



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΒΑΡΗΚΟΙΑ ΚΑΙ ΕΜΒΟΕΣ»

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ

A.M. 154189

Επιβλέποντες καθηγητές: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ, ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΧΑΛΚΙΔΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Περίληψη

Οι εμβοές αναφέρονται σε ήχους που γίνονται αντιληπτοί από το άτομο, αλλά δεν προέρχονται από το εξωτερικό τους περιβάλλον. Είναι ήχοι που μοιάζουν με κουδούνισμα, με παράσιτα ραδιοφώνου, με βρυχηθμό, με σφύριγμα ή με τους ήχους των τζιτζικιών και των γρύλων και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων γίνονται αισθητοί, μόνο από το ίδιο το άτομο. Οι εμβοές αφορούν ένα μεγάλο ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, καθώς το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού ταλανίζεται από αυτές και είναι πρόβλημα εντονότερο μεταξύ των ηλικιωμένων και εκείνων που αντιμετωπίζουν και κάποιο άλλο πρόβλημα ακοής, όπως είναι η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα.

Σκοπός της ερευνητικής αυτής εργασίας ήταν να εξετάσει το επίπεδο της ποιότητας της ζωής των ασθενών με εμβοές. Για τον λόγο αυτόν πραγματοποιήθηκε ποσοτική συγχρονική έρευνα σε ένα δείγμα 115 ατόμων που ταλανίζονται από εμβοές. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αποτελείται από την κλίμακα SF-36, από την κλίμακα THI και από μία ενότητα δημογραφικών. Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 26.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως ο μέσος όρος για το συνολικό επίπεδο συμπτωματολογίας των εμβοών είναι 29.4 (SD = 16.3) με εύρος τιμών από 0 έως 92. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν πως κατά μέσο όρο στο δείγμα οι συμμετέχοντες αναφέρουν ένα ήπιο επίπεδο συμπτωματολογίας εμβοών. Αντίστοιχα, ο μέσος όρος της λειτουργικής διάστασης είναι 11.8 (SD = 7.5), ο μέσος όρος της συναισθηματικής διάστασης είναι 6.7 (SD = 5.5) και ο μέσος όρος της καταστροφικής διάστασης είναι 12.6 (SD = 6.0). Επίσης, διαπιστώθηκε πως η μέση συμπτωματολογία εμβοών είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις ηλικιακές ομάδες 56-65 ετών (MO = 32.4, SD = 13.3) και 65 ετών και άνω (MO = 31.2, SD = 15.3). Τέλος, διαπιστώθηκε πως η αύξηση της συμπτωματολογίας των εμβοών προβλέπει μείωση της ποιότητας ζωής σε αυτές τις έξι διαστάσεις (σωματικό πόνο, γενική υγεία, συναισθηματική ευεξία, συναισθηματικό ρόλο, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα). Από τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, αυτές που επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τη συμπτωματολογία των εμβοών είναι η γενική υγεία (34.1%) και η κοινωνική λειτουργικότητα (27.2%).

Από τα ευρήματα που προέκυψαν διαπιστώνεται πως είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν δράσεις σε επίπεδο πρόληψης που σχετίζονται με την ενημέρωση

του πληθυσμού και την αποφυγή έκθεσή τους σε κινδύνους πρόκλησης εμβοών. Επίσης, πρέπει να πραγματοποιηθούν και ενέργειες που αφορούν στη διαχείρισή των εμβοών, οι οποίες εστιάζουν στην εφαρμογή συνεδριών γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, στη χρήση συσκευών και ακουστικών βαρηκοΐας και στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Εμβοές, Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, Ποιότητα ζωής, Φύλο, Ηλικία.

Abstract

Tinnitus refers to sounds that can be perceived by a person, but do not come from the person's external environment. They are sounds that resemble the sound of a ringing bell, radio parasites, roaring, whistling, or the sounds of cicadas and crickets, and in the majority of cases, they are only perceived by that person. Tinnitus affects a large portion of the total population, since 15% of the world's population suffers from it, and it is a condition that more severely affects the elderly and those who also suffer from other hearing problems, such as sensorineural hearing loss.

The aim of this research assignment was to examine the level of quality of life of patients with tinnitus. Therefore, a quantitative cross-sectional survey was conducted on a sample of 115 people suffering from tinnitus. In order to collect the data, a questionnaire was used consisting of an SF-36 scale, a THI scale, and a section on demographics. The responses that were collected were processed with the SPSS statistical package.

The results of the survey showed that the mean of the overall level of symptomatology for tinnitus is 29.4 (SD = 16.3) with a range of values from 0 to 92. These data show that, based on the mean for the respondents of the sample, a mild level of tinnitus symptomatology is reported. Similarly, the mean for the functional dimension is 11.8 (SD = 7.5), the mean for the emotional dimension is 6.7 (SD = 5.5), and the mean for the destructive dimension is 12.6 (SD = 6.0). It was also found out that the mean symptomatology of tinnitus is significantly higher in the age groups of 56-65 years old (M = 32.4, SD = 13.3) and 65 years and older (M = 31.2, SD = 15.3). Finally, it was revealed that an increase in tinnitus symptomatology predicts a decrease in quality of life in these six dimensions (physical pain, general health, emotional well-being, emotional role, social functioning, and vitality). Regarding the dimensions that refer to quality of life, those most affected by tinnitus symptomatology are general health (34.1%) and social functioning (27.2%).

From the resulting findings, it can be seen that it is important to take preventive actions, with regard to raising awareness and preventing the exposure of the population to risk factors that can cause tinnitus. Moreover, actions should also be taken, in terms of treating tinnitus, which should be focused on running cognitive behavioral therapy sessions, using hearing devices and aids, and adopting a healthier lifestyle.

Keywords: Tinnitus, Sensorineural hearing loss, Quality of life, Gender, Age.

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract.....	5
Εισαγωγή	9
1. Εμβοές	11
1.1 Εμβοές, επιπολασμός και αίτια	11
1.2 Διαχείριση των εμβοών.....	13
1.3 Οι επιπτώσεις των εμβοών στην ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών	15
2. Ποιότητα ζωής ασθενών με εμβοές	17
2.1 Ποιότητα ζωής.....	17
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	18
2.3 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της ζωής.....	21
2.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με εμβοές	24
3. Μεθοδολογία της έρευνας	29
3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	29
3.2 Μέθοδος έρευνας.....	29
3.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων	30
3.4 Δείγμα της έρευνας.....	31
3.5 Διαδικασία της έρευνας	32
3.6 Ηθική της έρευνας	33
3.7 Περιγραφή της στατιστικής ανάλυσης	34
4. Αποτελέσματα της έρευνας	35
4.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	35
4.2 Αποτελέσματα για τη συμπτωματολογία εμβοών	36
4.2.1 Εμβοές, φύλο και ηλικία.....	39
4.3 Αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής	41
4.3.1 Ποιότητα ζωής και δημογραφικά στοιχεία	42
4.4 Συσχέτιση εμβοών και ποιότητας ζωής	46
5. Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	50
Συμπεράσματα.....	54
Βιβλιογραφία	57
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο	63

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία για τους 115 συμμετέχοντες στο δείγμα.....	35
Πίνακας 2. Αποτελέσματα για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίδραση των εμβοών στην καθημερινότητα τους	37
Πίνακας 3. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για το συνολικό επίπεδο της συμπτωματολογίας των εμβοών καθώς και τη συμπτωματολογία στις τρεις επιμέρους διαστάσεις	39
Πίνακας 4. Σύγκριση συμπτωματολογίας εμβοών ως προς το φύλο.....	40
Πίνακας 5. Σύγκριση συμπτωματολογίας εμβοών ως προς την ηλικιακή ομάδα	40
Πίνακας 6. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής	41
Πίνακας 7. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς το φύλο	42
Πίνακας 8. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς την ηλικιακή ομάδα.....	43
Πίνακας 9. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς την οικογενειακή κατάσταση	44
Πίνακας 10. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς τις σπουδές	45
Πίνακας 11. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς την επαγγελματική κατάσταση	46
Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταξύ της συμπτωματολογίας εμβοών και της ποιότητας ζωής	47
Πίνακας 13. Ευρήματα παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό επίπεδο συμπτωματολογίας εμβοών και εξαρτημένες τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής	49

Εισαγωγή

Οι εμβοές αναφέρονται σε ήχους που γίνονται αντιληπτοί από τον ασθενή, αλλά δεν προέρχονται από το εξωτερικό του περιβάλλον. Είναι ήχοι που μοιάζουν με κουδούνισμα, με παράσιτα ραδιοφώνου, με βρυχηθμό, με σφύριγμα ή με τους ήχους των τζιτζικιών και των γρύλων. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι οι ήχοι που δεν γίνονται αντιληπτοί από κάποιον άλλον, ούτε και από τον ιατρό που εξετάζει τον ασθενή, παρόλο που υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο ήχος μπορεί να γίνει αντιληπτός και από τον ιατρό, αλλά σε πολύ σπανιότερες περιπτώσεις (In Han et al., 2021).

Οι εμβοές πολλές φορές σχετίζονται με την νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, καθώς πολλοί ασθενείς με απώλεια ακοής διαμαρτύρονται για εμβοές διαφορετικής φύσης, έντασης και διάρκειας (Makar, 2021). Σημειώνεται πως εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ του ανδρικού φύλου, από ότι μεταξύ του γυναικείου και πως είναι πιο συνηθισμένες στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν εμφανίζονται και σε νεότερες ηλικίες (In Han et al., 2009). Επίσης, γίνεται αντιληπτό πως πρόκειται για ένα πρόβλημα υγείας που βρίσκεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό, καθώς έρευνες δείχνουν πως κυμαίνεται από το 14% έως και το 20% του συνολικού πληθυσμού (Biswas et al., 2022; Chung & Lee, 2016).

