

Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία Καπνιστών και Μη Καπνιστών

Γεώργιος Πιερράκος,¹ Ευθυμία Μιχοπούλου,² Ιουλία Κονδύλη,²
Αντώνιος Γκανάς,³ Μάρκος Σαρρής⁴

Quality of Life of Smokers and Non-Smokers

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτης, Επίκουρος Καθηγητής
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος
Αθήνας, Αθήνα,

²Απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος Αθήνας, Αθήνα,

³PhD, Ερευνητής,

⁴Καθηγητής Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος Αθήνας, Αθήνα

Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας
και Πρόνοιας, Ανώτατο ΤΕΙ Αθήνας

Υποβλήθηκε: 22.11.2010

Επανυποβλήθηκε: 15.3.2011

Εγκρίθηκε: 21.3.2011

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Γεώργιος Πιερράκος
Νοσηλεύτης, Επίκουρος Καθηγητής ΤΕΙ Αθήνας
Πιπεροπούλου 23, 145 75 Σταμάτα Αττικής
Τηλ.: 6977 215 521
e-mail: gpierrakos@yahoo.gr

Εισαγωγή: Το κάπνισμα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα επιλεγμένης ανθυγιεινής συμπεριφοράς και την υπ' αριθμόν ένα προλαμβανόμενη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Για το λόγο αυτόν κρίνεται αναγκαία η συγκριτική διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των καπνιστών και μη καπνιστών. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής καπνιστών και μη καπνιστών. **Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο και τον Ιούλιο του 2009, διήρκεσε 4 εβδομάδες και αφορούσε σε καπνιστές και μη καπνιστές, δημότες του Δήμου Αθηναίων, από τους οποίους συλλέχθηκαν συνολικά 317 (212 και 105, αντίστοιχα) ερωτηματολόγια. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής «επισκόπηση υγείας SF-36». Ως δειγματοληπτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία και ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με το συντελεστή εσωτερικής συνοχής α του Cronbach. **Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των δεδομένων της κλίμακας SF-36 προκύπτει ότι οι καπνιστές βαθμολογούν χαμηλότερα τη σωματική τους υγεία (RP=69,92) συγκριτικά με τους μη καπνιστές (RP=78,09), στατιστικό σημαντικό επίπεδο. Αντίθετα, δε φαίνεται να υπάρχει διαφορά στην κοινωνική λειτουργικότητά τους (καπνιστές SF=55,6 και μη καπνιστές SF=55) στο επίπεδο του 0,05. **Συμπεράσματα:** Αν και από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι καπνιστές αξιολογούν υποκειμενικά, ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά τη σωματική τους υγεία, δε φαίνεται να εκτιμούν το ίδιο για την κοινωνική λειτουργικότητά τους. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την τάση που είναι διαμορφωμένη στην ελληνική κοινωνία ως προς το κάπνισμα και συνδέει την ποιότητα ζωής με τον τρόπο αντιμετώπισης της συνήθειας του καπνίσματος.

Λέξεις ευρετηρίου: Κάπνισμα, κοινωνικότητα, ποιότητα ζωής

Εισαγωγή

Η υγεία ενός πληθυσμού ή μιας κοινωνικής ομάδας δεν είναι μόνο υγειονομικό φαινόμενο, που εξαρτάται αποκλειστικά από την προσφορά υγειονομικών

υπηρεσιών. Υπάρχουν επιπρόσθετα άλλοι, οικονομικοί, κοινωνικοί, βιολογικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, που επηρεάζουν –ίσως πολύ περισσότερο– την υγεία του πληθυσμού σε σχέση με το καθαυτό υγειονομικό σύστημα.^{1,2}

Η ταχεία ανάπτυξη και η καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών προκάλεσε το ενδιαφέρον ιατρών και άλλων επιστημόνων υγείας να μελετήσουν την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών, προκειμένου να διερευνηθούν οι τυχόν κίνδυνοι ή τα οφέλη από τις πράξεις, καθώς και οι επιπτώσεις τους στη ζωή του ασθενούς.³ Παρά την έλλειψη συμφωνίας στον ορισμό της ποιότητας ζωής, είναι ευρέως αποδεκτό ότι αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Οποιοδήποτε θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για τη βελτίωση της υγείας, θα πρέπει να αναφέρεται στην επίδραση που έχει η νόσος ή η θεραπεία της στο σύνολο των διαστάσεων της ανθρώπινης υγείας και όχι απλά στο επίπεδο μόνο της σωματικής υγείας.⁴

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία της έννοιας της ποιότητας ζωής που ασχολείται συγκεκριμένα με τους παράγοντες της υγείας που την επηρεάζουν.⁵ Η βελτίωση επομένως του επιπέδου υγείας είναι άμεσα συνυφασμένη με τη συνολική κοινωνική ανάπτυξη και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού. Τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Έχουν αναπτυχθεί διάφοροι δείκτες, άμεσα εξαρτώμενοι από την εστίαση των μετρήσεων, τις πηγές που είναι διαθέσιμες σε αυτές, καθώς και το γενικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιούνται οι μετρήσεις.⁶

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι δείκτες ποιότητας ζωής συνδέονται με τους αντικειμενικούς δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας αναλογικά. Επίσης, διαπιστώνεται ότι η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να αποδειχθεί πιο αποτελεσματική στην αποτύπωση της εικόνας υγείας του πληθυσμού.⁷

Ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι το κάπνισμα, το οποίο αφενός συνδέεται με τη συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού και με μια σειρά νοσημάτων (π.χ. καρκίνος, στεφανιαία νόσος κ.λπ.) και αφετέρου ως εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί σημαντικό ψυχοδραστικό παράγοντα για την υγεία του ανθρώπου. Μελέτες έχουν δείξει αναλογικότητα στην παράταση της ανθρώπινης ζωής και στη διακοπή του καπνίσματος.⁸

Η Ελλάδα διεκδικεί ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη, με υψηλή κατανάλωση σε τσιγάρα τόσο συνολικά όσο και κατ' άτομο. Ως συνέπεια αυτής της κατάστασης, το ποσοστό των θανάτων

που μπορούν να αποδοθούν στο κάπνισμα είναι επίσης υψηλό.^{9,10} Πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα του καθηγητή Τούντα (πανελλαδική έρευνα "Hellas Health I"), το 2007, έδειξε ότι το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές και καπνίζουν καθημερινά >20 τσιγάρα, ποσοστά που κατατάσσουν την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις παγκόσμια.¹¹

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2001 στον ελληνικό πληθυσμό, διαπιστώθηκε ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.¹²

Σε παγκόσμιο επίπεδο και σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπάρχουν περίπου 1,25 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκόσμια, ηλικίας >15 ετών, με τον αριθμό αυτό να αυξάνεται σταθερά. Ποσοστό 70% αυτών διαβιούν σε αναπτυσσόμενες χώρες, γεγονός που συνδέει τη φτώχεια με το επίπεδο της υγείας.¹³ Σύμφωνα με διαπιστώσεις του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), η σχέση φτώχειας και υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη, καθιστώντας τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας περισσότερο ευάλωτα σε κινδύνους που σχετίζονται με την υγεία.¹⁴

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή, η μέτρηση, η ανάλυση και η σύγκριση της ποιότητας ζωής καπνιστών και μη καπνιστών, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής την επισκόπηση υγείας SF-36.

