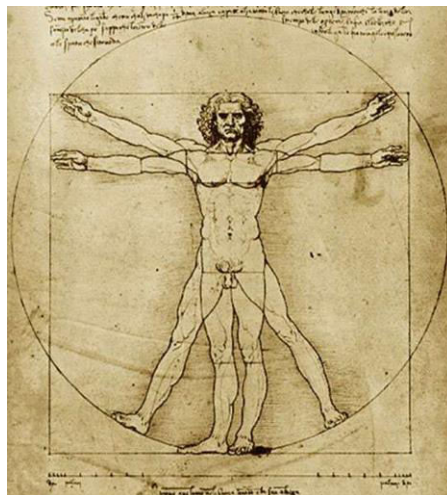


**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΘΕΜΑ:
«ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ»**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΑΔΕΜΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
Α.Μ. 2819**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Δρ. ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ
Καθηγήτρια Διατροφής-Διαιτολογίας**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2013

1. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ</u>	7
1.1 Θεωρητική επισκόπηση ερευνών του όρου «ποιότητα ζωής»	7
1.2 Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής	10
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ</u>	13
2.1 Γενικά	13
2.2 Ποιότητα υγείας και ποιότητα ζωής	14
2.3 Ψυχική νόσος και ποιότητα ζωής	14
2.4 Διατροφή και ποιότητα ζωής	16
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΥ ΖΗΝ»</u>	18
3.1 Ψυχική νόσος και διατροφή	18
3.2 Ψυχική νόσος και παχυσαρκία	19
3.3 Το πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ»	21

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο :ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΥ ΖΗΝ»</u>	23
4.1 Περιγραφή δείγματος	24
4.2 Έλεγχοι μέσων τιμών και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τη μεταβολή του βάρους ανά ομάδα ερωτήσεων	27
4.3 Συσχετίσεις Αρχικού ΔΜΣ, Μεταβολής Βάρους	36
4.4 Συσχετίσεις της μεταβολής του ΔΜΣ	41
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο :ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	53

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί τμήμα της πτυχιακής μελέτης, η οποία απαιτείται για την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης. Πραγματεύεται την προσωπική αξιολόγηση υπέρβαρων ψυχιατρικών ασθενών για την ποιότητα ζωής τους και την κατάσταση της υγείας τους, σε σχέση με το αρχικό σωματικό τους βάρος και τη μεταβολή αυτού, κατά το πρώτο εξάμηνο παρακολούθησης του ερευνητικού προγράμματος «ΕΥ ΖΗΝ» στην περιοχή της Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση συσχέτισης του αρχικού δείκτη μάζας σώματος (βάρος αναφορικά με το ύψος ή ΔΜΣ), καθώς και της μεταβολής αυτού (απώλεια ή αύξηση του σωματικού βάρους) κατά τη διάρκεια του προγράμματος, με τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα ζωής τους.

Ολοκληρώνοντας το σύντομο αυτό πρόλογο, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κ. Μαρία Χασαπίδου, καθηγήτρια στο τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης και επιστημονική υπεύθυνο του ερευνητικού προγράμματος «ΕΥ ΖΗΝ», για την πολύτιμη καθοδήγηση και συμβολή της στην εξέλιξη και ολοκλήρωση της εργασίας μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια «ποιότητα ζωής» είναι ευρύτατη και όχι ικανοποιητικά ορισμένη. Στο πρόσφατο παρελθόν των τελευταίων δεκαετιών, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι και πολιτικοί χρησιμοποιούσαν τους όρους «επίπεδο διαβίωσης» ή «βιοτικό επίπεδο». Σύντομα έγινε κατανοητό ότι οι όροι αυτοί δεν αντικατόπτριζαν επαρκώς τις σύγχρονες συνθήκες διαβίωσης του ανθρώπου και συνεπώς αντικαταστάθηκαν από τον όρο «ποιότητα ζωής». Και ο τελευταίος, όμως, χρωματίζεται μέχρι και σήμερα με διαφορετικές ερμηνείες.

Η ποιότητα ζωής είναι ένα ψηφιδωτό, οι ψηφίδες του οποίου προέρχονται από διάφορες επιστήμες και τομείς, όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η υγεία, η κοινωνία, το περιβάλλον, ο πολιτισμός, η οικονομία. Είναι ο συγκερασμός και το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης όλων των παραπάνω συνιστωσών, που διαμορφώνουν τον τρόπο ζωής και εξέλιξης των ανθρώπων και των κοινωνιών.

Η πολυπαραγοντική φύση της ποιότητας ζωής ενέπνευσε ποικιλία θεωριών και ερευνών, προκειμένου να διερευνηθούν, να οριστούν και να κατηγοριοποιηθούν οι παράμετροι που την διαμορφώνουν. Ο βαθμός σπουδαιότητας που έδιναν διαφορετικοί ερευνητές στην κάθε παραμέτρο καθόρισε την ποικιλία των θεωριών γύρω από την ποιότητα ζωής. Ο Abraham Maslow (1954) λόγου χάρη, ιεράρχησε τις ανθρώπινες ανάγκες στη γνωστή του πυραμίδα, τοποθετώντας στη βάση της τις απαραίτητες για την επιβίωση (νερό, αέρας, τροφή, ύπνος) και, ανεβαίνοντας προς την κορυφή, τις ανάγκες για ασφάλεια, κοινωνικές σχέσεις, αυτοπεποίθηση και αυτοπραγμάτωση. Αργότερα, επικράτησαν στην επιστήμη της ψυχολογίας θεωρίες σύνθετες, που συνδυάζουν ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες, που περιλαμβάνουν τις εξωτερικές συνθήκες (π.χ. χώρος διαβίωσης, εργασία ή μία ασθένεια), τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου και την εσωτερική ισορροπία -η οποία με τη σειρά της περιλαμβάνει τη διάθεση και την αυτοπεποίθηση (Lindstrom, 1992).

Η έννοια «ψυχική υγεία» είναι επίσης δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να οριστεί με απόλυτη ακρίβεια, μια και συνδέεται άρρηκτα και εξαρτάται από το χρονικό και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς. Είναι αναγκαίο να υπάρχει ένας

κοινός ορισμός για το τι είναι ψυχική υγεία, ακόμη και αν υπάρχουν την ίδια στιγμή αποκλίσεις ή ενστάσεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, και ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι «απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας», αλλά, «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» (Έκθεση για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2001).

Όσον αφορά δε τον όρο «ψυχική νόσος», ακόμη και στο Εγχειρίδιο Διαφορικής Διάγνωσης (DSM-IV-TR), το πλέον διαδεδομένο και καθολικά αποδεκτό στην Ψυχιατρική και την Ψυχολογία, αναφέρεται πως:

... παρόλο που το εγχειρίδιο αυτό παρέχει μία κατηγοριοποίηση των ψυχικών ασθενειών, πρέπει να παραδεχτούμε ότι κανένας ορισμός δεν διευκρινίζει επαρκώς ακριβή όρια για την έννοια της «ψυχικής νόσου». ... Η ψυχική νόσος, όπως και πλήθος εννοιών στην ιατρική και άλλες επιστήμες, στερείται ενός συνεπούς λειτουργικού ορισμού που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις. Έτσι, η ψυχική ασθένεια ορίζεται μέσω μιας ποικιλίας εννοιών, όπως αγωνία, απώλεια ελέγχου, ανικανότητα, έλλειψη προσαρμοστικότητας, παραλογισμός, μοτίβα συνδρόμου, αιτιολογία και στατιστική απόκλιση. Κάθε μία αποτελεί χρήσιμο δείκτη, καμμία όμως δεν είναι ισοδύναμη της έννοιας της ψυχικής νόσου και διαφορετικές περιπτώσεις χρήζουν διαφορετικών ορισμών.

(Stein et al., 2010)

Η παρούσα εργασία στοχεύει στον προσδιορισμό των παραγόντων της ποιότητας ζωής που πιθανώς επηρεάζουν τον δείκτη μάζας σώματος των υπέρβαρων ψυχιατρικών ασθενών που συμμετείχαν στο επιστημονικό πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ» (το οποίο θα περιγραφεί αναλυτικά στο αντίστοιχο κεφάλαιο) και στη διερεύνηση του ενδεχόμενου βοηθητικού ρόλου των παραγόντων αυτών στην απώλεια βάρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 Θεωρητική επισκόπηση ερευνών του όρου «ποιότητα ζωής»

Η έννοια της ποιότητας ζωής είχε απασχολήσει πριν πολλούς αιώνες τους αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους. «Ου το ζην περί πλείστου ποιητέον, αλλά το ευ ζην», που σημαίνει «Δεν πρέπει να φροντίζουμε πώς να ζούμε μόνο, αλλά πώς να ζούμε καλά», είχε πει ο Πλάτων (Πλάτωνος Κρίτων 48b). Ο Αριστοτέλης θεώρησε πως η τέλεια πόλη «γινομένη μεν του ζην ένεκεν, ούσα δε του ευ ζην», δηλαδή «η πόλη δημιουργήθηκε για τη διασφάλιση της ζωής, αλλά υπάρχει για τη διασφάλιση της καλής ζωής, του ευ ζην» (Αριστοτέλους Πολιτικά 1252a1-1253a39).

Στο πιο πρόσφατο παρελθόν, ο όρος «ποιότητα ζωής» αναπτύχθηκε και διαδόθηκε ευρέως στη δεκαετία του '50 στις ΗΠΑ. Συνδεδεμένος με την εμφάνιση της καταναλωτικής κοινωνίας, ο όρος αρχικά περιέγραφε την απόκτηση ηλεκτρικών συσκευών, αυτοκινήτων και σπιτιών -ο ελεύθερος χρόνος, η αναψυχή και οι διακοπές προστέθηκαν μεταγενέστερα- και την επόμενη δεκαετία ο όρος εμπλουτίστηκε, συμπεριλαμβάνοντας τις έννοιες της παιδείας, της υγείας, της ευεξίας, της οικονομίας και της βιομηχανικής ανάπτυξης (Παπάνης, 2007).

Στις δεκαετίες που ακολούθησαν, η ποιότητα ζωής έγινε αντικείμενο έρευνας και πηγή έμπνευσης ποικίλων και συχνά αντικρουόμενων θεωριών. Οι Dalkey και Rourke (1973) όρισαν την ποιότητα ζωής ως την αίσθηση του ατόμου για το βαθμό ευεξίας, ικανοποίησής του από τη ζωή του και ευτυχίας όσον αφορά την υγεία του, τη δράση, το άγχος, την ύπαρξη στόχων, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την οικογενειακή και κοινωνική στήριξη. Η έννοια της ευτυχίας, όμως, είναι ανέφικτο να μετρηθεί, αφού παρουσιάζει ποικιλία ερμηνειών, ανάλογα με τον πολιτισμό και τη γλώσσα του κάθε λαού.

Ο Hornquist (1982) είδε την ποιότητα ζωής μέσα από το πρίσμα των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, υλικών και διαρθρωτικών τομέων της ζωής και το βαθμό ικανοποίησης από αυτούς. Ο Lewis (1982) όρισε την ποιότητα ζωής ως το επίπεδο στο οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή και ελάχιστο άγχος.

Ο Mukherjee (1989) επισήμανε πως η ποιότητα ζωής ως μετρήσιμη μεταβλητή αναφέρεται τόσο στο αντικείμενο όσο και στο υποκείμενο της έρευνας. Εμπεριέχει δηλαδή την υποκειμενική εκτίμηση και ικανοποίηση των ατόμων ή ομάδων από τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής στο περιβάλλον όπου ζουν. Δεν νοείται, συνεπώς, μελέτη της ποιότητας ζωής που να μην λαμβάνει υπόψιν τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αξίες των ατόμων ή της κοινότητας.

Οι Renwick και Brown (1996) όρισαν πιο ανθρωποκεντρικά την ποιότητα ζωής, υποστηρίζοντας ότι ως έννοια εκφράζει την αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και για κάθε άτομο γίνεται αντιληπτή ως ο βαθμός στον οποίο απολαμβάνει χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ύπαρξη, την αίσθηση της συλλογικότητας και τις δυνατότητες (ανάλογα με τις ευκαιρίες και τους περιορισμούς που συναντά στη ζωή του) για προσωπική ολοκλήρωση.

Οι Raphael et al. (1999) επικεντρώθηκαν στην ποιότητα ζωής της κοινότητας και στην αντίληψη των ανθρώπων για το τι θα τους ικανοποιούσε στη ζωή και τι όχι, μέσω τριών βασικών αξόνων: το «είναι», το «ανήκειν» και το «γίγνεσθαι» (being, belonging and becoming). Ο πρώτος αφορά στο ποιος είναι ο κάθε άνθρωπος, σύμφωνα με τη σωματική, ψυχολογική και πνευματική του υπόσταση. Ο δεύτερος, στη σχέση του ατόμου με το φυσικό, κοινωνικό και κοινοτικό του περιβάλλον. Και ο τρίτος, στις δράσεις του ατόμου για την επίτευξη των προσωπικών του στόχων, επιθυμιών και φιλοδοξιών (Raphael et al. 1999).