Οι εμβοές μπορεί να μην θεωρούνται ως μία σοβαρή πάθηση γενικά, αλλά είναι ένα σοβαρό πρόβλημα καθώς μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ψυχικής και ψυχοσωματικής φύσης καθώς επίσης και να προκαλέσει έκπτωση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (Chen et al., 2024; Swain, 2021). Οι εμβοές και οι επιδράσεις τους στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα της ζωής των ασθενών έχουν αποτελέσει αντικείμενο ερευνών για μεγάλο αριθμό ερευνητών στις χώρες του εξωτερικού. Αντιθέτως, στην Ελλάδα η σχετική έρευνα είναι ιδιαίτερα περιορισμένη, που σημαίνει ότι εντοπίζεται ερευνητικό κενό.

Η παρούσα εργασία προσπαθεί να καλύψει μέρος του κενού αυτού που πραγματοποιείται μέσω της διερεύνησης των αντιλήψεων των ατόμων που ζουν με εμβοές, σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό και μικρότερης ή μεγαλύτερης έντασης. Πρόκειται για μία πολύ σημαντική προσπάθεια, αφενός γιατί στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία ώστε να υπάρξει ένα ολοκληρωμένο βιβλιογραφικό υπόβαθρο κι αφετέρου γιατί δεν υπάρχουν δεδομένα, τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη ενός συνόλου παρεμβάσεων που θα

μπορούσαν να βοηθήσουν τους ασθενείς με εμβοές να απολαύσουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο τμήματα, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό τμήμα εστιάζεται στην βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από τις εμβοές, τις επιπτώσεις τους στην υγεία των ασθενών και στην ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, στο γενικό τμήμα εντοπίζονται και καταγράφονται μέσα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν, προκειμένου οι ασθενείς να περιορίσουν τα συμπτώματα των εμβοών τους. Για την ανάπτυξη του γενικού μέρους αξιοποιείται η τρέχουσα επιστημονική αρθρογραφία που μελετά τις εμβοές, τον επιπολασμό τους και τις επιδράσεις τους στη ζωή του ανθρώπου.

Το ειδικό τμήμα εστιάζεται στη διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών με εμβοές, αναφορικά με τις επιπτώσεις που έχουν στην ποιότητα ζωής τους, μέσω της διεξαγωγής ποσοτικής συγχρονικής έρευνας. Ειδικότερα, στο ειδικό μέρος λαμβάνει χώρα το μεθοδολογικό πλαίσιο της εργασίας και συγκεκριμένα παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με το εργαλείο συλλογής των δεδομένων, το δείγμα της έρευνας, την ερευνητική διαδικασία, την ηθική της έρευνας και τη στατιστική ανάλυση. Ακολούθως παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, λαμβάνει χώρα η κριτική συζήτηση των αποτελεσμάτων, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει σύγκλιση ή απόκλιση μεταξύ αυτών και των ευρημάτων άλλων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, στα οποία παρατίθενται και κάποιες προτάσεις πρακτικής εφαρμογής στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των ατόμων με εμβοές, όπως και κάποιες προτάσεις μελλοντικής έρευνας, στη βάση των περιορισμών που εντοπίστηκαν.

1. Εμβοές

1.1 Εμβοές, επιπολασμός και αίτια

Οι εμβοές αφορούν σε ήχους που ακούν οι ασθενείς, οι οποίοι ωστόσο δεν προέρχονται από κάποια εξωτερική πηγή και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων θεωρούνται ως σωματικά συμπτώματα, τα οποία δεν μπορούν να εξηγηθούν (Παναγιωτόπουλος και συν., 2022). Οι εμβοές μπορούν να εκδηλωθούν με διάφορες μορφές όπως είναι το βουητό, το σφύριγμα, το κουδούνισμα, οι ήχοι των κινητήρων των μηχανών, οι ήχοι από τα τζιτζίκια και από τους γρύλους, όπως και ήχοι που μοιάζουν με παράσιτα ραδιοφώνου. Οι εμβοές μπορεί να είναι συνεχόμενες ή να εκδηλώνονται ανά διαστήματα, να έχουν διαφορετική ένταση και διαφορετική συχνότητα εκδήλωσης καθώς επίσης και να είναι είτε σταθερές, είτε παλμικές (In Han et al., 2009).

Οι εμβοές δεν φαίνεται να συνδέονται με οργανικά νοσήματα, με διαταραχές του λαβυρίνθου ή με ακουστική νευρίτιδα (Παναγιωτόπουλος και συν., 2022). Ωστόσο, υποστηρίζεται πως σχετίζεται με τον εκφυλισμό των έξω τριχωτών κυττάρων στο περιφερειακό ακουστικό σύστημα (Chung & Lee, 2016). Επίσης, οι In Han et al., (2021) υποστηρίζουν πως οι εμβοές σχετίζονται με τη χρόνια έκθεση στον θόρυβο, με τραυματισμό της κεφαλής, με την μηνιγγίτιδα, με τη νευροσύφιλη, με την υπέρταση όπως και με την ιδιοπαθή ενδοκράνια υπέρταση, με την αρτιοφλεβική δυσπλασία, με τη διαταραχή της ευσταχιακής σάλπιγγας και με τη συστολή των υπερώων μυών. Η ωτοτοξικότητα καθώς επίσης και η πρεσβυακουσία είναι κάποια ακόμη αίτια που σχετίζονται με τις εμβοές (Makar, 2021).

Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα είναι επίσης μία αιτία που σχετίζεται με την εκδήλωση των εμβοών και αποτελεί τη πλέον πιο συνηθισμένη περίπτωση απώλειας ακοής (Makar, 2021). Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα αναφέρεται ουσιαστικά στην απώλεια ακοής, ως αποτέλεσμα του εκφυλισμού του έσω ωτός, όπου βρίσκονται διάφορες αισθητηριακές δομές, καθώς επίσης κι ο κοχλίας. Επίσης, η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα μπορεί να εκδηλωθεί και ως αποτέλεσμα του εκφυλισμού του 8^{ου} κρανιακού νεύρου. Μάλιστα υπάρχουν πολλοί ειδικοί και ερευνητές στον χώρο που υποστηρίζουν πως χωρίς την απώλεια ακοής, δεν είναι εφικτή η εκδήλωση εμβοών (Makar, 2021).

Αξίζει να γνωστοποιηθεί πως η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα εμφανίζεται σε 5 έως 27 ανά 100.000 άτομα και πως ετησίως καταγράφονται 66.000 νέες περιπτώσεις (δεδομένα που αναφέρονται στις ΗΠΑ). Οι πλέον βασικές αιτίες που σχετίζονται με

την εκδήλωση της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας είναι η πρεσβυακουσία καθώς και η έκθεση σε πολύ δυνατούς θορύβους (Tanna et al., 2023). Σημειώνεται πως εμφανίζεται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών και πως η διάγνωσή της δεν είναι απλή καθώς απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων (Anastasiadou & Al Khalili, 2023).

Οι εμβοές αποτελούν ένα πρόβλημα ακοής που εκδηλώνεται σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παγκοσμίως, καθώς σύμφωνα με τους Chung και Lee (2016), το 15% έως 20% του πληθυσμού παγκοσμίως ταλανίζεται από αυτές. Οι εμβοές είναι ένα πρόβλημα συχνότερο μεταξύ του ανδρικού φύλου και λιγότερο συχνό μεταξύ του γυναικείου φύλου και εμφανίζεται πιο συχνά, με το πέρασμα της ηλικίας. Αξίζει να σημειωθεί πως οι εμβοές δεν είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου, ωστόσο είναι ιδιαίτερα ενοχλητικές για αυτόν (Zacharua et al., 2012). Πρέπει να γίνει κατανοητό πως οι εμβοές εκδηλώνονται ακόμα και σε παιδιά και εφήβους με απώλεια ακοής, όχι μόνο σε ενήλικες ή σε άτομα προχωρημένης ηλικίας (In Han et al., 2009).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Biswas et al. (2022) που πραγματοποιήθηκε από το 2017 έως το 2018 σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες και συγκεκριμένα στη Βουλγαρία, την Αγγλία, την Ελλάδα, την Ιταλία, τη Ρουμανία, τη Γαλλία, την Πορτογαλία, τη Λιθουανία, την Ιρλανδία, την Πολωνία, τη Γερμανία και την Ισπανία, διαπιστώθηκε πως το 14.7% του πληθυσμού που συμμετείχε σε αυτή, αντιμετωπίζει προβλήματα εμβοών. Διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό εμβοές μέτριας έντασης σε σχέση με τους άντρες και πως οι ηλικιωμένοι πολίτες αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό έντονες εμβοές.

