωρίς τη βοήθεια άλλου ατόμου, με ικανοποιητική επικοινωνία και διάθεση για συνεργασία με τους ερευνητές.

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

Ερευνητικές υποθέσεις

Υπόθεση 1^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 2^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Σωματικός’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 3^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματικός Πόνος’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 4^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Γενική Υγεία’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 5^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο μεταβλητών Φυσικής Υγείας’ (1-4), μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 6^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ζωτικότητα’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 7^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Κοινωνική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 8^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Συναισθηματικός’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 9^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ψυχική Υγεία’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 10^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο των μεταβλητών Ψυχικής Υγείας (5-8)’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

Υπόθεση 11^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 12^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής, ‘Ρόλος Σωματικός’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 13^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματικός Πόνος’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 14^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Γενική Υγεία’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 15^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο μεταβλητών Φυσικής Υγείας’ (1-4), μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 16^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ζωτικότητα’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 17^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Κοινωνική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 18^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Συναισθηματικός’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 19^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ψυχική Υγεία’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 20^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο των μεταβλητών Ψυχικής Υγείας (5-8)’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 21^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στην Εργασία’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 22^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στις Μετακινήσεις’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 23^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στα Οικιακά’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 24^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στην Αναψυχή’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υπόθεση 25^η: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ Συνολική’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία, λόγω του ότι, με τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, 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. Για το λόγο αυτό σχεδιάστηκαν εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Επειδή κάθε ερευνητής, ανάλογα με το πεδίο ενδιαφέροντός του, έδινε βαρύτητα, για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, σε διαφορετικές πτυχές της ζωής, υπάρχει στα χέρια της επιστημονική κοινότητας μεγάλος αριθμός ερωτηματολογίων, που αφορούν την καταγραφή της ποιότητας ζωής, κάθε ένα από τα οποία εξυπηρετεί διαφορετικούς ερευνητικούς σκοπούς.

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.. Το κάθε ένα έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς.

Όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής

Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky: Ο συγκεκριμένος δείκτης επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας και καθόλου στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενή. Σε μια ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100

έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας, με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο. Ένας άρρωστος με χαμηλή επί της % βαθμολογία υποτίθεται ότι έχει κακή ποιότητα ζωής. Το όργανο αυτό μέτρησης αποφέρει μια πολύ αδρή εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας: Σε μια 5βάθμια κλίμακα, από το 0 έως το 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς και η βαθμίδα 4, τον ασθενή που είναι ανίκανος να κάνει οτιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του. Όπως και με τον προηγούμενο δείκτη, και αυτός δεν αναφέρεται σε καμία ψυχοκοινωνική διάσταση.

Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής: Δημιουργήθηκε αρχικά για την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται με 6 ερωτήσεις, που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας. Ο δείκτης αυτός έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλος αν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής: Αρχικά σχεδιάστηκε για καρκινοπαθείς. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε 5 βασικούς τομείς: α) δραστηριότητες, β) καθημερινή ζωή, γ) αντίληψη της υγείας, δ) κοινωνική υποστήριξη, ε) άποψη για τη ζωή. Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς ο ασθενής βαθμολογείται από 0-2 μονάδες. Είναι απλό και γρήγορο στη συμπλήρωσή του.

Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο: Ο πόνος ως γνωστό επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και χωρίς αμφιβολία η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό

στοιχείο για την εκτίμησή της. Σχεδιάστηκε το 1971 και συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πως ένας άρρωστος αισθάνεται τον πόνο.

Επισκόπηση Υγείας του Nottingham: Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης. Αποτελείται από 2 μέρη, στο πρώτο αναφέρονται 38 καταστάσεις, που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια-ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση, σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος συνίσταται από επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου, ενδιαφέροντα. Σε κάθε ερώτηση υπάρχει η απάντηση ναι και όχι. Υψηλή βαθμολογία εκφράζει την ύπαρξη έντονων προβλημάτων. Ως όργανο μέτρησης παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι διερευνά μόνο τα προβλήματα υγείας (αρνητικές πλευρές της υγείας). Χαμηλή βαθμολογία δε σημαίνει αφεαυτής καλή ποιότητα ζωής, λόγο της μη καταγραφής προβλημάτων.

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας: Κυκλοφορεί σε 3 εκδόσεις: η πρώτη με 28 ερωτήσεις, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60. Το ερωτηματολόγιο έχει δείξει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το μειονέκτημα είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια: Την κλίμακα συνθέτουν 45 ερωτήσεις που αφορούν τους 7 σημαντικότερους τομείς της ποιότητας ζωής: φροντίδα υγείας, επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον, οικιακό περιβάλλον, σεξουαλικές σχέσεις, ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις, κοινωνικό περιβάλλον, ψυχολογική κατάπτωση. Η απάντηση σε κάθε ερώτηση συμπληρώνεται σε μια 4βάθμια κλίμακα. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών και έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Επισκόπηση Επίδρασης της Αρρώστιας: Συνίσταται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες, οι οποίες τελικά συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες: της σωματικής λειτουργίας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Οι απαντήσεις συμπληρώνονται με Ναι και Όχι και η βαθμολογία υπολογίζεται με σταθμισμένους δείκτες, σύμφωνα με τους οποίους έχει ληφθεί υπόψη η ειδική βαρύτητα της κάθε ερώτησης. Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το μειονέκτημά του είναι ότι λόγω μεγέθους είναι χρονοβόρο και κοπιαστικό στην εφαρμογή του.

Επισκόπηση Υγείας EQ-5D: Είναι από τα πλέον διαδεδομένα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Έχει 5 βασικές διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος, άγχος-κατάθλιψη και κάθε διάσταση σε 3 επίπεδα. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και σταθεροποιηθεί από την ομάδα του κ. Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Επισκόπηση Υγείας EQ-15D: Προσομοιάζει με το προηγούμενο με τη μόνη διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής: κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα. Κάθε μια διάσταση αξιολογείται σε 5 επίπεδα. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και σταθεροποιηθεί από την ομάδα του κ. Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

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 ανταπόκρισης 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:

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

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 et al., 2005).

Όργανα μέτρησης φυσικής δραστηριότητας

Η ποσοτικοποίηση της φυσικής δραστηριότητας είναι μεγάλης σημασίας στις επιδημιολογικές μελέτες, προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ έλλειψης φυσικής δραστηριότητας και εμφάνισης ασθενειών. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται στην πρόληψη για την υγεία, αλλά και το σχεδιασμό οδηγιών για τη φυσική δραστηριότητα. Από τη δεκαετία του 50' οι ερευνητές προσπαθούσαν να μετρήσουν τη φυσική δραστηριότητα για τους παραπάνω λόγους. Αρχικά στόχευαν στην αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας στην εργασία. Ωστόσο, όσο οι δουλειές γίνονταν λιγότερο χειρωνακτικές, το ενδιαφέρον στράφηκε στη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο, κυρίως στον αθλητισμό και την αναψυχή. Για το σκοπό αυτό έχουν σχεδιαστεί διάφορα όργανα μέτρησης της φυσικής δραστηριότητας:

IPAQ (International Physical Activity Questionnaire): Το εν λόγω ερωτηματολόγιο καταγράφει τη φυσική δραστηριότητα (ή την έλλειψη της) σε ενήλικες 18-65 ετών. Κυκλοφορεί στη σύντομη και την εκτεταμένη έκδοση. Η σύντομη αποτελείται από 9 αντικείμενα και δίνει πληροφορίες σχετικά με το χρόνο που καταναλώθηκε στο περπάτημα, σε μέτριας και υψηλής έντασης δραστηριότητες και σε καθιστικές δραστηριότητες. Η εκτεταμένη μορφή (31 αντικείμενα) αναζητά πληροφορίες από τομείς, όπως οι οικιακές δραστηριότητες, η κηπουρική, η φυσική δραστηριότητα στην εργασία, η αυτοδύναμη μετακίνηση, η φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και το χρόνο που καταναλώνεται σε καθιστική δραστηριότητα.

Aerobic Center Longitudinal Study Physical Activity Questionnaire: Το ερωτηματολόγιο μετρά τη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και στις οικιακές δραστηριότητες για τους τρεις τελευταίους μήνες. Οι συμμετέχοντες καλούνται να ποσοτικοποιήσουν την εβδομαδιαία ενασχόλησή τους με διάφορες δραστηριότητες (στις οποίες συμμετέχουν τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα, κυρίως αθλητικές) και να αναφέρουν απόσταση και διάρκεια των δραστηριοτήτων. Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν περπάτημα, τρέξιμο ή jogging καλούνται να αναφέρουν τον αριθμό των προπονήσεων ανά εβδομάδα (συχνότητα).

Ερωτηματολόγιο Baecke: Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν εργασιακή δραστηριότητα, φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και αθλητικές δραστηριότητες, όλα βασισμένα στη συχνότητα (πόσες φορές) ανά εβδομάδα. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε μια κλίμακα που περιλαμβάνει «ποτέ», «σπάνια», «κάποιες φορές», «συχνά» ή «πάντα». Για ερωτήσεις που αφορούν αθλήματα ή άσκηση, περιλαμβάνεται και η ένταση (ως ελαφριά, μέτρια και έντονη).

Καταγραφή φυσικής δραστηριότητας τριών ημερών Bouchard: Είναι ένα ερωτηματολόγιο τριών ημερών εκ των οποίων η μια είναι ημέρα από Σαβ/κο. Μετράει δραστηριότητες σε 15λεπτες δόσεις, όπου η συχνότητα λαμβάνεται υπόψη σαν μέρος της διάρκειας και όχι αναφερόμενη συγκεκριμένα σε κάποια ερώτηση.

Ιστορικό ερωτηματολόγιο CARDIA: Το ερωτηματολόγιο μετρά εργασιακές, οικιακές και δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο για ένα ολόκληρο έτος, όπου η συχνότητα εκφράζεται ως φορές ανά εβδομάδα (με ελάχιστη διάρκεια τα 60 λεπτά). Το πλαίσιο του ενός έτους συγκεκριμενοποιεί το χρόνο ως «12 τελευταίοι μήνες». Ο συμμετέχοντας καλείται να απαντήσει πόσους μήνες εκτελείται η δραστηριότητα, αλλά όχι συγκεκριμένα ποιούς μήνες.

Framhingham Physical Activity Index: είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που γίνεται με συνέντευξη και που καταγράφει συνοπτικά τη συνήθη φυσική δραστηριότητα

στην εργασία ή τον ελεύθερο χρόνο μέσα στα πλαίσια ενός 24ώρου. Αυτός που κάνει τις ερωτήσεις ζητά από τον ερωτώμενο να αναφέρει το μέσο όρο των ωρών που συμμετέχει σε καθιστικές, ελαφρές, μέτριες και έντονες δραστηριότητες.

Ερωτηματολόγιο Godin: είναι ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από το συμμετέχοντα και μετρά τη συνήθη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο, χωρίς συγκεκριμένο πλαίσιο χρόνου. Ο συμμετέχοντας απλώς υπολογίζει μια 7ήμερη περίοδο. Η συχνότητα μετράται σε αριθμό 15λεπτων δόσεων ανά εβδομάδα.

Ερωτηματολόγιο HIP (Health Insurance Plan of NY Activity Questionnaire): Συμπληρώνεται από τον συμμετέχοντα και αποτελείται από 6 ερωτήσεις σχετικά με το χρόνο που δαπανήθηκε σε κάθισμα και περπάτημα στην εργασία, στη μετακίνηση από και προς τη δουλειά (αριθμός τετραγώνων που περπατήθηκαν) και τη συχνότητα άρσης βαρών στην εργασία. Επίσης περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις σχετικά με φυσική δραστηριότητα εκτός εργασίας, που καλύπτουν τα περισσότερα πεδία της καθημερινότητας.

Historical Leisure Activity Questionnaire: Είναι ένα ερωτηματολόγιο που γίνεται με συνέντευξη και χωρίζει το εύρος της ζωής σε 4 χρονικές περιόδους: 14-21, 22-34, 35-50 και 50+. Ρωτά σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο για καθεμία από τις περιόδους αυτές (που εκφράζεται σε νούμερα/έτος, μήνες/έτος και ώρες/εβδομάδα). Ο ερωτώμενος, επίσης, καλείται να κυκλώσει (από μια λίστα) όλες τις αθλητικές δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν πάνω από 10 φορές κατά τη διάρκεια της ζωής του. Περιλαμβάνει ποδηλασία και περπάτημα ως άσκηση, αλλά εξαιρεί το περπάτημα ως μέσω μετακίνησης. Για κάθε δραστηριότητα εκτιμάται το επίπεδο έντασης και μετατρέπεται σε Kcal ενεργειακής κατανάλωσης.

Ερωτηματολόγιο KIHD: Αποτελείται από 3 μέρη: η 24ωρη καταγραφή μετρά τη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και στην εργασία σε 30λεπτες «δόσεις», συμπεριλαμβάνοντας καθιστικές δραστηριότητες και ύπνο. Η ανάκληση φυσικής

δραστηριότητας 7 ημερών γίνεται με συνέντευξη και καταγράφει φυσική δραστηριότητα της προηγούμενης εβδομάδας. Το ιστορικό φυσικής δραστηριότητας 12 μηνών συμπληρώνεται από τον ερωτώμενο και αφορά φυσική δραστηριότητα, κυρίως αθλητική. Ο συμμετέχοντας καλείται να υπολογίσει τη συχνότητα ως «πόσες φορές το μήνα» και τη διάρκεια και την ένταση κάθε δραστηριότητας. Οι 12 μήνες και η 24ωρη καταγραφή δίνονται στην πρώτη επίσκεψη για να συμπληρωθούν και επιστρέφονται 7 μέρες αργότερα στη δεύτερη επίσκεψη. Η ανάκληση φυσικής δραστηριότητας των 7 ημερών γίνεται στη δεύτερη επίσκεψη.

Lipid Research Clinic Questionnaire: Συμπληρώνεται από τον ερωτώμενο και μετρά συνήθη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και την εργασία, χωρίς συγκεκριμένο πλαίσιο χρόνου. Αποτελείται από 4 απλές ερωτήσεις, οι δύο πρώτες αφορούν το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στην εργασία και τον ελεύθερο χρόνο και ο ερωτώμενος καλείται να συγκρίνει το επίπεδο της δραστηριότητάς του με αυτό άλλων ατόμων της ίδιας ηλικίας και φύλου με μια ποσοτική κλίμακα. Οι δύο τελευταίες είναι κλειστές ερωτήσεις, όπου η πρώτη ρωτά αν συμμετέχει τακτικά σε έντονες δραστηριότητες και η τελευταία αφορά τη συχνότητα, που εκφράζεται ως «ασκείσαι τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα;».

Minnesota Leisure-Time Physical Activity Questionnaire: Μετράει τη οικιακή δραστηριότητα και τη δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο. Γίνεται με συνέντευξη και αφορά τη φυσική δραστηριότητα των 12 τελευταίων μηνών. Συνολικά 63 δραστηριότητες χωρίζονται σε 8 κατηγορίες: περπάτημα, δραστηριότητες στο νερό, χειμερινές δραστηριότητες, αθλήματα, κηπουρικές εργασίες, εργασίες επισκευής σπιτιού, ψάρεμα και κυνήγι. Η συνέντευξη διαρκεί περίπου 10-20 λεπτά. Η συχνότητα των δραστηριοτήτων υπολογίζεται μήνα με μήνα, ως «μέσος όρος αριθμού ανά μήνα». Κάθε δραστηριότητα έχει δικό της κώδικα έντασης (MET).

Modifiable Activity Questionnaire: Γίνεται με συνέντευξη και μετρά τη φυσική δραστηριότητα στην εργασία και τον ελεύθερο χρόνο τον προηγούμενο χρόνο και την

προηγούμενη εβδομάδα, προκειμένου να εκτιμήσει πόσο δραστήριος ήταν ο ερωτώμενος στο παρελθόν του και πόσο είναι στο παρόν. Η μετακίνηση από και προς την εργασία περιλαμβάνεται στο τμήμα της εργασιακής δραστηριότητας, ενώ μετράται και η έλλειψη δραστηριότητας. Όλες οι δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του χρόνου αθροίζονται και χωρίζονται σε μέσο όρο φυσικής δραστηριότητας ανά εβδομάδα.

Ανάκληση 7 ημερών: Η συμπλήρωση γίνεται από τον ερωτώμενο με μορφή ημερολογίου ή με συνέντευξη. Γίνεται καταγραφή όλων των φυσικών δραστηριοτήτων για 7 συνεχόμενες ημέρες (Bandmann, 2008).

Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι μια πολυσύνθετη έννοια και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτούς τους παράγοντες και το βαθμό στον οποίο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής προσπαθούν να εντοπίσουν αρκετοί μελετητές.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε τη Μαλαισία, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε γενικό πληθυσμό. Συμμετείχαν 3072 άτομα, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 39.8 έτη. Διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την ηλικία και το φύλο και συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι και οι γυναίκες είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής (Azman et al., 2003).