Υλικό και Μέθοδος

Υλικό της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο και τον Ιούλιο του 2009, διήρκεσε 4 εβδομάδες και αφορούσε στους καπνιστές και μη καπνιστές, δημότες του Δήμου Αθηναίων, από τους οποίους συλλέχθηκαν συνολικά 317 (212 και 105, αντίστοιχα) ερωτηματολόγια. Από τους 317, οι 171 (53,9%) ήταν γυναίκες και οι 146 ήταν άνδρες (46,1%) και χωρίστηκαν σε έξι ηλικιακές ομάδες. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, με ποσοστό 24,61%, ήταν ηλικίας 36–45 ετών με ελάχιστη διαφορά να ακολουθεί το 20,19% που ήταν ηλικίας 26–35 ετών, το 19,87% ήταν ηλικίας 18–25 ετών και το 17,67% ήταν ηλικίας 46–55 ετών. Επίσης, στο δείγμα υπήρχαν άτομα ηλικίας 56–65 ετών, καθώς και 66 ετών και άνω με ποσοστά 9,46% και 8,2%, αντίστοιχα. Το 32,8% του δείγματος ανήκε στην κατηγορία των μη καπνιστών. Στις υπόλοιπες κατηγορίες καπνιστών, το 17,7%

κάπνιζε 1,5 πακέτο ανά ημέρα, το 17% έως 1 πακέτο, το 16,4% 2,5 πακέτα και το 16,1% από 3 πακέτα και άνω.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων. Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής του SF-36 χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής α του Cronbach.¹⁵⁻¹⁷ Τα αποτελέσματα ήταν συναφή, αν όχι ταυτόσημα, με αυτά που αναφέρονται από τους Ware και Sherbourne.¹⁶ Ο συντελεστής α , ανά κλίμακα του SF-36, διακυμάνθηκε στο 0,759–0,932, ικανοποιώντας το κριτήριο του 0,70 που αφορά στις ατομικές συγκρίσεις (πίνακας 1).

Εργαλείο της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής, διχοτομικές και χαρακτηριστικών γνωρισμάτων) και χωρίζεται σε δύο ενότητες:

- Δημογραφικά στοιχεία
- Ποιότητα ζωής SF-36.

Η πρώτη ενότητα, τα *δημογραφικά στοιχεία*, περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν προσωπικά στοιχεία του ερωτώμενου όπως το φύλο, την ηλικία, το βάρος, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, την επαγγελματική του κατάσταση αλλά και τη βασική ερώτηση της έρευνας για το αν είναι καπνιστές ή όχι. Επίσης, οι ερωτώμενοι κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με την κατανάλωση πακέτων τσιγάρων:

- Έως 1 πακέτο τσιγάρα την ημέρα
- Έως 1,5 πακέτο τσιγάρα την ημέρα
- Έως 2,5 πακέτα τσιγάρα την ημέρα
- Από 3 και άνω πακέτα τσιγάρα την ημέρα.

Η δεύτερη ενότητα, η *ποιότητα ζωής SF-36*, περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις,^{17,18} οι οποίες είναι χωρισμένες σε

Πίνακας 1. Έλεγχος αξιοπιστίας μετρήσεων της επισκόπησης υγείας SF-36.

Κλίμακες SF-36	Συντελεστής Cronbach alpha
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	0,932
Σωματικός ρόλος (RP)	0,832
Σωματικός πόνος (BP)	0,922
Γενική υγεία (GH)	0,793
Ζωτικότητα (VT)	0,837
Κοινωνική λειτουργικότητα (SF)	0,882
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	0,746
Ψυχική υγεία (MH)	0,759

οκτώ θεματικές κλίμακες που αποτελούνται από 2–10 ερωτήσεις η καθεμιά:

- PF: Σωματική λειτουργικότητα, 10 ερωτήσεις
- RP: Ρόλος σωματικός, 4 ερωτήσεις
- BP: Σωματικός πόνος, 2 ερωτήσεις
- GH: Γενική υγεία, 5 ερωτήσεις
- VT: Ζωτικότητα, 4 ερωτήσεις
- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα, 2 ερωτήσεις
- RE: Ρόλος συναισθηματικός, 3 ερωτήσεις
- MH: Ψυχική υγεία, 5 ερωτήσεις.

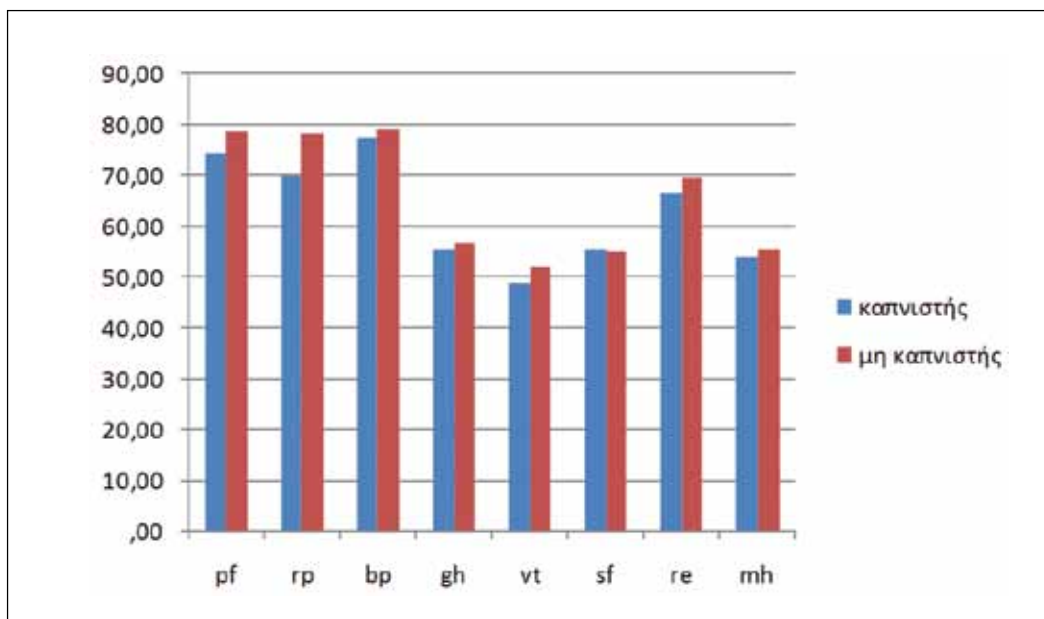
Η ελληνική μετάφραση του SF-36 δοκιμάστηκε με επιτυχία σε επαναλαμβανόμενες έρευνες στον τομέα υγείας στην Ελλάδα. Σε όλες τις έρευνες έχει καταγραφεί υψηλού βαθμού εγκυρότητα (reliability) και αξιοπιστία (validity).^{5,19}