Σύμφωνα με τη μελέτη Janseen Quality-of-Life Studies (2007), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «υποκειμενική ευεξία» και αντικατοπτρίζει τη διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες και την παροντική εμπειρία του ατόμου. Ο άνθρωπος προσαρμόζει τις προσδοκίες του για τη ζωή σύμφωνα με το τι θεωρεί δυνατό και εφικτό. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η ποιότητα ζωής ανθρώπων με δύσκολες συνθήκες διαβίωσης μπορεί να διατηρηθεί σε λογικά για αυτούς επίπεδα.

Ο Παπάνης (2007) αναφέρει τον Townshed (2001), ο οποίος θεωρεί την αστικοποίηση άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία. «Χαρακτηριστικά του αστικού χώρου, όπως η πυκνότητα του πληθυσμού, έχουν συσχετισθεί με αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών

διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, αλλά και με το αυξημένο αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης» (Παπάνης 2007).

Ο Schalock (2004) είδε την ποιότητα ζωής ως μια σύνθετη έννοια με πολλές προοπτικές, που συντίθεται από οχτώ βασικές διαστάσεις:

- Συναισθηματική ευημερία
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Υλικό ευ ζην
- Προσωπική ανάπτυξη
- Φυσικό ευ ζην
- Αυτοπροσδιορισμός
- Κοινωνική ένταξη
- Δικαιώματα

Οι παραπάνω διαστάσεις σχηματοποιούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται εφικτή μια ποιοτική ζωή, μέσω καλύτερων συνθηκών διαβίωσης σε λειτουργικό περιβάλλον διαμορφωμένο σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον μελετητών από το χώρο της υγείας και ιδίως από το χώρο της ψυχικής υγείας έχει στραφεί στην έννοια της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ποιότητα ζωής είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, σε συνάρτηση με το πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, των προσωπικών στόχων, προσδοκιών, κριτηρίων αξιολόγησης, των ενδιαφερόντων και ανησυχιών του. (Έκθεση για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2001).

Τρία θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να προσεγγίσουν την ποιότητα ζωής από την πλευρά της υγείας: το μοντέλο ικανοποίησης, το συνδυαστικό μοντέλο ικανοποίησης-σημαντικότητας και το μοντέλο λειτουργικότητας στο πλαίσιο κοινωνικών ρόλων. Στο μοντέλο ικανοποίησης των Lehman et al. (1982), τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει το άτομο για διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσής του συμφωνούν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (χωρίς όμως να εξετάζεται ποιες είναι ουσιαστικά αυτές οι ανάγκες και επιθυμίες). Στο συνδυαστικό μοντέλο ικανοποίησης-σημαντικότητας των Becker et al. (1993), λαμβάνονται υπόψιν

τόσο η υποκειμενική ικανοποίηση του ατόμου για κάποιον τομέα της ζωής του, όσο και ο βαθμός σημαντικότητας που ο ίδιος αποδίδει στον συγκεκριμένο τομέα (χωρίς όμως να εξετάζεται η επιρροή του περιβάλλοντος στη διαμόρφωση των στόχων). Στο μοντέλο λειτουργικότητας των Barry και Crosby (1995), η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται από εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες και ενδιάμεσους παράγοντες, όπως το αίσθημα ελέγχου, η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα.

1.2 Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής

Όπως αναφέρθηκε και πρωτίτερα, η ποιότητα ζωής είναι έννοια πολυδιάστατη και εξαρτώμενη από ποικιλία παραγόντων, οι οποίοι διακρίνονται σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς. Οι πρώτοι αφορούν στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον τους. Οι δεύτεροι σχετίζονται με την ικανοποίηση των κοινωνικών και πολιτισμικών απαιτήσεων των ατόμων σχετικά με την υλική ευημερία, την κοινωνική θέση και τη σωματική ευεξία (Παπάνης, 2007). Σύμφωνα με τον Racione (1982), κάθε έρευνα για την ποιότητα ζωής πρέπει να κινείται σε δύο διαστάσεις: μία εσωτερική, που αφορά στην ικανοποίηση των πολιτών από τη ζωή τους και μία εξωτερική, που αφορά στα φυσικά αντικείμενα που προκαλούν ή σχετίζονται με την ικανοποίηση αυτή.

Σύμφωνα με διαχρονικές έρευνες που παραθέτει ο Παπάνης (2007), η ποιότητα ζωής μπορεί να ερευνηθεί και να μετρηθεί αντικειμενικά σε 9 βασικούς τομείς: το κόστος ζωής, την εγκληματικότητα, την υγειονομική περίθαλψη, την απασχόληση, τις μεταφορές, την εκπαίδευση, τις τέχνες, την αναψυχή και το κλίμα. Η υποβάθμιση ενός από αυτούς τους τομείς αρκεί για να απειλήσει ή να επηρεάσει αρνητικά την ευημερία των ατόμων και των κοινωνιών.

Από την άλλη πλευρά όμως, οι υποστηρικτές των υποκειμενικών παραγόντων για την ποιότητα ζωής θεωρούν ότι λαμβάνοντας υπόψιν μόνο τους αντικειμενικούς δείκτες, όπως το εισόδημα και τους δείκτες ανεργίας, αγνοείται το πώς πραγματικά νιώθουν οι πολίτες για τη ζωή τους. Σε πρόσφατες έρευνες βρέθηκε ότι σε χώρες με το χαμηλότερο ΑΕΠ, η ικανοποίηση από το εισόδημα μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα υποκειμενικής

ικανοποίησης. Αντιθέτως, σε χώρες με υψηλό ΑΕΠ, η ικανοποίηση από τα επίπεδα του εισοδήματος δεν συνοδεύεται πάντα από γενικότερα αισθήματα ικανοποίησης από τη ζωή (Παπάνης, 2007).

Όπως προαναφέρθηκε, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει πως η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί επίσης να είναι υποκειμενική, εφόσον αξιολογείται από το ίδιο το άτομο σύμφωνα αφενός μεν, με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια που νιώθει για τη ζωή του και αφετέρου δε, με τα συναισθήματα για τους στόχους που έχει θέσει, καθώς και την «απόσταση» που χρειάζεται για να τους πετύχει.

(Έκθεση για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2001).

Αντιλαμβανόμενος τη διττή φύση της ποιότητας ζωής, ο Rogerson (1997) διέκρινε ανάμεσα στον υλικό και προσωπικό τομέα της ζωής των ατόμων, οι οποίοι πλαισιώνονται από το περιβάλλον στο οποίο ζουν. Οι διαθέσιμοι περιβαλλοντικοί πόροι και τα χαρακτηριστικά τους διαμορφώνουν και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που τους αξιοποιούν και επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους. Ουσιαστικά ο Rogerson προσπάθησε να συνδυάσει την υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με τις αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων, λαμβάνοντας υπόψιν την επιρροή της κοινότητας στην ποιότητα ζωής των μελών της. Ο υλικός άξονας της θεωρίας του περιλαμβάνει μία σειρά αγαθών, υπηρεσιών και άλλων χαρακτηριστικών του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Ο προσωπικός άξονας ορίζεται από την αίσθηση ικανοποίησης και ευημερίας των ατόμων (1997).

Ο Flanagan (1978, 1982) επισήμανε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους, ταξινομώντας τους σε 5 κατηγορίες:

- Σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση/ασφάλεια και υγεία)
- Διαπροσωπικές σχέσεις (συγγενικές/φιλικές/συζυγικές σχέσεις, ανατροφή παιδιών)
- Κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (συμμετοχή σε τοπικές/εθνικές δραστηριότητες, παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους)

- Προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, αυτογνωσία, προσωπική στοχοθεσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία)
- Ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση και δραστηριότητες αναψυχής)

Οι Renwick και Brown (1996) διατύπωσαν μία διαφορετική θεωρία, στην οποία υποστηρίζουν ότι παράγοντες της ποιότητας ζωής αποτελούν η φυσική ευεξία και η σωματική άσκηση, η διατροφή, η εμφάνιση, η ψυχολογική ευεξία και η αυτονομία, η αυτοεκτίμηση, η ανεξαρτησία, η έλλειψη άγχους, η πνευματική ευεξία και οι προσωπικές αξίες, οι αντιλήψεις, οι στάσεις, τα υλικά αγαθά, η ποικιλία και η επάρκεια προϊόντων, η προσβασιμότητα σε αγαθά και υπηρεσίες, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον, η κατοικία, τα σχολικά κτίρια, οι επαγγελματικές δραστηριότητες, ο ελεύθερος χρόνος, οι δυνατότητες ψυχαγωγίας, η ανάπτυξη και η μόρφωση και, τέλος, η βελτίωση ικανοτήτων και σχέσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

2.1 Γενικά

Το αίτημα για ποιότητα ζωής είναι ένα από τα θεμελιώδη καθολικά και διαχρονικά αιτήματα των σύγχρονων κοινωνιών. Θεμελιώδες, γιατί άπτεται της δομής των καταναλωτικών κοινωνιών. Καθολικό, γιατί αφορά όλους τους ανθρώπους και σχετίζεται με όλους τους τομείς της κοινωνικής δράσης. Και διαχρονικό, διότι, όπως δείχνει η ιστορία, η επιστημονική μελέτη και πρόοδος που πραγματοποιείται στο πλαίσιο των καταναλωτικών κοινωνιών για περισσότερο από μισό αιώνα, δεν συνεπάγεται και καλυτέρευση των δεικτών ποιότητας ζωής. Αρκεί μια ματιά στις εφημερίδες ή μια ημίωρη παρακολούθηση ενός τηλεοπτικού δελτίου ειδήσεων, για να διαπιστώσει κανείς ότι στη χρονική περίοδο που διανύουμε επικρατεί σε παγκόσμιο επίπεδο εξαθλίωση της ανθρωπότητας σε πολλαπλά επίπεδα (κοινωνικό, οικονομικό, ψυχολογικό, ηθικό κ.ά.).

Αν και δεν υφίσταται ένα εδραιωμένο και μοναδικό σετ προσδιοριστικών παραγόντων για την ατομική ποιότητα ζωής, ως κυριότεροι κοινά αποδεκτοί παράγοντες-κοινωνικοί δείκτες μπορούν να αναφερθούν η σωματική και ψυχική υγεία, η παιδεία και η μόρφωση, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής, το εισόδημα, ο ελεύθερος χρόνος, η ελευθερία επιλογών, η οικογένεια και οι φίλοι, η κοινωνική ένταξη, το (φυσικό και κοινωνικό) περιβάλλον διαβίωσης, τα αισθήματα αυτοεκτίμησης και ευτυχίας και το αίσθημα ασφάλειας (Ψαθά και Δέφνερ, 2012).

Για να υπάρξουν οι βασικές προϋποθέσεις για ικανοποίηση και έμπρακτη εφαρμογή του αιτήματος για ποιότητα ζωής σε όλες τις εκδηλώσεις του κοινωνικού βίου, είναι αυτονόητο ότι προέχει η συνειδητοποίηση έλλειψής της, ως κίνητρο για την επιδίωξη επίτευξής της.

2.2 Ποιότητα υγείας και ποιότητα ζωής

Είναι επίσης αυτονόητο ότι η υγεία αποτελεί την ύψιστη των θεμελιωδών αξιών της ζωής του ανθρώπου και, απουσία αυτής, εκπίπτουν οι υποκειμενικοί και αντικειμενικοί δείκτες ποιότητας ζωής. Η έρευνα για την υγεία, ως προσδιοριστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής, έχει εξελιχθεί τις τελευταίες τρεις δεκαετίες και συμπεριλάβει εκείνες τις πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής που μπορεί να αποδειχθεί σαφώς ότι επηρεάζουν την υγεία, είτε σωματική είτε ψυχική (McHorney, 1999).

Σε ατομικό επίπεδο, αυτό περιλαμβάνει τις αντιλήψεις για την σωματική και ψυχική υγεία, οι οποίες σχετίζονται με τις συνθήκες και τους κινδύνους για την υγεία, τη λειτουργική κατάσταση, την κοινωνική υποστήριξη και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Σε κοινοτικό επίπεδο, περιλαμβάνει τους πόρους, τις συνθήκες, τις πολιτικές και πρακτικές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την υγεία και τη λειτουργική κατάσταση ενός πληθυσμού (Kindig et al., 2010).

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία καθιστούν δυνατή την επιστημονική απόδειξη της επίδρασης της υγείας στην ποιότητα ζωής, συν του ότι χρησιμεύουν ως συστατικό επίβλεψης στο χώρο της υγείας και γενικά θεωρούνται αξιόπιστοι δείκτες των αναγκών για υπηρεσίες και των αποτελεσμάτων παρέμβασης (Dominick et al., 2002).