Δύο τύποι εμβοών εντοπίζονται εκ των οποίων ο πρώτος, και ο πιο συχνός, αναφέρεται στις υποκειμενικές εμβοές και ο δεύτερος, λιγότερο συχνός, στις αντικειμενικές εμβοές. Οι υποκειμενικές εμβοές αφορούν σε ήχους που γίνονται αντιληπτοί μόνο από τον ασθενή και όχι από τον ιατρό, που πραγματοποιεί την εξέταση. Μπορούν να προκληθούν από την ύπαρξη κάποιου προβλήματος στο εξωτερικό, στο μέσο ή στο εσωτερικό του αυτιού ή από την ύπαρξη διαταραχών των ακουστικών νεύρων (Desihartati & Purnami, 2022). Ο δεύτερος τύπος εμβοών είναι οι αντικειμενικές εμβοές, οι οποίες γίνονται αντιληπτές κι από τον ιατρό που πραγματοποιεί την εξέταση. Οι συγκεκριμένες εμβοές μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιας διαταραχής στα

αιμοφόρα αγγεία, μυϊκών σπασμών ή και κάποιας πάθησης στο αυτί (Desihartati & Purnami, 2022).

1.2 Διαχείριση των εμβοών

Όπως κατέστη σαφές από όλα τα παραπάνω, οι εμβοές δημιουργούν ένα ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο σε διάφορες διαστάσεις της ζωής των ασθενών, μεταξύ των οποίων και της ψυχικής υγείας και της ποιότητας της ζωής τους (Alsanosi, 2011; Chen et al., 2024; Demoen et al., 2024). Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πολύ σημαντική η διαχείριση τους, ώστε οι ασθενείς να μπορέσουν να περιορίσουν τις επιπτώσεις τους και να απολαύσουν μία καλύτερη κατάσταση υγείας και μία καλύτερη ζωή.

Μία από τις πλέον αποτελεσματικές πρακτικές στο πλαίσιο της διαχείρισης των εμβοών είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως για τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών, όπως και διαταραχών της προσωπικότητας. Μέσω της συμμετοχής των ασθενών σε συνεδρίες που στηρίζονται στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, είναι εφικτή η εκμάθηση διαχείρισης των αρνητικών σκέψεων και των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούν οι εμβοές και συνεπώς η αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς τους, που επηρεάζει πολύ αρνητικά και την ποιότητα της ζωής τους (Drahaman et al., 2023). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης των Cima et al. (2014), η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι το πλέον αποτελεσματικό μέσο για τη διαχείριση των εμβοών όπως και της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των ασθενών, που ταλανίζονται από αυτές.

Μία ακόμη προσέγγιση που μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση των εμβοών είναι η ύπνωση. Σύμφωνα με τους Yazıcı et al. (2012), η συμμετοχή ασθενών με εμβοές σε συνεδρίες ύπνωσης έχουν ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στην ένταση των συμπτωμάτων τους και στην ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς με εμβοές που συμμετέχουν σε συνεδρίες ύπνωσης, καταφέρνουν να διαχειριστούν με αποτελεσματικότερο τρόπο τις συνέπειες τους από αυτές, να τις αντιλαμβάνονται ως πιο ήπιες και εν τέλει να διαμορφώνουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πέρα από τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και την ύπνωση, είναι εφικτό και κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των εμβοών. Χαρακτηριστικά, η λήψη μελατονίνης και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δύναται να βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει με

αποτελεσματικότητα τα προβλήματα που σχετίζονται με τον ύπνο και με τη διάθεσή του (Dalrymple et al., 2021). Συμπληρωματικά, τα άτομα που πάσχουν από εμβοές είναι πολύ σημαντικό να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, που συνεπάγεται με τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και τη μείωση της κατανάλωσης καφεΐνης, ώστε να μπορούν να μειωθούν τα προβλήματα ύπνου και του στρες (Wu et al., 2018).

Σημειώνεται πως και τα ακουστικά βαρηκοΐας συμβάλλουν επικουρικά στις περιπτώσεις των ασθενών που οι εμβοές τους σχετίζονται με νευροαισθητήρια βαρηκοΐα. Χρησιμοποιώντας τα ακουστικά που έχουν συνταγογραφηθεί από τον θεράποντα ιατρό, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται καλύτερα τους ήχους και με τον τρόπο αυτό οι εμβοές δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές. Πιο απλά, ο ασθενής αντιλαμβάνεται τους εξωτερικούς ήχους με περισσότερη ένταση απ' ότι χωρίς την χρήση του ακουστικού, γεγονός που έχει ως συνέπεια την εξαφάνιση εν μέρη των εμβοών και κατά συνέπεια, την μικρότερη ενόχληση των ασθενών. Εκτός από τη χρήση των ακουστικών βαρηκοΐας, η χρήση διαφόρων συσκευών που παράγουν εξωτερικούς θορύβους, ικανούς να καλύψουν τις εμβοές, όπως οι γεννήτριες λευκού θορύβου και οι ανεμιστήρες, παράγουν ήχους οι οποίοι μπορούν να αποδειχθούν βοηθητικοί κατά τη διάρκεια του ύπνου των ασθενών με εμβοές (Wu et al., 2018).

Πρέπει επίσης να γίνει αναφορά και στην πρόληψη των εμβοών, μέσω της αποφυγής της έκθεσης σε πολύ δυνατούς ήχους. Τόσο ο γενικός πληθυσμός, όσο και τα άτομα που αντιμετωπίζουν ήδη πρόβλημα λόγω των εμβοών, θα πρέπει να αποφεύγουν την έκθεσή τους σε έντονους ήχους υψηλής συχνότητας και θορύβους, στο πλαίσιο της πρόληψης και της προστασίας από την επιδείνωση των εμβοών (Dalrymple et al., 2021). Ειδικότερα, σε επαγγελματικούς χώρους με έντονο θόρυβο, οι εργοδότες πρέπει να μεριμνούν ώστε να υπάρχουν ειδικά μέτρα προστασίας για τους εργαζόμενους τους, όπως για παράδειγμα στην παροχή ειδικών ακουστικών ηχοκάλυψης που μειώνουν τον εξωτερικό θόρυβο. Επίσης είναι συνετό να προβαίνουν σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να διασφαλίζεται ότι η έκθεση των εργαζόμενων στον θόρυβο είναι εντός των αποδεκτών ορίων, όσον αφορά στη χρονική διάρκεια έκθεσης κάθε υπαλλήλου αλλά και στην ένταση του ήχου που δημιουργείται στο περιβάλλον εργασίας (Wu et al., 2018).

Σε επίπεδο πρόληψης, είναι αρκετά σημαντικό τόσο ο γενικός πληθυσμός όσο και τα άτομα που θεωρείται πως ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου να προσέχουν

ιδιαίτερα τη διατροφή τους. Η διατροφή των ατόμων αυτών θα πρέπει να περιέχει μικρή ποσότητα υδατανθράκων και γεύματα τα οποία δεν πρέπει να αυξάνουν την χοληστερόλη (Wu et al., 2018). Επίσης, η καλή ενυδάτωση όπως και η φυσική άσκηση έχουν αποδεχθεί ως προστατευτικοί παράγοντες για την εκδήλωση των εμβοών, στοιχεία στα οποία πρέπει να δοθεί πολύ μεγάλη έμφαση για την αποφυγή τους και για την καλύτερη διαχείρισή των εμβοών, εφόσον εκδηλωθούν (Wadhwa et al., 2024).

Η καλή διατροφή, η ενυδάτωση όπως και η φυσική άσκηση είναι πολύ σημαντικές ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιούν οι ασθενείς με εμβοές, καθώς μέσω αυτών μπορούν να διατηρήσουν το βάρος τους στα επιθυμητά επίπεδα, στοιχείο πολύ σημαντικό καθώς η παχυσαρκία σχετίζεται θετικά με τις εμβοές και αρνητικά με την ποιότητα της ζωής των ασθενών με εμβοές (Ozbey-Yucel & Ucar, 2023).

1.3 Οι επιπτώσεις των εμβοών στην ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών

Πέραν της επίδρασης των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, αρκετοί ερευνητές έχουν εστιάσει στη διερεύνηση των επιπτώσεων των εμβοών στην ψυχική και σωματική τους υγεία. Οι Hackenberg et al. (2023) συγκαταλέγονται μεταξύ αυτών των ερευνητών, οι οποίοι μέσα από την πραγματοποίηση έρευνας σε 8.539 άτομα, κατέληξαν σε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα αποτελέσματα σχετικά με τις εμβοές. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως από το σύνολο των 8.539 συμμετεχόντων, οι 2387 αντιμετώπιζαν το πρόβλημα με τις εμβοές, στοιχείο που δείχνει πως πρόκειται για ένα πρόβλημα που αφορά ένα πολύ σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Επίσης, έγινε εμφανές πως τα άτομα με εμβοές εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και σωματικών διαταραχών, σε σχέση με τα άτομα που δεν ταλανίζονται από εμβοές, γεγονός που δείχνει ότι οι εμβοές παρόλο που δεν έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών, μπορούν να επηρεάσουν την υγεία τους με έμμεσο τρόπο και μάλιστα πολύ σοβαρά.

Οι Oosterloo et al. (2021) μελέτησαν την επίδραση των εμβοών στην ψυχική υγεία των ασθενών, μέσης και τρίτης ηλικίας. Χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 5418 ατόμων εκ των οποίων τα 4245 δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα εμβοών και τα 1173 ζουν με εμβοές, είτε ήπιες είτε έντονες, διαπιστώθηκε πως τα άτομα με έντονες εμβοές έχουν έκπτωση στο επίπεδο της ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, τα άτομα με μόνιμες ή έντονες εμβοές εκδηλώνουν συμπτώματα άγχους και συμπτώματα κατάθλιψης καθώς επίσης και

χαμηλότερη ποιότητα ύπνου. Αντίθετα, η ψυχική υγεία των ατόμων χωρίς ή με ήπιου βαθμού εμβοές, κινήθηκε σε πολύ καλύτερα επίπεδα.

