



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Η ποιότητα της υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό
με χρόνια μυοσκελετικό πόνο υπό το πρίσμα της
αισιόδοξης στάσης απέναντι στη ζωή**

Σπουδαστής:

Λυράκος Γεώργιος, Ψυχολόγος (Α.Μ. 68)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δημολιάτης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2008

Αφιερωμένη στην σύζυγο και τα τρία παιδιά μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους
κατά την διάρκεια της προσπάθειάς μου αυτής.

Περίληψη	6
Summary	6
ΜΕΡΟΣ Α	7
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο Ι: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.....	7
Γενικά για την ποιότητα ζωής	7
Ορισμός της ποιότητας της ζωής	9
Ιστορική αναδρομή της ποιότητας ζωής	11
Η σχέση της Ποιότητας Ζωής με την Ιατρική Επιστήμη.....	13
Η σχέση της Ποιότητας ζωής με την Ψυχολογία.....	16
Η μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής	20
Η σχέση της ποιότητας ζωής με την προσωπικότητα.	22
Η σημασία της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας.....	24
Κεφάλαιο ΙΙ: Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ.....	27
Γενικά για την αισιοδοξία	27
Ορισμός της διάθεσης της Αισιοδοξίας.....	30
Η διάθεσης της αισιοδοξίας, Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	32
Η σχέση της Ποιότητας ζωής με την στάση της αισιοδοξίας.....	36
Η σχέση της αισιοδοξίας με τον πόνο και την ποιότητα της ζωής.....	40
Κεφάλαιο ΙΙΙ: Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	43
Γενικά για τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο.....	43
Εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με πόνο	44
Μυοσκελετικός Πόνος στο Νοσηλευτικό προσωπικό.....	46
Ο αντίκτυπος των επισφαλών και ανθυγιεινών συνθηκών εργασίας στις νοσηλεύτριες.....	47
Επαγγελματικές μυοσκελετικές διαταραχές.....	47
ΜΕΡΟΣ Β.....	52
Κεφάλαιο Ι: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ	52
Σκοπός της έρευνας	52
Σημασία της έρευνας	52
Οριοθετήσεις της έρευνας.....	52
Περιορισμοί της έρευνας	52
Ερευνητικά ερωτήματα.....	53
Υποθέσεις της έρευνας	53
Κεφάλαιο ΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	55
ΙΙ.1 Υλικό.....	55
Ορισμός πληθυσμού στόχου. Κριτήρια επιλογής / αποκλεισμού	55

Μέθοδος δειγματοληψίας	55
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	55
II.2 Μέθοδος της έρευνας	56
Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων	56
Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων	57
Υπολογισμός εγκυρότητας ερωτηματολογίων	57
II.3 Όργανα συλλογής δεδομένων	58
Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών	58
Αναλογική κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας	59
The Visual Analogue Scale (VAS)	59
Επισκόπηση της υγείας 12 ερωτήσεων (SF12)	60
Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή LOT-R	61
Κεφάλαιο III	62
ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ LOT-R	62
III.1. Διαδικασία γλωσσικής επικύρωσης (linguistic validation process)	62
III.2. Ελληνική μετάφραση του τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT-R	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	71
IV.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων	71
IV.2 Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων	71
IV.3. Υπολογισμός εγκυρότητας ερωτηματολογίων	73
IV.4. Έλεγχος της δομικής εγκυρότητας του Τεστ Προσανατολισμού της Ζωής	74
IV.5.1. Ποσοστά μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δειγμάτων	75
IV.5.2. Αναζήτηση διαφορών στους νοσηλευτές με μυοσκελετικό πρόβλημα και χωρίς	77
IV.5.3. Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των νοσηλευτών	80
IV.5.4. Σύγκριση ανάμεσα στις διάφορες ηλικιακές ομάδες	81
IV.5.5. Έλεγχος κατηγορικών μεταβλητών σε σχέση με την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων	83
IV.5.6. Ανάλυση συσχέτισης	88
IV.5.7. Ανάλυση παλινδρόμησης για PCS12	90
IV.5.8. Ανάλυση παλινδρόμησης για MCS12	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : ΣΥΖΗΤΗΣΗ	93
ΜΕΡΟΣ Γ	106
Βιβλιογραφία	106
ΜΕΡΟΣ Δ	117
Παράρτημα	117
1. Στοιχεία στάθμισης ερωτηματολογίου LOT-R	117
1.1. επιτροπή εμπειρογνομόνων : Experts Committee	117
1.2. Έκθεση επιτροπής εμπειρογνομόνων	118

1.3.Βήματα μετάφρασης.....	121
2:Ερωτηματολόγια	124
2.3.ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-12	126
2.4.Δημογραφικά χαρακτηριστικά Ελληνικό Lot-R.....	127
2.5.Ελληνικό Lot-R	130
3.Παραδείγματα από τους πίνακες στατιστικής ανάλυσης από SPSS11.	131
3.1.Ανάλυση συσχέτισης με δείκτη Pearson r	131
3.4.Ανάλυση παλινδρόμησης για PCS12.....	134
3.4.Ανάλυση παλινδρόμησης για MCS12	135

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει το ποσοστό των εργαζόμενων νοσηλευτών που πάσχουν από μυοσκελετικά προβλήματα που προκαλούνται από την εργασία, να βρει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του και να εκτιμήσει τη σχέση της ποιότητας ζωής τους με το αίσθημα της αισιοδοξίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 276 νοσηλευτές. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το ερωτηματολόγιο της υγείας 12 ερωτήσεων (SF12), το ερωτηματολόγιο στάσης απέναντι στη ζωή (LOT-R) αφού σταθμίστηκε και μεταφράστηκε για την παρούσα μελέτη και η κλίμακα VAS για την μέτρηση του πόνου. Σύμφωνα με τις αναλύσεις παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκαν ή διάθεση της αισιοδοξίας αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα που επιδρά τόσο στο μοντέλο της σωματικής όσο και της πνευματικής υγείας στους νοσηλευτές με μυοσκελετικά προβλήματα ανεξάρτητα από την επίδραση του πόνου λόγω του προβλήματος

Λέξεις κλειδιά : ποιότητα ζωής, πόνος, διάθεση της αισιοδοξίας.

Summary

The aim of the present study was to observe the percentage of nurses suffering from Musculoskeletal disorders that emanate from work, find the factors that influence the quality of their life and to appreciate the relation of their quality of life in connection to the disposition of optimism. The sample constituted of 276 nurses. The questionnaires that were used are the Short form health questionnaire (12 questions) (SF12), the life orientation test-revised (LOT-R) after validation and translation for the present study, and a VAS scale for the measurement of pain. According to the regression analyses dispositional optimism constitutes an independent factor that affects equally and independently from other variables in bodily and mental health in the population of nurses with Musculoskeletal disorders.

Key Words: quality of life, pain, dispositional optimism.

Συντμήσεις

Ποιότητα της ζωής :PIZ

Ερωτηματολόγιο στάσης για τη ζωή (Life Orientation Test Revised): LOT-R

Συνολική σωματική διάσταση της υγείας: PCS12

Συνολική πνευματική διάσταση της υγείας: MCS12

ΜΕΡΟΣ Α

Εισαγωγή

Κεφάλαιο I: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Γενικά για την ποιότητα ζωής

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας προσανατολίζουν τη σκέψη των ανθρώπων σε ένα μεγάλο ποσοστό γύρω από την ιατρική αντιμετώπιση και την θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή, που είναι απαραίτητη για την βελτίωση της υγείας. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια ο ρόλος της ψυχολογίας σε σχέση με την υγεία και τη διατήρηση της ποιότητας της ζωής φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, με αποτέλεσμα να αποτελέσει ένα αναπόσπαστο κομμάτι στην έρευνα που αφορά την μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την ασθένεια.

Από ιατρική σκοπιά ο όρος υγεία αναφέρεται στην άρτια λειτουργία των ζωτικών οργάνων του σώματος και επικεντρώνετε στη σωματική ευεξία. Αναμφισβήτητα η κύρια επιδίωξη της ιατρικής είναι η θεραπεία της ασθένειας, ενώ ακολουθεί η πρόληψη των ασθενειών. Γεγονός αποτελεί το ότι τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μία μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση των ασθενειών που είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας, με αποτέλεσμα ο όρος υγεία να έχει αποκτήσει ένα ευρύτερο περιεχόμενο και να μην αφορά μόνο την αντιμετώπιση των νόσων που εμφανίζονται στον άνθρωπο.

Ειδικότερα η ψυχολογία και η κοινωνιολογία πραγματοποιώντας μία υπέρβαση στα πλαίσια και τα όρια της ιατρικής επιστήμης, αντιμετωπίζουν την υγεία σαν μία έννοια πολυδιάστατη που εμπεριέχει εκτός από τη σωματική διάσταση, δύο επιπλέον διαστάσεις που είναι η ψυχική και η κοινωνική. Η κοινωνιολογία της υγείας υποστηρίζει πως ένας μεγάλος αριθμός νόσων μπορούν αφενός μεν να αποφευχθούν με την πρόβλεψη και αφετέρου δε μαζί με τη μελέτη του τρόπου ζωής των ατόμων αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία στη διαμόρφωση της υγείας.

Σύμφωνα με το λεξικό της ψυχολογίας του Παπαδόπουλου «η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη συσχέτιση των αντικειμενικών συνθηκών ζωής και της υποκειμενικής ευεξίας των ατόμων και των ομάδων μιας κοινωνίας»(Παπαδόπουλος, 2005).

Με τον όρο αυτό αναγνωρίζει τη σημασία αντικειμενικών πραγματικών

καταστάσεων, όπως οι συνθήκες εργασίας, κατοικίας και φυσικού περιβάλλοντος για την υποκειμενική ικανοποίηση - ευχαρίστηση. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται κυρίως στις ανθρώπινες σχέσεις και στον τρόπο διαβίωσης και λειτουργίας του ατόμου ως μέλους της κοινωνίας. Συμπεριφορές που αναιρούν ή καταργούν απόλυτα την ποιότητα ζωής, θεωρούνται αυτές που δε στηρίζονται στο σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου, αλλά αντίθετα στηρίζονται στην προσβολή της αξιοπρέπειας του ή που σχετίζονται με ενοχλητικές παρεμβάσεις στον ιδιαίτερο χώρο ζωής των άλλων (Παπαδόπουλος 2005).

Για να μπορέσουμε να οριοθετήσουμε τα όσα θα μελετήσουμε στην συνέχεια, καλό είναι να δούμε αναλυτικά τους ορισμούς της υγείας και της ευεξίας όπως αναφέρονται στο βιβλίο που έχει επιμεληθεί ο καθηγητής Κλεισούρας (Corbin, Lindsey και Welk. 2001):

Συναισθηματική υγεία: Ένα άτομο με συναισθηματική υγεία είναι απαλλαγμένο από συναισθηματικές - νοητικές νόσους ή παθήσεις που το καθιστούν ανίκανο, όπως είναι η κατάθλιψη και διαθέτει συναισθηματική ευεξία.

Συναισθηματική Ευεξία: Είναι η ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίζει τις καθημερινές καταστάσεις και τα προσωπικά συναισθήματα με ένα θετικό, αισιόδοξο και εποικοδομητικό τρόπο. Ένα άτομο με συναισθηματική ευεξία χαρακτηρίζεται ως ευτυχισμένο.

Διανοητική υγεία: Ένα άτομο με διανοητική υγεία είναι απαλλαγμένο από ασθένειες που προσβάλουν τον εγκέφαλο και άλλα συστήματα που επιτρέπουν την μάθηση. Ένα άτομο με διανοητική υγεία διαθέτει επίσης διανοητική ευεξία.

Διανοητική ευεξία: Είναι η ικανότητα ενός ατόμου να μαθαίνει και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες, ώστε να βελτιώνει την ποιότητα της καθημερινής ζωής και της μέγιστης λειτουργικότητας του. Ένα άτομο με διανοητική ευεξία χαρακτηρίζεται γενικά ως ενημερωμένο.

Σωματική υγεία: Ένα άτομο που διαθέτει σωματική υγεία είναι απαλλαγμένο από ασθένειες που επηρεάζουν τα φυσιολογικά συστήματα του σώματος, όπως είναι η καρδιά το νευρικό σύστημα κλπ. Ένα άτομο με σωματική υγεία διαθέτει ένα επαρκές επίπεδο σωματικής ευρωστίας και ευεξίας.

Σωματική ευεξία: Η ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της καθημερινής του εργασίας καθώς και η ικανότητα να χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του αποτελεσματικά. Η σωματική ευεξία περιλαμβάνει καλή σωματική ευρωστία και κινητικές δεξιότητες. Ένα άτομο με σωματική ευεξία χαρακτηρίζεται εύρωστο.

Κοινωνική υγεία: Ένα άτομο με κοινωνική υγεία είναι απαλλαγμένο από νόσους ή παθήσεις που περιορίζουν σοβαρά την λειτουργικότητα του στην κοινωνία συμπεριλαμβανομένων και των αντικειμενικών παθολογιών.

Κοινωνική ευεξία: Η ικανότητα ενός ατόμου να αλληλεπιδρά επιτυχώς με τα άλλα άτομα και να θεμελιώνει σχέσεις γεμάτες νόημα που ενισχύουν την ποιότητα ζωής για όλα τα άτομα που εμπλέκονται (μεταξύ αυτών και ο εαυτός του). Ένα άτομο με κοινωνική ευεξία θεωρείται γενικά ότι συμμετέχει σε αντίθεση με το μοναχικό άτομο.

Πνευματική υγεία: Η πνευματική υγεία είναι το συστατικό της υγείας που καλύπτεται πλήρως από την αντίστοιχη της ευεξίας. Για αυτό τον λόγο, η πνευματική υγεία θεωρείται ότι είναι συνώνυμο με την πνευματική ευεξία.

Πνευματική ευεξία: Η ικανότητα ενός ατόμου να θεμελιώνει ένα σύστημα αξιών και να πράττει σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του, καθώς επίσης και να θέτει και να επιτυγχάνει σημαντικούς και εποικοδομητικούς στόχους για τη ζωή. Η ψυχική ευεξία βασίζεται συχνά στην πίστη ότι μια δύναμη ανώτερη από το άτομο το βοηθά να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους. Ένα άτομο με ψυχική ευεξία χαρακτηρίζεται γενικά ως ολοκληρωμένο (Corbin, Lindsey, & Welk., 2001).

Ορισμός της ποιότητας της ζωής

Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής¹. Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τα ζητήματα που προκύπτουν σε σχέση με την ποιότητα της ζωής και με την πρακτική αξία που έχουν οι δείκτες ποιότητας στην πραγματική έννοια της ποιότητας της ζωής (Bowling, 1995).

Ταυτόχρονα οι δείκτες ποιότητας χρησιμοποιούνται ευρέως και από τους οικονομολόγους αλλά και τους πολιτικούς με σκοπό το σχεδιασμό και την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν την οικονομία αλλά και το περιβάλλον γενικά, καθώς και την κοινωνική πολιτική και την πολιτική υγείας που πρέπει να θεσπιστεί στην κάθε χώρα για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Group W. , 1994).

Η σημασία που έχει για τον ιατρικό χώρο η ποιότητα ζωής, αναγνωρίζεται και

¹ Στην συνέχεια της εργασίας θα αναφερόμαστε για συντομία στην ποιότητα ζωής με τα αρχικά της ΠΖ.

προωθείται από τον οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών μέσα από τις διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις (WHO,1947).

Η διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ΟΗΕ, το 1948, μολονότι δεν περιέχει τον όρο ποιότητα ζωής, καλύπτει την έννοια κυρίως στο άρθρο 3 και το άρθρο 25, που αφορούν αντίστοιχα «...ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...» και «που εξασφαλίζει η υγεία και ευεξία». Η διακήρυξη του Ρίο για το περιβάλλον και την ανάπτυξη, δηλώνει στην αρχή 1: «οι άνθρωποι βρίσκονται στο επίκεντρο των προβληματισμών για μία αιεφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μία ζωή υγιεινή και παραγωγική στην αρμονία με τη φύση» και η αρχή 8 αναφέρεται στο σκοπό της επίτευξης «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους» (WHO 1948).

Στις μέρες μας αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι το προσωπικό φορτίο της ασθένειας, δεν μπορεί να περιγραφεί πλήρως με μετρήσεις που έχουν σαν στόχο την σταδιοποίηση μιας ασθένειας όπως για παράδειγμα, το μέγεθος του εμφράγματος, των όγκων ενός καρκινοπαθή (Calman 1984), (Greer 1984), ή του εκπνευστικού όγκου αέρα σε μια σπειρομέτρηση (Singh et al 2001). Μέσα από την ματιά της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι ο πόνος και η ανησυχία, ο περιορισμός την κινητικότητας και άλλα είδη της λειτουργικής εξασθένησης του οργανισμού, η εκπλήρωση των ατομικών δυσκολιών καθώς επίσης οι οικογενειακές ευθύνες, τα οικονομικά βάρη και η ελλιπής επίγνωση της κατάστασης από τον ίδιο τον ασθενή, πρέπει επίσης να καλυφθούν (Headey, Holstrom, Wearing 1984), για να μπορέσουμε να έχουμε την πλήρη εικόνα του πώς η ασθένεια επιδρά σε έναν ασθενή μας τόσο κατά την παραμονή του στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και μετά την έξοδο του από αυτό (Chamberlain and Zika 1992).

Ο τομέας της έρευνας που έχει προκύψει από αυτήν την αναγνώριση, καλείται *"σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής"*. Κινείται πέρα από τις άμεσες εκδηλώσεις της ασθένειας για να μελετήσει την προσωπική νοσηρότητα του ασθενή, δηλαδή τα διάφορα αποτελέσματα που η ασθένεια και οι επεξεργασίες της νόσου έχουν στην καθημερινή ζωή και την ικανοποίηση της ζωής. Αν και η ποιοτική αξιολόγηση της ζωής ήταν σχεδόν άγνωστη 25 χρόνια πριν, έχει γίνει γρήγορα μια τεράστια μεταβολή της έκβασης στην κλινική έρευνα, καθώς πάνω από 1000 νέα άρθρα κάθε χρόνο συντάσσονται σε σχέση με την μέτρηση της ΠΖ. Όμως παρόλο που η σημασία της αναγνωρίζεται ευρέως, ο σκεπτικισμός και η σύγχυση παραμένουν για το πώς η ΠΖ πρέπει να μετρηθεί και ποια είναι η χρησιμότητά της στην ιατρική έρευνα (Muldoon 1998).

Είδαμε λοιπόν την σπουδαιότητα της ΠΖ τόσο σε προσωπικό, όσο και σε επίπεδο ομάδας, και ακόμα περισσότερο σε σχέση με την υγεία. Αυτό άλλωστε διαφαίνεται από την πληθώρα των δημοσιευμάτων κάθε χρόνο για την ΠΖ², γεγονός που επιβεβαιώνει πως η σύγχρονη ιατρική κοινότητα επικεντρώνει πλέον την προσοχή της, τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στην ζωή του αρρώστου (Yfandopoulos and Sarris 2001).

Η μέτρηση της ΠΖ έχει φτάσει να αποτελεί ένα βασικό στόχο σε πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου (Sanders et al 1998) και άλλες κλινικές μελέτες (Fitzpatrick, Davey et al 1998). Αυτό είναι αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης ότι πολλές θεραπείες χρόνιων ασθενειών συχνά δεν καταφέρνουν να θεραπεύσουν πλήρως τη νόσο και ίσως έτσι κερδίζεται περιορισμένο όφελος σε σχέση με την επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής από την λήψη τοξικής ή δυσάρεστης θεραπείας. Μερικές φορές τα θεραπευτικά οφέλη εξουδετερώνονται από τα ζητήματα ΠΖ.

Αρκετά προβλήματα ωστόσο φαίνεται να δυσχεραίνουν την μέτρηση της ΠΖ. Για παράδειγμα ερευνητές και ασθενείς υποστηρίζουν ότι πρέπει να συνεξετάζονται και οι υποκειμενικές ενδείξεις πέρα από τους δείκτες της ίασης της βιολογικής ανταπόκρισης στη θεραπεία ή την επιβίωση του ασθενή (Deiner 1984)

Αυτές οι υποκειμενικές ενδείξεις συχνά θεωρούνται δείκτες της ΠΖ (Hyland 2002) και αποτελούνται από μία ποικιλία κλιμάκων μετρήσεων, όπως η συναισθηματική λειτουργικότητα³, η σωματική λειτουργικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο πόνος, η κόπωση, καθώς και άλλα συμπτώματα (Bunk 1990).

Αυτό εξηγεί και το γιατί μεγάλος αριθμός ερωτηματολογίων ή εργαλείων μέτρησης έχουν δημιουργηθεί για την αξιολόγηση της ΠΖ και έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο εύρος ερευνητικών πρωτοκόλλων (Coons 2000) (Garratt 2002).

Ιστορική αναδρομή της ποιότητας ζωής

Η ενασχόληση των επιστημόνων με την ΠΖ δεν είναι κάτι που προέκυψε τα τελευταία 20 χρόνια. Ήδη ο Αριστοτέλης (384-322) στο έργο του Ηθικά Νομομάθεια,

² Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες που είναι σχετικές με την ποιότητα της ζωής ξεπερνούν τις 20000 στην διεθνή βιβλιογραφία σε αντίθεση με την χώρα μας που μόλις τα τελευταία χρόνια γίνονται τα πρώτα βήματα για την μέτρηση και αξιολόγηση της (Yfandopoulos and Sarris 2001)

³ Ο ορισμός της συναισθηματικής λειτουργικότητας συμπεριλαμβάνει το άγχος και την κατάθλιψη όπως εξηγήθηκε και στην εισαγωγή των ορισμών παραπάνω.

αναφέρει: ηθικά, Α, κεφ.4. « οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία » (Νάκου 2001).

Η έννοια της ΠΖ λοιπόν αφορά την έκταση της κάλυψης των συνολικών αναγκών ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου. Η τάση αναζήτησης μιας καλύτερης ζωής, είναι ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό και ξεπερνά τα στενά όρια της υγείας και μόνο. Το ζήτημα του τι είναι «καλύτερο», ενέχει υποκειμενική χροιά αλλά εξαρτάται επίσης από τις πολιτισμικές και προσωπικές αξίες. Ωστόσο οι διαμάχες και οι αντιφάσεις που την ορίζουν ξεκινούν ήδη από την αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης αναφέρει ότι « διαφωνούν, όμως, μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και φτηνά αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι Πολλοί και οι Σοφοί» (Νάκου 2001).

Η συζήτηση για τον ορισμό και τους συντελεστές της ΠΖ, συνεχίζεται και σήμερα όπως και η διαφορά απόψεων μεταξύ των επιστημόνων και των απλών ανθρώπων. Οι μεταβολές των αναγκών που συνδέονται με το πέρασμα του χρόνου και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, αποτελούν πρόβλημα στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, που επίσης ο Αριστοτέλης προαιώνιζε: «Σε πολλές περιπτώσεις ο ίδιος άνθρωπος έχει διαφορετική γνώμη, διότι όταν αρρωστήσει θεωρεί την υγεία ευδαιμονία και όταν είναι φτωχός, τα πλούτη» (Νάκου 2001).

Σε σχέση με τις φιλοσοφικές ρίζες της ποιότητας της ζωής ο Παπανούτσος δίνει το στίγμα που χρωματίζει την μεταπολεμική Ελλάδα. Συγκεκριμένα λέει: « Η αρρώστια, ή οποιαδήποτε αρρώστια ακόμη κι εκείνη που φαίνεται εντελώς άσχετη προς την ευαισθησία και τους άλλους μηχανισμούς του νευρικού συστήματος, εγγράφεται μέσα σε ένα ψυχικό φόντο και παίρνει με την εγγραφή της αυτή, ένα νόημα και μία σημασία που δύσκολα θα μπορούσε κανείς να την φανταστεί.». Στο βιβλίο του πρακτική φιλοσοφία, ο Παπανούτσος αρχίζει να αναλύει την αρρώστια και συνεχίζει πως «η αρρώστια πρέπει να εξετάζεται σε σχέση και με το πώς ο ίδιος ο ασθενής την βλέπει» (Παπανούτσου, 1984).

Σαν να προέβλεπε λοιπόν ο νεοέλληνας φιλόσοφος, μέσα από την μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας τα λόγια του να αποδεικνύονται σοφά, καθώς το πλήθος των ερευνών συμφωνούν στο ότι ο τρόπος που ο ασθενής βιώνει την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα της ζωής του, καθώς και το σε πιο από τα δύο δίνει την βαρύτητα του, είναι κάτι το εντελώς διαφορετικό από τον τρόπο με τον οποίο οι συγγενείς ή οι θεράποντες των ασθενών αντιλαμβάνονται την κατάσταση υγείας των ασθενών τους (Ο Boyle 1997)

(Sprangers 1992).

Μας προτρέπει δηλαδή για να μπορέσουμε να ερμηνεύσουμε και να δώσουμε λύση στο πρόβλημα του ασθενή, να δούμε πως ο ίδιος την δέχεται και γιατί καταφεύγει η επιμένει σ αυτήν, ενώ άλλες φορές την παραμελεί η την ξεχνά υπό ορισμένες συνθήκες. Ο συγγραφέας αναρωτιέται γιατί ο ασθενής άλλοτε συμφιλιώνεται με την αλλαγή στην ζωή του χωρίς να διαταράσσονται τα ήδη κεκτημένα και άλλοτε την κρύβει.⁴ Κατά συνέπεια η στάση του αυτή χειροτερεύει την κατάσταση του, αναχαιτίζει τη θεραπεία ή οδηγεί σε αδιέξοδο, ακόμη και στο θάνατο και δηλώνει ότι κάθε κατάσταση ή ασθένεια είναι κάτι δικό μας και το πάθαμε επειδή είμαστε αυτοί που είμαστε, ή που το χρειαζόμαστε για να βεβαιώσει εκείνο που επιθυμούμε να είμαστε. Έτσι χωρίς να το θέλουμε ή να το επιδιώκουμε συνειδητά, μόνοι μας πλέκουμε γύρω από τη νόσο μας ένα δίχτυ πυκνό από κόμπους, που αν δεν λυθούν με τη βοήθεια του διορατικού γιατρού δεν επέρχεται θεραπεία (Παπανούτσου, 1984).

Αυτό είναι και το σημείο στο οποίο εμφανίζεται ο πραγματικός στόχος της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής καθώς ένας ιατρός για να μπορέσει να συνειδητοποιήσει πως ο ασθενής του χρήζει παρεμβάσεως και για να ξεπεράσει το ιατρικό του πρόβλημα που σχετίζεται με την νόσο, θα πρέπει να γνωρίζει πια είναι η διάσταση εκείνη του προβλήματος, την οποία αναγνωρίζει ένας ασθενής σαν περιοχή προβλήματος (Starr, Pearlman and Unlmann, 1986).

Μετρώντας την ποιότητα ζωής λοιπόν σε ατομικό επίπεδο, μπορούμε να δούμε τους παράγοντες εκείνους στους οποίους θα πρέπει να παρέμβουμε⁵ (Pearlman and Jonsen 1985).

Η σχέση της Ποιότητας Ζωής με την Ιατρική Επιστήμη

Το 1948, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), όρισε την «υγεία» ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής υγείας και όχι μόνο σαν απουσία ασθένειας ή αίσθηση αδυναμίας. Σε οποιοδήποτε σημείο στο χρόνο, οι σωματικές, διανοητικές και κοινωνικές καταστάσεις της υγείας ενός ατόμου είναι αλληλένδετες παρόλο που η δύναμη και η αιτιώδης φύση των σχέσεών τους δεν έχουν τεκμηριωθεί ικανοποιητικά. Η φτωχή *φυσική υγεία* μπορεί να παρεμποδίσει τη *συναισθηματική υγεία*, ενώ η διανοητικές

⁴ Τα κεκτημένα μπορεί να αφορούν την εργασία του, την ίδια ή και χειρότερη ασθένεια, τα ενδιαφέροντα, το οικογενειακό και επαγγελματικό του περιβάλλον (Παπανούτσου 1984)

⁵ Η παρέμβαση μας δεν αφορά μόνο στην φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση αλλά και στην εκπαίδευση ενός ασθενή και του περιβάλλοντος του για να μπορέσει να αντιμετωπίσει μια χρόνια κατάσταση που μπορεί να μην δέχεται πλήρη ίαση, ή και την ψυχολογική στήριξη αυτού και του περιβάλλοντος του (Olfson, et al. 1995)

ασθένειες και οι διαταραχές, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία μιας φτωχής *φυσικής κατάστασης* (Zautra and Smith 2001).

Πλήθος άλλων ορισμών έχουν αποδοθεί στους όρους «*υγεία*» και «*ποιότητα ζωής*». Το ερώτημα ποσότητα ή ποιότητα, παραμένει ανοιχτό. Η ποσότητα και η ΠΖ συχνά συνδέονται μεταξύ τους δίνοντας μάλιστα έμφαση σε στοιχεία της ΠΖ, όπως είναι η χαρά και ικανοποίηση για τη ζωή. Ωστόσο λόγω έλλειψης ενός παγκοσμίως αποδεκτού ορισμού, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι στο δυτικό τουλάχιστον κόσμο, είναι εξοικειωμένοι με τον όρο ΠΖ και μάλιστα θα λέγαμε ότι γίνεται με ένα διαισθητικό τρόπο (Feyers and Machin 2006).

Στην πράξη η έρευνα της ΠΖ αναζητά ουσιαστικά δύο είδη πληροφοριών. Οι πληροφορίες αυτές σχετίζονται με την λειτουργική κατάσταση του ατόμου και την αξιολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή της υγείας του σε σχέση με την επίπτωση που έχει αυτή στην ποιότητα της ζωής του/της (Ware et al 1993), (Mossey and Shapiro 1982), (Miilunpalo et al 1997).

Επιπλέον, τα υπάρχοντα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής ενσωματώνουν σε γενικές γραμμές τον ένα ή τον άλλο από τους ακόλουθους ορισμούς που είναι: α) ποιότητα της ζωής ως συμπεριφορά ενός ατόμου ή σαν επίπεδο λειτουργικότητας και β) ποιότητα της ζωής ως μια αντιληπτή υποκειμενική κατάσταση της υγείας ενός ατόμου ή της προσωπικής του ευημερίας (Muldoon 1998).

Τα περισσότερα από τα πρώτα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα για την μέτρηση της κατάστασης της υγείας⁶ (Bergner 1982), αλλά και μερικά από τα τελευταία εργαλεία που δημιουργήθηκαν για την μέτρηση της ποιότητας της ζωής (Kaplan 1995), είχαν ως σκοπό να μετρήσουν αντικειμενικά την επάρκεια της λειτουργικότητας των ατόμων σε διάφορες περιοχές και καταστάσεις της ζωής όπως είναι οι σωματικές, οι επαγγελματικές και οι διαπροσωπικές. Οι δημοσιευμένες μελέτες που περιγράφουν αυτά τα ιδιαίτερα εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούν συχνά εναλλακτικά τους όρους κατάσταση της υγείας, λειτουργική κατάσταση και ποιότητα της ζωής (Morrow and Bryant 1995), (Bakker and van der Linden 1995), (Diener 1984).

Η μέτρηση της δυνατότητας κάποιου να εκτελέσει κάποιους κοινούς για όλους τους ανθρώπους στόχους ή δραστηριότητες, είναι υποθετικά αντικειμενική, ενώ αν μπούμε στην

⁶ Ο Bergner χρησιμοποίησε ένα από τα εργαλεία μέτρησης για την καταγραφή των επιπέδων της υστερίας (Bergner 1982)

διαδικασία να ζητήσουμε από τους ασθενείς να εκτιμήσουν τα αποτελέσματα που έχει η κατάσταση της υγείας τους στην προσωπική ευημερία είναι ρητά υποκειμενική⁷ (Torrance 1987).

Γίνεται έτσι ξεκάθαρο ότι ο κύκλος της ζωής, σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, δηλαδή μπορεί να ερμηνεύσει διαφορετικά πράγματα ανάλογα με το πλαίσιο εφαρμογής. Για κάποιον για παράδειγμα που εργάζεται σαν μηχανικός περιβάλλοντος, ποιότητα ζωής μπορεί να σημαίνει πρόσβαση σε χώρους πράσινου και άλλες παροχές και ανέσεις (Rogerson 1995). Στο πλαίσιο των κλινικών δοκιμών εξάλλου, το ενδιαφέρον δεν αντιστοιχεί στην ΠΖ με αυτήν την ευρεία έννοια. Αντίθετα μας αφορούν μόνο οι πτυχές που επηρεάζονται από την ασθένεια ή την θεραπεία της (Leplege and Hunt 1997).

Στο χώρο της υγείας ιδιαίτερα, η έννοια της ποιότητας ζωής και των απαιτήσεων στην κλινική ιατρική και στις κλινικές δοκιμές, περιγράφεται συχνά με τον όρο ποιότητα ζωής της υγείας (health related quality of life -HRQoL), για να αποφευχθεί η ασάφεια (Guyatt, Feenz and Patrick 1993). Η ποιότητα ζωής της υγείας εξακολουθεί εντούτοις να ορίζεται χαλαρά (Farquhar 1995). Ποιες πτυχές της ΠΖ θα έπρεπε να συμπεριληφθούν και ποιες να απορριφτούν; Είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι σχετικές πηγές, μπορεί να διαφέρουν από τη μία έρευνα στην άλλη, αλλά μπορεί ταυτόχρονα να συμπεριλαμβάνουν τη γενική υγεία, τη σωματική λειτουργικότητα, τα σωματικά συμπτώματα και την τοξικότητα, τη συναισθηματική λειτουργικότητα, τη γνωστική λειτουργικότητα, τη λειτουργικότητα ρόλων, την κοινωνική ευεξία και λειτουργικότητα, τη σεξουαλική λειτουργικότητα και τα υπαρξιακά ζητήματα (Dedhiya and Kong 1995).

Η αρχή για την μελέτη της ΠΖ φαίνεται να οφείλεται στο γεγονός πως τα τελευταία χρόνια επιτελείται μία ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής, ασθενών τελικού σταδίου γεγονός που έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και έχει οδηγήσει τόσο τους γιατρούς όσο και τους άλλους επιστήμονες υγείας να μελετήσουν την ΠΖ των ασθενών αυτών, με στόχο τη διερεύνηση των τυχόν κινδύνων ή οφελών από τις ιατρικές πράξεις, αλλά και τις επιπτώσεις που έχει η θεραπεία στη ζωή των ασθενών (Revicki Wu and Murrey 1995).

Όταν προσπαθούμε να προσδιορίσουμε την ΠΖ με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση και η μέτρηση της, τότε γίνεται αντιληπτό ότι κάτι τέτοιο ενέχει πολλές

⁷ Άλλα πάλι όργανα καθορίζουν την ποιότητα της ζωής με έναν εγγενώς υποκειμενικό τρόπο παραδείγματος χάριν, περιλαμβάνουν ερωτήσεις που ρωτούν πόσο ανίκανος αισθάνεται ο ερωτώμενος

και αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις που δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησης (Price 1996). Όμως όπως πραγματοποιείται και με κάθε άλλη αφηρημένη η πολυδιάστατη έννοια, έτσι και στην περίπτωση της ΠΖ η μέτρηση της μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας (Torrance 1987).

Συνήθως το ζήτημα δεν τίθεται τόσο στο επίπεδο της επιλογής μεταξύ μιας η περισσοτέρων διαστάσεων, όσο σε επίπεδο της καλύτερης δυνατής εκτίμησης όποιας διάστασης επιλεγεί ότι είναι σύμφωνη με τους στόχους της έρευνας (Υφαντόπουλος 2001).

Λόγω ελλείψεως ενός αποδεκτού επίσημου ορισμού της ΠΖ, οι περισσότεροι ερευνητές παρακάμπτουν αυτά τα ζητήματα και περιγράφουν την έννοια της ΠΖ μέσα από την εννοιολογική εγκυρότητα των ερωτηματολογίων τους (Guyatt and Jaeschke 1990), (Guyatt, Deyo et al 1989).

Συνεπώς κάποια ερωτηματολόγια εστιάζονται στις σχετικά αντικειμενικές ενδείξεις όπως η τοξικότητα⁸ που προκαλείται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και ουσιαστικά ορίζουν τις σχετικές πτυχές της ΠΖ σε σχέση με την τοξικότητα της θεραπείας, ανάλογα πάντα με τον σκοπό της έρευνας (Kreitler, Chaitchik et al 1993).

Αρα λοιπόν, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επίδραση της τοξικότητας αποτελεί το πιο σημαντικό παράγοντα και κατά συνέπεια δίδεται στα ερωτηματολόγια τους μεγαλύτερη βαρύτητα σε ψυχολογικές διαστάσεις, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη (Costa and McCrae 1980) και άλλοι προσπαθούν να συμπεριλάβουν πνευματικά ζητήματα που σχετίζονται με την ικανότητα να ανταπεξέλθει κανείς στην ασθένεια (Stewart & Ware 1992), καθώς και με την μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή, για παράδειγμα..

Η σχέση της Ποιότητας ζωής με την Ψυχολογία

Στον κλάδο της ψυχολογίας η Jahoda, ήταν μια από τους επιστήμονες που προσπάθησε να καθορίσει τα κριτήρια για την καλή ψυχική υγεία, λέγοντας ότι όταν εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις για την καλή ψυχική υγεία δημιουργείται μία συνθήκη κατά την οποία οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την ΠΖ τους. Αν μελετήσει κανείς τη βιβλιογραφία, θα δει πως από τα σημαντικότερα κριτήρια που επηρεάζουν την ψυχική υγεία περιλαμβάνουν την θετική αυτοαντίληψη την δυνατότητα δραστηριότητας και ανάπτυξης δεξιοτήτων, την ολοκληρωμένη προσωπικότητα, την ικανότητα λήψης ατομικών

⁸ Η μέτρηση της τοξικότητας υφίσταται στις μελέτες όπου έχουμε να μετρήσουμε ποιότητα ζωής σε καρκινοπαθείς στους οποίους η τοξικότητα της αγωγής επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την λειτουργικότητα και άρα την ΠΖ των ασθενών αυτών.

αποφάσεων, την αίσθηση της πραγματικότητας, την ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης διαπροσωπικών επαφών και την ενσυναίσθηση (empathy) (Jahoda 1958).

Από την άλλη πλευρά αν θελήσουμε να πούμε πως ένα άτομο χαρακτηρίζεται από ικανοποιητική εσωτερική ποιότητα ζωής⁹, το άτομο αυτό θα πρέπει να είναι αφενός μεν δραστήριο και αφετέρου να έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους φίλους του, τους συνεργάτες του, την οικογένεια του και τον ή την σύντροφο του από την άλλη. Ταυτόχρονα θα πρέπει να νιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση και τέλος να είναι χαρούμενο, έτσι ώστε να βρίσκει τη ζωή όμορφη και να αισθάνεται ασφάλεια μέσα στο κοινωνικό πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Πολύ εύκολα λοιπόν κάποιος μπορεί να συνειδητοποιήσει, πως για να συμπληρώνει ένα άτομο όλες αυτές τις ιδιότητες που προαναφέραμε, θα πρέπει να υπάρχει μία αλληλεπίδραση τόσο σε εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν η ζωή και την υγεία του ατόμου (Naess 1987).

Πρέπει τέλος να αναφέρουμε πως τα τελευταία χρόνια, έχουν επικρατήσει στην επιστήμη της ψυχολογίας μοντέλα σύνθετα, που συνδυάζουν ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες, που περιλαμβάνουν τις εξωτερικές συνθήκες,¹⁰ τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου και την εσωτερική ισορροπία η οποία με την σειρά της περιλαμβάνει την αυτοεκτίμηση και τη διάθεση (Lindstrom 1995).

Στην περίπτωση που η πραγματοποίηση ενός συγκεκριμένου στόχου στη ζωή, έχει μεγάλη αξία για ένα άτομο, τότε σε μία ενδεχόμενη αποτυχία που θα σχετίζεται με την εκπλήρωση αυτού του στόχου, το άτομο μπορεί να βιώσει μεγαλύτερη μείωση στην ποιότητα της ζωής του λόγω της διατάραξης της ισορροπίας του κύκλου (Carver and Scheier 1981).

Όπως λοιπόν γίνεται προφανές, όλες αυτές οι διαφορές στη θεωρητική προσέγγιση της ΠΖ στην έρευνα εγείρουν σημαντικά ερωτήματα, που έχουν σχέση με το πως θα αντιληφθούμε στη συνέχεια την ΠΖ καθώς έχει φανεί πως τα εργαλεία μέτρησης της ΠΖ αποτελούνται τόσο από αντικειμενικούς όσο και υποκειμενικούς δείκτες, που επικεντρώνονται στην μέτρηση τόσο του γενικού επιπέδου υγείας όσο και σε έναν μεγάλο αριθμό διαφορετικών τομέων ενδιαφέροντος της ζωής (Guyatt, Feeny and Patrick 1993).

