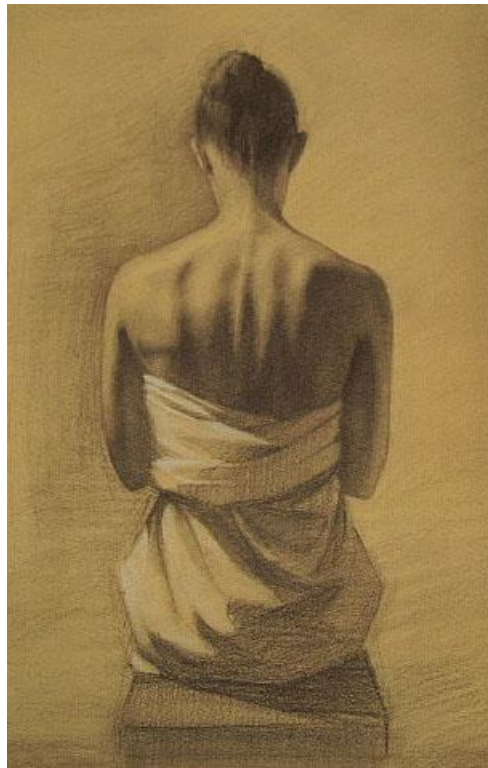




ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΕΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η επίδραση της παχυσαρκίας και της ψυχολογίας στις συνθήκες διαβίωσης. Η συμβολή του τόπου κατοικίας και της σωματικής δραστηριότητας.



Σπουδαστές: Ντεκουμέ Βασιλική Α.Ε.Μ: 3169

Οσμάν Ελιφ Α.Ε.Μ: 3193

Εισηγήτρια πτυχιακής: Βαϊρλή Μαρία

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3-6
2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	7-16
3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	17-22
Αποτελέσματα της φυσικής άσκησης σε παχύσαρκους	23-25
4. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	26-33
5. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	34-43
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	44-50

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το επίπεδο της ποιότητας και ικανοποίησης από τη ζωή χαρακτηρίζεται από την καταλληλότητα των συνθηκών σε μια περιοχή ή από το επίπεδο της ελκυστικότητας ή ως η απουσία ή η ύπαρξη της οικογένειας, των ιατρικών θεμάτων, της κοινωνικής και της ψυχολογικής κατάστασης.

Η έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή μπορεί να συνδυασθεί με οικονομικούς και κοινωνικούς δείκτες, με δείκτες σχετικούς με την υγεία και με ψυχολογικούς δείκτες. Η ικανοποίηση από τη ζωή μετριέται από την επίδραση σε αυτή (στη ζωή) της παχυσαρκίας (και γενικών θεμάτων υγείας), της κατάθλιψης, του τρόπου κατοικίας και της σωματικής δραστηριότητας.

Η παχυσαρκία επιδρά στην ποιότητα ζωής, πολλές φορές σε σημαντικά ποσοστά καθώς μπορεί να επηρεάσει την ζωή του ατόμου τόσο λειτουργικά όσο και ψυχολογικά. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να συμβάλει θετικά σε αυτή την περίπτωση καθώς μπορεί να φέρει αλλαγές και στους δυο αυτούς τομείς. Ιδιαίτερα στο ψυχολογικό τομέα μπορεί να επηρεάσει και τις ζωές των ατόμων που δεν έχουν πρόβλημα

παχυσαρκίας άλλα είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Τα άτομα με μεγαλύτερη ηλικία αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα ψυχικής φύσεως όπως κατάθλιψη, στην βελτίωση της οποίας παίζει ρόλο και ο τόπος διαμονής, εκτός από τη σωματική δραστηριότητα, αφού αυτός ανάλογα με την περιοχή επιφέρει και την αντίστοιχη ποιότητα ζωής.

Για να διευκολυνθεί ο υπολογισμός της ικανοποίησης από τη ζωή, η ποιότητα ζωής χωρίζεται σε δύο ορισμούς, στην αντικειμενική και την υποκειμενική (Hellburn 1982, Paim 1995). Παράγοντες που σχετίζονται με φυσικές ή υλικές πτυχές της ποιότητας θεωρούνται αντικειμενικές ενώ εκείνα που σχετίζονται με τις αντιλήψεις της ικανοποίησης από τη ζωή θεωρούνται υποκειμενικές. Αυτό στην περίπτωση μας σημαίνει ότι η παχυσαρκία είναι ένας αντικειμενικός ορισμός, ενώ η κατάθλιψη είναι ένας υποκειμενικός ορισμός. Η QOL μπορεί να μετονομαστεί σε HRQOL η οποία αποτελείται από οκτώ τομείς συμπεριλαμβανομένων της σωματικής λειτουργίας, το ρόλο της φυσικής κατάστασης, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία, τον συναισθηματικό κόσμο και την ψυχική υγεία. Η HRQOL αντιπροσωπεύει ένα μέρος της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται ειδικά με την αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του και τους περιορισμούς στη

λειτουργία, που σχετίζεται με την υγεία, ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Επίσης σε άλλες έρευνες της έχει δοθεί ο όρος κοινότητα της ποιότητας ζωής, CQoL, το οποίο έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την τοπική οικονομική ανάπτυξη σε υπαλλήλους στις προσπάθειές τους για την αξιολόγηση της ανάπτυξης στην εν λόγω κοινότητα, και για να συγκριθεί η κοινότητα και σε άλλες περιοχές. Είναι μια συγκέντρωση διαφόρων ποσοτικών και ποιοτικών γεγονότων και απόψεων, σε ένα τελικό αριθμό.

Η CQoL έννοια που χρησιμοποιείται εδώ ξεκινά με το μέρος του εισοδήματος και προσθέτει πρόσθετα εξαρτήματα για την κάλυψη άλλων κοινωνικών και οικονομικών στοιχείων που εφαρμόζονται στις τοπικές κοινότητες και τις τοπικές αγορές. Ο προτεινόμενος ορισμός, είναι η CqoL αντιπροσωπεύει μια ομάδα των κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών δεικτών που συμβάλλουν στην καταλληλότητα συνθηκών ζωής της περιοχής.

Εν ολίγοις, η CQoL εκτιμήσεις εκφράζουν ένα μέρος της λειτουργίας της ζήτησης για την περιοχή. Σε γενικές γραμμές, 'η ποιότητα ζωής' έχει χρησιμοποιηθεί ως ετικέτα για να περιγράψει ένα σημαντικό δείκτη της τοπικής οικονομικής ανάπτυξης, της οικονομικής αξιοποίησης και της συνολικής μέτρησης της προόδου της κοινότητας.

Κατά μια άλλη άποψη η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή αντικατοπτρίζεται από το σύνολο των εμπειριών ενός ατόμου από τους τομείς της ζωής του όπως, βασικές ανάγκες, υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, κλπ (Peterson, Maltotra 1997, Sirgy 1991).

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ



Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης σχετικά με την υγεία και την ποιότητα ζωής (εφεξής HRQL) για τις χαμηλού εισοδήματος νέες Αφροαμερικάνες, χρησιμοποιήθηκαν αποτελέσματα σε ένα γενικό μέτρο της HRQL ,το SF-36, ως βάση για την περιγραφή της HRQL, της κατάθλιψης και της μη-κατάθλιψης στις νέες Αφροαμερικάνες γυναίκες με χαμηλό εισόδημα.

Αρκετά δημογραφικά χαρακτηριστικά έχουν αναγνωρισθεί ως παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη, όπως είναι η φτώχεια, οι μειονότητες και το γυναικείο φύλο ( Miranda, 1999 ). Έχει αποδειχτεί ότι η κατάθλιψη έχει ισχυρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, που συνδέονται με την HRQL

(Coulehan, Shulberg, et al., 1997). Οι ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρεται ότι έχουν χαμηλότερη HRQL, από ασθενείς με χρόνιες ιατρικές καταστάσεις όπως υπέρταση, διαβήτης, αρθρίτιδες και γαστρεντερικά προβλήματα (Wells, Stewart, et al., 1989).