Μία ακόμη έρευνα που αποδεικνύει την αρνητική επίδραση που έχουν οι εμβοές στην ψυχική υγεία των ασθενών, πραγματοποιήθηκε από τους Park et al. (2020). Στην έρευνα συμμετείχαν 5.129 άντρες, ηλικίας άνω των 60 ετών. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν έρθει αντιμέτωποι με το πρόβλημα των εμβοών ανήλθε στο 28% και συγκεκριμένα το 12%, βίωσε έντονες εμβοές. Η ηλικία παρατηρήθηκε πως σχετίζεται θετικά με τις εμβοές, καθώς όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ασθενών, τόσο σοβαρότερη είναι και η βαρύτητα των εμβοών. Ακόμη, διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς με έντονες εμβοές εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, ψυχολογικό στρες και αναπτύσσουν ακόμη και αυτοκτονικές τάσεις, προβλήματα ψυχικής υγείας που άτομα χωρίς εμβοές ή ήπιες εμβοές δεν εκδηλώνουν.

Οι Chen et al. (2024) προχώρησαν σε μία έρευνα με στόχο την διερεύνηση των επιπτώσεων της απώλειας ακοής και των εμβοών στην ψυχική υγεία σε ένα δείγμα 129.610 ατόμων. Το 9.2% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε απώλεια ακοής και το 15.7% παρουσίαζε κάποια μορφή εμβοών. Το 3.5% είχε τόσο απώλεια ακοής, όσο και εμβοές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι άντρες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τις γυναίκες, να παρουσιάσουν απώλεια ακοής σε συνδυασμό με εμβοές. Επίσης, κατέστη σαφές πως τα άτομα με απώλεια ακοής, με εμβοές και με συνδυασμό αυτών των δύο, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με άτομα που δεν παρουσιάζουν κάποιο από αυτά τα προβλήματα.

Τα αποτελέσματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν στην ενότητα αυτή δείχνουν πως οι ασθενείς με εμβοές, δύναται να εκδηλώσουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής κυρίως αλλά και σωματικής υγείας. Η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όπως είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους και στρες, η εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, τα προβλήματα ύπνου αλλά και οι σωματικές διαταραχές συγκαταλέγονται μεταξύ των επιπτώσεων των εμβοών (Chen et al., 2024; Hackenberg et al., 2023; Oosterloo et al., 2021; Park et al., 2020).

2. Ποιότητα ζωής ασθενών με εμβοές

2.1 Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι ένα ιδιαίτερα πολυδιάστατο και σύνθετο φαινόμενο, δεδομένου ότι έχει πολλές διαστάσεις και επηρεάζεται από πληθώρα διαφορετικών παραγόντων. Μάλιστα, μπορεί να θεωρηθεί ως μία αφηρημένη έννοια, λόγω ότι μπορεί να μετρηθεί με πολλούς τρόπους που εστιάζουν σε πληθώρα διαφορετικών διαστάσεων, δίνοντας ένα διαφορετικό αποτέλεσμα (Υφαντόπουλος & Σαρρή, 2001).

Ως όρος, η ποιότητα ζωής, δεν είναι νέα αλλά έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στην εποχή του Αριστοτέλη. Ωστόσο, ως έννοια που σχετίζεται με τις πολιτικές που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις των κρατών και οι υγειονομικοί φορείς, άρχισε να αναπτύσσεται από τη δεκαετία του 1970. Σημειώνεται πως όρος ποιότητα ζωής ταυτίζεται με την έννοια της ευημερίας ή με την έννοια της καλής ζωής, που σημαίνει ότι ένας άνθρωπος που αξιολογεί την ποιότητα της ζωής του ως υψηλή, απολαμβάνει ευημερία και συνακόλουθα μία καλή ζωή (Αργέντου, 2009).

Γύρω από την ποιότητα της ζωής έχουν αναπτυχθεί διάφοροι ορισμοί εκ των οποίων ένας από τους επικρατέστερους είναι πως ως ποιότητα ζωής ορίζεται η υποκειμενική αντίληψη ενός ανθρώπου σχετικά με την κατάσταση της σωματικής και της ψυχικής του υγείας. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτόν, όταν ένα άτομο νιώθει πως έχει ένα καλό επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας, αισθάνεται ταυτόχρονα πως και η ποιότητα της ζωής του είναι ικανοποιητική, δεδομένου ότι το επίπεδο της υγείας του, του επιτρέπει να είναι λειτουργικό σε όλα τα επίπεδα (Βασιλειάδης και συν., 2007).

Σύμφωνα με τους Αρβανιτάκη και Σαρρή (2022) η ποιότητα της ζωής είναι μία έννοια γενική και ευρεία, άρρηκτα συνδεδεμένη με την ευεξία που αισθάνεται πως έχει ένα άτομο σε ψυχικό, σωματικό και κοινωνικό επίπεδο. Ως εκ τούτου, ένα άτομο όταν αισθάνεται πως έχει ικανοποιητική ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία, απολαμβάνει και μία ικανοποιητική ποιότητα ζωής.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως η ποιότητα της ζωής ενός ανθρώπου έχει τέσσερις διαφορετικές διαστάσεις. Η πρώτη από αυτές είναι η βιοϊατρική, η οποία αντιλαμβάνεται την ποιότητα της ζωής του ατόμου, ως συνάρτηση των διαφόρων συμπτωμάτων που έχει λόγω κάποιας ασθένειας ή κάποιου προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει. Η δεύτερη είναι η λειτουργική, η οποία είναι προέκταση της βιοϊατρικής

και δίνει έμφαση στις πιθανές δυσλειτουργίες με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο ένα άτομο ως αποτέλεσμα του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει ή της πάθησης με την οποία και έχει διαγνωστεί. Η επόμενη προσέγγιση είναι η πολιτιστική, σύμφωνα με την οποία, η ποιότητα της ζωής του ατόμου διαμορφώνεται ως απόρροια της συμπεριφοράς της κοινωνίας απέναντι του, ως συνέπεια του προβλήματος υγείας ή της ασθένειας ή της αναπηρίας που αντιμετωπίζει. Τέλος, η τέταρτη προσέγγιση είναι η οικονομική, κατά την οποία η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου εξαρτάται από την πρόσβαση στα αγαθά και τις υπηρεσίες που έχει και τον βαθμό που αυτά επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους (Αργέντου, 2009).

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Με τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων, έχουν ασχοληθεί διαχρονικά αρκετοί ειδικοί, με αποτέλεσμα να έχουν προκύψει διάφορες κατηγορίες (Pukeliene & Starkauskiene, 2011). Μία από τις πλέον γνωστές κατηγοριοποιήσεις παραγόντων που δύνανται να καθορίζουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων είναι αυτή των Lindstrom και Ericsson (1993). Σύμφωνα με την εν λόγω κατηγοριοποίηση υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες παραγόντων, αυτή των παγκόσμιων, των εξωτερικών, των διαπροσωπικών και των προσωπικών παραγόντων. Στους παγκόσμιους παράγοντες εντάσσονται οι μακροοικονομικοί παράγοντες, όπως είναι η ανεργία, ο πληθωρισμός, το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και άλλα. Στην ίδια κατηγορία παραγόντων εντάσσονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως επίσης και οι πολιτικές που εφαρμόζονται σε διεθνές επίπεδο και επηρεάζουν την καθημερινότητα των ανθρώπων. Στους εξωτερικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται η εργασία και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της, το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων και οι συνθήκες που επικρατούν εντός του νοικοκυριού τους. Στους διαπροσωπικούς παράγοντες εντάσσονται οι σχέσεις με την οικογένεια, οι σχέσεις με άτομα του οικείου περιβάλλοντος, όπως είναι οι φίλοι και οι συνάδελφοι και γενικότερα οι σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Στους προσωπικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται η φυσική κατάσταση του ατόμου και το επίπεδο της σωματικής του υγείας, η ψυχολογική του υγεία καθώς επίσης και η πνευματικότητά του. Η κατηγοριοποίηση των Lindstrom και Ericsson (1993) καταδεικνύει πως η ποιότητα της ζωής ενός ανθρώπου είναι αρκετά σύνθετη και επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τον Cummins (2000) οι παράγοντες που επιδρούν και διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων εντάσσονται σε δύο κατηγορίες, εκ των

οποίων η πρώτη κατηγορία συμπεριλαμβάνει παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος και η δεύτερη, παράγοντες του εσωτερικού περιβάλλοντος του ατόμου. Παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος που βοηθούν το άτομο να αποκτήσει ένα καλό επίπεδο ποιότητας ζωής είναι τα υλικά αγαθά που ικανοποιούν πολλές κατώτερες αλλά και ανώτερες ανάγκες του ανθρώπου, η αίσθηση της προσωπικής ασφάλειας, η δυνατότητα εργασίας και απόκτησης ενός εισοδήματος, η κοινωνική ζωή και η αποδοχή από άλλα άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς επίσης και η ύπαρξη οικογένειας. Από την άλλη πλευρά, παράγοντες του εσωτερικού περιβάλλοντος που διαμορφώνουν την ποιότητα της ζωής του ατόμου είναι η καλή σωματική και η καλή ψυχική υγεία του ατόμου. Συμπερασματικά, όταν ένα άτομο έχει όλα τα παραπάνω ή πολλά από τα παραπάνω σε επαρκή βαθμό, τότε μπορεί να απολαμβάνει μία καλή ποιότητα ζωής.