2.3 Ψυχική νόσος και ποιότητα ζωής

Μία καλή ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από ευημερία, έλεγχο, αυτονομία και δυνατότητα επιλογών, θετική αυτο-αντίληψη, αίσθηση του «ανήκειν», συμμετοχή σε δημιουργικές και διασκεδαστικές δραστηριότητες, ελπίδα και θετική άποψη για το μέλλον. Αντιθέτως, μια κακή ποιότητα ζωής, που συχνά βιώνουν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, χαρακτηρίζεται από αίσθηση δυσφορίας, έλλειψη ελέγχου (απέναντι στα συμπτώματα της ασθένειας και στη ζωή γενικότερα), χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, κοινωνικό στίγμα και αίσθηση απόρριψης, μειωμένη δραστηριότητα και δυσκολία σε καθημερινές ασχολίες, αίσθηση απόγνωσης και εξαχρείωσης (Connell et al., 2012). Οι παραπάνω τομείς της ζωής

αλληλεπιδρούν με έναν σύνθετο και αμφίδρομο τρόπο. Όπως αναφέρουν οι Connell et al. (2012), η αξιολόγηση ποιότητας ζωής στους ψυχικά ασθενείς συμβάλλει στην προσπάθεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για άμβλυνση των αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας, ιδιαίτερα της δυσφορίας και της έλλειψης ελέγχου.

Στην ίδια έρευνα τονίζεται πως η αίσθηση του «ανήκειν» και οι διαπροσωπικές-κοινωνικές σχέσεις καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών, οι οποίοι συχνά πρέπει να επιλέξουν μεταξύ του ρίσκου της κοινωνικής ζωής –που μπορεί να περιλαμβάνει και συμπεριφορές ασέβειας, αδιαφορίας, απόρριψης ή στιγματισμού– ή της αυτοπροστασίας μέσω της απομόνωσης. Ανάλογα ήταν τα ευρήματα όσον αφορά την εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες. (Connell et al., 2012).

Παρόλο που η αποφυγή κοινωνικής ή εργασιακής δραστηριότητας μπορεί να μειώσει το άγχος και άλλα δυσάρεστα συμπτώματα, ο επακόλουθος αποκλεισμός από επιλογές και ευκαιρίες έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών, αυταπάτης και ψευδαισθήσεων, καθώς και τη διατήρηση ψυχωσικών συμπτωμάτων (Romm et al., 2011). Φαίνεται, δηλαδή, πως η αυτοαντίληψη λειτουργεί ταυτόχρονα ως αίτιο και αποτέλεσμα για την ψυχική υγεία και μπορεί να θεωρηθεί κεντρική έννοια στην ποιότητα ζωής.

Για τους παραπάνω λόγους, ο Katschnig (2006) καταλήγει πως στόχοι της ψυχιατρικής φροντίδας είναι «η σφαιρική φροντίδα των χρονίως ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους, η αντιμετώπιση του στίγματος, καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της συνολικής κατάστασης της υγείας του πάσχοντος (σωματική και ψυχική υγεία)».

2.4 Διατροφή και ποιότητα ζωής

Ο καταλυτικός ρόλος της διατροφής για την υγεία είναι σχεδόν αυτονόητος. Και, όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η υγεία αποτελεί τον Νο1 προσδιοριστικό παράγοντα ποιότητας ζωής σχεδόν σε όλες τις θεωρητικές προσεγγίσεις. Τα οφέλη της σωστής διατροφής για την υγεία είναι πολλαπλά: φυσιολογικό σωματικό βάρος και ΔΜΣ [φυσιολογικό εύρος: 18-24,9], διατήρηση ανάπτυξης του σώματος και ομαλή λειτουργία του οργανισμού, προστασία από την υψηλή αρτηριακή πίεση, πρόληψη και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων, πρόληψη και αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2 και θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 1, πρόληψη προβλημάτων του νευρικού και ανοσοποιητικού συστήματος, μείωση του βάρους σε υπέρβαρα, παχύσαρκα και διαβητικά άτομα. Όσο εξελίσσεται η έρευνα γύρω από τη διατροφή, τόσο η λίστα αυτή εμπλουτίζεται.

http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3665

Αφού η συγκεκριμένη πτυχιακή μελέτη αφορά στο ερευνητικό πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ» που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα στην πόλη της Θεσσαλονίκης, σωστή διατροφή θεωρείται η ελληνική μεσογειακή διατροφή. Η μεσογειακή δίαιτα είναι η πλέον ισορροπημένη διατροφή από άποψη περιεκτικότητας και αναλογιών σε θρεπτικά συστατικά, διότι τα χαρακτηριστικά της είναι : άφθονες φυτικές τροφές, όπως φρούτα, λαχανικά, ψωμί και άλλα προϊόντα δημητριακών ολικής αλέσεως, πατάτες, όσπρια, καρποί και σπόροι, (πλούσια πηγή σωστών υδατανθράκων), μέτριες ποσότητες γαλακτοκομικών (πηγή ασβεστίου και βιταμινών D,A), μέτριες ποσότητες ψαριών και πουλερικών (πηγή πρωτεϊνών), μικρές ποσότητες ελαιόλαδου, μικρές ποσότητες κόκκινου κρέατος (πηγή πρωτεϊνών αλλά και λιπαρών) και κρασί σε μικρές ποσότητες κατά κανόνα με τα γεύματα (πηγή αντιοξειδωτικών και φλαβονοειδών).

http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3665

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι αναλογίες των θρεπτικών συστατικών στην ημερήσια διατροφή έχουν ως εξής: 50-60% υδατάνθρακες, 25-30 % λίπη, 20-25% πρωτεΐνες -το οποίο επιτυγχάνεται με την μεσογειακή διατροφή.

(Έκθεση για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2001).

Αντίθετα, κακής ποιότητας διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση: τροφών “fast food”, κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος, ολόπαχων γαλακτοκομικών, επεξεργασμένων τροφίμων, επεξεργασμένων δημητριακών, αυγών, εμπορικών προϊόντων αρτοποιίας, ζάχαρης και αλατιού –τυπικό παράδειγμα διατροφής των σύγχρονων κοινωνιών δυτικού τύπου. Τέτοιου τύπου διατροφή συνδέεται με την εμφάνιση παχυσαρκίας, υπέρτασης, υπερχοληστεριναιμίας, καρδιαγγειακών παθήσεων, ινσουλινοαντίστασης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2, ψυχολογικών προβλημάτων, μέχρι και ορισμένες μορφές καρκίνου. (Έκθεση για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2000).

Μία πολύ πρόσφατη έρευνα (Ruano et al., 2013) συνδέει άμεσα την κακής ποιότητας διατροφή (των σύγχρονων κοινωνιών δυτικού τύπου) με χαμηλότερα σκορ και την μεσογειακή διατροφή με υψηλότερα σκορ σε τεστ για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, επισημαίνοντας πως η μεσογειακή διατροφή συσχετίζεται με μεγαλύτερη ζωτικότητα, καθώς και καλύτερη: ψυχική υγεία (χαμηλότερο ρίσκο για ψυχική νόσο και κατάθλιψη), σωματική λειτουργικότητα και γενική υγεία. Οι Ruano et al. προτείνουν την περαιτέρω διερεύνηση των ευρημάτων τους για επιβεβαίωση των παραπάνω συσχετίσεων (2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΥ ΖΗΝ»

3.1 Ψυχική νόσος και διατροφή

Η σύνδεση ανάμεσα στην κακής ποιότητας διατροφή και τη σωματική ασθένεια είναι ευνόητη για τους περισσότερους και αποδεδειγμένη. Αντιθέτως, λίγοι αντιλαμβάνονται τη σύνδεση μεταξύ διατροφής και ψυχικής νόσου και η βιβλιογραφία πάνω στο θέμα είναι ελάχιστη. Η Διατροφική Νευροεπιστήμη (Nutritional Neuroscience) είναι ένας αναδυόμενος επιστημονικός τομέας που επιχειρεί να διαλευκάνει το μυστήριο της αλληλεπίδρασης της διατροφής με τη νόσηση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου (Sathyanarayana et al., 2008).

Οι επικρατέστερες ψυχικές ασθένειες των σύγχρονων κοινωνιών είναι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, οι ψυχωσικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια. Ανεξάρτητα από το σωματικό τους βάρος, κοινός παρονομαστής των πασχόντων από τις ασθένειες αυτές είναι συχνά η ελλιπής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, όπως αμινοξέα, βιταμίνες (σύμπλεγμα βιταμινών Β), μέταλλα και ιχνοστοιχεία (ασβέστιο, μαγνήσιο, σίδηρος, ιώδιο, χρώμιο, σελήνιο, ψευδάργυρος), και ω-3 λιπαρά οξέα: α-λινολενικό οξύ ή ALA, εικοσιπεντανοϊκό οξύ ή EPA και δοκοσαεξανοϊκό οξύ ή DHA (Murray et al., 1996).

Ερευνητές αποδίδουν μια αυξανόμενη τάση στη συχνότητα της μείζονος κατάθλιψης στην πτώση της κατανάλωσης ω-3 λιπαρών οξέων από τα ψάρια και άλλες πηγές στους περισσότερους πληθυσμούς (Janicak et al., 1988). Επιπλέον, συσσωρευμένα στοιχεία από δημογραφικές μελέτες δείχνουν μια σχέση μεταξύ υψηλής κατανάλωσης ψαριών και χαμηλή συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών. Αυτή η χαμηλότερη συχνότητα είναι πιθανώς το άμεσο αποτέλεσμα της πρόσληψης ω-3 λιπαρών οξέων (Janicak et al., 1988). Εκτός από τα ω-3 λιπαρά οξέα, ελλείψεις βιταμινών του συμπλέγματος Β (π.χ., φολικό οξύ) και μαγνησίου έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη (Sathyanarayana et al., 2008).

Όπως αναφέρουν πολλαπλές μελέτες, αμινοξέα όπως η τρυπτοφάνη, η τυροσίνη, η φαινυλαλανίνη και η μεθειονίνη δρουν επικουρικά στη θεραπεία διαταραχών της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης (Sathyanarayana et al., 2008). Η τρυπτοφάνη είναι πρόδρομος ένωση της ορμόνης-νευροδιαβιαστή σεροτονίνης ή αλλιώς «ορμόνη της ευχαρίστησης», η οποία συμβάλλει στη ρύθμιση της διάθεσης, της όρεξης και του ύπνου. Η τυροσίνη και η πρόδρομός της, φαινυλαλανίνη, μετατρέπονται στις ορμόνες-νευροδιαβιαστές ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη(ή νοραδρεναλίνη): η πρώτη προκαλεί συναισθήματα ευχαρίστησης και ανταμοιβής, ενώ η δεύτερη αυξάνει την εγρήγορση, την προσοχή και την οξύνοια σε στρεσογόνες καταστάσεις κι επίσης συμβάλλει στη ρύθμιση της διάθεσης (Sathyanarayana et al., 2008).

3.2 Ψυχική νόσος και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι συχνή μεταξύ των ασθενών με ψυχικές ασθένειες, που εμφανίζεται σε: μέχρι 60% των ασθενών με διπολική διαταραχή, 70% των ασθενών με σχιζοφρένεια και 55% των ασθενών με κατάθλιψη. Διάφορες μελέτες αναλύουν γιατί η ψυχική ασθένεια συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας. Η Brauser (2012) αναφέρει πως, αν και η χρήση των ψυχοδραστικών φαρμάκων είναι ένας προφανής λόγος για την αύξηση του σωματικού βάρους σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών, υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η διαταραχή του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης μπορεί να προκαλέσει αντίσταση στην ορμόνη λεπτίνη, η οποία δίνει την εντολή του κορεσμού, και υψηλότερα επίπεδα της ορμόνης γκρελίνης, η οποία διεγείρει την όρεξη. Επιπλέον, η κατάθλιψη συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα της ορμόνης κορτιζόλης, η οποία προάγει την αύξηση του σωματικού βάρους.

Άλλοι παράγοντες αύξησης βάρους σε ψυχικά ασθενείς περιλαμβάνουν δυσκολία στην προετοιμασία υγιεινών γευμάτων, παρορμητικές συμπεριφορές που οδηγούν στην υπερκατανάλωση τροφής, αυξημένο άγχος, απειθαρχία στην τήρηση υποθερμιδικής δίαιτας, χαμηλή φυσική δραστηριότητα, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και αρνητικές σκέψεις που κυριαρχούν σε αυτούς τους ασθενείς, είτε ως συμπτωματολογία

της ασθένειας (π.χ. κατάθλιψη), είτε ως αντιλαμβανόμενη αποτυχία στην προσπάθεια απώλειας βάρους (Brauser 2012).

Υπάρχουν όμως και μελέτες που αντιμετωπίζουν τη σχέση ψυχικής νόσου και παχυσαρκίας ως αμφίδρομη, εξετάζουν δηλαδή το ενδεχόμενο και η παχυσαρκία να λειτουργεί σαν αίτιο της ψυχικής ασθένειας. Τονίζουν ότι τα αυξημένα ιατρικά προβλήματα και η περιορισμένη κινητικότητα, που συνοδεύουν την παχυσαρκία, έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική ευεξία και μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Gatineau & Dent, 2011).