Οι αναλύσεις της έρευνας που πραγματοποιήθηκε βασίζονται σε δεδομένα από τη μελέτη 'Γυναίκες Εισάγουν Φροντίδα' (WE Care), μια δωδεκάμηνη τυχαιοποιημένη και ελεγχόμενη δοκιμή των θεραπειών, για σοβαρή κατάθλιψη και φροντίδα των οικονομικά ασθενέστερων Αφροαμερικανών, Λατίνων και Λευκών γυναικών στην Ουάσιγκτον και άλλων περιοχών των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Οι διαλογές πραγματοποιήθηκαν από τον Μάιο του 1998 έως το Δεκέμβριο του 2001. Όλα τα άτομα που εξετάστηκαν έπρεπε να είναι τουλάχιστον 18 ετών και Αφροαμερικάνες και ισπανόφωνοι Λατίνοι ή Καυκάσιοι. Οι πληροφορίες που ζητήθηκαν από τον ερωτηθέντα ήταν σχετικά με θέμα την ηλικία, τον αριθμό των παιδιών, το καθεστώς ασφάλισης, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική ιδιότητα, και την χρησιμοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών.

Οι αρχικές συνεντεύξεις διενεργήθηκαν σε δημόσιες κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού με χαμηλού



εισοδήματος πελάτες. Σε πρώτη φάση όλα τα άτομα ελέγχθηκαν ως προς την διάθεση, το άγχος, τον τύπο σώματος, το αλκοόλ, και τις διατροφικές διαταραχές. Σε δεύτερη φάση, χρειάστηκε να καθοριστεί εάν υπήρχαν άλλα κριτήρια αποκλεισμού που εφαρμόστηκαν στα άτομα όπως η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός, ισχύοντα προβλήματα αλκοόλ ή ναρκωτικών, πένθος και η τρέχουσα φροντίδα της ψυχικής υγείας. Σε τρίτη φάση πραγματοποιήθηκε η βασική συνέντευξη των συμμετεχόντων.

Οι κλινικές και δημογραφικές συσχετίσεις των αποτελεσμάτων του SF-36 της έρευνας έδειξαν ότι η κατάθλιψη και το άγχος συνδέονται με την ανεπάρκεια σε φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς τομείς της HRQL. Οι Αφροαμερικάνες γυναίκες με κατάθλιψη βαθμολογούνται χαμηλότερα στην SF-36, υποδηλώνοντας φτωχότερη ποιότητα ζωής. Ούτε η ηλικία, ούτε ο αριθμός των παιδιών συσχετίζεται με ψυχοκοινωνικά πεδία της HRQL όπως η ψυχική υγεία ή ο συναισθηματικός ρόλος. Άτομα με κατάθλιψη και άγχος ήταν πιο αδύνατα σύμφωνα με την HRQL, σε σύγκριση με άτομα που έπασχαν μόνο από κατάθλιψη. Αυτή η διαπίστωση είναι σημαντική, δεδομένης της χαμηλής ποιότητας ζωής για την ομάδα που πάσχει μόνο από κατάθλιψη. Ο αντίκτυπος της HRQL, της κατάθλιψης και του

άγχους έχει σημαντικές συνέπειες για τη λειτουργικότητα αυτών των γυναικών. Η κατάθλιψη και το άγχος μεταξύ Αφροαμερικανών γυναικών με χαμηλό εισόδημα έχουν βαθιά προσωπικές καθώς και κοινωνικές συνέπειες. Από κοινωνικής πλευράς, ανεπαρκής λειτουργία συσχετίζεται με ανεπιθύμητα αποτελέσματα όπως η υπό ή ανεργία. Τα υψηλά ποσοστά των τραυμάτων ζωής και των διαταραχών άγχους των γυναικών, μεταξύ των φυλετικών μειονοτήτων, δίνουν την αίσθηση του προβλήματος. Αποτελέσματα που αναφέρονται εδώ παρέχουν πληροφορίες σχετικές σε γιατρούς και κλινικούς ερευνητές που εργάζονται με οικονομικά μη προνομιούχες γυναίκες μειονοτήτων των ΗΠΑ παρέχοντας σημεία αναφοράς για την κατανόηση των επιπτώσεων της κατάθλιψης και του άγχους στη κατάσταση της υγείας. ( Frank et al., 2005).

Σύμφωνα και με άλλες μελέτες που έχουν γίνει οι γυναίκες έχουν σχεδόν τις διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να βιώσουν άγχος και διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένου και της σοβαρής κατάθλιψης (Kessler, McGonagle, et al., 1994). Στις Η.Π.Α ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού ζει σε συνθήκες φτώχειας, και οι γυναίκες και οι εθνικές μειονότητες αποτελούν μεγάλο κομμάτι αυτής της ομάδας. Μια στις δύο Αφροαμερικάνες γυναίκες ζουν στη

φτώχεια, σε σύγκριση με μια στις τέσσερις που είναι το ποσοστό των λευκών γυναικών ( Lamison- White 1997). Το χαμηλό αυτό εισόδημα λόγω της φτώχειας, συσχετίστηκε με αυξημένες πιθανότητες βίωσης κατάθλιψης (Kessler et al., 1994).

Οι λίγες υπάρχουσες μελέτες ψυχικής υγείας των ατόμων με πολλαπλούς κινδύνους δημογραφικών παραγόντων υποδηλώνουν ότι το χαμηλό εισόδημα, σε γυναίκες Αφροαμερικάνες μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη (Miranda, 1999). Σε μια μελέτη των φτωχών και εθνικά ποικιλόμορφων γυναικών που ήταν ασφαλισμένες ή που λάμβαναν δημόσιες ιατρικές παροχές, το 22% των γυναικών αυτών πληρούσε τα κριτήρια για την σοβαρή κατάθλιψη (Spitzer, Williams, et al., 1994). Σε μια ξεχωριστή μελέτη για γυναίκες χαμηλού εισοδήματος που προσλαμβάνονται από κλινικές του δημόσιου τομέα, το 63% των οποίων ήταν Αφροαμερικάνες, το 25% των ερωτηθέντων πληρούσε τα κριτήρια για την σοβαρή κατάθλιψη (Miranda, Azocar , et al., 1998). Αντίθετα, λιγότερο από το 6% των γυναικών στο γενικό πληθυσμό πληρούν τα κριτήρια για την σοβαρή κατάθλιψη (Blazer, Kessler, 1994). Η φτώχεια συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες για οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή ακόμα και

όταν έχουμε έλεγχο για τη φυλή, το φύλο, την ηλικία και τις ψυχιατρικές διαταραχές επίσης το χαμηλότερο εισόδημα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για την ύπαρξη οποιασδήποτε διαταραχής άγχους (Kessler, McGonagle , 1994).

Υψηλά ποσοστά τραυματισμών έχουν καταγραφεί μεταξύ των γυναικών που ζουν στη φτώχεια, όπως η σωματική κακοποίηση και η σεξουαλική κατάχρηση (Miranda, Green, 1999), γεγονός που μπορεί να ευθύνεται για ορισμένα από τα υψηλότερα ποσοστά του άγχους που παρατηρήθηκε σε αυτόν τον πληθυσμό. Μια ακόμα μελέτη έγινε με σκοπό να εκτιμηθεί η σχετική σημασία των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με διάφορους τομείς της ψυχικής διαταραχής σε Φιλανδούς από 25 έως 64 ετών. Πηγή των στοιχείων ήταν μια πανεθνική έρευνα "Συμπεριφορά της υγείας και η υγεία, μεταξύ του Φινλανδικού Ενήλικου Πληθυσμού" (AVTK), που διεξήχθη από το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας της Φιλανδίας από τα έτη 2002 έως το 2003. Η ψυχολογική κατάσταση μετρήθηκε από θέματα γενικής ψυχικής υγείας, κατάθλιψης, αϋπνίας και άγχους. Χρησιμοποιήθηκαν και κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες όπως η εκπαίδευση, το καθεστώς απασχόλησης, η συντροφική σχέση και τα παιδιά που ζουν στο σπίτι.