Αποτελέσματα

Ανάλυση της κλίμακας SF-36 σε καπνιστές και μη καπνιστές

Από την εικόνα 1 προκύπτει ότι στην κλίμακα «σωματική λειτουργικότητα» (physical functionary, PF), οι καπνιστές συγκέντρωσαν το 74,2% και οι μη καπνιστές το 78,5%. Στη συνέχεια, στην κλίμακα «σωματικός ρόλος» (role physical, RP), οι καπνιστές συγκέντρωσαν το 69,9% και οι μη καπνιστές το 78,1%. Έπειτα, στην κλίμακα «σωματικός πόνος» (bodily pain, BP), το 77,4% αντιπροσώπευε τους καπνιστές και το 79,2% τους μη καπνιστές. Επιπλέον, στην κλίμακα «γενική υγεία» (general health, GH), το 55,4% αντιστοιχούσε στους καπνιστές και το 56,7% στους μη καπνιστές. Ακόμη, στην κλίμακα «ζωτικότητα» (vitality, VT), το 48,7% αντιπροσώπευε τους καπνιστές και το 52,1% τους μη καπνιστές. Επιπρόσθετα, στην κλίμακα «κοινωνική λειτουργικότητα» (social functionary, SF), το 55,6% αντιστοιχούσε στους καπνιστές και το 55% στους μη καπνιστές. Τέλος, στην κλίμακα «συναισθηματικός ρόλος» (role emotional, RE), το 66,3% απεικόνιζε τους καπνιστές και το 69,5% τους μη καπνιστές, ενώ στην κλίμακα «ψυχική υγεία» (mental health, MH), το 53,8% έδειχνε τους καπνιστές και το 55,4% τους μη καπνιστές.

Από την ανάλυση των παραπάνω δεδομένων της κλίμακας SF-36 προκύπτει ότι οι καπνιστές βαθμολογούσαν χαμηλότερα τη φυσική τους υγεία (RP=69,92) συγκριτικά με τους μη καπνιστές (RP=78,09), στο επίπεδο του 0,05. Αντίθετα, δε φαίνεται να υπάρχει διαφορά στην κοινωνική λειτουργικότητά τους (καπνιστές SF=55,6 και μη καπνιστές SF=55) στο επίπεδο του 0,05.

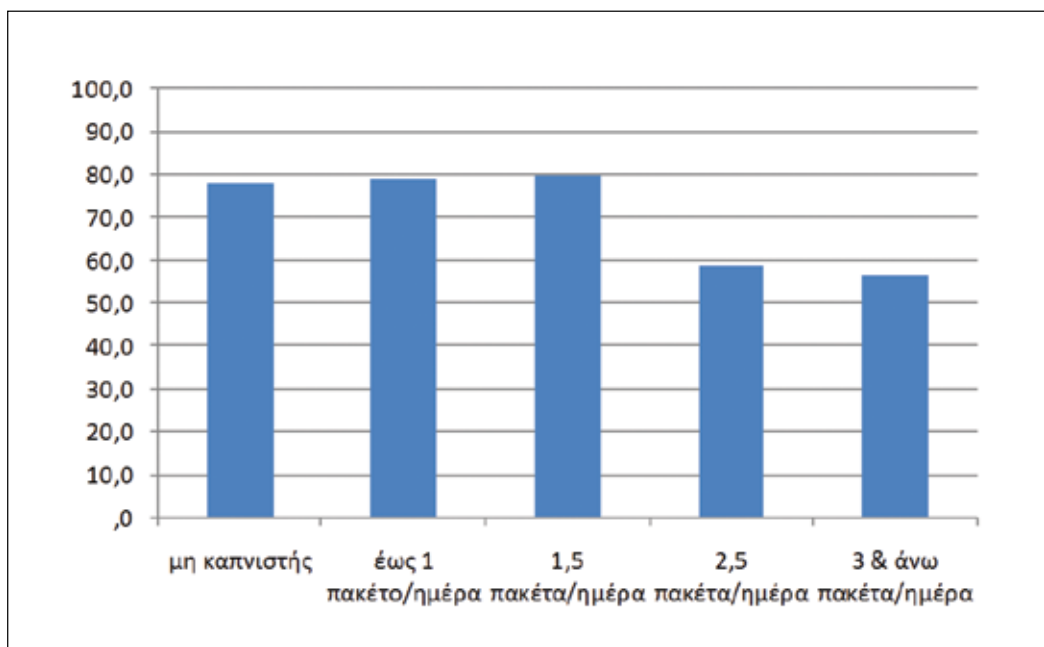


Εικόνα 1. Αξιολόγηση στις οκτώ κλίμακες του SF-36 καπνιστών και μη καπνιστών.

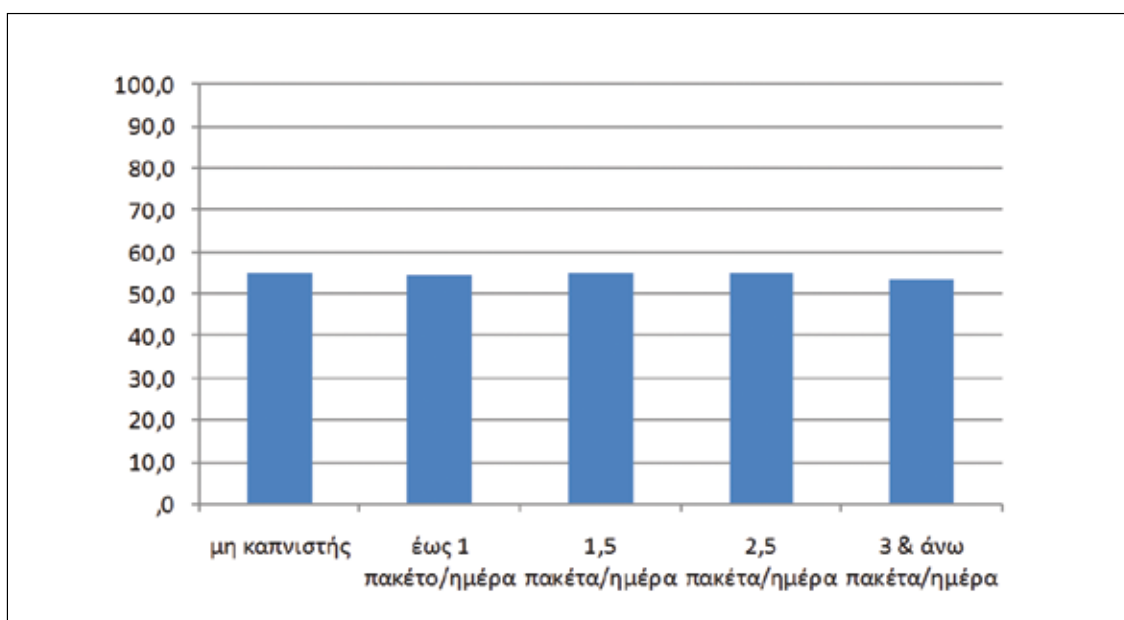
Ανάλυση της κλίμακας SF-36 σε καπνιστές ανάλογα με την κατανάλωση τσιγάρων

Από την ανάλυση των παραπάνω αποτελεσμάτων κατά κατηγορίες ημερήσιας κατανάλωσης (εικόνες 2, 3)

τσιγάρων, προκύπτει ότι οι καπνιστές που καπνίζουν >2 πακέτα τσιγάρα αξιολογούν ακόμη χαμηλότερα την ποιότητα ζωής τους ενώ τα πράγματα επιδεινώνονται περισσότερο για τους καπνιστές με >3 πακέτα τσιγάρα



Εικόνα 2. Υποκειμενική αξιολόγηση της φυσικής υγείας («σωματικός ρόλος», RP) ανάλογα με την ημερήσια κατανάλωση αριθμού τσιγάρων.