Οι κύριοι ενδιάμεσοι παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια και την παχυσαρκία, σύμφωνα με τους Gatineau και Dent, (2011):

Παχυσαρκία ως αιτία της ψυχικής νόσου

Συμπεριφορικοί: εναλλαγή δίαιτας και υπερκατανάλωσης τροφής

Βιολογικοί: αυξημένα ποσοστά χρόνιων ασθενειών, σωματικός πόνος, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, προβλήματα ύπνου, παρενέργειες φαρμάκων και μη φυσιολογικές συγκεντρώσεις ορμονών

Ψυχολογικοί: χαμηλή αυτοπεποίθηση/ενδιαφέρον για την εικόνα του σώματος, αρνητική άποψη για την υγεία τους

Κοινωνικοί: στίγμα που συνοδεύει την παχυσαρκία

Ψυχική νόσος ως αιτία της παχυσαρκίας

Συμπεριφορικοί: υιοθέτηση ανθυγιεινού τρόπου ζωής, χρήση τροφής σαν στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων

Βιολογικοί: παρενέργειες ψυχοδραστικών φαρμάκων

Ψυχολογικοί: χαμηλές προσδοκίες από προσπάθειες απώλειας βάρους

Κοινωνικοί: μειωμένη υποστήριξη από οικογένεια/φίλους

Η σύνδεση της παχυσαρκίας με τις πιο συχνές διαταραχές της ψυχικής υγείας είναι ένα σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας. Και οι δύο αυτές συνθήκες έχουν σημαντικές συνέπειες για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο και αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό του παγκόσμιου «φορτίου», που αποτελεί η ασθένεια. Άτομα που πάσχουν τόσο από την παχυσαρκία όσο και από διαταραχές της ψυχικής υγείας, ενδέχεται επίσης να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερους κινδύνους για την υγεία και την

ευημερία, διότι είναι πιθανό οι δύο συνθήκες (ψυχική νόσος, παχυσαρκία) να διαιωνίσουν η μία την άλλη (Gatineau & Dent, 2011).

3.3 Το πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ»

Το πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ» διαχειρίστηκε το θέμα του σωματικού βάρους από τον Ιανουάριο του 2007 μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2012 στην Θεσσαλονίκη, συμβάλλοντας στην προσπάθεια για μια ολοκληρωμένη ψυχιατρική θεραπεία με σκοπό τη βελτίωση της σωματικής υγείας των ασθενών. Συγκεκριμένα, το «ΕΥ ΖΗΝ» αποτέλεσε μία μακροπρόθεσμη μελέτη παρέμβασης που αξιολόγησε και διαχειρίστηκε την αύξηση του βάρους σε υπέρβαρους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Το πρόγραμμα προσφέρθηκε δωρεάν σε όλους τους ψυχικά ασθενείς που είχαν παραπεμπτικό του θεράποντος ψυχιάτρου και ακολουθούσαν αγωγή με ψυχοδραστικά φάρμακα. Στόχος του προγράμματος ήταν η υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και η αύξηση σωματικής άσκησης, μέσω παροχής εξατομικευμένου διατροφικού προγράμματος διάρκειας 9 μηνών. Δόθηκαν επίσης συμβουλές σε όλους τους ασθενείς, από τους ίδιους πάντα εξειδικευμένους διαιτολόγους, για πιο υγιεινό τρόπο μαγειρέματος και επιλογής τροφών και για διαχωρισμό μεταξύ πραγματικής και συναισθηματικής πείνας.

Τα διαιτολόγια του προγράμματος ήταν σύμφωνα με τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής, εξατομικευμένα σύμφωνα με τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων. Οι αναλογίες των θρεπτικών συστατικών στην ημερήσια διατροφή τους είχαν ως εξής: 50-55% υδατάνθρακες, 25-30 % λίπη, 15-20% πρωτεΐνες.

Οι συνεδρίες των ασθενών με τον διαιτολόγο πραγματοποιούνταν κάθε 15 ημέρες και σημειωνόταν το σωματικό τους βάρος, η περίμετρος μέσης και η μεταβολή της σύστασης σωματικού λίπους με τη μέθοδο της βιοηλεκτρικής αγωγιμότητας. Κατά την πρώτη επίσκεψή τους και κάθε τρεις μήνες, οι ασθενείς προσκόμιζαν τις βιοχημικές τους εξετάσεις. Επίσης, κατά την πρώτη επίσκεψη, οι ασθενείς συμπλήρωσαν ημερολόγιο φυσικής δραστηριότητας, καθώς και το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF (παρατίθεται συνημμένο στο

παράρτημα), το οποίο εξετάζει την ποιότητα ζωής του ασθενούς, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος (Παπαδημητρίου & Χασαπίδου, 2011).

Η διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ αρχικού Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)/μεταβολής του και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητας ζωής τους, βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, το οποίο συμπλήρωσαν κατά την πρώτη επίσκεψή τους στον διαιτολόγο του «ΕΥ ΖΗΝ».

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αποτελεί σύντομη μορφή του WHOQOL-100, το οποίο δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στοχεύοντας στην προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100 έχει μεταφραστεί σε 50 γλώσσες και χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αποτελείται από 26 ερωτήσεις και είναι πιο εύχρηστο (Τζινιέρη-Κοκκώση, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΥ ΖΗΝ»

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας για τη μελέτη της απώλειας βάρους σε σχέση με την ποιότητα ζωής, ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές διαταραχές και έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ», χρησιμοποιήθηκε η ερευνητική μέθοδος του ερωτηματολογίου. Για τους σκοπούς της έρευνας συντάχθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 30 ερωτήσεις, κλειστού τύπου, ενώ τα υπό μελέτη χαρακτηριστικά και ιδιότητες (μεταβλητές) ήταν ποιοτικά ιεραρχικά. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 ομάδες ερωτήσεων με σκοπό τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η πρώτη ομάδα που αποτελείται από 2 ερωτήσεις, αφορούσαν την εκτίμηση του ασθενούς για την ποιότητα της ζωής και της υγείας του. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από 7 ερωτήσεις και έχουν να κάνουν με την ένταση με την οποία βιώνει ο ασθενής ορισμένες καθημερινές καταστάσεις. Η τρίτη ομάδα 6 ερωτήσεων έχει σκοπό τον προσδιορισμό της αίσθησης δυνατότητας-ικανότητας αντιμετώπισης ορισμένων καταστάσεων. Η τέταρτη ομάδα περιέχει 10 ερωτήσεις για το βαθμό ικανοποίησης από διάφορους τομείς της ζωής του ασθενούς. Η πέμπτη ομάδα περιέχει μια ερώτηση και έχει να κάνει με τη συχνότητα εμφάνισης κάποιων αρνητικών συναισθημάτων (μελαγχολία, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη). Τέλος, στην έκτη ομάδα των 4 ερωτήσεων εξετάζεται ο βαθμός ικανοποίησης από συγκεκριμένες πλευρές της ζωής του ασθενούς. Σε όλες τις ομάδες εκτός της πρώτης ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν λαμβάνοντας υπ' όψιν τις 2 τελευταίες εβδομάδες πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Το δείγμα της έρευνας είχε μέγεθος 181 άτομα, το οποίο θεωρείται ικανοποιητικό και διασφαλίζει σε σημαντικό βαθμό την αξιοπιστία των εξαγόμενων παρατηρήσεων και συμπερασμάτων. Η χρονική περίοδος της έρευνας είναι από το 2007 μέχρι και τον Ιούνιο του 2012.

Για τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο IBM® SPSS® Statistics version 20 και οι σχετικοί έλεγχοι, T-test για τον έλεγχο κανονικότητας, Levene test για τον έλεγχο της ομοιογένειας των διασπορών, Anova και Bonferroni για τη σύγκριση μέσων

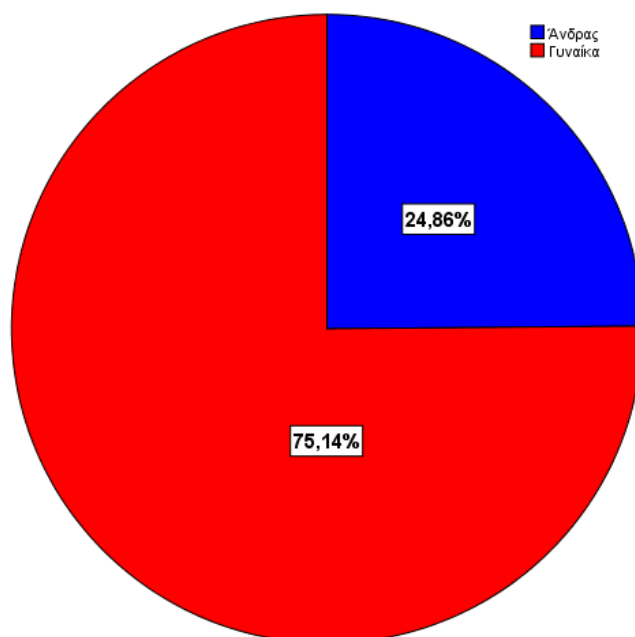
τιμών περισσότερων των 2 δειγμάτων καθώς και τα Correlation test του Pearson για τους παραμετρικούς και του Spearman για τους μη παραμετρικούς ελέγχους.

4.1 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα των 181 ατόμων, αποτελείται από 45 είναι άνδρες και 136 γυναίκες. Η κατανομή τους παρουσιάζεται στον πίνακα 1 και η ποσοστιαία τους κατανομή ανά φύλο στο διάγραμμα 1.

Πίνακας 1: Κατανομή δείγματος ανά φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό
Άνδρας	45	24,9
Γυναίκα	136	75,1
Σύνολο	181	100,0

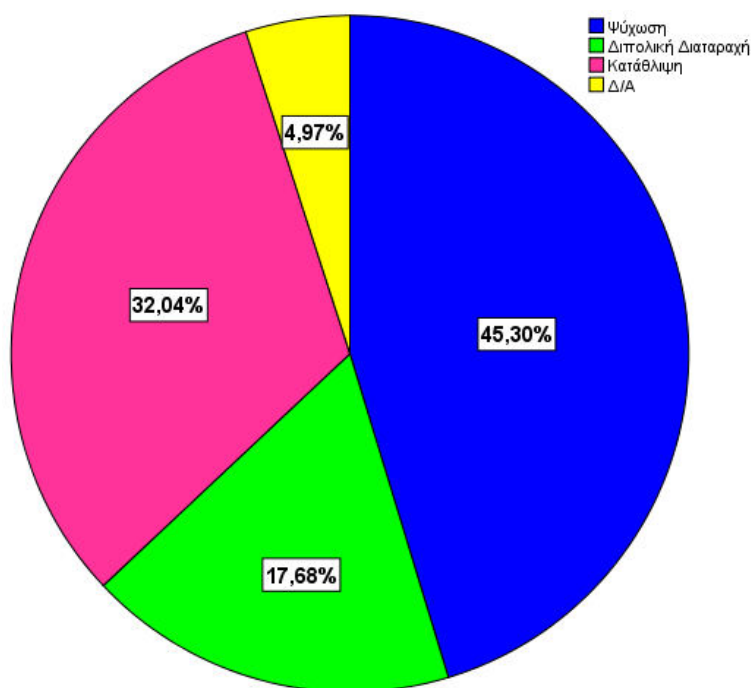


Διάγραμμα 1: Ποσοστιαία κατανομή δείγματος ανά φύλο

Από τα άτομα του δείγματος τα 82 πάσχουν από διάφορες μορφές ψύχωσης, τα 32 από διπολική διαταραχή, τα 58 από κατάθλιψη, ενώ υπάρχουν και 9 άτομα που δεν δήλωσαν την ασθένειά τους. Στον πίνακα 2 και το διάγραμμα 2 παρουσιάζεται η κατανομή αυτή σε απόλυτες τιμές καθώς και σε ποσοστά επί του συνόλου.

Πίνακας 2: Κατανομή δείγματος ανά ψυχιατρική διαταραχή

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ψύχωση	82	45,30
Διπολική Διαταραχή	32	17,68
Κατάθλιψη	58	32,04
Δεν Απάντησαν	9	4,97
Σύνολο	181	100

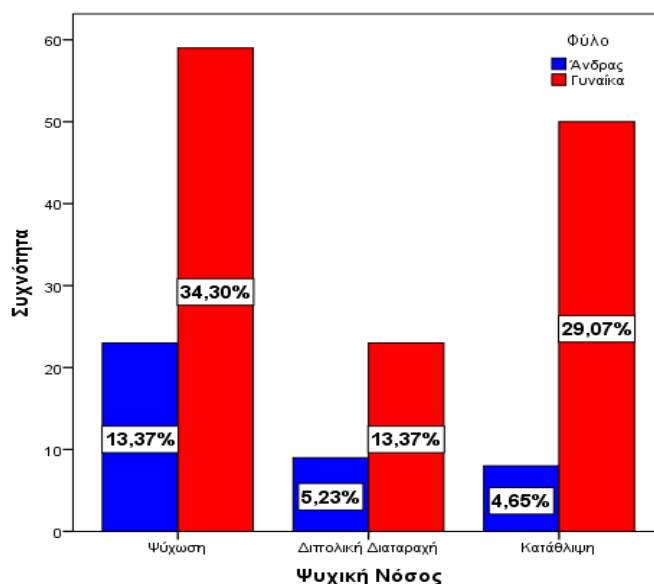


Διάγραμμα 2: Ποσοστιαία κατανομή ανά τύπο ασθένειας

Ανά φύλο, η κατανομή των ασθενειών παρουσιάζονται στον πίνακα 3 καθώς και στο διάγραμμα 3.