Σύμφωνα με τους Scheier και Carver οι ψυχολόγοι της υγείας, φαίνεται πως σιγά αλλά σταδιακά έχουν αρχίσει να ανακαλύπτουν αυτό που ο λαός φαίνεται να γνωρίζει μέσα από τις λαϊκές του ρύσεις ότι δηλαδή, η θετική σκέψη είναι αυτή που βοηθάει τους

⁹ Ο όρος εσωτερική ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκε στις αρχές από τον κλάδο της ψυχολογίας.

¹⁰ Σαν εξωτερικές συνθήκες μπορούν να χαρακτηριστούν για παράδειγμα η εργασία και ο χώρος διαβίωσης όπως και μία ασθένεια.

ανθρώπους στο να έχουν «όμορφη ζωή» (Scheier και Carver 1992).

Αν κοιτάξει κανείς την βιβλιογραφία που υπάρχει πάνω στο αντικείμενο της προσωπικότητας, θα δει πως οι ορισμοί για την προσωπικότητα είναι πάρα πολλοί, το ίδιο δηλαδή που συμβαίνει και με τον ορισμό για την ποιότητα της ζωής (Baker 1982). Αυτές οι διαφορές στον ορισμό της όπως είναι αναμενόμενο, έχουν επίπτωση στον τρόπο με τον οποίο η ΠΖ προσεγγίζεται. Μία σημαντική διάσταση στην οποία οι ορισμοί διαφέρουν, είναι στο επίπεδο της γενικότητας με την οποία κάποιοι προσεγγίζουν το θέμα της ΠΖ (Felce and Perry 1995).

Κατά συνέπεια δεν θα πρέπει να μας προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι οι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής κυμαίνονταν ανάμεσα σε ένα μεγάλο πεδίο που ξεκινά από την ποιότητα ζωής που αφορά το κοινωνικό πλαίσιο διαβίωσης και εκτείνεται μέχρι την αξιολόγηση κάθε ατόμου ξεχωριστά σε συγκεκριμένους τομείς. Είναι χαρακτηριστικό όπως φάνηκε από την έρευνα του Cummins, ότι υπάρχουν περισσότερα από 100 εργαλεία μέτρησης και καθορισμού της ποιότητας ζωής, που καθένα από αυτά ορίζει την ΠΖ με διαφορετικό τρόπο (Cummins 1996).

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία, ότι οι διαφορετικές προσεγγίσεις πάνω στο πεδίο της ποιότητας ζωής παράγονται εν μέρει τουλάχιστον, από το γεγονός ότι οι ερευνητές μέσα από τα προσωπικά βιώματα και τις επιδιώξεις της έρευνας τους επιλέγουν να δώσουν την προσοχή τους σε συγκεκριμένους τομείς κάθε φορά διαφορετικούς, αναφορικά με το τι αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα που έχει άμεση επίδραση στην ΠΖ (Liu 1976).

Οι ερευνητές που έχουν προσπαθήσει να οριοθετήσουν τις διαφορετικές αυτές προσεγγίσεις, υποστηρίζουν ότι η ΠΖ σχετίζεται με αντικειμενικά κριτήρια όπως είναι για παράδειγμα οι συνθήκες της ζωής κάθε ατόμου ξεχωριστά και υποκειμενικούς παράγοντες όπως είναι η ικανοποίηση από την ζωή (Borthwick-Duffy 1992). Σύμφωνα με τους ερευνητές και οι δύο τύποι κριτηρίων υποτίθεται πως εξηγούν τις μοναδικές αναλογίες που έχουν μεταξύ τους οι διαφορές στην ΠΖ των ανθρώπων. Από την μια πλευρά, μία σοβαρή ασθένεια μπορεί για παράδειγμα να έχει μία άμεση επίπτωση στη κατάσταση της υγείας ενός ατόμου και με αυτό τον τρόπο είναι δυνατόν να περιορίζει την κινητικότητα και την υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής του ατόμου. Από την άλλη πάλι πλευρά οι άνθρωποι μπορεί να διαφέρουν σε σχέση με την ικανοποίησή τους από τη ζωή σύμφωνα με τις αντικειμενικές συνθήκες στις οποίες ζουν (Headey, Veenhoven and Wearing 1991).

Οι διαφορές αυτές στην ικανοποίηση από τη ζωή, μπορεί να αποτελούν το αποτέλεσμα της χρήσης διαφορετικών προτύπων σύγκρισης, που έχουν χρησιμοποιηθεί στη

μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή. Έτσι για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος που αντικειμενικά έχει το ίδιο επίπεδο υγείας με έναν τριαντάχρονο, μπορεί να έχει μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης από την ζωή αν μπει στη διαδικασία να συγκρίνει τον εαυτό του και την κατάσταση της υγείας του, με ένα άτομο το οποίο δεν ανήκει στην ίδια ηλικιακή ομάδα με αυτόν (Steward 2000).

Κάποιοι ερευνητές βέβαια προσεγγίζουν την ποιότητα της ζωής, μετρώντας τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου με μία μόνο ερώτηση (Andrews and Withey 1976).

Ωστόσο οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής μπορούν να προσεγγιστούν με τη χρήση πολλαπλών ερωτημάτων, που μπορούν να καλύψουν μία μεγάλη ποικιλία από διαφορετικούς τομείς της ζωής (Cummins 1996).

Για να αναγνωρίσουν τις πιο σημαντικές περιοχές που συμβάλλουν στην ποιότητα της ζωής, ο Cummins και οι συνεργάτες του μελέτησαν 27 ορισμούς της ποιότητας της ζωής σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τούς φάνηκε πως το 85% των ορισμών της ποιότητα της ζωής περιλαμβάνει τη συναισθηματική ποιότητα της ζωής, το 70% περιλαμβάνει την υγεία, ένα 70 % περιλαμβάνει ζητήματα οικειότητας και ένα 56% φέρεται να εμπεριέχει μέσα στον ορισμό θέματα που άπτονται της εργασίας και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την παραγωγικότητα. Στις περιπτώσεις που οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να προσεγγίσουν το θέμα της ΠΖ σε σχέση με το πεδίο της, έχει υποστηριχτεί πως οι δείκτες της ΠΖ πρέπει να σταθμίζονται σύμφωνα με τη σημαντικότητα που έχει κάθε περιοχή της ζωής που θέλουμε να εξερευνήσουμε (Cummins 1997) (Felce and Perry 1995).

Για παράδειγμα, η ΠΖ ενός ατόμου μπορεί να μην επηρεάζεται από αντικειμενικά αρνητικές συνθήκες, εάν αυτές οι συνθήκες δεν αποτελούν μέρος της ευρύτερης περιοχής των στόχων, που ένα άτομο θεωρεί ότι είναι σημαντική για τον ίδιο (Vallacher and Wegner 1985), ενώ αντίθετα, εάν ένας συγκεκριμένος τομέας της ζωής έχει μεγάλη αξία για ένα άτομο, τότε σε μία ενδεχόμενη αποτυχία που θα σχετίζεται με την εκπλήρωση αυτού του στόχου, το άτομο μπορεί να βιώσει μεγαλύτερη μείωση στην ποιότητα της ζωής του (Carver and Scheier 1981).

Όπως λοιπόν γίνεται προφανές, όλες αυτές οι διαφορές στη θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας της ζωής στην έρευνα, εγείρουν σημαντικά ερωτήματα που έχουν σχέση με το πως θα αντιληφθούμε στη συνέχεια την ΠΖ καθώς έχει φανεί πως τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της ζωής αποτελούνται τόσο από αντικειμενικούς, όσο και υποκειμενικούς δείκτες

που επικεντρώνονται στην μέτρηση τόσο του γενικού επιπέδου υγείας, όσο και σε έναν μεγάλο αριθμό διαφορετικών τομέων ενδιαφέροντος της ζωής.

Η μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής

Στην ιατρική τόσο στο κομμάτι που αφορά την έρευνα, όσο και την αξιολόγηση, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα όργανα που χρησιμοποιούνται στη μέτρηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας της ζωής (HRQOL) στις έρευνες που αφορούν τόσο τον γενικό πληθυσμό, όσο και σε ποικίλες ασθένειες και καταστάσεις. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής (HRQOL) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς τομείς της υγείας και γίνεται γενικά αποδεκτή ως ένα σημαντικό μέτρο έκβασης της υγειονομικής περίθαλψης (Stewart 1992).

Οι δύο κύριες προσεγγίσεις στη μέτρηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQOL) πραγματοποιούνται με την χρήση ειδικών σταθμισμένων ερωτηματολογίων που χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες. Ενδεικτικά υπάρχουν τα γενικά ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας της ζωής και τα ειδικά για συγκεκριμένες νόσους ερωτηματολόγια, (Patrick and Deyo 1989) και αν ανατρέξουμε στην βιβλιογραφία, βλέπουμε πως η πλειοψηφία των εμπειρογνομόνων συστήνει τη χρήση και των δύο ειδών ερωτηματολογίων ταυτόχρονα καθώς η ίδια η αφθονία της έννοιας της ποιότητας της ζωής απαιτεί α) να αξιολογούμε τις πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας της ζωής στις μελέτες και β) να περιλαμβάνουμε όργανα αξιολόγησης με πολλά ερωτήματα για την κάθε διάσταση που επιλέγεται για τη μελέτη (Dew 1990).

Όσον αφορά τα γενικά όργανα μέτρησης της σχετικής με την υγεία ΠΖ η συνοπτική μορφή επισκόπησης της Υγείας (SF36) είναι αυτή που χρησιμοποιείται ευρύτατα στις περισσότερες μελέτες τα τελευταία χρόνια (Jenkinson et al 1997, Ware et al 1993, Ware et al 1994).

Αν δούμε από μια διαφορετική πλευρά τις προσπάθειες αυτές για την μέτρηση της ΠΖ, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως μερικά εργαλεία εστιάζονται σε μία μόνο έννοια όπως αυτή της συναισθηματικής λειτουργικότητας. Άλλα πάλι ερωτηματολόγια αντιμετωπίζουν αυτές τις συγκεκριμένες έννοιες ως πτυχές ή διαστάσεις της ποιότητας ζωής και συνεπώς συμπεριλαμβάνουν ερωτήματα που σχετίζονται με αρκετές άλλες έννοιες.

Παρά το ότι υπάρχει διαφωνία για το ποια στοιχεία θα πρέπει να συνεκτιμώνται, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι αρκετές από τις παραπάνω διαστάσεις πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στα ερωτηματολόγια μέτρησης της ΠΖ, διότι αυτό αρμόζει σε μία

πολυδιάστατη έννοια σαν και αυτή. Επειδή όμως υπάρχουν τόσες πιθανές διαστάσεις, είναι σχεδόν ανέφικτο να επιχειρήσει κανείς να ενσωματώσει όλες αυτές τις έννοιες ταυτόχρονα με την χρήση ενός και μόνο ερωτηματολογίου (Garratt et al 2002).

Άλλωστε τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης, τα οποία προορίζονται για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, περιλαμβάνουν τουλάχιστον μερικά ερωτήματα εστιασμένα στη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα (Varni, Burwinkle and Lane 2005). Για παράδειγμα, εάν η συναισθηματική λειτουργικότητα θεωρηθεί ως πτυχή της ΠΖ που πρέπει να ερευνηθεί, τότε με αρκετές ερωτήσεις θα πρέπει να εκτιμηθούν το άγχος, η ένταση, η ευερεθιστότητα, η κατάθλιψη κ.ο.κ (Guyatt, Kirschner and Jaeschke 1992). Επομένως, τα εργαλεία μέτρησης μπορεί να περιέχουν πολλά ερωτήματα. Παρότι μία μεμονωμένη γενική ερώτηση του Τύπου «πως θα αξιολογούσες συνολικά την ποιότητα ζωής σου;» αποτελεί ένα χρήσιμο συμπλήρωμα σε εργαλεία μέτρησης πολλών ερωτημάτων, οι γενικές ερωτήσεις συχνά θεωρούνται ασαφείς και αόριστες για να χρησιμοποιηθούν αφ' εαυτού. Τα περισσότερα γενικά ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν μία ή περισσότερες γενικές ερωτήσεις μαζί με αρκετά άλλα ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται σε συγκεκριμένα ζητήματα (Hyland 2002). Για παράδειγμα κάποια εργαλεία μέτρησης δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην έννοια των γενικών ερωτήσεων, όπως και το ερωτηματολόγιο Euro QoL (EuroQoL, 1990), το οποίο μάλιστα περιλαμβάνει μόνο πέντε ερωτήσεις προτού χρησιμοποιήσει μία μόνο γενική ερώτηση σχετικά με την υγεία.¹¹

Μία ενοποιητική και κοινώς αποδεκτή θεματική, η οποία απαντάται σε όλες τις προσεγγίσεις, είναι ότι οι έννοιες που αποτελούν αυτές τις διαστάσεις μπορούν να αξιολογήσουν την ποιότητα της ζωής μόνο με υποκειμενικές μετρήσεις και επομένως θα έπρεπε να κρίνουν ρωτώντας τον ασθενή. Βέβαια αυτό δεν είναι πάντα εφικτό ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν. Συχνά λοιπόν χρησιμοποιείται η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενή μέσω αντιπροσώπου¹², αλλά μόνο σε περιπτώσεις που ο ασθενής αδυνατεί να δώσει συγκροτημένη απάντηση, όπως είναι οι περιπτώσεις μικρών παιδιών ή άλλων σοβαρά ασθενών που νοσηλεύονται σε μονάδες, καθώς επίσης και όταν ο ασθενής έχει κάποια διανοητική δυσλειτουργία (Feyers & Machin 2006).

¹¹ Αντίστοιχα λειτουργούν και άλλες κλίμακες όπως η κλίμακα Perceived Adjustment to Chronic Illness Scale (PACIS) που είναι ακόμα πιο ακραία. Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης αποτελείται μονάχα από μία προσεκτικά διατυπωμένη ερώτηση που αφορά το γενικό δείκτη αντιμετώπισης και προσαρμογής του ασθενούς και οι πιθανές απαντήσεις κυμαίνονται μεταξύ του «καμία απολύτως προσπάθεια» και του «πολύ μεγάλη προσπάθεια» (Hurny et al 1992).

¹² Οι οποίες δηλαδή προέρχονται μεταξύ των συγγενών μετά από συνέντευξη ή από κάποιο κοντινό πρόσωπο.

Μπορούμε λοιπόν να καταλήξουμε μέσα από αυτή την μικρή μελέτη για την μέτρηση της, πως η ΠΖ αποτελεί μια έννοια πλούσια σε περιεχόμενο και είναι ένα φαινόμενο με πολλές διαστάσεις. Το περιεχόμενό της αυτό απαιτεί αφενός την προσέγγιση όλων αυτών των πολυσύνθετων διαστάσεων της και αφετέρου την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλές ερωτήσεις (Hyland 2003).

Εάν ο σκοπός μας είναι η διερεύνηση και η κατανόηση της σχέσεις που είναι πιθανόν να υφίσταται ανάμεσα στην ασθένεια και τη θεραπεία, η και την σχέση με τις άλλες περιστάσεις της ζωής του αρρώστου, τότε είναι απαραίτητο να προχωρήσουμε σε εκτιμήσεις πολλαπλών ερωτήσεων για την κάθε διάσταση καθώς έχει διαπιστωθεί, πως τόσο οι σωματικές όσο και οι διανοητικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την δημιουργία αρνητικών κοινωνικών και οικονομικών συνεπειών για τους ασθενείς (Berkman & Syme 1979), (Aro et al. 2001).

Η σχέση της ποιότητας ζωής με την προσωπικότητα.

Όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η ΠΖ αποτελεί μια υποκειμενική και πολλές φορές ανεπαρκώς διαφωτισμένη έννοια για τον κάθε άνθρωπο. Τα υποκειμενικά αποτελέσματα της ποιότητας της ζωής μπορούν επίσης να επηρεαστούν από παράγοντες της προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα επομένως επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά της προδιάθεσης, την οποία δημιουργεί η προσωπικότητα και τα οποία παρεμβαίνουν και όπως είναι λογικό προϋπάρχουν χρονικά από την ασθένεια και την θεραπεία (Watson and Pennebaker 1989) (Duits, et al. 1997).

Παραδείγματος χάριν, μια εκτίμηση που συστήνεται ως κατάλληλη για να εκφράσει την ΠΖ, με την χρήση μιας φράσης —"αξιολογήστε τη γενική ποιότητα ζωής σας σαν κακή, μέτρια, καλή ή άριστη" (Gill and Feinstein 1994), μετρά με έναν ακούσιο τρόπο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως είναι η ροπή που έχουμε οι άνθρωποι, να τα βλέπουμε όλα με αρνητική διάθεση και συναίσθημα (απαισιοδοξία), η υποχονδρίαση (hypochondriasis) και η σωματομετατροπή (somatisation) (Barsky, Cleary and Klerman 1992) (Tempelaar, et al. 1989).

Χαρακτηριστικά σε σχέση με τα παραπάνω είναι τα αποτελέσματα σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Muldoon και τους συνεργάτες του, σε ένα δείγμα 348 υγιών εθελοντών μέσα στην κοινότητα, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οκτώ από τις εννέα ιατρικές υποκλίμακες του SF-36 που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη έκβασης, είχαν σημαντική συσχέτιση με τη νεύρωση, όπως μετρήθηκε με τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας

(Muldoon MF et al, unpublished data) (Muldoon, et al. 1998)

Άλλες παρόμοιες μελέτες προτείνουν ότι οι περισσότερες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας SF-36, παρουσιάζουν ποικιλομορφία σε σχέση με τη νευρώση και άλλες διαστάσεις της προσωπικότητας (VanderZee, et al. 1996) (Kempen, Jellicic and Ormel 1997)

Όπως λοιπόν είδαμε η προσωπικότητα φαίνεται να αποτελεί έναν από τους παράγοντες που ασκεί άμεση και βασική επίδραση στο πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του.

Σύμφωνα με τους Wrosch και Scheier οι παράγοντες της προσωπικότητας ενός ατόμου, μπορούν να επιδράσουν απέναντι στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προσεγγίζουν τις καταστάσεις της ζωής, ή και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται όλα τα είδη των εκβάσεων τα οποία στη συνέχεια μπορεί να έχουν είτε θετικό είτε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ένα άτομο που έχει συνειδητότητα μπορεί να ξεπεράσει αναπάντεχα εμπόδια πολύ πιο εύκολα, από κάποιον που το εσωτερικό κίνητρο, το οποίο υπό κανονικές συνθήκες δίνει ώθηση να επιτυγχάνει σημαντικούς στόχους στη ζωή είναι μειωμένο (Wrosch and Scheier 2003)

Αν ενστερνιστούμε τις απόψεις των συγγραφέων, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με συνειδητότητα μπορεί να είναι πιο επιτυχημένα στην επίτευξη και παγίωση των αντικειμενικών κριτηρίων της ΠΖ. Τέτοια κριτήρια μπορεί να αποτελούν μία επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία ή η ευμάρεια (well Being), καταστάσεις που θεωρούνται συνοδοιπόροι για την ΠΖ από την εποχή του Αριστοτέλη.

Εάν προσπαθήσουμε να δούμε την προσωπικότητά σαν ένα παράγοντα που μπορεί να προβλέψει διαφορετικά επίπεδα ποιότητας της ζωής, τότε ίσως το πιο σωστό είναι να θεωρήσουμε πως η προσωπικότητα σχετίζεται ιδιαίτερα με ευρύτερους δείκτες της ποιότητας της ζωής όπως είναι η γενική ικανοποίηση από τη ζωή. Εάν δεχτούμε πως η προσωπικότητα επηρεάζει στο σύνολο της ένα μεγάλο μέρος των συμπεριφορών που αναπτύσσουν τα άτομα, τότε θα μπορούσαμε καλύτερα να αναγνωρίσουμε τα ευεργετικά αποτελέσματα που έχει η προσωπικότητα εάν δούμε αθροιστικά, πολλούς μαζί σαν ένα σύνολο, όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής (Wrosch και Scheier 2003).

Το γεγονός αυτό βέβαια, δεν είναι ικανό από μόνο του να μας διαβεβαιώσει πως η προσωπικότητα επηρεάζει την ποιότητα της ζωής μόνο στο σύνολο της σαν μετρούμενο αποτέλεσμα και σαν έννοια, αλλά δεν επηρεάζει και άλλους συγκεκριμένους τομείς της ποιότητας της ζωής.

Γεγονός είναι πάντως, πώς υπάρχει η τάση στην έρευνα που ασχολείται με τις σχέσεις που απορρέουν ανάμεσα στην προσωπικότητα και την ΠΖ, να αντιμετωπίζεται η προσωπικότητα σαν μία παρεμβαίνουσα ή συγχυτική μεταβλητή, σαν κάτι δηλαδή που θα πρέπει να ελεγχθεί για να γίνει δυνατή η καλύτερη προσέγγιση των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στις βασικές μεταβλητές με τις οποίες έχουν αποφασίσει να ασχοληθούν οι ερευνητές (Watson and Pennebaker 1989).

Αυτή εξάλου ήταν και η αρχική μας εντύπωση στην χρήση του ερωτηματολογίου στάσης απέναντι στην ζωή, που μετρά την αισιοδοξία σαν ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα πλαίσια της παρούσας εργασίας.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Wrosch και Scheier, ένας ερευνητής μπορεί να θέλει να μάθει για παράδειγμα, πως μία συγκεκριμένη προγνωστική μεταβλητή¹³ σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής ενός ατόμου(πχ η υγεία), αλλά μπορεί να φοβάται πως παράγοντες της προσωπικότητας όπως είναι ο νευρωτισμός και η αρνητική συναισθηματικότητα θα μπορούσαν να προκαλέσουν αλλοίωση στις συσχετίσεις που θα βρίσκαμε, με αποτέλεσμα κάθε συσχέτιση που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε σε μία τέτοια περίπτωση ανάμεσα στις καθημερινές ενοχλήσεις από τον πόνο για παράδειγμα και το επίπεδο της υγείας, να εξαρτάται από την συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην αρνητική συναισθηματικότητα με τους συγκεκριμένους παράγοντες (Wrosch και Scheier 2003).

Εάν όμως μέσα στην ερευνά μας καταφύγουμε σε αυτή την προσέγγιση το να ελέγξουμε δηλαδή την προσωπικότητά, τότε το πιθανότερο είναι να έχουμε κάποια μειονεκτήματα στη μελέτη μας, καθώς υπάρχει η πιθανότητα, η προσωπικότητα να είναι στην πραγματικότητα ο ακρογωνιαίος και αιτιώδης παράγοντας που επηρεάζει τον προδιαθεσικό παράγοντα που μας ενδιαφέρει άμεσα και με αυτό τον τρόπο να επηρεάζει και τον παράγοντα «γενική υγεία» της ποιότητας της ζωής που προσπαθούμε να μελετήσουμε. Είναι σαν να στερούμε στην πραγματικότητα μία μεταβλητή μέσα από τη μελέτη μας που ουσιαστικά ευθύνεται για την ποιότητα της ζωής την οποία ουσιαστικά μας αναφέρουν οι άνθρωποι τους οποίους εξετάζουμε (Wrosch και Scheier 2003).

Η σημασία της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας

¹³ Σαν προγνωστική μεταβλητή θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε της καθημερινές ενοχλήσεις σε έναν ασθενή που πονά και πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα.

Μια εναλλακτική ή συμπληρωματική προοπτική λύση στο πρόβλημα της οριοθέτησης των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην ποιότητα της ζωής, ορίζει να δίνουμε κεντρική σημασία στην υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου. Αυτός ο καθορισμός θεωρεί ότι η ποιότητα της ζωής είναι τουλάχιστον εν μέρει ανεξάρτητη από την κατάσταση της υγείας, (Guyatt, Feeny and Patrick 1993) και όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν στο έργο τους οι Τζιλ και Φεινστέιν "είναι μια αντανάκλαση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και σε άλλες ανεξάρτητες από την κατάσταση της υγείας τους πτυχές της ζωής τους" (Gill and Feinstein 1994).

Η υποκειμενική φύση αυτής της σύλληψης που αφορά την ποιότητα της ζωής ίσως μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή, αν εστιάσουμε στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που είναι ασθενείς ή έχουν κάποιου βαθμού δυσλειτουργία ή ανικανότητα, μας αναφέρουν ότι αισθάνονται. Όπως γίνεται βέβαια αντιληπτό μια τέτοια αναφορά, γίνεται πάντα στα πλαίσια της προσωπικής τους ζωής, σε συγκερασμό με τις προσπάθειες που καταβάλλονται από τους ερευνητές να μετατραπεί σε στατιστικό αποτέλεσμα που θα αναλυθεί, το στάδιο ή ο βαθμός της ασθένειας ή της ανικανότητας. Η σωματική ευημερία (Physical wellbeing) αφορά την αίσθηση της ταλαιπωρίας που προκύπτει από ένα ιδιαίτερο σύμπτωμα (ή την απελευθέρωση από τέτοιο σύμπτωμα) και επεκτείνεται στην έννοια της ζωτικότητας ή όπως αλλιώς μπορεί να χαρακτηριστεί, την γενική ικανοποίηση από την σωματική υγεία. Η αξιολόγηση της διανοητικής υγείας ενός ασθενή, συνήθως ερμηνεύεται σαν την απουσία ψυχολογικής δυσφορίας (psychological distress)¹⁴ και μπορεί επίσης να περιλάβει τους συναισθηματικούς δεσμούς και την κοινωνική υποστήριξη (Veit and Ware 1983).

¹⁴ (δηλαδή ανησυχία, κατάθλιψη, θυμός, κλπ...)

Κεφάλαιο II: Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ

Γενικά για την αισιοδοξία

Μέχρι τώρα περιγράφηκε τι εννοούμε όταν αναφερόμαστε στον όρο ποιότητα ζωής και ποιότητα της υγείας. Μάθαμε πως γίνεται η μέτρηση του και είδαμε πως επηρεάζεται από παράγοντες της προσωπικότητας και γενικά πως ο καθένας μας βιώνει την ποιότητα της υγείας του με διαφορετικό τρόπο.

Στην συγκεκριμένη μελέτη αποφασίστηκε να μελετήσουμε εάν μια προδιάθεση της προσωπικότητας, που στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι η στάση της αισιοδοξίας, συσχετίζεται με την μέτρηση της ποιότητας της ζωής και τον πόνο που συσχετίζεται με την ποιότητα αυτή.

Όπως είναι λοιπόν εφικτό θα προσπαθήσουμε στη συνέχεια να δώσουμε τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να κατανοήσει ο αναγνώστης πως λήφθηκε η απόφαση να εμπλέξουμε αυτόν τον παράγοντα στην μέτρηση της ποιότητας της ζωής, του δείγματος που θα εξεταστεί στο δεύτερο μέρος της μελέτης μας.

Η αισιοδοξία θεωρείται συνήθως ως μια μάλλον τετριμμένη ιδιότητα. Ένας αισιόδοξος άνθρωπος θεωρείται με την ευρεία έννοια της λέξεως ως κάποιος που βλέπει σε κάθε σύννεφο μια ασημένια επένδυση. Είναι σαν να βλέπει τον κόσμο μέσα από μια μάσκα που τα μετατρέπει όλα σε ρόδινα και ωραία (ή αυτό που πολλοί χαρακτηριστικά λένε, τα αισιόδοξα άτομα βλέπουν ένα ποτήρι με νερό πάντα σαν μισογεμάτο και όχι σαν μισοάδειο) (Kubzensky, et al. 2001). Η ηρωίδα της Eleanor Porter Pollyanna¹⁵, είναι το πρότυπο του ρόλου τους και εάν σκέφτονται ακριβώς όπως και εκείνη με τον ίδιο θετικό τρόπο, όλα τα πράγματα θα γίνονται για το καλύτερο, σε αυτόν τον καλύτερο όλων των πιθανών κόσμων (Seligman 1998).

¹⁵ Η **Pollyanna** είναι ένα μυθιστόρημα του 1913 με τεράστια εμπορική επιτυχία της Eleanor X. Porter που θεωρείται τώρα κλασικός συγγραφέας της παιδικής λογοτεχνίας (Porter 1913). Το βιβλίο είχε μια τέτοια επιτυχία που ο Porter σύντομα εξέδωσε την συνέχεια του βιβλίου, *Pollyanna Grows Up*, το (1915). Ένδεκα συνέχειες της *Pollyanna*, γνωστές ως «ευτυχή βιβλία», δημοσιεύθηκαν αργότερα, τα περισσότερα από της Elizabeth Borton ή Harriet Lummis Smith. Περαιτέρω επανεκδόσεις ακολούθησαν, η πιο πρόσφατη από της οποίες είναι, *Pollyanna Plays the Game* από τον Colleen L. Reece, που εμφανίστηκε στα μέσα του 1990.

Σίγουρα οι περισσότερες από τις παραπάνω τοποθετήσεις μπορούν να αποδοθούν στα αισιόδοξα άτομα, αλλά με περισσότερο από 20 έτη αξιόπιστης επιστημονικής έρευνας στο θέμα, είναι σαφές ότι η αισιοδοξία πηγαινει πολύ βαθύτερα από ότι θεωρήθηκε σε όσα αναφέρθηκαν στην μικρή αυτή εισαγωγή.

Υπάρχουν δύο κύριοι τρόποι να καθοριστεί η αισιοδοξία. Οι Scheier και Carver, παραδείγματος χάριν, καθόρισαν την αισιοδοξία ως "μια σφαιρική γενικευμένη τάση να θεωρήσει κάποιος ότι θα δοκιμάσει σε γενικές γραμμές τις καλές αντί τις κακές εκβάσεις των καταστάσεων στη ζωή". Στην καθημερινή γλώσσα αυτό σημαίνει "στη φωτεινή πλευρά της ζωής. ' υπό το πρίσμα ενός τέτοιου ορισμού, η απαισιοδοξία είναι η τάση να θεωρεί κανείς πως "εάν κάτι είναι να πάει στραβά για τον εαυτό του, θα πάει " (Scheier και Carver 1992).

Ο άλλος κύριος τρόπος να καθοριστεί η αισιοδοξία, είναι να χρησιμοποιήσει κανείς την έννοια του "επεξηγηματικού ύφους". Αυτή είναι η μέθοδος που υιοθετείται από τον καθηγητή Martin Seligman (Gillham 2000) και βασίζεται στις αρχές της θετικής ψυχολογίας. Η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει αξιολογήσει την αισιοδοξία μέσα από την εξερεύνηση των μορφών που διαμορφώνουν τον χαρακτηριστικό τρόπο με τον οποίο ένα πρόσωπο εξηγεί τα προγενέστερα γεγονότα (Peterson &, Seligman 1984, Seligman 1991). Σε αυτήν την προσέγγιση, τα αισιόδοξα άτομα, εάν μουν στην διαδικασία της σύγκρισης με τα απαισιόδοξα, εξηγούν τα αρνητικά γεγονότα μέσα από την άποψη των αιτιών που τα προκαλούν, τα οποία κατά την άποψη τους περιορίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το χρόνο, ελαχιστοποιούν τα αποτελέσματά τους και έχουν αντίκτυπο στον εαυτό τους.

Η άλλη προσέγγιση που αναφέραμε, η οποία παρουσιάστηκε από τους Wrosch και Scheier, καθορίζει την αισιοδοξία σαν μία σχετικά σταθερή, γενικευμένη προσδοκία του ότι οι καλές εκβάσεις στην πορεία των πραγμάτων και της ζωής, θα εμφανιστούν κατά την διάρκεια των σημαντικών καταστάσεων που απαρτίζουν την ζωή στο σύνολο της (Scheier & Carver 1985).

Το σημαντικότερο κομμάτι του συγκεκριμένου αυτού ορισμού είναι η σταθερότητα της προσδοκίας. Οι άνθρωποι διατηρούν την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία τους κατά τη διάρκεια του χρόνου και στις διαφορετικές καταστάσεις μέσα στις οποίες ολοκληρώνουν τον κύκλο της ζωής τους. Κατά συνέπεια, η διάθεση της αισιοδοξίας, είναι μια πολύ γενική τάση, μια διάθεση που απεικονίζει τις προσδοκίες σε ποικίλες καταστάσεις της ζωής (Scheier & Carver 1985).

Στα πλαίσια αυτής της διπλωματικής εργασίας θα μελετήσουμε το μοντέλο της αισιοδοξίας σαν στάση ή διάθεση της ζωής που δημιουργήθηκε από τους Scheier και Carver.

Ορισμός της διάθεσης της Αισιοδοξίας

"Υπάρχει μια αφή της αισιοδοξίας σε κάθε ανησυχία για την ηθική καθαρότητα κάποιου"

Victoria Ocampo.

Μέσα στην βιβλιογραφία θα συναντήσουμε την έκφραση *"Dispositional optimism"* να περιγράφει την στάση της αισιοδοξίας από το 1981 που οι εμπνευστές του όρισαν το συγκεκριμένο μοντέλο (Carver και Scheier 1981).

Ο όρος dispositional προέρχεται από αγγλοσαξονική ρίζα, από τη λατινική λέξη "disposition - dispositio", από το "disponere" όρος δόκιμος τον 13ο αιώνα και σημαίνει:

- 1) η πράξη ή η δύναμη της διάθεσης ή η κατάσταση της διάθεσης,
- 2) επικρατούσα τάση, διάθεση, ή κλίση,
- 3) ρύθμιση της ιδιοσυγκρασίας,
- 4) η τάση κάτι να ενεργήσει με έναν ορισμένο τρόπο κάτω από τις δεδομένες περιστάσεις (The American Heritage® Dictionary of the English Language 2006).

Τα τελευταία χρόνια η ενασχόληση με τις διαθέσεις αποτελεί ένα μεγάλο θέμα, ειδικά αυτές που αφορούν τον μαθητικό πληθυσμό και μέσα από την βιβλιογραφία βλέπουμε τελικά πως οι ερευνητές ορίζουν τις διαθέσεις, σαν στόχους που περιγράφουν τις επιθυμητές συμπεριφορές και τις τοποθετήσεις(στάσεις) των σπουδαστών, σαν την επιθυμητή δηλαδή έκβαση της εκπαίδευσής τους (Katz 1991).

Αυτοί οι στόχοι εξετάζουν την ανάπτυξη των σπουδαστών στο σύνολο της και αφορούν την πραγματική λειτουργικότητα στη ζωή των μαθητών. Χαρακτηριστικά, οι διαθέσεις είναι μεγάλες ιδέες που καλύπτουν πολλές περιοχές και δεξιότητες. Συμπεριλαμβάνονται συχνά στα χαρτοφυλάκια σπουδαστών, επειδή χρησιμεύουν ως μια υπενθύμιση της μεγάλης ακτίνας των στόχων και των συμπεριφορών τους οποίους οι σπουδαστές μπορούν να επιδιώξουν (Katz 1992; Ames 1992).

Εάν ο σκοπός μας είναι να ερευνήσουμε τις επιπτώσεις των διαθέσεων, ο ακόλουθος δοκιμαστικός καθορισμός προτείνεται: Η διάθεση είναι μια τάση να βιώνεις συχνά, συνειδητά και εθελοντικά ένα σχέδιο της συμπεριφοράς που κατευθύνεται σε έναν ευρύ στόχο (Katz 1993).

Η Αισιοδοξία (Λατινικά optimus, ο καλύτερος) μπορεί ακόμα να γίνει κατανοητή σαν μια μεταφυσική θεωρία ή σαν μια συναισθηματική διάθεση.

Ετυμολογικά προέρχεται από το γαλλικό *optimisme*, και το νεολατινικό *optimum* (το μέγιστο αγαθό) και σημαίνει:

1. Μια τάση να αναμένεται η καλύτερη δυνατή έκβαση ή να παραμείνει κάποιος στις πιο αισιόδοξες πτυχές μιας κατάστασης:

2. από την σκοπιά της φιλοσοφίας ο όρος αισιοδοξία σημαίνει :

α. Το δόγμα, που πρεσβεύεται από τον Leibnitz, ότι αυτός ο κόσμος είναι ο καλύτερος όλων των πιθανών κόσμων.

β. Η πεποίθηση που ο κόσμος βελτιώνει και που η καλή θέληση θριαμβεύει τελικά πέρα από το κακό (The American Heritage® Dictionary of the English Language 2006).

Αναλυτικά ο όρος αισιοδοξία είναι δόκιμος από το πρώτο μέρος του δέκατου όγδοου αιώνα και χρησιμοποιήθηκε για να υποδείξει το δόγμα του Leibnitz ότι αυτός είναι ο καλύτερος όλων των πιθανών κόσμων. Ο αντίθετος όρος για την αισιοδοξία είναι η απαισιοδοξία. Ανάμεσα σε αυτές τις δύο αντίθετες έννοιες εμπλέκονται πολλές και διαφορετικές απόψεις έτσι ώστε είναι κατά περιόδους δύσκολο να ταξινομηθούν από τους φιλόσοφους. Εντούτοις, μπορούν να ταξινομηθούν ως αισιόδοξοι εκείνοι που υποστηρίζουν ότι ο κόσμος είναι στο σύνολο του καλός και όμορφος, και ότι ο άνθρωπος μπορεί να επιτύχει το βίωμα μιας αληθινής κατάστασης ευτυχίας και τελειότητας είτε σε αυτόν τον κόσμο είτε στον επόμενο και ως απαισιόδοξοι εκείνοι που δεν υποστηρίζουν την άποψη αυτή (The Catholic Encyclopedia 1912).

Σαν μια συναισθηματική διάθεση η αισιοδοξία είναι η τάση να κοιτάζει κανείς την φωτεινή και αισιόδοξη πλευρά της ζωής, εκτιμώντας ότι η απαισιοδοξία δίνει έναν σκοτεινό χρωματισμό σε κάθε γεγονός και αλυσοδένει το πέπλο της ελπίδας κάνοντας τα άτομα να χάνουν κάθε ίχνος φωτός για κάτι καλύτερο που μπορεί να συμβεί ή για την πιθανότητα κάτι κακό να μπορεί να βελτιωθεί. Η συναισθηματική αυτή διάθεση, είναι μια συναισθηματική και βιωματική κατάσταση που εξαρτάται πρωταρχικά από εσωτερικές οργανικές καταστάσεις παρά από την καλή τύχη που μπορεί να προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες. Μέχρι ποιο σημείο η συναισθηματική διάθεση έχει επηρεάσει τις απόψεις των φιλοσόφων δεν μπορεί να αποφασιστεί εν ριπή οφθαλμού. Δεν έχει καμία αμφιβολία ότι αποτελεί έναν παράγοντα αλλά όχι πάντα το μοναδικό ή ακόμα και αποφασιστικό παράγοντα. Ένας κατάλογος των ατόμων που ενστερνίστηκαν την αισιοδοξία σαν διάθεση και στάση ζωής, είναι αρκετός για να μας κάνει να καταλάβουμε ότι γενικά τα μεγαλύτερα μυαλά έχουν υιοθετήσει στην πορεία του γίνεσθαι τους την αισιόδοξη άποψη της ζωής. Έτσι στην λίστα με τους αισιόδοξους ανθρώπους βρίσκονται: ο Πλάτωνας, ο Αριστοτέλης, οι

Στωικοί φιλόσοφοι, ο όσιος Αυγουστίνος, ο St Thomas και οι Σχολαστικοί, ο Leibniz, ο Kant, ο Fichte, ο Hegel (ο οποίος προσπάθησε να ενώσει την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία), ο Lotze και ο Wundt (Moore 1911), όπως και ο μεγάλος διδάσκαλος του Γένους μας Ευγένιος Βούλγαρης όπως φαίνεται μέσα από το Βιβλίο Διατριβή περί Ευθανασίας του Ευγένιου Βούλγαρη (Δημολιάτης & Γαλανάκης, 2005).

Η στάση της αισιοδοξίας μπορεί να μετρηθεί με τη χρησιμοποίηση μιας κλίμακας έξι-στοιχείων, που καλείτε τεστ προσανατολισμού της ζωής (αναθεωρημένη μορφή), ή LOT-R (Scheier & Carver 1994). Τρία στοιχεία απεικονίζουν τις προσδοκίες για τις θετικές εκβάσεις στην ζωή και τρία στοιχεία απεικονίζουν τις προσδοκίες για τις αρνητικές εκβάσεις. Τα στοιχεία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου περιλαμβάνουν φράσεις όπως "σε στιγμές αβεβαιότητας αναμένω συνήθως το καλύτερο" ή "συνολικά, αναμένω περισσότερα καλά πράγματα να μου συμβούν παρά κακά". Εάν συγκρίνουμε με την προσκομιζόμενη απόδοση στα ερωτήματα του τεστ για την αισιοδοξία, τη διάθεση της αισιοδοξίας θα δούμε πως αυτά δεν διαφοροποιούν τη βάση της προσδοκίας. Για παράδειγμα οι άνθρωποι μπορούν να είναι θετικοί στις προσδοκίες τους για το μέλλον επειδή είναι αποτελεσματικοί ή επειδή είναι τυχεροί. Στη μελέτη της αισιοδοξίας το πιο σημαντικό είναι να γνωρίζει κανείς, ότι ένας άνθρωπος σκέφτεται πως οι προσδοκώμενες θετικές εκβάσεις στις καταστάσεις της ζωής πρόκειται να εμφανιστούν (Wrosch and Scheier 2003).

Πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι το LOT-R παρέχει μια συνεχή κατανομή των αποτελεσμάτων. Αν και αναφερόμαστε συχνά στους αισιόδοξους και τους απαισιόδοξους σαν αυτά τα πρόσωπα να διαμορφώνουν δυο ευδιάκριτες ομάδες, μια τέτοια χρήση του εργαλείου αποτελεί πραγματικά μόνο θέμα γλωσσικής ευκολίας. Δεν υπάρχει κανένα εμπειρικό κριτήριο για την ταξινόμηση ενός προσώπου σε μια από τις δύο κατηγορίες, δηλαδή είτε σαν αισιόδοξος είτε σαν απαισιόδοξος. Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας που χρησιμοποιεί το LOT-R το χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει μια συνεχή κατανομή των αποτελεσμάτων, με τους αισιόδοξους και τους απαισιόδοξους να συσχετίζονται μεταξύ τους (Scheier και Carver 1985).

Η διάθεση της αισιοδοξίας, Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ένα μεγάλο σώμα της έρευνας έχει καταδείξει ότι η διάθεση της αισιοδοξίας έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην ευημερία και την υγεία των ανθρώπων όπως φαίνεται και σε μια από τις τελευταίες μελέτες του Scheier και των συνεργατών του (Scheier, Carver and Bridges 2001). Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής, έχουν επιβεβαιώσει

τόσο άμεσες όσο και έμμεσες συσχετίσεις μεταξύ της αισιοδοξίας και της υποκειμενικής ευημερίας (Khoo and Bishop 1997) (M. Scheier, K. Matthews, et al. 1989), της αυτοεκτίμησης (Dunn 1996), της ήπιας κατάθλιψης (Carver and Gaines 1987) (Marshall and Lang 1990), καθώς και με τα ήπια αρνητικά συναισθήματα (Curbow, et al. 1993) (King, et al. 1998) και την ικανοποίηση από τη ζωή (Chang 1998).

Οι προσδοκίες που αφορούν την έκβαση μιας κατάστασης έχουν συνδεθεί επίσης με τα αντικειμενικά κριτήρια μέτρησης της ποιότητας της ζωής, όπως είναι η καλή υγεία (M. Scheier, K. Matthews, et al. 1999) και η θνησιμότητα (Schulz, et al. 1996). Λαμβάνοντας υπόψη τα ισχυρά και στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της επίδρασης της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής των ανθρώπων, φαίνεται να είναι σημαντικό να εξεταστούν τα μονοπάτια μέσα από τα οποία λειτουργεί η αισιοδοξία. Αποτελεί δηλαδή γεγονός το ότι τα αισιόδοξα άτομα βιώνουν σε μικρότερο βαθμό ψυχολογική καταπόνηση(distress) από τα απαισιόδοξα, ακριβώς επειδή είναι πιο εύθυμα από αυτά.

Αν εξετάσουμε τις διαφορές εκείνες που υφίστανται στην ποιότητα της ζωής μεταξύ των αισιόδοξων και των απαισιόδοξων ατόμων, βλέπουμε πως συχνά παραμένουν σταθερές ακόμα και όταν ελέγχονται στατιστικά για θεωρητικά κατασκευάσματα όπως είναι η συναισθηματικότητα, τα οποία σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των ερευνητών, φαίνεται πως παραμένουν εκεί και στις άλλες μετρήσεις της ποιότητας της ζωής (Wrosch and Scheier 2003). Ένας σημαντικός μηχανισμός είναι ότι οι αισιόδοξοι χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές για να διαχειριστούν τις κρίσιμες καταστάσεις της ζωής από ότι οι πεσιμιστές (Scheier, Weintraub and Carver 1986). Οι άνθρωποι που είναι βέβαιοι για το μέλλον τους, σύμφωνα πάντα με τις έρευνες, εφαρμόζουν στον εαυτό τους μια συνεχομένη προσπάθεια να τα καταφέρουν, ακόμα και όταν έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρή αντιπαλότητα. Οι άνθρωποι από την άλλη που αμφισβητούν το μέλλον τους, είναι πιθανότερο να προσπαθήσουν να ωθήσουν αυτή την αντιπαλότητα μακριά τους σαν να μπορούν με κάποιο τρόπο να δραπετεύσουν από τις καταστάσεις μέσα από την διαισθητική πλάνη ενός ευσεβούς πόθου. Με άλλα λόγια υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στο πώς οι αισιόδοξοι και οι απαισιόδοξοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν και διαχειρίζονται τις προκλητικές καταστάσεις της ζωής (Wrosch και Scheier 2003).

Πρέπει να αναφερθεί πως η στάση της αισιοδοξίας έχει μελετηθεί τα τελευταία χρόνια σε σχέση με διάφορους άλλους παράγοντες που έχουν επίδραση στην υγεία των ατόμων. Χαρακτηριστικά σε μία από αυτές τις μελέτες, ο David και οι συνεργάτες του ερευνήσαν την πιθανότητα η αισιοδοξία, η απαισιοδοξία και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων να είναι αλληλένδετες από την μία και εάν προβλέπουν ή όχι το επίπεδο της ψυχικής εξασθένησης μεταξύ των ασθενών που πρέπει να υποβληθούν σε επέμβαση για καρκίνο του μαστού από την άλλη (David, Montgomery και Bovbjerg 2006).

Η εν λόγω μελέτη διαπίστωσε, ότι η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα της ψυχικής εξασθένησης των ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή για χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού. Εκείνοι που βρέθηκαν στις μετρήσεις με μια υψηλότερη τάση αισιοδοξίας, βίωσαν σε μικρότερο βαθμό την αίσθηση της ψυχικής εξουθένωσης κατά την ημέρα της χειρουργικής επέμβασής. Αντίθετα εκείνοι που έτειναν να είναι πιο απαισιόδοξοι, επέδειξαν περισσότερη ψυχική εξασθένηση κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης αφορούσαν αυξανόμενα επίπεδα ψυχικής εξασθένησης πριν από τη χειρουργική επέμβαση και αυτές ήταν ο μεγαλύτερος προγραμματισμός, η άρνηση, η αυτό - απόσπαση της προσοχής, η οργανική υποστήριξη, το χιούμορ, η συναισθηματική καταστολή, το ξεφύσημα (venting), η αυτοκατηγορία(self-blame), η επίπληξη και η κατάχρηση ουσιών (David, Montgomery και Bovbjerg 2006).

Κατά έναν ενδιαφέροντα τρόπο, μερικές από αυτές τις στρατηγικές αντιμετώπισης θεωρούνται προσαρμοστικές (π.χ. προγραμματισμός, χιούμορ, ξεφύσημα, οργανική υποστήριξη), σε αντιδιαστολή με αυτές που θεωρούνται προβληματικές(π.χ. άρνηση, αυτό-επίπληξη, αυτοαπόσπαση της προσοχής) και παρόλα αυτά, στη συγκεκριμένη μελέτη οι παραπάνω στρατηγικές συνδέθηκαν με ακόμα μεγαλύτερα επίπεδα ψυχικής εξασθένησης. Οι ερευνητές πρότειναν ότι αυτές οι μέθοδοι μπορούν πραγματικά να αυξήσουν την εστίαση και τη συνειδητοποίηση στην επικείμενη χειρουργική επέμβαση. Επιπλέον αξιολογώντας και επαναξιολογώντας την κατάσταση της υγείας του, παραδείγματος χάριν μέσω του χιούμορ ή του ξεφυσήματος, μπορεί πραγματικά κάποιος να προκαλέσει την δημιουργία ενός αρνητικού κύκλου ψυχικής εξασθένησης. Τα συμπεράσματα επίσης πρότειναν ότι ο αντίκτυπος των απαντήσεων αντιμετώπισης στην ψυχολογική καταπόνηση, είχαν σαν ενδιάμεσο μεσολαβητικό παράγοντα την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία, εντούτοις οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι η περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να γίνει κατανοητή η σχέση της συσχέτισης πληρέστερα. (David, Montgomery and Bovbjerg 2006).

Σε μια άλλη μεγάλη προοπτική μελέτη διάρκειας 10 ετών εξέτασαν τη σχέση μεταξύ ενός αισιόδοξου ή απαισιόδοξου επεξηγηματικού τρόπου διάθεσης και της επίπτωσης των στεφανιαίων καρδιολογικών παθήσεων σε ένα δείγμα ηλικιωμένων (με ΜΗ 61 έτη). Συγκεκριμένα το 1986 1306 άτομα συμπλήρωσαν έναν κατάλογο προσωπικότητας που περιέλαβε μετρήσεις της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας. Μετά από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων προσωπικότητας, οι συμμετέχοντες ελέγχθηκαν για μία περίοδο 10 ετών και τους δόθηκαν ιατρικές εξετάσεις για να μετρήσουν τους στεφανιαίους παράγοντες κινδύνου. Από αυτούς 162 συμμετέχοντες, ανέπτυξαν στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις κατά τη διάρκεια της δεκαετούς περιόδου που ακολούθησε από την αρχική μέτρηση και τα συμπεράσματα έδειξαν ότι τα άτομα με έναν πιο αισιόδοξο επεξηγηματικό ύφος είχαν μικρότερο κίνδυνο να αναπτύξουν στεφανιαία καρδιακή νόσο. Παρόλα αυτά λόγω των περιορισμών στην δημιουργία της μελέτης, φαίνεται να χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να αποδειχτεί κάτι τέτοιο με απόλυτη σιγουριά (Kubzensky, et al. 2001).

Αξίζει τέλος να αναφερθούμε στην έρευνα του Matura και των συνεργατών του το 2002, οι οποίοι 30 χρόνια μετά την πρώτη μέτρηση την οποία είχαν καταγράψει σε ασθενείς, πραγματοποίησαν επανέλεγχο στους αρχικούς ασθενείς τους και βρήκαν πως τα υψηλά αποτελέσματα στη μέτρηση της αισιοδοξίας συνδέθηκαν με μια μείωση της τάξεως του 50% αναφορικά με την ύπαρξη κινδύνου για πρόωρο θάνατο, γεγονός το οποίο έδειξε ότι οι αισιόδοξοι έζησαν περισσότερο από τους απαισιόδοξους. Πιο συγκεκριμένα, η αισιοδοξία συνδέθηκε με αυτοαναφερόμενους λιγότερους περιορισμούς λόγω της υγείας, λιγότερα προβλήματα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας, βίωση πόνου σε μικρότερο ποσοστό και λιγότεροι περιορισμοί λόγω αυτού του πόνου. Επίσης η αισιοδοξία συνδέθηκε με καλύτερη προσωπική υγεία, αίσθημα μεγαλύτερης ενεργητικότητας, εκτέλεση των κοινωνικών δραστηριοτήτων με τη λιγότερη δυνατή παρέμβαση από φυσικά ή συναισθηματικά προβλήματα, λιγότερα προβλήματα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα της συναισθηματικής κατάστασης των ατόμων (Maruta, et al. 2002).

Τέλος σε μια άλλη μελέτη του 2006, ερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και της υγιούς γήρανσης και εάν οι υγιείς συμπεριφορές, όπως η φυσιολογική σωματική άσκηση, το μη κάπνισμα και η μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, ενήργησαν ή όχι ως μεσολαβητές στην δημιουργία της συσχέτισης. Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι οι πιο αισιόδοξοι συμμετέχοντες, συμμετείχαν σε περισσότερες υγιείς συμπεριφορές, εκθέτοντας τους εαυτούς τους σε χαμηλότερα επίπεδα καπνίσματος και κατανάλωσης οινοπνεύματος και στους άνδρες και στις γυναίκες. Εντούτοις, μια σημαντική

θετική συσχέτιση μεταξύ της αισιοδοξίας και της συχνότητας της σωματικής δραστηριότητας βρέθηκε μόνο μεταξύ των θηλυκών συμμετεχόντων. Παρόλα αυτά η υψηλότερη αισιοδοξία αφορούσε περισσότερες θετικές υγιείς επιλογές συμπεριφοράς στην πλειοψηφία και αυτό ήταν ανεξάρτητο από τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Υπήρξε επίσης μια θετική σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και της σωματικής κατάστασης της υγείας και αυτό δεν επηρεάστηκε από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, την κλινική κατάσταση ή την εμπειρία αρνητικών συγκινήσεων (Steptoe, et al. 2006).

Η σχέση της Ποιότητας ζωής με την στάση της αισιοδοξίας

Κάθε άνθρωπος βαδίζει στη ζωή του επηρεασμένος από στάσεις ζωής που έχει υιοθετήσει στην πορεία της ανάπτυξης του και χρόνο με τον χρόνο τις έχει καλλιεργήσει.

Η αισιοδοξία είναι μια θετική στάση που βοηθά τα άτομα να βλέπουν τις καταστάσεις και τα προβλήματα της ζωής με μια πιο θετική ματιά, ή αλλιώς όπως αναφέραμε και στην εισαγωγή του κεφαλαίου μας, να βλέπουν ένα ποτήρι με νερό σαν μισογεμάτο σε αντίθεση με τα απαισιόδοξα άτομα που βλέπουν κάθε κατάσταση σαν ένα μισοάδειο ποτήρι με νερό.

Στον χώρο της ιατρικής και της ψυχολογίας φαίνεται να μας απασχολεί περισσότερο η επίδραση της αρνητικής στάσης της απαισιοδοξίας καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας αφορά την επίδραση της κατάθλιψης στην υγεία των ασθενών.

Από τις πρώτες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό την εύρεση της επίδρασης που ασκεί η διάθεση της αισιοδοξίας στην υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας της ζωής (subjective well being), ήταν αυτή των Carver και Gaines που μελέτησαν την σχέση της αισιοδοξίας και της κατάθλιψης στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Carver and Gaines 1987).

Στην δεύτερη κατά χρονική σειρά μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη, βρέθηκε πως τα αισιόδοξα άτομα κατά την προεγχειρητική περίοδο, είχαν χαμηλότερα επίπεδα εχθρότητας και κατάθλιψης από τα απαισιόδοξα, μια εβδομάδα μετά το χειρουργείο αισθάνονταν καλύτερα, ανακουφισμένοι και χαρούμενοι και ένιωθαν μεγαλύτερη ικανοποίηση αναφορικά με το επίπεδο της νοσηλείας που τους παρέχόταν και την συναισθηματική στήριξη και υποστήριξη των φίλων τους, ενώ 6 μήνες μετά συνέχιζαν να έχουν υψηλότερο επίπεδο υγείας από τους απαισιόδοξους (M. F. Scheier, et al. 1989).

Από την μέχρι τώρα έρευνα που έχει διεξαχθεί για την μελέτη της επίδρασης της αισιοδοξίας στην ζωή και την υγεία των ασθενών, αλλά και άλλων ομάδων ενδιαφέροντος, είναι χαρακτηριστική η μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Scheier και τον Carver το 1992 για την επίδραση της αισιοδοξίας στη σωματική και ψυχική ποιότητα της ζωής. Στην συγκεκριμένη μελέτη οι ερευνητές επανεξέτασαν τα στοιχεία των προηγούμενων μελετών και βρήκαν πως η σύγκριση των αποτελεσμάτων έδειχνε πως η αισιοδοξία, συνέχιζε ακόμα και 5 χρόνια μετά την επέμβαση, να αποτελεί έναν σημαντικά ενδεχόμενο παράγοντα της υποκειμενικής ποιότητας της ζωής. Συγκεκριμένα τα αισιόδοξα άτομα ανέφεραν ότι είναι πιο ξεκούραστοι μετά τον ύπνο, είχαν μικρότερη πιθανότητα να ξυπνάνε πάρα πολύ πρωί, ανέφεραν πως η ζωή τους ήταν πιο ενδιαφέρουσα από τα απαισιόδοξα άτομα, δεν ένιωθαν στρες και άλλες ενοχλήσεις, είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις σχέσεις τους με τους φίλους τους, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους και κατέληξαν πως τελικά η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας της ζωής παρέμενε υψηλότερη στα αισιόδοξα άτομα από ότι στα απαισιόδοξα (Scheier και Carver 1992).

Τα διαθέσιμα στοιχεία μέσα από μία ποικιλία πηγών, δείχνουν ακριβώς την ίδια θέση όσον αφορά τον ρόλο της αισιοδοξίας και αυτή είναι ο ευεργετικός ρόλος, τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχολογική ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1990 από τους Aspinwall και Taylor, φάνηκε πως τα αισιόδοξα άτομα εγκλιματίζονται πιο εύκολα στις σημαντικές αλλαγές της ζωής σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία είναι περισσότερο απαισιόδοξα (Aspinwall and Taylor 1992).

Η διάθεση της αισιοδοξίας, η γενικευμένη δηλαδή προσδοκία πως καλά και όχι κακά πράγματα πρόκειται να συμβούν στο μέλλον, συνδέεται με μια ευρεία σειρά από θετικές εκβάσεις, μέσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η καλύτερη απόδοση, η υψηλότερη πιθανότητα της επίτευξης ενός στόχου, η καλύτερη διανοητική υγεία και η καλύτερη φυσική υγεία. Το πλεονέκτημα των αισιόδοξων ατόμων στην κατάκτηση ενός καλύτερου ευζην¹⁶, φαίνεται να προέρχεται εν μέρει από τον χαρακτηριστικό προσανατολισμό που έχει ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζουν και στην συνέχεια διαχειρίζονται τόσο τα προβλήματα που προκαλούν άγχος, όσο και τα συναισθήματα που μειώνονται με το στρες¹⁷ (Solberg, Segerstrom & Sephton 2005) (Solberg & Segerstrom 2006).

Αυτή η ενεργός προσέγγιση, πιθανότατα αντιστοιχεί στην ανθεκτικότητα που

¹⁶ Όταν μιλάμε για ευζήν αναφερόμαστε στον όρο που ο Αριστοτέλης αναφέρει σαν ευμάρεια και αφορά τόσο την σωματική όσο και την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας της ζωής (Νάκου 2001)

¹⁷ Ο τρόπος της αποτελεί της στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων που έχει μάθει να εφαρμόζει κάθε άνθρωπος στη διάρκεια της ζωής του (coping strategies) και έχουν συγκεκριμένο ύψος για τον κάθε ένα ξεχωριστά από εμάς.

εμφανίζουν τα αισιόδοξα άτομα όταν έρχονται αντιμέτωπα με γεγονότα που είναι στρεσογόνα ή και αρνητικά για την ζωή τους (Carver & Scheier 1999).

Τα αισιόδοξα άτομα φαίνεται επίσης πως έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τα άτομα που είναι απαισιόδοξα όταν βρίσκονται σε συνθήκες που δεν προκαλούν την εμφάνιση άγχους. Αν και οι μηχανισμοί για αυτό το πλεονέκτημα δεν αποσαφηνίζονται πλήρως από τις μέχρι τώρα έρευνες, είναι πιθανό ότι ο ίδιος ενεργός προσανατολισμός που οδηγεί τα αισιόδοξα άτομα στο να είναι ελαστικά στην εμφάνιση του στρες, τα οδηγεί επίσης στο να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε συνθήκες που δεν υπάρχει στρες. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που έχουν τα αισιόδοξα άτομα, είναι ότι τα άτομα αυτά διαρκώς και αποτελεσματικά ακολουθούν τους στόχους που έχουν αποφασίσει να πραγματοποιήσουν στην ζωή τους, είτε αυτό αφορά το πεδίο της έρευνας είτε την πραγματική ζωή (Aspinwall & Richter 1999; Carver, Blaney, & Scheier 1979; Scheier & Carver 1982).

Πιο συγκεκριμένα έχει βρεθεί, πως η αισιοδοξία συνδέεται με μεγάλου βαθμού εσωτερική σύγκρουση για ένα άτομο, όσον αφορά την επιδίωξη και επιλογή ενός επιθυμητού στόχου για την ζωή του. Εντούτοις, η αντικειμενική εκτίμηση των στόχων που οδηγούν σε μια σύγκρουση της συνείδησης, δεν υπονομεύει σημαντικά τη διατήρηση της αισιοδοξίας ενός ατόμου και όταν συνυπολογιστούν η ισορροπία μεταξύ της αξίας του στόχου, της προσδοκίας για ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, και η σύγκρουση, τα αισιόδοξα άτομα συνδέονται σε μεγαλύτερο βαθμό με την εύρεση και υιοθέτηση τρόπων για την διατήρηση καλύτερης ισορροπίας στη ζωή τους σε σχέση με τα απαισιόδοξα.. Αν και η σύγκρουση που αφορά την επιδίωξη ενός ή άλλου στόχου μπορεί να έχει επίπτωση στο άτομο, το κόστος αυτό φαίνεται να αντισταθμίζεται από το όφελος που έχει το αποτέλεσμα της επιλογής μας ιδιαίτερα για τους αισιόδοξους ανθρώπους (Segerstrom & Solberg Nes 2006).

Όπως προαναφέρθηκε, η αισιοδοξία συνδέεται συνήθως με καλύτερη ψυχολογική και φυσιολογική προσαρμογή στους παράγοντες άγχους, αν και υπάρχουν μερικά αντιφατικά συμπεράσματα. Αυτό που έγινε εμφανές όμως μέσα από την έρευνα,¹⁸ είναι ότι επειδή οι αισιόδοξοι άνθρωποι είναι πιθανό να δουν τις θετικές εκβάσεις μιας κατάστασης σαν το πιο λογικό πράγμα που πρόκειται να συμβεί, μπορούν να επενδύσουν στην άσκηση μεγαλύτερης δυνατής προσπάθειας για να επιτευχθούν οι στόχοι τους.¹⁹

¹⁸ Ο σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί πώς η αισιοδοξία θα μπορούσε να οδηγήσει σε αρνητικές αλλαγές το ανοσοποιητικό σύστημα μετά από επίδραση έντονων παραγόντων άγχους στα υποκείμενα που υποβλήθηκαν στην δοκιμασία (Solberg Nes, Segerstrom, & Sephton, 2005).

¹⁹ Από της συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης προτείνεται ότι μια τέτοια δέσμευση θα ήταν πιο λογικό να απαιτηθεί από τέτοια άτομα όταν επιδιώκουν να επιτύχουν δύσκολους στόχους.

Τα αποτελέσματα χαρακτηριστικά υποστηρίζουν την έννοια, ότι η αυξανόμενη δέσμευση που προκύπτει από την αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσει μόνο σε βραχυπρόθεσμη επιβάρυνση της φυσικής κατάστασης του ατόμου (Solberg Nes, Segerstrom, & Sephton 2005).

Αυτό είναι ένα γεγονός που μπορούμε να το εκμεταλλευτούμε στην αντιμετώπιση των ασθενών μας, γιατί θεωρητικά αν μπορέσουμε να δώσουμε στους ασθενείς έναν τρόπο σκέψης που θα βασίζεται σε αισιόδοξες στάσεις σύμφωνα με το μοντέλο που προσπαθούν να εφαρμόσουν στους μαθητές, θα μπορέσει να αντιμετωπίσει καλύτερα και την κατάσταση της υγείας του και άρα να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής .

Με αυτόν τον τρόπο της αδιαπραγμάτευτης επιδίωξης του στόχου²⁰, τα αισιόδοξα άτομα είναι πιθανότερο να συσσωρεύουν τις πηγές τους κατά τη διάρκεια του χρόνου. Αυτή δε η συσσώρευση πηγών όπως είναι τα χρήματα, αλλά και το ηθικό όφελος που θα αποκομίσει ένα άτομο μέσα από την φιλία, την ικανότητα του να ανταπεξέρχεται στις καταστάσεις και τα προβλήματα και τη θέση που κατέχει στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο που είναι ενταγμένος, συνοδεύεται σύμφωνα με κάποιους ερευνητές πιθανά από καλύτερη υγεία (Hobfoll 1989).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που έχουν βρεθεί μέσα από έρευνες, υποστηρίζουν αυτήν την διαπίστωση δεδομένου ότι και η κοινωνικοοικονομική θέση αλλά και το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου που διαθέτει κανένας, αποτελούν παράγοντες που επιδρούν σημαντικά και χωρίς καμία αμφιβολία στη πνευματική και σωματική υγεία και τη μακροζωία (Gallo & Matthews 2003; House, Landis, & Umberson 1988) Επομένως η συσσώρευση των πηγών από τις οποίες κάποιος αντλεί δύναμη²¹ και η αύξηση τους είναι ένας πιθανός μηχανισμός σύμφωνα με τον οποίο η αισιοδοξία σαν στάση ζωής ωφελεί τη σωματική και πνευματική υγεία.

Η συσχέτιση βέβαια πρέπει να αφορά σε συγκεκριμένες ομάδες, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και βιώματα αλλά και στόχους για να μπορούμε να μετρήσουμε την επίδραση αυτή και να μπορέσουμε να δούμε την ύπαρξη μιας τέτοιας συσχέτισης αν θελήσουμε να το πραγματοποιήσουμε στην χώρα μας.

²⁰ Στην προκειμένη περίπτωση ο στόχος της ασθενείας της είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας και η αποφυγή του πόνου με όποιο γνωστικό σχήμα επιλέξει οπ ασθενής να τον διαπραγματευτεί (Hobfoll, 1989)

²¹ Δες παραπάνω (χρήματα, φιλία, ικανότητες κ.λπ.)

Η σχέση της αισιοδοξίας με τον πόνο και την ποιότητα της ζωής

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες για να διευκρινίσουν οι ερευνητές, εάν αυτή η πλευρά της προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από την στάση της αισιοδοξίας, καθορίζει με άμεσο τρόπο ή ασκεί μια έμμεση επίδραση στην αντίληψη και ένταση του πόνου που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής (QoL). Βέβαια η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο, είναι ακόμα στα πρώτα της βήματα και όπως ομολογεί ο καθηγητής Scheier η γνώση των εμπνευστών του μοντέλου της αισιοδοξίας στο πεδίο του πόνου είναι μικρή, καθώς δεν έχουν προλάβει ακόμα να ασχοληθούν με το συγκεκριμένο πεδίο²².

Ήδη σε μια πρώτη έρευνα που έγινε σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, φάνηκε πως η αισιοδοξία, ο πόνος και η ποιότητα της ζωής είχαν έντονη συσχέτιση (Wong & Fielding 2007)

Στην συγκεκριμένη μελέτη με την χρήση γραμμικών μοντέλων (Linear Models) για την λήψη αποτελεσμάτων, οι Wong και Fielding εξέτασαν τα ανεξάρτητα και εξαρτημένα αποτελέσματα που έχει η στάση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής. Βέβαια, στη συγκεκριμένη έρευνα τα γραμμικά πρότυπα απέτυχαν να παρουσιάσουν οποιαδήποτε επίδραση που να απορρέει από την αισιοδοξία πάνω στο διπλό σχήμα πόνος- ποιότητα ζωής (standardized $\beta = -0.049$, 95% CI -0.097 to 0.001). Εντούτοις όμως η αισιοδοξία, φάνηκε να είναι κατάλληλη ως ένας έμμεσος παράγοντας επίδρασης ανάμεσα στον πόνο και στην ποιότητα της ζωής, προτείνοντας ότι οι απαισιόδοξοι ασθενείς με καρκίνο πνευμόνων είναι πιθανό στις αρχές της μεταδιαγνωστικής περιόδου, να παρουσιάσουν μεγαλύτερη μείωση κατά την μέτρηση της ποιότητας της ζωής τους στα διάφορα ερωτηματολόγια της ποιότητας ζωής σαν απάντηση στον πόνο που βιώνουν. Είναι σημαντικό πως ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου μπορεί να ενισχυθεί από το συνυπολογισμό των παρεμβάσεων εκείνων που διευκολύνουν την δημιουργία μιας αισιόδοξης προοπτικής στους ασθενείς (Wong & Fielding 2007).

. Καθώς η διάθεση της αισιοδοξίας είναι μια γενική τάση να γίνεται ο κόσμος και το μέλλον κάποιου θετικά αντιληπτός, είναι ενδιαφέρον να εξεταστεί ποιο είδος σύνδεσης υπάρχει με τη δυνατότητα αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων (coping strategies). Μια κατάσταση που είναι πολύ αγχωτική για ένα άτομο είναι μια ασθένεια και ιδιαίτερα μια χρόνια νόσος. Σε αυτόν τον τομέα της έρευνας μόλις πριν λίγο καιρό, ο Basinka και οι

²² Η άποψη αυτή προέρχεται από τον καθηγητή Scheier μετά από γραπτή επικοινωνία του συγγραφέα της παρούσας εργασίας με τον ίδιο τον καθηγητή για την ανάληψη της στάθμισης του ερωτηματολογίου LOT-R.

συνεργάτες του προσπάθησαν να καθορίσουν τη συσχέτιση μεταξύ της διάθεσης της αισιοδοξίας και της αποδοχής της ασθένειας σε μια ομάδα ασθενών με νόσο του Graves, που είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα και όπως είναι γνωστό οι ασθένειες αυτού του είδους είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων, δεδομένου ότι υπάρχουν πολλές συνδέσεις μεταξύ του ανοσοποιητικού συστήματος και της ανθρώπινης ψυχής (Basińska et al 2008).

Τα αποτελέσματα βέβαια της εν λόγω μελέτης, δείχνουν ότι ουσιαστικά δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα άτομα με την νόσο του Graves και των υγείων ατόμων σχετικά με το επίπεδο της αισιοδοξίας. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στο επίπεδο της αισιοδοξίας όσον αφορά τα κριτήρια που είχαν οριστεί για την υγεία: τη σχέση δηλαδή με τα επίπεδα των ορμονών TSH, FT3 και FT4, τις επιπλοκές και το χρόνο της διάρκειας της ασθένειας. Αντίθετα βρέθηκε πως τα άτομα που πάσχουν επιπροσθέτως από άλλες ασθένειες, έχουν ένα μικρότερο επίπεδο διάθεσης αισιοδοξίας. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της ενδυνάμωσης του επιπέδου της διάθεσης της αισιοδοξίας και της αποδοχής της ασθένειας ανάμεσα στην ομάδα της δοκιμής και τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν οι ερευνητές ήταν, πως η διάθεση της αισιοδοξίας ως ένα μέσο ανεφοδιασμού της εσωτερικής δύναμης των ανθρώπων, βοηθά την εσωτερική προσαρμογή του ατόμου ή του ασθενή στην προκειμένη περίπτωση, σε μια κατάσταση δυσκολίας, η οποία στον χώρο της ιατρικής και της ψυχολογίας της υγείας εν κατακλείδι, είναι μια χρόνια πάθηση.

Το γεγονός αυτό είναι ουσιαστικά ένας πολύ σοβαρός λόγος, που αξίζει την προσπάθεια από την μεριά των θεραπόντων να βοηθήσουν τους ασθενείς, ώστε να αυξήσουν την διάθεση ή στάση της αισιοδοξίας και να την κάνουν ισχυρή με απώτερο στόχο την βελτίωση της ψυχικής αλλά και σωματικής υγείας τους (Basińska et al 2008).

Ακόμα σε μία άλλη ομάδα ασθενών, έγινε προσπάθεια να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην διάθεση της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζουν τα άτομα, σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού πριν και μετά την χειρουργική αφαίρεση του μαστού (Schou, Ekeberg και Ruland 2005). Στη συγκεκριμένη έρευνα η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία είχε μια άμεση και έμμεση επιρροή επάνω στην ποιότητα της ζωής.

Συγκεκριμένα δύο στρατηγικές αντιμετώπισης, ήταν ιδιαίτερα ισχυροί έμμεσοι μεσολαβητές που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής και συγκεκριμένα η εσωτερική δύναμη της πάλης με τις αντιξοότητες της ζωής από την μία στα αισιόδοξα άτομα και το αίσθημα της αβοηθησίας και ανημποριάς στα απαισιόδοξα άτομα από την άλλη. Οι αισιόδοξοι

αποκρίθηκαν με πνεύμα και διάθεση να παλέψουν, γεγονός που είχε μια θετική επίδραση στην ποιότητα της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά οι πεσιμιστές αποκρίθηκαν με ματαιότητα και αίσθημα αβοηθησίας, γεγονός που είχε αρνητική επίδραση στην ποιότητα της υγείας τους. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας προτείνουν ότι η επιρροή της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας στην ποιότητα της υγείας εμφανίζεται να είναι ένας μεσολαβητικός παράγοντας με την αντιμετώπιση και των δύο πριν και μετά τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Το πνεύμα πάλης και αβοηθησίας /ανικανότητας εμφανίζεται να απεικονίζει τις χαρακτηριστικές στρατηγικές αντιμετώπισης για τους αισιόδοξους και τους απαισιόδοξους (Schou, Ekeberg and Ruland 2005).

Εμείς από την άλλη πλευρά στην παρούσα μελέτη, θα προσπαθήσουμε να συσχετίσουμε τους παράγοντες αισιοδοξία, ποιότητα της ζωής και πόνος σε ένα διαφορετικό πληθυσμιακό στρώμα και θα προσπαθήσουμε να δούμε κατά πόσο αυτά σχετίζονται μεταξύ τους θετικά ή αρνητικά σε ένα δείγμα νοσηλευτριών-των με προβλήματα μυοσκελετικού πόνου.

Κεφάλαιο III: Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Γενικά για τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο

Καθώς μέσα στα πλαίσια της μελέτης μας θα ασχοληθούμε με την επίδραση της αισιοδοξίας στην σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ΠΖ και τον μυοσκελετικό πόνο, καλό είναι να δούμε πως εμφανίζεται η σχέση αυτή μέσα από τις μέχρι τώρα έρευνες.

Σε όλο τον κόσμο, οι μυοσκελετικές διαταραχές είναι μια κύρια αιτία νοσηρότητας των χρόνιων ασθενειών. Η επικράτηση αυτών των νοσηρών καταστάσεων αναμένεται να αυξηθεί εντυπωσιακά αν βασιστούμε στο γεγονός πως ο αριθμός των υπερήλικων αυξάνεται συνεχώς σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι εμφανίζεται παρατεταμένη μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής (WoOLF and PflEger 2003).

Πολλές μυοσκελετικές διαταραχές δημιουργούν σοβαρό, μακροχρόνιο πόνο. Είναι πολύ καλά γνωστό ότι ο παρατεταμένος χρόνιος πόνος που δεν έχει αντιμετωπιστεί ή δεν έχει αντιμετωπιστεί ολοκληρωμένα, μπορεί να έχει σημαντικά σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αρνητικά αποτελέσματα και μπορεί να ασκήσει αποδιοργανωτική επίδραση στην καθημερινή ζωή ενός ατόμου. Η αξιολόγηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL), παρέχει έναν τρόπο στο υγειονομικό προσωπικό να καταλάβει καλύτερα την επίδραση αυτής της χρόνιας κατάστασης στη γενική ευημερία των ασθενών που πάσχουν από μυοσκελετικά νοσήματα. Επιπλέον, η αξιολόγηση της σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής υγείας είναι απαραίτητη για να καθορίσει άλλες μορφές θεραπείας που μπορεί να συμβάλουν ταυτόχρονα ώστε να συνδυαστούν με την φαρμακευτική αγωγή για την βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενή. Πρέπει λοιπόν να θυμόμαστε συνεχώς πως η σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖ (HRQoL), είναι μια ολιστική έννοια που βλέπει την ανθρώπινη υγεία και την ευημερία μέσα στο πλαίσιο του ορισμού της υγείας που δίνεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας(ΠΟΥ) (Guyatt, Feenz and Patrick 1993).

Όπως λοιπόν θα γίνει εμφανές στην συνέχεια, ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος επιδρά αρνητικά στη σωματική (φυσική) υγεία με διάφορους τρόπους. Αρχικά, σύμφωνα με μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υπάρχουν στοιχεία ότι τα άτομα με ΧΜΠ είναι πιθανότερο να έχουν μακροχρόνιο περιορισμό στις δραστηριότητες που είναι σε θέση να επιτελέσουν στην καθημερινή τους ζωή (Harley and Wolfe 1991).

Πολλές προηγούμενες μελέτες όπως αυτή που πραγματοποιήθηκε από τους Hawley και Wolfe το 1991 για τις ρευματοειδείς διαταραχές σε 1522 ασθενείς (Harley και Wolfe 1991), ή των Anderson και Chernoff που πραγματοποιήθηκε το 1992 (Anderson and Chernoff 1993), αλλά και αυτή των MacKinnon, Avison και McCain το 1994 (MacKinnon, Avison and McCain 1994) αποκάλυψαν ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της μείωσης στη σωματική δραστηριότητα.

Η οξύτητα του πόνου (Ang, Kroenke and McHorney 2006), η διάρκεια (Kovacs, Abaira, et al. 2005), ή ο εντοπισμός του σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος (Schasfoort, Bussmann and Stam 2004) μπορούν να διαδραματίσουν έναν κρίσιμο ρόλο στη φυσική λειτουργικότητα ενός ατόμου που πάσχει από χρόνια μυοσκελετικό πρόβλημα.

Η μείωση στη σωματική δραστηριότητα λόγω του πόνου, μπορεί να συμβάλει σε μια προοδευτική μείωση στη δύναμη των μυών και στην ευελιξία του σώματος των πασχόντων και να οδηγήσει τελικά στη λήψη υπερβολικού βάρους. Ο συνδυασμός αυτών των συνεπειών με τη σειρά του, μπορεί να επιδεινώσει το χρόνια πόνο που συνδέεται με τις μυοσκελετικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε πως σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι ο πόνος είναι ένας από τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της φυσικής ανικανότητας μεταξύ των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα, οσφυαλγία και ρευματοειδή αρθρίτιδα (Creamer, Lethbridge-Cejku and Hockberg 2000) (Kovacs, Muriel, et al. 2005) (Katz, Morris and Yelin 2006).

Εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με πόνο

Μέσα στην πορεία της έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες, πολύ συχνά οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει στις μελέτες τους δείκτες μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL), για να αξιολογήσουν μεμονωμένα περιστατικά ασθενών ή ομάδες ασθενών με χρόνιες μυοσκελετικές διαταραχές σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης του εξωτερικού και έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών με σκοπό την μελέτη του αντίκτυπου του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου στη σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής (HRQoL) των πασχόντων.

Αναλυτικά ο Angel και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μελέτη σε πληθυσμό 1237 ατόμων με μυοσκελετικές διαταραχές και ομάδα ελέγχου υγιούς πληθυσμού 2123 ατόμων με την χρήση της κλίμακας SF-36 και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ανεξάρτητα από τη θέση του πόνου, η δριμύτητα του πόνου έχει υψηλή θετική συσχέτιση με τη

λειτουργική κατάσταση των ασθενών, τόσο την διανοητική όσο και την σωματική (Ang, Kroenke και McHorney 2006).

Αντίστοιχα ο Creamer και οι συνεργάτες του, σε μελέτη που πραγματοποίησαν το 2006 με την χρήση του WOMAC και του Perceived quality of life index σε 69 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η οξύτητα του πόνου, η παχυσαρκία και το αίσθημα ανικανότητας βοήθειας του εαυτού μας, είναι οι σημαντικότεροι καθοριστικοί παράγοντες της ανικανότητας ενός ασθενή. Η ανικανότητα έχει σημαντική και αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής (HRQoL) (Creamer, Lethbridge-Cejku και Hockberg 2000).

Σε μια άλλη πάλι μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Hill και τους συνεργάτες του το 1999, σε 1329 ασθενείς με αρθρίτιδα και 1762 άτομα από τον γενικό πληθυσμό με την χρήση του SF-36, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως έναντι του υπολοίπου του πληθυσμού, όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SF- 36 είναι σημαντικά χαμηλότερες για τα υποκείμενα που πάσχουν από αρθρίτιδα, δείγμα δηλαδή του πόσο ο πόνος επηρεάζει την ποιότητα της ζωής (Hill, Parsons and Taylor 1999).

Αντίστοιχα ο Katz και οι συνεργάτες του το 2006 σε ομάδα 548 πασχόντων από ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρησιμοποίησαν τις κλίμακες HAQ και την κλίμακα εκτίμησης της δραστηριότητας ζωής και βρήκαν πως η ανικανότητα στις εκτιμημένες δραστηριότητες ζωής είναι πολύ κοινή μεταξύ των ατόμων με την ρευματοειδή αρθρίτιδα, η κόπωση και ο πόνος αντίστοιχα συσχετίζονται περισσότερο με την ανικανότητα από άλλα συμπτώματα και ότι τέλος η ανικανότητα διαδραματίζει έναν ουσιαστικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή (Katz, Morris and Yelin 2006).

Σε μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005 από τον Kovacs και τους συνεργάτες του, μελέτησαν μια ομάδα 209 ασθενών με οσφυαλγία για να μετρήσουν την σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής τους, με την χρήση των ερωτηματολογίων SF12 και Roland-Morris και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ένταση του πόνου είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της ανικανότητας και πως η ανικανότητα είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της φυσικής και πνευματικής ποιότητας της ζωής (Kovacs, Muriel et al 2005).