Ένα ποσοστό περίπου στο 27% του ευρωπαϊκού

πληθυσμού των ενηλίκων πάσχουν από κάποια μορφή προβλημάτων ψυχικής υγείας (Wittchen και Jacobi 2005). Η κακή ψυχική υγεία-συνδέεται με υποκειμενική ταλαιπωρία, την απώλεια της παραγωγής και της κοινωνικής λειτουργίας, την αναπηρία, καθώς επίσης και με τη σωματική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Chevalier 1999, Fryers 2005, Melzer 2003), για την επιβολή σημαντικής οικονομικής και κοινωνικής επιβάρυνσης για τις κοινωνίες. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη



είναι η τέταρτη κύρια αιτία της επιβάρυνσης των ασθενειών στον κόσμο το 1990 και το 2000 (Ustun et al., 2004). Στη Φινλανδία οι ψυχιατρικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων και η κατάθλιψη, έχουν καταστεί ο πιο συχνός λόγος

για τη χορήγηση σύνταξης αναπηρίας (Salminen, 1997). Παράγοντες που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, όπως η συντροφική σχέση και η μητρότητα, συνδέονται επίσης με την ψυχική υγεία. Εμπειρικά στοιχεία κυρίως, δείχνουν ότι η συντροφική σχέση είναι ευεργετική για την ψυχική υγεία, κυρίως για τους άνδρες, και η μητρότητα προκαλεί ψυχολογική καταπόνηση, ιδιαίτερα για τις γυναίκες (Umberson και Williams 1999).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εκπαίδευση, η απασχόληση και ο συνεταιρισμός σχετίζονταν με τις περισσότερες συνέπειες για την ψυχολογική δυσφορία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εκπαίδευση δεν είχε καμία συνεπής σχέση με την ψυχολογική καταπόνηση. Χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετιζόταν με την κακή ψυχική υγεία και λιγότερο άγχος και στα δύο φύλα, και με την κατάθλιψη στις γυναίκες. Η ομάδα των ανδρών με ένα μέσο επίπεδο εκπαίδευσης είχε τον υψηλότερο κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας, ενώ τα άτομα με ένα βασικό επίπεδο εκπαίδευσης είχαν λιγότερο άγχος και αϋπνία.

Το καθεστώς απασχόλησης σχετίστηκε με την ψυχολογική καταπόνηση και στους άνδρες και στις γυναίκες. Οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι ήταν σε υψηλότερο κίνδυνο για την κακή ψυχική υγεία και την κατάθλιψη. Άνεργοι άνδρες είχαν εντυπωσιακού υψηλού κίνδυνου συμπτώματα σε όλες τις διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης. Ομοίως με τους άνδρες, άνεργες γυναίκες είχαν τον κίνδυνο της κατάθλιψης και της κακής ψυχικής υγείας σε όλα τα μοντέλα, αλλά σε αντίθεση με τους άνδρες, η ανεργία δεν είχε συνδεθεί ανεξάρτητα με την αϋπνία και το στρες σε γυναίκες. Η ύπαρξη ενός συντρόφου ή συνταίρου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις διάφορες πτυχές της ψυχικής υγείας. Ερωτηθέντες που δεν

έχουν συνεταίρους έδειξαν υψηλότερο κίνδυνο της ψυχικής διαταραχής.

Σε άνδρες και γυναίκες ερωτηθέντες που δεν έχουν σύντροφο, είχαν στατιστικά σημαντικό κίνδυνο ψυχολογικής καταπόνησης. Οι γυναίκες χωρίς ανήλικα παιδιά στο σπίτι διαθέτουν υψηλότερο κίνδυνο συμπτωμάτων για την ψυχολογική καταπόνηση, με υψηλότερο κίνδυνο για αϋπνία σε σύγκριση με τις γυναίκες που ζουν με τα παιδιά. Από την άλλη οι άνδρες χωρίς ανήλικα παιδιά στο σπίτι είχαν λιγότερο άγχος από τους άνδρες που ζουν με παιδιά.

Σε σύγκριση με άλλες σχετικές μελέτες, που χρησιμοποιούν διαφορετικούς δείκτες για την κατάθλιψη, έχουν βρει υψηλότερο ποσοστό της κατάθλιψης στην ομάδα των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Lorant 2003). Επιπλέον, η σύνδεση μεταξύ χαμηλής εκπαίδευσης και συνδρόμου χρόνιου άγχους έχει αποδειχθεί σε γυναίκες, αλλά όχι σε άνδρες (Ahola 2006). Μελέτες έχουν αναφέρει την υψηλότερη πιθανότητα να διαγνωστεί αϋπνία στο χαμηλότερο μορφωτικό(επίπεδο) (Gellis, 2005).

Στις γυναίκες, η κατώτερη εκπαίδευση φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση της συνολικής ποσότητας του ύπνου (Adams, 2006). Η ανεργία έχει συσχετισθεί με αυξημένη ψυχολογική καταπόνηση σε όλους τους τομείς. Από την άλλη

πλευρά, η κατάθλιψη και η κακή ψυχική υγεία θα μπορούσε να επηρεάσει επίσης την ικανότητα εργασίας του ατόμου και λειτουργία και να είναι εκ των προτέρων αίτια της ανεργίας (Lavikainen, 2000).

Τέλος ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να δηλώνουν την πρόσφατη ή την μελλοντική ανάγκη για την φροντίδα της υγείας. Ως εκ τούτου έγκαιρες παρεμβάσεις που κατευθύνονται προς την ανήλικη ψυχολογική καταπόνηση μπορεί να μειώσουν την υποκειμενική ταλαιπωρία και, για αυτό το λόγο την εμφάνιση πιο σοβαρών ψυχικών συμπτωμάτων και των χρόνιων παθήσεων.

## ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ





Σημαντική είναι η σχέση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και της ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Η μελέτη αυτή μας δείχνει κατά πόσο η απόκλιση από το κανονικό βάρος, ειδικά το υπερβολικό βάρος, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία(HRQOL).Αυτή η σχέση διερευνήθηκε με βάση των πληθυσμό, χρησιμοποιώντας ένα πρότυπο πέντε κατηγοριών βάρους σύστημα που βασίζεται στο δείκτη μάζας σώματος. Η Καναδική Πολυκεντρική Μελέτη Οστεοπόρωσης (CaMos), είναι ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα των ανδρών και γυναικών άνω των 25 ετών από εννέα κέντρα σε ολόκληρο τον Καναδά.

Η CaMos είναι μια συνεχής, 10ετής μελλοντικής κλάσης μελέτη, 9,423 μη θεσμοθετημένων, τυχαία επιλεγμένων ανδρών και γυναικών ηλικίας 25 ετών και μεγαλύτερων κατά την περίοδο 1995-1997. Οι συμμετέχοντες προέρχονται από

μια ακτίνα 50 χιλιομέτρων από εννέα πόλεις του Καναδά όπου ζητήθηκε από τα νοικοκυριά σε κάθε περιοχή που επιλέχθηκε τυχαία από λίστα τηλεφωνικών αριθμών, ένα τυχαία επιλεγμένο μέλος του νοικοκυριού άνω των 25 ετών να συμμετάσχει. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν προγραμματισμένη για μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD) την ίδια μέρα με την συνέντευξη, όπου μετρήθηκαν το ύψος (χωρίς παπούτσια) και το βάρος (με εσωτερικών χώρων ενδύματα). Η HRQOL μετρήθηκε με τη χρήση της των Ιατρικών Αποτελεσμάτων Trust 36-item έρευνας για την υγεία SF-36 (Hopman, et al., 2000, Ware, 1993, Ware, et al., 1994).

Το SF-36 αποτελείται από 36 στοιχεία που περιλαμβάνει οκτώ HRQOL τομείς συμπεριλαμβανομένων τη σωματικής λειτουργία, το ρόλο της φυσικής, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία, τον ρόλο συναισθηματικό και την ψυχική υγεία.

Οι τομείς βαθμολογούνται σχετικά με τυποποιημένες κλίμακες από το 0-100, με τις υψηλότερες τιμές να αντιπροσωπεύουν την καλύτερη HRQOL (Ware, 1993). Όλες οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν χωρίστηκαν για τους άντρες και τις γυναίκες. Ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών σε κάθε μια από τις κατηγορίες ΔΜΣ υπολογίστηκε. Οι διαφορές στις SF-36 βαθμολογίες μεταξύ του τομέα

αναφοράς (κανονικό βάρος), την ηλικία και το φύλο του πληθυσμού και σε εκείνους που βρίσκονται σε διαφορετικές κατηγορίες ΔΜΣ θεωρήθηκαν κλινικά και κοινωνικά σημαντικές και εφόσον υπερβαίνουν τα πέντε σημεία. Οι γυναίκες με ΔΜΣ που λείπει διέφεραν από αυτές με στοιχεία για το ΔΜΣ που είχαν σημαντικά χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες για πολλούς τομείς.