Πίνακας 3: Κατανομή ασθενειών ανά φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Ψύχωση	Συχνότητα	23	59	82
	% επί της Ψυχικής Νόσου	28,0%	72,0%	100,0%
	% επί του Φύλου	57,5%	44,7%	47,7%
Διπολική Διαταραχή	Συχνότητα	9	23	32
	% επί της Ψυχικής Νόσου	28,1%	71,9%	100,0%
	% επί του Φύλου	22,5%	17,4%	18,6%
Κατάθλιψη	Συχνότητα	8	50	58
	% επί της Ψυχικής Νόσου	13,8%	86,2%	100,0%
	% επί του Φύλου	20,0%	37,9%	33,7%
Δεν απάντησαν	Συχνότητα	40	132	172
	% επί της Ψυχικής Νόσου	23,3%	76,7%	100,0%
	% επί του Φύλου	100,0%	100,0%	100,0%



Διάγραμμα 3: Ποσοστιαία κατανομή ασθενειών ανά φύλο επί του συνόλου

4.2 Έλεγχοι μέσων τιμών και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τη μεταβολή του βάρους ανά ομάδα ερωτήσεων

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μεταβολή του βάρους σε σχέση με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανά ομάδα ερωτήσεων, διενεργήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) με έναν παράγοντα. Η εξεταζόμενη μεταβλητή είναι η διαφορά βάρους, για την οποία εξετάζεται η πιθανή σχέση της με τους διάφορους παράγοντες ποιότητας ζωής, όπως αυτοί προέκυψαν από τις απαντήσεις που δόθηκαν στα ερωτηματολόγια.

Στην 1^η ομάδα ερωτήσεων ελέγχθηκαν 2 ερωτήσεις με την κάθε μια να έχει 5 επίπεδα. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές μείωσης βάρους για κάθε επίπεδο των απαντήσεων που δόθηκαν. Οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν σε στάθμη σημαντικότητας (Sig.) 0.05 και δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του βάρους, ανάλογα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Πίνακας 4: Σύγκριση μέσης απώλειας βάρους ανά απάντηση 1ης ομάδας ερωτήσεων

	<i>Πολύ κακή</i>	<i>Κακή</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Καλή</i>	<i>Πολύ καλή</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής</i>	8,000	6,827	6,865	5,859	5,341	0,131
	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Υπερβολικά</i>	<i>Sig.</i>
<i>Ικανοποίηση από την κατάσταση υγείας</i>	9,125	7,359	6,257	6,173	1,314	0,130

Στη 2^η ομάδα ερωτήσεων ελέγχθηκαν 7 ερωτήσεις σχετικές με το βαθμό τον οποίο βιώνουν οι ασθενείς διάφορες καταστάσεις. Η κλιμάκωση σε 5 επίπεδα των απαντήσεων ήταν 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3= Μέτρια, 4=Πολύ και 5=Υπερβολικά. Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές μείωσης βάρους για κάθε επίπεδο των απαντήσεων που δόθηκαν. Σύμφωνα με τον στατιστικό έλεγχο ANOVA σε στάθμη σημαντικότητας (Sig.) 0.05, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του βάρους, ανάλογα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Πίνακας 5: Σύγκριση μέσης απώλειας βάρους ανά απάντηση 2ης ομάδας ερωτήσεων

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Υπερβολικά</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός επίδρασης των σωματικών πόνων στις δουλειές</i>	5,561	7,817	5,695	7,900	4,650	0,269
<i>Ανάγκη θεραπείας για την καθημερινή ζωή</i>	4,803	8,513	6,386	6,025	7,214	0,293
<i>Βαθμός απόλαυσης της ζωής</i>	6,688	5,697	6,642	6,947	5,118	0,878
<i>Ύπαρξη νοήματος στη ζωή</i>	8,081	6,295	8,000	5,852	4,193	0,117
<i>Βαθμός συγκέντρωσης</i>	8,460	6,303	6,486	6,056	6,788	0,894
<i>Αίσθηση ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους</i>	6,862	7,231	7,534	4,762	7,740	0,163
<i>Αξιολόγηση του περιβάλλοντος που ζείτε ως προς την υγιεινή</i>	11,150	5,611	6,138	6,438	5,528	0,165

Στη 3^η ομάδα ερωτήσεων ελέγχθηκαν 7 ερωτήσεις σχετικές με το βαθμό της δυνατότητας ή ικανότητας, αντιμετώπισης διάφορων τομέων της ζωής. Η κλιμάκωση σε 5 επίπεδα των απαντήσεων ήταν 1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ και 5=Υπερβολικά. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές μείωσης βάρους για κάθε επίπεδο των απαντήσεων που δόθηκαν. Σύμφωνα με τον στατιστικό έλεγχο ANOVA σε στάθμη σημαντικότητας (Sig.) 0.05, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του βάρους, ανάλογα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Πίνακας 6: Σύγκριση μέσης απώλειας βάρους ανά απάντηση 3ης ομάδας ερωτήσεων

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Υπερβολικά</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση ενεργητικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες</i>	7,118	7,646	6,076	6,504	4,192	0,599
<i>Αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης</i>	8,130	7,232	5,634	5,965	2,460	0,261
<i>Κάλυψη οικονομικών αναγκών</i>	9,990	6,076	6,379	5,616	4,662	0,137
<i>Βαθμός πρόσβασης σε καθημερινές πληροφορίες</i>	7,525	6,678	6,452	6,287	6,617	0,996
<i>Ύπαρξη ελεύθερου χρόνου για ψυχαγωγία</i>	13,380	7,388	5,263	6,481	6,686	0,104
<i>Ευκολία κυκλοφορίας εντός και εκτός του σπιτιού</i>	12,900	7,447	7,562	5,307	6,800	0,268

Η 4^η ομάδα ερωτήσεων αποτελείται από 10 ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με το βαθμό ικανοποίησης από διάφορους τομείς της ζωής των ασθενών. Στις ορισμένες από τις ερωτήσεις αυτές προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Sig.<0,05) στη μέση απώλεια βάρους. Συγκεκριμένα οι διαφορές εντοπίστηκαν στον:

1. Βαθμό ικανοποίησης από τον ύπνο (Ερώτηση 16)
2. Βαθμό ικανοποίησης από τη σεξουαλική ζωή (Ερώτηση 21)
3. Βαθμό ικανοποίησης από την υποστήριξη φίλων (Ερώτηση 22)

Για να εντοπιστεί σε ποια επίπεδα των απαντήσεων υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων του Bonferroni από τον οποίο προέκυψαν τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην απώλεια βάρους σε όσους είναι ικανοποιημένοι από τον ύπνο σε σχέση με όσους είναι λιγότερο ικανοποιημένοι ($p<0.05$). Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι όσοι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τον ύπνο είχαν μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σχέση με όσους είναι περισσότερο ικανοποιημένοι. Η συγκεκριμένη διαφορά είναι ένδειξη του ότι οι ερωτηθέντες συνδέουν άμεσα την ποιότητα του ύπνου με το μικρό σωματικό βάρος και είναι ένας από τους λόγους που τους ωθούν στη μείωση του βάρους τους.
- Επίσης παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην απώλεια βάρους ανάμεσα σε όσους είναι ικανοποιημένοι από την σεξουαλική τους ζωή και σε όσους είναι λιγότερο ικανοποιημένοι ή και δυσαρεστημένοι. Συγκεκριμένα όσοι είναι ικανοποιημένοι από την σεξουαλική τους ζωή είχαν μικρότερη απώλεια βάρους σε σχέση με όσους ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι. Από την διαφοροποίηση αυτή προκύπτει η ένδειξη ότι όσοι αξιολόγησαν χαμηλότερα την σεξουαλική τους ζωή, συνδέουν το γεγονός αυτό με το αυξημένο βάρος τους και προσπάθησαν περισσότερο για να το μειώσουν σε αντίθεση με αυτούς που θεωρούν ότι δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το συγκεκριμένο τομέα της ζωής τους.
- Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην απώλεια βάρους σε όσους είναι ικανοποιημένοι την υποστήριξη των φίλων τους σε σχέση με όσους είναι δυσαρεστημένοι. Όπως προκύπτει από τα

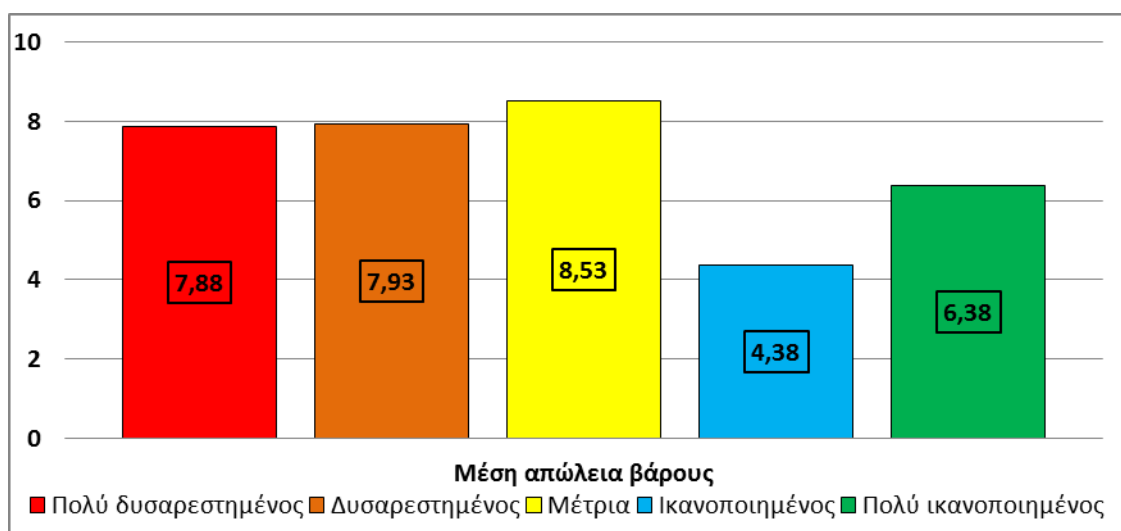
αποτελέσματα του έλεγχου, πολύ σημαντικό ρόλο στην τήρηση του προγράμματος διατροφής, παίζει η ψυχολογική υποστήριξη από τους φίλους. Μάλιστα όσοι δήλωσαν πολύ δυσαρεστημένοι από την υποστήριξη των φίλων τους είχαν σχεδόν μηδενική απώλεια βάρους, ενώ όσοι αξιολογούν περισσότερο ικανοποιητική την στήριξη είχαν μέση απώλεια μεγαλύτερη των 5 κιλών.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα των ελέγχων παρουσιάζονται στον πίνακα 7, ενώ οι μέσες απώλειες βάρους ανά απάντηση στις ερωτήσεις που παρατηρούνται διαφορές φαίνονται στα διαγράμματα 4, 5 και 6.

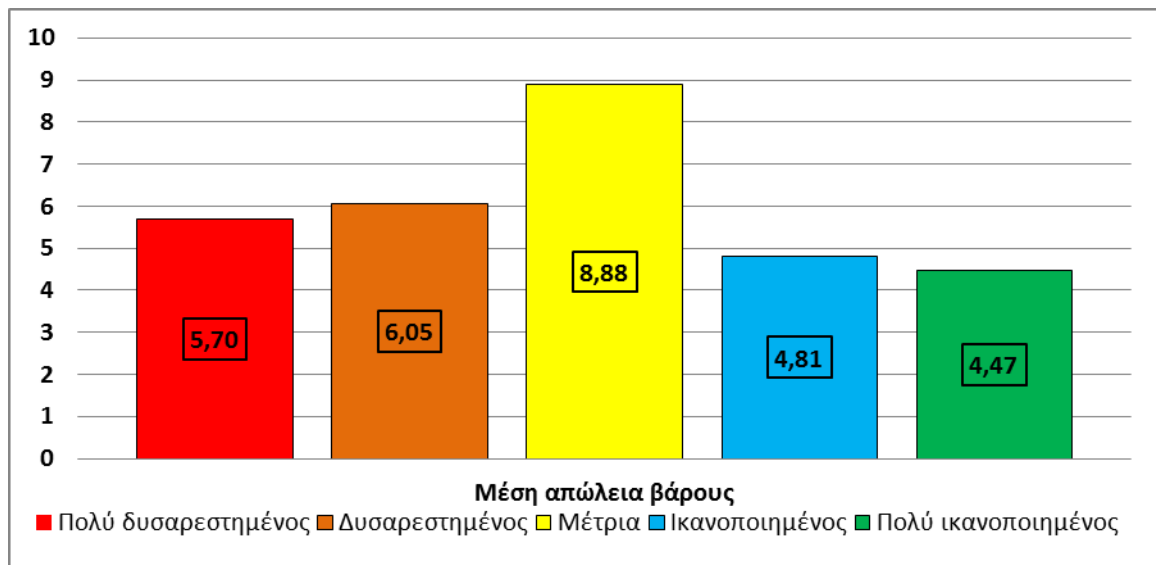
Πίνακας 7: Σύγκριση μέσης απώλειας βάρους ανά απάντηση 4ης ομάδας ερωτήσεων