Την ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα, κατοίκους της πόλης Chengdu θέλησαν να αξιολογήσουν άλλη ερευνητές. Συμμετείχαν 378 άτομα ηλικίας 60 και άνω, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο EQ-5D. Η γενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους αυτής της πόλης ήταν καλή. Η αξιολόγηση του σωματικού πόνου και της συναισθηματικής κατάστασης ήταν πιο φτωχή σε σχέση με τις άλλες παραμέτρους (47.1 και 79.1% αντίστοιχα). Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο από τις χρόνιες παθήσεις, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Φτωχότερη ποιότητα ζωής

είχαν όσοι έπασχαν από χρόνιες παθήσεις, ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και χαμηλής μόρφωσης (Zhang, Zhang & Li, 2007).

Σε άλλη μελέτη, αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής σε 3843 άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών από το σύστημα BRFSS. Απάντησαν σε 9 ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα ζωής (γενικό επίπεδο υγείας, υγιείς μέρες ή μέρες ασθένειας τις 30 προηγούμενες μέρες σχετικά με: φυσική, ψυχική υγεία, έλλειψη ύπνου, άγχος, κατάθλιψη, μη συμμετοχή σε δραστηριότητα λόγω κακής φυσικής ή ψυχικής υγείας, έλλειψη ενέργειας). Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως παράγοντες σχετιζόμενοι με φτωχή ποιότητα ζωής ήταν η αναπηρία, η ανικανότητα για εργασία, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, η έλλειψη άσκησης, το άσθμα και το κάπνισμα (ιδιαίτερα σχετιζόμενο με φτωχή ψυχική υγεία) (Jiang & Hesser, 2006).

Ενδιαφέρουσα είναι πολύ πρόσφατη μελέτη που αξιολόγησε την ποιότητα ζωής κατοίκων της Νεκράς Θάλασσας, η οποία θεωρείται περιοχή με θεραπευτικό κλίμα για πολλές χρόνιες παθήσεις, σε σχέση με κατοίκους άλλης περιοχής με παρόμοιο κλίμα. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η Νεκρά Θάλασσα είναι η πιο χαμηλή περιοχή στον κόσμο, 410 μέτρα κάτω από το επίπεδο της θάλασσας, ενώ η άλλη περιοχή από την οποία χρησιμοποιήθηκε δείγμα βρίσκεται 600 μέτρα πάνω από το επίπεδο της θάλασσας. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Προέκυψε ότι οι κάτοικοι της Νεκράς Θάλασσας είχαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε παραμέτρους φυσικής και ψυχικής υγείας, τόσο στους υγιείς, όσο και σε αυτούς με χρόνιες παθήσεις σε σχέση με τους κατοίκους της άλλης περιοχής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το κλίμα και το υψόμετρο μπορεί να ευθύνονται για τη διαφορά στην ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων (Avriël et al., 2011).

Τέλος, σημαντικά είναι τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε Ελληνικό πληθυσμό. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EQ-15D σε 200 άτομα. 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).

Ποιότητας ζωής και χρόνιες παθήσεις

Πλήθος ερευνών με αντικείμενο την ποιότητα ζωής έχει πραγματοποιηθεί σε διάφορες ομάδες ασθενών, μιας και οι παρεμβάσεις της ιατρικής επιστήμης στην υγεία και την ανθρώπινη ζωή ήταν ο πρωταρχικός λόγος για τον οποίο σχεδιάστηκαν εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Οι Isaksson, Ahlstrom και Gunnarsson (2005), αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής σε δύο ομάδες ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Η μια ομάδα έκανε ανοσολογική θεραπεία και η άλλη όχι. Οι παράγοντες που λήφθηκαν 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 ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία

βρέθηκε στην ομάδα που έκανε ανοσολογική θεραπεία στο SF-36, στο συναισθηματικό και σωματικό τομέα, καθώς και στην κοινωνική λειτουργικότητα.

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.

Σε μια άλλη έρευνα σχετικά με την ποιότητα ζωής σε άτομα με οστεοπόρωση μετρήθηκαν η φυσική, η ψυχική 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. (Kotz, Deleger, Cohen, Kamigaki & Kurata, 2004).

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 ποίο 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.

Το γόνατο είναι η άρθρωση που επηρεάζεται περισσότερο από οστεοαρθρίτιδα (OA). Τα συμπτώματα της OA είναι πόνος, πρωινή δυσκαμψία μικρής διάρκειας και φυσική δυσλειτουργία στις καθημερινές ασχολίες, τα οποία επηρεάζουν πολλές διαστάσεις της υγείας καθώς και της ποιότητας ζωής. Η έρευνα των Dias, Dias και Ramos, (2003) εξέτασε την επίδραση που είχε στην ποιότητα ζωής 50 ηλικιωμένων ατόμων με οστεοαρθρίτιδα ένα πρόγραμμα άσκησης και βάδισης. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Στην έρευνα μετρήθηκαν αλλαγές στη σοβαρότητα του πόνου και στην ποιότητας ζωής σε δύο ομάδες, στην πειραματική και στην ομάδα ελέγχου. Η πειραματική ομάδα πήρε μέρος σε πρόγραμμα

παρέμβασης 12 εβδομάδων με ασκήσεις και βόδιση. 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 ποιότητας ζωής, εκτός της ψυχικής υγείας. Επομένως το πρόγραμμα άσκησης είχε θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με προβλήματα οστεοαρθρίτιδας.

Σε άλλη μελέτη διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Συμμετείχαν 82 ασθενείς ηλικίας 72.5 ετών, 2 χρόνια μετά την επέμβασή τους και 95 άτομα αντίστοιχης ηλικίας που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα των ασθενών χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε συγκεκριμένα στην πάθησή τους και το SF-36 (σύντομη μορφή), ενώ στην ομάδα ελέγχου μόνο το SF-36 (σύντομη μορφή). Δεν υπήρχε διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών ανάλογα με την τεχνική της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν. Όταν συγκρίθηκαν με την ομάδα ελέγχου, το επίπεδο της φυσικής υγείας ήταν χαμηλότερο στους ασθενείς, όχι όμως και της ψυχικής υγείας. Όσον αφορά του παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο της φυσικής υγείας στο SF-36, η ψυχική υγεία ήταν αρνητικός παράγοντας και για τις δύο ομάδες. Συμπερασματικά, ηλικιωμένοι που έχουν υψηλά επίπεδα φυσικής υγείας μετά από καρδιαγγειακή επέμβαση μπορεί να έχουν χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας, πληροφορία σημαντική για τη διαχείριση αυτής της κατάστασης από γιατρούς και νοσηλευτές (Terashima, Yoshimura, Hirai & Kusaka, 2011).

Σε πρόσφατη μελέτη αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού ένα χρόνο μετά από θεραπεία (μαστεκτομή, χημειοθεραπεία). Συμμετείχαν 558 γυναίκες ασθενείς, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με το αν υποβλήθηκαν και σε χημειοθεραπεία ή όχι, και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο SF-36 και στο ερωτηματολόγιο της Μελέτης Πρόληψης Καρκίνου του Μαστού (BCPT). Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν 4 εβδομάδες μετά την παρέμβαση (μαστεκτομή, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία) και ξανά σε 2, 6

και 12 μήνες. Η βαθμολογία του SF-36 για την ποιότητα ζωής δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με την έκθεση σε χημειοθεραπεία και οι δύο ομάδες βελτιώθηκαν σημαντικά μέσα στον ένα χρόνο από την παρέμβαση. Ωστόσο, η επικουρική χημειοθεραπεία σχετιζόταν σημαντικά με πιο σοβαρά σωματικά συμπτώματα, όπως μυοσκελετικός πόνος, γυναικολογικά προβλήματα, προβλήματα βάρους και ναυτία. Τα στοιχεία αυτά πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και την ορθότερη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών (Ganz, Kwan, Stanton, Bower & Belin 2011).

Γίνεται σαφές ότι η μέτρηση της ποιότητας ζωής βρίσκει εφαρμογή σε όλες τις κατηγορίες ασθενών και δίνει σημαντικές πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας με τις οποίες μπορούν να βελτιώσουν την αντιμετώπιση των ασθενών τους και να εστιάσουν στους τομείς της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, ψυχική υγεία κλπ) στους οποίους υστερούν από την ύπαρξη της κατά περίπτωση ασθένειας.

Μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας

Η μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας αποτελεί σημαντικό εργαλείο στα χέρια των επιστημόνων, καθώς με τα δεδομένα που προκύπτουν είναι δυνατός ο σχεδιασμός των κατάλληλων προγραμμάτων προώθησης της φυσικής δραστηριότητας στις ομάδες που το έχουν περισσότερο ανάγκη. Μεγάλος είναι ο αριθμός των ερευνών που μελετούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Σκοπός της έρευνας των Arteaga, Bustos, Soto, Velasco & Amigo, (2010) ήταν να ποσοτικοποιήσουν τη φυσική δραστηριότητα σε νεαρούς ενήλικες και να τη συσχετίσουν με παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο IPAQ σε 983 νεαρούς ενήλικες γεννημένους από το 1974-1978. Η μέση φυσική δραστηριότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν 3731 ± 3923 και 1360 ± 2303 MET – λεπτά/εβδομάδα αντίστοιχα. 50 % των γυναικών και 21,5% των ανδρών είχαν ανεπαρκές

επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. 60% των ανδρών και 23,4% των γυναικών πραγματοποιούσαν έντονη φυσική δραστηριότητα. Παρουσιάστηκε αντίστροφη σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και αντοχής στην ινσουλίνη. Υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας ήταν προστατευτικά, ιδίως στους άνδρες, ενάντια στην χαμηλή HDL και τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων. Οι άνδρες σε αυτή τη μελέτη φαίνεται πως είναι πιο δραστήριοι από τις γυναίκες και αυτό τους προστατεύει από τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων (Arteaga, Bustos, Soto, Velasco & Amigo 2010).

Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 605 φοιτητές, είχε σκοπό τη συσχέτιση του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και της διατροφής με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Η φυσική δραστηριότητα αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο IPAQ, ενώ το διατροφικό επίπεδο προσδιορίστηκε με την BMI και την περιφέρεια μέσης. Βρέθηκε πως η διάδοση υψηλής πίεσης ήταν 9,7% και ήταν υψηλότερη στους άνδρες. Η μέση αρτηριακή πίεση αυξανόταν με την αύξηση της BMI και την περιφέρεια μέσης, ωστόσο δεν βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και αρτηριακής πίεσης (Martins et al., 2010).

Τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας ενηλίκων σε αστικά κέντρα της Χιλής μελετήθηκαν από τους Seron, Muñoz & Lanás (2010). Συμμετείχαν 1091 γυναίκες ηλικίας 52 ± 10 έτη και 444 άνδρες ηλικίας 54 ± 10 έτη. Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας προσδιορίστηκε με το ερωτηματολόγιο IPAQ, ενώ λήφθηκαν υπόψη η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η μέση κατανάλωση ενέργειας ήταν 2150 και 1600 MET-λεπτό/ εβδομάδα σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα. Η κατανάλωση ενέργειας μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας, ενώ η συχνότητα υψηλής, μέτριας και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας ήταν 15.6, 66 και 18.4% αντίστοιχα. Η υψηλή συχνότητα χαμηλής και μέτριας φυσικής δραστηριότητας στην παρούσα μελέτη σχετίζεται

με το γυναικείο φύλο, τις μεγαλύτερες ηλικίες και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Seron, Muñoz & Lanas, 2010).

Μια διεθνής έρευνα χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο IPAQ για τον προσδιορισμό της φυσικής δραστηριότητας σε δείγμα 52,746 ατόμων ηλικίας 18-65 έτη από 20 χώρες. Η φυσική δραστηριότητα κατηγοριοποιήθηκε σε «χαμηλή», «μέτρια» και «υψηλή». Η διάδοση της «υψηλής» φυσικής δραστηριότητας κυμαινόταν μεταξύ 21–63%. Σε 8 χώρες «υψηλή» φυσική δραστηριότητα αναφέρθηκε από πάνω από το 50% του ενήλικου πληθυσμού. Η διάδοση της «χαμηλής» φυσικής δραστηριότητας κυμαινόταν από 9-43%. Οι άνδρες ανέφεραν «υψηλή» φυσική δραστηριότητα πιο συχνά από τις γυναίκες σε 17 από τις 20 χώρες. Η διάδοση της «χαμηλής» φυσικής δραστηριότητας κυμαινόταν από 7-41% στους άνδρες και 6-49% στις γυναίκες. Διαφορές μεταξύ των φύλων παρατηρήθηκαν, ιδιαίτερα στους νέους, με τους άνδρες να είναι πιο δραστήριοι από τις γυναίκες. Σημαντική μείωση της φυσικής δραστηριότητας (διαφορά 10%) με την αύξηση της ηλικίας παρατηρήθηκε σε 11 από τις 19 χώρες στους άνδρες, αλλά μόνο σε 3 χώρες για τις γυναίκες. Διαφορά μεταξύ των χωρών παρατηρήθηκε και στο είδος της φυσικής δραστηριότητας που αναφέρεται συχνότερα (Bauman et al., 2009).

Άλλοι ερευνητές θέλησαν να προσδιορίσουν το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των Κροατών, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο IPAQ σε 1032 άτομα ηλικίας 15 ετών και πάνω. Η μέση φυσική δραστηριότητα όλου του δείγματος ήταν 58.2 MET-ώρα/ εβδομάδα. Η μέση φυσική δραστηριότητα σε MET-ώρα/ εβδομάδα ήταν 30.4 για την εργασία, 5.0 για συγκοινωνίες, 13.1 για οικιακές εργασίες και κηπουρική και 6.0 για φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο. Η πιο χαμηλή φυσική δραστηριότητα βρέθηκε στην ηλικιακή ομάδα 15-24 έτη και η υψηλότερη την ομάδα 55-64 έτη. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως στην αξιολόγηση της ΦΔ πρέπει να περιλαμβάνονται όλοι οι τομείς της καθημερινότητας (εργασία, οικιακά), αλλά ποιο σημαντικό, οι στρατηγικές προώθησης της φυσικής

δραστηριότητας να επικεντρωθούν στους εφήβους και νέους Κροάτες, που δείχνουν λιγότερο δραστήριοι (Jurakić, Pedišić & Andrijašević, 2009).

Θα ήταν μεγάλη παράληψη να μην αναφερθούν σημαντικές έρευνες που αφορούν στη φυσική δραστηριότητα σε Ελληνικό πληθυσμό. Η Μακαβέλου και οι συνεργάτες της (2005), με τη χρήση του ερωτηματολογίου IPAQ θέλησαν να διερευνήσουν την επίδραση της ηλικίας και του φύλου στη φυσική δραστηριότητα ενηλίκων. Συμμετείχαν 300 άτομα (150 άνδρες και 150 γυναίκες) ηλικίας 20-50 ετών. Διαπιστώθηκε ότι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας ήταν παράλληλη με την αύξηση της ηλικίας ενώ οι γυναίκες ήταν πιο δραστήριες από τους άνδρες όσον αφορά το συνολικό σκορ φυσικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά την ένταση της φυσικής δραστηριότητας, οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης. Η αύξηση της ηλικίας συνοδεύτηκε με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μέτριας έντασης και της φυσικής δραστηριότητας που σχετίζεται με το βάδισμα σε άνετο ρυθμό. Σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στη φυσική δραστηριότητα στο σπίτι και στη φυσική δραστηριότητα κατά την μετακίνηση, όπου οι γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών ήταν η πιο δραστήρια ομάδα. Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα στην εργασία/απασχόληση, οι άνδρες ήταν πιο δραστήριοι σε σχέση με τις γυναίκες. Οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 20-29 σημείωσαν τα χαμηλότερα σκορ στη φυσική δραστηριότητα στην εργασία και τα υψηλότερα στη φυσική δραστηριότητα αναψυχής. Συμπερασματικά οι ενήλικες γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερη φυσική δραστηριότητα από τους άνδρες, ενώ οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 20-29 ετών ήταν η ομάδα με την πιο περιορισμένη φυσική δραστηριότητα. Η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας θα πρέπει να εστιάσει σε αυτές τις κατηγορίες (Μακαβέλου και συν., 2005).

Σκοπός άλλης μελέτης ήταν η αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας μαθητών Λυκείου στην Ελλάδα, όπως επίσης και η διερεύνηση πιθανών επιδράσεων του φύλου και της τάξης στην οποία φοιτούν. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 517 μαθητές λυκείου ηλικίας

15 -18 ετών ($M = 16.74 + 0.8$ έτη): 252 αγόρια ($16.7 + 1.8$ έτη) και 265 κορίτσια ($17.1 + 1.2$ έτη). Για την αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο IPAQ. Προέκυψε ότι τα αγόρια ήταν σημαντικά πιο δραστήρια από τα κορίτσια και οι μαθητές της Γ' τάξης Λυκείου ήταν σημαντικά λιγότερο δραστήριοι από τους υπόλοιπους μαθητές και στις τρεις μεταβλητές που περιλαμβάνονταν στην ανάλυση. Συμπερασματικά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (79%) των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα κατατάχθηκαν στις δύο ομάδες φυσικής δραστηριότητας (υψηλή και μέτρια) οι οποίες σχετίζονται με θετικές επιδράσεις στην υγεία με τα αγόρια να υπερτερούν από τα κορίτσια τόσο στη συνολική φυσική δραστηριότητα όσο και στη δραστηριότητα υψηλής έντασης. Οι μαθητές της Γ' τάξης λυκείου ήταν η λιγότερο δραστήρια ομάδα και ειδικότερα τα κορίτσια αυτής της τάξης ήταν η μοναδική ομάδα εφήβων με μέτρια φυσική δραστηριότητα (Μπερτάκη, Μιχαλοπούλου, Αργυροπούλου & Μπιτζίδου, 2007).