Η εξέταση για την ηλικία των 202 γυναικών αποκάλυψε ότι το 20,8% στην ηλικιακή ομάδα των 55-64 χρόνων, το 26,7% ήταν 65-74 ετών, ενώ ένα επιπλέον 33,2% ήταν 75 ετών και άνω, έτσι αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να αντανakλούν την χαμηλότερη σωματικά προσανατολισμένη λειτουργία που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες (Horman, et al., 2000). Οι μέσες τιμές του ΔΜΣ για όλες τις ηλικιακές ομάδες και φύλο υπερέβη τις υγιείς κατευθύνσεις βάρους του ΔΜΣ<25 (Health Canada, 2003). Η CaMos ήταν σχεδιασμένη για τη συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με την εμφάνιση και τη συχνότητα της οστεοπόρωσης, ως εκ τούτου αν και η δειγματοληψία ήταν τυχαία στο πλαίσιο αυτό σχεδιάστηκε έτσι ώστε να συμπεριλάβει περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες και ένα μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων από ότι νεότερους

κατοίκους του Καναδά.

Για τις γυναίκες αλλά και για τους άνδρες το να είναι λιπόβαροι συνδέεται με κλινικά σημαντικές μειώσεις στους 3 από τους 8 τομείς (σωματική λειτουργία, γενική υγεία, ζωτικότητα), αν και για τον άνδρα υπήρξε και μια επίδραση στον τομέα της κοινωνικής λειτουργίας. Για τις γυναίκες το να είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες συσχετίστηκε με φτωχότερα HRQOL σχεδόν σε όλους τους τομείς. Οι μόνες εξαιρέσεις ήταν οι τρεις τάξεις της παχυσαρκίας, οι οποίες συνδέονται με αμφίβολη αλλά καλύτερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με ένα κανονικό δείγμα αναφοράς. Από τα 40 άτομα που εκπροσωπούν το υπερβολικό βάρος στην έρευνα, 20 είχαν χαμηλότερη HRQOL σε σχέση με αυτήν της κανονικής ομάδας, με 15 από αυτά τα περιστατικά να είναι κλινικά σημαντικά.

Όσον αφορά τους άνδρες μια κάπως διαφορετική διάρθρωση της σύνδεσης μεταξύ των κατηγοριών του ΔΜΣ και HRQOL προέκυψε για τους υπέρβαρους ή παχύσαρκους άνδρες. Σε αυτούς το να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι συσχετίστηκε με φτωχότερες σε ορισμένους τομείς, και με υψηλότερο σε άλλους. Από τα 40 άτομα που εκπροσωπούν το υπερβολικό βάρος, μόνο 8 είχαν χαμηλότερα HRQOL σε σύγκριση με την κανονική ομάδα, με 7 από αυτούς να

επιτυγχάνουν κλινική σημασία. Επιπλέον 15 είχαν αμφίβολη αλλά φτωχότερη HRQOL. Επίσης 4 είχαν υψηλότερο HRQOL, αν και κανένα τους δεν επιτευχθεί κλινικής σημασίας, ενώ 13 είχαν υψηλότερο αλλά ασαφή HRQOL. Σε αυτά τα αποτελέσματα θα μπορούσε να προστεθεί και μια έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία και έδειξε ότι η παχυσαρκία στους ενήλικους άνδρες σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία.

Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας αλλά και ατόμων που είναι λιπόβαρα, στις γυναίκες επηρεάζουν πιο πολύ τους φυσικούς τομείς παρά τους ψυχικούς, ενώ στους άνδρες οι καταστάσεις αυτές επηρεάζουν πιο πολύ τους ψυχικούς τομείς.

Δεδομένα από άλλες έρευνες όπως η έρευνα που έγινε το 2004 από τη Κοινότητα Υγείας του Καναδά μας δείχνουν ότι το 65,0% των ανδρών και το 53,4% των γυναικών ηλικίας 18 και άνω είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες ενώ το 1,4% των ανδρών και το 2,5% των γυναικών είναι λιπόβαρες (Tjerkema, 2006). Ένα μεγάλο μέρος των ερευνών που εξετάζουν τη σχέση του ΔΜΣ με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία εστιάζουν στο βάρος σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες και ομάδες ασθενών. Μια μελέτη σε Σουηδούς ηλικίας 16 έως 64 ετών σημείωσε σημαντικά αρνητική επίδραση όσων αφορά την παχυσαρκία και την σχέση της με την ποιότητα ζωής της

υγείας (Larsson et al., 2002). Ενώ μια άλλη μελέτη σε Δανούς μεταξύ 20 και 59 ετών έδειξε ότι ΔΜΣ 25 σχετίζεται με μεγάλη πιθανότητα αρνητικής επίδρασης στην ποιότητα ζωής (Lean et al., 1999). Οι αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην HRQL έχουν ξεκάθαρα αποδειχθεί. Και οι δύο σωματικές και ψυχικές συνιστώσες της HRQL είναι σημαντικά μειωμένες σε σύγκριση με τα πρότυπα του πληθυσμού, ιδιαίτερα σε άτομα που ζητούν θεραπεία (Fontaine et al., 2000) και σε άτομα με ψυχολογικά και ψυχιατρικά άγχη (Marchesini et al., 2000, 2003).

Αποτελέσματα της φυσικής άσκησης σε παχύσαρκους  
Σημαντικές είναι οι «επιπτώσεις» της φυσικής άσκησης στην ποιότητα της ζωής, ατόμων που πάσχουν από διαβήτη και παχυσαρκία. Σε μεταβολικές νόσους, όπως κάθε χρόνια πάθηση, η υγεία σε σχέση με την ποιότητα της ζωής έχει γίνει στόχος των παρεμβάσεων, και υπάρχουν ενδείξεις ότι στο διαβήτη και την παχυσαρκία η συμμετοχή σε προγράμματα

σωματικής δραστηριότητας σχετίζεται σημαντικά με την καλύτερη κατάσταση της υγείας και της HRQL και δεν περιορίζεται σε σωματικούς τομείς, αλλά επεκτείνεται και στην ψυχική υγεία. Περιεκτικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της άσκησης, είναι αποτελεσματικές. Σε μια δεκαπεντάμηνη τυχαιοποιημένη μελέτη (Mellin et al., 1987), η παρέμβαση του προγράμματος SHAPEDOWN για την εφηβική παχυσαρκία, χρησιμοποίησε μια ποικιλία γνωστικών, συμπεριφοριστικών και συναισθηματικών τεχνικών, κατάλληλων για να γίνουν μικρές διαδοχικές αλλαγές στη διατροφή, την άσκηση, την επικοινωνία, που αποδείχθηκε αποτελεσματικό στη βελτίωση του βάρους, και στη συσχέτιση του βάρους με την συμπεριφορά και στην κατάθλιψη. Η αυτοεκτίμηση επίσης αυξήθηκε σημαντικά.

Παρόμοια δεδομένα είναι διαθέσιμα και για τους ενήλικες. Ένα υψηλότερο επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας σε παχύσαρκο γυναικείο πληθυσμό συσχετίστηκε θετικά με διάφορες διαστάσεις της HRQL, αν και καμία σχέση αιτίας-αποτελέσματος δεν μπορεί να προκύψει από τη συγχρονική ανάλυση (Hulens et al., 2002). Στην ιταλική μελέτη QUOVADIS για σχεδόν 2.000 παχύσαρκα άτομα που ζητούν θεραπεία σε ιατρικά κέντρα, η τακτική σωματική άσκηση συσχετίστηκε με χαμηλότερη ανάπτυξη του διαβήτη,

της υπέρτασης, και με το μεταβολικό σύνδρομο (Marchesini, Pontiroli, et al., 2004, Marchesini, Melchionda, et al., 2004).