	<i>Πολύ δυσαρεστη μένος</i>	<i>Δυσαρεσ τημένος</i>	<i>Ούτε/ Ούτε</i>	<i>Ικανοποι ημένος</i>	<i>Πολύ ικανοποιημένος</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τον ύπνο</i>	7,880	7,926	8,526*	4,380*	6,381	0,019*
<i>Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση των καθημερινών δραστηριοτήτων</i>	2,443	7,719	6,881	5,830	7,061	0,390
<i>Ικανοποίηση από την ικανότητα για εργασία</i>	6,648	6,836	6,296	6,279	6,712	0,996
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τον εαυτό σας</i>	8,347	7,260	6,062	6,391	4,862	0,644
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τις προσωπικές σχέσεις</i>	5,663	7,673	6,565	6,318	5,839	0,868
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τη σεξουαλική ζωή</i>	5,697	6,046	8,883*	4,811*	4,467	0,030*

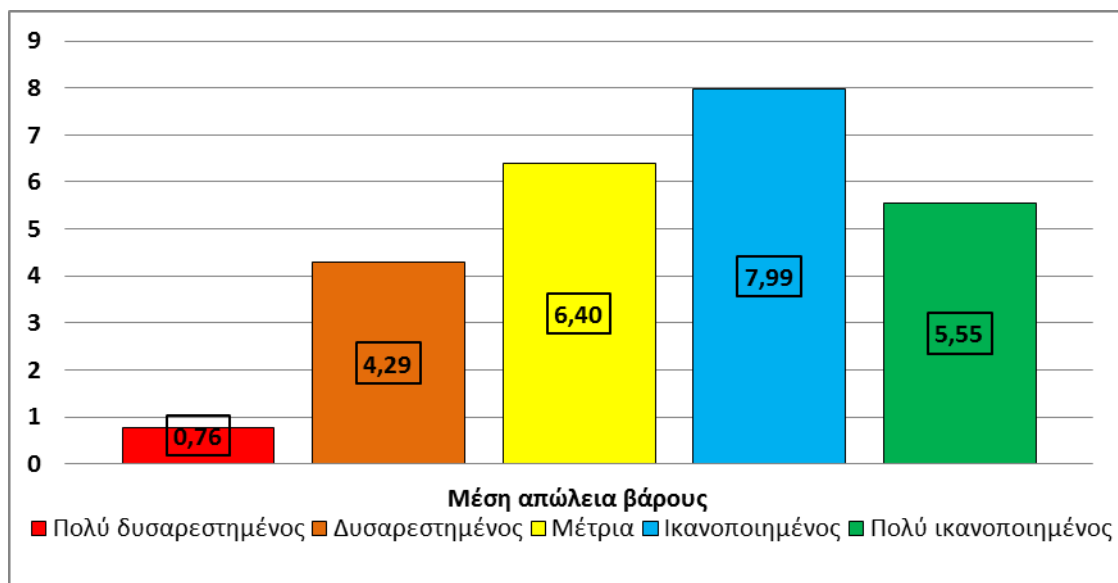
	<i>Πολύ δυσανεστη μένος</i>	<i>Δυσανεσ τημένος</i>	<i>Ούτε/ Ούτε</i>	<i>Ικανοποι ημένος</i>	<i>Πολύ ικανοποιημένος</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την υποστήριξη των φίλων</i>	0,760	4,285*	6,400	7,986*	5,548	0,037*
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τις συνθήκες του χώρου κατοικίας</i>	6,800	6,796	6,370	6,707	5,500	0,972
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας</i>	6,463	7,279	5,913	6,438	7,116	0,915
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα</i>	7,133	8,463	6,692	5,854	5,415	0,462



Διάγραμμα 4: Μέσες απώλειες βάρους ανά βαθμό ικανοποίησης από τον ύπνο



Διάγραμμα 5: Μέσες απώλειες βάρους ανά βαθμό ικανοποίησης από στη σεξουαλική ζωή



Διάγραμμα 6: Μέσες απώλειες βάρους ανά βαθμό ικανοποίησης από τους φίλους

Στη 5^η ομάδα ερωτήσεων ελέγχθηκε 1 ερώτηση σχετική με τη συχνότητα με την οποία βίωσαν διάφορα αρνητικά συναισθήματα οι ασθενείς κατά τις δυο

τελευταίες εβδομάδες. Η κλιμάκωση σε 5 επίπεδα των απαντήσεων ήταν 1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά και 5=Συνεχώς. Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές μείωσης βάρους για κάθε επίπεδο των απαντήσεων που δόθηκαν. Σύμφωνα με τον στατιστικό έλεγχο, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του βάρους, ανάλογα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Πίνακας 8: Σύγκριση μέσης απώλειας βάρους ανά απάντηση 5ης ομάδας ερωτήσεων

	<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>	<i>Συνεχώς</i>	<i>Sig.</i>
<i>Συχνότητα αρνητικών συναισθημάτων</i>	6,550	5,130	6,816	6,102	8,428	0,582

Τέλος στην 6^η ομάδα ερωτήσεων ελέγχθηκαν 4 ερωτήσεις σχετικές με την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας διατροφής και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από κοινωνικές/διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και από το

εργασιακό τους περιβάλλον, κατά τις δυο τελευταίες εβδομάδες. Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές μείωσης βάρους για κάθε επίπεδο των απαντήσεων που δόθηκαν. Σύμφωνα με τον έλεγχο ANOVA, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του βάρους, ανάλογα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Πίνακας 9: Σύγκριση μέσης απώλειας βάρους ανά απάντηση της ομάδας ερωτήσεων

	<i>Πολύ κακή</i>	<i>Κακή</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Καλή</i>	<i>Πολύ καλή</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση ποιότητας διατροφής</i>	6,637	6,400	7,068	5,616	6,586	0,864
	<i>Πολύ δυσαρεστημένος</i>	<i>Δυσαρεστημένος</i>	<i>Ούτε/Ούτε</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Πολύ ικανοποιημένος</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός ικανοποίησης από δραστηριότητες στον κοινωνικό τομέα</i>	6,409	5,244	6,978	6,027	9,078	0,585
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την οικιακή συναισθηματική ατμόσφαιρα</i>	8,411	7,860	6,608	5,686	6,758	0,621
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία-απασχόληση</i>	6,306	8,745	5,918	5,873	6,174	0,246

4.3 Συσχετίσεις Αρχικού ΔΜΣ, Μεταβολής Βάρους

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζονται οι έλεγχοι συσχετίσεων των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς σε κάθε ερώτηση, με τον αρχικό Δείκτη Μάζας Σώματός (στο εξής θα αναφέρεται ως ΔΜΣ) τους, καθώς και με τη μεταβολή του σωματικού τους βάρους. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται ανά ομάδα ερωτήσεων όπως και στην προηγούμενη παράγραφο.

Στην 1^η ομάδα των ερωτήσεων προκύπτει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την υγεία τους ($p=0.042<0.05$) αλλά και με τη μείωση του σωματικού τους βάρους. Συγκεκριμένα, από τα άτομα του δείγματος, αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένα από την κατάσταση της υγείας τους όσα έχουν χαμηλότερο ΔΜΣ, ενώ μειώνεται το αίσθημα της ικανοποίησης όσο ο δείκτης αυξάνει. Αντίστοιχη είναι και η σχέση με την απώλεια βάρους, η οποία είναι μεγαλύτερη σε όσους παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την υγεία τους και μειώνεται σε όσους η απάντηση ήταν σε υψηλότερο βαθμό. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10: Έλεγχοι συσχέτισης με το αρχικό BMI και τη μεταβολή του βάρους στην 1^η ομάδα

	Αρχικό BMI		Μεταβολή Βάρους	
	Συσχέτιση	Sig.	Συσχέτιση	Sig.
<i>Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής</i>	-0,138	0,065	-0,097	0,195
<i>Ικανοποίηση από την κατάσταση υγείας</i>	-0,152*	0,042	-0,159*	0,034

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.05$

Στην 2^η ομάδα ερωτήσεων παρατηρείται στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του αρχικού ΔΜΣ με το βαθμό επίδρασης των σωματικών πόνων ($p=0.038<0.05$) καθώς και στην ανάγκη θεραπείας ($p=0.036<0.05$) στην καθημερινότητα των ερωτηθέντων. Μεγαλύτερη αίσθηση πόνων καθώς και περισσότερη ανάγκη για θεραπευτική υποστήριξη προέκυψε σε άτομα με υψηλό ΔΜΣ και μειώνεται σε όσους ο δείκτης είναι σε χαμηλότερα επίπεδα. Αναλυτικά τα αποτελέσματα των ελέγχων παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11: Έλεγχοι συσχέτισης με το αρχικό BMI και τη μεταβολή του βάρους στην 2^η ομάδα

	<i>Αρχικό BMI</i>		<i>Μεταβολή Βάρους</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός επίδρασης των σωματικών πόνων στις δουλειές</i>	0,155*	0,038	0,032	0,672
<i>Ανάγκη θεραπείας για την καθημερινή ζωή</i>	0,157*	0,036	0,055	0,468
<i>Βαθμός απόλαυσης της ζωής</i>	-0,011	0,879	0,047	0,534
<i>Ύπαρξη νοήματος στη ζωή</i>	-0,054	0,473	-0,133	0,077
<i>Βαθμός συγκέντρωσης</i>	-0,026	0,731	-0,032	0,675
<i>Αίσθηση ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους</i>	-0,142	0,058	-0,077	0,306
<i>Αξιολόγηση του περιβάλλοντος που ζείτε ως προς την υγιεινή</i>	-0,021	0,777	-0,016	0,827

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.05$

Οι περισσότερες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του αρχικού ΔΜΣ παρατηρούνται με τις ερωτήσεις της 3^{ης} ομάδας. Η αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης ($p=0.001<0.01$), η κάλυψη των οικονομικών αναγκών ($p=0.003<0.01$) και η ευκολία μετακίνησης εντός και εκτός του σπιτιού ($p=0.001<0.01$), παρουσιάζουν έντονη αρνητική συσχέτιση με την αρχική τιμή του δείκτη. Τα παχύσαρκα άτομα έχουν πολύ κακή άποψη για την εμφάνισή τους, αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα και δυσκολεύονται περισσότερο στις μετακινήσεις τους (Πίνακας 12). Όσο μειώνεται ο αρχικός ΔΜΣ, παρατηρείται καλύτερη εκτίμηση των ασθενών στις παραπάνω ερωτήσεις. Η κάλυψη των οικονομικών αναγκών παρουσιάζει σημαντική αρνητική συσχέτιση ($p=0.02<0.05$) και με τη μεταβολή του σωματικού βάρους.

Πίνακας 12: Έλεγχοι συσχέτισης με το αρχικό BMI και τη μεταβολή του βάρους στην 3^η ομάδα

	<i>Αρχικό BMI</i>		<i>Μεταβολή Βάρους</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση ενεργητικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες</i>	-0,114	0,130	-0,067	0,370
<i>Αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης</i>	-0,239**	0,001	-0,109	0,146
<i>Κάλυψη οικονομικών αναγκών</i>	-0,224**	0,003	-0,174*	0,020
<i>Βαθμός πρόσβασης σε καθημερινές πληροφορίες</i>	-0,060	0,423	0,033	0,657
<i>Ύπαρξη ελεύθερου χρόνου για ψυχαγωγία</i>	-0,090	0,229	-0,013	0,865
<i>Ευκολία κυκλοφορίας εντός και εκτός του σπιτιού</i>	-0,244**	0,001	-0,079	0,296

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.05$

Στην 4^η ομάδα ερωτήσεων, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις προκύπτουν μόνο για τον αρχικό ΔΜΣ. με το βαθμό ικανοποίησης από τον εαυτό του ερωτηθέντος ($p=0.002<0.01$) και με την ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις ($p=0.013<0.05$). Και με τις δυο ερωτήσεις υπάρχει αρνητική συσχέτιση με όσους έχουν μεγαλύτερο δείκτη να είναι περισσότερο απαισιόδοξοι σε σχέση με όσους έχουν χαμηλότερες τιμές (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Έλεγχοι συσχέτισης με το αρχικό BMI και τη μεταβολή του βάρους στην 4^η ομάδα

	<i>Αρχικό BMI</i>		<i>Μεταβολή Βάρους</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τον ύπνο</i>	-0,056	0,456	-0,132	0,079
<i>Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση των καθημερινών δραστηριοτήτων</i>	-0,123	0,102	-0,008	0,919
<i>Ικανοποίηση από την ικανότητα για εργασία</i>	-0,036	0,628	0,043	0,569
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τον εαυτό σας</i>	-0,234**	0,002	-0,050	0,504
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τις προσωπικές σχέσεις</i>	-0,185*	0,013	-0,039	0,603
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τη σεξουαλική ζωή</i>	-0,108	0,152	-0,033	0,657
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την υποστήριξη των φίλων</i>	-0,008	0,912	0,123	0,101
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τις συνθήκες του χώρου κατοικίας</i>	-0,074	0,326	-0,019	0,799
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας</i>	-0,123	0,100	-0,011	0,889
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα</i>	-0,144	0,054	-0,098	0,192

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.05$

Καμία σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε σε σχέση με τη συχνότητα των αρνητικών συναισθημάτων όπως φαίνεται και στον πίνακα 14.