Σε μια δεύτερη συγκριτική μελέτη της ίδιας χρονιάς ο Kovacs πάλι με τους συνεργάτες του χρησιμοποίησαν την κλίμακα EQ-5D σε μια ομάδα 366 ασθενών με οσφυαλγία και σύγκριναν το δείγμα με 247 ασθενείς που ανέφεραν αίσθημα πόνου με την χρήση τις κλίμακας Roland-Morris και κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως η οσφυαλγία

επηρεάζει την ανικανότητα και την ποιότητα της ζωής περισσότερο από τον αναφερόμενο πόνο. Συμπεράναν πως η ανικανότητα προβλέπεται από τη διάρκεια πόνου και πως η ποιότητα της ζωής προβλέπεται τελικά από την ανικανότητα (Kovacs, Abaira, et al 2005).

Χαρακτηριστικά είναι και τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν Οι Tuzun και συνεργάτες το 2004 καθώς συνέκριναν ασθενείς με ινομυαλγία (N=33) και ασθενείς με σύνδρομο μυοσκελετικού πόνου (N=33) με ομάδα ελέγχου υγιούς πληθυσμού (N=33) και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το σύνδρομο του μυοσκελετικού πόνου έχει αντίκτυπο συνήθως στη φυσική υγεία, ενώ η ινομυαλγία έχει συνήθως αντίκτυπο και στη φυσική και στη διανοητική υγεία (Tuzun, Albayrak and Ekel 2004).

Είναι λοιπόν προφανές πως ο επίδραση του πόνου στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με μυοσκελετικά προβλήματα, έχει τεκμηριωθεί και μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό και σε αρκετές πληθυσμιακές ομάδες. Παρόλα αυτά ανύπαρκτη συνεχίζει να είναι η έρευνα στο πεδίο του επαγγελματικού πόνου και της σχέσης που έχει αυτός με την ποιότητα της ζωής των εν λόγω εργαζομένων, παρά το γεγονός ότι αυτό μπορεί να έχει μεγάλη επίπτωση σε χαμένες εργατοώρες, θέμα που απασχολεί τα κράτη όλων των ανεπτυγμένων χωρών.

Μυοσκελετικός Πόνος στο Νοσηλευτικό προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό νοσεί από τραυματισμούς που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο και υποφέρουν από τα αποτελέσματα που προκαλούνται από την έκθεση στους κινδύνους των εργασιακών χώρων. Κατά συνέπεια η παγκόσμια κοινότητα χάνει τα κρίσιμα μέλη αυτής της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που συνεισφέρει στην σύνθεση της ήδη υπάρχουσας κρίσης επάνδρωσης νοσηλευτών-τριών και έχει επίπτωση στην υγεία και την ευημερία του παγκόσμιου πληθυσμού. Αυτή η άσκοπη σπατάλη του ανθρωπίνου δυναμικού εξασθενίζει σοβαρά την εκπλήρωση των στόχων ανάπτυξης της χιλιετίας που έχουν θέσει τα Ηνωμένα Έθνη (International Council of Nurses 2007).

Επίσης, έχει επιπτώσεις στη δυνατότητα της παγκόσμιας κοινότητας υγείας να ικανοποιήσει τις ανάγκες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας όπως καθορίζονται στη Διακήρυξη του WHO του 1978/*UNICEF και την διακήρυξη της Alma Ata (World Health Organization/UNICEF 1978).

Ο διεθνής οργανισμός εργασίας (ILO) αναγνώρισε την ανάγκη για ασφαλείς και υγιείς εργασιακούς χώρους για το νοσηλευτικό προσωπικό 30 χρόνια πριν (Συνθήκη 157 ILO και συνοδευτική σύσταση 147 ..1977) (International Labour Organization 1977). Οι Συνελεύσεις της Παγκόσμιας Υγείας (WHA) από το 1979 έχουν τονίσει την αξία των

νοσηλευτών στην παγκόσμια κοινότητα και έχουν καλύψει την ανάγκη να ενισχύσουν τις νοσηλευτικές και μαιευτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της παροχής στο νοσηλευτικό προσωπικό με ασφαλή υγιεινά περιβάλλοντα εργασίας (WHA 36.11 1983) (WHA 42.27 1989) (World Health Organization 54.12 2001). Οι διεθνείς εθνικοί και τοπικοί οργανισμοί και πολλές κυβερνητικές επιτροπές έχουν εφαρμόσει ειδικές πολιτικές και κανονισμούς να προστατεύσουν το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο αντίκτυπος των επισφαλών και ανθυγιεινών συνθηκών εργασίας στις νοσηλεύτριες

Αν και οι νοσηλεύτριες-ες αποτελούν ένα ουσιαστικό μέρος του υγειονομικού δυναμικού στην υγεία του παγκόσμιου πληθυσμού, οι ίδιοι τίθενται συχνά σε φυσικούς κινδύνους. Συνολικά, το νοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται κάθε ημέρα σε ποικίλους κινδύνους υγείας και ασφάλειας, που περιλαμβάνουν:

1. Βιολογικούς, π.χ. ασθένειες όπως TB, HIV/AIDS, SARS;
2. Εργονομικούς, π.χ. ανύψωση βαριών αντικειμένων
3. Ψυχοκοινωνικούς, π.χ. βία και πίεση
4. Χημικές ουσίες, π.χ. glutaraldehyde, Γάντια Latex, αναισθητικά, αντιβιοτικά, αντισηπτικά, phenothiazines, formaldehyde, glutaraldehyde, υγρή χλωροξυλενόλη, κρέμες χεριών οξείδιο αιθυλενίου και
5. Φυσικούς, π.χ. ακτινοβολία, πτώσεις, μεταφορά ασθενών και πτώσεις (International Council of Nurses 2007).

Σύμφωνα με την ILO η λίστα με τις επαγγελματικές νόσους του 2002, περιλαμβάνει στο κεφάλαιο 2.3.1 τις εξής μυοσκελετικές διαταραχές που προέρχονται από την εργασία: (International Labour Organization 2002)

Επαγγελματικές μυοσκελετικές διαταραχές

Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε σε μυοσκελετικές ασθένειες που προκαλούνται από συγκεκριμένες δραστηριότητες εργασίας ή το περιβάλλον εργασίας όπου οι ιδιαίτεροι παράγοντες κινδύνου είναι παρόντες. Τα παραδείγματα τέτοιων δραστηριοτήτων ή το περιβάλλον περιλαμβάνουν:

- (α) Σύντομη ή επαναλαμβανόμενη κίνηση
- (β) Ισχυρή άσκηση

(γ) υπερβολική μηχανική συγκέντρωση δύναμης

(δ) αδέξιες ή μη-ουδέτερες στάσεις

(ε) δόνηση

Το τοπικό ή περιβαλλοντικό κρύο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο.

Ο λόγος για τον οποίο αποφάσισα να επιλέξω για την έρευνα το συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού, είναι το γεγονός ότι οι μυοσκελετικές διαταραχές που σχετίζονταν με τη φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτικού προσωπικού²³, εξακολουθούν παρά το πέρασμα τόσων χρόνων από την ανακάλυψη τους να προκαλούν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό και μεγάλη απώλεια εργασιακού χρόνου.

Η εργασία στην υγειονομική περίθαλψη έχει γίνει επικίνδυνη. Το 2003 οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες υπέστησαν περισσότερο χαμένο χρόνο λόγω των τραυματισμών και των ασθενειών από τους εργαζομένους στις κατασκευαστικές εργασίες και τους λοιπούς εργάτες εκτός του τομέα κατασκευής (USDOL 2003). Το 1997 στη Σουηδία και τη Γερμανία, ο αριθμός των εκθέσεων στις επαγγελματικές ασθένειες ή στις σχετικές με την εργασία διαταραχές μεταξύ των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης υπερέβη τον εθνικό μέσο όρο 4 ανά 1000 σε σύγκριση με 3 ανά 1000. Οι συνηθέστερα αναφερόμενες ήταν οι δερματικές ασθένειες και η πίεση στο μυοσκελετικό σύστημα (Hasselhorn, Toomingas and Lagerstrom 1999, p.2).

Ειδικά ο πόνος χαμηλά στην πλάτη (ισχιαλγία), αποτελεί ένα κοινό σύμπτωμα μεταξύ των νοσηλευτριών. Ο τραυματισμός της πλάτης αποτελεί έναν μεγάλο ποσοστό από τα προβλήματα που προκαλούν ανικανότητα για εργασία στις νοσηλεύτριες, οι οποίες έχουν ένα από τα πιο υψηλά επίπεδα τραυματισμού στην πλάτη σε σχέση με όλες τις επαγγελματικές ομάδες (Jensen 1987).

Σύμφωνα με τον Malone οι εργονομικοί παράγοντες κινδύνου για τους μυοσκελετικούς τραυματισμούς περιλαμβάνουν την άσκηση δύναμης, την επανάληψη, την αδέξια στάση και την στατική στάση. Η αδέξια στάση μπορεί να αυξήσει την κάμψη της σπονδυλικής στήλης, εντείνει την πίεση των μεσοσπονδύλιων δίσκων και προκαλεί αλλαγές ρήξης των δίσκων, παρόμοιες με εκείνες που φαίνονται στον φυσικό εκφυλισμό των μεσοσπονδύλιων δίσκων (Malone 2000).

Κοινές δραστηριότητες στην νοσηλευτική εργασία, όπως η μεταφορά βαρειών

²³ Επαγγελματικές πράξεις όπως είναι το σήκωμα και η φροντίδα των ασθενών έχουν αποδειχτεί πως αποτελούν την αιτία για την έναρξη μυοσκελετικών προβλημάτων (Hazard και συν. 1996)

αντικειμένων, το συχνό στρίψιμο και οι κάμψεις, έχουν προσδιοριστεί ως σημαντικοί φυσικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων (Smedley, et al. 1997).

Πιο συγκεκριμένα, ειδικά η οσφυαλγία είναι πάρα πολύ κοινό σύμπτωμα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος πόνου χαμηλά στην πλάτη αυξάνεται γρήγορα με την αύξηση της σωματικής εργασίας και της ψυχολογικής πίεσης, αλλά συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τις δραστηριότητες που έχουν οι νοσηλεύτριες/ες στον ελεύθερο χρόνο τους. Συγκεκριμένα η ψυχολογική πίεση στην εργασία, έχει αναφερθεί ως κοινός παράγοντας στην εμφάνιση οσφυαλγίας στο νοσηλευτικό προσωπικό στις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από το Hazard και τους συνεργάτες του (Hazard, et al 1996) και από τον Fishbain και τους συνεργάτες του (Fishbain, et al 1997).

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2004 εξετάστηκαν οι ενδεχόμενες σχέσεις που υπάρχουν στην εμφάνιση μυοσκελετικού πόνου μεταξύ των δραστηριοτήτων της εργασίας, της συναισθηματικής πίεσης από την εργασία, του στατικού τρόπου ζωής και της εμφάνισης οσφυαλγίας. Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης, προτείνουν ότι ο πόνος χαμηλά στην πλάτη είναι ένα κοινό πρόβλημα στον πληθυσμό των νοσηλευτριών στο Χονγκ Κονγκ. Το να είναι σχετικά νέα μια νοσηλεύτρια σε ένα τμήμα, η κάμψη συχνά κατά τη διάρκεια της εργασίας και η διατήρηση φτωχών διαπροσωπικών σχέσεων στην εργασία με τους συναδέλφους, είναι ανεξάρτητοι προάγγελοι της εμφάνισης πόνου στην πλάτη (Bing Yip 2004).

Φαίνεται λοιπόν πως η επαγγελματική κατάρτιση, αναφορικά με τις δραστηριότητες της εργασίας που θεωρούνται υψηλού κινδύνου και η εργονομική αξιολόγηση των αδέξιων στάσεων της εργασίας είναι ουσιαστικές και αναγκαίες. Επιπλέον συστήνονται από τους ερευνητές της συγκεκριμένης μελέτης, εργαστήρια χαλάρωσης και ομάδες-αυτοβοήθειας για το νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικά για εκείνους που είναι λιγότερο πεπειραμένοι στον τύπο εργασίας με τον οποίο καλούνται να ασχοληθούν (Bing Yip 2004).

Από την μέχρι τώρα έρευνα στο συγκεκριμένο αντικείμενο έχει φανεί πως οι νοσηλευτικές πράξεις που εκτελούν οι νοσηλεύτριες /ες ήταν στατικές (isometric), απαιτώντας τη διατήρηση μιας θέσης που είναι ενάντια στη βαρύτητα και καταπονεί τα χαμηλότερα σημεία της πλάτης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση χρόνιας οσφυαλγίας και άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων. Σύμφωνα με αυτά τα συμπεράσματα, έχει από καιρό προταθεί η ανάγκη να επεκταθεί η εστίαση της κατάρτισης στην πρακτική εργασία και να επανασχεδιαστεί ο εξοπλισμός που χρησιμοποιεί το νοσηλευτικό προσωπικό (Harber,

Shimozaki, et al. 1987).

Είναι χαρακτηριστικό του προβλήματος αυτό που φάνηκε σε μία επιδημιολογική μελέτη του 1990 που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία τη Δανία τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και το Ισραήλ, στην οποία φάνηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό έχει 5,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από ότι οι ταμίες, να προσφύγουν στις υπηρεσίες υγείας για πρόβλημα που σχετίζεται με πόνο στη μέση τους (Harber 1990).

Αντίστοιχα το 2002 σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αξιολογήσουν τις συσχετίσεις που υπάρχουν μεταξύ των ωρών απασχόλησης που ξοδεύτηκαν στις επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και του πόνου, που έχει αιτία τα μυοσκελετικά προβλήματα της πλάτης, αναλύθηκαν τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και βρέθηκε πως οι ξυλουργοί "είχαν την υψηλότερη επικράτηση (19,2%) και τις περισσότερες περιπτώσεις πόνου (338.000) μεταξύ των κυριότερων επαγγελμάτων των ανδρών, ενώ οι βοηθοί νοσηλευτριών, οι οικιακοί βοηθοί και οι υπάλληλοι "είχαν την υψηλότερη επικράτηση (15,2%) και τις περισσότερες περιπτώσεις εμφάνισης χρόνιου μυοσκελετικού πόνου(217 000) μεταξύ των κυριότερων επαγγελμάτων των γυναικών (Guo 2002).

Παρόμοια στοιχεία έχουμε και από μία άλλη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Γκάνα ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό και δασκάλους η οποία έδειξε πως το νοσηλευτικό προσωπικό έχει κατά 21,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από το εκπαιδευτικό προσωπικό να εμφανίσει πρόβλημα οσφυαλγίας (Donlo 2005).

Στην Ιαπωνία σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 844 νοσηλεύτριες που συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, το 85,5% των ερωτηθέντων βρέθηκαν να υποφέρουν από κάποια μυοσκελετική διαταραχή κατά τη διάρκεια της περιόδου των δώδεκα μηνών που διήρκησε η έρευνα τους (Smith, et al. 2006).

Αν και ο ακριβής μηχανισμός που συνδέει το υψηλό στρες της εργασίας με την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων και κυρίως με την οσφυαλγία δεν είναι οριστικά γνωστός, το στρες μπορεί να αυξήσει την ένταση των μυών ή να ενισχύσει τις επίπονες αισθήσεις όπως είναι και η οσφυαλγία.

Ίσως οι κυριότερες αιτίες που επηρεάζουν την ψυχολογική διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού και αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων, είναι η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία όπως φάνηκε σε αρκετές μελέτες (Bergenuud and Nilsson 1988) (Papageorgious, et al. 1997) (Ready, et al. 1993), η μονότονη εργασία που προκαλείται από τις πολλές επαναληπτικές πράξεις της νοσηλείας και της ετοιμασίας των φαρμάκων προς χορήγηση στους ασθενείς (Rossingol,

Lortie και Ledoux 1993), οι φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό ,είτε το νοσηλευτικό είτε το ιατρικό, καθώς και η έλλειψη προσωπικού αναγκάζει πολλούς νοσηλευτές να εργάζονται σε ένα τμήμα εντελώς μόνοι (Bigos, et al. 1991) (Van der Weide, et al. 1999).

Οι υπερβολικές απαιτήσεις που εγείρονται λόγω της φύσεως της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και του φόρτου της εργασίας που αποτελεί το σύνηθες φαινόμενο παγκοσμίως (Van der Weide, et al 1999) και η απαιτούμενη ικανότητα για εργασία, που όπως είναι φυσικό προκαλεί υπερβολική συναισθηματική φόρτιση, καθώς πολλές φορές δεν αποτελεί αυτοσκοπό αλλά αναγκαιότητα προκλητή λόγω του επαγγέλματος (Hazard, et al 1996).

Επιπλέον έχει επίσης αναγνωριστεί, μια συσχέτιση μεταξύ της χαμηλής διάθεσης και της ύπαρξης μελλοντικού κινδύνου για εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων (Smedley, et al 1997).

Αυτό που παρατηρήθηκε βέβαια στην μελέτη μας είναι πως υπάρχει μια διαφορά στους προδιαθεσικούς παράγοντες, καθώς οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό αναφέρονται στην εργασία των νοσηλευτριών σε ένα συγκεκριμένο θάλαμο και όχι σε μια ολόκληρη κλινική όπως συμβαίνει στην χώρα μας.²⁴

Θα καταλήξουμε με το γεγονός ότι παρά το ότι έχει μετρηθεί ότι οι νοσηλευτές πονάνε, δεν έχει μελετηθεί πια είναι η επίδραση του πόνου τους στην συνολική ποιότητα της ζωής τους, ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν και κατά πόσο ή διάθεση τους για αισιοδοξία εμπλέκεται σε αυτή την σχέση και πως επηρεάζει με την σειρά της, τόσο τον μυοσκελετικό πόνο στην ένταση και την έκφραση του, αλλά και την ποιότητα της υγείας τους μέσα από τους παραδοσιακούς τρόπους μέτρησης που έχουν υιοθετηθεί μέχρι σήμερα από την επιστημονική κοινότητα.

²⁴ Αυτό αποτελεί προσωπική άποψη και εμπειρία του συγγραφέα της εργασίας, μετά από 10ετή ενασχόληση του σε θέση νοσηλευτή σε δημόσιο νοσοκομείο.

ΜΕΡΟΣ Β

Κεφάλαιο Ι: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ

Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό τη μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της Ελλάδας, σε σχέση με την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων που σχετίζονται με την εφαρμογή της νοσηλευτικής τέχνης και επιστήμης και την ένταση του πόνου που επιβαρύνει τους συγκεκριμένους εργαζόμενους.

Σημασία της έρευνας

Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με μυοσκελετικά νοσήματα, έχει ελάχιστα μελετηθεί στον Ελλαδικό χώρο. Αποτελεί λοιπόν ενδιαφέρον αντικείμενο, τόσο η καταγραφή της ποιότητας ζωής σε χρόνια νοσήματα όπως οι μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και η σύγκριση των δεδομένων με αποτελέσματα από τον υγιή πληθυσμό. Επιμέρους σκοποί ήταν : α) η εκτίμηση του ρόλου που παίζει η στάση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής των νοσηλευτών και στην ένταση του πόνου β) η συσχέτιση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με τους ψυχολογικούς παράγοντες της υποκειμενικής ποιότητας της ζωής και της συνολικής ευτυχίας και γ) η συσχέτιση της ποιότητας της υγείας με την στάση της αισιοδοξίας στον νοσηλευτικό πληθυσμό.

Οριοθετήσεις της έρευνας

Η έρευνα αυτή περιορίστηκε στην μέτρηση της ποιότητας της ζωής και των άλλων παραγόντων που την επηρεάζουν, σε δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού που προέρχεται από τρία νοσοκομεία της Ελλάδας δύο εντός αττικής και ένα εκτός. Από το δείγμα εξαιρέθηκαν άτομα που κατά την διάρκεια της χορήγησης των ερωτηματολογίων βρίσκονταν σε κανονική ή άδεια μητρότητας ή εκπαιδευτική άδεια καθώς και άλλες ιδιαίτερες κατηγορίες του πληθυσμού των νοσηλευτών (π.χ. νοσηλευτές ιδιωτικών νοσηλευτηρίων ή στρατιωτικοί νοσηλευτές).

Περιορισμοί της έρευνας

Η εργασία αυτή έχει τους ακόλουθους περιορισμούς:

α) Το δείγμα αποτελέσαν νοσηλευτές μόνο από δημόσια νοσηλευτήρια.

β) Εξαιρέθηκαν τα ιδιωτικά και στρατιωτικά νοσοκομεία .

γ) Πιθανή απειλή μπορεί να αποτελέσει η ειλικρίνεια των απαντήσεων που έδωσαν οι νοσηλευτές. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος δόθηκαν σταθερές οδηγίες πριν και

κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης δόθηκαν οι απαραίτητες εξηγήσεις για τον τρόπο απάντησης των ερωτήσεων.

Ερευνητικά ερωτήματα

Ο βασικός ερευνητικός στόχος της μελέτης μας, είναι η μελέτη της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στην διάθεση της αισιοδοξίας με την ποιότητα της υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Επιμέρους στόχους της έρευνας αποτέλεσαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Η μετάφραση στα ελληνικά του ερωτηματολογίου προσανατολισμού της ζωής (Lot-R)
2. Η πιλοτική δοκιμασία της ελληνικής εκδοχής του Lot-R στον πληθυσμό των νοσηλευτών τριών όλης της χώρας.
3. Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων και συγκεκριμένα της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας.
4. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτών με ή χωρίς μυοσκελετικά προβλήματα με τη βοήθεια του SF12, του Lot-R και της κλίμακας VAS.
5. Η μελέτη όλων εκείνων των παραγόντων που μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών με μυοσκελετικά προβλήματα που προέρχονται από την εργασία και η σχέση τους με την ποιότητα ζωής. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ηλικία, το φύλο, οι μονογονεϊκές οικογένειες, το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το είδος της εργασίας και τα χρόνια εργασίας.
6. Η μελέτη της επίδρασης του πόνου πάνω στην εργασία και την απώλεια εργατοωρών, όπως αυτή εκφράζεται με την λήψη αναρρωτικών αδειών.
7. Πόσο καλά μπορεί η μέτρηση του πόνου και η στάση της αισιοδοξίας να προβλέψουν την ποιότητα της υγείας και ποιος είναι ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας από τις δύο μεταβλητές και αν ελέγχθεί ή ηλικία και η ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος θα συνεχίζει η πρόβλεψη που έχουμε θέσει στην αρχική μας υπόθεση;

Υποθέσεις της έρευνας

1. Η ύπαρξη μυοσκελετικών διαταραχών θα επηρεάζει την συνολική σωματική ποιότητα της υγείας σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.
2. Η ένταση του πόνου θα επηρεάζει την συνολική σωματική ποιότητα της υγείας.

3. Η ένταση του πόνου θα επηρεάζει την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας.
4. Η στάση της αισιοδοξίας θα επηρεάζει τη συνολική σωματική ποιότητα της υγείας.
5. Η στάση της αισιοδοξίας θα επηρεάζει τη συνολική πνευματική ποιότητα της υγείας.
6. Η στάση της αισιοδοξίας θα επηρεάζει την ένταση του πόνου.
7. Η ύπαρξη μυοσκελετικών διαταραχών θα επηρεάζει τη συνολική πνευματική ποιότητα της υγείας σε σχέση με την υγιή πληθυσμό.
8. Το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα, η ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων, η διάθεση της αισιοδοξίας και η ένταση του πόνου θα διαφοροποιούν η συνολική σωματική και πνευματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών.

Από τα συμπεράσματά της, η έρευνα φιλοδοξεί να βγάλει χρήσιμα συμπεράσματα για την κλινική πράξη έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις τόσο στο είδος της μάθησης τρόπων λειτουργικής αποφυγής του προβλήματος της εκδήλωσης μυοσκελετικών διαταραχών που προέρχονται από την εργασία όσο και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών-τριών.

Κεφάλαιο II: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε υπό την εποπτεία του Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2008 ως και τον Σεπτέμβριο του 2008 και πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συνάφειας.

II.1 Υλικό

Ορισμός πληθυσμού στόχου. Κριτήρια επιλογής / αποκλεισμού

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ηλικίας 22 έως 65 χρόνων όλης της χώρας. Από όλους τους νοσηλευτές αποκλείστηκαν αυτοί με συνυπάρχουσες χρόνιες νόσους (π.χ. κυστική ίνωση) και ψυχιατρικά νοσήματα καθώς και αυτοί με συνυπάρχουσα οξεία νόσο κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Μέθοδος δειγματοληψίας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που αντιμετώπιζαν ή όχι κάποιου είδους μυοσκελετικά προβλήματα.

Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν προέλθει από τρεις κύριες πηγές:

1. Το Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά,
2. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,
3. Και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικό.

Η διαδικασία επιλογής των νοσοκομείων έγινε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας κατά στρώματα. Εξαιρέθηκαν τα ιδιωτικά και στρατιωτικά νοσοκομεία.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το πρωτόκολλο της μελέτης κατατέθηκε προς έγκριση στο επιστημονικό Συμβούλιο των τριών νοσοκομείων και στις διευθύντριες των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Μετά την έγκριση του πρωτοκόλλου, δημιουργήθηκαν λίστες με τα αριθμητικά χαρακτηριστικά του

νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το φύλο την ηλικία και στην κατηγορία εργασίας. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν οι προϊστάμενες επιλεγμένων τμημάτων και παραδόθηκαν τα ερωτηματολόγια μαζί με γραπτές οδηγίες σε ατομικούς φακέλους.

Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη χρήση ενός στρωματοποιημένου τυχαίου δείγματος που επιτύχαμε χωρίζοντας τον πληθυσμό σε αμοιβαία αποκλειόμενα σύνολα. Η στρωματοποίηση αποτελέστηκε από άντρες και γυναίκες στο πρώτο στρώμα, από ηλικίες εργαζομένων στο δεύτερο στρώμα και από ειδικότητες εργασίας στο τρίτο στρώμα (Ρούσσος και Τσαούσης 2002). Αφού στρωματοποιήσαμε τον πληθυσμό, χρησιμοποιήσαμε απλή τυχαία δειγματοληψία για να παράγουμε το πλήρες δείγμα.

II.2 Μέθοδος της έρευνας

Η ερευνητική στρατηγική που ακολουθήθηκε στη μελέτη μας είναι η συναφειακή και έγινε με τη μέθοδο της συσχέτισης. Οι δείκτες της συνάφειας χρησιμοποιήθηκαν για να δοθεί απάντηση στο ερευνητικό πρόβλημα (Παρασκευόπουλος 1993).

Ελέγχθηκαν ο βαθμός της συνάφειας, η κατεύθυνση της συνάφειας (θετική, αρνητική) η μορφή της συνάφειας (ευθύγραμμη, καμπυλόγραμμη).

Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρήσαμε να απαντήσουμε είναι τριών ειδών:

1. Η διερεύνηση της υπάρχουσας συνάφειας μεταξύ του Lot-R, της επισκόπησης υγείας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την μέτρηση των διαφορών που υπάρχουν στους μέσους όρους των μεταβλητών.
2. Η πρόβλεψη των τιμών μιας μεταβλητής από τις τιμές μιας άλλης με την εφαρμογή της γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης.
3. Ο εντοπισμός ανάμεσα σε πολλές μεταβλητές με τη χρήση της στατιστικής μεθόδου της ανάλυσης παραγόντων λίγων θεμελιακών διαστάσεων παραγόντων, οι οποίοι να αντιπροσωπεύουν τις πολλές αυτές μεταβλητές (Παρασκευόπουλος 1993).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 14.0 για Windows (Δαφέρμος 2005.)

Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων

Η προσβασιμότητα (feasibility) των ερωτηματολογίων αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό των απωλειών (missing values) στα διάφορα στοιχεία τους δηλαδή με τον υπολογισμό των απαντήσεων που δεν δόθηκαν στα στοιχεία αυτά.

Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία²⁵ αναφορικά με το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα στοιχεία μιας κλίμακας υπολογίζουν την ίδια διάσταση και μετράτε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach α.²⁶ Στην παρούσα μελέτη η μέτρηση της αξιοπιστίας για το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων (internal consistency reliability) πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach α για τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της στάσης απέναντι στην ζωή, της επισκόπησης υγείας 12 ερωτήσεων (SF12) και του ερωτηματολογίου της υγείας (Euro-5D)

Υπολογισμός εγκυρότητας ερωτηματολογίων.

Η έννοια εγκυρότητα αναφέρεται στην ιδιότητα ενός ψυχομετρικού εργαλείου να μετρά αυτό που θέλει να μετρήσει. Είναι παρόλα αυτά μια έννοιά που δύσκολα μπορεί να ορισθεί με μία μόνο προσέγγιση²⁷. Σε ιδανικές ερευνητικές συνθήκες η εγκυρότητα ενός εργαλείου αξιολογείται με βάση τη σύγκριση του με ένα άλλο ήδη αξιόπιστο εργαλείο που μετρά την ίδια έννοια. Για να μπορέσουμε λοιπόν να ελέγξουμε την αισιοδοξία σε σχέση με το LOT-R χρησιμοποιήσαμε κατά την διάρκεια της πιλοτικής δοκιμασίας ένα εργαλείο μέτρησης ενός ερωτήματος που μετρά την αισιοδοξία (Παράρτημα).

Η παραγοντική ανάλυση (Factor Analysis), χρησιμοποιήθηκε για την οργάνωση των ερωτημάτων σε παράγοντες ή την διατήρηση ενός παράγοντα σύμφωνα με τους δημιουργούς του εργαλείου (Δαφέρμος 2005). Η παραγοντική

²⁵ Λέγοντας αξιοπιστία ενός ψυχομετρικού εργαλείου εννοούμε την ιδιότητα του να παράγει τα ίδια αποτελέσματα, μέσα από διαδικασίες επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται στα ίδια πειραματικά υποκείμενα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Δαφέρμος 2005)

²⁶ Ο υπολογισμός αυτός πραγματοποιείται με την εφαρμογή μιας στατιστικής δοκιμασίας στην οποία αξιολογείται το κατά πόσο τα στοιχεία μιας κλίμακας συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους (όταν για παράδειγμα μετρούν το ίδιο πράγμα). Οι κλίμακες με αξιοπιστία μεγαλύτερη ή ίση με 0,70 συστήνονται για σύγκριση 2 ομάδων ασθενών ενώ αξιοπιστία μεγαλύτερη από 0,90 συστήνεται για ανάλυση μεμονωμένων αποτελεσμάτων ασθενών (Eiser and Morse 2001)

²⁷ Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Δαφέρμος 2005) υπάρχουν τρία είδη εγκυρότητας: η εγκυρότητα περιεχομένου, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και η εγκυρότητα που σχετίζεται με κάποιο κριτήριο (Δαφέρμος 2005). Σε ιδανικές ερευνητικές συνθήκες η εγκυρότητα ενός εργαλείου αξιολογείται με βάση τη σύγκριση του με ένα άλλο ήδη αξιόπιστο εργαλείο που μετρά την ίδια έννοια.

ανάλυση²⁸ έγινε με την μέθοδο της περιστροφής των παραγόντων Varimax Rotation (αναλυτικά στο παράρτημα.)

Για να αποδειχθεί η αξιοπιστία εννοιολογικής κατασκευής ενός ψυχομετρικού εργαλείου πρέπει να δειχθεί, ότι αυτό συσχετίζεται θετικά με άλλες μεταβλητές με τις οποίες πρέπει θεωρητικά να συσχετίζεται (Δαφέρμος 2005).

Η αξιολόγηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (construct validity)²⁹ του τεστ προσανατολισμού της ζωής έγινε αρχικά με τον υπολογισμό των ενδοσυσχετίσεων³⁰ ανάμεσα στο συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου και τις υποκλίμακες του και ανάμεσα στο συνολικό αποτέλεσμα από την άθροιση των αποτελεσμάτων των ερωτημάτων με την αναλογική κλίμακα.

Μετά από τρεις μήνες έγινε επαναληπτική μέτρηση και πραγματοποιήθηκε υπολογισμός των συσχετίσεων ανάμεσα στην αρχική και την επαναληπτική μέτρηση (test retest reliability) με την χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson r.

II.3 Όργανα συλλογής δεδομένων

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων στην έρευνα αυτή έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων. Για την αξιολόγηση των παραγόντων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, τη διάθεση της αισιοδοξίας και την ένταση του πόνου χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια.

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών

Για τις ανάγκες της μελέτης μας, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των υποκειμένων της μελέτης.(Παράρτημα)

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο στην πρώτη ενότητα καταγράφει στοιχεία που σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Στη δεύτερη ενότητα καταγράφεται ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των τέκνων.

²⁸ Για πολλούς ερευνητές η παραγοντική ανάλυση που είναι και η μέθοδος την οποία ακολουθήσαμε, αποτελεί τον ιδανικό τρόπο για την κατοχύρωση της εγκυρότητας ενός εργαλείου. (Δαφέρμος 2005)

²⁹ Για να αποδειχθεί η αξιοπιστία εννοιολογικής κατασκευής ενός ψυχομετρικού εργαλείου πρέπει να δειχθεί, ότι αυτό συσχετίζεται θετικά με άλλες μεταβλητές με τις οποίες πρέπει θεωρητικά να συσχετίζεται (Δαφέρμος 2005)

³⁰ Ο υπολογισμός των ενδοσυσχετίσεων μεταξύ των ερωτημάτων ενός εργαλείου παρέχει αρχικές πληροφορίες για την εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής του.

Στην Τρίτη ενότητα υπάρχουν ερωτήσεις για την αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων και συγκεκριμένα για την εντόπιση αυτών σε: 1= αυχένα, 2=μέση χαμηλά, 3= μέση ψηλά, 4= πόδια και 5= χέρια.

Υπάρχει ερώτηση που συσχετίζει το μυοσκελετικό πρόβλημα με την λήψη αναρρωτικής αδείας από την υπηρεσία.

Στην τέταρτη ενότητα γίνεται καταγραφή της ειδικότητας των εργαζομένων ανά κατηγορία εργασίας, ερώτηση για το τμήμα εργασίας για να γίνει στην συνέχεια συσχέτιση με την εμφάνιση προβλημάτων ανά τμήμα ξεχωριστά και ερώτηση για το αν το προσωπικό εργάζεται σε κυκλικό ωράριο ή όχι.

Αναλογική κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας

Για την σύγκριση του Lot-R χρησιμοποιήθηκε μια 11-βάθμια οπτική αναλογική κλίμακα (κλίμακα 0– 10) 10 εκατοστών, που είχε τις βαθμολογίες «0» και «10» στις δύο αντίθετες άκρες. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να εκτιμήσουν τη φράση «η στάση μου απέναντι στη ζωή σε γενικές γραμμές είναι...» και να αποκριθούν με την πιθανή εκτίμηση "0" έως "10". Μια εκτίμηση κάτω από τον αριθμό "0" έδειχνε τη φράση «απολύτως απαισιόδοξη» ενώ κάτω από τον αριθμό "10" δήλωνε «απολύτως αισιοδοξη». Αυτή η μέτρηση απεικόνισε τη διπολική διάσταση απαισιοδοξίας – αισιοδοξίας σε σχέση με έναν μονοδιάστατο παράγοντα που αντιστοιχεί σε αυτόν που καθορίστηκε από τους Scheier και Carver σε μελέτη του Lai και των συνεργατών (Lai και Yue 2000).

Η εγκυρότητα της μονοθεματικής κλίμακας μέτρησης για την αισιοδοξία, είναι πολύ συγκρίσιμη με αυτήν της χρησιμοποίησης των εργαλείων μέτρησης πολλαπλών ερωτημάτων, όπως με το τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT) καθώς μέσα από την βιβλιογραφική έρευνα, φάνηκε πως ένα μονοθεματικό ερώτημα μέτρησης της αισιοδοξίας εξηγεί κατά μέσο όρο το 29% της διακύμανσης στην μέτρηση της υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας ζωής, ποσοστό κατά προσέγγιση ίσο με τα τρία τέταρτα της διακύμανσης που υπολογίζεται από το σύνολο της μέτρησης με το Lot (Carver, Pozo, et al 1994), (Yu, Fielding and Chan 2003), (Kreitler, Chaitchik, et al. 1993).

The Visual Analogue Scale (VAS)

Η μέτρηση του πόνου πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση στο δείγμα μας του δεύτερου μέρους από της σύντονης μορφής του ερωτηματολογίου του πόνου του McGill (Short-Form McGill Pain Questionnaire), που αποτελείται από την κλίμακα VAS

Η Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS που μετρά την ένταση του πόνου, χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την μελέτη, για να μετρήσουμε την ένταση του πόνου κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Η κλίμακα αυτή είναι μια οριζόντια γραμμή 10 εκ. με σαφώς καθορισμένα όρια, π.χ. "Κανένας πόνος" και "ο χειρότερος δυνατός πόνος που θα μπορούσε ενδεχομένως να υπάρξει".

Ο ασθενής καλείται να κάνει ένα σημάδι στη γραμμή σε ένα σημείο που περιγράφει την ένταση του πόνου του. Η απόσταση που χαρακτηρίζεται με έναρξη το σημείο "κανένας πόνος" μετράται σε χιλιοστά για να αντιπροσωπεύσει το αποτέλεσμα της έντασης του πόνου. Η οπτική αναλογική κλίμακα μέτρησης του πόνου VAS θεωρείται ισάξια με τις κλίμακες αναλογίας και είναι πολύ ευαίσθητη στις εναλλαγές στην ένταση πόνου (Deschamps et al 1988).

Επισκόπηση της υγείας 12 ερωτήσεων (SF12)

Η επισκόπηση υγείας 12 ερωτήσεων SF12 αναπτύχθηκε σαν μια πιο σύντομη εναλλακτική λύση του ερωτηματολογίου SF36 για τη χρήση στις μελέτες μεγάλης κλίμακας, ιδιαίτερα όταν η γενική σωματική και ψυχική υγεία είναι τα αποτελέσματα που μας ενδιαφέρουν αντί του χαρακτηριστικού σχεδιαγράμματος που αποτελείται από τις οκτώ-κλίμακες του SF-36 (Ware and Sherbourne 1992).

Το αρχικό ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό την μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992)

Κάθε διάσταση σημειώνεται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με τους 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη ποιότητα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Ware 1993).

Και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα που αφορούν την σωματική υγεία το πρώτο και την πνευματική – ψυχική υγεία το δεύτερο (Ware et al 1994) και σαν μετρήσιμοι δείκτες καλούνται για συντομία PCS-36 και MCS-36.

Στην μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε η συνοπτική μορφή 12 ερωτήσεων επισκόπησης της υγείας που πρόσφατα σταθμίστηκε στην χώρα μας.

(Ware and Sherbourne 1992), ιδιαίτερα όταν η γενική φυσική και πνευματική υγεία είναι οι τα μετρήσιμα χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής που μας ενδιαφέρει να καταγράψουμε, αντί του χαρακτηριστικού προφίλ των οκτώ-κλιμάκων που μετράται από την κλίμακα SF36 και η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του έχουν τεκμηριωθεί (Ware & Keller, 1996).

Τα αποτελέσματα αντίστοιχα της συγκεκριμένης κλίμακας που χρησιμοποιούμε εμείς(SF- 12) , υπολογίζονται για τέσσερις από τις οκτώ έννοιες της υγείας που περιλαμβάνονται στο SF- 36 και συγκεκριμένα τις διαστάσεις :

1. φυσική λειτουργικότητα (PF),
2. σωματικός ρόλος (RP),
3. συναισθηματικός ρόλος (RE),
4. και πνευματική- ψυχική υγεία(MH)

με την χρήση δύο ερωτημάτων για κάθε διάσταση, ενώ για τις υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις το αποτέλεσμα αντιπροσωπεύεται από μια ερώτηση. Και τα 12 ερωτήματα χρησιμοποιούνται για να υπολογίσουν τα συνολικά σωματικά και πνευματικά συστατικά αποτελέσματα (PCS-12 και MCS-12 (Ware & Keller ,1995).

Πρόσφατα αξιολογήθηκε η εγκυρότητα της ελληνικής έκδοχής μέσα από μια μελέτη σε ένα στρωματοποιημένο αντιπροσωπευτικό δείγμα ($n = 1005$) του υγιούς ελληνικού πληθυσμού.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μας παρέχουν τα στοιχεία για την εγκυρότητα του ελληνικού SF12 και, υποστηρίζουν τη χρήση του στις ελληνικές μελέτες που έχουν σαν αντικείμενο του στην μέτρηση της συνολικής κατάστασης τη υγείας, σαν μια εναλλακτική και έγκυρη λύση απέναντι στο SF36 (Kontodimopoulos, et al 2007).

Στην μελέτη μας ο συντελεστής Cronbach α ήταν Cronbach $\alpha=0,79$ για την σωματική διάσταση PCS-12 και Cronbach $\alpha=0,65$ για την ψυχική διάσταση MCS- 36.

Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή LOT-R

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT(Scheier & Carver 1985) –σε αναθεωρημένη έκδοση LOT-R (Scheier et al. 1994), ένα ερωτηματολόγιο Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές

προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, έγινε μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα, μετά από την λήψη άδειας από τους δημιουργούς του σε νοσηλευτικό προσωπικό, δείγμα που αποτελεί και το δείγμα μελέτης της έρευνας μας.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994).

Στην μελέτη μας ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,716.

Κεφάλαιο III

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ LOT-R

Η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα του τεστ προσανατολισμού της ζωής - Life Orientation Test (Lot-R) ολοκληρώθηκε με τη συνεργασία του καθηγητή Michael F. Scheier, Ph.D. που είναι ένας από τους δύο δημιουργούς του ερωτηματολογίου.

Στην πρώτη επικοινωνία με το Πανεπιστήμιο Carnegie Mellon (Pittsburgh), έγινε αίτηση για τη χρήση του ερωτηματολογίου του Lot-R. Σύμφωνα με τις οδηγίες της αντιπροσώπου του πανεπιστημίου Ginger Placone, για τη χρήση των ερωτηματολογίων σε ελληνικό πληθυσμό, έπρεπε πρώτα να γίνει μετάφραση του ειδικού ερωτηματολογίου στα ελληνικά με μια διαδικασία γνωστή ως «γλωσσική επικύρωση» (linguistic validation process), καθώς και πειραματική εφαρμογή του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό.

III.1.Διαδικασία γλωσσικής επικύρωσης (linguistic validation process)

Γλώσσα και μετάφραση: Σε κάθε χώρα και πολιτισμό ή γλώσσα αποτελεί ένα επίκτητο και όχι εγγενές χαρακτηριστικό. Είναι ένα συστατικό του πολιτισμού, που καθορίζει και καθορίζεται από την κοινωνία η οποία το υιοθετεί. Η μετάφραση από την άλλη πλευρά αποτελεί μια πράξη δίγλωσσης επικοινωνίας και βασίζεται ως ένα βαθμό στην αντιστοίχιση των εκφράσεων. Εξαρτάται σχεδόν εξ ολοκλήρου από την αντιστοίχιση της σκέψης με το περιεχόμενο. Ο βασικός στόχος κάθε μετάφρασης είναι να εξασφαλίσει ότι το περιεχόμενο των πληροφοριών ενός ερωτηματολογίου η ενός κειμένου παραμένει αμετάβλητο σε κάθε αλλαγή που αφορά το επίπεδο της έκφρασης.

Από τη μετάφραση στη γλωσσική επικύρωση: Όπως λοιπόν γίνεται κατανοητό, η γλώσσα είναι ένας τρόπος επικοινωνίας, ο οποίος είναι συγκεκριμένος σε κάθε πολιτισμό ή εθνική ομάδα εάν όχι για κάθε άτομο. Τα ερωτηματολόγια που εξάγουν τη γνώμη των ατόμων/ ασθενών για διάφορα θέματα χρησιμοποιούν τη γλώσσα ως μέσο για να συλλέξουν διάφορα δεδομένα. Η χρησιμοποίηση ψυχομετρικών εργαλείων που δημιουργούνται σε μια χώρα με συγκεκριμένη γλώσσα σε ένα διεθνές περιβάλλον, απαιτεί τη μετάφραση από τη μια γλώσσα σε μια ή περισσότερες άλλες, γεγονός που εισάγει τους μεταφραστές μια ιδιαίτερα υποκειμενική διαδικασία. Με την συνεχώς αυξανόμενη διαπολιτισμική συνεργασία και την αυξανόμενη χρήση ερωτηματολογίων σε ερευνητικές-κλινικές δοκιμές, σε επιδημιολογικές έρευνες και στην κλινική πρακτική (Fitzpatrick, Fletcher, et al. 1992), η ανάγκη για διεθνείς μεθόδους αξιολόγησης έχει επεκταθεί (Scott, et al. 2008). Τα περισσότερα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί στα αγγλικά. Εντούτοις, για να μπορεί ένα εργαλείο να χρησιμοποιηθεί σε διεθνείς μελέτες, είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει τις ίδιες έννοιες σε όλες τις γλώσσες προκειμένου να γίνει ικανό να συγκεντρώνει τα στοιχεία και να συγκρίνει τα αποτελέσματα στις διάφορες χώρες. Η σωστή διεθνής ερμηνεία και ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι μόνο δυνατές εάν τα στοιχεία προέρχονται από την χρήση ενός κοινού εργαλείου και όχι από δύο ανεξάρτητα εργαλεία με διαφορετικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Guillemin, Boembardie and Beaton 1993). Για να γίνει εφικτό να συγκεντρωθούν ή /και να συγκριθούν τα αποτελέσματα που λαμβάνονται σε διάφορες χώρες, το αρχικό όργανο πρέπει να υποβληθεί σε μια διαδικασία που εξασφαλίζει:

- Ότι η γλωσσική απόδοση που θα αποκτηθεί (εκδόσεις γλώσσας στόχου) είναι εννοιολογικά ισοδύναμη με το αρχικό εργαλείο και η μία με την άλλη απόδοση
- Ότι είναι πολιτιστικά σχετικές και αποδεκτές στον πληθυσμό στόχο στην εκάστοτε χώρα στόχο και
- Ότι είναι ψυχομετρικά συγκρίσιμες (Goldberg and Williams 1990).

Η διαδικασία που έχει σαν στόχο την παραγωγή των κατάλληλων μεταφρασμένων εκδόσεων ονομάζεται γλωσσική επικύρωση (Brislin, Lonner and Thorndike 1973)

Από τη γλωσσική επικύρωση στην πολιτιστική προσαρμογή / στάθμιση: Η διαδικασία της γλωσσικής επικύρωσης συμπληρώνεται με τη στατιστική αξιολόγηση των ιδιοτήτων των εκδόσεων της γλώσσας στόχου. Αυτή η δεύτερη φάση ονομάζεται ψυχομετρική επικύρωση. Η διφασική αυτή διαδικασία καλείται πολιτιστική προσαρμογή.

Οι συμμετέχοντες στη γλωσσική επικύρωση: Η διαδικασία γλωσσικής επικύρωσης περιλαμβάνει τη συνεργασία πολλών ατόμων στην οποία ο κάθε συμμετέχων έχει ένα συγκεκριμένο έργο:

- Ο δημιουργός δίνει τις πληροφορίες για τους όρους χρησιμοποίησης του οργάνου και για τις έννοιες που ερευνώνται στο ερωτηματολόγιο.

- Η ομάδα έρευνας που αποτελείται από εκείνους στους οποίους χρειάζεται η έκδοση της γλώσσας στόχου για ερευνητικές μελέτες .

- Μια τοπική ομάδα στη χώρα στόχο με αρχηγό έναν σύμβουλο, ο οποίος εργάζεται σε συνεργασία με τους μεταφραστές και άλλους τοπικούς συμμετέχοντες στη διαδικασία. Η τοπική ομάδα εκτελεί τα βήματα της γλωσσικής επικύρωσης στη χώρα στόχο υπό την επίβλεψη των αρχικών δημιουργών του ψυχομετρικού εργαλείου, επικοινωνεί με τα ενδιαφερόμενα μέρη και εποπτεύει την τελική εργασία της τοπικής ομάδας, ελέγχει την ποιότητα της εργασίας που γίνεται σε κάθε βήμα καθώς και παρέχει στην τοπική ομάδα καθοδήγηση και την εμπειρία του στους στόχους της γλωσσικής επικύρωσης. Συμπερασματικά ο στόχος της γλωσσικής επικύρωσης είναι να δημιουργήσει μια έκδοση στη γλώσσα στόχου που είναι εννοιολογικά ισοδύναμη με το αρχικό εργαλείο και που επιτρέπει τη συγκέντρωση ή/ και τη σύγκριση των δεδομένων στις διάφορες χώρες.

Η τυποποιημένη διαδικασία της γλωσσικής επικύρωσης περιλαμβάνει έξι βήματα :

1. **Εννοιολογικός καθορισμός:** που έχει σαν στόχο να διευκρινίσει τις έννοιες που ερευνώνται σε κάθε ερώτημα του αρχικού εργαλείου για να εξασφαλίσει ότι αντικατοπτρίζονται κατάλληλα στις γλώσσες στόχους.

Η διαδικασία πραγματοποίησης του περιλαμβάνει την ανάλυση του αρχικού οργάνου: Καθορισμός των εννοιών που υπάρχουν σε κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου.

- Συζήτηση με το δημιουργό: Με βάση αυτή την ανάλυση, ο αρχηγός της εργασίας υποβάλλει τα συμπεράσματά του/ της στο δημιουργό για επιβεβαίωση ή διευκρίνιση. Όλες οι πληροφορίες που δίνονται από τον δημιουργό καταγράφονται σε μια έκθεση.

2. *«Μετάφραση προς τα εμπρός»* (forward translation) με στόχο να ληφθεί μια ενιαία αποδεκτή έκδοση της γλώσσας στόχου.

Η Διαδικασία ακολουθεί την παραγωγή δύο ή τριών ανεξάρτητων μεταφράσεων από δύο επαγγελματίες μεταφραστές στη γλώσσα στόχο, η οποία διεξάγεται στη χώρα στόχο.

- Συνεδρίαση μεταξύ των τριών "προς τα εμπρός" μεταφραστών και του τοπικού συμβούλου/ μετάφρασης για την δημιουργία μιας ενιαία αποδεκτής έκδοσης. Ποιοτικός έλεγχος από τους αρχικούς δημιουργούς και συζήτηση.

- Με βάση αυτή την συζήτηση, η ενιαία αποδεκτή έκδοση (πρώτη έκδοση) μπορεί να τροποποιηθεί περαιτέρω.

3. *«Μετάφραση προς τα πίσω»* (backward translation) με στόχο την λήψη μιας μετάφρασης στα αγγλικά, της έκδοσης της γλώσσας στόχου, ώστε να αξιολογηθεί και να ελεγχθεί η ποιότητά της.

Η διαδικασία που ακολουθείται σε αυτό το στάδιο είναι η μετάφραση της πρώτης έκδοσης στην αρχική γλώσσα από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές δίγλωσσους με μητρική γλώσσα την αγγλική.

- στην συνέχεια πραγματοποιείται σύγκριση του αρχικού ερωτηματολογίου με την "προς τα πίσω" μετάφραση από την τοπική ομάδα για να ελεγχθεί το εννοιολογικό περιεχόμενο των πρώτων εκδόσεων.

- Επικοινωνία με τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου. Με βάση αυτήν την επικοινωνία θα δημιουργηθεί μια δεύτερη έκδοση της γλώσσας στόχου.

4. *Πειραματική δοκιμασία (Pilot Testing)* Ο στόχος της πειραματικής δοκιμής είναι να λάβει την άποψη ατόμων, τα οποία αντιπροσωπεύουν τους μελλοντικούς χρήστες του ερωτηματολογίου, δηλαδή τους εμπειρογνώμονες στις εν λόγω θεραπευτικές περιοχές καθώς επίσης και τους ενδεχόμενους ερωτώμενους/ ασθενείς. Υπάρχουν δύο διαδικασίες, οι οποίες γίνονται ταυτόχρονα: η γνωστική αναφορά σε ένα δείγμα ερωτώμενων και η αναθεώρηση από επιτροπή εμπειρογνομόνων.

Ο στόχος της γνωστικής αναφοράς είναι να αξιολογηθεί η σαφήνεια, η καταλληλότητα και η πολιτιστική σχετικότητα της έκδοσης της γλώσσας στόχου στον πληθυσμό στόχο. Πραγματοποιείται με την λήψη συνεντεύξεων με τους ασθενείς/ υγιή άτομα για να εξετασθεί η ερμηνεία της μετάφρασης από τα άτομα αυτά.

Αναθεώρηση από επιτροπή εμπειρογνομόνων (Committee review) με σκοπό να συγκριθούν η τελική έκδοση της γλώσσας στόχου και της αρχικής και να ληφθεί η άποψη

των εμπειρογνομόνων για τη μετάφραση ως προς την ειδική για το πεδίο ορολογία του εργαλείου και να ενσωματωθεί η ανατροφοδότηση από τους δυνητικούς κλινικούς χρήστες του οργάνου.

Πραγματοποιείται με την συνέλευση όλων των μελών της επιτροπής ειδικών και την συζήτηση της όλης διαδικασίας των μεταφράσεων και των αποτελεσμάτων την καταγραφή σχολίων και προτάσεων για αλλαγές και συζήτηση με τους μεταφραστές για να δοθούν ερμηνείες στα σημεία των μεταφράσεων που αποτέλεσαν σημείο διαφωνίας.

Οι προτάσεις που υιοθετούνται ενσωματώνονται στη δεύτερη έκδοση της γλώσσας στόχου με τα αποτελέσματα της γνωστικής αναφοράς.

Έτσι δημιουργείται η τρίτη έκδοση της γλώσσας στόχου.

5. **Διόρθωση λαθών** (Proofreading) με στόχο την εξασφάλιση ότι δεν θα υπάρχει κανένα λάθος στη δακτυλογράφηση, το συλλαβισμό ή τη γραμματική στην τέταρτη έκδοση της γλώσσας στόχου. Πραγματοποιείται με την υποβολή σε τουλάχιστον δύο κύκλους διόρθωσης λαθών(φιλολογική αξιολόγηση) πριν από την παράδοση της έκδοσης της γλώσσας στόχου στους μελλοντικούς χρήστες. Ακολουθεί η ενσωμάτωση των σχετικών διορθώσεων στην τελική έκδοση της γλώσσας στόχου.

6. **Έκθεση** (Report) με στόχο την παρακολούθηση και καταγραφή των εργασιών που διεξάγονται της μεθοδολογίας που ακολουθείται, των ζητημάτων της μετάφρασης που προκύπτουν και των αποφάσεων που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της γλωσσικής επικύρωσης.

Ο βασικός ερευνητής συντάσσει μια έκθεση (στα αγγλικά), η οποία υποβάλλεται στους δημιουργούς του ερωτηματολογίου. Η έκθεση περιγράφει τη μεθοδολογία της μετάφρασης, η οποία ακολουθήθηκε, με βάση τα παραπάνω, όπως και τη σύνθεση των προβλημάτων, τα οποία αντιμετωπίστηκαν στη μετάφραση και των λύσεων, οι οποίες υιοθετήθηκαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της γλωσσικής επικύρωσης.

Χρονοδιάγραμμα για τη διαδικασία της γλωσσικής επικύρωσης: Για την πλήρη, τυποποιημένη διαδικασία γλωσσικής επικύρωσης, απαιτούνται περίπου 12 έως 16 εβδομάδες πριν από την παράδοση της τελικής μετάφρασης.

III.2.Ελληνική μετάφραση του τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT-R

Το πανεπιστήμιο Carnegie Mellon (Pittsburgh) και συγκεκριμένα ο καθηγητής Michael F. Scheier, Ph.D. ανταποκρίθηκε στην αίτηση για το ερωτηματολόγιο και απέστειλε τα αντίτυπα της αρχικής μορφής (αμερικάνικης) του ερωτηματολογίου μαζί με οδηγίες για τη διαδικασία ερμηνείας και την απαραίτητη βιβλιογραφία για την θεωρία της διάθεσης αισιοδοξίας.

Το LOT-R αναθεωρημένη έκδοση δεν είχε υποστεί πλήρη γλωσσική επικύρωση δεδομένου του γεγονότος ότι δεν είχε γίνει πειραματική του εφαρμογή στον Ελληνικό πληθυσμό αλλά είχε μεταφραστεί και δοκιμαστεί (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούση, 2002) η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου από το οποίο έχουν αφαιρεθεί ερωτήματα και έχουν προστεθεί άλλα. Όπως προαναφέρθηκε δημιουργός των ερωτηματολογίων είναι ο καθηγητής και πρόεδρος της Michael F. Scheier, Ph.D. στο Πανεπιστήμιο Carnegie Mellon του Πίτσμπουργκ, στη σχολή Ψυχολογίας.

Η τοπική ομάδα έρευνας περιελάμβανε τον επίκουρο καθηγητή Ιατρικής Δημοσίωτη Ιωάννη (Ιατρική Ιωαννίνων), τον επίκουρο καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας Δαμίγο Δημήτριο (Ιατρική Ιωαννίνων), την Αν Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Κωστοπαναγιώτου Γερολουκά Γεωργία (Ιατρική Αθηνών), τον υποφαινόμενο Ψυχολόγο και μεταπτυχιακό φοιτητή στην ιατρική αντιμετώπιση του πόνου Λυράκο Ν. Γεώργιο (ΓΝΝ Νικαίας), την επιτροπή εμπειρογνομόνων και τρεις τοπικούς και ένα ξένο μεταφραστή.

Η έρευνα αυτή δεν είχε χορηγό. Το πρώτο βήμα στη διαδικασία της μετάφρασης ήταν ο εννοιολογικός καθορισμός των κλιμάκων και των στοιχείων του ερωτηματολογίου με τη βοήθεια της βιβλιογραφίας του Lot-R. Ακολούθησε το βήμα της «προς τα εμπρός μετάφρασης» του ερωτηματολογίου. Το βήμα αυτό έγινε με τη συνεργασία τριών επαγγελματιών τοπικών μεταφραστών, οι οποίοι έχουν ως μητρική γλώσσα την Ελληνική και είναι δίγλωσσοι στα αγγλικά. Τόσο η «προς τα εμπρός μετάφραση» Α, όσο και η «προς τα εμπρός μετάφραση» Β και Γ, πραγματοποιήθηκαν ανεξάρτητα από τους τρεις τοπικούς μεταφραστές.

Η πρώτη έκδοση δημιουργήθηκε με τη συνεργασία των μεταφραστών και της τοπικής ερευνητικής ομάδας. Η έκδοση αυτή στη συνέχεια αναθεωρήθηκε από την επιτροπή εμπειρογνομόνων. Η πρώτη έκδοση, μαζί με μια έκθεση στα αγγλικά για τη διαδικασία η οποία ακολουθήθηκε, στάλθηκε στο πανεπιστήμιο Carnegie Mellon και ζητήθηκαν διευκρινήσεις για κάποια ερωτήματα αναφορικά με τον εννοιολογικό τους προσδιορισμό για τα οποία και εστάλη απάντηση με τις απαραίτητες ερμηνείες από τον καθηγητή Michael F. Scheier. Από αυτή τη διαδικασία προέκυψε η πρώτη έκδοση του ειδικού ερωτηματολογίου για την στάση απέναντι στη ζωή (αναθεωρημένη μορφή) στα ελληνικά.

Το τρίτο βήμα της διαδικασίας της γλωσσικής επικύρωσης, ήταν αυτό της «προς τα πίσω μετάφρασης». Σε αυτό το βήμα συμμετείχαν δύο μεταφραστές, ένας τοπικός ο οποίος έχει μητρική γλώσσα την αγγλική και είναι δίγλωσσος στα ελληνικά και ένας αυστραλός επίσης δίγλωσσος στα ελληνικά. Ο τοπικός τόσο ο πρώτος όσο και δεύτερος μεταφραστής μετέφρασαν την πρώτη έκδοση από τα ελληνικά στα αγγλικά χωρίς να γνωρίζουν το περιεχόμενο του αρχικού εργαλείου.

Αφού ολοκληρώθηκε αυτή η μετάφραση ακολούθησε συζήτηση της τοπικής ομάδας με τον τοπικό μεταφραστή και την επιτροπή εμπειρογνομόνων για τη διαδικασία, η οποία ακολουθήθηκε και για τις τυχόν παρανοήσεις, οι οποίες προέκυψαν. Το αποτέλεσμα αυτής της συζήτησης αποστάλθηκε μαζί με μια έκθεση στα αγγλικά, στον καθηγητή Michael F. Scheier για σύγκριση με το αρχικό εργαλείο. Από αυτή την διαδικασία προέκυψε η δεύτερη έκδοση του ερωτηματολογίου για τη στάση απέναντι στη ζωή.(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ)

Το τέταρτο βήμα της διαδικασίας γλωσσικής επικύρωσης ήταν αυτό της πειραματικής δοκιμασίας. Σκοπός της διαδικασίας αυτής ήταν να αξιολογηθεί το κατά πόσο η δεύτερη έκδοση των ερωτηματολογίων αυτών ήταν κατανοητή και κατάλληλη για τον πληθυσμό. Επίσης, να καταγραφούν οι επισημάνσεις των ερωτώμενων και από αυτές να προκύψει η τρίτη έκδοση του ερωτηματολογίου. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της γνωστικής αναφοράς με λήψη συνεντεύξεων από το δείγμα.

Για την παραγωγή της τρίτης έκδοσης της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου για τη στάση απέναντι στη ζωή, η τοπική ομάδα εκτέλεσε τις γνωστικές συνεντεύξεις σε 30 νοσηλευτές και γιατρούς. Όλα τα δείγματα προέρχονται από την περιοχή της Αθήνας, από όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Η μεθοδολογία για τη διενέργεια των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της «αναφοράς του ερωτώμενου» (Respondent Debriefing).

Πριν τη διενέργεια των συνεντεύξεων η τοπική ομάδα καθόρισε πιθανά προβλήματα με το ερωτηματολόγιο. Ακολούθησε η ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου με τη δημιουργία ερωτήσεων με τις οποίες η έρευνα αποσκοπούσε να αποσπάσει πληροφορίες από τους ερωτώμενους για τα είδη των προβλημάτων τα οποία πιθανώς αντιμετώπισαν συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο, τον βαθμό κατανόησης των ερωτήσεων και τον βαθμό ευκολίας για το κάθε ερώτημα. Οι ερωτήσεις αυτές κατασκευάστηκαν έτσι ώστε να μπορούν να αποσπάσουν πληροφορίες σχετικά με τη σαφήνεια και τη λογική των οδηγιών, το νόημα των στοιχείων, την καταλληλότητα των επιλογών απάντησης καθώς και γενικά σχόλια για τη σχετικότητα και την πολυπλοκότητα του ερωτηματολογίου.

Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν και λήφθηκαν σημειώσεις για τη διαδικασία. Μετά ακολούθησε η δημιουργία μιας περίληψης όλων των στοιχείων με τη σειρά από κάθε ερώτημα του ερωτηματολογίου και των συστάσεων για τις τροποποιήσεις. Η περίληψη αυτή μαζί με άλλα γενικά σχόλια αποτέλεσε την νέα έκθεση, η οποία μελετήθηκε από την επιτροπή εμπειρογνομόνων που με τη σειρά της κατέγραψε τα σχόλια της για τις τροποποιήσεις και την τρίτη έκδοση του ερωτηματολογίου που τελικά προέκυψε από όλη αυτή τη διαδικασία.

Αναλυτικά η προσπάθεια της επιτροπής είχε κατεύθυνση την επιλογή της καλύτερης μετάφρασης και την πολιτισμική προσαρμογή των ερωτημάτων σε μια βάση κατανοητή για τον ελληνικό πληθυσμό που θα χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο.

Για τα ερωτήματα 2,4 και 8 η μετάφραση ήταν ταυτόσημη και στα τρία ερωτήματα.

Διαφορά υπήρχε στο ερώτημα 1 όσον αφορά τον όρο «*uncertain times*», στον οποίο δόθηκαν οι ορισμοί «*άσχετες στιγμές*», «*στιγμές αβεβαιότητας*» και «*αβέβαιες ώρες*», εκφράσεις που δεν είναι δόκιμες για το ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο. Έτσι μετά από συζήτηση της επιτροπής επιλέχθηκε η χρήση της φράσης «*απρόσμενες στιγμές*», η οποία θεωρήθηκε πως είναι ισοδύναμη για τον ελληνικό πληθυσμό στη σημασιολογική κατανόηση.

Στο δεύτερο ερώτημα αν και η πιστή απόδοση ήταν ίδια θεωρήθηκε από την επιτροπή πως το ερώτημα δεν αποτελούσε μια έκφραση κατανοητή για την ελληνική κουλτούρα και έτσι αντικαταστάθηκε από την φράση «*μπορώ εύκολα να χαλαρώσω*» που θεωρήθηκε πιο σωστή για την διατήρηση της ισοδυναμίας του περιεχομένου του ερωτηματολογίου.

Στο τρίτο ερώτημα υπήρχε διαφοροποίηση όσον αφορά την συντακτική δομή της ερώτησης. Έτσι μετά από συζήτηση αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί η δεύτερη από τις τρεις μεταφράσεις.

Στο πέμπτο ερώτημα η σημασιολογική ερμηνεία των τριών μεταφράσεων ήταν διαφορετική και ζητήθηκαν οδηγίες από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου. Μετά από επικοινωνία με τους δημιουργούς διευκρινίστηκε πως η έννοια της ερώτησης ήταν «*I like hanging around with my friends*» οπότε επιλέχτηκε η πρώτη από τις 3 μεταφράσεις.

Στο έκτο ερώτημα η επιτροπή αποφάσισε πως για πολιτισμικό πλαίσιο της Ελλάδας θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί η πρώτη από τις τρεις μετάφραση που είναι πιο εύκολη στην κατανόηση.

Στο έβδομο ερώτημα υπήρξε διαφοροποίηση ως προς την μετάφραση και χρήση στην ελληνική γλώσσα του όρου «*hardly*» με τις λέξεις «*δύσκολα*», «*μετά βίας*» και «*σχεδόν ποτέ*» οπότε μετά από συζήτηση της επιτροπής αποφασίστηκε η αντικατάσταση της

απόλυτης μετάφρασης με την χρήση της έκφρασης «*σπανίως*» που αποτελεί έναν όρο δόκιμο για τον ελληνικό πληθυσμό.

Στο ένατο ερώτημα υπήρχε διαφορά στην μετάφραση του όρου «good things» και μετά από συζήτηση επιλέχθηκε ο όρος «*καλά πράγματα*» αντί του «*θετικά*» επειδή είναι πιο εύκολα κατανοητός και ευρύτερα χρησιμοποιούμενος από τον γενικό πληθυσμό.

Τέλος στο δέκατο ερώτημα επιλέχθηκε η τρίτη μετάφραση με την αντικατάσταση όμως της έκφρασης σε «*γενικές γραμμές*» από την έκφραση «*γενικά*» καθώς από συντακτική άποψη θεωρήθηκε πιο σωστός όρος.

Η τρίτη αυτή έκδοση υποβλήθηκε σε έλεγχο και διόρθωση των λαθών από δύο φιλόλογους και έτσι προέκυψε η τελική έκδοση της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου (βλέπε υπόμνημα). Η τελική έκδοση στάλθηκε πάλι πίσω στο πανεπιστήμιο του Carnegie Mellon όπως είχε ζητηθεί εξ αρχής από τους δημιουργούς του για την ενημέρωση του φακέλου όλων των σταθμίσεων σε άλλες πλην της αγγλικής, γλώσσες. Η όλη διαδικασία της γλωσσικής επικύρωσης χρειάστηκε περίπου τρεις μήνες για να ολοκληρωθεί.(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 14.0 για Windows.

Από το σύνολο των 350 ερωτηματολογίων που παραδόθηκαν, επιστράφηκαν τα 276 ποσοστό 78,85%. Το σύνολο του δείγματος μας αποτέλεσαν 276 άτομα, από τα οποία το 80,4% ήταν νοσηλεύτριες και το υπόλοιπο 19,6% νοσηλευτές.

Η αδυναμία διαίρεσης του δείγματος σε ίσα ποσοστά αναλογικά με το φύλο οφείλεται στο γεγονός ότι ο αντρικός πληθυσμός έχει εισχωρήσει τα τελευταία μόλις χρόνια στο συγκεκριμένο επάγγελμα στην χώρα μας, οπότε αποτελεί την μειονότητα του συγκεκριμένου κλάδου.

Το εύρος της ηλικίας των νοσηλευτών-τριών που πήραν μέρος στην μελέτη ήταν από 22 έως 63 ετών, ηλικία κατά την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό αποχωρεί από τον χώρο εργασίας με σύνταξη, με μέσο όρο ηλικίας $37,8 \pm 8,34$.

IV.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων

Η προσβασιμότητα (feasibility) των ερωτηματολογίων αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό των απωλειών (missing values) στα διάφορα στοιχεία τους δηλαδή με τον υπολογισμό των απαντήσεων που δεν δόθηκαν στα στοιχεία αυτά.

IV.2 Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων

Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής Cronbach α ήταν ικανοποιητικοί για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν. Στον πίνακα 1 καταγράφεται ο δείκτης της εσωτερικής συνοχής για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη για την μέτρηση της ποιότητας της υγείας, την ένταση του πόνου και την διάθεση της αισιοδοξίας. Όλοι οι δείκτες είναι από 0.65 και πάνω γεγονός που δείχνει πως έχουν ικανοποιητική εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	Cronbach α
Ένταση πόνου VAS	0,765
Σωματική υγεία PCS-12	0,790
Ψυχική υγεία MCS-12	0,650
Διάθεση της αισιοδοξίας Lot-R	0,716

Πίνακας 1. Συντελεστές Cronbach α για τα ερωτηματολόγια της έρευνας

	Lot-R	1	3	4	7	9	10
Lot-R	1	0,631**	0,503**	0,605**	0,737**	0,732**	0,646**
Lot-R 1		1	0,064	0,482**	0,270**	0,264**	0,374**
Lot-R 3			1	0,078	0,333**	0,328**	0,132*
Lot-R 4				1	0,242**	0,241**	0,330**
Lot-R 7					1	0,660**	0,318**
Lot-R 9						1	0,310**
Lot-R 10							1

**Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).

*. Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).

N=276

Πίνακας 2. Ενδοσυσχετίσεις ανάμεσα στην συνολική κλίμακα της αισιοδοξίας και τις υποκλίμακες της

IV.3.Υπολογισμός εγκυρότητας ερωτηματολογίων.

Η αξιολόγηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (*construct validity*) του τεστ προσανατολισμού της ζωής έγινε αρχικά με τον έλεγχο των ενδοσυσχετίσεων που δημιουργήθηκαν ανάμεσα στις υποκλίμακες με το συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου(πίνακας 2).

Το αναμενόμενο από αυτή τη διαδικασία αποτέλεσμα, για την απόδειξη της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ήταν ότι τα επιμέρους αποτελέσματα των υποκλιμάκων θα συσχετίζονταν θετικά με τα συνολικά τους αποτελέσματα με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson όπως και τελικά φάνηκε.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε υπολογισμός των ενδοσυσχετίσεων ανάμεσα στο συνολικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου με τη μονοδιάστατη κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας που υιοθετήθηκε μέσα από την μελέτη της έρευνας των Wong και Fielding (Wong and Fielding 2007) και τέλος από τον υπολογισμό των ενδοσυσχετίσεων ανάμεσα στην συνολική μέτρηση με την επαναληπτική χορήγηση του ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα από τη συνολική βαθμολόγηση του LOT-R συσχετίστηκαν με το συνολικό αποτέλεσμα της μονής κλίμακας. με $r=0,731$ για $p=0,001$.(πίνακας 3)

Η συσχέτιση του ερωτηματολογίου με την επαναληπτική μέτρηση η οποία πραγματοποιήθηκε 3 μήνες μετά την πρώτη μέτρηση ήταν $r = 0,669$ για $p=0,001$, γεγονός που φανερώνει συγκριτικά καλή εγκυρότητα επαναληπτικών μετρήσεων (πίνακας 3)

Πίνακας 3.

Συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στα ερωτήματα και τις κλίμακες ελέγχου της αξιοπιστίας

METABΛΗΤΕΣ	Lot-R	Lot-R 1	Lot-R 3	Lot-R 4	Lot-R 7	Lot-R 9	Lot-R 10
Αναλογική κλίμακα Αισιοδοξίας VAS	0,731**	0,560**	0,354**	0,616**	0,556**	0,598**	0,397**
Επαναληπτική μέτρησης Lot-R	0,669**	0,553**	0,519**	0,587**	0,628**	0,766**	0,565**

**Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρες).

*. Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρες).

N=85

IV.4.Έλεγχος της δομικής εγκυρότητας του Τεστ Προσανατολισμού της Ζωής

Ο έλεγχος της δομικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου έγινε με την χρήση της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (Principal Components Factor Analysis) χρησιμοποιώντας το ορθογώνιο σύστημα αξόνων.

Από την παραγοντική ανάλυση φάνηκε πως ο πρώτος παράγοντας εξηγεί το 42,1 % της διακύμανσης και ο δεύτερος παράγοντας εξηγεί το 20,47 %.

Η συνολική διακύμανση που εξηγείται (62,57 %) δεν άλλαξε ούτε μετά από την περιστροφή των δύο παραγόντων, όμως μετά την περιστροφή ο πρώτος παράγοντας συνέχισε να εξηγεί μόνο το 31,4. Στην ορθογώνια παραγοντική ανάλυση παρατηρούμε πως και τα 6 ερωτήματα φορτίζουν πάνω από 0,4 σε ένα παράγοντα.

Μόνο μετά την εφαρμογή της περιστροφής βλέπουμε να φορτίζουν τα υποερωτήματα ξεκάθαρα σε δύο ανεξάρτητους παράγοντες. Τα ερωτήματα που τελικά φόρτισαν στον πρώτο παράγοντα είναι τα στοιχεία 1,4 και 10 και αποτελούν τα ερωτήματα που μετράνε την αισιοδοξία.

Τα ερωτήματα που φορτίζουν στον δεύτερο παράγοντα είναι τα 7, 9 και 3 που μετρούν την απαισιοδοξία. (πίνακας 4)

Πίνακας 4.
Διερευνητική παραγοντική ανάλυση και ανάλυση
παλινδρόμησης με περιστροφή παραγόντων

	Αρχική εξαγωγή		Παράγοντες με περιστροφή	
	1	2	1	2
Lot-R 1	0,765	-0,365	0,818	
Lot-R 4	0,760	-0,369	0,795	
Lot-R 10	0,637		0,643	
Lot-R 7	0,631	0,525		0,798
Lot-R 9	0,601	0,523		0,797
Lot-R 3	0,443	-0,581		0,725

Μέθοδος εξαγωγής : Ανάλυση κύριων τμημάτων.

Μέθοδος περιστροφής : Varimax με κατανομή Kaiser

a. Η περιστροφή σύγκλινε σε 3 επαναλήψεις .

Στην έρευνα μας αποφασίστηκε να χρησιμοποιήσουμε τον ένα παράγοντα που είναι σύμφωνος με την βιβλιογραφία και τις οδηγίες των δημιουργών του ερωτηματολογίου και να δούμε τις σχέσεις με τους δύο παράγοντες σε σύγκριση με την συνολική κλίμακα.

IV.5.1. Ποσοστά μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των δειγμάτων

Ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των δειγμάτων και για τα συνολικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (πίνακας 5)

Υπολογίστηκαν επίσης τα ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των δειγμάτων (πίνακας 6)

Πίνακας 5:δημογραφικά χαρακτηριστικά για τις ποσοτικές μεταβλητές

	N	x	SD	στρεβλότητα α	κύρτωση	λόγος
Ηλικία	276	37,8	$\pm (8,3)$	0,06	-0,48	1,66
Αριθμός τέκνων	275	1,1	$\pm (1,0)$	0,36	-1,07	-
Χρόνια εργασίας	276	12,7	$\pm (8,2)$	0,07	-1,11	-
Ημέρες Απουσίας	276	3,4	$\pm (10,4)$	6,51	60,61	-
Ένταση Πόνου	276	1,9	$\pm (2,2)$	0,82	-0,48	1,66
PCS12	259	45,3	$\pm (10,8)$	-0,55	-0,39	1,31
MCS12	259	45,1	$\pm (9,8)$	-0,53	-0,23	0,77
Συνολική Αισιοδοξία	276	14,4	$\pm (4,1)$	-0,47	0,38	1,32
Αισιοδοξία	276	7,8	$\pm (0,1)$	-0,31	0,31	1,76
Απαισιοδοξία	275	5,3	$\pm (0,1)$	0,31	0,29	1,16

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. - όπου ο λόγος ξεπερνά την κανονικότητα κατανομής

Η στρεβλότητα και η κύρτωση αναφέρονται γιατί δείχνουν την κατεύθυνση της κατανομής των μεταβλητών και γιατί από την μέτρηση του λόγου τους με το τυπικό τους σφάλμα ελέγχθηκε η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών η οποία βρέθηκε να μην ξεπερνά κατά πολύ την κανονική (καθώς οι λόγοι των στατιστικών δεικτών προς το τυπικό σφάλμα της μέτρησης τους ήταν όλοι ± 2), με αποτέλεσμα να επιλεγεί η χρήση παραμετρικών κριτηρίων για την συνέχεια της μελέτης. (Δαφέρμος Β. , 2005) σε όλες τις μεταβλητές εκτός από τον αριθμό παιδιών, τις ημέρες αναρρωτικής αδείας και τα χρόνια εργασίας στις οποίες εφαρμόστηκαν μη παραμετρικά κριτήρια

Πίνακας 6: δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών

Μεταβλητή	<i>Σύνολο</i>	<i>Ποσοστό%</i>
Γ.Ν .Νίκαιας	166	60,1
Π.Ν. Αττικό	42	15,3
Π.Ν .Ιωαννίνων	68	24,6
Φύλο		
Άντρες	54	19,6
Γυναίκες	222	80,4
Εισόδημα		
0-1000 €	60	21,7
1000-1999 €	192	69,6
2000< €	24	8,7
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	8	2,9
Γυμνάσιο-λύκειο	74	26,8
ΑΕΙ-ΤΕΙ	163	59,1
Μεταπτυχιακό-διδακτορικό	31	11,2
Τόπος Διαμονής		
Αθήνα	210	76,1
Επαρχία	66	23,9

Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος	77	27,9
Παντρεμένος-η	179	64,9
Διαζευγμένος-η	17	6,2
Χήρος-α	3	1,1
Φροντίδα Υπερηλίκων		
Ναι	15	5,5
Όχι	259	94,5
Άδεια αναρρωτική		
Ναι	70	25,4
Όχι	206	74,6
Ύπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		
Ναι	157	56,9
Όχι	119	43,1
τμήμα εργασίας		
παθολογικό τμήμα	78	30,5
χειρουργικό τμήμα	50	19,5
μονάδες- χειρουργεία	73	28,5
εργαστήρια	55	21,5

IV.5.2.Αναζήτηση διαφορών στους νοσηλευτές με μυοσκελετικό πρόβλημα και χωρίς

Για να ελέγξουμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους μέσους όρους των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του t-test (ανεξάρτητα δείγματα), για τις μεταβλητές με κανονική κατανομή και το μη παραμετρικό κριτήριο Mann Whitney για τις μεταβλητές που εμφάνιζαν μη κανονική κατανομή. Αναζητήθηκαν διαφορές στους νοσηλευτές με μυοσκελετικό πρόβλημα και χωρίς σε σχέση με την ηλικία, την διάθεση της

αισιοδοξίας, τους συνολικούς παράγοντες της σωματικής και πνευματικής υγείας, την λήψη αναρρωτικών αδειών, την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία.(πίνακας 8)

Πίνακας 8. οι μεταβλητές κατά ύπαρξη ή όχι μυοσκελετικής διαταραχής: μέσοι όροι και διαφορά των μέσων όρων.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Με μυοσκελετική διαταραχή			Χωρίς Μ.Δ			ΔΙΑΦΟΡΑ		Επίδραση
	N	x	(SD)	N	x	(SD)	test	p=	Eta square
Ηλικία	157	40,2	(7,6)	119	34,6	(8,2)	5,890	0,001	0,11
Αριθμός τέκνων	156	1,2	(1,1)	119	0,9	(1,0)	2,638 [#]	0,009	0,03
Ημέρες Απουσίας	157	6,0	(13,2)	119	0,0	(0,0)	-7,996 [#]	0,001	0,10
Ένταση Πόνου	157	3,1	(2,2)	119	0,3	(0,8)	-14,358	0,001	0,43
PCS12	151	40,4	(10,1)	108	52,3	(7,5)	-10,869	0,001	0,31
Χρόνια εργασίας	151	15,1	(7,5)	108	10,4	(8,3)	-10,869	0,001	0,08
MCS12	151	44,2	(9,6)	108	46,4	(9,9)	-1,728	0,085	0,01
Συνολική Αισιοδοξία	157	13,6	(4,0)	119	15,4	(3,9)	-3,625	0,001	0,04
Αισιοδοξία	157	7,5	(2,5)	118	8,2	(2,1)	-2,449	0,015	0,02
Απαισιοδοξία	157	5,8	(2,5)	118	4,6	(2,4)	3,725	0,001	0,04

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. test= μη παραμετρικό Mann Whitney. αν σημαίνεται με [#], t-test(ανεξάρτητα δείγματα) αλλιώς. p= p-value (αμφίπλευρη).

Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην ένταση του πόνου (F=115,9 T=14,38 Df=215 p=0,001), την σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας (F=11,75 T=-14,38 Df=256 p=0,001), την αισιοδοξία (F=0,64 T=-3,625 Df=274 p=0,001), την ηλικία (F=3,67 T=9,89 Df=274 p=0,001), τις ημέρες απουσίας (F=59,57 T=5,71 Df=156 p=0,001) και την συνολική υποκειμενική υγεία (F=14,47 T=-8,53 Df=260 p=0,001) καθώς και για τις υπόλοιπες μεταβλητές της ποιότητας της ζωής όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα 7.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα για την συνολική πνευματική υγεία ($F=0,32$ $T=-1,72$ $Df=257$ $p=0,001$).

Μετά τον υπολογισμό του τύπου Eta square ³¹για όλες τις μεταβλητές φάνηκε πως παρόλο που η επίδραση της ύπαρξης μυοσκελετικού προβλήματος έχει στατιστική σημαντικότητα ή πραγματική διαφορά είναι μεγάλη μόνο στις μεταβλητές ηλικία (Eta square=0,11), απουσία από την εργασία (Eta square=0,10), ένταση του πόνου (Eta square=0,43), σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας (Eta square=0,31) και την συνολική υποκειμενική αντίληψη της υγείας (Eta square=0,21).

Αντίθετα η πραγματική διαφορά των μέσων όρων είναι μικρή για τις διαστάσεις της συνολικής πνευματικής διάστασης της ποιότητας της υγείας (Eta square=0,01), της συνολικής αισιοδοξίας (Eta square=0,04) και της απαισιοδοξίας (δες τον πίνακα 14).

Μέτρια επίδραση είχε η ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων στους μέσους όρους της μεταβλητής χρόνια εργασία (Eta square=0,08).

³¹ Για τον υπολογισμό του πραγματικού μεγέθους της επίδρασης της μεταβλητής «ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος» στους μέσους όρους των μεταβλητών που μελετήθηκαν, χρησιμοποιήθηκε ο υπολογισμός του δείκτη Eta square $=t^2/t^2+(N1+N2-2)$. (Cohen's 1988)

IV.5.3. Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των νοσηλευτών

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση διαφορών στο φύλο και την διάθεση της αισιοδοξίας, την λήψη αναρρωτικών αδειών, την συνολική σωματική και πνευματική υγεία, την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία. (πίνακας 9)

Πίνακας 9. Οι μεταβλητές κατά φύλο: μέσοι όροι και διαφορά των μέσων όρων.

METABΛΗΤΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			p=
	N	x	(SD)	N	x	(SD)	test
Ηλικία	50	38,7	(8,4)	222	37,6	(8,5)	0,894
Αριθμός τέκνων	54	1,1	(1,1)	221	1,1	(1,0)	0,212 [#]
Ημέρες Απουσίας	54	5,5	(17,4)	222	2,9	(7,8)	-1,900 [#]
Ένταση Πόνου	54	1,8	(1,9)	222	1,9	(2,3)	-0,004
PCS12	50	46,3	(9,4)	209	45,1	(11,1)	0,684
MCS12	50	46,6	(8,4)	209	44,8	(10,1)	1,118
Συνολική Αισιοδοξία	54	14,6	(3,9)	222	14,4	(4,1)	0,306
Αισιοδοξία	54	8,2	(2,2)	221	7,7	(2,4)	1,298
Απαισιοδοξία	54	5,5	(2,5)	221	5,2	(2,5)	0,810

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση. test= μη παραμετρικό Mann Whitney αν σημαίνεται με [#], t-test αλλιώς. p= p-value (αμφίπλευρη).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες μεταξύ των δύο φύλων, όπως φαίνεται και στον πίνακα 9, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό.

IV.5.4. Σύγκριση ανάμεσα στις διάφορες ηλικιακές ομάδες

Για την σύγκριση ανάμεσα σε τρεις ηλικιακές ομάδες (22-34, 35-45, 46 +) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (One way Anova) για τα τελικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων της ποιότητας της ζωής και της αισιοδοξίας καθώς και του πόνου.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			Νεαροί	Μεσήλικες	Υπερήλικες
			22-34	35-45	46+
	F	df	M ±SD	M ±SD	M ±SD
Ημέρες Απουσίας	15,068	2,256	0,52 ±201	2,9 ±6,1	10,07 ±20,3
Ένταση Πόνου	7,298	2,256	1,2 ±1,9	2,4 ±2,3	2,2 ±2,1
PCS12	10,126*	2,256	49,2 ±9,1	44,1 ±10,9	41,4 ±11,6
MCS12	0,972	2,256	46,1 ±9,0	45,1 ±10,5	43,6 ±9,3
Lot-R	1,121	2,256	14,9 ±3,7	14,1 ±4,2	14,1 ±4,1
Αισιοδοξία	0,120	2,273	7,7 ±2,1	7,7 ±2,4	7,9 ±2,9
Απαισιοδοξία	4,411*	2,272	4,7 ±2,3	5,6 ±2,6	5,8 ±2,5
Χρόνια εργασίας	263,557	2,256	4,3 ±3,4	15,8 ±5,2	22,6 ±5,3

Πίνακας 10. Ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα για νεαρούς, μεσήλικες και υπερήλικες

F=λόγος, df=βαθμοί ελευθερίας, M=μέσος όρος SD= τυπική απόκλιση

* p<0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

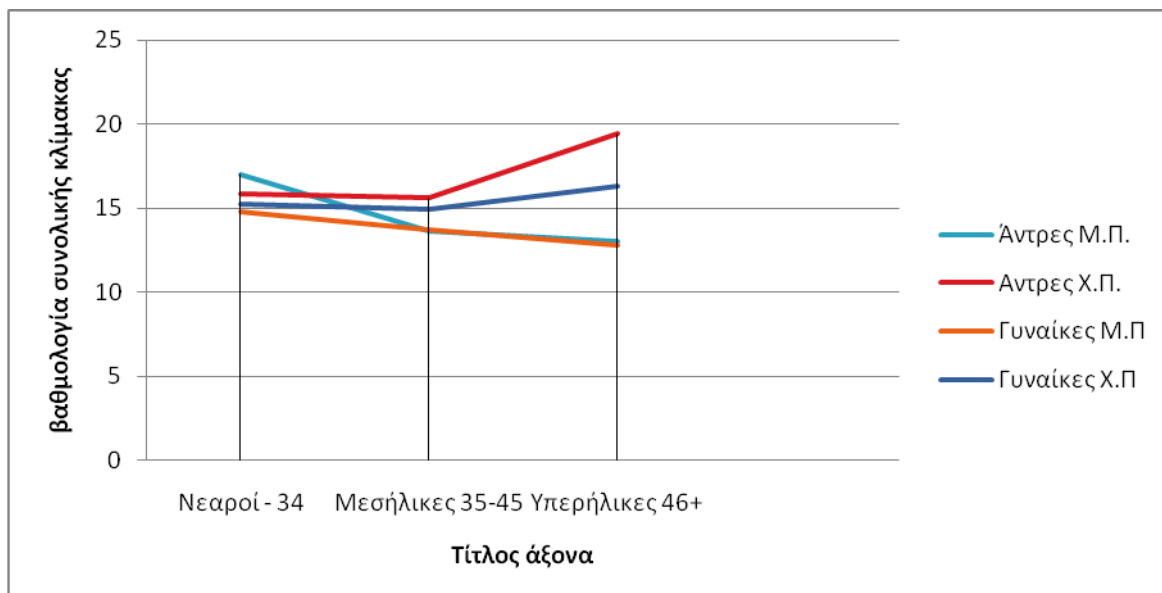
Μετά τον έλεγχο ομοιογένειας και την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς(παράρτημα) στατιστικά σημαντικές διαφορές καταδείχθηκαν μόνο σε σχέση με τη συνολική σωματική ποιότητα της υγείας ανάμεσα στους νεαρούς ενήλικες (MO=49,26, SD=9,11), όπου με την εφαρμογή του κριτηρίου *Bonferonni* βρίσκουμε πως ο μέσος όρος

εμφανίζεται σημαντικά υψηλότερος $F(2,256)= 10,126$ για $p=0,001$ από τους μεσήλικες ($MO=44,16$, $SD=10,92$) με μέση διαφορά=5,10557 $p=0,002$, (δες πίνακα 18) και τους υπερήλικες ($MO=41,40$, $SD=11,66$), όπου $F(2,256)= 10,126$, $p=0,001$ και η μέση διαφορά=7,86456 για $p=0,001$.

Τέλος η κλίμακα της απαισιοδοξίας εμφανίζει σημαντική διαφορά ανάμεσα στους νεαρούς και τους μεσήλικες με μέση διαφορά =0,88, $p=0,030$ και οι νεαροί με τους υπερήλικες με μέση διαφορά =1,09 και $p=0,48$.

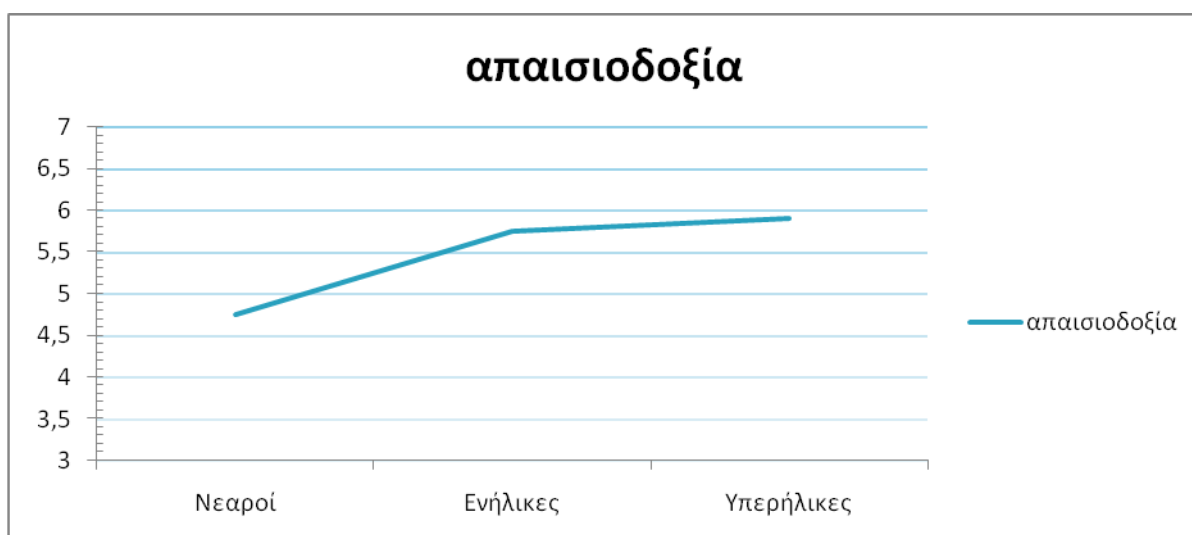
Η συνολική αισιοδοξία δεν εμφανίζει σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις 3 ηλικιακές ομάδες όπως φαίνεται και παραστατικά στην εικόνα 1.

Εικόνα 1. Σύγκριση διαφορών της διάθεσης της αισιοδοξίας σε άντρες και γυναίκες με μυοσκελετικό πρόβλημα



Μ.Π.=μυοσκελετικό πρόβλημα Χ.Π.=υγιής πληθυσμός

Εικόνα 2. Διαφορές στις τιμές της απαισιοδοξίας σε σχέση με τρεις ηλικιακές ομάδες



IV.5.5. Έλεγχος κατηγορικών μεταβλητών σε σχέση με την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων

Εφαρμόστηκε η δοκιμασία χ^2 για να ελέγξουμε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στους νοσηλευτές με μυοσκελετικά προβλήματα και σε αυτούς χωρίς μυοσκελετικά προβλήματα για τις κατηγορικές μεταβλητές του φύλου, του εισοδήματος, της εκπαίδευσης, του τόπου διαμονής, της οικογενειακής κατάστασης, της λήψης αναρρωτικής αδείας και του τμήματος εργασίας.

Πίνακας 11. Δοκιμασία χ^2 για άντρες και γυναίκες

Ύπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		Άντρες		Γυναίκες		Σύνολο	
Ναι	N	29	10,5%	128	46,4%	157	56,9%
Όχι	N	25	9,1%	94	34,1%	119	43,1%
Σύνολο	N	54	19,6%	222	80,4%	276	100,0%

$\chi^2 = -0,032$ $p = 0.599$

Πίνακας 12. Δοκιμασία χ^2 για το εισόδημα

Ύπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		0-1000euro		1000-1999 euro		2000< euro		Σύνολο	
Ναι	N	32	11,6%	114	41,3%	11	4,0%	157	56,9%
Όχι	N	28	10,1%	78	28,3%	13	4,7%	119	43,1%
	N	60	21,7%	192	69,6%	24	8,7%	276	100,0%

$\chi^2 = -1,989$ $p = 0.370$

Πίνακας 13.Δοκιμασία χ^2 για τον τόπο διαμονής

Υπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		Αθήνα		Εκτός Αθηνών		Σύνολο	
Ναι	N	121	43,8%	26	13%	157	56,9%
Όχι	N	89	32,2%	30	10,9%	119	43,1%
Σύνολο	N	210	76,1%	66	23,9%	276	100%

$\chi^2 = -0,193$ $p = 0.660$

Πίνακας 14.Δοκιμασία χ^2 για την οικογενειακή κατάσταση

Υπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		Ελεύθερος		Παντρεμένος-η		Διαζευγμένος-η		Χήρος-α		Σύνολο	
Ναι	N	37	(13,4%)	107	(38,8%)	12	(4,3%)	1	(0,4%)	157	(56,9%)
Όχι	N	40	(14,5%)	72	(26,1%)	5	(1,8%)	2	(0,7%)	119	(43,1%)
Σύνολο	N	77	(27,9%)	179	(64,9%)	17	(6,2%)	3	(1,1%)	276	(100,0%)

$\chi^2 = -5,040$ $p = 0.169$

Πίνακας 15.Δοκιμασία χ^2 για την σχέση της εκπαίδευσης με την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων

Υπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		Εκπαίδευση				Σύνολο
		Δημοτικό	Γυμνάσιο-λύκειο	ΑΕΙ-ΤΕΙ	Μεταπτυχιακό-διδαστορικό	
Ναι	N	6(3,8%)	53(33,8%)	86(54,8%)	12(7,6%)	157
Όχι	N	2(1,7%)	21(17,6%)	77(64,7%)	19(16,0%)	119
Σύνολο	N	8(2,9%)	74(26,8%)	163(59,1%)	31(11,2%)	276

$\chi^2 = -12,929$ $p = 0.005$

Πίνακας 16. Δοκιμασία χ^2 για την σχέση της αναρρωτικής αδείας με την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων

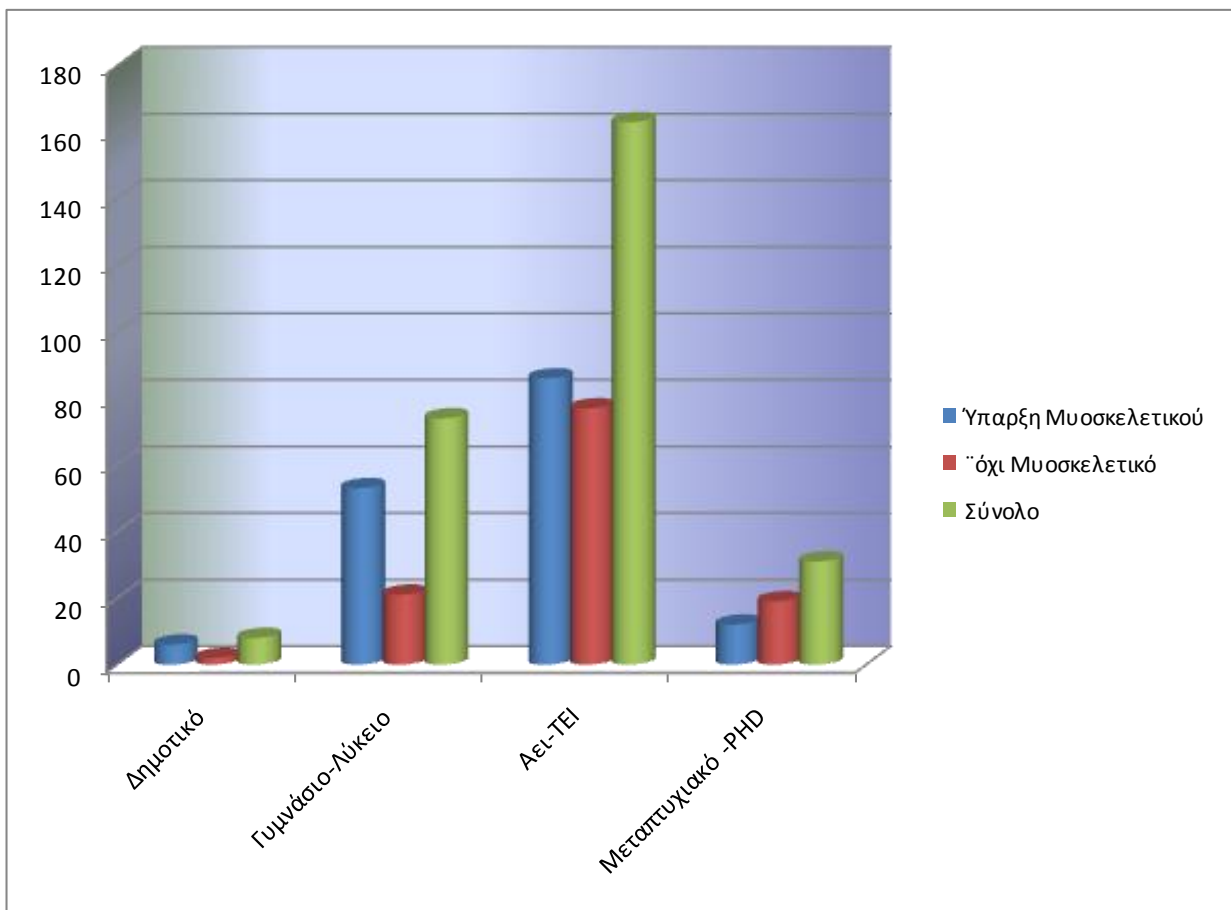
		Άδεια αναρρωτική		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Υπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος	Ναι	70(44,6%)	87(55,4%)	157
	Όχι	0(0%)	119(100,0%)	119
Σύνολο		70(25,4%)	206(74,6%)	276
$\chi^2 = -71,087$ $p = 0.001$				

Πίνακας 17.δοκιμασία χ^2 για την σχέση του τομέα εργασίας με την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων

Υπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		Παθολογικό τμήμα	Χειρουργικό τμήμα	Μονάδες- χειρουργεία	Εργαστήρια	Σύνολο
Ναι	Άτομα	43(29,3%)	34(23,1%)	47(32,0%)	23(15,6%)	147
Όχι	Άτομα	35(32,1%)	16(14,7%)	26(23,9%)	32(29,4%)	109
Σύνολο	Άτομα	78(30,5%)	50(19,5%)	73(28,5%)	55(21,5%)	256
$\chi^2 = -9,380$ $p = 0.025$						

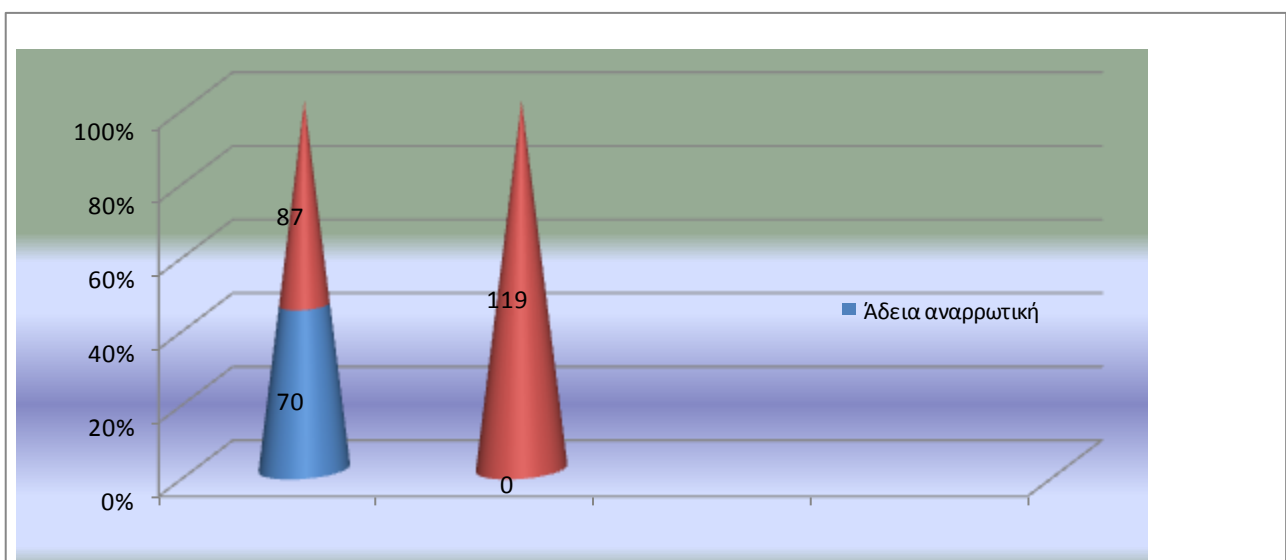
Από την παραπάνω δοκιμασία φάνηκε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος μόνο με την λήψη αναρρωτικής αδείας $\chi^2 = 71,08$, $p(2\text{-sided}) = 0,0015$, το τμήμα εργασίας $\chi^2 = 9,38$, $p(2\text{-sided}) = 0,025 < 0,05$ και το επίπεδο σπουδών $\chi^2 = 12,92$, $p(2\text{-sided}) = 0,0015$

Οι πιο σημαντικές σχέσεις φαίνονται παραστατικά στις παρακάτω εικόνες 3-4 και 5)



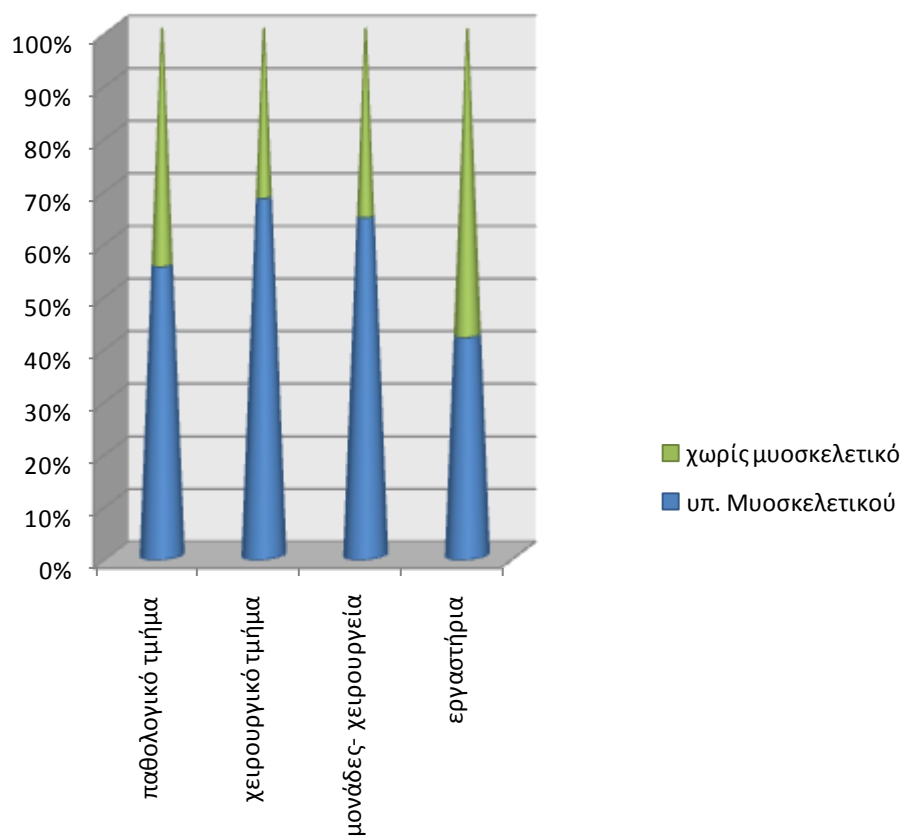
άξονας ψ= αριθμός ατόμων ανά κατηγορία

Εικόνα 3:Διάγραμμα της σχέσης του επιπέδου εκπαίδευσης με την ύπαρξη ή όχι μυοσκελετικής διαταραχής.



άξονας ψ= ποσοστά επί τις εκατό

Εικόνα 4:Διάγραμμα για την σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος και τις μέρες λήψης αναρρωτικής αδείας στους Νοσηλευτές με μυοσκελετικό πρόβλημα(1^η στήλη) και χωρίς (2^η στήλη)



Υπ.= ύπαρξη

Εικόνα 5: Διάγραμμα ποσοστών για την ύπαρξη μυοσκελετικής διαταραχής στους νοσηλευτές ανάλογα με το τμήμα εργασίας .

IV.5.6.Ανάλυση συσχέτισης

Για να εξεταστούν οι 6 πρώτες υποθέσεις της παρούσας έρευνας και να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην στάση της αισιοδοξίας και τις παραμέτρους της ποιότητας της υγείας εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation) Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται παρακάτω.

Πίνακας 18:Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων της ποιότητας της υγείας, του πόνου και της διάθεσης της αισιοδοξίας

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Ηλικία	1											
2.Εισόδημα	0,251**	1										
3.Εκπαίδευση	-0,213**	0,257**	1									
4.Αριθμός τέκνων	0,424**	0,232**	-0,156*	1								
5.Ημέρες Απουσίας	0,319**	-0,003	-0,213**	0,057	1							
6.Ένταση Πόνου	0,204**	0,044	-0,161**	0,108	0,284**	1						
7.PCS12	-0,305**	0,079	0,317**	-0,173**	-0,338**	-0,580**	1					
8.MCS12	-0,082	0,040	0,076	-0,040	-0,097	-0,150*	0,106	1				
9.LOT-R	-0,098	-0,042	0,122	-0,062	-0,138*	-0,237**	0,292**	0,398**	1			
10.Αισιοδοξία	-0,003	-0,055	0,026	-0,005	-0,088	-0,198**	0,236**	0,302**	0,825**	1		
11.Απαισιοδοξία	0,157*	0,016	-0,174**	0,097	0,140*	0,196**	-0,248**	-0,359**	-0,837**	-0,383**	1	
12.Έτη εργασίας	0,878**	0,240**	-0,200**	0,414**	0,303**	0,199**	-0,284**	-0,118	-0,065	0,030	0,135*	1

******. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.01 (αμφίπλευρη).

*****. Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο 0.05 (αμφίπλευρη).

N=257

Η ένταση του πόνου σχετίζεται θετικά με την ηλικία και τις μέρες αναρρωτικής αδείας που παίρνουν οι εργαζόμενοι και σχετίζεται αρνητικά με την συνολική σωματική ποιότητα της υγείας του SF12 και την διάθεση της αισιοδοξίας.

Η διάθεση της αισιοδοξίας σχετίζεται αρνητικά με την ένταση του πόνου και θετικά με την σωματική και πνευματική συνολική ποιότητα της υγείας.

Η τιμή p που ορίστηκε να παρέχει στατιστική σημαντικότητα είναι $p < 0,05$.

Από την εφαρμογή των συσχετίσεων ανάμεσα στις ποσοτικές μεταβλητές προέκυψαν 56 αλληλοσυσχετίσεις στο SPSS. Για να υπερβαλλιστεί το ζήτημα των ψευδοπιθανοτήτων λόγω των πολλαπλών συσχετίσεων,³² χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Larzelere και Mulaik(1977)³³(Δαφέρμος 2005).(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ)

Οι ξεχωριστές κλίμακες αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας βλέπουμε να σχετίζονται μέτρια μόνο μεταξύ τους γεγονός που στηρίζει την υπόθεση της ύπαρξης δύο παραγόντων ενώ σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και με ισχυρή συσχέτιση με την συνολική κλίμακα.

Η διάθεση της αισιοδοξίας σχετίζεται θετικά με την κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας την συνολική πνευματική υγεία, την συνολική σωματική υγεία και αρνητικά με την απαισιοδοξία και την ένταση του πόνου.

Αν συγκρίνουμε τις συσχετίσεις ανάμεσα στις κλίμακες αισιοδοξία και απαισιοδοξία με την συνολική κλίμακα της διάθεσης της αισιοδοξίας θα δούμε πως η συνολική κλίμακα παρουσιάζει παρόμοιου βαθμού συσχετίσεις με τις υπόλοιπες κλίμακες της ποιότητας ζωής όμως οι συσχετίσεις αυτές είναι πιο ισχυρές από ότι οι συσχετίσεις που δημιουργούνται από τις δυο ανεξάρτητες κλίμακες.

Ο πόνος σχετίζεται αρνητικά με την συνολική σωματική υγεία, ενώ παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την απαισιοδοξία, τα χρόνια εργασίας και την ηλικία (στο παράρτημα υπάρχει ο πίνακας συσχετίσεων σύμφωνα με τη μέθοδο Larzelere και Mulaik)

³² Τα αποτελέσματα του αρχικού πίνακα συσχετίσεων δεν έχουν ακρίβεια ως προς το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθώς οι πιθανότητες που παρατίθενται είναι ψευδοπιθανότητες, λόγω του ότι έχουν προέλθει από τεστ τα οποία σχεδιάστηκαν να δοκιμάζουν μία και μόνο συσχέτιση ως προς την σημαντικότητα (Δαφέρμος, 2005 σελ:402)

³³ Η μέθοδος στηρίζεται στην εφαρμογή του τύπου $0,05 / k-i+1$, όπου k είναι ο αριθμός των συνολικών συσχετίσεων και i είναι ο αύξων αριθμός της συσχέτισης όταν τοποθετηθεί σε πίνακα που μετράει τις συσχετίσεις από την μεγαλύτερη προς την μικρότερη χωρίς να ληφθεί υπόψιν το πρόσημο

IV.5.7.Ανάλυση παλινδρόμησης για PCS12

Για να εξετάσουμε την επίδραση της διάθεσης της αισιοδοξίας πάνω στην σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ποιότητα της υγείας και την διάσταση του πόνου, σχέση γνωστή τόσο από την παραπάνω ανάλυση διακύμανσης όσο και από την βιβλιογραφία, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ευθύγραμμης και της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης (linear Regression Analysis) (Tabachnick & Fidell, 1996).

Αρχικά εξετάστηκε η επίδραση του πόνου στις δύο κύριες κατηγορίες της ποιότητας της υγείας, την σωματική και την πνευματική διάσταση. Στην συνέχεια η επίδραση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής και στην σχέση ποιότητας ζωής και πόνου ενώ στην συνέχεια προστέθηκαν στο μοντέλο η ηλικία, η λήψη αναρρωτικής αδείας και η ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος.

Οι παράγοντες που συνέβαλλαν περισσότερο στην πρόβλεψη της ποιότητας της ζωής ήταν ο πόνος ($F(1,253)= 117,92$ $p< 0,001$, $R^2=0,31$), ο οποίος φάνηκε πως σχετίζεται σημαντικά με της σωματική διάσταση της ποιότητας της υγείας ανεξάρτητα από την διάθεση της αισιοδοξίας.

Για να βρούμε πιο ποσοστό της διακύμανσης εξηγείται από τις επιθυμητές μεταβλητές της αισιοδοξίας και του πόνου αφού έχει ελεγχθεί και αφαιρεθεί η επίδραση της ηλικίας και της ύπαρξης μυοσκελετικού προβλήματος, ελέγξαμε το R Square Change =0,426 που σημαίνει ότι ένα επιπλέον 42,6% της διακύμανσης της PCS12 εξηγείται από την αισιοδοξία και τον πόνο, ακόμα και μετά τον έλεγχο των υπολοίπων μεταβλητών.

Αυτή είναι μια στατιστικά σημαντική συνεισφορά όπως φαίνεται από την τιμή της στατιστικής σημαντικότητας $p=0,001$.

Το μοντέλο τέλος όταν συμπεριλάβει όλες τις μεταβλητές είναι σημαντικά στατιστικό [$F(4,254)=187,409$, $p< 0,0015$] δείχνει πως μόνο ο πόνος και η αισιοδοξία είχαν μια σημαντικά στατιστική συνεισφορά (λιγότερο από 0,005).

Κατά βαθμό σημαντικότητας οι μεταβλητές αυτές είναι: Ο πόνος (Beta= -0,36 μετά από στρογγυλοποίηση) και η διάθεση αισιοδοξίας των υποκειμένων (Beta=0,13 μετά από στρογγυλοποίηση).

Ούτε η ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος ούτε η ηλικία ούτε η λήψη αναρρωτικής αδείας συνεισφέρουν ανεξάρτητα στο 4^ο μοντέλο καθώς δεν έδειξαν στατιστική σημαντικότητα οπότε και αφαιρέθηκαν από το μοντέλο. Στον πίνακα 15 φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης για την σωματική

διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής. Με γκρι είναι οι μεταβλητές που δεν συμμετέχουν στο μοντέλο.(Πίνακας 19)

Πίνακας 19.Ανάλυση παλινδρόμησης για την σωματική υγεία PCS12

Μοντέλο		R Square	Beta	t	Sig.
1	(σταθερά)			14,792	0,000
	Συνολική αισιοδοξία	8%	0,282	4,717	0,000
2	(σταθερά)			69,315	0,000
	Ένταση Πόνου	33%	-0,577	-11,334	0,000
3	(σταθερά)			20,465	0,000
	Συνολική αισιοδοξία	35.7%	0,159	3,089	0,002
	Ένταση Πόνου		-0,541	-10,513	0,000
4	(σταθερά)			8,750	0,000
	Συνολική αισιοδοξία	42.6%	0,133	2,702	0,007
	Ένταση Πόνου		-0,364	-5,854	0,000
	Ηλικία		-0,140	-2,712	0,007
	Άδεια αναρρωτική		0,027	,462	0,645
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		0,230	3,493	0,001

a. εξαρτημένη μεταβλητή: PCS12

1,2,3=Enter, 4=Backwards

IV5.8.Ανάλυση παλινδρόμησης για MCS12

Όταν εφαρμόστηκαν τα παραπάνω βήματα για την μέτρηση της συμμετοχής των ίδιων ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή της συνολικής συναισθηματικής ποιότητας της υγείας MCS12, βρέθηκε πως το μοντέλο στο σύνολο του εξηγεί το 15,2 %, (R Square=0,152). Ο πόνος από μόνος του εξηγεί μόνο ένα 2,2%.(Πίνακας 20)

Η αισιοδοξία και ο πόνος εξηγούν το 15,5% της διακύμανσης της MCS12 αλλά μετά τον έλεγχο της επίδρασης της ηλικίας της αναρρωτικής αδείας και της ύπαρξης μυοσκελετικού προβλήματος στο μοντέλο ο πόνος δεν δείχνει στατιστικά σημαντική

συνεισφορά και μόνο η αισιοδοξία αποτελεί τον βασικό παράγοντα που συνεισφέρει στο μοντέλο. Το μοντέλο σαν σύνολο είναι στατιστικά σημαντικό [$F(4,254)=14.455, p<0,05$].

Πίνακας 20.Ανάλυση παλινδρόμησης για την πνευματική υγεία MCS12

Μοντέλο

		R Square	Beta	t	Sig.
1	(σταθερά)			15,601	0,001
	Συνολική αισιοδοξία	15,2%	0,389	6,774	0,001
2	(σταθερά)			57,682	0,001
	Ένταση Πόνου	2,2%	-0,148	-2,403	0,017
3	(σταθερά)			14,559	,000
	Συνολική αισιοδοξία	15,5%	,375	6,355	,000
	Ένταση Πόνου	2,2%	-,063	-1,064	,288
4	(σταθερά)			15,601	0,001
	Συνολική αισιοδοξία	0,152	0.389	6,774	0,001
	Άδεια αναρρωτική		,037 ^d	,624	,533
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος		,025 ^d	,426	,670
	Ηλικία		-,053 ^d	-,920	,358
	Ένταση πόνου		-,063 ^d	-1,064	,288

Εξαρτημένη μεταβλητή : MCS12

1,2,3=Enter, 4=Backwards

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το έναυσμα για την παρούσα μελέτη αποτέλεσε το μοντέλο του Lindstrom για την μελέτη της ποιότητας της ζωής που αφορά την ψυχολογία (Lindstrom, 1995) σύμφωνα με το μοντέλο αυτό χρειάζονται ορισμένοι παράγοντες για την διατήρηση της ποιότητας της ζωής. Η αισιοδοξία αποτελεί τον ένα από τους δύο παράγοντες μαζί με την αυτοεκτίμηση, της εσωτερικής ισορροπίας η οποία αλληλεπιδρά με τις εξωτερικές συνθήκες της ζωής (νόσος) και τις διαπροσωπικές σχέσεις για να ορίσουν την ποιότητα της ζωής.

Αρχόμενοι από το εν λόγω μοντέλο αποφασίσαμε να ελέγξουμε τον ένα από τους δύο παράγοντες που αφορούν τον κλάδο της ψυχολογίας και είναι η αισιοδοξία.

Η παρούσα μελέτη/έρευνα αποτελεί στην ουσία το συνδυασμό δύο ανεξάρτητων μελετών. Η πρώτη μελέτη που πραγματοποιήθηκε, ήταν η μετάφραση και πολιτιστική προσαρμογή του ερωτηματολογίου στάσης απέναντι στη ζωή (LOT-R) στον πληθυσμό των ενηλίκων (υγιών και μη νοσηλευτών) στην Ελλάδα. Η δεύτερη μελέτη ήταν μια περιγραφική συγκριτική μελέτη ασθενών – μαρτύρων η οποία είχε ως σκοπό τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών με μυοσκελετικό πρόβλημα, τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν, τη σχέση της με τη διάθεση της αισιοδοξίας που μετράται με το παραπάνω ερωτηματολόγιο και τη σύγκρισή της με την ποιότητα ζωής νοσηλευτών χωρίς μυοσκελετικό πρόβλημα. Η πρώτη μελέτη αποτελούσε προϋπόθεση για τη διενέργεια της δεύτερης.

Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου για την μέτρηση της διάθεσης της αισιοδοξίας διήρκησε περίπου τρεις μήνες. Η μετάφραση αυτή πραγματοποιήθηκε ακολουθώντας τα βήματα της «γλωσσικής επικύρωσης», η οποία είχε ως στόχο τη δημιουργία μιας ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου, πολιτιστικά σχετικής και αποδεκτής στον ελληνικό πληθυσμό η οποία θα ήταν εννοιολογικά ισοδύναμη με το αρχικό (αμερικάνικο) ερωτηματολόγιο. Η διαδικασία της μετάφρασης δεν αποτέλεσε ιδιαίτερο πρόβλημα για την τοπική ομάδα έρευνας δεδομένης της απλότητας και της συντομίας του αρχικού εργαλείου. Οι έννοιες του αρχικού εργαλείου αποδόθηκαν με ευκολία στην ελληνική

γλώσσα και χρειάστηκαν ελάχιστες αλλαγές που αφορούσαν τη φρασεολογία και τους ιδιοματισμούς.

Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου LOT (Scheier and Carver, 1985) ήταν ήδη μεταφρασμένο (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούση, 2002) αλλά δεν είχε υποστεί πειραματική εφαρμογή σε σχέση με την αναθεωρημένη του μορφή που περιλαμβάνει 10 αντί 12 ερωτήσεων και σε παρόμοιο δείγμα. (Scheier & Carver, 1992)

Για να αξιολογηθεί η σαφήνεια, η καταλληλότητα και η πολιτιστική σχετικότητα της ελληνικής έκδοσης του LOT-R πραγματοποιήθηκε πειραματική εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε νοσηλευτές υγιής και πάσχοντες από μυοσκελετικά άλγη προερχόμενα από τον χώρο εργασίας. Μετά από συνεντεύξεις που έγιναν οι νοσηλευτές εξέφρασαν την άποψή τους για τη σαφήνεια και τον τρόπο διατύπωσης του ερωτηματολογίου. Και σε αυτή την περίπτωση οι αλλαγές που χρειάστηκαν ήταν λίγες. Από αυτή τη διαδικασία προέκυψε η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου (Παράρτημα).

Για την ολοκλήρωση της πολιτιστικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου στον πληθυσμό των ενηλίκων (νοσηλευτών) με μυοσκελετικό πρόβλημα στην Ελλάδα, χρειάστηκε να γίνει αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του στον πληθυσμό αυτό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστηρίζουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του εργαλείου στον πληθυσμό των ενηλίκων με μυοσκελετικά προβλήματα στον ελληνικό χώρο.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ως προς το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων (internal consistency reliability) με τη χρήση του συντελεστή Cronbach α. Ο συντελεστής Cronbach α, τόσο για τις αναφορές των νοσηλευτών στην πρώτη όσο και στην επαναληπτική μέτρηση (test retest) μετά από διάστημα τριών μηνών, σε γενικές γραμμές πλησίασε ή και ξεπέρασε το συνιστώμενο για συγκρίσεις μεταξύ ομάδων όριο του 0,70 και συνάδει με τα αποτελέσματα από την γαλλική στάθμιση του ερωτηματολογίου, που ήταν 0,71 (Allison, et al. 2003). Είναι επίσης σύμφωνα με την προσαρμογή που είχε πραγματοποιηθεί από τους Μαμαλάκη και Τριλίβα σε δείγμα 115 ενηλίκων όπου και εκεί ήταν 0,72 με την διαφορά ότι στην μελέτη εκείνη η μετάφραση ήταν διαφορετικά αποδομένη στην ελληνική γλώσσα (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούση, 2002). Επίσης παρόμοια αποτελέσματα βρήκαν και οι Lilioys και συνεργάτες στην στάθμιση του εργαλείου στα φιλανδικά σε ασθενείς με πρόβλημα υγείας (Gustavsson-Lilius, Julkunen, & Hietanen, 2007).