Τα άτομα που ασκούσαν συστηματικά το λιγότερο μια ώρα την εβδομάδα, η HRQL τους ήταν καλύτερη σε έξι τομείς της SF-36 καθώς και σε δυο τομείς της, όπως αυτά προκύπτουν από τις σχετικές μετρήσεις. Υπάρχουν πολλά αποδεικτικά που υποστηρίζουν την φυσική δραστηριότητα ως βασική συνιστώσα της πρόληψης και της θεραπείας της παχυσαρκίας και του διαβήτη. Στην παχυσαρκία, η σωματική δραστηριότητα είναι μέγιστης σημασίας για την πρόληψη της επαναπρόσληψης βάρους, συνδεδεμένη με την χαμηλή HRQL. Τα οφέλη της άσκησης υπερβαίνουν κατά πολύ τις μεταβολικές επιπτώσεις και επεκτείνονται στις ψυχολογικές πτυχές των ασθενειών, όπου η βελτίωση της HRQL είναι πολύ σημαντική για βελτίωση της σωματικής ικανότητας.

## ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ





Στη μια μελέτη που έγινε χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από μια έρευνα η οποία έγινε μέσω τηλεφώνου, στην πόλη της Saskatoon, στο Saskatchewan, του Καναδά. Πρωταρχικός στόχος της έρευνας για την ποιότητας ζωής ήταν να κατανοηθεί το κατά πόσο κάτι το οποίο συμβαίνει σε μια γειτονιά, μπορεί να επηρεάσει την υγεία και τον τρόπο διαβίωσης του κατοίκου. Ο συμμετέχων στην έρευνα ερωτήθηκε για πολλούς τομείς συμπεριλαμβανομένων της προσωπικής ποιότητα ζωής, της αυτοεκτίμησης της υγείας, την αξιολόγηση των συνθηκών της κοινότητας, τον ρόλο των

κυβερνήσεων στην πολιτική, την προσήλωση στην γειτονιά, και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η τηλεφωνική έρευνα διεξήχθη μεταξύ 14 Δεκεμβρίου του 2000 και 08 Ιανουαρίου του 2001 σε συνεργασία με τοπική εφημερίδα της πόλης. Για τους σκοπούς της έρευνας η πόλη χωρίστηκε σε τρεις γειτονιές οι οποίες με τη σειρά τους, αποτελούνταν από τρεις συνεχόμενες χωρικές γειτονιές. Οι εν λόγω επιλεγμένες γειτονιές ήταν, επομένως, εκπρόσωποι της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης (SES) των γειτονιών της πόλης, χωρισμένες για ευκολία σε υψηλή SES και σε χαμηλή SES, ώστε να διαφέρουν μεταξύ τους σε σχέση με το περιβάλλον της γειτονιάς. στην παρούσα μελέτη.

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα αποτελούνται από τις σταθερές δημογραφικές μεταβλητές δηλαδή την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, καθώς και κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, η κατάσταση της απασχόλησης, και δύο μέτρα της οικονομικής κατάστασης, το επίπεδο του εισοδήματος των νοικοκυριών και ένα υποκειμενικό μέτρο στο οποίο οι ερωτηθέντες τόνισαν την κατάσταση του εισοδήματος τους σε σύγκριση με τους άλλους. Επιπλέον, ιδιοκτήτες σπιτιού, ο αριθμός των ατόμων που ζουν με τον ερωτηθέντα, ικανοποίηση με τις προσωπικές

σχέσεις, και ο αριθμός των κατοικιών που έζησαν τα τελευταία 5 χρόνια συμπεριλήφθηκαν.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιελάμβανε 20 στοιχεία, κάθε ένα από αυτά σχετιζόταν με μια συγκεκριμένη πτυχή της γειτονιάς. Οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν την κάθε κατάσταση, ή διαθέσιμη υπηρεσία, στη γειτονιά σε μια κλίμακα τύπου Likert από εξαιρετική έως κακή. Δεν αποτελεί έκπληξη, ότι οι ερωτηθέντες που προέρχονται από γειτονιές με υψηλή SES έδειξαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους κοινωνικούς και οικονομικούς τομείς σε σύγκριση με εκείνους που προέρχονται από γειτονιές χαμηλής SES.

Από τη άλλη όσον αφορά την ηλικία και τη σύνθεση του φύλου, τα δείγματα από κάθε ένα από τα δύο είδη γειτονιάς ήταν παρόμοια. Οι ερωτηθέντες από γειτονιές με χαμηλή SES είχαν διπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν τις συνθήκες διαβίωσης τους και την υγεία τους, είτε ως "μέτρια" ή "κακή", σε σχέση με τους ερωτηθέντες από γειτονιές με υψηλή SES όπου αναφέρονται θετικά για αυτές. Τα άτομα από τις γειτονιές με υψηλή SES είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι με τις γειτονιές τους και ότι οι συνθήκες διαβίωσης της γειτονιάς ή της πόλης έχει βελτιωθεί ή παρέμεινε το ίδιο κατά τη διάρκεια των τριών προηγούμενων ετών.

Ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι, σε σύγκριση με άλλους, ήταν οικονομικά πιο εύποροι είχαν περισσότερες πιθανότητες να βαθμολογήσουν θετικά την υγεία τους, από εκείνους που ανέφεραν ότι, σε σύγκριση με άλλους τα οικονομικά τους ήταν χειρότερα. Ομοίως, ερωτηθέντες που είχαν επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ήταν περισσότερο πιθανό να αναφερθούν θετικά για την υγεία τους. Άτομα που ανέφεραν την οικογενειακή τους κατάσταση ως έγγαμοι ή μόνοι ήταν σημαντικά πιο πιθανό να έχουν θετική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους που είχαν λάβει διαζύγιο ή ήταν χωρισμένοι ή χήροι.

Όσοι απασχολούνταν ή δεν ανήκουν στο εργατικό δυναμικό, ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι είναι φοιτητές, νοικοκυρές με πλήρες ωράριο, ή σε άδεια ή συνταξιούχοι, είχαν σχεδόν τρεισήμισι φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν θετικές συνθήκες διαβίωσης σε σύγκριση με εκείνους που ήταν άνεργοι. Ακόμα οι ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι αισθάνονται μεγαλύτερη αίσθηση σύνδεσης με την γειτονιά τους είναι πιο πιθανό να βαθμολογήσουν την ποιότητα ζωής τους θετικά. Όσον αφορά την γειτονιά με υψηλή SES, οι μεταβλητές οι οποίες συσχετίστηκαν περισσότερο με την θετική υγεία ήταν μια μεταβλητή για τα ατομικά χαρακτηριστικά, το εισόδημα σε σύγκριση με άλλους,

και τρεις μεταβλητές που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της γειτονιάς, ο βαθμός φιλικότητας της γειτονιάς, η αίσθηση ασφάλειας και προστασίας που ένιωθαν για τον εαυτό τους και την οικογένεια τους στην γειτονιά, και η διάρκεια της παραμονής τους στη γειτονιά.

Για τις γειτονιές με χαμηλή SES οι μεταβλητές οι οποίες συσχετίστηκαν με την θετική υγεία ήταν οι μεταβλητές που σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά ,τα έσοδα σε σύγκριση με άλλους, το επίπεδο της εκπαίδευσης, η κατάσταση απασχόλησης και μια μόνο μεταβλητή σχετικά με την γειτονιά, η ικανοποίηση από την γειτονιά. Όσον αφορά την αντιστοιχία για τις συνθήκες διαβίωσης διαπιστώσαμε ότι τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με την αυτοεκτίμηση της υγείας. Στη μελέτη αυτή εξετάστηκε κατά πόσον οι ατομικές μεταβλητές και τα αντιληπτά χαρακτηριστικά της γειτονιάς τα οποία έχουν σημασία για την υγεία και την ποιότητα της ζωής διαφέρουν ανάλογα με το πλαίσιο της γειτονιάς.