Πίνακας 14: Έλεγχοι συσχέτισης με το αρχικό BMI και τη μεταβολή του βάρους στην 5^η ομάδα

	<i>Αρχικό BMI</i>		<i>Μεταβολή Βάρους</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Συχνότητα αρνητικών συναισθημάτων</i>	-0,085	0,259	-0,030	0,693

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.05$

Τέλος, στην 6^η ομάδα ερωτήσεων, σημαντική θεωρούν οι ασθενείς την ποιότητα της διατροφής τους σε σχέση με τον αρχικό ΔΜΣ ($p = 0.002 < 0.01$). Η συσχέτιση αυτή είναι αρνητική, με όσους έχουν αυξημένο σωματικό βάρος να θεωρούν ότι μεγάλη ευθύνη για την κατάστασή τους έχει η κακή ποιότητα διατροφής που έχουν, ενώ όσοι θεωρούν ότι τρέφονται ποιοτικά είναι αυτοί που έχουν χαμηλότερο ΔΜΣ (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Έλεγχοι συσχέτισης με το αρχικό BMI και τη μεταβολή του βάρους στην 6^η ομάδα

	<i>Αρχικό BMI</i>		<i>Μεταβολή Βάρους</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση ποιότητας διατροφής</i>	-0,232**	0,002	-0,052	0,485
<i>Βαθμός ικανοποίησης από δραστηριότητες στον κοινωνικό τομέα</i>	-0,019	0,796	0,056	0,456
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την οικιακή συναισθηματική ατμόσφαιρα</i>	-0,110	0,143	-0,028	0,714
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία-απασχόληση</i>	-0,109	0,149	-0,031	0,682

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.05$

4.4 Συσχετίσεις της μεταβολής του ΔΜΣ

Στην 1^η ομάδα ερωτήσεων παρατηρείται σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην μείωση του ΔΜΣ και την ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας ($p=0.007<0.05$). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 16, η χαμηλή ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων τους οδήγησε στην καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας για την μείωση του ΔΜΣ, ενώ όσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης, έχει ως αποτέλεσμα την χαλαρότερη τήρηση του προγράμματος διατροφής.

Πίνακας 16: Έλεγχοι συσχέτισης της μεταβολής του BMI στην 1^η ομάδα

	Μεταβολή BMI	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής</i>	-0,138	0,065
<i>Ικανοποίηση από την κατάσταση υγείας</i>	-0,201**	0,007

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.05$

Σημαντική είναι και η αρνητική συσχέτιση της μεταβολής του ΔΜΣ με την ύπαρξη νόηματος στη ζωή του ερωτηθέντος ($p=0.02<0.05$), από τις ερωτήσεις της 2^{ης} ομάδας. Από την σχέση αυτή προκύπτει η πεποίθηση ότι η σημαντική βελτίωση του ΔΜΣ μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερη και ευκολότερη κοινωνικοποίηση στον ερωτηθέντα και κατ' επέκταση να δώσει μεγαλύτερο νόημα στη ζωή του. Αντιθέτως μικρότερη πίεση στον εαυτό τους για απώλεια βάρους παρουσιάζουν όσοι αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Έλεγχοι συσχέτισης της μεταβολής του BMI στην 2^η ομάδα

	Μεταβολή BMI	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός επίδρασης των σωματικών πόνων στις δουλειές</i>	0,048	0,525
<i>Ανάγκη θεραπείας για την καθημερινή ζωή</i>	0,044	0,559
<i>Βαθμός απόλαυσης της ζωής</i>	-0,006	0,940
<i>Ύπαρξη νόηματος στη ζωή</i>	-0,174*	0,020
<i>Βαθμός συγκέντρωσης</i>	-0,088	0,243

	<i>Μεταβολή BMI</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αίσθηση ασφάλειας από εξωτερικούς κινδύνους</i>	-0,091	0,224
<i>Αξιολόγηση του περιβάλλοντος που ζείτε ως προς την υγιεινή</i>	-0,088	0,242

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.05$

Στην 3^η ομάδα ερωτήσεων, σημαντική αρνητική συσχέτιση με την μείωση του ΔΜΣ παρουσιάζει η αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης ($p=0.032 < 0.05$) αλλά και η κάλυψη των οικονομικών αναγκών ($p=0.005 < 0.01$). Και σε αυτές τις ερωτήσεις παρατηρείται ότι όσο υψηλότερη στην κλίμακα ήταν η απάντηση που δόθηκε, τόσο μικρότερη ήταν και η μείωση του ΔΜΣ του ασθενή. Σχετικά με την εξωτερική εμφάνιση, όσοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτή δεν έχουν έντονη την ανάγκη για απώλεια βάρους, ενώ όσοι δεν αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση θεωρούν βασική αιτία τα παραπάνω κιλά που έχουν και καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να τα μειώσουν. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι όσοι παρουσιάζουν καλύτερη οικονομική κατάσταση είχαν μικρότερη μείωση του ΔΜΣ από όσους αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 18: Έλεγχοι συσχέτισης της μεταβολής του BMI στην 3^η ομάδα

	<i>Μεταβολή BMI</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση ενεργητικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες</i>	-0,110	0,141
<i>Αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης</i>	-0,160*	0,032
<i>Κάλυψη οικονομικών αναγκών</i>	-0,211**	0,005
<i>Βαθμός πρόσβασης σε καθημερινές πληροφορίες</i>	-0,032	0,672
<i>Ύπαρξη ελεύθερου χρόνου για ψυχαγωγία</i>	-0,047	0,528
<i>Ευκολία κυκλοφορίας εντός και εκτός του σπιτιού</i>	-0,128	0,088

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.05$

Στην 4^η ομάδα ερωτήσεων, σημαντική αρνητική συσχέτιση προκύπτει μόνο με το βαθμό ικανοποίησης από τον ύπνο ($p=0.034<0.05$) και τη μεταβολή του ΔΜΣ. Όπως παρατηρήθηκε και στους ελέγχους των προηγούμενων παραγράφων, η κακή ποιότητα του ύπνου είναι από τους παράγοντες που συνδέονται περισσότερο με το μεγάλο σωματικό βάρος και όσοι αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να αδυνατίσουν, σε αντίθεση με όσους είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τον ύπνο τους (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Έλεγχοι συσχέτισης της μεταβολής του BMI στην 4^η ομάδα
Μεταβολή BMI

	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τον ύπνο</i>	-0,158*	0,034
<i>Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση των καθημερινών δραστηριοτήτων</i>	-0,023	0,765
<i>Ικανοποίηση από την ικανότητα για εργασία</i>	-0,017	0,817
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τον εαυτό σας</i>	-0,109	0,146
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τις προσωπικές σχέσεις</i>	-0,048	0,520
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τη σεξουαλική ζωή</i>	-0,043	0,565
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την υποστήριξη των φίλων</i>	0,133	0,076
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τις συνθήκες του χώρου κατοικίας</i>	-0,061	0,417
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας</i>	-0,028	0,705
<i>Βαθμός ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα</i>	-0,108	0,151

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p<0.05$

Στον πίνακα 20 παρατηρείται ότι η συχνότητα των αρνητικών συναισθημάτων δεν φαίνεται να σχετίζεται με τη μεταβολή του ΔΜΣ που είχαν τα άτομα του δείγματος.

Πίνακας 20: Έλεγχοι συσχέτισης της μεταβολής του BMI στην 5^η ομάδα

	<i>Μεταβολή BMI</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Συχνότητα αρνητικών συναισθημάτων</i>	0,037	0,620

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.05$

Τέλος, καμία σημαντική συσχέτιση δεν προκύπτει ανάμεσα στις ερωτήσεις της 6^{ης} ομάδας με τη μεταβολή του ΔΜΣ που παρουσίασαν οι ασθενείς, όπως φαίνεται και στον πίνακα 21.

Πίνακας 21: Έλεγχοι συσχέτισης της μεταβολής του BMI στην 6^η ομάδα

	<i>Μεταβολή BMI</i>	
	<i>Συσχέτιση</i>	<i>Sig.</i>
<i>Αξιολόγηση ποιότητας διατροφής</i>	-0,033	0,664
<i>Βαθμός ικανοποίησης από δραστηριότητες στον κοινωνικό τομέα</i>	0,035	0,642
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την οικιακή συναισθηματική ατμόσφαιρα</i>	-0,069	0,360
<i>Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία-απασχόληση</i>	-0,070	0,350

**Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.01$

* Σημαντικότητα συσχέτισης $p < 0.05$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας είχε ως σκοπό να προσδιορίσει τους παράγοντες εκείνους της ποιότητας ζωής των υπέρβαρων ψυχικά νοσούντων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ» που μπορεί να επηρεάζουν τόσο το αρχικό τους βάρος (εκφρασμένο ως δείκτη μάζας σώματος), όσο και την απώλεια βάρους.

Από τη θεωρητική επισκόπηση ερευνών για την ποιότητα ζωής, διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για μία έννοια πολυσύνθετη, η οποία επιδέχεται διάφορες ερμηνείες, ανάλογα με το πρίσμα και το πλαίσιο προσέγγισης. Οι ερευνητές προσπαθούν να απαντήσουν στο ερώτημα «Τι είναι ποιότητα ζωής?» και να μετρήσουν το βαθμό ικανοποίησης και ευημερίας των ανθρώπων, χρησιμοποιώντας υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες.

Εξέχουσα θέση ανάμεσα στους δείκτες αυτούς φαίνεται να κατέχει η (σωματική και ψυχική) υγεία, η οποία είναι αλληλένδετη με την υγιεινή διατροφή και την άσκηση. Εξίσου σημαντικό ρόλο, όμως, έχουν και οι διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, οι δυνατότητες για εργασία και ψυχαγωγία, η κοινωνική στήριξη, η ύπαρξη νοήματος στη ζωή, η προσωπική ανάπτυξη κ.ά. Ο γενικός βαθμός ικανοποίησης, η σωματική και ψυχική ευεξία, ακόμη και η αυτοπεποίθηση του ατόμου, αλληλεπιδρούν με τους υπόλοιπους δείκτες και ίσως γι' αυτό είναι δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια η «βαρύτητα» του κάθε παράγοντα στην έννοια της ποιότητας ζωής.

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων του ερευνητικού προγράμματος «ΕΥ ΖΗΝ» προέκυψαν ενδιαφέροντα συμπεράσματα για τη σχέση ποιότητας ζωής, σωματικού βάρους και απώλειας βάρους, με βάση το δείγμα των υπέρβαρων ψυχικά ασθενών που συμμετείχαν.

Όσον αφορά στη μέση απώλεια βάρους των ασθενών, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης από τρεις τομείς: τον ύπνο, τη σεξουαλική ζωή και την υποστήριξη των φίλων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως όσοι ήταν πιο δυσαρεστημένοι από τον ύπνο σημείωσαν μεγαλύτερη απώλεια βάρους, ένδειξη της άμεσης σύνδεσης της ποιότητας του ύπνου και του μικρού σωματικού βάρους σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων. Ομοίως, εκείνοι που ήταν πιο δυσαρεστημένοι από τη σεξουαλική τους ζωή σημείωσαν επίσης μεγαλύτερη απώλεια βάρους,

συνδέοντας προφανώς την μη ικανοποιητική σεξουαλική ζωή με το αυξημένο βάρος τους. Πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει στην τήρηση του προγράμματος απώλειας βάρους και η υποστήριξη των φίλων: οι πιο δυσαρεστημένοι σημείωσαν σχεδόν μηδενική απώλεια βάρους, ενώ όσοι δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη στήριξη των φίλων σημείωσαν μέση απώλεια μεγαλύτερη των 5 κιλών.

Από τον έλεγχο συσχέτισης των απαντήσεων με τον αρχικό ΔΜΣ και με τη μεταβολή του σωματικού βάρους, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση με το βαθμό ικανοποίησης από την υγεία τους. Όσο υψηλότερος ο ΔΜΣ, τόσο μεγαλύτερη η δυσαρέσκεια από την υγεία τους και τόσο μεγαλύτερη η απώλεια βάρους και αντίστροφα για όσους είχαν συγκριτικά χαμηλότερο ΔΜΣ. Δηλαδή, οι ασθενείς αναγνωρίζουν το υπερβολικό βάρος ως επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία και αυτό φαίνεται να λειτουργεί ως κίνητρο στην προσπάθεια απώλειας βάρους. Η έντονη επίδραση των σωματικών πόνων στην καθημερινότητα των ασθενών και η ανάγκη θεραπείας συνδέονται με υψηλό αρχικό ΔΜΣ, όχι όμως και με τη μεταβολή του βάρους. Η αποδοχή της εξωτερικής εμφάνισης, η κάλυψη των οικονομικών αναγκών και η ευκολία μετακίνησης εντός/εκτός σπιτιού παρουσιάζουν αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τον αρχικό ΔΜΣ: τα παχύσαρκα άτομα έχουν πολύ κακή άποψη για την εμφάνισή τους, αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα και δυσκολεύονται περισσότερο στις μετακινήσεις τους. Επίσης, τα άτομα με μεγαλύτερο ΔΜΣ δηλώνουν πιο δυσαρεστημένα από τον εαυτό τους, αλλά και από τις προσωπικές τους σχέσεις. Τέλος, παρατηρούμε ότι όσοι έχουν αυξημένο σωματικό βάρος θεωρούν ότι μεγάλη ευθύνη για την κατάστασή τους έχει η κακή ποιότητα της διατροφής τους, ενώ όσοι θεωρούν ότι τρέφονται ποιοτικά είναι αυτοί που έχουν χαμηλότερο ΔΜΣ.