Περισσότερους παράγοντες του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος του ατόμου, εκλαμβάνεται ο Kenny (2005, όπως αναφέρεται στους Pukeliene & Starkauskiene, 2011) ως παράγοντες υπεύθυνους για την ποιότητά της ζωής του. Στους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος του ατόμου, εντάσσονται οι μακροοικονομικοί παράγοντες, η πολιτική σταθερότητα και οι πολιτικές και κοινωνικές ελευθερίες του ατόμου, το φυσικό κλίμα και το φυσικό περιβάλλον, η εργασιακή ασφάλεια, ο τρόπος ζωής των ατόμων που συνθέτουν την κοινωνία, η ισότητα των δύο φύλων καθώς επίσης και η δομή της οικογένειας και οι σχέσεις μεταξύ των μελών. Στους παράγοντες του εσωτερικού περιβάλλοντος εντάσσονται η πνευματικότητα και η υγεία του ατόμου, σε φυσικό και ψυχικό επίπεδο.

Παράλληλα, πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια σε μία προσπάθεια εξειδίκευσης και κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν εν τέλει, την ποιότητα της ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, δεδομένων των συνεχών αλλαγών που σημειώνονται σε όλες τις διαστάσεις της κοινωνίας. Μία από τις σχετικές έρευνες πραγματοποιήθηκε από τους Bergman et al. (2020) σε ένα δείγμα 710 ατόμων. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν πως οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, είναι ο δείκτης μάζας σώματος, τα επίπεδα άγχους και στρες, η ποιότητα ύπνου και το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που έχουν ένα καλό επίπεδο βάρους, που δεν εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και στρες ώστε να μην επηρεάζεται η λειτουργικότητά τους, τα άτομα που καταφέρνουν να απολαμβάνουν ποιοτικό ύπνο

καθώς και τα άτομα που έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, απολαμβάνουν ένα καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Άλλη μία έρευνα που εστίασε στον εντοπισμό των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής του γενικού πληθυσμού, πραγματοποιήθηκε από τους Mahirah et al. (2020). Τα αποτελέσματα των απαντήσεων των 464 συμμετεχόντων στην έρευνα έδειξαν πως οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων είναι το βάρος, τα χρόνια εργασίας, η εθνικότητα η οποία σχετίζεται με τις συμπεριφορές που δέχονται τα άτομα ως απόρροια των κατεστημένων που εντοπίζονται στις κοινωνίες, η ηλικία, τα επίπεδα άγχους και στρες, καθώς επίσης και η ποιότητα του ύπνου. Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που διατηρούν το βάρος τους σε επιθυμητά επίπεδα, που ανήκουν σε εθνικότητες γύρω από τις οποίες δεν υπάρχουν στερεότυπα, τα νεότερα άτομα, όπως και τα άτομα που δεν εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, στρες και διαταραχές ύπνου, απολαμβάνουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι Αρβανιτάκη και Σαρρής (2022) μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν κατέληξαν πως η ποιότητα της ζωής των ανθρώπων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες του εξωτερικού τους περιβάλλοντος, όπως είναι η οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, ο τρόπος διαμονής και οι συνθήκες διαβίωσης, το επίπεδο εκπαίδευσης που έχει λάβει το άτομο, η απασχόληση και ο γενικότερος τρόπος ζωής, που επιβάλλεται και προάγεται από την κοινωνία. Παράλληλα, εντοπίζουν κι άλλους παράγοντες, οι οποίοι πηγάζουν από το εσωτερικό περιβάλλον των ανθρώπων, όπως είναι η ηλικία, η ύπαρξη ή όχι νοσημάτων, η ικανότητα αυτό-φροντίδας όπως και η ικανοποίηση που αισθάνονται από τη ζωή τους. Εύκολα συμπεραίνεται πως τα άτομα που έχουν ένα καλό βιοτικό επίπεδο, μια καλή θέση εργασίας που προσφέρει ένα ικανοποιητικό εισόδημα, που εντάσσονται σε ένα κοινωνικό σύνολο, που είχαν ευκαιρίες να λάβουν εκπαίδευση, που είναι νέοι, που δεν έχουν προβλήματα υγείας ή που αν έχουν μπορούν να τα διαχειρίζονται επιτυχώς και πως τα άτομα που αισθάνονται ικανοποίηση από τη ζωή τους, απολαμβάνουν μία καλή ποιότητα ζωής.

Τέλος, λόγος πρέπει να γίνει και στην έρευνα των Nguyen et al. (2024) που πραγματοποιήθηκε συνολικά σε 595 άτομα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν δείχνουν πως η ποιότητα της ζωής των ανθρώπων επηρεάζεται από την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσουν, από το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, από τις συνθήκες διαβίωσης που

επικρατούν στο σπίτι τους, από την ύπαρξη σωματικών και συγκεκριμένα μυοσκελετικών προβλημάτων, από την αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας τους, από τα προβλήματα και τις εντάσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, όπως και από τα επίπεδα κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν. Συνοπτικά, τα άτομα που έχουν καλές κοινωνικές σχέσεις, που έχουν υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο, που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και δεν βιώνουν πόνους, τα άτομα που απολαμβάνουν ένα καλό βιοτικό επίπεδο και έχουν καλές σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας τους και του κύκλου τους, καθώς επίσης και τα άτομα που έχουν την κοινωνική στήριξη που χρειάζονται, απολαμβάνουν μία καλή ποιότητα ζωής.

Τα αποτελέσματα των ερευνών καταδεικνύουν πως πολλοί από τους παράγοντες των υφιστάμενων κατηγοριοποιήσεων που παρατέθηκαν παραπάνω, επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των σύγχρονων ανθρώπων. Ως εκ τούτου, οι αρμόδιοι φορείς οφείλουν να εξετάζουν προσεκτικά τους παράγοντες αυτούς και να αναπτύσσουν πολιτικές που δύνανται να τους επηρεάσουν με θετικό τρόπο, ώστε να υπάρξει και θετική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ανθρώπων.

2.3 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της ζωής

Η ποιότητα της ζωής είναι μία έννοια που αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την ευημερία του, ως απόρροια της κατάστασης της ψυχικής και της σωματικής του υγείας (Αρβανιτάκη & Σαρρή, 2022). Μπορεί να φαίνεται πως είναι ένα θεωρητικό μέγεθος, αλλά στην πραγματικότητα το μέγεθος αυτό βρίσκει πρακτική εφαρμογή, καθώς χρησιμοποιείται στη διαμόρφωση διαφόρων υγειονομικών παρεμβάσεων και συγκεκριμένα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, όπου διάφορες αποφάσεις σχετικά με την χρηματοδότηση υγειονομικών παρεμβάσεων που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών και σχετίζονται με τη διαχείριση και την αντιμετώπιση νοσημάτων, λαμβάνονται στη βάση της αξιολόγησης του μεγέθους αυτού (Ginieri-Coccossis et al., 2012).

Η ποιότητα της ζωής ενός συγκεκριμένου πληθυσμού, αποτιμάται προκειμένου να διαπιστωθεί αν πρέπει να επιλεγεί από τους αρμόδιους πολιτικούς φορείς, κάποια υγειονομική παρέμβαση έναντι κάποιας άλλης, που μπορεί να αφορά σε ασθένεια που επηρεάζει κάποιον άλλον πληθυσμό ή ακόμη και στην ίδια ασθένεια και κατά συνέπεια στον ίδιο πληθυσμό. Σε διάφορες οικονομικές μελέτες που πραγματοποιούνται, εκτιμάται αν κάποια υγειονομική παρέμβαση θα βοηθήσει τους ασθενείς, να

επιμηκύνουν τη διάρκεια της ζωής τους, έχοντας παράλληλα μία καλή ποιότητα ζωής ή ακόμη κι αν η παρέμβαση που θα επιλεγεί μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών, που συνθέτουν την ομάδα ενδιαφέροντος (Υφαντόπουλος, 2006).

Για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής του γενικού πληθυσμού αλλά και συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία, εκ των οποίων κάποια από αυτά είναι πολύ δημοφιλή και χρησιμοποιούνται σε πολλές χώρες (Βασιλειάδης και συν., 2007). Ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής του γενικού πληθυσμού αλλά και εξειδικευμένων πληθυσμιακών ομάδων, είναι η κλίμακα SF-36 που αναπτύχθηκε από τους Ware και Sherbourne (1992). Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες ανά 2 έως 10 συνθέτουν μία διαφορετική διάσταση που μπορεί να εντάσσεται είτε στη φυσική, είτε στην πνευματική υγεία του ατόμου. Οι διαστάσεις που εντάσσονται στην φυσική υγεία είναι η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος και η γενική υγεία. Οι διαστάσεις που εντάσσονται στην πνευματική υγεία είναι η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία. Η βαθμολογία μπορεί να κινηθεί από το 0 έως και 100, όπου το 100 συμβολίζει την καλύτερη δυνατή εκτίμηση της ποιότητας της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007).