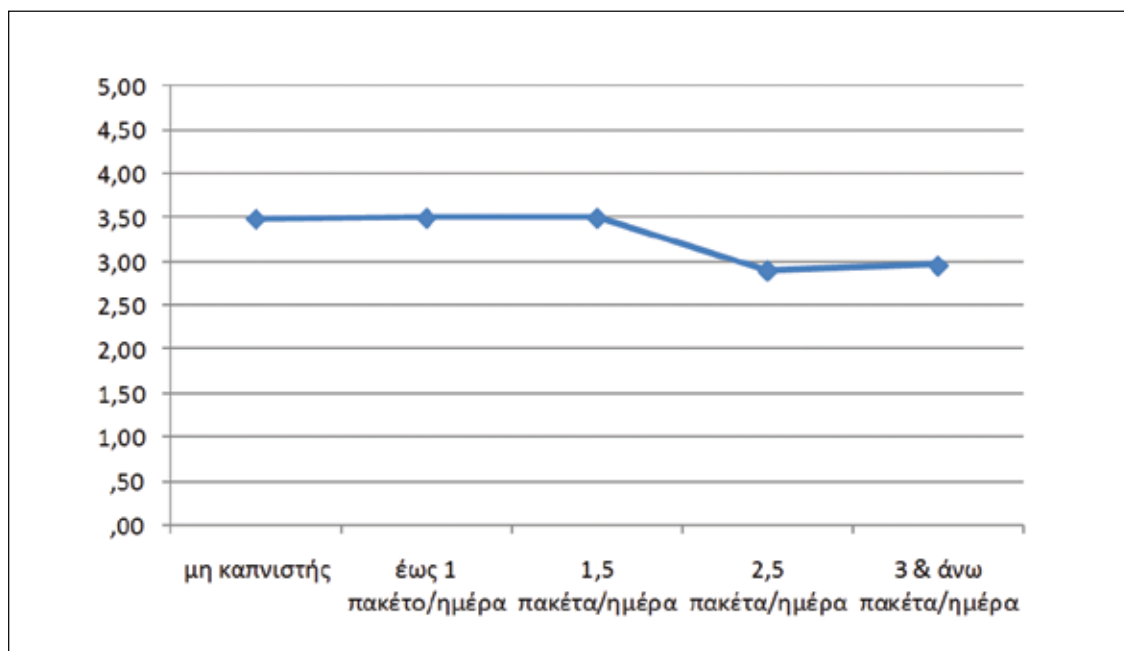


Εικόνα 3. Υποκειμενική αξιολόγηση της κοινωνικότητας («κοινωνικής λειτουργικότητας», SF) ανάλογα με την ημερήσια κατανάλωση αριθμού τσιγάρων.

την ημέρα. Αντίθετα, και πάλι, δε φαίνεται να επηρεάζεται η κοινωνικότητά τους, ανεξάρτητα από την κατανάλωση τσιγάρων στο επίπεδο του 0,05. Ειδικότερα διαπιστώνεται (εικόνα 4) ότι στην κλίμακα 1–5 η υποκειμενική αξιολόγη-

ση της υγείας επιδεινώνεται σημαντικά, ανάλογα με τον ημερήσιο αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων, με στατιστικά σημαντικές διαφορές στο κριτήριο του 0,05.

Η μέση τιμή για τους καπνιστές που καπνίζουν έως



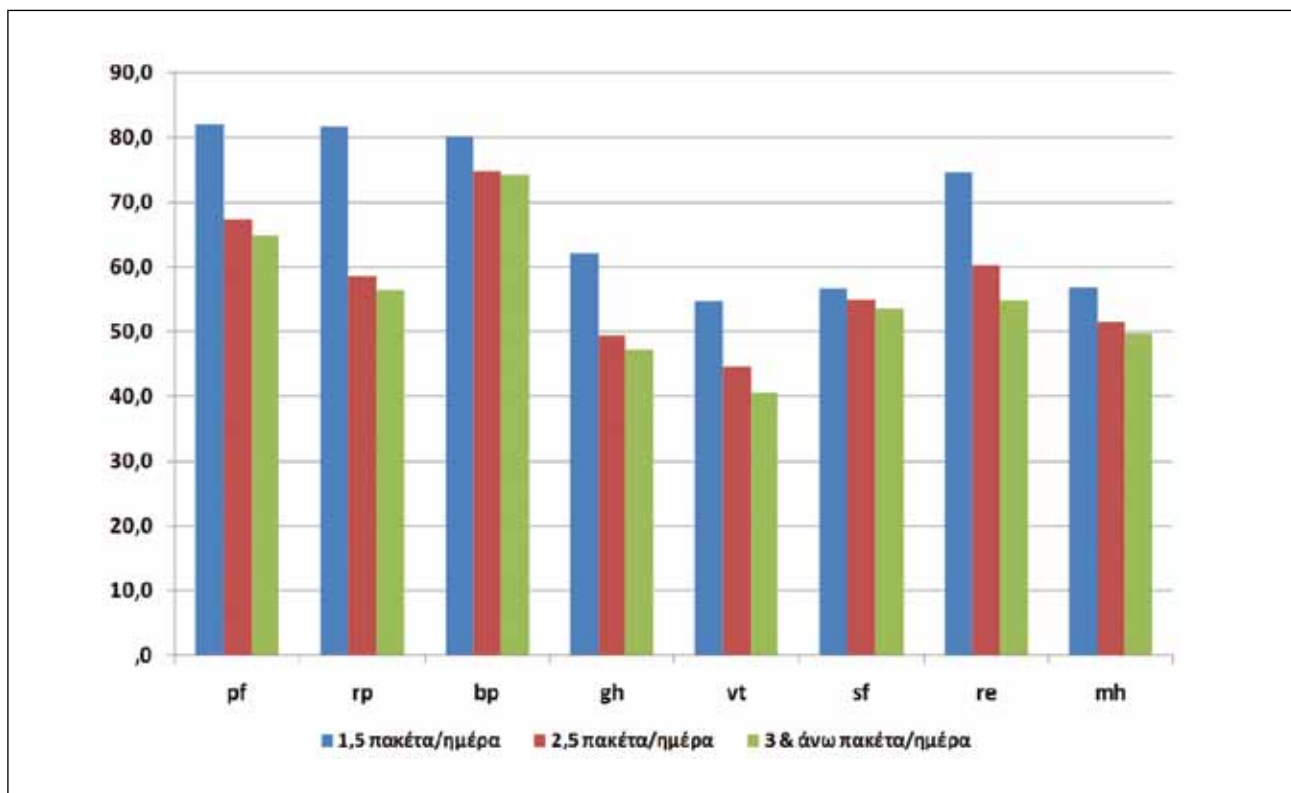
Εικόνα 4. Κριτήριο υποκειμενικής γενικής αξιολόγησης (κλίμακα 1–5) της ποιότητας ζωής ανάλογα με την ημερήσια κατανάλωση αριθμού τσιγάρων.