Όσον αφορά το πρώτο ερώτημα, διαπιστώθηκε ότι τόσο τα ατομικά όσο και τα αντιληπτά χαρακτηριστικά με τον τρόπο που σχετίζονται έχουν σημαντική επίδραση στον καθορισμό της υγείας και της ποιότητας ζωής. Οι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά είναι πρωτίστως ο οικονομικός ή αλλιώς ότι αφορά την κοινωνική θέση. Όσον

αφορά την αντίληψη των δεικτών της γειτονιάς, ότι η ενεργό συμμετοχή στη γειτονιά έχει θετικά αποτελέσματα και στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας και την ποιότητα της ζωής δεν είναι έκπληξη.

Ένα άλλο σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι η συσχέτιση της αυτοαξιολογούμενης υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής διαφέρουν ιδιαίτερα. Αν και είναι μια σημαντική συσχέτιση της αυτό-αξιολογούμενης υγείας, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει καμία επίδραση στη συνολική ποιότητα της ζωής. Το καθεστώς απασχόλησης συσχετίζεται και με τα δύο, αλλά πιο ουσιαστικά με την ποιότητα της ζωής. Περιέργως, η οικογενειακή κατάσταση δεν δείχνει να έχει σχέση με την υγεία, αλλά έχει με την ποιότητα της ζωής. Οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν στη γειτονιά έχουν κάποια συσχέτιση τόσο με την υγεία του ατόμου και την ποιότητα ζωής, αλλά περισσότερο για την τελευταία. Τέλος, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων στην προσωπική αξιολόγηση της υγείας τους, οι γυναίκες είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτή η εικόνα των αποτελεσμάτων δείχνει ότι υπάρχουν διάφοροι σημαντικοί ατομικοί και σχετικοί συσχετισμοί με την γειτονιά που σχετίζονται με την υγεία ανάλογα με το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν τα άτομα.

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματά, για εκείνους που ζουν σε κοινωνικό-οικονομικά ασθενέστερες περιστάσεις, οι παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των οικονομικών πόρων του ατόμου όπως η εκπαίδευση και απασχόληση φαίνεται να είναι πιο σημαντικοί για την θετική αυτοεκτίμηση της υγείας από ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη γειτονιά. Από την άλλη άτομα που ζουν σε περιοχές υψηλά κοινωνικοοικονομικές, όπου θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι έχουν ένα κάποιο βαθμό ασφάλειας, αν όχι και αφθονίας, παράγοντες που σχετίζονται με την γειτονία φαίνεται να υπερισχύουν, σε σχέση με παράγοντες που σχετίζονται με τα άτομα, όπως το αν είναι εργαζόμενοι και έχουν επιτύχει υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης.

Για αυτούς που ήταν από γειτονιές με χαμηλή SES μια θετική σύγκριση που έγινε μεταξύ τους και άλλων όσον αφορά την κατάσταση του εισοδήματος (δηλαδή, "εύπορο" σε αντίθεση με το "κακό") έδειξε ισχυρότερη σχέση στην αυτοεκτίμηση της υγείας από ότι διαπιστώθηκε για τους κατοίκους από γειτονιές με υψηλή SES. Σαφώς, η υποκειμενική κατάσταση του εισοδήματος όχι μόνο έχει μια σημαντική, αλλά και μια ισχυρότερη επίδραση στην υγεία των κατοίκων οι οποίοι ζουν σε γειτονιές με χαμηλό SES από ότι για εκείνους που ζουν σε γειτονιές με υψηλό SES. Επιπλέον,

για εκείνους που ήταν από γειτονιές με χαμηλό SES , η κατάσταση της απασχόλησης ήταν σημαντικά συσχετισμένη με την ποιότητα της ζωής, ενώ για τους κατοίκους από γειτονιές με υψηλή SES, αυτό που ήταν σημαντικό ήταν η οικογενειακή κατάσταση.

## ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ





Λαμβάνοντας υπόψη την πολυδιάστατη έννοια της HRQL, έχουν αναπτυχθεί διάφορα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της. Ταυτόχρονα, έχουν αναπτυχθεί διάφορες πτυχές για το πως αντιλαμβάνονται τα άτομα την κατάσταση της υγείας τους. Τα ευεργετικά αποτελέσματα ενός υγιεινού τρόπου ζωής και της σωματικής άσκησης ώστε να γίνει αντιληπτή η κατάσταση της υγείας αναγνωρίζονται καλά και οι ενώσεις ιατρών υποστηρίζουν την σωματική άσκηση ως μια σημαντική πτυχή της πρόληψης και ως θεραπευτικό μέτρο (Pate et al., 1995).

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν τη χρήση της φυσικής

δραστηριότητας ως μέσο βελτίωσης της HRQL μέσω της αυτοεκτίμησης, βελτιώνει την εικόνα του σώματος και την ικανότητα να ανταποκρίνεται στο στρες και το άγχος και την κατάθλιψη (Fox 1999, Scully, 1998) Άτομα που επιθυμούν να υιοθετήσουν τουλάχιστον την πραγματοποίηση τακτικής άσκησης, ανέφεραν τα χαμηλότερα επίπεδα των HRQL. Ιδίως στους νέους, η σωματική άσκηση ευνοεί την κοινωνική ζωή και συνδέεται με τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, προσθέτοντας τις θετικές επιπτώσεις στην σωματική υγεία και την μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών προβλημάτων.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι συνεπή με τα πειραματικά στοιχεία που δείχνουν ότι η άσκηση έχει ευνοϊκές συνέπειες για την συναισθηματική κατάσταση. Η φυσική δραστηριότητα ως μέρος ενός υγιεινού τρόπου ζωής αποτελεί την κεντρική συνιστώσα της πρόληψης της παχυσαρκίας. Οι επιδράσεις της σωματικής άσκησης στην διάθεση έχουν ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι η κατάθλιψη μπορεί να παρατηρηθεί σε άτομα με παχυσαρκία.

Ενδιαφέρον είναι να συμπεριληφθεί η επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας. Ο κύριος σκοπός της μελέτης ήταν να καθοριστεί εάν η φυσική δραστηριότητα σχετίστηκε με την HRQL σε φαινομενικά υγιή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Βρέθηκε ότι η σωματική δραστηριότητα έχει ευεργετική επίδραση στην HRQL σε ασθενείς με κατάθλιψη (Singh et al., 1997) ,διαλείπουσα χωλότητα (Gardner et al., 2004),στεφανιαία νόσο (Lavie, Milani, 1997) και πολλαπλές δυσλειτουργίες οργάνων (Wehrel et al., 2003). Το 2001, η επανεξέταση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα, συχνά με τη μορφή της αντοχής ή της άσκησης ή της κατάρτισης αντίστασης, συσχετίστηκε θετικά με την HRQL, ανεξάρτητα από την ηλικία, την υγεία και το καθεστώς της δραστηριότητας (Rejeski, Mihalko, 2001). Διαπιστώθηκε επίσης ότι τα άτομα με επίτευξη της συνιστώμενης σωματικής δραστηριότητας είχαν υψηλότερη HRQL από ότι οι λιγότερο ενεργοί ομόλογοι τους (Brown et al., 2003).

Η έρευνα διεξήχθη σε ένα σύνολο 112 ατόμων (63 γυναίκες και 49 άνδρες), ηλικίας μεταξύ 60 και 89 ετών που είχαν προσληφθεί από αγγελίες στις εφημερίδες, της Οκλαχόμα. Πριν από την έρευνα, κάθε άτομο συμπλήρωσε γραπτή συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης. Οι συμμετέχοντες με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου εμφανούς ή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονικής ασθένειας αποκλείστηκαν λόγω των πιθανών επιρροών. Ένα λεπτομερές, ιατρικό ιστορικό είχε ληφθεί από κάθε συμμετέχοντα.