Μία ακόμη γνωστή κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής του γενικού πληθυσμού αλλά και συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων είναι η EQ15-D, του Sintonen (1970). Η υπό μελέτη κλίμακα αποτελείται από ερωτήσεις που συνθέτουν 15 διαστάσεις και συγκεκριμένα την κινητικότητα, την όραση, την ακοή, την αναπνοή, την ποιότητα του ύπνου, το φαγητό, την ομιλία, την εξάλειψη, τις δραστηριότητες ρουτίνας, τις νοητικές λειτουργίες, την αίσθηση δυσφορίας και των σχετικών συμπτωμάτων, τη εκδήλωση καταθλιπτικής συμπεριφοράς, την εξάντληση, τη ζωτικότητα και τέλος τη σεξουαλική δραστηριότητα. Μέσω της συμπλήρωσης της συγκεκριμένης κλίμακας, εκτιμάται αν το άτομο αντιμετωπίζει κάποιου βαθμού δυσκολίες σε μία ή σε περισσότερες από τις διαστάσεις αυτές, ώστε να διαμορφωθεί ανάλογα και ένας συνολικός δείκτης που αντιστοιχεί στην ποιότητα της ζωής του (Υφαντόπουλος, 2007).

Αναφορά πρέπει να γίνει και στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας ή αλλιώς στο ερωτηματολόγιο The General Health Questionnaire του Goldberg (1972), το οποίο εκτιμά την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, σε συνάρτηση με την υγεία του. Εντοπίζεται σε τρεις διαφορετικές εκδόσεις, εκ των οποίων η πρώτη περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, η δεύτερη 30 ερωτήσεις και η τρίτη και τελευταία 60 ερωτήσεις. Το συγκεκριμένο εργαλείο εξετάζει τέσσερις διαστάσεις που συνθέτουν την ποιότητα της ζωής ενός ατόμου και χαρακτηριστικά την εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων, την εμφάνιση άγχους και προβλημάτων ύπνου, τη δυσλειτουργία σε κοινωνικό επίπεδο και την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Σημειώνεται πως πρόκειται για ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο όμως δίνει έμφαση κυρίως στη σωματική και την ψυχική υγεία του ατόμου και όχι σε άλλους παράγοντες, που αποδεδειγμένα την επηρεάζουν (Θεοφίλου, 2010).

Μία ακόμη αξιόπιστη και έγκυρη, κλίμακα που εκτιμά την ποιότητα της ζωής του γενικού πληθυσμού αλλά και πληθυσμιακών ομάδων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, είναι η κλίμακα που κατασκευάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, WHOQOL-BREF (Siafaka et al., 2022). Πρόκειται για μία κλίμακα που αποτελείται από 26 ερωτήσεις και εστιάζει σε 4 διαστάσεις, της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, του κοινωνικού και του φυσικού περιβάλλοντος (Ginieri-Coccossis et al., 2012).

Ωστόσο, εκτός των παραπάνω εργαλείων που βρίσκουν πρακτική εφαρμογή τόσο στην καταγραφή της ποιότητας της ζωής του γενικού πληθυσμού, όσο και στην καταγραφή της ποιότητας της ζωής συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, υπάρχουν και πιο εξειδικευμένα εργαλεία, ανάλογα με την ασθένεια ή την αναπηρία που εκδηλώνει κάποιο άτομο. Ως εκ τούτου και για τις εμβοές, έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως από τους ειδικούς, προκειμένου να καταστεί σαφής ο σοβαρότητα του προβλήματος και η ανάγκη διαχείρισής του (Zakaria et al., 2017).

Ένα από τα εργαλεία αυτά είναι το Tinnitus Handicap Questionnaire (THQ), το οποίο αποτελείται από 27 ερωτήσεις, μέσω των οποίων διαπιστώνονται οι φυσικές, οι συναισθηματικές και οι κοινωνικές επιπτώσεις των εμβοών στον ασθενή, η κατάσταση της ακοής του και η δυνατότητα επικοινωνίας του, όπως και οι ίδιες οι αντιλήψεις του ασθενούς σχετικά με τις εμβοές. Ένα άλλο σχετικό εργαλείο είναι το Tinnitus Severity

Questionnaire (TSQ), το οποίο αποτελείται από 10 ερωτήσεις που οδηγούν σε συμπεράσματα αναφορικά με τη σοβαρότητα των εμβοών, με την ποιότητα της ζωής των συγκεκριμένων ασθενών και με τις ψυχολογικές προεκτάσεις των εμβοών. Παρόμοιο είναι το εργαλείο Tinnitus Reaction Questionnaire, που αποτελείται από 26 ερωτήσεις, μέσω των οποίων αποτυπώνεται η γενικότερη δυσφορία που απορρέει από το πρόβλημα των εμβοών, η επίδραση των εμβοών στην εργασία και στον ελεύθερο χρόνο του ατόμου, η εκδήλωση αρνητικών συμπεριφορών και συναισθημάτων και η αποφυγή πραγματοποίησης δραστηριοτήτων (TRQ) (Kennedy et al., 2004).

Λόγος πρέπει να γίνει και στο εργαλείο Tinnitus Questionnaire (TQ), το οποίο μέσα από 52 ερωτήσεις επιχειρεί να εκτιμήσει τις επιπτώσεις των εμβοών στη συναισθηματική και γνωστική κατάσταση του ατόμου, την παρέμβαση των εμβοών σε διάφορες διαστάσεις της ζωής τους, την πρόκληση δυσκολιών σε επίπεδο αντίληψης ως αποτέλεσμα των εμβοών, τις διαταραχές ύπνου και τα σωματικά παράπονα, που προκαλούν οι εμβοές (Kennedy et al., 2004). Τέλος, υπάρχει και το εργαλείο THI, το οποίο εκτιμά την επίδραση των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και αποτελείται από τρεις διαστάσεις, τη διάσταση της λειτουργικότητας, τη συναισθηματική διάσταση και την καταστροφική διάσταση (Papitsi et al., 2020).

2.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με εμβοές

Το ζήτημα των εμβοών φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να απασχολεί σε σημαντικό βαθμό την ερευνητική κοινότητα. Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές σχετικές έρευνες γύρω από τις εμβοές και συγκεκριμένα την επίδρασή τους στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (Swain, 2021). Οι Van Hoof et al. (2022) συγκαταλέγονται μεταξύ των λίγων ερευνητών που εστίασαν στη διερεύνηση της επίδρασης των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών. Εστιάζοντας σε ένα δείγμα 85 ατόμων που έρχονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα των εμβοών, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα πως υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική σχέση μεταξύ αυτών και της ποιότητας της ζωής τους.

Επίσης, οι Ayodele et al. (2021) εστίασαν στη διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών με εμβοές χωρίς απώλεια ακοής και της ποιότητας της ζωής των ασθενών με εμβοές που έχουν παράλληλα και απώλεια ακοής. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 122 άτομα μέσης ηλικίας 55 ετών. Από τα 122 άτομα, τα 31 είχαν κανονική ακοή και τα υπόλοιπα άτομα εκδήλωναν απώλεια ακοής, σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι εμβοές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, ειδικά των ατόμων που έχουν και απώλεια ακοής. Όσο εντονότερη είναι η απώλεια της ακοής και όσο εντονότερες είναι και οι εμβοές, τόσο σε χαμηλότερα επίπεδα διαμορφώνεται η ποιότητα της ζωής τους.

Μία ακόμη έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Alsanosi (2011) σε ένα δείγμα 100 ασθενών που ταλανίζονται από εμβοές. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 47 έτη και εκτιμήθηκαν οι επιπτώσεις των εμβοών στη λειτουργικότητα τους, στην εκδήλωση διαφόρων αρνητικών συναισθημάτων και στην εμφάνιση καταστροφικών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι άντρες συμμετέχοντες εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα λειτουργικής και συναισθηματικής φύσης, σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, τα άτομα που έχουν συνεχείς εμβοές για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχουν περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής φύσης και εκδηλώνουν εντονότερες καταστροφικές συμπεριφορές, σε σχέση με τα άτομα των οποίων οι εμβοές δεν έχουν συνεχή χαρακτήρα και έχουν μικρή χρονική διάρκεια. Μέσω της συγκεκριμένης έρευνας διαπιστώθηκε πως οι εμβοές επιδρούν με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο στην ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Οι Stegeman et al. (2021) χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 5107 ατόμων, εκ των οποίων οι 1154 αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν εμβοές, εξέτασαν την επίδρασή τους στην ποιότητα της ζωής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με εμβοών, αντιμετωπίζει περιστασιακά προβλήματα στην καθημερινή του ζωή, που οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής και σε χαμηλότερα επίπεδα γενικής υγείας. Οι επιπτώσεις των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών γίνονται ακόμη πιο σοβαρές και έντονες, όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, δηλαδή όταν βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και στρες και όταν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης που πραγματοποίησαν οι Demoen et al. (2024) προκειμένου να εντοπίσουν αν οι εμβοές επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, που τις εκδηλώνουν. Συνολικά εντόπισαν 37 μελέτες, των οποίων το δείγμα αθροιστικά ήταν 33.900 άτομα. Από τις 37 μελέτες, οι δύο έδειξαν πως η ποιότητα της ζωής των ασθενών επηρεάζεται αρνητικά λόγω της δυσφορίας που προκαλούν οι εμβοές. Οι 18 από τις 37 μελέτες έδειξαν πως υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ εμβοών και ποιότητας ζωής των ασθενών

και οι 17 από τις 37 μελέτες, έδειξαν πως οι ασθενείς με πολύ έντονο πρόβλημα εμβοών, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς που ταλανίζονται από εμβοές, αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Οι Kasemsiri et al. (2018) διερεύνησαν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των εμβοών και της ποιότητας της ζωής των ασθενών, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 289 ατόμων. Οι ασθενείς που εκδήλωσαν πολύ υψηλή βαθμολογία στην καταστροφική διάσταση, κατέγραψαν πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής σε όλες τις διαστάσεις της, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν χαμηλότερη βαθμολογία. Επίσης, οι ασθενείς που είχαν μέτριας έντασης εμβοές, παρουσίασαν χαμηλή ποιότητα ζωής σε επίπεδο γενικής υγείας, ζωτικότητας, κοινωνικής λειτουργικότητας, ψυχικής υγείας και συναισθηματικού ρόλου. Πρόκειται ουσιαστικά για αποτελέσματα τα οποία δείχνουν πως η ποιότητα της ζωής των ασθενών με εμβοές, κυμαίνεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, λόγω των επιπτώσεων τους στην ψυχική και σωματική υγεία τους.