ένα πακέτο την ημέρα είναι 3,5 και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση είναι 0,985. Γι' αυτούς που καπνίζουν 1,5 πακέτο ανά ημέρα είναι 3,5 και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση είναι 0,896, ενώ για όσους καπνίζουν 2,5 πακέτα ανά ημέρα είναι 2,9 και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση ανέρχεται σε 0,913. Τέλος, για εκείνους που καπνίζουν >3 πακέτα ανά ημέρα, η μέση τιμή είναι 3,0 και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση είναι 1,019. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές στο κριτήριο του 0,05.

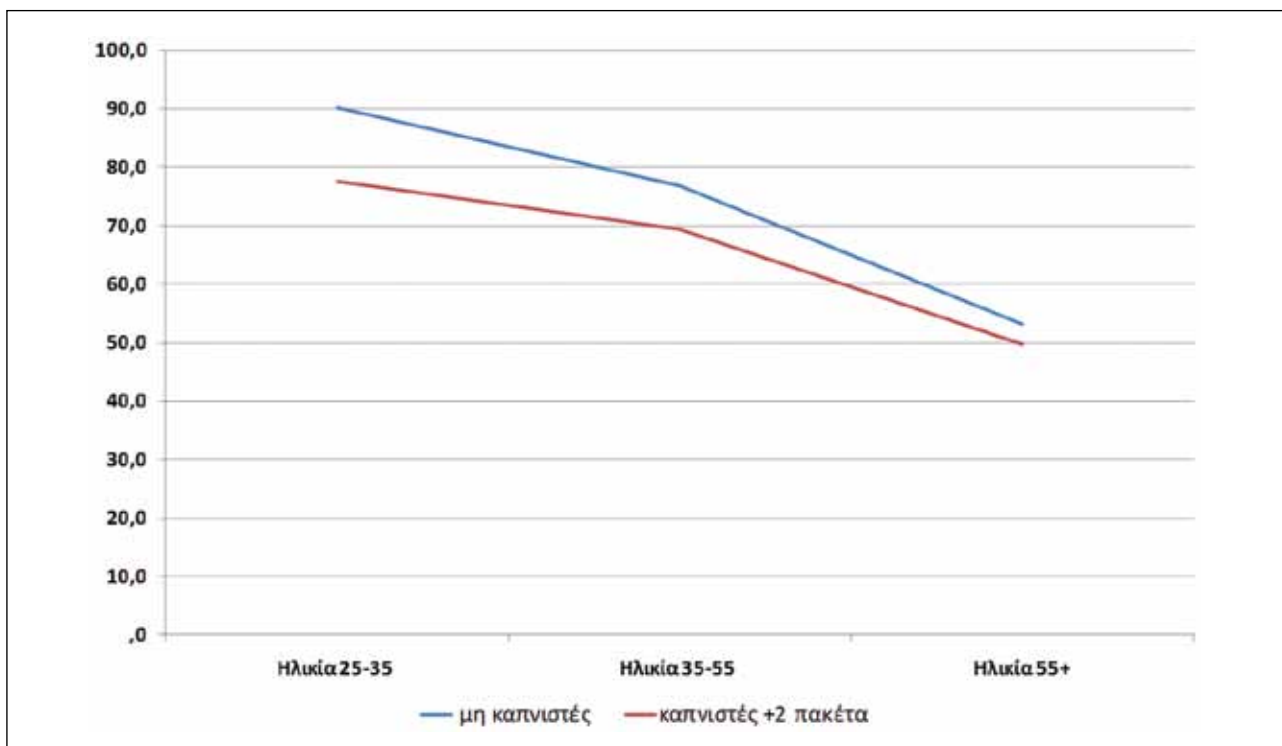
Όπως φαίνεται και στην εικόνα 5, στην αξιολόγηση των οκτώ κλιμάκων του SF-36, οι καπνιστές με υψηλή κατανάλωση τσιγάρων στο επίπεδο του 0,05 παρουσιάζουν χαμηλότερες επιδόσεις στη σωματική υγεία, με τις χαμηλότερες επιδόσεις αυτών που καπνίζουν >3 πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Πιο συγκεκριμένα, στην κλίμακα «σωματική λειτουργικότητα» (PF), οι καπνιστές που κάπνιζαν >2,5 πακέτα την ημέρα είχαν ποσοστό χαμηλότερο από 70%, ενώ στην κλίμακα «σωματικός ρόλος» (RP), το ποσοστό μειώθηκε ακόμη και κάτω από το 60%. Αντίθετα, στην κλίμακα «κοινωνική λειτουργικότητα» (SF), δεν παρουσιάστηκε κάποια διαφορά στο επίπεδο του 0,05.

Ανάλυση της κλίμακας SF-36 σε καπνιστές ανάλογα με την κατανάλωση τσιγάρων και την ηλικία