Σημαντικά ήταν τα αποτελέσματα μελέτης που σκοπός της ήταν να καταγραφεί το επίπεδο και το είδος της φυσικής δραστηριότητας ηλικιωμένων ατόμων στη χώρα μας και παράλληλα να εντοπισθούν πιθανές επιδράσεις της ηλικίας και του φύλου. Στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά 281 άνδρες και 205 γυναίκες ηλικίας άνω των 61 ετών ($M=74.6$, $SD=6.82$), οι οποίοι την εποχή της έρευνας διαβίωναν ανεξάρτητα. Το δείγμα χωρίστηκε σε τρεις ηλικιακές κατηγορίες (A= 61-70 ετών, B=71-80 ετών και Γ=81-90 ετών) και η φυσική δραστηριότητα αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο PASE. Προέκυψε ότι συνολικά οι γυναίκες ήταν πιο δραστήριες από τους άνδρες, ενώ τα άτομα της ομάδας Γ ήταν τα λιγότερο δραστήρια. Οι άνδρες ήταν πιο δραστήριοι σε σύγκριση με τις γυναίκες στις δραστηριότητες μέτριας έντασης, ενώ οι γυναίκες ήταν σημαντικά πιο δραστήριες από τους άνδρες στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στο σπίτι. Επίσης η ομάδα Γ ήταν σημαντικά λιγότερο δραστήρια από την ομάδα Α όσον αφορά τις δραστηριότητες αναψυχής και τις δραστηριότητες μέτριας έντασης, ενώ στο βάδισμα διέφερε σημαντικά και από την ομάδα Β.

Συμπερασματικά η φυσική δραστηριότητα περιορίζεται σε όλες τις μορφές της με την αύξηση της ηλικίας, ενώ το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για το είδος και την ένταση της φυσικής δραστηριότητας στην οποία συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι (Μιχαλοπούλου και συν., 2006).

Μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας εστίασε στην εκτίμηση του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας στον Ελληνικό πληθυσμό. Συμμετείχαν 11.555 άνδρες και 16.475 γυναίκες στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας. Η αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας έγινε μέσω κλειστού ερωτηματολογίου σωματικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου. Η πλέον συχνή σωματική δραστηριότητα για τους άνδρες είναι το περπάτημα, συμπεριλαμβανομένου του περπατήματος για τη δουλειά, τα ψώνια και την ψυχαγωγία (93,6%) με διάμεση τιμή 6,5 ώρες την εβδομάδα, ενώ για τις γυναίκες τα οικιακά (98%), με διάμεση τιμή 28 ώρες ανά εβδομάδα. Το ποσοστό των γυναικών που ασχολείται με το περπάτημα είναι 95,8%, με διάμεση τιμή τις 5 ώρες ανά εβδομάδα. Η ημερήσια διάρκεια περπατήματος στην Ελλάδα είναι σύμφωνη με τις τελευταίες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ωστόσο θα πρέπει να αξιολογηθεί και η ένταση του περπατήματος. Μεγάλης σημασίας είναι το εύρημα ότι μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων δεν αναφέρει καμία δραστηριότητα εκτός των οικιακών και του περπατήματος για τη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας, κάτι που από πλευράς δημόσιας υγείας θα πρέπει να αξιολογηθεί κατάλληλα (Βαλάνου, Μπάμια, Χλόπτσιος, Κολυβά & Τριχοπούλου, 2006).

Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχουν τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε Έλληνες μαθητές, όπου μελετήθηκε η σχέση της φυσικής δραστηριότητας με τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Συμμετείχαν 496 μαθητές, ηλικίας 12-17 ετών. Πραγματοποιήθηκε μέτρηση αρτηριακής πίεσης 2 φορές σε διαφορετικούς χρόνους σε μια σχολική ημέρα, ενώ λήφθηκαν υπόψη δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί και άλλοι

παράγοντες του τρόπου ζωής. Η φυσική δραστηριότητα αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου IPAQ. Προέκυψαν 3 ομάδες ΦΔ: χαμηλή, μέτρια και υψηλή. Τα άτομα που πραγματοποιούσαν υψηλής έντασης φυσική δραστηριότητα, είχαν σημαντικά υψηλότερη συστολική πίεση, ενώ οι καρδιακοί παλμοί ήταν σημαντικά χαμηλότεροι όσο ανέβαινε το επίπεδο της έντασης. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα είναι προτιμότερη σε υγιείς εφήβους, προκειμένου για την πρόληψη της υπέρτασης (Tsioufis et al., 2011).

Γίνεται σαφές από τα παραπάνω ότι η μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας είναι ένα σημαντικό εργαλείο, που μπορεί να συμβάλει κατά περίπτωση στον ορθότερο σχεδιασμό προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας, προκειμένου για την πρόληψη ασθενειών, αλλά και στη στοχευμένη προώθηση της φυσικής δραστηριότητας στις ομάδες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.

Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής

Αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν γίνει προκειμένου να ανιχνευθεί σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε γενικό πληθυσμό. Μια από αυτές χρησιμοποίησε ως δείγμα 1076 Κροάτες, άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι απάντησαν σε δύο ερωτηματολόγια: το IPAQ και το SF-36 για να καταγράψουν τη φυσική δραστηριότητα και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ζωτικότητας, ψυχικής υγείας στις γυναίκες και φυσικής λειτουργικότητας, σωματικού πόνου, κοινωνικής λειτουργικότητας, ψυχικής υγείας στους άνδρες. Η φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο σχετιζόταν θετικά με την ποιότητα ζωής, ενώ οι μετακινήσεις και οι οικιακές εργασίες σχετιζόνταν αρνητικά με την ποιότητα ζωής (Jurakic, Pedišić & Greblo, 2010).

Σε άλλη μελέτη διερευνήθηκε η σχέση των οδηγιών δημόσιας υγείας για μέτρια και έντονη φυσική δραστηριότητα με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ενήλικες Γάλλους. Συμμετείχαν 2333 άνδρες και 3321 γυναίκες από το γενικό πληθυσμό, οι οποίοι απάντησαν στην Γαλλική έκδοση του ερωτηματολογίου MAQ για την αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας και το SF-36 για την ποιότητα ζωής. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι, όταν τηρούνταν τα συνιστώμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, τα επίπεδα ποιότητας ζωής ήταν υψηλότερα (εκτός από τα σωματικό πόνο στις γυναίκες). Από τη μελέτη εξάγεται το συμπέρασμα πως 30 λεπτά μέτριας έντασης φυσικής δραστηριότητας την ημέρα σε καθημερινή βάση μπορεί να είναι ωφέλιμη για την ποιότητα ζωής (Vuillemin et al., 2005).

Ο καθιστικός τρόπος ζωής είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, που πρέπει να αντιμετωπισθεί προκειμένου να προληφθεί η παχυσαρκία και να ενισχυθεί η υγεία και το ευ ζην (Bize et al., 2007). Τα αποτελέσματα της καθιστικής ζωής έχουν αντίκτυπο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ακόμα και στους νέους. Σε πρόσφατη μελέτη αναζητήθηκε σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε 727 Φιλανδούς ηλικίας 25 ± 5 έτη. Αξιολογήθηκαν η αερόβια αντοχή, η μυϊκή δύναμη, η σύσταση σώματος, η φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και η ποιότητα ζωής με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 45% των συμμετεχόντων ανήκουν στην κατηγορία χαμηλής φυσικής δραστηριότητας, ενώ το 37% και 18% ανήκουν στην ικανοποιητική και πολύ καλή κατηγορία φυσικής δραστηριότητας αντίστοιχα. Η καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε επίπεδα γενικής υγείας, φυσικής λειτουργικότητας, ψυχικής υγείας και ζωτικότητας σχετιζόταν με την καλύτερη φυσική κατάσταση. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως η καλή φυσική κατάσταση και η φυσική δραστηριότητα αναψυχής βελτιώνουν συγκεκριμένες παραμέτρους της ποιότητας

ζωής, στοιχεία που πρέπει να αξιολογηθούν κατά την προώθηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Hakkinen et al., 2010).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 709 άνδρες του Αμερικανικού ναυτικού, ηλικίας 18-49 έγινε συσχέτιση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας με την ποιότητα ζωής. Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος σε τεστ υπομέγιστης άσκησης, χρησιμοποιώντας τροποποιημένο πρωτόκολλο του Balke, και απάντησαν σε ερωτηματολόγιο για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (SF-12v2). Προέκυψε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ καρδιοαναπνευστικής ικανότητας και των παραμέτρων ψυχικής και φυσικής υγείας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε νέους υγιείς άνδρες (Sloan, Sawada, Martin, Church & Blair, 2009).

Η μέση ηλικία βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνητικών προσπαθειών, καθώς είναι η ηλικιακή ομάδα που κατά κανόνα αρχίζει να αναφέρει ότι βιώνει παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής στην καθημερινότητά του, όπως θέματα υγείας, δυσκολίας στη μετακίνηση, κοινωνική απομόνωση κλπ. Σε πρόσφατη έρευνα των Luncheon & Zack (2011) συμμετείχαν 11,887 γυναίκες ηλικίας 40-64 ετών, οι οποίες χωρίστηκαν σε 4 κατηγορίες ανάλογα με την εθνικότητά τους. Για την αξιολόγηση της φυσικής τους δραστηριότητας απάντησαν σε 4 ερωτήσεις και από τις απαντήσεις χωρίστηκαν σε 3 επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Σε ότι αφορά την ποιότητα ζωής, απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν τις 30 προηγούμενες της μελέτης ημέρες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι λευκές γυναίκες συμμετέχουν περισσότερο σε φυσική δραστηριότητα από τις άλλες εθνικότητες. Δεν μπορεί να παραβλεφθεί το εύρημα, ότι όσο αυξάνεται η φυσική δραστηριότητα, τόσο βελτιώνεται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στις λευκές και τις Λατινοαμερικανές συμμετέχουσες, αλλά όχι στις άλλες φυλές, εύρημα το οποίο χρήζει περισσότερης έρευνας (Luncheon & Zack, 2011).

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα μελέτης που έγινε σε 430 γυναίκες, που δήλωναν καθιστικό τρόπο ζωής και η οποία είχε σκοπό τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ποιότητας ζωής και δόσης φυσικής δραστηριότητας. Οι συμμετέχουσες ήταν γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, με υψηλή αρτηριακή πίεση και χωρίστηκαν σε μια ομάδα ελέγχου και 3 ομάδες άσκησης ανάλογα με την κατανάλωση ενέργειας της άσκησης στην οποία υποβλήθηκαν (4, 8 και 12 Kcal/Kg/εβδομάδα). Η μελέτη διήρκησε 6 μήνες και η αξιολόγηση παραμέτρων της ποιότητας ζωής έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 στην αρχή και στους 6 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όλες οι φυσικές και ψυχικές παράμετροι της ποιότητας ζωής, εκτός του σωματικού πόνου, βελτιώθηκαν και η βελτίωση ήταν εξαρτώμενη από τη δόση της άσκησης. Οι αλλαγές αυτές, ωστόσο, ήταν ανεξάρτητες από τις αλλαγές στο σωματικό βάρος (Martin, Church, Thompson, Earnest & Blair, 2009).

Σε άλλη μελέτη στην Ιαπωνία συμμετείχαν 1211 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 20-59 έτη, στους οποίους αξιολογήθηκε η φυσική δραστηριότητα, μέσω του ερωτηματολογίου IPAQ, και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μέσω του SF-8 ερωτηματολογίου. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες ανάλογα με το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας (συνιστώμενο, ανεπαρκές, αδρανές γκρουπ). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που ανήκαν στην κατηγορία συνιστώμενης φυσικής δραστηριότητας είχαν καλύτερες επιδόσεις σε κάποιες διαστάσεις της ποιότητας ζωής σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες, κάτι που υποδεικνύει ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να έχει επίδραση, τόσο στις ψυχικές, όσο και στις φυσιολογικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Shibata, Oka, Nakamura & Muraoka, 2007).

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.

Πρόσφατη μελέτη προσπάθησε να διερευνήσει το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής σε 271 γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο IPAQ για τη φυσική δραστηριότητα και το WHOQOL-OLD για την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 60,8% των γυναικών περνούσαν το χρόνο τους σε καθιστικές δραστηριότητες, η συμμετοχή τους σε κέντρα αναψυχής ηλικιωμένων αύξανε τις πιθανότητες ενασχόλησής τους με μέτρια ή έντονη φυσική δραστηριότητα κατά 11,4 και 2,8 φορές αντίστοιχα και η συμμετοχή σε μέτρια ή έντονη φυσική δραστηριότητα αύξανε το δείκτη ποιότητας ζωής κατά 4,8 μονάδες (Carvalho et al., 2010).

Αντίστοιχη έρευνα που έγινε στην Ισπανία χρησιμοποίησε ως δείγμα 3066 ενήλικες, άνδρες και γυναίκες, άνω των 60 ετών, μη ιδρυματοποιημένους, στους οποίους αξιολογήθηκε η φυσική δραστηριότητα αναψυχής, μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Προέκυψε πως το 42,7% των συμμετεχόντων είχε καθιστικές συνήθειες, το 54,2% ήπια φυσική δραστηριότητα και μόνο το 3% μέτρια ή έντονη φυσική δραστηριότητα. Στους συμμετέχοντες με ήπια φυσική δραστηριότητα οι τιμές του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής ήταν πάνω από 3 μονάδες υψηλότερες σχεδόν σε όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, σε σχέση με τις αντίστοιχες αυτών με τις καθιστικές συνήθειες. Οι μονάδες αυτές σημαίνουν κλινικά αλλαγή στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα διαφοροποιούνταν από την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης την παχυσαρκία ή τις χρόνιες παθήσεις. Συμπερασματικά, προέκυψε όσο πιο υψηλή ήταν η φυσική δραστηριότητα αναψυχής, τόσο καλύτερη η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ενήλικες άνω των 60 (Guallar-Castillon, Santa-Olalla Peralta, Banegas, López & Rodríguez-Artalejo, 2004).

Άλλη μελέτη συμπεριέλαβε 112 άντρες και γυναίκες εθελοντές ηλικίας 70 ± 8 έτη, προκειμένου να εντοπίσει πιθανές συσχετίσεις της φυσικής δραστηριότητας με την ποιότητα ζωής. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 για την καταγραφή της ποιότητας ζωής

και η κλίμακα Johnson Space Center για την καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας, από την οποία προέκυψαν 2 ομάδες, υψηλής και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας. Και στις 8 παραμέτρους της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής οι τιμές ήταν υψηλότερες στην ομάδα που ανέφερε υψηλότερη φυσική δραστηριότητα. Αυτή η ομάδα είχε λιγότερες γυναίκες και λιγότερα ποσοστά υπέρτασης σε σχέση με την ομάδα χαμηλής δραστηριότητας. Μετά από προσαρμογές για το φύλο και την υπέρταση, η ομάδα υψηλής δραστηριότητας παρουσίασε υψηλότερες τιμές στις ακόλουθες παραμέτρους της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής: φυσική λειτουργικότητα, φυσικός ρόλος, σωματικός πόνος, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα. Προκύπτει ότι υγιείς ηλικιωμένοι που συμμετέχουν τουλάχιστον σε μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα περισσότερο από μια ώρα την εβδομάδα έχουν καλύτερες τιμές, τόσο στις φυσικές, όσο και στις ψυχικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε σχέση με τους λιγότερο δραστήριους (Acree et al., 2006).

Σημαντική είναι και η πολύ πρόσφατη μελέτη του Wanderley και των συνεργατών του (2011), στην οποία συμμετείχαν 85 άτομα ηλικίας 60-83 ετών, όπου έγινε προσπάθεια για συσχέτιση αντικειμενικών μετρήσεων φυσικής κατάστασης και δραστηριότητας με την ποιότητα ζωής. Πραγματοποιήθηκαν στους συμμετέχοντες μετρήσεις φυσικής κατάστασης (6MWT, δύναμη χειρολαβής, βηματομέτρηση κλπ.), καθώς απάντησαν και σε ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής (SF-36). Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι αντικειμενικές μετρήσεις φυσικής κατάστασης και φυσικής δραστηριότητας σχετίζονταν θετικά με παραμέτρους της φυσικής υγείας της ποιότητας ζωής (Wanderley et al., 2011).