Οι Haider et al. (2021) επιχείρησαν να εντοπίσουν αν οι εμβοές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών, χρησιμοποιώντας 122 άτομα από την Πορτογαλία, ηλικίας από 55 έως 75 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι εμβοές είναι εντονότερες στην περίπτωση των ασθενών με νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, γεγονός που δείχνει πως υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των εμβοών και της απώλειας ακοής. Επίσης, διαπιστώθηκε πως όσο αυξάνεται η ένταση των εμβοών, τόσο μειώνεται η ποιότητα της ζωής των ασθενών σε επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας και σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Ακόμη, πρέπει να τονιστεί, ότι μέσα από την ίδια έρευνα διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς με έντονες εμβοές, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ψυχοπαθολογικής φύσης, όπως είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης, το υψηλό επίπεδο άγχους, η επιθετικότητα και οι φοβίες.

Λόγος πρέπει να γίνει και για την έρευνα των Musleh et al. (2024) μέσω της οποίας έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί η σοβαρότητα των εμβοών που εκδηλώνουν οι ασθενείς και του τρόπου που αυτές επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους. Πρόκειται για μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 163 ασθενείς με εμβοές όλων των ηλικιών, εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν νέοι. Τα ευρήματα έδειξαν πως το 25% των συμμετεχόντων παρουσιάζει έντονες εμβοές. Επίσης, το 23% και το 24% των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα παρουσιάζει ήπιες και μέτριες εμβοές, χωρίς να εντοπίζονται διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο και ως προς την ηλικία. Τα αποτελέσματα της

έρευνας έδειξαν πως οι εμβοές επιδρούν ιδιαίτερα αρνητικά σε πολλές διαστάσεις της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως οι εμβοές επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα του ύπνου, στην ποιότητα της ακοής τους, στις κοινωνικές τους σχέσεις και τις κοινωνικές τους δραστηριότητες και στην προσπάθεια τους να συγκεντρωθούν. Παράλληλα, διαπιστώθηκε πως οι εμβοές τους προκαλούν θυμό, σύγχυση, άγχος και στρες ενώ παράλληλα τους οδηγούν στην ανάπτυξη συναισθημάτων ανασφάλειας και απογοήτευσης. Όλα αυτά τα ευρήματα, καταδεικνύουν πως η ποιότητα της ζωής των ασθενών επηρεάζεται με πολύ αρνητικό τρόπο από τις εμβοές.

Η σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ των εμβοών και της ποιότητας της ζωής των ασθενών, εξετάστηκε και στην έρευνα των Limviriyakul και Supavanich (2012) σε ένα δείγμα 66 ατόμων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν ήπιες και μέτριες εμβοές και πως ένα μικρότερο αλλά όχι αμελητέο ποσοστό συμμετεχόντων είχαν έντονες εμβοές. Σημαντικό είναι να τονιστεί πως η ηλικία φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την καταστροφική διάσταση των εμβοών, που σημαίνει πως οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς αισθάνονται πως δεν μπορούν να έχουν τον έλεγχο πάνω στις εμβοές τους, πως δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν καμία ενέργεια που θα τους βοηθήσει να απαλλαγούν από αυτές και πως νιώθουν έντονο φόβο, ότι πάσχουν από κάποια πολύ σοβαρή ασθένεια. Ακόμη, διαπιστώθηκε πως όσο πιο ένονες είναι οι εμβοές των ασθενών, τόσο σε χαμηλότερα επίπεδα διαμορφώνεται και η ποιότητα της ζωής τους ως προς τη διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας, της ζωτικότητάς, της ψυχικής υγείας και της γενικής υγείας. Ωστόσο, οι εμβοές δεν φάνηκαν να επηρεάζουν αρνητικά τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο και τον συναισθηματικό ρόλο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Ammofi et al. (2011), μέσω της οποίας εξετάστηκε η επίδραση των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, πριν και μετά την πραγματοποίηση επέμβασης τοποθέτησης κοχλιακών εμφυτευμάτων. Στην έρευνα συμμετείχαν 142 ασθενείς, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο πριν την επέμβαση και 12 μήνες μετά από αυτή. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως πριν την πραγματοποίηση της επέμβασης το 37% των συμμετεχόντων εκδήλωνε έντονες εμβοές και πως μετά την πραγματοποίηση της επέμβασης, το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 10%. Ακόμη, διαπιστώθηκε πως οι

εμβοές, τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση, επηρεάζουν αρνητικά τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής τους.

Διαφορετική ερμηνεία επιδέχονται τα αποτελέσματα της έρευνας των Bertuol et al. (2018) σε ένα μικρό δείγμα ασθενών με εμβοές, τα οποία φορούν ακουστικά βαρηκοΐας. Γενικότερα, διαπιστώθηκε πως δεν εντοπίζεται αρνητική σχέση μεταξύ εμβοών και ποιότητας ζωής των ασθενών. Πρόκειται για ένα εύρημα που έρχεται σε απόλυτη αντίθεση με όλα τα παραπάνω και πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός, πως τα ακουστικά βαρηκοΐας, βοηθούν τους ασθενείς να αντιλαμβάνονται καλύτερα τους ήχους που προέρχονται από εξωτερικές πηγές και κατά συνέπεια να μην νιώθουν τόσο έντονα τις εμβοές (Wu et al., 2018).

Από το σύνολο των μελετών που εντοπίστηκαν διαπιστώθηκε πως οι εμβοές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών (Ammofi et al., 2011; Haider et al., 2021; Kasemsiri et al., 2018; Limviriyakul & Supavanich, 2012; Musleh et al., 2024; Stegeman et al., 2021; Van Hoof et al., 2022) και όσο πιο έντονες είναι οι εμβοές, τόσο μεγαλύτερη είναι και η έκπτωση της ποιότητας της ζωής τους (Alsanosi, 2011; Haider et al., 2021; Kasemsiri et al., 2018; Limviriyakul & Supavanich, 2012). Μόνο στην έρευνα των Bertuol et al. (2018) δεν διαπιστώθηκε αρνητική επίδραση των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, γεγονός που πιθανότατα οφείλεται στη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας.

3. Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της ερευνητικής αυτής εργασίας είναι να εξετάσει το επίπεδο της ποιότητας της ζωής των ασθενών με εμβοές. Ειδικότερα, μέσα από την εργασία αυτή, απαντώνται τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα;

1^ο Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιον βαθμό οι συμμετέχοντες ταλανίζονται από εμβοές;

2^ο Ερευνητικό ερώτημα: Πώς το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν την ένταση των εμβοών που εκδηλώνουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα;

3^ο Ερευνητικό ερώτημα: Πώς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που εκδηλώνουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα;

4^ο:Ερευνητικό ερώτημα: Ποια είναι η σχέση μεταξύ των εμβοών και της ποιότητας της ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

3.2 Μέθοδος έρευνας

Για να επιτευχθεί ο σκοπός της εργασίας και για να δοθούν απαντήσεις στα τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν παρουσιαστεί στη αμέσως προηγούμενη ενότητα επιλέχθηκε η ποσοτική συγχρονική έρευνα. Σύμφωνα με τους Bonita et al. (2009) η ποσοτική συγχρονική έρευνα είναι κατάλληλη για τη διερεύνηση του επιπολασμού διαφόρων νοσημάτων, όπως και για την καταγραφή των επιπτώσεων τους. Επίσης, ο Bryman (2017) τονίζει πως οι ποσοτικές συγχρονικές έρευνες είναι κατάλληλες για την αποτύπωση των αντιλήψεων και των στάσεων απέναντι σε διάφορα ζητήματα κοινωνικής φύσης που επηρεάζουν τον υπό μελέτη πληθυσμό.

Το γεγονός ότι η έρευνα είναι ποσοτική και συγχρονική, δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να πραγματοποιήσει κάποιους στατιστικούς ελέγχους ώστε να διαπιστώσει αν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών που τον ενδιαφέρουν (Apuke, 2017; Bonita et al., 2009; Bryman, 2017). Στην προκειμένη περίπτωση τον ερευνητή ενδιαφέρει ο έλεγχος των σχέσεων μεταξύ εμβοών, φύλου και ηλικίας, ο έλεγχος των σχέσεων μεταξύ εμβοών και ποιότητας ζωής καθώς επίσης και ο έλεγχος των σχέσεων μεταξύ ποιότητας ζωής και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

3.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Tinnitus Handicap Inventory (THI) και Short-Form 36 (SF-36), για τη χρήση των οποίων έχουν ληφθεί και οι απαιτούμενες άδειες.