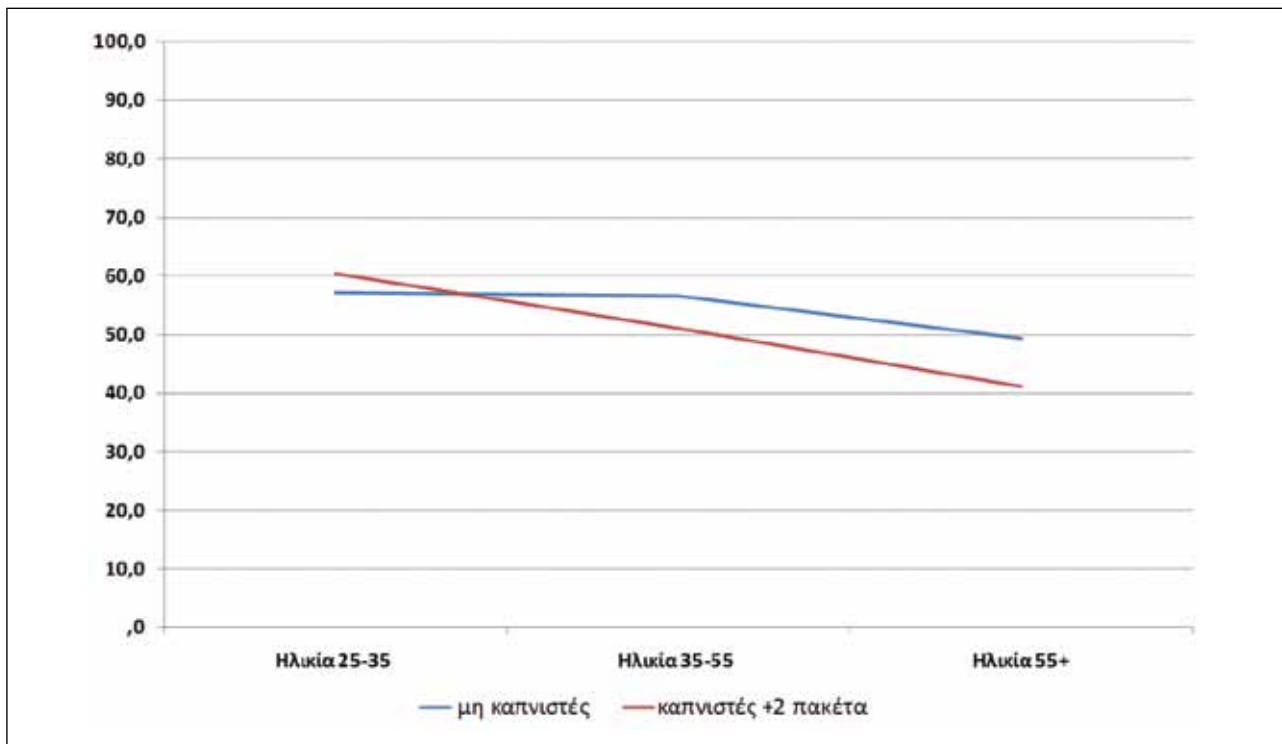
Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης, διαπιστώνεται ότι η υψηλή κατανάλωση τσιγάρων προοδευτικά με την ηλικία επιδεινώνει όλους τους δείκτες του SF-36. Ακόμη και στην «κοινωνική λειτουργικότητα», διαπιστώνεται ότι οι υψηλές καταναλώσεις, τελικά, επιδρούν αρνητικά, προοδευτικά με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, και όπως φαίνεται στην εικόνα 6, στην κλίμακα του SF-36 «σωματική λειτουργικότητα» (PF), οι καπνιστές που κάπνιζαν >2 πακέτα την ημέρα είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τους μη καπνιστές σε όλες τις ομάδες ηλικιών. Στην ομάδα ηλικιών των 25–35 ετών, οι μη καπνιστές είχαν ποσοστό 90,2% ενώ οι καπνιστές 77,5%, στην ομάδα ηλικιών 35–55 ετών, τα ποσοστά ήταν 76,8% και 69,3%, αντίστοιχα και στην ομάδα ηλικιών των 55+ ετών, τα ποσοστά ανέρχονταν σε 53,2% και 49,6%, αντίστοιχα. Ακόμη περισσότερο φαίνεται να επηρεάζεται, με την πάροδο του χρόνου, η πνευματική υγεία των καπνιστών. Έτσι, στην εικόνα 7, στην κλίμακα «ψυχική υγεία» (MH), οι καπνιστές φάνηκε να μην έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ομάδα ηλικιών



Εικόνα 5. Αξιολόγηση στις οκτώ κλίμακες του SF-36 καπνιστών ανάλογα με την κατανάλωση τσιγάρων.



Εικόνα 6. Αξιολόγηση στην κλίμακα «σωματική λειτουργικότητα» (PF) του SF-36 καπνιστών, με κατανάλωση >2 πακέτα, και μη καπνιστών, ανάλογα με την ηλικία.



Εικόνα 7. Αξιολόγηση στην κλίμακα «ψυχική υγεία» (MH) του SF-36 καπνιστών, με κατανάλωση >2 πακέτα, και μη καπνιστών, ανάλογα με την ηλικία.

των 5–25 ετών και στην ομάδα ηλικιών 55+ ετών οι μη καπνιστές είχαν ποσοστό 49,3%, ενώ οι καπνιστές 41,2%. Τέλος, στην κλίμακα της «κοινωνικής λειτουργικότητας» (SF), αν και δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, φάνηκε σαφώς η τάση της διαφοράς των καπνιστών και των μη καπνιστών, προσοδευτικά με την ηλικία (εικόνα 8).

Συζήτηση

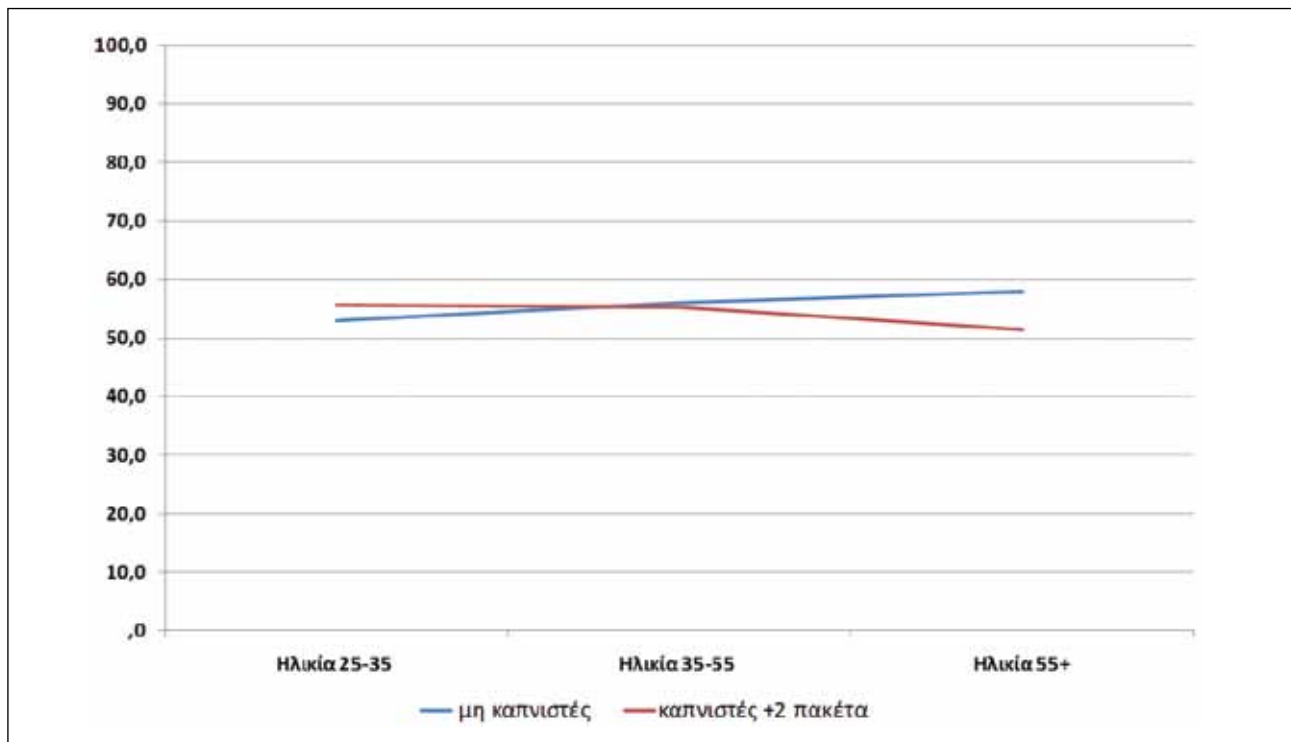
Από την έρευνα και την ανάλυση που προηγήθηκε, προκύπτει ότι στις κλίμακες του SF-36 που μετρούν τη «σωματική λειτουργικότητα» (PF), το «σωματικό ρόλο» (RP), το «σωματικό πόνο» (BP), τη «γενική υγεία» (GH), τη «ζωτικότητα» (VT), το «συναισθηματικό ρόλο» (RE) και την «ψυχική υγεία» (MH), οι μη καπνιστές παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους καπνιστές. Αντίθετα, στην κλίμακα που μετρά την «κοινωνική λειτουργικότητα» (SF), παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ανάλογα με την ποσότητα των πακέτων των τσιγάρων που καπνίζουν οι καπνιστές ημερησίως, στις κλίμακες PF, RP, BP, GH, VT, RE και MH, αυτοί που καπνίζουν έως 1 πακέτο έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με εκείνους