Εξετάζοντας τη μεταβολή του ΔΜΣ, προέκυψε το συμπέρασμα πως η χαμηλή ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων τους οδήγησε στην καταβολή μεγαλύτερης προσπάθειας για την μείωση του ΔΜΣ, ενώ όσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης, έχει ως αποτέλεσμα την χαλαρότερη τήρηση του προγράμματος διατροφής. Επιπλέον, από την αντιστρόφως ανάλογη σχέση της μεταβολής του ΔΜΣ με την ύπαρξη νοήματος στη ζωή του ερωτηθέντος, προκύπτει η πεποίθηση ότι η σημαντική βελτίωση του ΔΜΣ μπορεί να προσφέρει μεγαλύτερη και ευκολότερη

κοινωνικοποίηση στον ερωτηθέντα και κατ' επέκταση να δώσει μεγαλύτερο νόημα στη ζωή του. Αντιθέτως, μικρότερη πίεση στον εαυτό τους για απώλεια βάρους παρουσιάζουν όσοι αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Σχετικά με την εξωτερική εμφάνιση, όσοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτή δείχνουν μα μη νιώθουν έντονη την ανάγκη για απώλεια βάρους (μικρή ή καθόλου μεταβολή του ΔΜΣ), ενώ όσοι δεν αποδέχονται την εξωτερική τους εμφάνιση θεωρούν βασική αιτία τα παραπάνω κιλά που έχουν και καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να τα μειώσουν. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι όσοι παρουσιάζουν καλύτερη οικονομική κατάσταση είχαν μικρότερη μείωση του Δ.Μ.Σ. από όσους αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα. Μια πιθανή εξήγηση είναι οι πιο ευκατάστατοι να αντλούν ικανοποίηση ή αυτοπεποίθηση από την οικονομική τους κατάσταση, ενώ οι ασθενέστεροι οικονομικά να βασίζονται στην απώλεια βάρους για να νιώσουν καλύτερα με τον εαυτό τους και με τη ζωή τους. Τέλος, οι ασθενείς συνδέουν την κακή ποιότητα του ύπνου με το υπερβολικό σωματικό βάρος και όσοι αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα παρουσιάζουν πιο επιτυχημένη προσπάθεια για απώλεια βάρους, σε αντίθεση με όσους είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τον ύπνο τους.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι πτυχές της ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν σημαντική συσχέτιση με τον αρχικό ΔΜΣ των ασθενών και με τη μείωση του ΔΜΣ είναι η ποιότητα της υγείας και του ύπνου, η ευκολία ή δυσκολία στην καθημερινή δραστηριότητα και μετακίνηση εντός/εκτός σπιτιού, η ποιότητα της διατροφής και η οικονομική κατάσταση, η ικανοποίηση από την εξωτερική εμφάνιση και η ύπαρξη νοήματος στη ζωή. Αξίζει τέλος να σημειωθεί το εξής παράδοξο: δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας αρνητικών συναισθημάτων (μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη) και υψηλότερου ΔΜΣ/μεταβολής αυτού, ενώ κάτι τέτοιο θα ήταν αναμενόμενο.

Σε μια μελλοντική διατροφική παρέμβαση σε ψυχιατρικούς ασθενείς, τα σημεία αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τον θεράποντα ψυχίατρο και τον διαιτολόγο ως παροχή κινήτρων για ενίσχυση της προσπάθειας των ασθενών να μειώσουν το βάρος τους και να καλυτερεύσουν την υγεία τους. Ακόμη, το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF θα μπορούσε να

συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στην πρώτη αλλά και στην τελευταία επίσκεψή τους στο διαιτολόγο, ώστε να ελεγχθούν τα αποτελέσματα της διατροφικής παρέμβασης του προγράμματος «ΕΥ ΖΗΝ» αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση και επαλήθευση των παραπάνω αποτελεσμάτων με μεγαλύτερο δείγμα και ο συνδυασμός τους με διευρωπαϊκές έρευνες και διατροφικές παρεμβάσεις, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των συνανθρώπων μας που νοσούν ψυχικά.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

➤ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Παπαδημητρίου Κ., Χασαπίδου Μ. (2011). Διατροφική Αντιμετώπιση των Υπέρβαρων Ψυχιατρικών Ασθενών: Το Πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ». *Εξελίξεις στην Παχυσαρκία*. 23:2-3.

Π.Ο.Υ. (2000), «Παχυσαρκία: Η Πρόληψη και η Αντιμετώπιση μιας Παγκόσμιας Επιδημίας». Έκθεση Για την Παγκόσμια Υγεία, μτφ. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Μ.Ε.Π.Ε., Αθήνα.

Π.Ο.Υ. (2001), «Ψυχική Υγεία: Νέες Αντιλήψεις, Νέα Ελπίδα. Πολιτικές Ψυχικής Υγείας & Παροχή υπηρεσιών». Έκθεση Για την Παγκόσμια Υγεία, μτφ. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Υ.Υ.Κ.Α., Αθήνα.

Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β. & Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003). Εγχειρίδιο Ποιότητας ζωής-Με Άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Ψαθά Ε., Δέφνερ Α. , (2012). Τρόποι Μέτρησης της Ποιότητας της Αστικής Ζωής: Μια συγκριτική Αξιολόγηση. ERSA-GR 10^ο Τακτικό Επιστημονικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη, 1-2 Ιουνίου 2012.

➤ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC.

Barry, M.M. (1995). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius (Eds.) *Quality of Life in Mental Disorders*. New York, Wiley (p. 31-42).

Barry, M.M. & Crosby, C. (1995). Assessing the impact of community placement on quality of life. In C. Crosby and M.M. Barry (Eds.) *Community Care: Evaluation of the Provision of Mental Health Services* (pp. 137-169).

Becker, M., Diamond, R., & Sainford, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2(4), 239-251.

Brauser D, (2012). Dangerous Association Noted Between Mental Illness and Obesity.

Connell J, Brazier J, O' Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A Synthesis of Qualitative Research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:138.

Dan J. Stein, Katharine A. Phillips, Derek Bolton, K.W.M. Fulford, J.Z. Sadler and Kenneth S. Kendler (2010). What is Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*; 40(11): 1759-1765.

Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. (2002). Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*;14(6):499–508.

First MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JBW, Ustun B, Peele R. (2004). Clinical Utility as a Criterion for Revising Psychiatric Diagnoses. *American Journal of Psychiatry*;161:946–954.

Flanagan, J.C. (1978). A Research Approach to Improving our Quality of Life, *American Psychologist*, 33, pp. 138-147.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of Quality of Life: Current State of the Art, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, pp. 56-59.

Gatineau M, Dent M., (2011). Obesity and Mental Health. Oxford: National Obesity Observatory.

Janicak PG, Lipinski , Davis JM, Comaty JE, Waternaux C, Cohen B, et al. (1988). S-adenosylmethionine in depression: A literature Review and preliminary report. *Ala J Med Sci.*; 25:306–13.

Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*; 5(3): 139–145.

Kindig DA, Booske BC, Remington PL. (2010). Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): Metrics, Incentives, and Partnerships for Population Health. *Preventing Chronic Disease*;7(4).

Lehman, AF., Ward, NC. & Linn, LS. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue, *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 1271-1276

Lindstrom B. (1992). Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications. *Soz Praventivmed*; 37: 301-306.

Maslow, AH. (1954). *Motivation and Personality*, New York: Harper & Row.

McHorney CA. (1999). Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future directions. *Annual Rev Public Health*; 20:309-35.

Mukherjee, R. (1989). The quality of life : valuation in social research. New Delhi ; Newbury Park : Sage Publications.

Murray CJL, Lopez AD, (1996).The global burden of disease. World Health Organization:270.

Pacione, M., 1982. The use of objective and subjective measures of quality of life in human geography. *Progress in Human Geography* 6 (4), 495–514.

Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, I., Sehdev, H., Phillips, S., Smith, T. (1999). The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. *Health Promotion International*; 14 (3): 197-210.

Rogerson, R. (1997) Quality of life in Britain Quality of Life Research Group, University of Strathclyde, 48pp.

Romm KL, Rossberg JI, Hansen CF, Haug E, Andreassen OA (2011). Melle: Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry*; 11:136.

Ruano C, Henriquez P, Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M, Sanchez-Villegas A. (2013). Empirically Derived Dietary Patterns and Health-Related Quality of Life in the SUN Project. *PLoS ONE* May, 8(5): 61490. doi:10.1371/journal.pone.0061490

Sathyanarayana Rao TS, Asha MR, Ramesh BN, Jagannatha Rao KS. (2008). Understanding Nutrition, Depression and Mental Illnesses. *Indian Journal of Psychiatry*; 50(2): 77–82.

Schalock, R. (2004), The concept of quality of life: what we know and do not know, *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), pp. 203-216.

➤ **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ**

<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>

http://epapanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_5311.html

http://www.epapanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_5329.html

http://plandev.el.web.auth.gr/ERSA_GR_CONF_2012/papers/Psatha_Defferner_paper.pdf

http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3665

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0019.htm .

<http://www.eiep.gr/Periodiko/T23.pdf>

<http://www.hqlo.com/content/10/1/138>

http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centres-units/cpro/whoqol/resources/about_whoqol_project.pdf

http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_10266_Obesity%20and%20mental%20health_FINAL_070311_MG.pdf

<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>

<http://www.medscape.org/viewarticle/758808>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Συγκατατίθεμαι για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στα ερωτηματολόγια.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ*

--	--	--	--	--

*Ο κωδικός συμπληρώνεται ως εξής: αρχικό γράμμα ονόματος, πατρωνύμου και επωνύμου και οι δύο τελευταίοι αριθμοί της χρονολογίας γέννησής σας.

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας;

...../...../.....

Ημέρα/Μήνας/Έτος

Τι εκπαίδευση έχετε;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τάξεις δημοτικού | <input type="checkbox"/> ΤΕΕ ή ΙΕΚ |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό | <input type="checkbox"/> ΤΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> ΑΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακές Σπουδές |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Άγαμος-η | <input type="checkbox"/> Έγγαμος-η |
| <input type="checkbox"/> Σε διάσταση | <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος-η |
| <input type="checkbox"/> Χήρος-α | |

Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

Ζείτε: Μόνος Με άλλους

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

.....

Εργάζεστε:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Με πλήρη απασχόληση | <input type="checkbox"/> Οικιακά |
| <input type="checkbox"/> Με μερική απασχόληση | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | <input type="checkbox"/> Εκτός εργασίας |

Σε ποια περιοχή κατοικείτε;

.....

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

- Πολύ κακή Κακή Ούτε κακή, ούτε καλή Καλή
- Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

- Ναι Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.
(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Καρδιολογικά προβλήματα | <input type="checkbox"/> Υπέρταση |
| <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί | <input type="checkbox"/> Καρκίνος |
| <input type="checkbox"/> Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα | <input type="checkbox"/> Διαβήτης |
| <input type="checkbox"/> Καταρράκτης | <input type="checkbox"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο |
| <input type="checkbox"/> Κάταγμα ή ράγισμα οστού | <input type="checkbox"/> Χρόνια ψυχικά προβλήματα |
| <input type="checkbox"/> Προβλήματα στα κάτω άκρα | <input type="checkbox"/> Αιμορραγία του ορθού εντέρου |
| <input type="checkbox"/> Πάρκινσον | |
| <input type="checkbox"/> Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) | |

.....

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας;

.....

.....

.....

.....

(περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL-BREF

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε αφού διαβάσετε τις δύο ακόλουθες ερωτήσεις, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για την υγεία και την ποιότητα της ζωής σας. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. σωματικούς πόνους). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
5	Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά

7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή και την ικανότητα να βιώνετε ορισμένες καταστάσεις που αφορούν σε ένα συγκεκριμένο τομέα της ζωής σας (π.χ. την δυνατότητα ή και ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Πόσο καλά μπορείτε να αποδεχτείτε τη εξωτερική σας εμφάνιση;	1	2	3	4	5
12	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε πρόσβαση σε πληροφορίες που χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5

15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/ η	Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προ-σωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/ η	Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5

22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά έχετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσारे- στημένος/η	Ούτε δυσारेστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις και τα προσόντα σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.