Οι συντελεστές α Cronbach της αξιοπιστίας ως προς το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων αντιπροσωπεύουν το χαμηλότερο όριο της πραγματικής αξιοπιστίας ενός εργαλείου μέτρησης και κατά συνέπεια αποτελούν μια συντηρητική εκτίμηση της πραγματικής αξιοπιστίας του. Με βάση τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου για τη διάθεση της αισιοδοξίας είναι αξιόπιστη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της αισιοδοξίας – απαισιοδοξίας σε ενήλικες με μυοσκελετικό πρόβλημα, καθώς και για τη διενέργεια συγκρίσεων με ενήλικες χωρίς μυοσκελετικό πρόβλημα.

Αναφορικά με την μέτρηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου θα πρέπει να αναφερθεί, πως σε ιδανικές συνθήκες καλό θα ήταν η στάθμιση του ερωτηματολογίου να γίνει σε σύγκριση με ένα άλλο ερωτηματολόγιο, που να μετράει την ίδια διάσταση. Συγκεκριμένα στην βιβλιογραφία (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986) υπάρχουν δύο άλλες κλίμακες με σκοπό να μετρήσουν κατά προσέγγιση την ίδια ποιότητα. Συγκεκριμένα η μια από αυτές τις κλίμακες είναι η κλίμακα απόγνωσης «Hopelessness Scale» (Beck, et al. 1974).

Αυτή η κλίμακα είναι παρόμοια στο σχεδιασμό με το LOT, αλλά έχει περισσότερα ερωτήματα, αξιολογώντας τις συναισθηματικές εμπειρίες του ερωτώμενου και δεν ασχολείται με το θέμα των τάσεων (εκτός από τις προσδοκίες). Ένα άλλο ενδεχομένως σχετικό μέτρο είναι η κλίμακα γενικευμένης προσδοκίας για την επιτυχία «the Generalized Expectancy for Success Scale» (Fibell and Hale, 1978), η οποία μετρά την αισιοδοξία με να ζητήσει από τους ερωτώμενους να υποδείξουν τις συγκεκριμένες προσδοκίες τους σε διάφορες συγκεκριμένες περιοχές της ζωής. Καμία όμως από τις δύο αυτές κλίμακες δεν έχει σταθμιστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την μέτρηση της εγκυρότητας του LOT-R, στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο και σύμφωνα με τον προγραμματισμένο χρόνο ολοκλήρωσης της μελέτης στα πλαίσια μιας μεταπτυχιακής διατριβής. Ίσως το επόμενο βήμα για τον έλεγχο του LOT θα ήταν η μετάφραση και χρήση των δύο αυτών ψυχομετρικών εργαλείων σε μία νέα μελέτη.

Μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας, αποφασίστηκε η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) του ερωτηματολογίου να αξιολογηθεί με τον υπολογισμό των ενδοσυσχετίσεων, ανάμεσα στην συνολική κλίμακα και τα υποερωτήματα του ερωτηματολογίου Lot-R με μία κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας τύπου VAS (Lai και Yue 2000). Τα αποτελέσματα από τις κλίμακες του ερωτηματολογίου συσχετίστηκαν με τα συνολικά τους αποτελέσματα αντίστοιχα.

Πρέπει να αναφερθεί πως η υιοθέτηση μιας κλίμακας ενός ερωτήματος για την σφαιρική έκφραση της αισιοδοξίας δεν είναι ασυνήθιστη. Η έρευνα έδειξε ότι οι κλίμακες

ενός στοιχείου της αισιοδοξίας συσχετίζονται θετικά ($r = 0.55$) με τις κλίμακες αισιοδοξίας περισσότερων ερωτημάτων (40 στοιχεία) (Dember et al.1989)και έχουν λάβει καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων στον υγιή πληθυσμό (Kreitler, Chaitchik, et al. 1993). Μειώνουν επίσης το φορτίο αξιολόγησης για τους άρρωστους ασθενείς, στην φάση της χορήγησης μιας ομάδας ερωτηματολογίων (C. Yu, et al. 2001). Η εγκυρότητα της μονοθεματικής κλίμακας μέτρησης για την αισιοδοξία που υιοθετήσαμε, αποτελεί ένα εργαλείο που συγκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό με την χρησιμοποίηση των εργαλείων μέτρησης πολλαπλών ερωτημάτων όπως με το τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT), καθώς μέσα από την βιβλιογραφική έρευνα φάνηκε πως ένα μονοθεματικό ερώτημα μέτρησης της αισιοδοξίας εξηγεί κατά μέσο όρο το 29% της διακύμανσης στην μέτρηση της υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας ζωής, ποσοστό κατά προσέγγιση ίσο με τα τρία τέταρτα της διακύμανσης που υπολογίζεται από το σύνολο της μέτρησης με το Lot (Carver, Pozo, et al 1994), (Yu, Fielding and Chan 2003), (Kreitler, Chaitchik, et al. 1993).

Όπως έδειξε και η συσχέτιση των δύο κλιμάκων υπάρχει υψηλή στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην αισιοδοξία της μονοθεματικής κλίμακας και το Lot-R $r = 0,731$ για $p < 0,001$ γεγονός που ενισχύει την εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με αυτά των αρχικών αμερικάνικων εκδοχών των δημιουργών του Scheier και Carver, (Scheier & Carver, 1985) (Scheier & Carver, 1992)εξήχθησαν τα παρακάτω συμπεράσματα.

Οι συντελεστές α Cronbach της αξιοπιστίας ως προς το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων ήταν μικρότεροι για το ελληνικό δείγμα των ενηλίκων όμως δεν βγαίνουν από το όριο αποδοχής του 0,650 για την μέτρηση της αξιοπιστίας.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις για την επαναληπτική μέτρηση μετά από 3 μήνες εκεί ο συντελεστής Pearson ήταν μεγαλύτερος ($r = 0.669$ για $p < 0,001$) σε σχέση με το αρχικό αμερικανικό ερωτηματολόγιο στο οποίο οι συσχετίσεις κυμαίνονταν από 0,68 στους τέσσερις μήνες, μειώθηκαν στο 0,60 και 0,56 στο χρόνο και τα δύο χρόνια και ανέβηκαν στους 28 μήνες στο 0,79 καταδεικνύοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο εσωτερικής εγκυρότητας. Οι παραπάνω όμως διαφορές είναι μικρές και έτσι δεν επηρεάζουν την αξία των αποτελεσμάτων της ελληνικής έρευνας.

Όσον αφορά της ενδοσυσχετίσεις του Lot-R με όλα τα ερωτήματα, βρέθηκε πως όλα τα ερωτήματα έχουν θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συνολικό αποτέλεσμα από $r = 0,50$ έως 0,73για $p < 0,001$, γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα περιεχομένου του ερωτηματολογίου και όταν οι συσχετίσεις ελεγχθούν για διόρθωση της

κλίμακας με αφαίρεση του κάθε υπό ερωτήματος (Corrected Item-Total Correlation) τότε τα αποτελέσματα πλησιάζουν τα αρχικά με μείωση στα ερωτήματα 3 και 10 (δες πίνακα 21)

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις βρέθηκαν υψηλότερες στους υγιής έλληνες σε σχέση με τους αμερικανούς, ενώ στους ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα βρέθηκαν λίγο χαμηλότερες από τα αμερικανικά αποτελέσματα, που όμως αφορούσαν ασθενείς με καρδιολογικό και όχι μυοσκελετικό πρόβλημα. (δες πίνακα 22)

Η παραγοντική ανάλυση των έξι στοιχείων του ερωτηματολογίου κατά την πρώτη φάση της ορθογώνιας ανάλυσης ανέδειξε την φόρτιση των ερωτημάτων στον ένα παράγοντα με ποσοστά από 0,44 έως 0,76. Ο ένας αυτός παράγοντας ερμήνευσε το 42% της διακύμανσης ενώ στους αμερικανούς ο ένας παράγοντας που χρησιμοποιούν, φαίνεται να ερμηνεύει το 48,1% της διακύμανσης.

Πίνακας 21. Σύγκριση των ενδοσυσχετίσεων των ερωτημάτων με την συνολική κλίμακα ανάμεσα στην ελληνική και τις αρχικές μετρήσεις

	Corrected Item-Total Correlation		Cronbach's Alpha if Item Deleted	
	ελληνικό	Αμερικ.	Ελληνικό	Αμερικ.
1	0,43	0,43	0,68	0,77
3	0,27	0,48	0,72	0,76
4	0,41	0,50	0,68	0,75
7	0,57	0,63	0,63	0,72
9	0,56	0,57	0,64	0,73
10	0,44	0,56	0,68	0,74

Πίνακας 22.

Σύγκριση ανάμεσα στους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις για έλληνες και αμερικανούς.

	Υγιείς						Ασθενείς					
	Έλληνες	USA	Έλληνες		USA		Έλληνες	USA	Έλληνες		USA	
Φύλο	N	N	M	±SD	M	±SD	N	N	M	±SD	M	±SD
Σύνολο	119	2055	15,47	±3,98	14,33	±4,28	157	159	13,68	±4,09	15,16	±4,05
Άντρες	25	1394	16,04	±4,17	14,28	±4,33	29	122	13,37	±3,27	15,24	±4,09
Γυναίκες	94	622	15,31	±3,93	14,42	±4,12	128	37	13,75	±4,26	14,92	±3,97

Για να δούμε αν μπορούμε να αυξήσουμε το ποσοστό της διακύμανσης που μπορεί να ερμηνευτεί από τους παράγοντες προχωρήσαμε στην δεύτερη φάση της περιστροφής των παραγόντων με την διαδικασία της περιστροφής “Varimax”. Η περιστροφή των παραγόντων παρήγαγε δύο παράγοντες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες από 1 και εξήγησε το 62,7%, ποσοστό συγκριτικά καλύτερο σε σχέση με την γαλλική εκδοχή του ερωτηματολογίου στάσης απέναντι στη ζωή όπου εκεί η περιστροφή των δύο παραγόντων εξήγησε το 56,33% της διακύμανσης (Brenes et al,2002). Τα θετικά διατυπωμένα στοιχεία παρουσίασαν ισχυρή φόρτιση στον παράγοντα 1, ενώ τα αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία στον παράγοντα 2. Κανένα από τα στοιχεία δεν φόρτιζαν διαγωνίως στον άλλο παράγοντα. Κατά συνέπεια, τα θετικά και αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία υπολογίστηκαν στην αρχή κατά μέσο όρο χωριστά, δημιουργώντας χωριστά αποτελέσματα για την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία. Τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιπροσωπεύουν περισσότερη αισιοδοξία για τον ένα παράγοντα και περισσότερη απαισιοδοξία για τον δεύτερο παράγοντα.

Η εσωτερική εγκυρότητα (Internal consistency) για αυτά τα δύο μέτρα της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας ήταν 0,65 και ,071 αντίστοιχα.

Η σύγκριση με τον ένα παράγοντα που αναδείχτηκε από τους αμερικανούς φαίνεται στον πίνακα 23 όπου παρουσιάζονται οι ενδοσυσχετίσεις μετά από στατιστική διόρθωση των υποερωτημάτων με την συνολική κλίμακα, μαζί με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α για την κλίμακα, στην περίπτωση που έλειπε το κάθε υπό-ερώτημα. Όπως μπορεί κάποιος να δει οι συσχετίσεις ανάμεσα στην συνολική κλίμακα και τα υπο-ερωτήματα κυμαίνονται ανάμεσα στο 0,27 και το 0,57, λίγο δηλαδή πιο κάτω από τις αμερικανικές φορτίσεις όπου εκεί κυμαίνονταν από 0,43 έως 0,64 γεγονός που υποδεικνύει πως κάθε ερώτημα μετράει εσωτερικά την ίδια κατασκευή, όχι όμως σε τέτοιο βαθμό που να είναι περιττό στα άλλα ερωτήματα.

Επιπροσθέτως όλα τα ερωτήματα φαίνονται να προσδίδουν ισοδύναμα καθώς η πτώση του επιπέδου τους στον συντελεστή α ήταν σχετικά συγκρίσιμη με την αφαίρεση των ερωτημάτων στην κλίμακα.

Στη βιβλιογραφία σε διάφορες μελέτες υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι τα θετικά και τα αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία της κλίμακας χωρίζουν σε δύο παράγοντες (Chang, Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1994) (Marshall & Lang, 1990) (Chang & McBride, 1996) (Cheng & Hamid, 1997), όμως αυτό συνέβαινε πριν την αφαίρεση των δύο ερωτημάτων από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου το 1994.

Τα αποτελέσματα από τις μελέτες που χρησιμοποιούν παραγοντικές αναλύσεις επιβεβαίωσης (confirmatory) των παραγόντων τείνουν να υποστηρίζουν τη δισδιάστατη άποψη (Marshall & Lang, 1990) (Robinson-Whelan, Kim, MacCallum, & Kiecolt-Glaser, 1990), (Scheier & Carver, 1985).

Όμως παρά τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης που ανέδειξε μετά την περιστροφή των παραγόντων 2 παράγοντες, μέσα από την στατιστική μελέτη των μοντέλων που έχει πραγματοποιηθεί ήδη, συνάγεται το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει καμία εμπειρική ανάγκη για να χωριστεί το μοντέλο της διάθεσης της αισιοδοξίας (dispositional optimism) σε δύο χωριστούς παράγοντες την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία. Έτσι ακολουθώντας τις οδηγίες των δημιουργών και τα συμπεράσματα της τελευταίας βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα των διαστάσεων που εμπεριέχει το τεστ προσανατολισμού της ζωής και σύμφωνα με την οποία διαπιστώθηκε ότι η συνεργατικότητα των δυο αντίθετων παραγόντων δεν θα μπορούσε να υποτεθεί και ότι η αμφι-διαστατικότητα της αισιοδοξίας θα μπορούσε να προκληθεί ικανοποιητικά και από ένα πρότυπο δύο ορθογώνιων παραγόντων αντί δύο παραγόντων που έχουν υποστεί περιστροφή, αποφασίστηκε να ακολουθήσουμε τις αρχικές οδηγίες και να χρησιμοποιηθεί η μονή κλίμακα της διάθεσης της αισιοδοξίας στην παρούσα φάση της μελέτης (Vautier & Raufaste, 2006) (Vautier, Raufaste, & Cariou, 2003) αν και υπάρχει διαφορά στις φορτίσεις σε σχέση με τον κάθε παράγοντα στην δική μας έρευνα και σε αυτή των αμερικανών. (δες πίνακα 23)

Επειδή όμως κρίθηκε σημαντικό το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο έχει εξεταστεί σε άλλες μελέτες ως μονοκατευθυντικό κατασκεύασμα, για να επιτρέψουμε την εμφάνιση των αντιθέσεων μεταξύ της χρήσης των αποτελεσμάτων των δύο παραγόντων (της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας) και του συνολικού αποτελέσματος του LOT-R και οι τρεις κλίμακες LOT-R, αισιοδοξία, απαισιοδοξία, περιλήφθηκαν σε αυτήν την συσχετιστική ανάλυση.

Πίνακας 23 . Σύγκριση ανάμεσα στις φορτίσεις του Ελληνικού με το Αμερικάνικο ερωτηματολόγιο στην παραγοντική ανάλυση με περιστροφή Varimax

Ερωτήματα	Έλληνες 1	Αμερικάνοι 1
Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο	0,76	0,58
Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0,44	0,66
Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου	0,76	0,66
Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0,63	0,79
Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0,60	0,74
Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0,63	0,72

Μέθοδος εξαγωγής: Ανάλυση κύριων τμημάτων.

Μέθοδος περιστροφής: Varimax με την κανονικότητα Kaiser.

Σε αυτή μας την απόφαση συνέβαλε το γεγονός ότι η μέτρηση του δείκτη Cronback α για την μία από τις δύο κλίμακες δεν κρίθηκε ικανοποιητική καθώς ήταν $\alpha=0,60$ ενώ η συνολική κλίμακα είχε Cronback $\alpha=0,71$ και από τις συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές φάνηκε πως εμπειρικά δεν αποτελεί πρόβλημα η χρήση του ενός αντί των δύο παραγόντων καθώς τα αποτελέσματα είναι παρόμοια στο μέγεθος της επίδρασης τους σε σχέση με άλλες μεταβλητές.

Συγκεκριμένα η συνολική κλίμακα αφενός μεν έχει καλύτερο συντελεστή συσχέτισης με τις παραμέτρους ενδιαφέροντος που μετρούν την ποιότητα της υγείας, αφετέρου δε έχει εξίσου καλή και ισχυρή συσχέτιση και με την κλίμακα που μετρά ανεξάρτητα την αισιοδοξία και με την κλίμακα που μετρά την απαισιοδοξία.

Το γεγονός της μέτριας συσχέτισης των δύο ανεξάρτητων κλιμάκων αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας είναι περισσότερο αποτέλεσμα της στατιστικής δοκιμασίας της παραγοντικής ανάλυσης, η οποία προσπαθεί να βρει περισσότερους από έναν παράγοντες που να είναι όσο γίνεται πιο ανεξάρτητοι μεταξύ τους (Pallant, 2001)

Αν όμως πρέπει να συσχετίσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας μας με τις άλλες έρευνες πρέπει να πούμε πως η παρούσα μελέτη υποστηρίζει την υπόθεση εκείνη που λέει πως η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία, όπως μετριέται από το LOT-R, είναι χωριστά, κατά ένα μεγάλο μέρος ανεξάρτητα κατασκευάσματα όπως προτείνεται από τους προηγούμενους ερευνητές που εξέτασαν αυτήν την υπόθεση επάνω σε άλλα ενήλικα δείγματα (π.χ., Chang

et al., 1997; Marshall et al., 1992; Robinson-Whelen et al., 1997). Τα τρέχοντα αποτελέσματα συμβάλλουν στην παρούσα λογοτεχνία με την επίδειξη του της δις διαστατικότητας του LOT-R στον ελληνικό πληθυσμό.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως υπάρχει ένας μικρός βαθμός αμφιβολίας ως προς την αμφιδιαστατικότητα της παραγοντικής ανάλυσης των δεδομένων του LOT-R στις περισσότερες από τις εμπειρικές μελέτες (Vautier, Raufaste and Cariou, 2003), με συνέπεια το θέμα του καθορισμού των βασικών ψυχολογικών διαστάσεων που κρύβονται κάτω από τα στοιχεία του ερωτηματολογίου να είναι ακόμα ευρέως ανοικτό (Vautier, Raufaste and Cariou, 2003).

Κατά συνέπεια, θα απαιτηθούν περαιτέρω μελέτες για να αποφασίσουν μεταξύ των ανταγωνιστικών υποθέσεων, χρησιμοποιώντας πιθανώς περισσότερους πειραματικούς χειρισμούς. Το LOT-R ίσως θα μπορούσε πραγματικά να συλλάβει τις μεμονωμένες διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στη διπολική αισιοδοξία αν την θεωρήσουμε σαν μια προδιάθεση της προσωπικότητας και στην τάση να προβάλλει κάποιος την θετική πλευρά του εαυτού του³⁴.

Η αποδοχή του ερωτηματολογίου στον πληθυσμό των νοσηλευτών στην Ελλάδα ήταν αρκετά καλή αν λάβει κανείς υπόψη το γεγονός ότι από τα 350 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στην δεύτερη φάση της έρευνας επιστράφηκαν τα 278 ποσοστό γύρω στο 80 % του συνόλου. Η προσβασιμότητα των ερωτηματολογίων ήταν πολύ μεγάλη δεδομένου του γεγονότος ότι υπήρξαν ελάχιστες απώλειες στα δεδομένα των στοιχείων.

Το παραπάνω ενισχύουν την άποψη ότι η ελληνική έκδοχή του LOT-R είναι κατανοητή και εύκολη στη συμπλήρωση και ότι οι ενήλικες είναι ικανοί να δώσουν καλής ποιότητας δεδομένα για την διάθεση της αισιοδοξίας τους.

Από όλα τα παραπάνω συνάγεται ότι η στάθμιση της ελληνικής έκδοχής του LOT-R έχει επαρκή αποδοχή, προσβασιμότητα, αξιοπιστία και εγκυρότητα και καλύπτει ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα για να χρησιμοποιηθεί για τους σκοπούς μιας περιγραφικής συγκριτικής μελέτης ανάμεσα στην διάθεση της αισιοδοξίας και την ποιότητα ζωής ενηλίκων με Μ.Π. και χωρίς Μ.Π..

Περνώντας τώρα στο δεύτερο μέρος της έρευνας μας θα πρέπει να πούμε, πως η μελέτη της επίδρασης της διάθεσης της αισιοδοξίας πάνω σε άτομα με μυοσκελετικά προβλήματα ερευνάται για πρώτη φορά στην διεθνή βιβλιογραφία.

³⁴ Μέσα από την έρευνα του Vauter οι θετικές ερωτήσεις αποτέλεσαν έναν ανεξάρτητο παράγοντα που θεωρήθηκε από τους ερευνητές σαν ο παράγων ύψος απάντησης (Vautier, Raufaste, & Cariou, 2003)

Η έρευνα μέχρι σήμερα έχει εστιάσει πρώτιστα στην μελέτη της αισιοδοξίας σε σχέση με την έκβαση που αναμένεται για τα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα υγείας, όπως ο καρκίνος του μαστού (Carver et al., 1993), ομοφυλοφιλικά άτομα σε κίνδυνο για AIDS (Taylor et al., 1992), την ακαδημαϊκή προσαρμογή στο πανεπιστήμιο (Aspinwall & Taylor, 1992), τις στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)(Harju, & Bolen, 1998) (Myers & Steed, 1999)(Scheier & Carver, 1992), το στρες (Chang, 1998) και την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Carver & Gaines, 1987).

Οι μελέτες μέχρι σήμερα επίσης, έχουν εστιάσει κατά ένα μεγάλο μέρος σε δείγματα φοιτητών πανεπιστημίων και ενηλίκων. Το πεδίο της έρευνας που έχει εξετάσει τη φύση και τον αριθμό των παραγόντων που μετράει το LOT με ομάδες ειδικών κατηγοριών όπως οι νοσηλευτές είναι ακόμα καινούργιο, ούτε έχει υπάρξει έρευνα που έχει εξετάσει τις σχέσεις της αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας με άλλες εξωτερικές μεταβλητές για αυτήν την ομάδα.

Με βάση τις έρευνες που ανασκοπήσαμε ως εδώ, η διαστατικότητα του ερωτηματολογίου LOT παραμένει ασαφής και έχουν υπάρξει πολύ λίγες μελέτες που έχουν εξετάσει την παραγοντική δομή της αναθεωρημένης μορφής του ερωτηματολογίου LOT-R. Επίσης η κλίμακα δεν έχει εξεταστεί σε δείγματα ενηλίκων εργαζομένων με πρόβλημα υγείας, ούτε το κατασκεύασμα της αισιοδοξίας έχει εξεταστεί σε σχέση με τον πόνο, που πρέπει να μάθει κάποιος να αντέχει για πολλά έτη, κατά την διάρκεια της εργασίας του.

Το κεντρικό πόρισμα που βγήκε από την μελέτη της ανάλυσης παλινδρόμησης για την επίδραση της αισιοδοξίας και του πόνου στην ποιότητα της υγείας, ήταν πως τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά για τις δύο συνολικές διαστάσεις, την σωματική και την πνευματική διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής όμως η αισιοδοξία αποτελεί ένα ανεξάρτητο παράγοντα επίδρασης και στις δύο διαστάσεις.

Ο πρώτος σημαντικός σκοπός του δεύτερου μέρους της μελέτης ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και της σχετικής με την υγεία ποιότητας της ζωής.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως εκείνη η διάσταση της αισιοδοξίας που αξιολογείται από το τεστ προσανατολισμού της ζωής Lot -R(Scheier & Carver, 1994) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πνευματική διάσταση της ποιότητας της υγείας, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την κλίμακα MCS12 και σε μικρότερο βαθμό αλλά εξίσου σημαντικά με την σωματική διάσταση της υγείας PCS12.

Συγκεκριμένα στην πρώτη ανάλυση παλινδρόμησης φάνηκε, πως ο πόνος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την σωματική υγεία των νοσηλευτών και συνεπιδρά με την αισιοδοξία και όχι τόσο με την ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος ή τους παράγοντες της ηλικίας και του

φύλου. Φαίνεται λοιπόν από την μελέτη μας πως όσο περισσότερο πονάνε οι νοσηλευτές τόσο περισσότερο μειώνεται η συνολική τους σωματική υγεία. Και πως τα αισιόδοξα άτομα έχουν καλύτερη σωματική υγεία.

Αντίστοιχα στο μοντέλο της πνευματικής υγείας η διάθεση της αισιοδοξίας είναι ένας ανεξάρτητος προσδιοριστικός παράγοντας που μάλιστα συμβάλει χωρίς να εμπλέκει την ύπαρξη του πόνου στο συγκεκριμένο μοντέλο. Αν προσπαθούσαμε να τον ερμηνεύσουμε θα μπορούσαμε να πούμε πως αν ένα άτομο είναι αισιόδοξο ο πόνος δεν επηρεάζει την ψυχική του υγεία.

Τα αποτελέσματα μας στο πρώτο μοντέλο έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών στις οποίες, έχει αποδειχθεί ότι ο πόνος είναι ένας από τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της φυσικής ανικανότητας μεταξύ των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα, οσφυαλγία και ρευματοειδή αρθρίτιδα (Creamer, Lethbridge-Cejku and Hockberg 2000) (Kovacs, Muriel, et al. 2005) (Katz, Morris and Yelin 2006).

Μέσα από τον έλεγχο της διαφοράς των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων για την ποιότητα της ζωής και την αισιοδοξία φάνηκε πως η ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος επηρεάζει την συνολική σωματική διάσταση της υγείας των νοσηλευτών όπως αυτή εκφράζεται με τα αποτελέσματα της υποκλίμακας PCS12, καθώς εμφανίζεται σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ερωτηματολογίων για τις δύο κατηγορίες νοσηλευτών και υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στις κλίμακες που αναφέρονται στην ύπαρξη προβλημάτων στην κινητικότητα και στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, που όπως είναι λογικό περιλαμβάνει και την εργασία στο νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα μας αντίστοιχα έρχονται σε αντιπαράβολή με τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες, στις οποίες αποκάλυψαν ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της ποιότητας της ζωής χωρίς να επιδρά σε αυτήν τη σχέση η διάθεση της αισιοδοξίας.

Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η μελέτη των Wong και Fielding που και αυτοί εξέτασαν τα αποτελέσματα που έχει η στάση της αισιοδοξίας στην ποιότητα της ζωής. Στην συγκεκριμένη έρευνα τα γραμμικά πρότυπα απέτυχαν να παρουσιάσουν οποιαδήποτε επίδραση που να απορρέει από την αισιοδοξία πάνω στο διπλό σχήμα πόνος- ποιότητα ζωής (standardized $\beta = -0.049$, 95% CI -0.097 to 0.001). Εντούτοις όμως η αισιοδοξία φάνηκε να είναι κατάλληλη ως ένας έμμεσος παράγοντας επίδρασης ανάμεσα στον πόνο και στην ποιότητα της ζωής, προτείνοντας ότι οι απαισιόδοξοι ασθενείς με καρκίνο πνευμόνων είναι πιθανό, στις αρχές της μεταδιαγνωστικής περιόδου, να παρουσιάσουν μεγαλύτερη μείωση

κατά την μέτρηση της ποιότητας της ζωής τους στα διάφορα ερωτηματολόγια της ποιότητας ζωής σαν απάντηση στον πόνο που βιώνουν.

Είναι σημαντικό πως ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου μπορεί να ενισχυθεί από το συνυπολογισμό των παρεμβάσεων εκείνων που διευκολύνουν την δημιουργία μιας αισιόδοξης προοπτικής στους ασθενείς (Wong & Fielding, 2007).

Μέσα από τον έλεγχο της διαφοράς των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων για την ποιότητα της ζωής και την αισιοδοξία φάνηκε πως η ύπαρξη μυοσκελετικού προβλήματος επηρεάζει την συνολική σωματική διάσταση της υγείας των νοσηλευτών όπως αυτή εκφράζεται με τα αποτελέσματα της υποκλίμακας PCS12, καθώς εμφανίζεται σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των ερωτηματολογίων για τις δύο κατηγορίες νοσηλευτών και υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στις κλίμακες που αναφέρονται στην ύπαρξη προβλημάτων στην κινητικότητα και στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων, που όπως είναι λογικό περιλαμβάνει και την εργασία στο νοσοκομείο.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως στην μελέτη μας είναι χαρακτηριστική η υψηλή αρνητική συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην σωματική διάσταση της υγείας και την ένταση του πόνου ($r=-0,576$, $p<0.001$) αποτέλεσμα σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες όπως αυτή που πραγματοποιήθηκε από τους Hawley και Wolfe το 1991 στις ρευματοειδείς διαταραχές (Harley και Wolfe 1991), ή των Anderson και Chernoff που πραγματοποιήθηκε το 1992 (Anderson and Chernoff, 1993) ,αλλά και αυτή των MacKinnon, Avison και McCain το 1994 (MacKinnon, Avison and McCain, 1994) οι οποίοι αποκάλυψαν ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της μείωσης στη σωματική δραστηριότητα, αλλά και αντίστοιχο με μελέτες όπου φάνηκε πως η οξύτητα του πόνου (Ang, Kroenke and McHorney 2006), η διάρκεια (Kovacs, Abaira, et al. 2005), ή ο εντοπισμός του σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος (Schasfoort, Bussmann and Stam 2004) μπορούν να διαδραματίσουν έναν κρίσιμο ρόλο στη φυσική λειτουργικότητα ενός ατόμου που πάσχει από χρόνιο μυοσκελετικό πρόβλημα.

Το γεγονός ότι η διάθεση της αισιοδοξίας φάνηκε να επιδρά άμεσα στο μοντέλο της πνευματικής διάστασης της ποιότητας της υγείας, πρέπει να αποτελέσει την αρχή για την μελέτη της επίδρασης που έχει η αισιοδοξία πάνω στις ψυχολογικές παραμέτρους της ποιότητας της ζωής στη χώρα μας και συγκεκριμένα στην ικανοποίηση από τη ζωή (Diener, 1984) (Diener E. , Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) και την διάθεση της ευτυχίας (Lyubomirsky & Ross, 1997) (Lyubomirsky, 2001) για να δούμε κατά πόσο μπορεί η συσχέτιση αυτών των παραμέτρων να συνεισφέρουν στην ισχυροποίηση του μοντέλου της

αισιοδοξίας σε σχέση με τις υποκειμενικές αντιλήψεις των ασθενών και όχι μόνο με την μέτρηση των λειτουργικών του παραμέτρων.

ΜΕΡΟΣ Γ

Βιβλιογραφία

- Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003, February , 1). Dispositional Optimism Predicts Survival Status 1 Year After Diagnosis in Head and Neck Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology* , 3 (21), pp. 543-548.
- Anderson, J., & Chernoff, M. (1993). Sensitivity to change of rheumatoid arthritis clinical trial outcome measures. *The Journal of Rheumatology* (20), pp. 535-537.
- Andrews, F., & Withey, S. (1976). *Social Indicators of Well-Being:Americans'Perception of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Ang, D., Kroenke, K., & McHorney, C. (2006). Impact of pain severity and location on health-related quality of life. *Rheumatology International* (26), pp. 567-572.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). A longitudinal investition of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of personality and Social Psychology* (63), pp. 989-1003.
- Baker, F. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plan* (5), pp. 69-79.
- Bakker, C., & van der Linden, S. (1995). Health related utility measurement:an introduction. *J Rheumatology* (22), pp. 1197-1199.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* , 6 (51), pp. 1173-1182.
- Barsky, A., Cleary, P., & Klerman, G. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science Medicine* (43), pp. 1147-1154.
- Basinska, M., Zalewska-Rydzkowska, D., Wolanska, P., & Junik, R. (2008). Dispositional optimism and acceptance of illness among a group of individuals with Graves-Basedow's disease. *PolJEndocrinol* , 59 (1), pp. 23-28.
- Beaton, D., & Guillemin, F. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE* , 25 (24), pp. 3189-3191.
- Beck, ,. A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism:The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (42), pp. 861-865.
- Bergenuud, H., & Nilsson, B. (1988). Back pain in middle age: occupational workload and psychologic factors: an epidemiologic survey. *Spine* (13), pp. 58-60.
- Bigos, S., Battie, M., Spengler, D., Fisher, L., Fordyce, W., Hansson, T., et al. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine* (16), pp. 1-6.

- Bing Yip, V. Y. (2004, May). NURSING AND HEALTH CARE MANAGEMENT AND POLICY New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle. *Journal of Advanced Nursing* , 46 (4), pp. 430-440.
- Borthwick-Duffy, S. (1992). *Quality of life and quality of care in mental retardation*. In: Rowitz L(ed), *Mental Retardation in the Year 2000*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bowling, A. (1995). . What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. (41), pp. 1447-1462.
- Brenes, G. A., Rapp, S. R., Rejeski, J. W., & Miller, M. E. (2002, June). Do Optimism and Pessimism Predict Physical Functioning? *Journal of Behavioral Medicine* , 3 (21), pp. 219-231.
- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Questionnaire wording and translation*. in *Cross-cultural Research Methods*. New York:: John Wiley;.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy* , 37 (1), pp. 53-72.
- Carver, C., & Gaines, J. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, (11), pp. 449-462.
- Carver, C., & Scheier, M. (1981). *Attention and Self-Regulation :A Control Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., et al. (1994, Feb 15). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer* , 4 (73), pp. 1213-1220.
- Chang, E. C., Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research* , 2 (18), pp. 143-160.
- Chang, E. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *J Pers Soc Psychol* (74), pp. 1109-1120.
- Chang, L., & McBride, C. (1996). The factor structure of the Life Orientation Test. *Educational and Psychological Measurement* , 2 (56), pp. 325-329.
- Cheng, S. T., & Hamid, P. N. (1997, August). Dispositional Optimism in Chinese People: What Does the Life Orientation Test Measure? 2 (32), pp. 221-230.
- Cohen"s, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: NJ:Erlbaum.
- Corbin, C., Lindsey, R., & Welk., G. (2001). *Άσκηση, Ευρωστία & Υγεία* (2001 ed.). (Κ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Ed.) ΑΘΗΝΑ: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Costa, P., & McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being. *J Personality Social Psychology* (38), pp. 668-678.
- Couzens, N. (1977, May 28). Anatomy of an illness(as perceived by the patient). *Saturday Review* , pp. 4-6.

- Creamer, P., Lethbridge-Cejku, M., & Hockberg, M. (2000). Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. *Rheumatology(Oxford England)* (39), pp. 490-496.
- Cummins, R. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale-Adult:Manual*. Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R. (1996). Directory of instruments to Measure Quality of Life and Cognate Areas.2nd edn. In Cummins. Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R. (1996). the domains of life satisfaction:An attempt to order chaos. *Soc Indic Res* (38), pp. 303-332.
- Curbow, B., Somerfield, M., Baker, F., Wingard, J., & Legro, M. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *J.Behav Med* (16), pp. 423-443.
- David, D., Montgomery, G., & Bovbjerg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences* (40), pp. 203-213.
- Dedhiya, S., & Kong, S. (1995). Quality of life: an overview of the concept and measures. *Pharm World Schience* (17), pp. 141-148.
- Dember, W., Martin, S., Hummer, M., Howe, S., & Melton, R. (1989, June). The measurement of optimism and pessimism. *Curr Psychol Res Rev* , 8 (2), pp. 102-119.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin* (95), pp. 542-575.
- Diener, E., Emmons, A. R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, (49), pp. 71-75.
- Diener, E., Emmons, R., Larson, R., & Griffin, ,. S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* (49), pp. 71-75.
- Diener, E., Suh, ,. E., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, (125), pp. 276-302.
- Dolan, P. (1997). Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* (35), pp. 1095–1098.
- Duits, A., Boeke, S., Taams, M., Passchier, J., & Erdman, R. (1997). Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosom Med* (59), pp. 257-268.
- Dunn, D. (1996). Well-being following amputation: Salutory effect of positive mean, optimism and control. *Rehabilitation Psychol.* (41), pp. 285-302.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* (5), pp. 1-157.
- EuroQol, G. (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* (16), pp. 199-208.
- Farquhar, M. (1995). Definition of quality of life: a taxonomy. *J Advanced Nurs* (22), pp. 502-508.

- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Res Develop Disab* (16), pp. 51-74.
- Fibel, B., & Hale, W. D. (1978). The Generalized Expectancy for Success Scale -A new measure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 924-931.
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., Khalil, T., & Steele-Rosomoff, R. (1997). Impact of chronic pain patients' job perception variables on actual return to work. *Spine* (13), pp. 197– 206.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M., & Jones, D. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* (2), pp. 1-74.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Br Med J* (305), pp. 1074-1077.
- Gill, T., & Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* (272), pp. 619-626.
- Gillham, J.E.; (2000). *The Science of Optimism and Hope: Research Essays in Honor of Martin E. P. Seligman*. Radnor. PA: Templeton Foundation Press.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1990). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON,.
- Group, T. E. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16 (3), pp. 199-208.
- Group, W. (1994). The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL). In J. Orley, & W. Kyken, *Quality of life assessment: international perspectives* (pp. 41-57). Berlin: Springer-Verlag.
- GUILLEMIN, F., BOMBARDIE, C., & BEATON, D. (1993). CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE MEASURES: LITERATURE REVIEW AND PROPOSED GUIDELINES. *J Clin Epidemiol*, 46 (12), pp. 1417-1432.
- Guo, H. (2002). Working hours spent on repeated activities and prevalence of back pain. *Occup Environ Med*, 59 (10), pp. 680-688.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., & Hietanen, P. (2007). Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness, and partner support. *Quality of Life Research* (16), pp. 75–87.
- Guyatt, G., & Jaeschke, R. (1990). *Measurement in clinical trials: choosing the appropriate approach, in Spilker B (ed): Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press.
- Guyatt, G., Deyo, R., Charlson, M., Levine, M., & Mitchell, A. (1989). Responsiveness and validity in health status measurement: a clarification. *J Clinical Epidemiol* (42), pp. 403-408.
- Guyatt, G., Feenz, D., & Patrick, D. (1993). Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine* (118), pp. 622-629.
- Guyatt, G., Kirschner, B., & Jaeschke, R. (1992). Measuring health status: what are the necessary measurement properties. *J Clinical Epidemiology* (45), pp. 1341-1345.

- Harber, P. (1990, February). Occupational Back Pain of nurses. *West Journal of Medicine* , 152 (2), pp. 175-176.
- Harber, P., Shimozaiki, S., Gardner, G., Billet, E., Vojtecky, M., & Kanim, L. (1987, December). Importance of non-patient transfer activities in nursing-related back pain: II. Observational study and implications. *J Occupational Medicine* , 29 (12), pp. 971-974.
- Harley, D., & Wolfe, F. (1991). Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: A study of 1,522 patients. *The Journal of Rheumatology* (18), pp. 1552-1557.
- Hassmén, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine* (30), pp. 17-25.
- Hazard, R., Haugh, L., Reid, S., Preble, J., & MacDonald, L. (1996). Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine* (21), pp. 945-951.
- Headey, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Soc Indicators Res* (24), pp. 81-100.
- Hill, C., Parsons, J., & Taylor, A. (1999). Health-related quality of life in a population sample with arthritis. *The Journal of Rheumatology* (29), pp. 2029-2035.
- Hyland, M. (2002). Recommendations from quality of life scales are not simple. *BMJ* , p. 599b.
- International Council of Nurses. (2007). *Occupational Health and Safety Management Programme for Nurses*. (P. E. M., Ed.) Geneva, Switzerland, Switzerland: ICN Imprimerie Fornara.
- International Labour Organization. (1977). Recommendation 157, Nursing Personnel Recommendations, [online]Available at: www.ilo.org/ilolex/english/recdispl.htm.
- International Labour Organization. (2002). Recommendation Concerning the List of Occupational Diseases and the recording and Notification of Occupational Accidents and Diseases, Recommendation No. 194, [online]. Available at www.ilo.org/ilolex/cgi-le .
- Jensen, R. (1987). Disabling back injuries among nursing personnel: research needs and justification. *Research in Nursing and Health* (10), pp. 29-38.
- Katz, P., Morris, A., & Yelin, E. (2006). Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases* (65), pp. 763-769.
- Kempen, G., Jelcic, M., & Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology* (16), pp. 539-546.
- Khoo, S., & Bishop, G. (1997). Stress and optimism: Relationships to coping and well-being. *Psychol: International Journal Psychoogicall Orientation* (40), pp. 29-40.
- King, K., Rowe, M., Kimble, L., & Zerwic, J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Res Nurs Health* (21), pp. 15-26.
- Kovacs, F., Abaira, V., Zamora, J., & Network, S. B. (2005). The transition from acute to subacute chronic low back pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine* (30), pp. 1786-1792.