που καπνίζουν 1,5, 2,5 ή >3 πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Αντίθετα, στην κλίμακα SF, που μετρά την «κοινωνική λειτουργικότητα», καλύτερη ποιότητα ζωής παρουσιάζουν όσοι καπνίζουν 1,5 πακέτο τσιγάρα ημερησίως ενώ ακολουθούν αυτοί που καπνίζουν έως 1 πακέτο και ακόμη πιο χαμηλή ποιότητα ζωής έχουν όσοι καπνίζουν 2,5 ή >3 πακέτα τσιγάρα την ημέρα.

Ταξινομώντας τους ερωτώμενους σε τρεις ηλικιακές κατηγορίες, δηλαδή (α) 20–35 ετών, (β) 36–45 ετών και (γ) από 46 ετών και άνω, προκύπτει ότι οι μη καπνιστές, ηλικίας 20–35 ετών, όσον αφορά στη «σωματική λειτουργικότητα», το «σωματικό ρόλο», το «σωματικό πόνο» και τη «ζωτικότητα», παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους καπνιστές. Από την άλλη πλευρά, στις κλίμακες της «γενικής υγείας», της «κοινωνικής λειτουργικότητας», του «συναισθηματικού ρόλου» και της «ψυχικής υγείας» φαίνεται ότι οι καπνιστές ηλικίας 20–35 ετών έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Όσον αφορά στους καπνιστές ηλικίας 36–45 ετών διαπιστώνεται ότι σε όλες τις κλίμακες του SF-36 παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τους μη καπνιστές.

Γενικότερα, προκύπτει το συμπέρασμα στη σωματική κλίμακα που περιλαμβάνει τη «σωματική λειτουργικότητα»



Εικόνα 8. Αξιολόγηση στην κλίμακα «κοινωνική λειτουργικότητα» (SF) του SF-36 καπνιστών, με κατανάλωση >2 πακέτα, και μη καπνιστών ανάλογα με την ηλικία.

τα», το «σωματικό ρόλο» και το «σωματικό πόνο», ότι οι καπνιστές ηλικίας 20–45 ετών, στην κλίμακα του SF-36, δίνουν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Τέλος, στην κλίμακα του «συναισθηματικού ρόλου», οι μη καπνιστές ηλικίας 36 ετών και άνω αξιολογούν υψηλότερα την ποιότητα ζωής σε σχέση με τους καπνιστές.

Γενικότερα, και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώνεται ότι οι μη καπνιστές δείχνουν να αξιολογούν καλύτερα τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τους έναντι των καπνιστών, σχεδόν σε όλες τις κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36. Ειδικότερα, προκύπτει ότι οι καπνιστές που καταναλώνουν από 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα και άνω, αξιολογούν σαφώς χειρότερα την ποιότητα ζωής τους, με τους δείκτες να μειώνονται ακόμη περισσότερο όσο αυξάνει η ηλικία.

Οι ανωτέρω διαπιστώσεις παραπέμπουν σε αντίστοιχα ευρήματα μελετών που παρουσιάζονται στη συνέχεια:

- Σύμφωνα με επαναλαμβανόμενη έρευνα, σε βάθος χρόνου 12 μηνών, με τη χρήση του εργαλείου SF-36, διαπιστώθηκε ότι η διακοπή του καπνίσματος συμβάλλει σαφώς στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.²² Στην έρευνα αυτή, η οποία διεξήχθη τον Ιανουάριο του 2006 στην Αυστρία, συμμετείχαν 308 καπνιστές οι οποίοι αρχικά συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SF-36 και στη συνέχεια, μετά από 3 μήνες και 1 χρόνο, έδωσαν συνέντευξη στους ερευνητές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 40–55% των ατόμων διέκοψαν το κάπνισμα μέσα σε 1 χρόνο, και το 96% αυτών χωρίς φαρμακευτική βοήθεια, ενώ, σε όλους τους συμμετέχοντες, βελτιώθηκε η προσωπική ποιότητα ζωής τους σχετικά με την υγεία.
- Αντίστοιχη έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς που απείχαν από το κάπνισμα για ένα χρόνο, είχαν βελτιώσει την πνευματική τους υγεία αλλά και την κοινωνική λειτουργικότητά τους και τη γενική τους υγεία.²³ Η έρευνα που διεξήχθη σε κλινική απεξάρτησης από τη νικοτίνη –Mayo Clinic Nicotine Dependence Center– στη Μινεσότα των ΗΠΑ, είχε ως δείγμα της 3.333 ασθενείς, οι οποίοι και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία, SF-36. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που απείχαν από το κάπνισμα για ένα χρόνο είχαν βελτιώσει την πνευματική τους υγεία αλλά και την κοινωνική λειτουργικότητά τους και τη γενική τους υγεία.
- Επίσης, σε επαναλαμβανόμενη έρευνα, σε βάθος χρόνου 3 ετών, η οποία διεξήχθη στο Helsinki της Φινλανδίας τα έτη 2000–2002, διαπιστώθηκε ότι οι καπνιστές που είχαν υψηλή κατανάλωση τσιγάρων την ημέρα είχαν σαφώς χειρότερες επιδόσεις στην

κλίμακα του SF-36 από τους μη καπνιστές.²⁴ Στην έρευνα συμμετείχαν 8.970 άτομα (1.799 άνδρες και 7.171 γυναίκες), τα οποία και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SF-36. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περιστασιακοί καπνιστές στη σωματική κλίμακα είχαν χειρότερη γενική υγεία αλλά και στην πνευματική κλίμακα είχαν χειρότερα αποτελέσματα από τους μη καπνιστές. Μόνο όσοι κάπνιζαν πολύ, είχαν διαφορές από τους μη καπνίζοντες, ενώ δε βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στους πρώην καπνιστές και στους μη καπνιστές. Διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες των καπνιστών βρέθηκαν σε μερικές κατηγορίες της σωματικής κλίμακας και σε όλες τις κατηγορίες της πνευματικής κλίμακας.