Τέλος, τη σχέση μεταξύ έντασης φυσικής δραστηριότητας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους Πορτογάλους σε οίκους ευγηρίας θέλησαν να μελετήσουν οι Lobo, Santos, Carvalho & Mota (2008). Συμμετείχαν 185 ηλικιωμένοι που νοσηλεύονταν σε οίκους ευγηρίας, ηλικίας 65 έτη και άνω, οι οποίοι συμπλήρωσαν τη σύντομη έκδοση του SF-36 ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής και μετρήθηκαν με το

μονοαξονικό ΜΤΙ για τον προσδιορισμό της φυσικής δραστηριότητας. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε λιγότερο δραστήριους, ικανοποιητικά δραστήριους και περισσότερο δραστήριους με γνώμονα τη μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες κατέγραψαν περισσότερα λεπτά φυσικής δραστηριότητας, οι άνδρες από τη λιγότερο δραστήρια ομάδα είχαν σημαντικά υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, ενώ οι γυναίκες ήταν τρίτες και είχαν λιγότερη συνολική δραστηριότητα, ακόμα και αν έκαναν πιο έντονες δραστηριότητες για αυτό το χρόνο. Κάθε ένταση φυσικής δραστηριότητας είναι καλύτερη από την αδράνεια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ωστόσο η μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα προσφέρει μεγαλύτερα οφέλη στους τομείς της φυσικής λειτουργικότητας και του σωματικού πόνου στους ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας. (Lobo, Santos, Carvalho & Mota, 2008).

Γίνεται αντιληπτό από τις παραπάνω μελέτες ότι η άσκηση μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τους περισσότερους τομείς της ποιότητας ζωής σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, πληροφορία που θα πρέπει να αξιολογηθεί προκειμένου να σχεδιαστούν προγράμματα προώθησης της φυσικής δραστηριότητας από το κράτος και τους επί μέρους φορείς. Σε κάθε περίπτωση, ανάλογα στοιχεία για τον Ελληνικό πληθυσμό θα ήταν χρήσιμα, προκειμένου για τη σωστή προώθηση της φυσικής δραστηριότητας.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 104 άτομα, (45 άνδρες και 59 γυναίκες) ηλικίας 50-65 έτη (ΜΟ: 58.04). Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και έγινε μέσα σε κέντρα συγκέντρωσης ατόμων αυτής της ηλικίας όπως: κέντρα αποκατάστασης (n=85, 81.7%), κέντρα αναψυχής (ΚΑΠΗ) (n=19, 18.3%). Συνολικά πάρθηκαν δεδομένα από 3 κέντρα αποκατάστασης-φυσικοθεραπευτήρια και από ένα ΚΑΠΗ του Νομού Αττικής. Προηγουμένως, ζητήθηκε έγκριση από τη διεύθυνση των κέντρων αποκατάστασης και το ΚΑΠΗ, στα οποία έγινε η συλλογή των δεδομένων, για την διεξαγωγή της μελέτης.

Προϋπόθεση για να συμπεριληφθούν στη μελέτη ήταν οι συμμετέχοντες να είναι αρτιμελείς και ικανοί να μετακινούνται στο χώρο χωρίς τη βοήθεια άλλου ατόμου. Επίσης έπρεπε να έχουν ικανότητα ικανοποιητικής επικοινωνίας και διάθεση για συνεργασία με τους ερευνητές. Αποκλείστηκαν όσα άτομα δεν πληρούσαν αυτές τις προϋποθέσεις. Κανείς από τους συμμετέχοντες δεν πείστηκε να συμμετέχει. Η συμμετοχή ήταν καθαρά εθελοντική. Για το λόγο αυτό ζητήθηκε έγγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατόπιν έγκρισης από την Επιτροπή Δεοντολογίας για Πραγματοποίηση Ερευνητικής Εργασίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Όργανα μέτρησης

Για την καταγραφή της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Το SF-36 έχει μεταφραστεί και στην ελληνική γλώσσα και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας είχαν επιτυχή αποτελέσματα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του

ελληνικού αστικού πληθυσμού (Pappa, Kontodimopoulos, Niakas, 2005, Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005).

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.

Για την αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο IPAQ. Το ερωτηματολόγιο IPAQ είναι ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται διεθνώς αλλά και στην χώρα μας και καταγράφει τη φυσική δραστηριότητα των τελευταίων 7 ημερών ενός ατόμου, ενώ είναι σχεδιασμένο για χρήση από άτομα ηλικίας 18-65 ετών (Craig et al., 2003) Η αξιοπιστία του έχει αναφερθεί υψηλή ($r=.82$) καθώς ελέγχθηκε στη χώρα μας με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε διάστημα μιας εβδομάδας σε 20 άνδρες και 20 γυναίκες 20-45 ετών (Μακαβέλου, Μιχαλοπούλου, Μακαβέλου, Κουρτέσης, & Ζέτου, 2005).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 5 μέρη: στα 4 πρώτα καταγράφεται η συχνότητα (λεπτά/ημέρα και μέρες/εβδομάδα) και η ένταση της φυσικής δραστηριότητας (έντονη, μέτριας έντασης και βάδιση) που σχετίζεται α) με την εργασία, β) τη μετακίνηση, γ) την εργασία στο σπίτι και τη φροντίδα της οικογένειας και δ) την αναψυχή και την άσκηση. Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος καταγράφεται ο χρόνος που αφιερώνεται σε καθιστικές δραστηριότητες. Το ερωτηματολόγιο παρέχει τη δυνατότητα κατηγοριοποίησης των συμμετεχόντων σε τρία επίπεδα φυσικής δραστηριότητας: α) υψηλή δραστηριότητα: i. έντονη φυσική δραστηριότητα για τουλάχιστον 3 ημέρες/ εβδομάδα η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη συγκέντρωση τουλάχιστον 1500 MET-min/εβδομάδα ή ii. 7 ημέρες οποιουδήποτε συνδυασμού φυσικής δραστηριότητας (περπάτημα, μέτρια και υψηλή ένταση) η οποία οδηγεί στη συγκέντρωση τουλάχιστον 3000 MET-min/εβδομάδα, β) μέτρια δραστηριότητα: i. 3 ή περισσότερες ημέρες έντονης δραστηριότητας για 20 min/ ημέρα, ή ii. 5 ή περισσότερες ημέρες φυσικής δραστηριότητας μέτριας έντασης για 30 min/ημέρα, ή iii. 5 ή περισσότερες ημέρες φυσικής δραστηριότητας η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τη συγκέντρωση τουλάχιστον 600 MET-min/εβδομάδα και γ) χαμηλή δραστηριότητα: όταν δεν ικανοποιείται κανένα από τα παραπάνω κριτήρια.

Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους σκορ που αφορούν τη φυσική δραστηριότητα κάθε κατηγορίας έντασης το οποίο καταγράφεται με δύο ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τη διάρκεια και τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας μέσα στο διάστημα των προηγούμενων 7 ημερών. Το συνολικό σκορ υπολογίζεται με τον πολλαπλασιασμό των λεπτών ανά εβδομάδα που το άτομο είναι φυσικά δραστήριο σε κάθε είδος δραστηριότητας με το αντίστοιχο ενεργειακό ισοζύγιο της κάθε δραστηριότητας (MET:3.3 για τη βάδιση, 4 για μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα και 8 για έντονες δραστηριότητες). Η απόδοση τιμών MET στις δραστηριότητες έχει πραγματοποιηθεί σύμφωνα με την Επιτομή Φυσικών Δραστηριοτήτων (Ainsworth et al., 2000).

Διαδικασία συγκέντρωσης δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε τους μήνες Ιούλιο έως και Οκτώβριο, με δεδομένο ότι τους χειμερινούς μήνες περιορίζεται σημαντικά η φυσική δραστηριότητα των ατόμων λόγω καιρικών συνθηκών, κάτι που πιθανόν να επηρέαζε τα αποτελέσματα της μελέτης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με προσωπική παρουσία του ερευνητή, προκειμένου να δοθούν όλες οι απαραίτητες πρότερες οδηγίες και επεξηγήσεις. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν άπαξ. Πρώτα συμπληρωνόταν το ερωτηματολόγιο αντίληψης της φυσικής δραστηριότητας και μετά το ερωτηματολόγιο καταγραφής του επιπέδου της ποιότητας ζωής. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, ωστόσο, δόθηκε σε κάθε συμμετέχοντα ένας κωδικός, ώστε να μπορούν στη συνέχεια τα δύο ερωτηματολόγια να συσχετιστούν ένα προς ένα. Η διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν κατά προσέγγιση 10-15 λεπτά.

Τελικά, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας: χαμηλή (n=5), μέτρια (n=33) και υψηλή (n=66).

Στατιστική ανάλυση

- Περιγραφική στατιστική των δεδομένων των δύο ερωτηματολογίων, Ποιότητας ζωής και Φυσικής Δραστηριότητας
- Ανάλυση t-test και για τα δύο ερωτηματολόγια για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ ανδρών / γυναικών
- Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) μίας κατεύθυνσης, λαμβάνοντας το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων (ως εξαρτημένη μεταβλητή) και τα 3 διαφορετικά αντίστοιχα επίπεδα Φυσικής Δραστηριότητας (1^ο επίπεδο αδράνειας, 2^ο επίπεδο ελάχιστη δραστηριότητα και 3^ο επίπεδο ικανοποιητική δραστηριότητα) ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < .05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ποιότητα ζωής και επίπεδο φυσικής δραστηριότητας

Η περιγραφική στατιστική (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, μικρότερη και μέγιστη τιμή) των μεταβλητών της ποιότητας ζωής σε κάθε ομάδα χωριστά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης για να εξετασθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής «σωματική λειτουργικότητα», «ρόλος σωματικός», «σωματικός πόνος», «γενική υγεία» και «φυσική υγεία συνολική» μεταξύ των ομάδων έντονης, μέτριας και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας. Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 2) προκύπτει το συμπέρασμα ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την παράμετρο «σωματική λειτουργικότητα» [$F_{(2, 101)}=3.803, p<.05$]. Στη συνέχεια υπολογίσθηκαν Post-Hoc Test του Bonferroni σε επίπεδο εμπιστοσύνης $p<0.05$ (Πίνακας 3). Προέκυψε ότι ομάδα έντονης φυσικής δραστηριότητας ($M=83.86, SD=16.37$) παρουσίασε υψηλότερες τιμές στην παράμετρο «σωματική λειτουργικότητα» από την ομάδα μέτριας φυσικής δραστηριότητας ($M=74.39, SD=19.27$).

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης για να εξετασθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής «ζωτικότητα», «κοινωνική λειτουργικότητα», «ρόλος συναισθηματικός», «ψυχική υγεία» και «ψυχική υγεία συνολική» μεταξύ των ομάδων έντονης, μέτριας και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας. Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 4) προκύπτει το συμπέρασμα ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την παράμετρο «ζωτικότητα» [$F_{(2, 101)}=4.156, p<.05$]. Στη συνέχεια υπολογίσθηκαν Post-Hoc Test του Bonferroni σε επίπεδο εμπιστοσύνης $p<0.05$ (Πίνακας 5). Προέκυψε ότι ομάδα έντονης φυσικής δραστηριότητας ($M=69.84, SD=16.26$) παρουσίασε υψηλότερες τιμές στην

παράμετρο «ζωτικότητα» από την ομάδα μέτριας φυσικής δραστηριότητας ($M=60.30$, $SD=15.75$).

Πίνακας 1 Περιγραφική Στατιστική των παραμέτρων της Ποιότητας Ζωής

	ΦΔ	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Σωματική Λειτουργικότητα	Χαμηλή	5	88,0000	7,58288	80,00	95,00
	Μέτρια	33	74,3939	19,27424	25,00	100,00
	Υψηλή	66	83,8636	16,37999	15,00	100,00
	Σύνολο	104	81,0577	17,56642	15,00	100,00
Ρόλος Σωματικός	Χαμηλή	5	100,0000	,00000	100,00	100,00
	Μέτρια	33	81,0606	34,24994	,00	100,00
	Υψηλή	66	89,0152	27,77962	,00	100,00
	Σύνολο	104	87,0192	29,55593	,00	100,00
Σωματικός Πόνος	Χαμηλή	5	80,5000	32,80625	22,50	100,00
	Μέτρια	33	74,7727	25,62777	,00	100,00
	Υψηλή	66	78,5227	20,12928	10,00	100,00
	Σύνολο	104	77,4279	22,47290	,00	100,00
Γενική Υγεία	Χαμηλή	5	64,0000	21,33073	40,00	95,00
	Μέτρια	33	55,4545	24,72864	,00	100,00
	Υψηλή	66	61,2121	18,10356	20,00	95,00
	Σύνολο	104	59,5192	20,55680	,00	100,00
Φυσική Υγεία Συνολική	Χαμηλή	5	83,1200	9,38167	73,10	97,50
	Μέτρια	33	71,4212	20,82225	19,40	100,00
	Υψηλή	66	78,1900	13,25291	35,00	98,75
	Σύνολο	104	76,2792	16,15956	19,40	100,00
Ζωτικότητα	Χαμηλή	5	61,0000	16,35543	40,00	85,00
	Μέτρια	33	60,3030	15,75890	35,00	90,00
	Υψηλή	66	69,8485	16,26629	20,00	95,00
	Σύνολο	104	66,3942	16,59712	20,00	95,00
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Χαμηλή	5	87,5000	17,67767	62,50	100,00
	Μέτρια	33	80,6818	23,40433	25,00	100,00
	Υψηλή	66	83,5227	22,48494	12,50	100,00
	Σύνολο	104	82,8125	22,45461	12,50	100,00
Ρόλος Συναισθηματικός	Χαμηλή	5	100,0000	,00000	100,00	100,00
	Μέτρια	33	84,8461	26,47512	,00	100,00
	Υψηλή	66	85,3514	24,20193	,00	100,00
	Σύνολο	104	85,8953	24,44591	,00	100,00
Ψυχική Υγεία	Χαμηλή	5	84,0000	9,38083	76,00	96,00
	Μέτρια	33	67,2727	17,30475	16,00	96,00
	Υψηλή	66	69,0303	17,24838	20,00	100,00
	Σύνολο	104	69,1923	17,20582	16,00	100,00
Ψυχική Υγεία Συνολική	Χαμηλή	5	83,1300	9,22311	72,75	91,25
	Μέτρια	33	73,2830	15,35586	37,90	95,25
	Υψηλή	66	76,9394	14,15033	31,00	96,75
	Σύνολο	104	76,0768	14,43312	31,00	96,75

Πίνακας 2 Ανάλυση Διακύμανσης για τις παραμέτρους της Φυσικής υγείας

		Df	F	Sig.
Φυσική Υγεία Συνολική	Between Groups	2	2,469	,090
	Within Groups	101		
	Total	103		
Σωματική Λειτουργικότητα	Between Groups	2	3,803	,026
	Within Groups	101		
	Total	103		
Ρόλος Σωματικός	Between Groups	2	1,311	,274
	Within Groups	101		
	Total	103		
Σωματικός Πόνος	Between Groups	2	,351	,705
	Within Groups	101		
	Total	103		
Γενική Υγεία	Between Groups	2	,987	,376
	Within Groups	101		
	Total	103		

Πίνακας 3 Post Hoc Test για τις παραμέτρους της Φυσικής υγείας

Bonferroni

Dependent Variable	ΦΔ		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Φυσική Υγεία Συνολική	χαμηλή	Μέτρια	11,69879	7,64666	,387
		Υψηλή	4,93000	7,39084	1,000
	μέτρια	Χαμηλή	-11,69879	7,64666	,387
		Υψηλή	-6,76879	3,39712	,147
	υψηλή	Χαμηλή	-4,93000	7,39084	1,000
		Μέτρια	6,76879	3,39712	,147
Σωματική Λειτουργικότητα	χαμηλή	Μέτρια	13,60606	8,20964	,302
		Υψηλή	4,13636	7,93499	1,000
	μέτρια	Χαμηλή	-13,60606	8,20964	,302
		Υψηλή	-9,46970*	3,64723	,032
	υψηλή	Χαμηλή	-4,13636	7,93499	1,000
		Μέτρια	9,46970*	3,64723	,032
Ρόλος Σωματικός	χαμηλή	Μέτρια	18,93939	14,14120	,550
		Υψηλή	10,98485	13,66811	1,000
	μέτρια	Χαμηλή	-18,93939	14,14120	,550
		Υψηλή	-7,95455	6,28239	,625
	υψηλή	Χαμηλή	-10,98485	13,66811	1,000
		Μέτρια	7,95455	6,28239	,625
Σωματικός Πόνος	χαμηλή	Μέτρια	5,72727	10,85334	1,000
		Υψηλή	1,97727	10,49024	1,000
	μέτρια	Χαμηλή	-5,72727	10,85334	1,000
		Υψηλή	-3,75000	4,82172	1,000
	υψηλή	Χαμηλή	-1,97727	10,49024	1,000
		Μέτρια	3,75000	4,82172	1,000
Γενική Υγεία	χαμηλή	Μέτρια	8,54545	9,86639	1,000
		Υψηλή	2,78788	9,53632	1,000
	μέτρια	Χαμηλή	-8,54545	9,86639	1,000
		Υψηλή	-5,75758	4,38326	,576
	υψηλή	Χαμηλή	-2,78788	9,53632	1,000
		Μέτρια	5,75758	4,38326	,576

Πίνακας 4 Ανάλυση Διακύμανσης για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας

		df	F	Sig.
Ψυχική Υγεία Συνολική	Between Groups	2	1,342	,266
	Within Groups	101		
	Total	103		
Ζωτικότητα	Between Groups	2	4,156	,018
	Within Groups	101		
	Total	103		
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Between Groups	2	,286	,751
	Within Groups	101		
	Total	103		
Ρόλος Συναισθηματικός	Between Groups	2	,877	,419
	Within Groups	101		
	Total	103		
Ψυχική Υγεία	Between Groups	2	2,104	,127
	Within Groups	101		
	Total	103		