Στη συνέχεια μετρήθηκαν το βάρος, το ύψος, η μέση ως ποσοστό του ισχίου, η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός. Οι μετρήσεις του ύψους και του βάρους χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος. Τα άτομα χωρίστηκαν σε χαμηλότερες ή υψηλότερες ομάδες φυσικών δραστηριοτήτων με βάση τη βαθμολογία τους στο Διαστημικό Κέντρο Johnson (Jackson et al., 1990) με κλίμακα τη φυσική δραστηριότητα η οποία αποτελείται από 0 (=αποφεύγεται η φυσική δραστηριότητα) έως 7(=βαριές σωματικές δραστηριότητες γίνονται τακτικά για περισσότερο από 3 ώρες την εβδομάδα). Άτομα που είχαν από 2 ή κάτω συμπεριλήφθηκαν στην χαμηλότερη σωματική ομάδα δραστηριότητας (n=50), ενώ άτομα που είχαν βαθμολογία 3 ή παραπάνω περιλαμβάνονται στην υψηλότερη ομάδα δραστηριότητας (=62). Το Johnson Διαστημικό Κέντρο φυσικής δραστηριότητας είναι έγκυρο μέτρο της πρόσληψης οξυγόνου (Jackson, et al., 1990) όπου παρακολουθείται η φυσική δραστηριότητα σε μεγαλύτερους ενήλικες (Sieminski et al., 1997). Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε ανάλυση της συνδιακύμανσης για να διαπιστωθεί αν οι διαφορές στις μετρήσεις της HRQL μεταξύ των υψηλών και χαμηλών ενεργών ομάδων συνεχίστηκε και μετά την προσαρμογή για τις διαφορές στη δημογραφική ομάδα.

Όλες οι τιμές ήταν παρόμοιες μεταξύ των δύο ομάδων, εκτός από τη σύνθεση των δυο φύλων και την επικράτηση της υπέρτασης. Και οι δυο ομάδες αποτελούνταν κυρίως από Καυκάσιους. Και οι οκτώ τομείς της HRQL ήταν υψηλότεροι στην ομάδα υψηλής ενέργειας από ότι στην ομάδα με χαμηλή ενέργεια. Μετά από την προσαρμογή για το φύλο και την υπέρταση, οι ακόλουθοι πέντε τομείς της HRQL παρέμειναν υψηλότερη στην ομάδα υψηλής ενέργειας: σωματική λειτουργία, ρόλος-φυσική ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία και σωματικός πόνος.

Τα κύρια πορίσματα αυτής της έρευνας ήταν ότι οι υγιείς ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι συμμετείχαν στην τακτική σωματική δραστηριότητα τουλάχιστον μέτριας έντασης για περισσότερο από μία ώρα την εβδομάδα είχαν υψηλότερες τιμές σε όλους τους οκτώ τομείς της HRQL από εκείνους που ήταν λιγότερο σωματικά δραστήριοι.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η οργανωμένη υψηλής έντασης άσκηση μπορεί να ωφελήσει την HRQL τόσο στους νοσούντες (Rejeski, et al., 2001, Singh, et al., 1997, Beniamini, et al., 1997, Stewart, et al., 1994) όσο και στον υγιή πληθυσμό (Stewart, et al., 1993, 1997) Ο ενεργός τρόπος ζωής διατηρεί τη φυσική λειτουργία σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Pollock, et al., 1994), η οποία μπορεί

ενδεχομένως να συμβάλει σε υψηλότερα HRQL αποτελέσματα σε τομείς που σχετίζονται με τη σωματική υγεία.

Η έλλειψη μιας ανεξάρτητης σχέσης μεταξύ του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας και του τομέα της γενικής υγείας συμφωνεί με την παρατήρηση σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με καθιστική ζωή, αλλά έρχεται σε αντίθεση με άλλες εκθέσεις που βρέθηκαν και που αφορούν την βελτίωση της υγείας μετά από πρόγραμμα άσκησης. Εκτός από τη σωματική υγεία των μέτρων της HRQL, ένας σωματικά ενεργός τρόπος ζωής σχετίζεται θετικά και με στοιχεία της ψυχικής υγείας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Rejeski, Mihalko, 2001).

Τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σχετίζονται με τις υψηλότερες βαθμολογίες της ζωτικότητας και της κοινωνικής λειτουργίας ανεξάρτητα της υπέρτασης και των δυο φύλων. Η σχέση μεταξύ της σωματικής άσκησης για την ψυχική υγεία στους τομείς της ζωτικότητας και της κοινωνικής λειτουργίας μπορεί να επιτυγχάνεται μέσω διαφορών σε μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου και στο σωματικό λίπος ανά εκατοστό.

Η έλλειψη ανεξάρτητης σχέσης μεταξύ του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας και τους τομείς της ψυχικής υγείας

αλλά και του ρόλου του περιορισμού οφείλονται στην ψυχολογική υγεία που διαπιστώθηκε κατά την παρούσα έρευνα και υποστηρίζεται από προηγούμενες μελέτες. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η υπέρταση και το φύλο έχουν έναν πιο ισχυρό ρόλο στους τομείς της HRQL, οι οποίοι συμφωνούν με προηγούμενες εκθέσεις ότι τα άτομα με υπέρταση έχουν χαμηλότερες τιμές της HRQL τόσο σε γενικό πληθυσμό, καθώς και σε ασθενείς με καρδιακή νόσο. Παρόλο που η φυσική δραστηριότητα μπορεί να επηρεάσει την HRQL, είναι επίσης δυνατό ότι η HRQL έχει επιπτώσεις στη σωματική δραστηριότητα.

Δεν έχει γίνει κάποια έρευνα για άτομα με σοβαρότερα προβλήματα υγείας. Ωστόσο, μέσα από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ένταξη περισσότερης από μιας ώρας μέτριας έντασης σωματικής δραστηριότητας κάθε εβδομάδα στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων, ο οποίος είναι είτε καθιστικός είτε ελαφρώς ενεργή και μπορεί να βελτιώσει την HRQL τους.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην οποία συμμετείχαν 332 προπτυχιακοί φοιτητές της Γενικής Ψυχολογίας, η μέση ηλικία των φοιτητών ήταν 19,8. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει εάν τα άτομα που έχουν ως στόχο την αναβάθμιση στους τομείς της ζωής τους έχουν

μικρότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Ενώ τα άτομα που έχουν την τάση για υποβάθμιση στους τομείς της ζωής τους να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε για να συμπληρώσουν (WHOQOL-100, the WHOQOL Group 1998, the WHOQOL-Taiwan Group 1999) συμπεριλάμβανε 12 ζωτικούς τομείς. Οι τομείς αυτοί προέκυψαν από τις παρακάτω πτυχές: 1)ενέργεια και κόπωση 2)ύπνος και ξεκούραση 3)ικανότητα εργασία 4)κοινωνική υποστήριξη 5)φυσική κατάσταση και ασφάλεια 6)οικονομική πόροι 7)υγεία και κοινωνική εργασία 8)ευκαιρίες για νέες πληροφορίες και εφόδια 9)φυσικό περιβάλλον 10)οικογενειακό περιβάλλον 11)μεταφορά 12)συμμετοχές και ευκαιρίες για αναδημιουργία.Οι πτυχές αυτές αντιστοιχούσαν στους εξής 12 ζωτικούς τομείς: 1)ενέργεια 2)ύπνος 3)μάθηση 4)κοινωνική υποστήριξη 5)προστασία και ασφάλεια 6)οικονομική πόροι 7)φροντίδα της υγείας 8)πληροφορίες 9)φυσικό περιβάλλον 10)κατάσταση κατοίκησης 11)μεταφορά 12)αναδημιουργία. Σε μία άλλη έρευνα που έγινε και σχετίζεται με τους προσωπικούς στόχους και τις απαντήσεις που έδωσαν άνθρωποι με AIDS βρέθηκε ότι οι ανθρώπινες αντιδράσεις σε θέματα ζωής εξαρτώνται από το πώς διαχειρίζονται τις αλλαγές των στόχων τους. Βρήκαν 4 είδη αντιδράσεων οι



οποίες είναι: Α)θετικές αντιδράσεις με την απόκτηση των στόχων Β)αρνητικές αντιδράσεις στα γεγονότα που άμεσα μπορούν να κατακτήσουν Γ)εξασθενημένες αντιδράσεις σε θετικά και αρνητικά γεγονότα που δεν μπορούν να τα κατορθώσουν άμεσα Δ)διαφορετικές αντιδράσεις στα επείγοντα περιστατικά και σε προβλήματα υγείας. (Rarkin, 2000). Ο καθοριστικός ρόλος στην ζωή των ανθρώπων είναι το κίνητρο για πληρότητα έτσι ώστε να εκπληρώσουν τις ανάγκες του 'εγώ' τους και να αποφύγουν την αποτυχία. (Chia-Huei Wu 2007)

Τελικά, έπειτα από την συνολική έρευνα η οποία παρατίθεται παραπάνω και ασχολείται με τις συνθήκες διαβίωσης στους διάφορους τομείς της ζωής και την επίδραση της ψυχολογίας και της παχυσαρκίας σε αυτούς με τη συμβολή του τόπου κατοικίας και της σωματικής δραστηριότητας έγιναν αντιληπτά τα εξής: οι τομείς οι οποίοι αναπτύσσονται παραπάνω είναι αυτοί της ψυχολογίας και πιο συγκεκριμένα των ψυχολογικών διαθέσεων, της υγείας και πιο ειδικά της παχυσαρκίας, του τόπου κατοικίας και της σωματικής δραστηριότητας.