- Τέλος, σε έρευνα στην Αυστραλία διαπιστώθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές σε όλες τις κατηγορίες των καπνιστών σε σχέση με τους μη καπνιστές, ενώ η κατηγορία των ατόμων που καπνίζουν πολύ είχε το μικρότερο ποσοστό ως προς την ποιότητα ζωής στην κλίμακα του SF-36 από όλες τις κατηγορίες καπνιστών.²⁵ Στην έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2002 στην Αυστραλία, συμμετείχαν 3.010 άτομα και ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής επιλέχθηκε η επισκόπηση υγείας SF-36. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικές διαφορές σε όλες τις κατηγορίες των καπνιστών σε σχέση με τους μη καπνιστές, ενώ η κατηγορία των ατόμων που καπνίζουν πολύ είχε το μικρότερο ποσοστό από όλες τις κατηγορίες καπνιστών.

Στις ΗΠΑ, η αναλογία των ενήλικων καπνιστών μειώθηκε κατά 18,5% την περίοδο 1993–2008 βελτιώνοντας σημαντικά τους δείκτες θνησιμότητας.²⁶ Κατά την περίοδο μετά το 2002, αν και μειώθηκε ο αριθμός των ενήλικων καπνιστών δε φαίνεται να επηρεάζονται οι δείκτες ποιότητας ζωής. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες, που επηρεάζουν γενικότερα την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Ωστόσο, η παρακολούθηση δεικτών που σχετίζονται με το ποσοστό των καπνιστών και των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα θεωρείται σημαντική.²⁷

Συμπεράσματα

Από την έρευνα συνάγεται ότι οι μη καπνιστές παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στη φυσική τους υγεία από τους καπνιστές. Ανάλογα και με την ποσότητα των πακέτων των τσιγάρων που καπνίζουν οι καπνιστές ημερησίως, διαπιστώνεται ότι η υψηλή κατανάλωση (>2 πακέτα την ημέρα) επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, ενώ η κατάσταση επιδεινώνεται για

ακόμη υψηλότερες καταναλώσεις.

Αντίθετα, δε φαίνεται να επηρεάζεται καθόλου η κοινωνικότητα των καπνιστών σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Εκτός όμως από την εθνική στρατηγική για το κάπνισμα, είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί ένα δίκτυο υποστηρικτικών θεσμών και επιμέρους μονάδων σε τοπικό επίπεδο. Στους θεσμούς αυτούς, περιλαμβάνονται τόσο δημόσιοι όπως σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), εθελοντικοί-κοινωνικοί φορείς όπως εκκλησία, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), αθλητικά σωματεία, καθώς και τοπικοί μη κερδοσκοπικοί φορείς. Ο επιτυχημένος σχεδιασμός προγραμμάτων πρόληψης

και αγωγής υγείας σε τοπικό επίπεδο, σε συνδυασμό με τη συστηματική αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών, παρέχει τη δυνατότητα της ορθολογικής κατανομής των περιορισμένων πόρων.²⁸ Επίσης, η ενεργός συμμετοχή εθελοντών-πολιτών της τοπικής κοινωνίας στις δράσεις ενημέρωσης αποτελεί ένα θετικό δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των δράσεων αγωγής υγείας. Με τον τρόπο αυτόν, οι αναμενόμενες ωφέλειες στοχεύουν στην ευρύτερη και σε βάθος ενημέρωση της τοπικής κοινωνίας και στη διάχυση των καλών πρακτικών που αναπτύσσονται, συμβάλλοντας στη συνολική αντιμετώπιση του ζητήματος.

ABSTRACT

Health-related Quality of Life of Smokers and Non-Smokers

George Pierrakos,¹ Efthymia Michopoulou,² Ioulia Kondili,² Antonios Ganas,³ Markos Sarris⁴

¹Nurse, Associate Professor of Technological Educational Institute of Athens, ²Graduate Student of Technological Educational Institute of Athens, ³PhD, Researcher, ⁴Professor of Technological Educational Institute of Athens, Greece

Background: Smoking is an example of unhealthy chosen behaviour and the number one preventable cause of morbidity and mortality. For this reason it is important to compare health-related quality of life of smokers and non-smokers. **Aim:** Subjective assessment of the quality of life of smokers and non-smokers. **Method:** The 4-week study was conducted in June and July 2009 and involved smokers and non-smokers, residents of the Municipality of Athens. A total of 317 questionnaires were completed by participants of whom 212 were smokers and 105 non-smokers. The questionnaire used was the "SF-36 Health Survey" instrument that measures the quality of life. The sampling method was the stratified random sampling and the testing reliability was tested using the Cronbach's alpha. **Results:** From the data analysis of the SF-36 scale, was found that smokers rated their "physical health" lower (RP=69.92) compared to non-smokers (RP=78.09). The difference was statistically significant. In contrast, no difference was reported in the "social functioning" (smokers SF = 55.6 smokers and non smokers SF=55, p=0.05). **Conclusions:** Although the study shows that smokers assessed subjectively that smoking adversely affects their physical health, they do not appear to evaluate their social functioning differently from that of the non-smokers. This finding is considered to be an important element in the trend for smoking to be considered acceptable in the Greek society, as far as links between the quality of life and the ways of dealing with the habit of smoking are concerned. *NOSILEFTIKI* 2011, 50 (2): 203–213.

Key-words: quality of life, smoking, sociability

✉ **Corresponding Author:** George Pierrakos, Nurse, Associate Professor, Technological Educational Institute of Athens, 23 Piperopoulou street, GR-145 75 Stamata Attikis, tel.: +30 6977 215 521, e-mail: gpierrakos@yahoo.gr

Βιβλιογραφία

1. Chalmers I, Archie Cochrane (1909-1988). *J Roy Soc Med* 2008, 101:41–44
2. Albanese M, Norcini J. What are they and why should we care? *Adv Health Sci Educ* 2002, 7:147–151
3. Σαρρής Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:42–28
4. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999:101–105
5. Σαρρής Μ, Γούλα Α, Γκίοκα Β, Σούλης Σ. Ποιότητα ζωής ασθενών

- και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2008, 25:201–208
6. Υφαντόπουλος Ι. *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Τυπωθήτω Δαρδανός, Αθήνα, 2006:549–555
7. Metzler M, Kanarek N, Highsmith K, Straw R, Bialek R, Stanley J et al. Community health status indicators project: The development of a national approach to community health. *Prev Chronic Dis* 2008, 5:A94
8. Taylor DH Jr, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health* 2002, 92:990–996

9. Vardavas CI, Kafatos AG. Smoking policy and prevalence in Greece: An overview. *Eur J Public Health* 2007, 17:211–213
10. Vardavas CI, Kondilis B, Travers MJ, Petsetaki E, Tountas Y, Kafatos AG. Environmental tobacco smoke in hospitality venues in Greece. *BMC Public Health* 2007, 7:302
11. Τούντας Γ. *Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, 2006
12. Παναγιωτάκος Δ, Χρυσόχου Χ, Πιτσάβος Χ, Μαρινάκης Ν, Σκούμας Ι, Στεφανάδης Χ και συν. Συσχέτιση μεταξύ της στεφανιαίας νόσου και παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:580–591
13. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. WHO, Geneva, 2009
14. Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2010*. ΕΚΚΕ, Αθήνα, 2010:64–65
15. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951, 16:297–334
16. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473–483
17. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993, 31:247–263
18. Lyons RA, Perry HM, Littlepage BN. Evidence for the validity of the short-form 36 questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Ageing* 1994, 23:182–184