Πίνακας 5 Post Hoc Test για τις παραμέτρους της Ψυχικής υγείας

Bonferroni

Dependent Variable	ΦΔ		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Ψυχική Υγεία Συνολική	Χαμηλή	Μέτρια	9,84697	6,90356	,471
		Υψηλή	6,19061	6,67260	1,000
	Μέτρια	Χαμηλή	-9,84697	6,90356	,471
		Υψηλή	-3,65636	3,06699	,708
	Υψηλή	Χαμηλή	-6,19061	6,67260	1,000
		Μέτρια	3,65636	3,06699	,708
Ζωτικότητα	Χαμηλή	Μέτρια	,69697	7,73157	1,000
		Υψηλή	-8,84848	7,47292	,717
	Μέτρια	Χαμηλή	-,69697	7,73157	1,000
		Υψηλή	-9,54545*	3,43484	,020
	Υψηλή	Χαμηλή	8,84848	7,47292	,717
		Μέτρια	9,54545*	3,43484	,020
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Χαμηλή	Μέτρια	6,81818	10,85138	1,000
		Υψηλή	3,97727	10,48835	1,000
	Μέτρια	Χαμηλή	-6,81818	10,85138	1,000
		Υψηλή	-2,84091	4,82085	1,000
	Υψηλή	Χαμηλή	-3,97727	10,48835	1,000
		μέτρια	2,84091	4,82085	1,000
Ρόλος Συναισθηματικός	Χαμηλή	μέτρια	15,15394	11,74561	,600
		υψηλή	14,64864	11,35267	,600
	Μέτρια	χαμηλή	-15,15394	11,74561	,600
		υψηλή	-,50530	5,21813	1,000
	Υψηλή	χαμηλή	-14,64864	11,35267	,600
		μέτρια	,50530	5,21813	1,000
Ψυχική Υγεία	Χαμηλή	μέτρια	16,72727	8,16994	,130
		υψηλή	14,96970	7,89662	,183
	Μέτρια	χαμηλή	-16,72727	8,16994	,130
		υψηλή	-1,75758	3,62959	1,000
	Υψηλή	χαμηλή	-14,96970	7,89662	,183
		μέτρια	1,75758	3,62959	1,000

Ποιότητα ζωής

Χρησιμοποιήθηκε t-test για να ερευνηθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής «σωματική λειτουργικότητα», «ρόλος σωματικός», «σωματικός πόνος», «γενική υγεία» και «φυσική υγεία συνολική» (Πίνακας 6). Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 7) προέκυψε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την παράμετρο «σωματική λειτουργικότητα» $t(102)= 3.269, p<.001$, όσον αφορά την παράμετρο «σωματικό πόνο» $t(102)= 3.026, p<.05$, όσον αφορά την παράμετρο «γενική υγεία» $t(102)= 2.121, p<.05$, και όσον αφορά την παράμετρο «φυσική υγεία συνολική» $t(102)= 3.391, p<.001$. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες ($M=87.22, SD=12.94$) είχαν υψηλότερες τιμές στην παράμετρο «σωματική λειτουργικότητα» από τις γυναίκες ($M=76.35, SD=19.20$), οι άνδρες ($M=84.77, SD=17.07$) είχαν υψηλότερες τιμές στην παράμετρο «σωματικό πόνο» από τις γυναίκες ($M=71.82, SD=24.52$), οι άνδρες ($M=64.33, SD=18.75$) είχαν υψηλότερες τιμές στην παράμετρο «γενική υγεία» από τις γυναίκες ($M=55.84, SD=21.25$) και οι άνδρες ($M=82.14, SD=12.54$) είχαν υψηλότερες τιμές στην παράμετρο «φυσική υγεία συνολική» από τις γυναίκες ($M=71.80, SD=17.24$).

Χρησιμοποιήθηκε t-test για να ερευνηθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής «ζωτικότητα», «κοινωνική λειτουργικότητα», «ρόλος συναισθηματικός», «ψυχική υγεία» και «ψυχική υγεία συνολική» (Πίνακας 8). Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 9) προέκυψε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Πίνακας 6 Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Φυσικής Υγείας

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Φυσική Υγεία Συνολική	Άνδρες	45	82,1404	12,54088
	Γυναίκες	59	71,8088	17,24642
Σωματική Λειτουργικότητα	Άνδρες	45	87,2222	12,94901
	Γυναίκες	59	76,3559	19,20467
Ρόλος Σωματικός	Άνδρες	45	92,2222	23,73039
	Γυναίκες	59	83,0508	32,97095
Σωματικός Πόνος	Άνδρες	45	84,7778	17,07955
	Γυναίκες	59	71,8220	24,52932
Γενική Υγεία	Άνδρες	45	64,3333	18,75682
	Γυναίκες	59	55,8475	21,25690

Πίνακας 7 T-test για τις παραμέτρους της Φυσικής Υγείας

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Φυσική Υγεία Συνολική	3,391	102	,001	10,33163	3,04675
Σωματική Λειτουργικότητα	3,269	102	,001	10,86629	3,32391
Ρόλος Σωματικός	1,579	102	,117	9,17137	5,80768
Σωματικός Πόνος	3,026	102	,003	12,95574	4,28148
Γενική Υγεία	2,121	102	,036	8,48588	4,00118

Πίνακας 8 Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Ψυχική Υγεία Συνολική	Άνδρες	45	77,8262	13,46973
	Γυναίκες	59	74,7425	15,10344
Ζωτικότητα	Άνδρες	45	67,5556	17,11001
	Γυναίκες	59	65,5085	16,28663
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Άνδρες	45	83,8889	20,74983
	Γυναίκες	59	81,9915	23,81583
Ρόλος Συναισθηματικός	Άνδρες	45	87,4056	20,46276
	Γυναίκες	59	84,7434	27,21189
Ψυχική Υγεία	Άνδρες	45	72,4444	17,29366
	Γυναίκες	59	66,7119	16,86360

Πίνακας 9 T-test για τις παραμέτρους της Ψυχικής Υγείας

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Ψυχική Υγεία Συνολική	1,080	102	,283	3,08368	2,85425
Ζωτικότητα	,621	102	,536	2,04708	3,29470
Κοινωνική Λειτουργικότητα	,425	102	,672	1,89736	4,46194
Ρόλος Συναισθηματικός	,548	102	,585	2,66217	4,85478
Ψυχική Υγεία	1,699	102	,092	5,73258	3,37458

Φυσική δραστηριότητα

Χρησιμοποιήθηκε t-test για να ερευνηθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στις παραμέτρους της φυσικής δραστηριότητας «ΦΔ στην εργασία», «ΦΔ στις μετακινήσεις», «ΦΔ στα οικιακά», «ΦΔ στην αναψυχή» (Πίνακας 10). Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την παράμετρο «ΦΔ στα οικιακά» $t(102) = -2.24$, $p < .05$ (Πίνακας 11). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ($M=2740.38$, $SD=2493.45$) παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στην παράμετρο «ΦΔ στα οικιακά» από τους άνδρες ($M=1640.88$, $SD=2462.75$).

Χρησιμοποιήθηκε t-test για να ερευνηθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στις παραμέτρους της φυσικής δραστηριότητας «βάδιση», «μέτρια ΦΔ», «έντονη ΦΔ» και «συνολική ΦΔ» (Πίνακας 12). Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 13) προέκυψε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Πίνακας 10 Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Εργασία Σύνολο	άνδρες	45	4509,2556	8519,79130
	γυναίκες	59	2607,6271	6383,19191
Μετακινήσεις Σύνολο	άνδρες	45	659,8333	685,19768
	γυναίκες	59	775,8814	1143,38025
Οικιακά Σύνολο	άνδρες	45	1640,8889	2462,75813
	γυναίκες	59	2740,3814	2493,45859
Αναψυχή Σύνολο	άνδρες	45	1395,0889	1605,05167
	γυναίκες	59	984,6271	1591,66030

Πίνακας 11 T-test για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας

	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Εργασία Σύνολο	1,302	102	,196	1901,62844	1460,85143
Μετακινήσεις Σύνολο	-,603	102	,548	-116,04802	192,48997
Οικιακά Σύνολο	-2,240	102	,027	-1099,49247	490,88746
Αναψυχή Σύνολο	1,298	102	,197	410,46177	316,16361

Πίνακας 12 Περιγραφική Στατιστική για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας (MET)

		N	Mean	Std. Deviation
METΒάδισης	Άνδρες	45	1969,7333	1609,76425
	Γυναίκες	59	1627,6271	1537,00863
METΜέτριας Δραστηριότητας	Άνδρες	45	3435,3333	3957,33287
	Γυναίκες	59	3819,1949	3636,85574
METΥψηλής Δραστηριότητας	Άνδρες	45	2800,0000	5721,56368
	Γυναίκες	59	1661,6949	4471,23726
METΣυνολικά	Άνδρες	45	8205,0667	8951,43638
	Γυναίκες	59	7108,5169	7654,11186

Πίνακας 13 T-test για τις παραμέτρους της Φυσικής Δραστηριότητας (MET)

	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
METΒάδισης	1,102	102	,273	342,10621	310,49457
METΜέτριας Δραστηριότητας	-,513	102	,609	-383,86158	747,81897
METΥψηλής Δραστηριότητας	1,139	102	,257	1138,30508	999,22939
METΣυνολικά	,672	102	,503	1096,54972	1630,61032

Συσχετίσεις

Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 14) προκύπτει ότι στο σύνολο των συμμετεχόντων η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά και χαμηλά με την παράμετρο «σωματική λειτουργικότητα» ($r=-0,362, p<.001$) και με την παράμετρο «φυσική υγεία συνολική» ($r=-0,204, p<.05$). Η παράμετρος «σωματική λειτουργικότητα» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με την παράμετρο «ζωτικότητα» ($r=0,342, p<.001$), με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,22, p<.05$), με την παράμετρο «ψυχική υγεία» ($r=0,214, p<.05$) και με την παράμετρο «ΦΔ στην αναψυχή» ($r=0,248, p<.05$), θετικά και μέτρια με την παράμετρο «ρόλο σωματικό» ($r=0,454, p<.001$), με την παράμετρο «σωματικό πόνο» ($r=-0,444, p<.001$), με την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,431, p<.001$), με την παράμετρο «ρόλο συναισθηματικό» ($r=0,412, p<.001$) και με την παράμετρο «ψυχική υγεία συνολική» ($r=0,422, p<.001$), θετικά και υψηλά με την παράμετρο «φυσική υγεία συνολική» ($r=0,771, p<.001$).

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι στο σύνολο των συμμετεχόντων η παράμετρος «ρόλος σωματικός» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με το σωματικό πόνο ($r=0,352, p<.001$), με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,278, p<.05$) και με την παράμετρο «ψυχική υγεία συνολική» ($r=0,367, p<.001$), θετικά και μέτρια με την παράμετρο «ρόλος συναισθηματικός» ($r=0,450, p<.001$), θετικά και υψηλά με τη «φυσική υγεία συνολική» ($r=0,759, p<.001$) και αρνητικά και χαμηλά με τη «ΦΔ στις μετακινήσεις» ($r=-0,238, p<.05$). Όσον αφορά στην παράμετρο «σωματικός πόνος» αυτή συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με την «γενική υγεία» ($r=0,269, p<.05$), το «ρόλο συναισθηματικό» ($r=0,218, p<.05$), θετικά και μέτρια με τη «ζωτικότητα» ($r=0,509, p<.001$), την «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,496, p<.001$), την «ψυχική υγεία» ($r=0,408, p<.001$) και την «ψυχική υγεία συνολική» ($r=0,553, p<.001$), θετικά και υψηλά με την «φυσική υγεία συνολική» ($r=0,715, p<.001$), αρνητικά και χαμηλά με τη «ΦΔ στις μετακινήσεις» ($r=-0,267, p<.05$). Η παράμετρος «γενική υγεία» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με τη «ζωτικότητα» ($r=0,352,$

$p < .001$), το «ρόλο συναισθηματικό» ($r = 0,202, p < .05$), με τη «ψυχική υγεία» ($r = 0,284, p < .05$), με τη «ψυχική υγεία συνολική» ($r = 0,305, p < .05$) και θετικά και μέτρια με τη «φυσική υγεία συνολική» ($r = 0,611, p < .001$). Η παράμετρος «ζωτικότητα» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με τη «ΦΔ στην αναψυχή» ($r = 0,259, p < .05$), θετικά και μέτρια με την «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r = 0,408, p < .001$), με την «ψυχική υγεία» ($r = 0,578, p < .001$), με τη «φυσική υγεία συνολική» ($r = 0,402, p < .001$), με την «ψυχική υγεία συνολική» ($r = 0,654, p < .001$).

Η παράμετρος «κοινωνική λειτουργικότητα» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με την παράμετρο «ρόλο συναισθηματικό» ($r = 0,298, p < .05$) και τη «φυσική υγεία συνολική» ($r = 0,387, p < .001$), θετικά και μέτρια με την «ψυχική υγεία» ($r = 0,479, p < .001$), θετικά και υψηλά με την «ψυχική υγεία συνολική» ($r = 0,776, p < .001$), αρνητικά και χαμηλά με τη «ΦΔ στις μετακινήσεις» ($r = -0,205, p < .05$). Η παράμετρος «ρόλος συναισθηματικός» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με την «ψυχική υγεία» ($r = 0,308, p < .001$), θετικά και μέτρια με τη «φυσική υγεία συνολική» ($r = 0,456, p < .001$) και με την «ψυχική υγεία συνολική» ($r = 0,656, p < .001$). Η παράμετρος «ψυχική υγεία» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με τη «φυσική υγεία συνολική» ($r = 0,376, p < .001$), θετικά και υψηλά με τη «ψυχική υγεία συνολική» ($r = 0,781, p < .001$). Η παράμετρος «φυσική υγεία συνολική» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με την «έντονη ΦΔ στην αναψυχή» ($r = 0,193, p < .05$) και θετικά και μέτρια με τη «ψυχική υγεία συνολική» ($r = 0,571, p < .001$). Η παράμετρος «ψυχική υγεία σύνολο» συσχετίζεται θετικά και χαμηλά με την παράμετρο «μέτρια ΦΔ στην αναψυχή» ($r = 0,195, p < .05$)

Πίνακας 14 Συσχετίσεις

		AGE	Σωματική Λειτουργικότη α	Ρόλος Σωματικό ς	Σωματικό ς Πόνος	Γενική Υγεία	Ζωτικότητα α	Κοινωνική Λειτουργικότη α	Ρόλος Συναισθηματικό ς	Ψυχική Υγεία	Φυσική Υγεία Συνολική	Ψυχική Υγεία Συνολική	Εργασία Σύνολο	Μετακινήσει ς Σύνολο	Οικιακά Σύνολο	Αναμνη ή Σύνολο
AGE	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 104,00 0	-,362** .000 104	,014 .888 104	-,148 .133 104	-,185 .060 104	-,118 .232 104	,089 .367 104	-,079 .426 104	,109 .270 104	-,204* .038 104	,000 1,000 104	-,035 .725 104	,038 .701 104	,010 .921 104	-,028 .778 104
Σωματική Λειτουργικότητα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,362** .000 104	1,000 1,000 104,000	,454** .000 104	,444** .000 104	,431** .000 104	,342** .000 104	,220* .025 104	,412** .000 104	,214* .029 104	,771** .000 104	,422** .000 104	,056 .571 104	,068 .492 104	-,070 .478 104	,248* .011 104
Ρόλος Σωματικός	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,014 .888 104	,454** .000 104	1,000 1,000 104,000	,352** .000 104	,179 .068 104	,040 .689 104	,278** .004 104	,450** .000 104	,191 .052 104	,759** .000 104	,367** .000 104	,025 .805 104	-,238* .015 104	,049 .620 104	,055 .578 104
Σωματικός Πόνος	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,148 .133 104	,444** .000 104	,352** .000 104	1,000 1,000 104,000	,269** .006 104	,509** .000 104	,496** .000 104	,218* .026 104	,408** .000 104	,715** .000 104	,553** .000 104	,008 .939 104	-,267** .006 104	-,083 .401 104	,129 .193 104
Γενική Υγεία	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,185 .060 104	,431** .000 104	,179 .068 104	,269** .006 104	1,000 1,000 104,000	,352** .000 104	,087 .379 104	,202* .040 104	,284** .004 104	,611** .000 104	,305** .002 104	-,092 .355 104	,068 .492 104	,020 .842 104	,076 .441 104
Ζωτικότητα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,118 .232 104	,342** .000 104	,040 .689 104	,509** .000 104	,352** .000 104	1,000 1,000 104,000	,408** .000 104	,085 .392 104	,578** .000 104	,402** .000 104	,654** .000 104	-,146 .139 104	,172 .080 104	,015 .884 104	,259** .008 104
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,089 .367 104	,220* .025 104	,278** .004 104	,496** .000 104	,087 .379 104	,408** .000 104	1,000 1,000 104,000	,298** .002 104	,479** .000 104	,387** .000 104	,776** .000 104	-,036 .716 104	-,205* .037 104	-,010 .920 104	,118 .232 104
Ρόλος Συναισθηματικός	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,079 .426 104	,412** .000 104	,450** .000 104	,218* .026 104	,202* .040 104	,085 .392 104	,298** .002 104	1,000 1,000 104,000	,308** .001 104	,456** .000 104	,656** .000 104	-,142 .151 104	,052 .603 104	-,062 .529 104	,093 .349 104
Ψυχική Υγεία	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,109 .270 104	,214* .029 104	,191 .052 104	,408** .000 104	,284** .004 104	,578** .000 104	,479** .000 104	,308** .001 104	1,000 1,000 104,000	,376** .000 104	,781** .000 104	-,180 .067 104	,125 .207 104	-,133 .179 104	,075 .451 104
Φυσική Υγεία Συνολική	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,204* .038 104	,771** .000 104	,759** .000 104	,715** .000 104	,611** .000 104	,402** .000 104	,387** .000 104	,456** .000 104	,376** .000 104	1,000 1,000 104,000	,571** .000 104	,001 .993 104	-,162 .100 104	-,020 .841 104	,161 .104 104
Ψυχική Υγεία Συνολική	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,000 1,000 104	,422** .000 104	,367** .000 104	,553** .000 104	,305** .002 104	,654** .000 104	,776** .000 104	,656** .000 104	,781** .000 104	,571** .000 104	1,000 1,000 104,000	-,170 .085 104	,029 .772 104	-,066 .507 104	,182 .064 104
Εργασία Σύνολο	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,035 .725 104	,056 .571 104	,025 .805 104	,008 .939 104	-,092 .355 104	-,146 .139 104	-,036 .716 104	-,142 .151 104	-,180 .067 104	,001 .993 104	-,170 .085 104	1,000 1,000 104,000	-,095 .336 104	,126 .202 104	-,023 .813 104
Μετακινήσεις Σύνολο	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,038 .701 104	,068 .492 104	-,238* .015 104	-,267** .006 104	,068 .492 104	,172 .080 104	-,205* .037 104	,052 .603 104	,125 .207 104	-,162 .100 104	,029 .772 104	-,095 .336 104	1,000 1,000 104,000	-,041 .678 104	,219* .026 104
Οικιακά Σύνολο	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,010 .921 104	-,070 .478 104	,049 .620 104	-,083 .401 104	,020 .842 104	,015 .884 104	-,010 .920 104	-,062 .529 104	-,133 .179 104	-,020 .841 104	-,066 .507 104	,126 .202 104	-,041 .678 104	1,000 1,000 104,000	-,062 .529 104
Αναμνηή Σύνολο	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,028 .778 104	,248* .011 104	,055 .578 104	,129 .193 104	,076 .441 104	,259** .008 104	,118 .232 104	,093 .349 104	,075 .451 104	,161 .104 104	,182 .064 104	-,023 .813 104	,219* .026 104	-,062 .529 104	1,000 1,000 104,000