- Kovacs, F., Muriel, A., Abaira, V., & Network, S. B. (2005). The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. *Spine* (30), pp. E676-E682.
- Kreitler, S., Chaitchik, S., Rapoport, Y., Kleitler, H., & Algor, R. (1993). Life satisfaction and health in cancer patients, orthopedic patients and healthy individuals. *Soc Sci Med* (36), pp. 547-556.
- Kubzensky, L., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine* (63), pp. 910-916.
- Lai, J., & Yue, X. (2000). Measuring optimism in Hong Kong and mainland Chinese with the revised Life Orientation Test. *Pers Ind Diff* (28), pp. 781-796.
- Leplege, A., & Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *JAMA* (278), pp. 47-50.
- Liu, B. (1976). *Quality of Life Indicators in US Metropolitan Areas: A Statistical Analysis*. New York: Praeger Publishers.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others?: The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist* (56), pp. 239-249.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research* (46), pp. 137-155.
- Lyubomirsky, S., & Ross, L. (1997). Changes in attractiveness of elected, rejected, and precluded alternatives: A comparison of happy and unhappy individuals. *Journal of Personality and Social Psychology* (76), pp. 988-1007.
- MacKinnon, J., Avison, W., & McCain, G. (1994). Pain and functional limitations in individuals with rheumatoid arthritis. *International Journal of Rehabilitation Research* (17), pp. 49-59.
- Malone, R. (2000). Policy perspectives: ergonomics, policy and the ED nurse. *Journal of Emergency Nursing* (26), pp. 514-515.
- Marshall, G. M., & Lang, E. R. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 (59), pp. 132-139.
- Maruta, T., Colligan, R., Malinchoc, M., & Offord, K. (2002). Optimism-Pessimism assessed in the 1960's and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings* (77), pp. 748-753.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Upronen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clinical Epidemiology* (50), pp. 517-528.
- Morrow, R., & Bryant, J. (1995). Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. *Am J Public Health* (85), pp. 1356-1360.
- Mossey, J., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American J Public Health* (72), pp. 800-808.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). Education and debate, What are quality of life measurements measure? *BMJ* (316), pp. 542-545.

- Olfson, M., Gilbert, T., Weissman, M., Blacklow, R., & Broadhead, W. (1995). Recognition of emotional distress in physically health primary care patients who perceive poor physical health. *General Hospital Psychiatry* (17), pp. 173-180.
- Organization, W. H. (1948). *Constitution of the World Health Organization: Basic Document*. Geneva,. Geneva, Switzerland.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual A step by step guide to data analysis using SPSS*. (Allen&Unvin, Ed.) USA: Crowsnest, N.S.W.
- Papageorgious, A., Macfarlane, G., Thomas, E., Jayson, M., & Silman, A. (1997). Psychosocial factors in the workplace: do they predict new episodes of low back pain? *Spine* (22), pp. 1137– 1142.
- Patrick, D., & Deyo, R. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care* (27), pp. S217-S233.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment* (5), pp. 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale:Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment* (57), pp. 149-161.
- Peale, N. (1952). *The power of positive thinking*. New York: Prentice Hall.
- Pearlman, R., & Jonsen, A. (1985). The use of quality-of-life considerations in medical decision-making. *J Am Geriatr Soc* (33), pp. 433-352.
- Porter, E. H. (1913). *Pollyanna* (Print (Hardback & Paperback) ed.). USA: L.C. Page.
- Price, P. (1996). Defining and measuring quality of life. *J Wound Care* (05), pp. 139-140.
- Ready, A., Boreskie, S., Law, S., & Russell, R. (1993). Fitness and lifestyle parameters fail to predict back injuries in nurses. *Canadian Journal Applied Physiology* (18), pp. 80-90.
- Revicki, D., Wu, A., & Murrey, M. (1995). Change in clinical status, health status, and health utility outcomes in HIV-infected patients. *Med Care* (33), pp. AS173-AS182.
- Robinson-Whelan, S., Kim, C., MacCallum, R. C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic. *Journal of Personality and Social Psychology* , 6 (73), pp. 1345-1353.
- Rogerson, R. (1995). Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Science Med* (41), pp. 1373-1382.
- Rossingol, M., Lortie, M., & Ledoux, E. (1993). Comparison of spinal health indicators in predicting spinal status in a 1-year longitudinal study. *Spine* (18), pp. 54-60.
- Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D., & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *BMJ* (317), pp. 1191-1194.

- Schasfoort, F., Bussmann, J., & Stam, H. (2004). Impairments and activity limitations in subjects with chronic upper-limb complex regional pain syndrome type I. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (85), pp. 557-566.
- Scheier, M. F., & Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, (4), pp. 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research* (16), pp. 201-228.
- Scheier, M. F., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Sr., L. R., Abbott, R., et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* (57), pp. 1024-1040.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (2001). *Optimism, Pessimism, and Psychological Well-Being*. (A. P. Association, Ed.) Washington, USA: Chang EC.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., & al., e. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives International Medicine* (159), pp. 829-835.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Carver, C., & al, e. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* (57), pp. 1024-1040.
- Scheier, M., Weintraub, J., & Carver, C. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology* (51), pp. 1257-1264.
- Schou, I., Ekeberg, O., & Ruland, C. (2005, September). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 14 (9), pp. 718-727.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M., & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychol Aging* (11), pp. 304-309.
- Scott, N. W., Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bottomley, A., de Graeff, A., Groenvold, M., et al. (2008, March 20). The relationship between overall quality of life and its subdimensions was influenced by culture: analysis of an international database. *J Clin Epidemiol*.
- Seligman, M. (1998). *Learned Optimism. Second edition*. New York: Pocket Books (Simon and Schuster).
- Smedley, J., Egger, P., Cooper, C., & Coggon, D. (1997). Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses. *British Medical Journal* (314), pp. 1225-1228.
- Smith, D., Mihashi, M., Adachi, Y., Koga, H., & Ishatake, T. (2006). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res* (37), pp. 195-200.
- Smiths, D., Mihashi, M., Adachi, Y., Koga, H., & Ishitake, T. (2006). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res*, 37 (2), pp. 195-200.
- Starr, T., Pearlman, R., & Unlmann, R. (1986). Quality of life and resuscitation decisions in elderly patients. *J Gen Intern Med* (1), pp. 373-379.

- Steptoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S., & Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology* (11), pp. 71-84.
- Steward, A. (2000). Health-related quality-of-life assessments in diverse population groups in the United States. *Med Care* (38), pp. 102-124.
- Stewart, A.L; Ware, J.E;. (1992). *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Dunham: Duke University Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics(3rd edition)*. New York, USA: HarperCollins.
- Tempelaar, R., De Haes, J., de Ruiter, J., Bakker, D., van den Heubel, W., & Van Nieuwenhuijzen, M. (1989). The social experiences of cancer patients under treatment: a comparative study. *Soc Sci Med* (29), pp. 635-642.
- Torrance, G. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *J. Chronic Disease* (40), pp. 593-603.
- Tuzun, E., Albayrak, G., & Ekel, L. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disability and Rehabilitation* (26), pp. 198-202.
- Vallacher, R., & Wegner, D. (1985). *A Theory of Action Identification*. Hillsdale. Erlbaum.
- Van der Weide, W., Verbeek, J., Salle, H., & Van Dijk, F. (1999). Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* (25), pp. 50-56.
- VanderZee, K., Sanderman, R., Heyink, J., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of the RAND 36-item health survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *Int J Behav Med* (3), pp. 104-122.
- Varni, J., Burwinkle, T., & Lane, M. (2005). Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: An appraisal and precept for future research and application. *Health and Quality of Life Outcomes* , 34 (3), pp. 1-9.
- Varni, J., Seid, M., & Kurtin, P. (1999). Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers. *J Clin Outcomes Meas* (6), pp. 33-40.
- Vautier, S., & Raufaste, E. (2006). Configural instability of data from the Life Orientation Test—Revised. *Personality and Individual Differences* , 8 (40), pp. 1511-1518.
- Vautier, S., Raufaste, E., & Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY* , 6 (38), pp. 390-400.
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol* (51), pp. 730-742.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The Mos-36 item Short Form Health Survey(SF-36).Conceptual framework and item selection. *Med Care* (30), pp. 473-483.

- Watson, D., & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* (96), pp. 234-254.
- WHA 36.11. (1983). World Health Assembly Recommendation 36.11 The Role of Nursing and Midwifery Personnel in the Strategy for Health of All, [online]. www.who.int/hrh/nursing_midwifery/resolutions/en/index.html.
- WHA 42.27. (1989). World Health Assembly Recommendation 42.27, Strengthening Nursing/Midwifery in Support of the Strategy for Health for all, www.searo.who.int/LinkFiles/HRH_Documents_WHA42.27.pdf.
- Wong, W. S., & Fielding, R. (2007). Quality of life and pain in Chinese lung cancer patients: Is optimism. *Quality of Life Research* (16), pp. 53-63.
- Woolf, A., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* (81), pp. 646-656.
- World Health Organization 54.12. (2001). World Health Assembly Recommendation 54.12, Strengthening Nursing and Midwifery [online]. Available at: www.wpro.who.int/pdf/wha54_12.pdf.
- World Health Organization/UNICEF. (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Care, Alma Ata U.S.S.R. [online]. Available at: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, (Suppl.1) (12), pp. 59-72.
- Yfandopoulos, G., & Sarris, O. (2001). Health related quality of life Measurement Methodology. *Archives of Hellenic Medicine*, 3 (18), pp. 218-229.
- Yu, C., Fielding, R., & Chan, C. (2003). The mediating role of optimism on post-radiation quality of life in nasopharyngeal carcinoma. *Qual Life Res* (211), pp. 41-45.
- Yu, C., Fielding, R., Chan, C., & Chan, J. (2001). Chinese nasopharyngeal cancer patients treated with radiotherapy: The association between information satisfaction and quality of life. *Cancer* (92), pp. 2126-2135.
- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτα.
- Δημολιάτης, Γ., & Γαλανάκης, Μ. (2005). *Ευγενιος Βούλγαρης Διατριβή Περί Ευθανασίας* (Εξάντας ed.). (Γ. Δημολιάτης, & Μ. Γαλανάκης, Eds.) Αθήνα, Ελλάδα.
- Νάκου, Σ. (2001). Measurement of quality of life in the health care field Applications in child health. *Archives of Hellenic Medicine*, 3 (18), pp. 254-266.
- Παπαδόπουλος, Ν. Γ. (2005). *Λεξικό της Ψυχολογίας* (B ed.). Αθήνα, Ελλάδα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Ρούσσο, Π., & Τσαούσης, Ι. (2002). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούση, Π. (2002). τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. pp. 336-337.

ΜΕΡΟΣ Δ

Παράρτημα

1.Στοιχεία στάθμισης ερωτηματολογίου LOT-R

1.1. επιτροπή εμπειρογνομόνων :Experts Committee

1. Kostopanagiotou Georgia: Assoc. Professor of Anesthesiology 2nd Dep.of Anesthesiology. School of Medicine, University of Athens
2. Stamoulis Konstantinos : MD Nikaia General Hospital
3. Papadopoulos George: MD General Practitioner, Nikaia General Hospital
4. Mosxos Nickolas: Msc clinical psychologist, Nikaia General Hospital
5. Mpakomitrou Florentia: Msc clinical psychologist, Nikaia General Hospital
6. Xristidi Stella: Md Psychiatrist, Nikaia General Hospital
7. Ralli Barbara: Md, Nikaia General Hospital
8. Paisanidou Helen: Md Psychiatrist, Nikaia General Hospital
9. Dragioti Helen: Clinical Psychologist, Sotiria General Hospital of Athens
10. Lyrakos Panagiotis: Mba literature, Address of Secondary education of Athens
11. Xrysikou Alefanto: English Literature, Address of Secondary education of Athens
12. Arvaniti Crysa : Md Phd 2nd Dep.of Anesthesiology. School of Medicine, University of Athens
13. Dimoliatis Ioannis: Assistant Professor, University of Ioannina Medical School, Department of Hygiene & Epidemiology

2 Μεταφραστές

Forward Translators

1. Mastora Andriani: Mpharm pharmacist UK
2. Lyrakos George: Health Psychologist
3. Dimoliati Olga: MSc, University of Dundee UK

Back translators

1. Jayden Blake Smith (Australian Greek)
2. Christina Soulios: Md psychologist

1.2. Έκθεση επιτροπής εμπειρογνομόνων

Submission of Documentation to the Developers for Appraisal of the Adaptation Process

For items 2, 4 and the 8 translation was identical and in the three items

Difference in translation existed in question 1 with regard to the term «uncertain times », where we had the definitions «άσχετες στιγμές», «στιγμές αβεβαιότητας» and «αβέβαιες ώρες», expressions that are not equivalent for the Greek cultural frame. Thus after discussion of committee was selected the use of phrase « στιγμές αβεβαιότητας », that was considered to be more equivalent for the Greek population in the semantic comprehension.

In the second question even if the faith output was the same, the committee decided that the question did not constitute an expression comprehensible for the Greek culture and thus it was replaced by the phrase «μπορώ εύκολα να χαλαρώσω» that was considered righter for the maintenance of equivalence of content of questionnaire.

In the third question there was a differentiation with regard to the syntactic structure of question, thus after discussion it was decided to use the second of the three translations.

In the fifth item the semantic interpretation of three translations was different, so we asked for directives from the authors of questionnaire. After communication with the authors, it was clarified that the significance of question was «I like hanging around with my friends»; therefore the third by the 3 translations was selected.

In the sixth item the committee decided that for the cultural frame of Greece the first translation was easier in the comprehension.

In the seventh item there was an existed differentiation concerning the translation and the use in the Greek language of the term « hardly» with the words «δύσκολα», « μετά βίας» and «σχεδόν ποτέ » therefore after discussion of committee it was decided the replacement of absolute translation with the use of expression «σχεδόν ποτέ» which means « almost never », that constitutes a term commonly used for the Greek population.

In the ninth item, we had a difference concerning the translation of term «good things» so after discussion the committee selected the term «καλά πράγματα» instead of «θετικά » because it is more easily comprehensible and more widely used from the general population.

Finally in the tenth item the committee selected the third translation with the replacement of expression «σε γενικές γραμμές» from the expression « Συνολικά » which means « Globally » because it was considered to be a better syntactic term and more common for the Greek culture.

After that a final translation of LOT-R was made and was given to the other two translators for back translation.

Back Translation (Greek to English)

Translators

1. Jayden Blake Smith: Teacher AU
2. Christina Soulios: Md psychologist

Two different bilingual translators were recruited for the back translation. One translator was bilingual Psychologist, and the other one an experienced Teacher from Australia. None of them had seen the original English version.

The translators were first asked to back translate the questionnaires from Greek into English. Then, we asked for the creator's opinion for the translation to establish the construction validity of the new instrument.

Dear Dr Scheier as mentioned above we would appreciate your opinion so we are sending you the work that has been done on the subject of translating the LOT-R and we would appreciate your opinion on the subject of construction validity of the Greek translation.

The Greek translation of LOT after 3 translations has been contacted and has been syntactically and culturally adapted by the experts committee	
1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο
2.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.
3.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.
4	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου
5.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου

6	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.
7	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.
8	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.
9	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.
10	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.

1st back translation

Jayden Blake Smith (Australian Greek)

Instructions

Please answer the following questions about yourself, circling the grade to which you agree with the statements of the scale below:

0=I strongly disagree 1= I disagree 2= I neither agree nor disagree 3= I agree 4= I strongly agree

Please be as sincere as possible and try not to let your answer to one statement influence the others.

There are no correct or incorrect answers

1. The best thing usually happens to me when I least expect it.
2. I can easily relax.
3. If something is meant to go wrong, it will.
4. I am always optimistic about my future.
5. I have a good time with my friends.
6. It is important to me to always have something to do.
7. Very rarely I expect situations to turn out as I want them
8. I don't get upset very easily
9. Very rarely I believe that good things will happen to me
10. In general I expect to have more good than bad experiences.

2st backward translation

Christina Soulios (American Greek)

Instructions

Please answer the following questions about yourself, circling the grade to which you agree with the statements of the scale below:

0=I completely disagree 1= I disagree 2= I neither agree nor disagree 3= I agree 4= I strongly agree

Please be as sincere as possible and try not to let your answer to one statement influence the others.

There are no correct or incorrect answers

1. In moments of uncertainty I usually expect the best to happen to me.
2. I can easily relax.
3. If something can go wrong for me, it will go wrong.
4. I'm always optimistic about my future.
5. I have a good time with my friends.
6. It's important for me to always keep myself occupied.
7. I rarely expect things to end up as I want them to.
8. I don't get angry easily.
9. I rarely believe that good things will happen to me.
10. In general, I expect more good things (than bad) to happen to me.

1.3.Βήματα μετάφρασης

First translation

1. Σε άσχετες στιγμές συνήθως αναμένω το καλύτερο.
2. Μου είναι εύκολο να χαλαρώνω.
3. Εάν μπορεί να μου πάει κάτι στραβά θα πάει.
4. Είμαι πάντοτε αισιόδοξος για το μέλλον μου.
5. Διασκεδάζω με τους φίλους μου
6. Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι

7. Δύσκολα περιμένω τα πράγματα να έρθουν όπως τα θέλω
8. Δεν θυμώνω πολύ εύκολα
9. Πολύ σπάνια πιστεύω ότι θετικά πράγματα θα μου συμβούν
10. Γενικά περιμένω περισσότερα καλά παρά κακά πράγματα να μου συμβούν.

Second translation

1. Σε αβέβαιες ώρες συνήθως περιμένω το καλύτερο να μου συμβεί
2. Μου είναι εύκολο να χαλαρώνω
3. Εάν είναι να μου συμβεί κάτι κακό θα μου συμβεί
4. Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.
5. Μου αρέσουν οι φίλοι μου
6. Είναι σημαντικό για μένα να κρατάω τον εαυτό μου απασχολημένο συνέχεια
7. Μετά βίας περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω
8. Δεν θυμώνω πολύ εύκολα
9. σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα
10. Σε γενικές γραμμές περιμένω περισσότερα καλά παρά κακά πράγματα να μου συμβούν

Third translation

1. Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο
2. Μου είναι εύκολο να χαλαρώνω
3. Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά
4. Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.
5. Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.
6. Είναι σημαντικό για μένα να κρατάω τον εαυτό μου απασχολημένο συνέχεια
7. Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως εγώ τα θέλω
8. Δε θυμώνω/ νευριάζω τόσο εύκολα
9. Σπάνια βασίζομαι στα καλά πράγματα που μου συμβαίνουν.
10. Σπάνια βασίζομαι στα καλά πράγματα που μου συμβαίνουν.

Original questionnaire

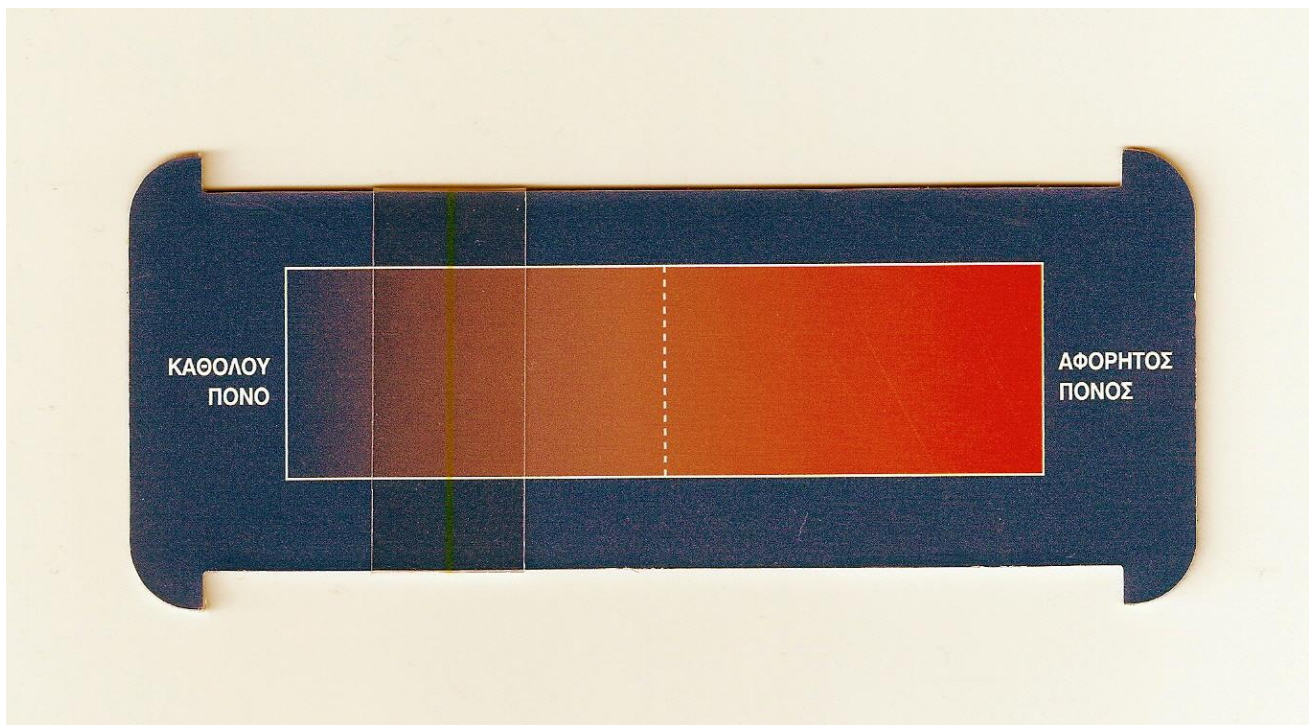
1. In uncertain times, I usually expect the best
2. It's easy for me to relax.

3. If something can go wrong for me, it will.
4. I'm always optimistic about my future.
5. I enjoy my friends a lot.
6. It's important for me to keep busy.
7. I hardly ever expect things to go my way.
8. I don't get upset too easily
9. I rarely count on good things happening to me.
10. Overall, I expect more good things to happen to me than bad.

2:Ερωτηματολόγια

2.1.The Visual Analogue Scale (VAS)

Η κλίμακα μέτρησης της έντασης του πόνου με αριθμούς από το 1 έως το 10 στην πίσω πλευρά, με την άδεια χρήσης από την Μονάδα Πόνου του Αττικού Νοσοκομείου.



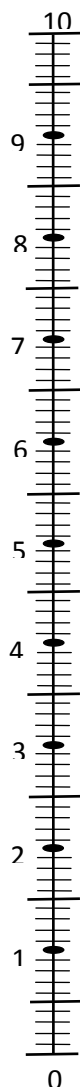
Η κλίμακα δημιουργήθηκε στην Μονάδα Πόνου του Αττικού Νοσοκομείου από την Αν. Διευθύντρια Αναισθησιολόγο Κίτσου Μαρία και παραχωρήθηκε από την Διευθύντρια της Β Πανεπιστημιακής Κλινικής Αναισθησιολογίας ,ΠΓΝ Αττικών Αν. Καθηγήτρια Γερολουκά Κωστοπαναγιώτου Γεωργία για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

2.2.Αναλογική κλίμακα μέτρησης της αισιοδοξίας VAS

Παρακάτω βλέπετε μια κλίμακα με αριθμούς από το 0 έως το 10. Αξιολογήστε την παρακάτω φράση σύμφωνα με το πώς νιώθετε σημειώνοντας με μια γραμμή πάνω στον αριθμό που εκφράζει αυτό που εσείς πιστεύετε πως ισχύει για σας αν 0=καθόλου αισιόδοξη στάση και 10 = απολύτως αισιόδοξη στάση

«η στάση μου απέναντι στη ζωή σε γενικές γραμμές είναι...»

απολύτως αισιόδοξη



απολύτως απαισιόδοξη

Βαθμολογία: _____

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή
 ① ② ③ ④ ⑤

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρουν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

2. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η

μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.

Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

① ② ③

3. Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους με τα πόδια.

① ② ③

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

NAI OXI

4. Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

☐ ☐

5. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;

☐ ☐

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

NAI OXI

6. Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

☐ ☐

7. Κάνετε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως;

☐ ☐

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ
 ① ② ③ ④ ⑤

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

9. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;

10. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;

11. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;

Συνεχώς	Πολύ συχνά	Συχνά	Ορισμένες φορές	Σπάνια	Καθόλου
①	②	③	④	⑤	⑥
①	②	③	④	⑤	⑥
①	②	③	④	⑤	⑥

12. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Συνεχώς Το μεγαλύτερο διάστημα Μερικές φορές Μικρό διάστημα Καθόλου
 ① ② ③ ④ ⑤

2.4.Δημογραφικά χαρακτηριστικά Ελληνικό Lot-R

Έντυπο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί έχει δημιουργηθεί από ξένους επιστήμονες, μετά από πολύχρονες μελέτες. Για να μπορέσουμε να το χρησιμοποιήσουμε και στην Ελλάδα, ώστε να μπορούμε να μελετήσουμε διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής μας, το ερωτηματολόγιο αυτό σταθμίζεται στην Ελληνική γλώσσα. Η στάθμιση αυτή, απαιτεί, τη χορήγησή τους σε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα φυσιολογικού πληθυσμού, ώστε να εξεταστεί η καταλληλότητα της χρήσης του στην Ελλάδα.

Για το σκοπό αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που μας χορηγείτε.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά μόνο τα αρχικά σας και την ημερομηνία γέννησης σας.

Ημέρα	Μήνας	Έτος	Μικρό	Πατρώνυμο	Επίθετο	Γράψτε μόνο τα αρχικά των ονομάτων
						Π.χ. 15-3-65-M-K

Παρακαλώ απαντήστε στα παρακάτω ερωτήματα, μαυρίζοντας τον κύκλο στην απάντηση που σας εκφράζει αυτή τη στιγμή. Τα δεδομένα που μας δίνετε είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς .

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας:

Λυράκος Γεώργιος(υπ.Μsc Ιατρικής Ιωαννίνων, Ψυχολόγος Γ Ν Νίκαιας Πειραιά)

Δημολιάτης Δημήτριος(Επικ. Καθ. Ιατρικής Ιωαννίνων Τμ. Υγιεινής-επιδημιολογίας)

1. Φύλο: Άντρας ① Γυναίκα ②

2. Η ηλικία σας είναι: ① 18-25 ② 25-35 ③ 35-45 ④ 45-55 ⑤ 55 και άνω

3. Ποια είναι η οικονομική σας κατάσταση σε ευρώ το μήνα; – κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό:

① Κάτω από 1000 ② Από 1000 μέχρι 1999 ③ Από 2000 και πάνω

4. Έχετε τελειώσει: ① Δημοτικό, ② Γυμνάσιο-Λύκειο, ③ ΑΕΙ/ΤΕΙ , ④ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό

5. Ο τόπος διαμονής σας είναι : Αθήνα ① Εκτός Αθηνών ② που; _____

6. Αν κατοικείτε στην Αθήνα, σε ποια περιοχή;

① Στο κέντρο , ② Νότια Προάστια , ③ Βόρεια Πρ. , ④ Δυτικά Πρ. , ⑤ Ανατολικά Πρ.

7. Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι:

① Ελεύθερος-η , ② Παντρεμένος-η , ③ Διαζευγμένος-η, ④ Χήρος-α ,

8. Αν έχετε παιδιά που φροντίζετε πόσα είναι αυτά; ① ② ③ περισσότερα ④

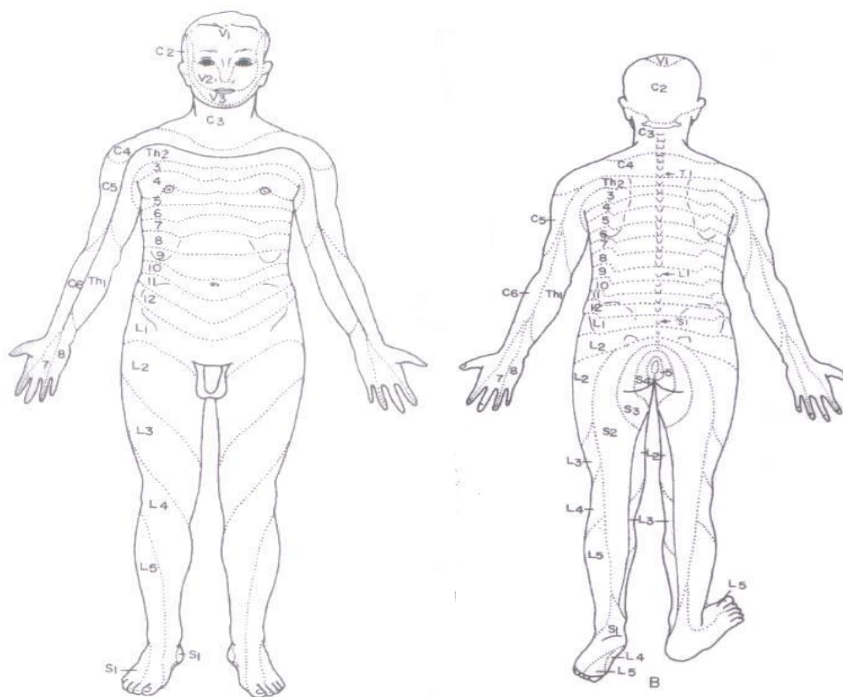
9. Μήπως φροντίζετε κάποιον υπερήλικο που διαμένει μαζί σας; ναι ① όχι ②

10. Αντιμετωπίζετε μυοσκελετικά προβλήματα που να προκλήθηκαν από την εργασία σας;

Ναι ① Όχι ② διάγνωση; _____

11. Αν ναι , τότε σε πιο σημείο του σώματος σας ;σημειώστε πάνω στις εικόνες που βρίσκονται παρακάτω και επιλέξτε το σωστό νούμερο που αναφέρεται στο πρόβλημα σας.

① αυχένας , ② μέση χαμηλά , ③ μέση ψηλά, ④ πόδια, ⑤ χέρια



12. Έχετε πάρει αναρρωτική άδεια για το πρόβλημα σας αυτό; Ναι ① Όχι ②

13. Αν ναι πόσες μέρες απουσιάσατε από την εργασία σας τον τελευταίο χρόνο; _____

14. Ποιές εργασίες σας προκαλούν μυοσκελετικό πόνο? _____

15. Πόσο πονάτε σήμερα; αν 0=καθόλου πόνος και ,10=ο χειρότερος δυνατός πόνος που μπορείτε να φανταστείτε.
(Αντιγράψτε παρακάτω την βαθμολογία από την κλίμακα που σας δείξαμε)

0 _____ 5 _____ 10

16. **Ποια η ειδικότητά σας;** ① Νοσηλεύτρια/της ΠΕ
② Νοσηλεύτρια/της ΤΕ
③ Νοσηλεύτρια/της ΔΕ
④ β. Νοσηλεύτρια/της ΥΕ
⑤ Βοηθός Θαλάμου
⑥ Τραυματιοφορέας
⑦ Άλλο _____

17. **Ποιο είναι το τμήμα εργασίας σας;** _____ **χρόνια εργασίας;** _____

Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή LOT-R : ελληνική έκδοση

Γ Λυράκος, Δ Δαμίγος, Β Μαυρέας, Γ Κωστοπαναγιώτου, Γ Δημολιάτης

Life Orientation Test –R (MF Scheier, CS Carver, MW Bridges)

Οδηγίες Συμπλήρωσης:

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον εαυτό σας, σημειώνοντας πόσο συμφωνείτε (ή διαφωνείτε) με την χρήση της παρακάτω κλίμακας, ως εξής:

[0] = διαφωνώ απόλυτα

[1] = διαφωνώ

[2] = ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ

[3] = συμφωνώ

[4] = συμφωνώ απόλυτα

Παρακαλώ, να είστε όσο γίνεται πιο ειλικρινείς και προσπαθήστε οι απαντήσεις σας σε μια ερώτηση να μην επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4
2.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	0	1	2	3	4
3.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0	1	2	3	4
4.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	0	1	2	3	4
5.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4
6.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	0	1	2	3	4
7.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0	1	2	3	4
8.	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	0	1	2	3	4
9.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
10.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0	1	2	3	4

A. Σε πόσες από τις παραπάνω 10 ερωτήσεις αισθάνεστε βέβαιοι ότι απαντήσατε εύκολα; Παρακαλώ κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B. Σε γενικές γραμμές πόσο κατανοητό σάς φάνηκε το περιεχόμενο;
Βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (0= καθόλου κατανοητό, 10= απόλυτα κατανοητό)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.Παραδείγματα από τους πίνακες στατιστικής ανάλυσης από SPSS11.

3.1.Ανάλυση συσχέτισης με δείκτη Pearson r

Πίνακας 1.1

Συσχετίσεις ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης για τον έλεγχο των ψευδοπιθανοτήτων σύμφωνα με την μέθοδο Larzelere & Mulaik

i	r	5% sig L-M	i	r	5% sig L-M	i	r	5% sig L-M	i	r	5% sig L-M
1	0,878	0,007	10	-0,338**	0,008	19	0,257**	0,01	28	-0,198**	0,01
2	-0,837**	0,007	11	0,319**	0,008	20	0,251**	0,01	29	0,196**	0,01
3	0,825**	0,007	12	0,317**	0,009	21	-0,248**	0,01	30	-0,174**	0,01
4	-0,580	0,008	13	-0,305**	0,009	22	-0,237**	0,01	31	-0,173**	0,01
5	0,424**	0,008	14	0,303	0,009	23	0,236**	0,01	32	-0,161	0,01
6	0,414	0,008	15	0,302**	0,009	24	0,232**	0,01	33	0,157	0,01
7	0,398**	0,008	16	0,292**	0,009	25	-0,213**	0,01	34	-0,156*	0,01
8	-0,383**	0,008	17	0,284**	0,01	26	0,204**	0,01	35	-0,150*	0,01
9	-0,359**	0,008	18	0,284	0,01	27	-0,213	0,01	36	0,140*	0,01
									37	-0,138*	0,01

i = αύξων αριθμός συσχέτισης ανά μέγεθος . r = δείκτης pearson. 5% sigL-M= μέθοδος Larzelere και Mulaik

3.2.Δοκιμασία ANOVA για ηλικιακές ομάδες

Πίνακας 3: Έλεγχος Ομοιογένειας				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Ημέρες Απουσίας	37,406	2	256	,000
Ένταση Πόνου	8,044	2	256	,000
PCS12	2,813	2	256	,062
MCS12	2,180	2	256	,115
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	1,666	2	256	,191
Χρόνια εργασίας	6,128	2	256	,003
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1,255	2	256	,287

Πίνακας 4.στατιστικό κριτήριο Bonferroni					
		Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Ημέρες Απουσίας	Μεταξύ Ομάδων	2788,299	2	1394,149	15,068 ,000
	Μέσα στις ομάδες	23686,497	256	92,525	
	Total	26474,795	258		
Ένταση Πόνου	Μεταξύ Ομάδων	71,212	2	35,606	7,298 ,001
	Μέσα στις ομάδες	1248,922	256	4,879	
	Total	1320,133	258		
PCS12	Μεταξύ Ομάδων	2229,319	2	1114,660	10,126 ,000
	Μέσα στις ομάδες	28179,029	256	110,074	
	Total	30408,348	258		
MCS12	Μεταξύ Ομάδων	188,253	2	94,126	,972 ,380
	Μέσα στις ομάδες	24778,491	256	96,791	
	Total	24966,744	258		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	Μεταξύ Ομάδων	38,407	2	19,204	1,121 ,328
	Μέσα στις ομάδες	4387,207	256	17,138	
	Total	4425,614	258		
Χρόνια εργασίας	Μεταξύ Ομάδων	11728,621	2	5864,311	263,557 ,000
	Μέσα στις ομάδες	5696,168	256	22,251	
	Total	17424,790	258		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Μεταξύ Ομάδων	4146,548	2	2073,274	7,870 ,000
	Μέσα στις ομάδες	67439,274	256	263,435	
	Total	71585,822	258		

Πίνακας 5:Πολλαπλές συγκρίσεις κατά κριτήριο Bonferroni

Bonferroni							
Εξαρτημένη μεταβλητή	(I) ηλικία σε 3 ομάδες	(J) ηλικία σε 3 ομάδες	Μέση διαφορά (I-J)	Τυπ. Λάθος	Στατιστική σημαντικό- τητα Sig.	95% διάστημα εμπιστοσύνης Lower Bound Upper Bound	
PCS12	1,00	2,00	5,10557*	1,46247	,002	1,5813	8,6299
		3,00	7,86456*	1,91263	,000	3,2555	12,4736
	2,00	1,00	-5,10557*	1,46247	,002	-8,6299	-1,5813
		3,00	2,75899	1,80735	,384	-1,5964	7,1144
	3,00	1,00	-7,86456*	1,91263	,000	-12,4736	-3,2555
		2,00	-2,75899	1,80735	,384	-7,1144	1,5964
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1,00	2,00	6,86617*	2,26246	,008	1,4141	12,3183
		3,00	10,80510*	2,95886	,001	3,6748	17,9354
	2,00	1,00	-6,86617*	2,26246	,008	-12,3183	-1,4141
		3,00	3,93892	2,79600	,480	-2,7989	10,6768
	3,00	1,00	-10,80510*	2,95886	,001	-17,9354	-3,6748
		2,00	-3,93892	2,79600	,480	-10,6768	2,7989

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	44,528	2,176		20,465	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,417	,135	,159	3,089	,002
	Ένταση Πόνου	-2,597	,247	-,541	-10,513	,000
2	(Constant)	42,457	4,852		8,750	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,349	,129	,133	2,702	,007
	Ένταση Πόνου	-1,746	,298	-,364	-5,854	,000
	Ηλικία	-,181	,067	-,140	-2,712	,007
	Άδεια αναρρωτική	,654	1,415	,027	,462	,645
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	5,049	1,445	,230	3,493	,001
Excluded Variables ^b						
Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	Ηλικία	-,193 ^a	-3,862	,000	-,235	,956
	Άδεια αναρρωτική	,135 ^a	2,440	,015	,151	,808
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	,284 ^a	4,590	,000	,276	,608

a. Predictors in the Model: (Constant), Ένταση Πόνου, ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

b. Dependent Variable: PCS12

3.4.Ανάλυση παλινδρόμησης για MCS12

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	35,851	5,324		6,734	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,890	,142	,375	6,284	,000
	Ένταση Πόνου	-,316	,327	-,073	-,965	,335
	Ηλικία	-,056	,073	-,048	-,770	,442
	Αδεια αναρρωτική	,226	1,553	,010	,145	,885
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	-,772	1,586	-,039	-,487	,627
2	(Constant)	36,235	4,612		7,856	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,892	,141	,375	6,319	,000
	Ένταση Πόνου	-,324	,322	-,074	-1,005	,316
	Ηλικία	-,059	,072	-,050	-,821	,412
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	-,708	1,519	-,036	-,466	,642
3	(Constant)	34,820	3,467		10,044	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,886	,140	,373	6,312	,000
	Ένταση Πόνου	-,236	,262	-,054	-,903	,367
	Ηλικία	-,050	,069	-,043	-,729	,467
4	(Constant)	32,906	2,260		14,559	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,891	,140	,375	6,355	,000
	Ένταση Πόνου	-,273	,257	-,063	-1,064	,288
5	(Constant)	31,877	2,043		15,601	,000
	Συνολική αισιοδοξία	,925	,136	,389	6,774	,000
a. Dependent Variable: MCS12						

Excluded Variables ^e						
Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
2	Άδεια αναρρωτική	,010 ^a	,145	,885	,009	,687
3	Άδεια αναρρωτική	,001 ^b	,010	,992	,001	,746
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	-,036 ^b	-,466	,642	-,029	,570
4	Άδεια αναρρωτική	,014 ^c	,212	,832	,013	,808
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	-,020 ^c	-,268	,789	-,017	,608
	Ηλικία	-,043 ^c	-,729	,467	-,046	,956
5	Άδεια αναρρωτική	,037 ^d	,624	,533	,039	,967
	Ύπαρξη Μυοσκελετικού	,025 ^d	,426	,670	,027	,954
	Ηλικία	-,053 ^d	-,920	,358	-,057	,992
	Ένταση Πόνου	-,063 ^d	-1,064	,288	-,066	,948

a. Predictors in the Model: (Constant), Ύπαρξη Μυοσκελετικού προβλήματος, ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, Ηλικία, Ένταση Πόνου

b. Predictors in the Model: (Constant), Συνολική αισιοδοξία, Ηλικία, Ένταση Πόνου

c. Predictors in the Model: (Constant), Συνολική αισιοδοξία, Ένταση Πόνου

d. Predictors in the Model: (Constant), Συνολική αισιοδοξία

e. Dependent Variable: MCS12