Στον τομέα της ψυχολογίας, η κατάθλιψη στις γυναίκες και συγκεκριμένα τις Αφροαμερικάνες ,επηρεάζεται από το εισόδημα και τις φυλετικές διακρίσεις. Η ψυχική διαταραχή

από την άλλη επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, το καθεστώς απασχόλησης, την συντροφική σχέση και τη ζωή με τα παιδιά. Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, υπάρχει περίπτωση σε ορισμένες εκφάνσεις του να συνδέεται έμμεσα με την αισθητική. Οι επιπτώσεις της φυσικής άσκησης στην ποιότητα της ζωής ατόμων που πάσχουν από διαβήτη και παχυσαρκία δεν έχουν άμεση σχέση με την αισθητική. Ως έμμεση λύση θα μπορούσε να αναφερθεί η βοήθεια την οποία μπορεί να δώσει η αισθητική μέσω συγκεκριμένων θεραπειών, οι οποίες θα βοηθήσουν στην μείωση του τοπικού βάρους σε σχέση με την παχυσαρκία. Το υπερβολικό βάρος επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την υγεία. Οι απαραίτητες μετρήσεις που αφορούν την συγκεκριμένη κατάσταση, μας παρέχονται από τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Ο τρόπος μείωσης του υπερβολικού βάρους περιλαμβάνει τη γυμναστική καθώς και διάφορες θεραπείες οι οποίες πραγματοποιούνται από αισθητικούς.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Beniamini Y, Rubenstein JJ, Zaichkowsky LD, Crim MC: Effects of high-intensity strength training on quality-of-life parameters in cardiac rehabilitation patients. Am J Cardiol 1997, 80:841-846.

Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151(7):979-986.

Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford Es, Giles WH, Mokdad AH: Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life: Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Prev Med* 2003, 37:520-528

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L.J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.

Chevalier, H., Los, F., Boichut, D., Bianchi, M., Nutt, D.J., Hajak, G., Hetta, J., Hoffman, G., & Crowe, C.(1999). Evaluation of severe insomnia in the general population: Results of a European multinational survey. *Journal of Psychopharmacology*, 13, S21-S24.

Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, et al. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Arch Intern Med* 1997; 157(10): 1113-1120.

Denes, Z.(1980). Loneliness in old age. *ZFA*, 35(6), 475-480.

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 14.

Gardner AW, Killewich LA, Montgomery PS, Katzel LI: Response to exercise rehabilitation in smoking and nonsmoking patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2004, 39:531-538.

Health Canada.(2003). Canadian guidelines for body weight classification in adults. Ottawa: Health Canada Publications Centre, Publication ID 4645.

Hellburn, N. (1982). Geography and the quality of life. *Annals of the Association of American Geographers*, 72, 445–456.

Hopman, W. M., Towheed, T., Anastassiades, T., Tenenhouse, A., Poliquin, S., Berger, C., Joseph, L., et al.(2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. *CMAJ*, 163, 265-271.

Jackson AS, Blair SN, Mahar MT, Wier LT, Ross RM, Stuteville JE: Prediction of functional aerobic capacity without exercise testing. *Med Sci Sports Exerc* 1990, 22:863-870

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.

Arch Gen Psychiatr 1994; 551(1): 8-19.

Kirsi Talala, Taina Huurre, Hillevi Aro, Tuija, Ritva Prattala (2007). Socio-demographic Differences in Self-reported Psychological Distress Among 25- to 64-Year-Old Finns. Social Indicators Research

Lamison-White L. U.S Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P60-198, Poverty in the United States:1996. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1997.

Larsson, U., Karlsson, J., & Sullivan, M.(2002). Impact of overweight and obesity on health-related quality of life—A Swedish population study. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 26, 417-424.

Lavie CJ, Milani RV: Effect of cardiac rehabilitation, exercise training, and weight reduction on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in obese coronary patients. Am J Cardiol 1997, 79:397-401

Lori B. Frank, Louis S. Matza, Dennis A. Revicki & Joyce Y. Chung (2005). Center for Health Outcomes Research, The MEDTAP Institute at UBC, Bethesda MD, United States. Quality of Life Research

Luke S Acree, Jessica Longfors, Anette S Fjeldstad, Cecilie Fjeldstad, Bob Schank, Kevin J Nickel, Polly S Montgomery

and Andrew W Gardner. Physical activity is related to quality of life in older adults (2006). *Health and Quality of Life Outcomes*

Lyons RA, Perry HM, Littlepage BN: Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Ageing* 1994, 23:182-184

Miranda J, Azocar F, Komaromy M, et al. Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics. *Am J Obstet Gynecol* Feb 1998; 178(2):212-217.

Miranda J, Green BL. The need for mental health services research focusing on poor young women. *J Mental Health Policy Econ*; 1999 2(2): 73-80.

Paim, L. (1995). Definitions and measurements of well-being: A review of literature. *Journal of Economic and Social Measurement*, 21, 297–309.

Peterson, M., & Malhotra, N.(1997). Comparative marketing measures of societal quality of life: Substantive dimensions in 186 countries. *Journal of Macromarketing*, 17, 25-38.

Pollock ML, Graves JE, Swart DL, Lowenthal DT: Exercise training and prescription for the elderly. *South Med J* 1994, 87:S88-95.

Rejeski WJ, Mihalko SL: Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001, 56:23-35.

Salminen, J.K., Saarijarvi, S., & Raitasalo, R.(1997). Depression and disability pension in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 242-243.

Sevil, U., Ertem, G., Kavlak, O., & Coban, A. (2006). The loneliness level of patients with gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 16 Suppl 1, 472-477.

Sieminski DJ, Cowell LL, Montgomery PS, Pillai SB, Gardner AW: Physical activity monitoring in patients with peripheral arterial occlusive disease. *J Cardiopulm Rehabil* 1997, 17:43-47

Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA: A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997, 52:M27-35.

Sirgy, M.J. (1991). Can business and goverment help enhance the quality of life worker and consumers? *Journal of Business Research*, 23,1-7.

Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 275(22): 1749-1756.

Stewart AL, King AC Haskell WL: Endurance exercise and health-related quality of life outcomes in 50-65 year old adults.

Gerontologist 1993, 33:782-789.

Stewart KJ, Kelemen MH, Ewart CK: Relationship between self-efficacy and mood before and after exercise training. J Cardiopulm Rehabil 1994, 14:35-42.

Tjepkema, M.(2006). Adult obesity in Canada: Measured height and weight. Statistics Canada. Available at: <http://www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/adults/aobesity.htm> ( accessed August 9,2007).

Umberson, D., & Williams, K.(1999). Family status and mental health. In C. S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), The handbook of the sociology of mental health (pp.225-253). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray C. J. L.(2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. British Journal of Psychiatry, 184, 386-392.

Ware, J. E.(1993). SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.

Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D.(1994). SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.

Wehrel M, Geise A, Hadzionerovic D, Aljukic E, U, Hahn EG, Strauss R: Health-related quality of life of patients with



multiple organ dysfunctions: individual changes and comparison with normative population. *Crit Care Med* 2003, 31:1094-1101.

Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7): 914-919.

Wilma M. Hopman, Claudie Berger, Lawrence Joseph, Susan I. Barr, Yongjun Gao, Jerilynn C. Prior, Suzette Poliquin, Tanveer Towheed, Tassos Anastassiades, CaMos Research Group (2007). *Quality of Life Research*.

Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.