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να καταγράψει σε ένα πληθυσμό ατόμων, ανδρών και γυναικών μέσης ηλικίας (50 έως 65 ετών), τους δείκτες της ποιότητας ζωής τους και να διερευνήσει πιθανές συσχετίσεις με τα πραγματικά επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας σε καθημερινή βάση.

Ποιότητα ζωής

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στις παραμέτρους της φυσικής υγείας «φυσική υγεία σύνολο», «σωματική λειτουργικότητα», «σωματικό πόνο» και «γενική υγεία» σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις παραμέτρους της ψυχικής υγείας ανάμεσα στα δύο φύλα.

Τα αποτελέσματα συμφωνούν με αρκετές μελέτες, ανάμεσα στις οποίες και έρευνα που διεξήχθη σε εργαζόμενους σε ελληνικά νοσοκομεία, όπου βρέθηκε πως οι γυναίκες είχαν χαμηλότερες τιμές και στις 8 παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες εργαζόμενους. Αναφέρεται, ωστόσο, ότι οι συμμετέχοντες άνω των 50 ετών παρουσίασαν υψηλότερες τιμές σε όλες τις παραμέτρους της ψυχικής υγείας σε σχέση με τους νεότερους, κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας από τους νέους (Toundas et al., 2003). Οι Βέμη, Αναγνωστόπουλος και Νιάκας (2007), οι οποίοι ερευνήσαν τη διαφορά στην ποιότητα της ζωής μεταξύ των εργαζομένων στα σώματα ασφαλείας χρησιμοποίησαν ως ερευνητικό εργαλείο το SF-36, μαζί με ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών χαρακτηριστικών. Βρέθηκε πως καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και ζωτικότητα εμφάνισαν οι άνδρες αστυνομικοί σε σχέση με τις

γυναίκες συναδέλφους τους. Αξίζει να αναφερθεί μεγάλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα από τους Παππά, Κοντοδημόπουλο, Νιάκα (2006), με σκοπό την εγκυροποίηση του SF-36 στον ελληνικό πληθυσμό, η οποία εντόπισε επίσης καλύτερο επίπεδο υγείας στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, χωρίς ωστόσο, να εμβαθύνει στις επιμέρους παραμέτρους της ποιότητας ζωής, καθώς αυτό δεν ήταν στους σκοπούς της έρευνας.

Σε ανάλογη έρευνα ποιότητας ζωής που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά σε γενικό πληθυσμό ηλικίας 25 ετών και άνω, βρέθηκε, επίσης, πως οι άνδρες είχαν υψηλότερες τιμές και στις 8 παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε σχέση με τις γυναίκες (Horman et al., 2000). Ο Azman και οι συνεργάτες του (2003), οι οποίοι μελέτησαν την ποιότητα ζωής σε γενικό, πολυεθνικό, ωστόσο, πληθυσμό στη Μαλαισία με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36, βρήκαν πως οι γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στις παραμέτρους «φυσική λειτουργικότητα», «σωματικό πόνο», «ζωτικότητα», «ρόλο συναισθηματικό» και «ψυχική υγεία» σε σχέση με τους άνδρες. Ο Hsu (2007), τέλος, σε έρευνα για την ποιότητα ζωής ατόμων 65 ετών και άνω στην Ταϊβάν βρήκε πως οι γυναίκες είχαν χαμηλότερες τιμές σε όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες και ιδιαίτερα στον σωματικό πόνο, όπου η διαφορά ήταν 23,6% χαμηλότερη για τις γυναίκες.

Από τις παραπάνω έρευνες γίνεται αντιληπτό πως οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές ποιότητας ζωής σχεδόν σε όλες τις παραμέτρους και σε όλες τις ηλικίες. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με τις περισσότερες μελέτες. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία παράμετρο της ψυχικής υγείας μεταξύ των δύο φύλων. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το γεγονός ότι μέρος του δείγματος λήφθηκε από Κέντρα Ανοικτής Περιθάλψης Ηλικιωμένων, τα οποία στοχεύουν στην ψυχαγωγία των ατόμων άνω των 60, με προγράμματα εκδρομών, χορού, γυμναστικής, χορωδίας, στα οποία ως επί το πλείστον συμμετέχουν γυναίκες. Είναι πιθανό η

συμμετοχή σε αυτά τα προγράμματα να μειώνει τις διαφορές στις παραμέτρους της ψυχικής υγείας μεταξύ των δύο φύλων. Τέλος, δε θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι η μελέτη έγινε σε μια περίοδο τεράστιων κοινωνικοοικονομικών αλλαγών στη Ελλάδα, που είναι πιθανόν να έχει επηρεάσει συνολικά την ψυχική υγεία των Ελλήνων, ανεξαρτήτως φύλου, εκμηδενίζοντας τις διαφορές μεταξύ τους.

Φυσική δραστηριότητα

Από τα αποτελέσματα προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις παραμέτρους «οικιακά σύνολο» και «οικιακά μέτρια» με τις γυναίκες να εμφανίζονται πιο δραστήριες σε σχέση με τους άνδρες. Ανάλογα αποτελέσματα συναντώνται σε μεγάλη μελέτη για τη σωματική δραστηριότητα των Ελλήνων, στην οποία βρέθηκε πως η πλέον συχνή δραστηριότητα για τις γυναίκες είναι τα οικιακά (98%) με μέσο χρόνο ενασχόλησης 28 ώρες/ εβδομάδα, σε αντίθεση με τους άνδρες (58,1%) με μέσο χρόνο ενασχόλησης τις 5 ώρες/ εβδομάδα (Βαλάνου και συν., 2006). Με τα αποτελέσματα συμφωνεί και μελέτη της Μακαβέλου και των συνεργατών της (2005), οι οποίοι χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο IPAQ σε άτομα ηλικίας 20-50 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην δραστηριότητα στο σπίτι μεταξύ των δύο φύλων, με την ομάδα γυναικών 40-50 ετών να είναι η πιο δραστήρια. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και για τη φυσική δραστηριότητα στις μετακινήσεις. Σε έρευνα των Μιχαλοπούλου και των συνεργατών της (2006) σε δείγμα ηλικίας 60-90 ετών, επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ήταν σημαντικά πιο δραστήριες από τους άνδρες στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνταν στο σπίτι, τη στιγμή που οι άνδρες ήταν πιο δραστήριοι στις μέτριας έντασης δραστηριότητες από τις γυναίκες.

Ανάλογη έρευνα στην Κροατία έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου IPAQ σε άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω. Προέκυψε πως οι γυναίκες ήταν σημαντικά πιο δραστήριες από τους άνδρες στα οικιακά, οι άνδρες ήταν σημαντικά πιο δραστήριοι από τις γυναίκες στην εργασία, ενώ δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη φυσική δραστηριότητα στις μετακινήσεις, την αναψυχή και τη συνολική φυσική δραστηριότητα μεταξύ των δυο φύλων (Jurakić et al., 2009). Σε έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (European Opinion Research Group, 2003) σε Ευρωπαϊκές χώρες, επίσης προκύπτει πως οι άνδρες αναφέρουν περισσότερη φυσική δραστηριότητα στην εργασία και στην αναψυχή από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερη δραστηριότητα στο σπίτι. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά της παρούσας μελέτης, με τη διαφορά ότι στην εν λόγω μελέτη δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη φυσική δραστηριότητα στην εργασία μεταξύ των δυο φύλων. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το γεγονός ότι από την ηλικιακή ομάδα που επιλέχθηκε (50-65 έτη), αρκετοί συμμετέχοντες είχαν συνταξιοδοτηθεί ή ήταν άνεργοι (κάτι που αντικατοπτρίζει τη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα), σε αντίθεση με τις υπόλοιπες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε παραγωγικές ηλικιακές κατηγορίες.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους «οικιακά σύνολο» και «οικιακά μέτρια», ενώ δε βρέθηκαν διαφορές στη φυσική δραστηριότητα στην κηπουρική μεταξύ των δυο φύλων, πιθανόν λόγω του ευνοϊκού κλίματος στην Ελλάδα, που κάνει την κηπουρική μια ιδιαίτερα προσφιλή δραστηριότητα και στα δύο φύλα (Βαλάνου και συν., 2006). Τα οικιακά απασχολούν σχεδόν όλες τις Ελληνίδες κάθε ηλικιακής κατηγορίας, κατά ένα μεγάλο ποσοστό του συνολικού χρόνου, περίπου 4 ώρες την ημέρα. Η ενασχόληση με εργασίες στο σπίτι και με τη φροντίδα των παιδιών αποτελεί μια σημαντική σωματική δραστηριότητα για τις γυναίκες, παρότι τα οφέλη της στη βελτίωση της υγείας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν, η συγκεκριμένη δραστηριότητα συνεισφέρει σημαντικά στην ημερήσια ενεργειακή κατανάλωση των γυναικών. Το υψηλό

ποσοστό ενασχόλησης με τα οικιακά αντικατοπτρίζει τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της Ελλάδας. Τα οικιακά φαίνεται, όμως, να είναι η κύρια δραστηριότητα των γυναικών γενικά στην Ευρώπη (Βαλάνου και συν., 2006).

Στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη «ΦΔ στις μετακινήσεις» και «ΦΔ στην αναψυχή». Αντίστοιχα αποτελέσματα βρίσκουν και ο Jurakic και οι συνεργάτες του, (2009), ενισχύοντας τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την ένταση και το σύνολο της φυσικής δραστηριότητας. Αντίθετα, η Μακαβέλου και οι συνεργάτες της (2005) στην έρευνά τους σε δείγμα 20-50 ετών βρήκαν ότι οι Ελληνίδες ήταν πιο δραστήριες από τους άνδρες στο σύνολο της φυσικής δραστηριότητας και στη φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης, τη στιγμή που η Μιχαλοπούλου και οι συνεργάτες της (2006) βρίσκουν ότι οι γυναίκες είναι πιο δραστήριες στο σύνολο της φυσικής δραστηριότητας από τους άνδρες, αλλά ότι οι άνδρες είναι πιο δραστήριοι από τις γυναίκες σε δραστηριότητες μέτριας έντασης σε δείγμα 60-90 ετών. Από την άλλη μεριά, ο Jurakic και οι συνεργάτες του (2009), βρήκαν πως οι άνδρες ήταν φυσικά πιο δραστήριοι από τις γυναίκες στο σύνολο της φυσικής δραστηριότητας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι με βάση τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας η φυσική δραστηριότητα της πλειοψηφίας του δείγματος συμβαδίζει με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για συστηματική ενασχόληση με μέτριας έντασης δραστηριότητες συνολικής διάρκειας τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα για βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής και μυϊκής ικανότητας, της υγείας των οστών, τη μείωση του κινδύνου μη μεταδοτικών παθήσεων και κατάθλιψης σε άτομα 18-65 ετών (WHO).

Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής

Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη «σωματική λειτουργικότητα» και στη «ζωτικότητα» μεταξύ των ομάδων μέτριας και έντονης φυσικής δραστηριότητας, με τα άτομα που πραγματοποιούσαν υψηλή φυσική δραστηριότητα να σημειώνουν υψηλότερες τιμές στη «σωματική λειτουργικότητα» και τη «ζωτικότητα». Οι Acree και οι συνεργάτες του (2006), σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε 112 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 70 ± 8 έτη, διαπίστωσαν, επίσης, πως τα άτομα που είχαν έντονη φυσική δραστηριότητα είχαν υψηλότερες τιμές στη «σωματική λειτουργικότητα», «ρόλο σωματικό», «σωματικό πόνο», «ζωτικότητα» και «κοινωνική λειτουργικότητα» σε σχέση με τους λιγότερο δραστήριους.

Σε έρευνα των Shibata και των συνεργατών του (2007), στην οποία συμμετείχαν 1211 άτομα μέσης ηλικίας βρέθηκε πως τα άτομα που πραγματοποιούσαν φυσική δραστηριότητα στη συνιστώμενη «ποσότητα» είχαν υψηλότερες τιμές στη «σωματική λειτουργικότητα» σε σχέση με την αδρανή ομάδα και υψηλότερη τιμή «γενικής υγείας» σε σχέση με τις ομάδες ανεπαρκούς ΦΔ και αδρανείας, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Επιπλέον, η ομάδα με τη συνιστώμενη ΦΔ είχε υψηλότερες τιμές στη «ζωτικότητα» σε σχέση και με τις άλλες δύο ομάδες στους άνδρες, και μόνο σε σχέση με την αδρανή ομάδα στις γυναίκες. Τα ευρήματα συμφωνούν σε αρκετά σημεία με τη μελέτη μας: στην παρούσα μελέτη προέκυψε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στη «σωματική λειτουργικότητα» και στη «ζωτικότητα» μεταξύ των ομάδων μέτριας και έντονης φυσικής δραστηριότητας, αλλά όχι και σε σχέση με την ομάδα χαμηλής φυσικής δραστηριότητας. Μια πιθανή εξήγηση είναι το γεγονός ότι στην έρευνα ήταν πολύ μικρό το ποσοστό των ατόμων που πραγματοποιούσαν χαμηλή ΦΔ.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και μελέτη στην οποία αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής ατόμων 60-83 ετών με το ερωτηματολόγιο SF-36, σε σχέση με αντικειμενικές μετρήσεις φυσικής ικανότητας (βηματόμετρα, 6-min-walk test, hand grip str.). Τα άτομα που πραγματοποιούσαν περισσότερα βήματα την ημέρα είχαν υψηλότερες τιμές «σωματικής λειτουργικότητας». Τα άτομα που είχαν καλύτερη απόδοση στο 6-min-walk test είχαν υψηλότερες τιμές στη «σωματική λειτουργικότητα», «ρόλο σωματικό» και «ζωτικότητα», ενώ αυτοί που απέδωσαν καλύτερη στη δύναμη γροθιάς είχαν υψηλότερες τιμές στο «ρόλο σωματικό» και τη «ζωτικότητα». Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως όσο υψηλότερη είναι η φυσική δραστηριότητα τόσο καλύτερες είναι συγκεκριμένες παράμετροι της ποιότητας ζωής (Wanderlay et al., 2011). Τα ίδια συμπεράσματα προκύπτουν και από την παρούσα μελέτη, με μόνη διαφοροποίηση σε κάποιες παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε σχέση με τις άλλες μελέτες. Ωστόσο, σε όλες οι έρευνες που παρατέθηκαν, η έντονη φυσική δραστηριότητα φαίνεται να επηρεάζει θετικά κυρίως τη «σωματική λειτουργικότητα» και τη «ζωτικότητα», κάτι που βρέθηκε και στην παρούσα έρευνα.

Σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής βρίσκουν και οι Jurakić, Pedišić και Greblo, (2010). Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας με τις παραμέτρους «ζωτικότητα», την «ψυχική υγεία» και «ψυχική υγεία σύνολο» στις γυναίκες και «φυσική λειτουργικότητα», «σωματικό πόνο», «κοινωνική λειτουργικότητα», «ψυχική υγεία» και «φυσική υγεία σύνολο» στους άνδρες. Αξίζει να αναφερθεί και μελέτη του Martin και των συνεργατών του (2009), στην οποία βρέθηκε ότι υπήρχε θετική σχέση της ποσότητας της φυσικής δραστηριότητας με βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, αλλά και ότι ακόμα και 74 λεπτά άσκησης την εβδομάδα ήταν αρκετά για να παρουσιαστεί, αν και όχι σε όλες τις παραμέτρους, βελτίωση στην ποιότητα ζωής γυναικών μετά από 6 μήνες εφαρμογής του προγράμματος ΦΔ.

Συσχετίσεις

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι, στο σύνολο των συμμετεχόντων, η ηλικία συσχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «σωματική λειτουργικότητα» και με την παράμετρο «φυσική υγεία συνολική». Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνονται οι τιμές στις παραπάνω παραμέτρους της ποιότητας ζωής.

Προκύπτει, επίσης, ότι οι παράμετροι της ποιότητας ζωής «σωματική λειτουργικότητα» και η «ζωτικότητα» σχετίζονται θετικά με τη «ΦΔ στην αναψυχή». Με τα αποτελέσματα συμφωνεί και ο Jurakic και οι συνεργάτες του (2010), στην έρευνα των οποίων η «ΦΔ αναψυχής» σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής. Από την άλλη μεριά, στην ίδια έρευνα βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τη «ΦΔ στις μετακινήσεις» και τη «ΦΔ στα οικιακά». Με τα παραπάνω ευρήματα συμφωνεί η παρούσα έρευνα, καθώς βρέθηκε ότι οι παράμετροι «ρόλος σωματικός», «σωματικός πόνος» και «κοινωνική λειτουργικότητα» της ποιότητας ζωής σχετίζονται αρνητικά με τη «ΦΔ στις μετακινήσεις». Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν πως υπάρχει ανάγκη σε μελλοντικές έρευνες όσον αφορά στη σχέση ποιότητας ζωής και φυσικής δραστηριότητας να συμπεριλαμβάνονται όλες οι τομείς της φυσικής δραστηριότητας και όχι μόνο η συνολική δραστηριότητα.

Σχέση μεταξύ «ΦΔ στην αναψυχή» και ποιότητας ζωής βρίσκει και ο Vuillemin και οι συνεργάτες του (2005), σε έρευνα σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες με τη χρήση του ερωτηματολογίου MAQ για την καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας και του SF-36 για την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, τα συνιστώμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σχετίζονταν με υψηλότερες τιμές στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, εκτός από τον σωματικό πόνο στις γυναίκες. Παρόμοια αποτελέσματα βρήκε και ο Guallar και οι συνεργάτες του (2004), σε έρευνα σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι η «ΦΔ στην αναψυχή» σχετιζόταν με υψηλότερες τιμές σε όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, εκτός από το «ρόλο σωματικό» και «ρόλο συναισθηματικό» σε άνδρες και γυναίκες.

Καλύτερη ποιότητα ζωής στους τομείς «γενική υγεία», «σωματική λειτουργικότητα» και «ζωτικότητα» βρήκαν ο Häkkinen και οι συνεργάτες του (2010), σε υγιείς νέους άνδρες ηλικίας 25 ετών με υψηλά επίπεδα «ΦΔ στην αναψυχή» σε σχέση με συνομήλικους μη δραστήριους. Συμπερασματικά, η φυσική δραστηριότητα στην αναψυχή επηρεάζει συγκεκριμένες παραμέτρους της ποιότητας ζωής σε όλες τις ηλικίες.

Γίνεται αντιληπτό, πως η φυσική δραστηριότητα συνδέεται με την ποιότητα ζωής και θα πρέπει να υιοθετηθεί ως αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας σε όλες τις ηλικίες, αλλά ιδίως στις μεγαλύτερες, όπου διαφαίνεται μείωση της ποιότητας ζωής με την πάροδο της ηλικίας. Με τη μέριμνα της Πολιτείας θα μπορούσαν να σχεδιαστούν ειδικά προγράμματα προώθησης της φυσικής δραστηριότητας με στόχο την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Στον σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών θα πρέπει, ωστόσο, να υπολογίζεται η φυσική δραστηριότητα ανά τομέα και όχι μόνο η συνολική, καθώς, τόσο στην παρούσα μελέτη, όσο και σε άλλες βρέθηκαν αρνητικές συσχετίσεις της «ΦΔ στις μετακινήσεις» με την ποιότητα ζωής και θετικές με άλλους τομείς ΦΔ.

Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν επιβεβαιώνουν αρκετές από τις αρχικές υποθέσεις. Φαίνεται η φυσική δραστηριότητα, και ειδικά η ΦΔ στην αναψυχή, να επηρεάζει συγκεκριμένες παραμέτρους της ποιότητας ζωής, και όχι όλες. Σε κάθε περίπτωση υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθεί περισσότερη έρευνα σε μια ηλικιακή κατηγορία που κατά κανόνα αναφέρει ότι βιώνει παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής στην καθημερινότητά του, όπως θέματα υγείας, δυσκολίας στη μετακίνηση, κοινωνική απομόνωση κλπ.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα σε σχέση με τις διατυπωθείσες ερευνητικές υποθέσεις:

1) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ατόμων μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας, και συγκεκριμένα τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλής φυσικής δραστηριότητας σημειώνουν υψηλότερη τιμή στην παράμετρο ‘σωματική λειτουργικότητα’ σε σχέση με αυτά της μέτριας φυσικής δραστηριότητας.

2) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Σωματικός’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

3) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματικός Πόνος’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

4) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Γενική Υγεία’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

5) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο μεταβλητών Φυσικής Υγείας’ (1-4), μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

6) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ζωτικότητα’, μεταξύ ατόμων μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας, και συγκεκριμένα τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλής φυσικής δραστηριότητας σημειώνουν υψηλότερη τιμή στην παράμετρο ‘Ζωτικότητα’ σε σχέση με αυτά της μέτριας φυσικής δραστηριότητας.

7) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Κοινωνική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

8) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Συναισθηματικός’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

9) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ψυχική Υγεία’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

10) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο των μεταβλητών Ψυχικής Υγείας (5-8)’, μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής φυσικής δραστηριότητας.

11) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές.

12) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής, ‘Ρόλος Σωματικός’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

13) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σωματικός Πόνος’, μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές.

14) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Γενική Υγεία’, μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές.

15) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο μεταβλητών Φυσικής Υγείας’ (1-4), μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές.

16) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ζωτικότητα’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

17) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Κοινωνική Λειτουργικότητα’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

18) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ρόλος Συναισθηματικός’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

19) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Ψυχική Υγεία’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

20) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής ‘Σύνολο των μεταβλητών Ψυχικής Υγείας (5-8)’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

21) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στην Εργασία’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

22) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στις Μετακινήσεις’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

23) Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στα Οικιακά’, μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τις γυναίκες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές.

24) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας ‘ΦΔ στην Αναψυχή’, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

25) Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή της φυσικής δραστηριότητας 'ΦΔ Συνολική', μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Η μελέτη γύρω από την ποιότητα ζωής και η σχέση της με τη φυσική δραστηριότητα σε άτομα μέσης ηλικίας έχει μελετηθεί ανεπαρκώς, ενώ αντίστοιχα δεδομένα σε ελληνικό πληθυσμό δεν υπάρχουν, στο βαθμό που μπορούμε να γνωρίζουμε. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας επιβεβαιώνουν τη θετική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας σε κάποιες, τουλάχιστον, παραμέτρους της ποιότητας ζωής ατόμων μέσης ηλικίας. Τα αποτελέσματα, επιπλέον, αντικατοπτρίζουν τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της Ελλάδας, με τη γυναίκα να ασχολείται πολύ περισσότερο από τον άνδρα με τη φροντίδα του σπιτιού, αλλά, πλέον, το ίδιο σκληρά στην εργασία, ενώ την ίδια στιγμή παρουσιάζει χαμηλότερη ποιότητα ζωής, σε ότι αφορά την φυσική υγεία, από τον άνδρα. Ωστόσο, από τη δραστηριότητα στα οικιακά δεν μπορούν να προκύψουν ξεκάθαρα οφέλη για την υγεία, παρά το γεγονός ότι καταναλώνεται σημαντική ενέργεια σε αυτές τις δραστηριότητες από τις γυναίκες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη της Πολιτείας προκειμένου για την προώθηση, μέσω ειδικών προγραμμάτων με στόχο κυρίως τις γυναίκες, της φυσικής δραστηριότητας αναψυχής, που είναι αποδεδειγμένο ότι προσφέρει σημαντικότερα οφέλη στην υγεία, αλλά και στην ποιότητα ζωής, που τόσο πολύ βάλλεται στη σύγχρονη πραγματικότητα. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν θετικές συσχετίσεις παραμέτρων της ποιότητας ζωής («σωματική λειτουργικότητα» και η «ζωτικότητα») με κάποιους τομείς της φυσικής δραστηριότητας (ΦΔ στην αναψυχή) και αρνητικές με άλλους τομείς (μετακινήσεις). Είναι σημαντικό, λοιπόν, σε μελλοντικές έρευνες να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι τομείς της φυσικής δραστηριότητας ξεχωριστά και όχι μόνο η συνολική δραστηριότητα. Το ίδιο θα πρέπει να ισχύσει και για τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, προκειμένου να αποκτηθεί μια πληρέστερη εικόνα στην έρευνα για την ποιότητα ζωής και τη

σχέση της με τη φυσική δραστηριότητα. Προτείνεται, επίσης, να γίνει έρευνα για εντοπισμό πιθανών διαφορών στο δείκτη ποιότητα ζωής, μεταξύ των ατόμων από τα ΚΑΠΗ και των ατόμων από τα κέντρα αποκατάστασης.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Acree, L.S., Longfors, J., Fjeldstad, A.S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K.J., et al. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 37.

Arteaga, A., Bustos, P., Soto, R., Velasco, N. & Amigo, H. (2010). Physical activity and cardiovascular risk factors among Chilean young men and women. *Revista Médica de Chile*, 138, 1209-1216.

Avriel, A., Fuchs, L., Plakht, Y., Cicurel, A., Apfelbaum, A., Satran, R., et al. (2011). Quality of life at the dead sea region: the lower the better? an observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 38.

Azman, A.B., Sararaks, S., Rugayah, B., Low, L.L., Azian, A.A., Geeta, S., et al. (2003). Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36. *Medical Journal of Malaysia*, 58(5), 694-711.

Βαλάνου, Ε.Μ., Μπάμια, Χ., Χλόπτσιος, Γ., Κολυβά, Μ. & Τριχοπούλου, Α. (2006). Σωματική δραστηριότητα 28.030 ανδρών και γυναικών στην ελληνική έρευνα του ΕΠΙΚ. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2), 149-158.

Bandmann, E. (2008). *Physical activity questionnaires- A critical review of methods used in validity and reproducibility studies*. Graduate Essay 17:2008, GIH-The Swedish School of Sport and Health Sciences, Stockholm.

Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C.L., Ainsworth, B.E., Sallis, J.F., et al. (2009). The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 21.

Βέμη, Ν., Αναγνωστόπουλος, Φ. & Νιάκας, Δ. (2007). Σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα των Ελλήνων αστυνομικών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1) 43-50.

Bize, R., Johnson, J.A. & Plotnikoff, R.C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive Medicine*, 45, 401-15.

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. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 51-57.

Carvalho, E.D., Valadares, A.L., Costa-Paiva, L.H., Pedro, A.O., Morais, S.S. &

Pinto-Neto, A.M. (2010). Physical activity and quality of life in women aged 60 or older: associated factors. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 32(9), 433-40.

Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise,

and physical fitness: Definitions and distinctions for health related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.

Craig, C.L., Russell, S.J., Cameron, B.A., & Beaulieu, A. (1999). *Foundation for joint*

Action: Reducing Inactivity Report. Ottawa ON: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.

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, R.C.](#), [Dias, J.M.](#) & [Ramos, L.R.](#) (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.

European Opinion Research Group (2006). *Special Eurobarometer, Health and Food, November 2006* (No 64.3). The European Commission: Author.

European Opinion Research Group (2003). *Special Eurobarometer, Physical Activity December 2003* (No 58.2). The European Commission: Author.

Fayers, P.M. & Machin, D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Second edition, West Sussex, England: Wiley and Sons.

Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.

Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Bower, J.E. & Belin, T.R. (2011). Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(9), 1101-9.

Guallar-Castillón, P., Santa-Olalla Peralta, P., Banegas, L.R., López, E. & Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Physical activity and quality of life in older adults in Spain. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 123(16), 606-10.

- Häkkinen, A., Rinne, M., Vasankari, T., Santtila, M., Häkkinen, K. & Kyröläinen, H. (2010). Association of physical fitness with health-related quality of life in Finnish young men. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 15.
- Hopman, W.M., Towheed, T., Anastassiades, T., Tenenhouse, A., Poliquin, S., Berger, C., et al. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. *Canadian Medical Association Journal*, 163(3), 265-71.
- Hsu, H.C. (2007). Gender differences in Health-related Quality of Life among the elderly in Taiwan. *Asian Journal of Health and Information Sciences*, 1(4), 366- 76.
- 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.
- Jiang, Y. & Hesser, J.E. (2006). Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 14.
- Jurakić, D., Pedišić, Ž. & Andrijašević, M. (2009). Physical activity of Croatian

population: cross-sectional study using International Physical Activity Questionnaire. *Croatian Medical Journal*, 50, 165-73.

Jurakić, D., Pedišić, Z. & Greblo, Z. (2010). Physical activity in different domains and health-related quality of life: a population-based study. *Quality of Life Research*, 19(9), 1303-9.

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.

Lobo, A., Santos, P., Carvalho, J. & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 8(4), 284-90.

Luncheon, C. & Zack, M. (2011). Health-related quality of life and the physical activity levels of middle-aged women, California Health Interview Survey, 2005. *Preventing chronic disease, Public Health Research, practice and policy*, 8(2), 1-11.

Μακαβέλου, Π., Μιχαλοπούλου, Μ., Μακαβέλου, Σ., Υφαντίδου, Γ., Κουρτέσης, Θ.

- & Ζέτου, Ε. (2005). Επιδράσεις ηλικίας και φύλου στη φυσική δραστηριότητα ενηλίκων στην Ελλάδα. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(2), 176-186. Δημοσιεύτηκε 30 Σεπτεμβρίου 2005 από http://www.hape.gr/emag/vol3_2/hape96.pdf
- Martin, C.K., Church, T.S., Thompson, A.M., Earnest, C.P. & Blair, S.N. (2009). Exercise dose and quality of life: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 269-278.
- Martins, M.C.C., Ricarte, I.F., Rocha, C.H.L., Maia, R.B., Silva, V.B., Veras, A.B., et al. (2010). Blood pressure, excess weight and level of physical activity in students of a public university. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(2), 192-199.
- 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 Behavioural Medicine*, 31(1), 99-103.
- Μιχαλοπούλου, Μ., Αγγελούσης, Ν., Ζήση, Β., Βεντούρη, Μ., Κουρτέσης, Θ. & Μάλλιου, Π. (2006). Φυσική δραστηριότητα ατόμων 60-90 ετών στην Ελλάδα: Επιδράσεις ηλικίας και φύλου. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 4(1), 87-96. Δημοσιεύτηκε 4 Απριλίου 2006 από <http://utopia.duth.gr/~nkoumpou/hape124.pdf>.
- Μπερτάκη, Χ., Μιχαλοπούλου, Μ., Αργυροπούλου, Ε.Χ. & Μπιτζίδου, Χ. (2007).

- Φυσική δραστηριότητα μαθητών και μαθητριών Λυκείου στην Ελλάδα. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 5(3), 386-395. Δημοσιεύτηκε 31 Δεκεμβρίου 2007 από http://www.hape.gr/emag/vol5_3/hape223.pdf.
- Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν. & Νιάκας, Δ. (2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2), 159-166.
- Pappa E., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 14, 1433–1438.
- Παπάνης Ε. & Ρουμελιώτου Μ. (2007). Ελληνική κοινωνική έρευνα. Ποιότητα ζωής. Δημοσιεύτηκε 22 Σεπτεμβρίου 2007 από http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5311.html.
- Serón, P., Muñoz, S. & Lanás, F. (2010). Levels of physical activity in an urban population from Temuco, Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 1232-1239.
- Shibata, A., Oka, K., Nakamura, Y. & Muraoka, I. (2007). Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 64.

- Sloan, R.A., Sawada, S.S., Martin, C.K., Church, T. & Blair, S.N. (2009). Associations between cardiorespiratory fitness and health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 47.
- Tavafian, 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*, 28(8), 21.
- Terashima, K., Yoshimura, Y., Hirai, K. & Kusaka, Y. (2011). QOL-associated factors in elderly patients who underwent cardiovascular surgery. *Environmental Health & Preventive Medicine*, [Epub ahead of print].
- Tountas, Y., Demakakos, P.TH., Yfantopoulos, Y., Aga, J., Houliara, L. & Ravi, E. (2003). The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 61.
- Treasury Board of Canada Secretariat (2000). *Quality of life: Background, components, indicators, measurement and conceptualization*. Canadian Environmental Assessment Agency. Modified date 9/4/2009 <http://www.acee-ceaa.gc.ca>
- Tsioufis, C., Kyvelou, S., Tsiachris, D., Tolis, P., Hararis, G., Koufakis, N., et al.

- (2011). Relation between physical activity and blood pressure levels in young Greek adolescents: the Leontio Lyceum Study. *European Journal of Public Health*, 21(1), 63-8.
- 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.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hercberg, S., et al. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 41(2), 562-9.
- Wanderley, F.A., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J. & Carvalho, J. (2011). Association between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, Epub ahead of print.

World Health Organisation, (2010). Global recommendations on physical activity for health.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.

Zhang, Q., Zhang, Q. & Li, N. (2007). Analysis of quality of life and its influence

factors of elderly persons in urban in Chengdu. *Journal of Hygiene Research*, 36(5), 584-

6.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο SF-36 για την ποιότητα ζωής

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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Πολύ καλύτερα	Κάπως καλύτερα	Σχεδόν ίδιο	Κάπως χειρότερα	Πολύ χειρότερα
τώρα από ένα	τώρα από ένα	όπως ένα	τώρα από	τώρα από ένα
έτος πριν	έτος πριν	έτος πριν	ένα έτος πριν	έτος πριν
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. <u>Μέτριες δραστηριότητες</u> , όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, η ώθηση μιας ηλεκτρικής σκούπας, το	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bowling, ή ένα παιχνίδι γκολφ

Γ. Η μετακίνηση ή το σήκωμα των προϊόντων αγοράς από το σούπερ μάρκετ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δ. Το ανέβασμα <u>αρκετών</u> ορόφων σκαλοπάτια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ε. Το ανέβασμα <u>ενός</u> ορόφου σκαλοπάτια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στ. Κάμψη, γονάτισμα, σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ζ. Περπάτημα <u>πάνω από ένα χιλιόμετρο</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η. Περπάτημα <u>αρκετών εκατοντάδων μέτρων</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θ. Περπάτημα <u>εκατό μέτρων</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ι. Το να ντύνομαι και να κάνω μπάνιο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. <u>Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος)</u> από ότι θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Περιορίστηκε η <u>ποιότητα</u> της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 το συνολικό χρόνο που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες

B. Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος) από ότι θα θέλατε

Γ. Περιορίστηκε η ποιότητα της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων

Δ. Εργαστήκατε ή κάνατε δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά 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 πως 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε πολύ νευρικοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ότι σας απορρίπτουν και τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ήρεμοι και χαλαροί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε πολλή ενέργεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε αποθάρρυνση και κατάθλιψη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε φθαρμένοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ήσασταν ευτυχείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε κουρασμένοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητες 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 ότι οι άλλοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι τόσο υγιής όσο οποιοσδήποτε άλλος που γνωρίζω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σας ευχαριστούμε που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ερωτηματολόγιο IPAQ

Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας Προσωπική Αναφορά των Προηγούμενων 7 Ημερών

Ενδιαφερόμαστε να καταγράψουμε τα είδη των φυσικών δραστηριοτήτων στις οποίες οι άνθρωποι συμμετέχουν στο πλαίσιο της καθημερινής τους ζωής. Οι ερωτήσεις που θα συμπληρώσετε αφορούν στο χρόνο που καταναλώσατε όντας φυσικά δραστήριοι τις τελευταίες 7 ημέρες. Παρακαλείσθε να απαντήσετε ακόμη και αν δε θεωρείτε τον εαυτό σας δραστήριο. Παρακαλείσθε να σκεφτείτε τις δραστηριότητες που συμμετέχετε στη δουλειά σας, στις εργασίες του σπιτιού ή του κήπου, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για να αναψυχή, άσκηση ή άθληση.

Σκεφτείτε όλες τις έντονες και μέτριες έντασης δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τις τελευταίες 7 ημέρες. Οι έντονες φυσικές δραστηριότητες απαιτούν μεγάλη φυσική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε πολύ πιο δύσκολα απ' το κανονικό. Οι φυσικές δραστηριότητες μέτριας έντασης απαιτούν μέτρια φυσική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως πιο δύσκολα απ' το κανονικό.

1^ο ΜΕΡΟΣ: ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Η πρώτη ενότητα αφορά στη εργασία σας. Περιλαμβάνει μισθωτές εργασίες, γεωργία, εθελοντική εργασία, μελέτη και οποιαδήποτε άλλη δουλειά κάνατε αμειβομένως (χωρίς αμοιβή) εκτός σπιτιού. Μη συμπεριλάβετε εργασίες χωρίς αμοιβή που μπορεί να κάνατε στο σπίτι σας όπως οικιακά, δουλειά στην αυλή, γενική συντήρηση και φροντίδα της οικογένειας. Γι αυτά θα ερωτηθείτε στο 3^ο Μέρος.

1. Αυτό τον καιρό, έχετε κάποια δουλειά ή κάνετε κάποια δουλειά χωρίς αμοιβή εκτός σπιτιού ;

Ναί

Όχι → **Πηγαίνετε κατευθείαν στο 2^ο Μέρος : Μετακίνηση**

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν σε όλες τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τις τελευταίες 7 ημέρες στα πλαίσια της εργασίας σας με ή χωρίς αμοιβή. Δε συμπεριλαμβάνουν τη μετακίνηση προς και από την εργασία σας.

2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε έντονες φυσικές δραστηριότητες όπως άρση βαριών αντικειμένων, σκάψιμο, σκληρές κατασκευαστικές εργασίες ή ανέβασμα σκαλοπατιών, ως μέρος της εργασίας σας για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά;

_____ Ημέρες ανά εβδομάδα

Δεν υπήρξε έντονη σωματική δραστηριότητα που να σχετίζεται με την εργασία. → Πηγαίστε κατευθείαν στην ερώτηση 4.

3. Πόσο χρόνο καταναλώσατε, συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, συμμετέχοντας σε έντονες φυσικές δραστηριότητες ως μέρος της εργασίας σας;

_____ Ώρες ανά ημέρα_____ Λεπτά ανά ημέρα

4. Σκεφτείτε ξανά μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες όπως μεταφορά ελαφρών φορτίων, ως μέρος της εργασίας σας; Παρακαλείσθε να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.

_____ Ημέρες ανά εβδομάδα

Δεν υπήρξε σωματική δραστηριότητα μέτριας έντασης που να σχετίζεται με την εργασία → Πηγαίστε κατευθείαν στην ερώτηση 6

5. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως, σε μία απ' αυτές τις ημέρες συμμετέχοντας σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες ως μέρος της εργασίας σας ;

_____ Ώρες ανά ημέρα_____ Λεπτά ανά ημέρα

6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που περπατήσατε τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά ως μέρος της εργασίας σας; Παρακαλείσθε να μην υπολογίσετε το περπάτημα που κάνατε προς και από την εργασία σας.

_____ Ημέρες ανά εβδομάδα

Καθόλου περπάτημα σχετικό με την εργασία → Πηγαίστε κατευθείαν στο 2° Μέρος : Μετακίνηση.

7. Πόσο χρόνο συνήθως περπατήσατε σε μία απ' αυτές τις ημέρες ως μέρος της εργασίας σας;

_____ Ώρες ανά ημέρα_____ Λεπτά ανά ημέρα**2° ΜΕΡΟΣ: ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ**

Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν στον τρόπο με τον οποίο μετακινηθήκατε από μέρος σε μέρος συμπεριλαμβανομένων των μετακινήσεων για τη δουλειά, τα μαγαζιά, το σινεμά κ.τ.λ.

8. Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 7 ημερών**, πόσες ήταν οι ημέρες που **μετακινηθήκατε με μεταφορικό μέσο** όπως τρένο, λεωφορείο, αυτοκίνητο ή τραμ;

 Ημέρες ανά εβδομάδα

Καμία μετακίνηση με μεταφορικό μέσο → Πηγαίστε κατευθείαν στην ερώτηση 10.

9. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, για **μετακίνηση με αυτοκίνητο, τρένο, λεωφορείο ή κάποιο άλλο μεταφορικό μέσο**;

 Ώρες ανά ημέρα

 Λεπτά ανά ημέρα

Τώρα, σκεφτείτε μόνο το **ποδήλατο** και το **περπάτημα** που κάνατε για να μετακινηθείτε προς και από την εργασία σας, για να κάνετε κάποιο θέλημα ή για να μετακινηθείτε από μέρος σε μέρος.

10. Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 7 ημερών**, πόσες ήταν οι ημέρες που κάνατε **ποδήλατο** τουλάχιστον για 10 λεπτά τη φορά για να **πάτε από μέρος σε μέρος**;

 Ημέρες ανά εβδομάδα

Δε χρησιμοποίησα το ποδήλατο για μεταφορά από μέρος σε μέρος → Πηγαίστε κατευθείαν στην ερώτηση 12

11. Σε μία απ' αυτές τις ημέρες, συνήθως πόση ώρα κάνατε **ποδήλατο** για να μετακινηθείτε από μέρος σε μέρος ;

 Ώρες ανά ημέρα

 Λεπτά ανά ημέρα

12. Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 7 ημερών**, πόσες ήταν οι ημέρες που **περπατήσατε** τουλάχιστον για 10 λεπτά τη φορά για να **μετακινηθείτε από μέρος σε μέρος** ;

 Ημέρες την εβδομάδα

Καθόλου περπάτημα από μέρος σε μέρος → Πηγαίστε κατευθείαν στο 3^ο Μέρος: Οικιακά, Συντήρηση Σπιτιού & Φροντίδα Οικογένειας

13. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, **περπατώντας** από μέρος σε μέρος ;

 Ώρες ανά ημέρα

 Λεπτά ανά ημέρα

3^ο ΜΕΡΟΣ: ΟΙΚΙΑΚΑ, ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΣΠΙΤΙΟΥ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Αυτή η ενότητα αφορά σε κάποιες από τις φυσικές δραστηριότητες όπου μπορεί να συμμετείχατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών μέσα και γύρω από το σπίτι σας όπως οικιακά, δουλειά στην αυλή, κηπουρική, εργασίες γενικής συντήρησης του σπιτιού και φροντίδα της οικογένειας.

14. Σκεφτείτε μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον για 10 λεπτά τη φορά. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε έντονες φυσικές δραστηριότητες όπως άρση βαριών αντικειμένων, κόψιμο ξύλων, φτύρισμα χιονιού ή σκάψιμο στον κήπο ή στην αυλή ;

Ημέρες ανά εβδομάδα

- Δεν υπήρξε έντονη δραστηριότητα στον κήπο ή στην αυλή. → Πηγαίνατε κατευθείαν στην ερώτηση 16

15. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες σε έντονες φυσικές δραστηριότητες στον κήπο ή στην αυλή;

Ωρες ανά ημέρα

Λεπτά ανά ημέρα

16. Σκεφτείτε ξανά μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες όπως μεταφορά ελαφρών φορτίων, σκούπισμα, πλύσιμο παραθύρων και σκάισμα στον κήπο ή στην αυλή;

Ημέρες ανά εβδομάδα

- Δεν υπήρξε μέτριας έντασης δραστηριότητα στον κήπο ή την αυλή → Πηγαίνατε κατευθείαν στην ερώτηση 18.

17. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες κάνοντας μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες στον κήπο ή στην αυλή;

Ωρες ανά ημέρα

Λεπτά ανά ημέρα

18. Σκεφτείτε ξανά μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες όπως μεταφορά ελαφρών φορτίων, πλύσιμο παραθύρων, τρίψιμο πατωμάτων και σκούπισμα μέσα στο σπίτι σας ;

Ημέρες ανά εβδομάδα

Δεν υπήρξε μέτριας έντασης δραστηριότητα μέσα στο σπίτι → Πηγαίετε κατευθείαν στο 4^ο Μέρος

19. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες μέσα στο σπίτι σας;

 Ώρες ανά ημέρα
 Λεπτά ανά ημέρα

4^ο ΜΕΡΟΣ: ΑΝΑΨΥΧΗ, ΑΘΛΗΣΗ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ

Αυτή η ενότητα αφορά σε όλες τις φυσικές δραστηριότητες που συμμετείχατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών μόνο για αναψυχή, άθληση, άσκηση ή στον ελεύθερο χρόνο σας. Παρακαλείσθε, να μη συμπεριλάβετε δραστηριότητες που έχουν ήδη αναφερθεί.

20. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που περπατήσατε τουλάχιστον για 10 λεπτά τη φορά, στον ελεύθερο χρόνο σας; Παρακαλείσθε να μην υπολογίσετε το περπάτημα που έχετε ήδη αναφέρει.

 Ημέρες ανά εβδομάδα

Καθόλου περπάτημα στον ελεύθερο χρόνο → Πηγαίετε κατευθείαν στην ερώτηση 22.

21. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, περπατώντας στον ελεύθερο χρόνο σας;

 Ώρες ανά ημέρα
 Λεπτά ανά ημέρα

22. Σκεφτείτε μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε έντονες φυσικές δραστηριότητες όπως αεροβική γυμναστική, τρέξιμο, γρήγορη ποδηλασία ή γρήγορη κολύμβηση στον ελεύθερο χρόνο σας;

 Ημέρες ανά εβδομάδα

Δεν υπήρξε έντονη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο → Πηγαίετε κατευθείαν στην ερώτηση 24.

23. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, σε έντονες φυσικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο σας;

 Ώρες ανά ημέρα
 Λεπτά ανά ημέρα

24. Σκεφτείτε ξανά μόνο αυτές τις φυσικές δραστηριότητες όπου συμμετείχατε τουλάχιστον για 10 λεπτά τη φορά. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ήταν οι ημέρες που συμμετείχατε σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες όπως ποδηλασία ή κολύμβηση σε κανονικό ρυθμό, και διπλό αγώνα τέννις, στον ελεύθερο χρόνο σας;

 Ημέρες ανά εβδομάδα

Δεν υπήρξε μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο → Πηγαίνατε κατευθείαν στο 5^ο Μέρος : Χρόνος Ξεκούρασης

25. Πόσο χρόνο καταναλώσατε συνήθως σε μία απ' αυτές τις ημέρες, σε μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο σας;

 Ώρες ανά ημέρα

 Λεπτά ανά ημέρα

5^ο ΜΕΡΟΣ: ΧΡΟΝΟΣ ΞΕΚΟΥΡΑΣΗΣ

Οι τελευταίες ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που περάσατε καθισμένοι στην εργασία, στο σπίτι, την ώρα μελέτης και στον ελεύθερο χρόνο σας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περάσατε καθισμένοι σε ένα γραφείο, σε επίσκεψη σε φίλους, διαβάζοντας ή χρόνο που περάσατε καθιστοί ή ξαπλωμένοι βλέποντας τηλεόραση. Μη συμπεριλάβετε το χρόνο που περάσατε καθισμένοι σε μεταφορικό μέσο στον οποίο έχετε ήδη αναφερθεί.

26. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόση ώρα συνήθως περάσατε καθιστοί σε μία εργάσιμη ημέρα;

 Ώρες ανά ημέρα

 Λεπτά ανά ημέρα

27. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόση ώρα συνήθως περάσατε καθιστοί σε μία ημέρα μέσα στο Σαββατοκύριακο;

 Ώρες ανά ημέρα

 Λεπτά ανά ημέρα

Αυτό είναι το τέλος του ερωτηματολογίου, σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Υπόδειγμα συναίνεσης δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία**1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας**

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διαπιστώσει εάν η Ποιότητα ζωής ενός ατόμου συνάδει με το επίπεδο της καθημερινής του Φυσικής Δραστηριότητας

2. Διαδικασία μετρήσεων

Θα χρειαστεί να συμπληρώσεις δύο ερωτηματολόγια καταγράφοντας τις προσωπικές σου αντιλήψεις για το επίπεδο της Φυσικής σου δραστηριοποίησης και της ποιότητας ζωής που απολαμβάνεις

3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, ο ερωτώμενος μπορεί ανα πάσα στιγμή να διακόψει την διαδικασία, εάν θεωρήσει ότι πιέζεται.

Προσδοκούμενες ωφέλειες

Τα ευρήματα από την εργασία θα συνδέσουν τις ωφέλειες της καθημερινής ικανοποιητικής Φυσικής Δραστηριοποίησης ατόμων μέσης ηλικίας με τους δείκτες Ποιότητας Ζωής τους, προσβλέποντας σε μία πλέον ενεργή και υγιή κοινωνία

4. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σου στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείς με τη δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σου δε θα φαίνεται πουθενά

5. Πληροφορίες

Μη διστάσεις να κάνεις ερωτήσεις γύρω από το σκοπό, τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας ή τον υπολογισμό της λειτουργικής σου ικανότητας. Αν έχεις κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις, ζήτησέ μας να σου δώσουμε πρόσθετες εξηγήσεις.

6. Ελευθερία συναίνεσης

Η άδειά σου να συμμετάσχεις στην εργασία είναι εθελοντική. Είσαι ελεύθερος να μην συναινέσεις ή να διακόψεις τη συμμετοχή σου όποτε επιθυμείς.

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

Ημερομηνία: __/__/__

Υπογραφή ερευνητή

Ονοματεπώνυμο και
υπογραφή συμμετέχοντος

Ονοματεπώνυμο και
υπογραφή παρατηρητή