Η κλίμακα THI εκτιμά την επίδραση των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ασθενών. Αποτελείται από τρεις διαστάσεις, α) τη διάσταση της λειτουργικότητας, β) τη συναισθηματική διάσταση και γ) την καταστροφική διάσταση. Η διάσταση της λειτουργικότητας σχετίζεται με την εκδήλωση προβλημάτων λειτουργικότητας σε ψυχικό, σε κοινωνικό και σε φυσικό επίπεδο. Η συναισθηματική διάσταση σχετίζεται με την εκδήλωση προβλημάτων συναισθηματικής φύσης, όπως είναι ο θυμός, η κατάθλιψη και το άγχος. Τέλος, η καταστροφική διάσταση σχετίζεται με την απώλεια ελέγχου, με την αδυναμία απαλλαγής από τις εμβοές και με την εμφάνιση φόβου, ότι οι ασθενείς πάσχουν από κάποια πολύ σοβαρή ασθένεια (Papitsi et al., 2020).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να δώσουν απάντηση σε 25 ερωτήσεις, που αντιστοιχούν στις παραπάνω διαστάσεις, επιλέγοντας μία εκ των διαθέσιμων απαντήσεων. Οι απαντήσεις είναι το όχι που αντιστοιχεί στο μηδέν, το μερικές φορές που αντιστοιχεί στο δύο και το ναι που αντιστοιχεί στο τέσσερα. Η συνολική βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρωθεί από κάποιον συμμετέχοντα κυμαίνεται από το 0 έως το 100 και όσο υψηλότερη η βαθμολογία τόσο πιο σοβαρή είναι η μορφή των εμβοών (Papitsi et al., 2020). Ειδικότερα μία βαθμολογία έως 16 δείχνει ελαφριά μορφή εμβοών, μία βαθμολογία από 18 έως 36 δείχνει ήπια μορφή εμβοών, μία βαθμολογία από 38 έως 56 δείχνει μία μέτρια μορφή εμβοών, μία βαθμολογία από 58 έως 76 δείχνει μία σοβαρή μορφή εμβοών και μία βαθμολογία από 78 έως 100 δείχνει μία σοβαρή μορφή εμβοών (Zacharia et al., 2012).

Η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα πραγματοποιείται με το εργαλείο SF-36. Πρόκειται για ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής, πολλών και διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, λόγω της υψηλής αξιοπιστίας και εγκυρότητας που έχει. Σημειώνεται πως ένα από τα πλέον βασικά πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης κλίμακας είναι πως μπορεί να εξετάζει παράλληλα, τόσο τη φυσική όσο και την πνευματική κατάσταση της υγείας των υποκειμένων της έρευνας. Συνολικά, η εν λόγω κλίμακα αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες ανά 2 έως 10 συνθέτουν μία

διαφορετική διάσταση που μπορεί να εντάσσεται είτε στη φυσική, είτε στην πνευματική υγεία του ατόμου. Οι διαστάσεις που εντάσσονται στην φυσική υγεία είναι η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος και η γενική υγεία. Οι διαστάσεις που εντάσσονται στην πνευματική υγεία είναι η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία. Η βαθμολογία μπορεί να κινηθεί από το 0 έως και 100, όπου το 100 συμβολίζει την καλύτερη δυνατή εκτίμηση της ποιότητας της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007).

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν και κάποιες ερωτήσεις κλειστού τύπου, που διερευνούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με εμβοές, που συμμετείχαν στην έρευνα. Το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο κι ο τόπος κατοικίας είναι τα δημογραφικά στοιχεία που εξετάζονται και διαμορφώνουν το προφίλ των υποκειμένων στην έρευνα.

3.4 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 115 ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα ακοής, μεταξύ των οποίων και εμβοές, δηλαδή συνεχείς ήχους που δεν μπορούν άλλα άτομα, αλλά ούτε και οι ιατροί να ακούσουν. Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν στην έρευνα 115 από τους ασθενείς που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία ΩΡΛ του Ασκληπιείου Βούλας και που πάσχουν από νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, είτε μονόπλευρη είτε αμφοτερόπλευρη και αναφέρουν εμβοές παράλληλα, είτε μικρού είτε μεγάλου βαθμού.

Πρόκειται για ένα μέγεθος δείγματος αποδεκτό σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, καθώς ο Delice (2010) αναφέρει πως σε μία ποσοτική έρευνα που διερευνώνται στάσεις και αντιλήψεις πρέπει να συγκεντρώνεται ένα δείγμα μεγαλύτερο των 40 ατόμων. Ωστόσο, αν θεωρηθεί ως δεδομένο ότι το 15% του ελληνικού πληθυσμού ταλανίζεται από εμβοές, δηλαδή περίπου 1,5 εκατομμύριο πολίτες, είναι σαφές πως τα 115 άτομα είναι πολύ μικρός αριθμός. Το ποσοστό του 15% δεν αναφέρθηκε αυθαίρετα αλλά στηρίζεται στο αποτέλεσμα της έρευνας των Biswas et al. (2022), όπου το ποσοστό των πολιτών σε ευρωπαϊκές χώρες που ταλανίζονται από εμβοές ανέρχεται στο 14.7%.

Το δείγμα συγκεντρώθηκε μέσω της βολικής δειγματοληψίας. Η βολική δειγματοληψία χρησιμοποιείται με πολύ μεγάλη συχνότητα σε έρευνες που πραγματοποιούνται για

ακαδημαϊκούς σκοπούς, λόγω της δυνατότητας που δίνει στους ερευνητές να συγκεντρώσουν εύκολα και σε μικρό χρονικό διάστημα τις απαντήσεις που χρειάζονται. Ωστόσο, παρουσιάζει και κάποιες αδυναμίες που αφορούν στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς τον συνολικό πληθυσμό (Ζαφειρόπουλος, 2015).

Στην προκειμένη περίπτωση ο πληθυσμός της έρευνας είναι όλοι οι Έλληνες πολίτες που ταλανίζονται από εμβοές και ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα θα μπορούσε να προκύψει μόνο αν οι συμμετέχοντες επιλέγονταν με τυχαίο τρόπο. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες προέκυψαν με κριτήριο την ευκολία πρόσβασης του ερευνητή, γεγονός που καθιστά ότι όλοι οι συμμετέχοντες προέρχονται από την ίδια γεωγραφική περιοχή και που λαμβάνουν τις ίδιες υπηρεσίες στο πλαίσιο της διαχείρισης του προβλήματος των εμβοών. Ως εκ τούτου, είναι σαφές πως το δείγμα της έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και σίγουρα δεν μπορεί να οδηγήσει σε αποτελέσματα που μπορούν να γενικευθούν σε αυτόν.

3.5 Διαδικασία της έρευνας

Σε πρώτο χρόνο έλαβε χώρα η λήψη ιστορικού των ασθενών και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν κάποιες εξετάσεις, οι οποίες παρουσιάζονται ακολούθως:

- 1) Η πρώτη εξέταση ήταν η ωτοσκόπηση, ώστε να εξεταστεί ο έξω ακουστικός πόρος και η τυμπανική μεμβράνη και να αποκλειστεί τυχόν βαρηκοΐα αγωγιμότητας(κερί στα αυτιά, ωτίτιδες κλπ.) και να βγει στην συνέχεια σωστά το ακοόγραμμα.
- 2) Ακολούθησε, η χρήση τονοδότη των 512Hz για τον έλεγχο της αέρινης και οστέινης οδού με τις δοκιμασίες Rinne και Weber, ώστε με τα αποτελέσματα του τονοδότη να προχωρήσουμε στο ακοόγραμμα. (Θετικό Rinne(+), δηλαδή ακούει καλύτερα από την αέρινη οδό σημαίνει ότι η ακοή είναι φυσιολογική είτε υπάρχει νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, αντίθετα αν ακούει καλύτερα από την οστέινη οδό τότε υπάρχει βαρηκοΐα αγωγιμότητας και το Rinne(-) είναι αρνητικό. Με την δοκιμασία Weber προσδιορίζεται ο τύπος της βαρηκοΐας σε περιπτώσεις μονόπλευρης βαρηκοΐας ή ασυμμετρίας της ακοής μεταξύ των δύο αυτιών. Ο τονοδότης τοποθετείται στη μέση γραμμή της κεφαλής και αν ο ασθενής ακούσει τον ήχο το ίδιο και από τα δύο αυτιά τότε είναι φυσιολογική ακοή ή υπάρχει συμμετρική απώλεια ήχου. Αν ακούει καλύτερα

στο βαρήκοο αυτί τότε είναι βαρηκοΐα αγωγιμότητας, ενώ αν ο ήχος πάει στο υγιές αυτί, τότε θεωρείται βαρηκοΐα νευροαισθητηριακού τύπου)

3) Ακολούθησε, η τονική ακοομετρία με την χρήση του ακοογράμματος για την εξέταση της αέρινης και οστέινης αγωγής του ήχου και με χρήση ηχοκάλυψης ή αλλιώς masking, όπου και προσδιορίστηκε τελικά η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα. (Η αέρινη αγωγή ήχου εξετάζεται μέσω της χρήσης ακουστικών και η οστέινη με την τοποθέτηση ενός δονητή ή vibrator στα οστά του κρανίου. Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα συνήθως εμφανίζεται στο ακοόγραμμα >30db μέχρι και 100db στις συχνότητες 250Hz, 500Hz 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz και 8000Hz).

Μετά από αυτές τις εξετάσεις, έγινε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αφού προηγήθηκε η ενημέρωση και η συγκατάθεση τους. Ειδικότερα, συμπληρώθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, μετρήθηκε η ποιότητα ζωής τους και ελέγχθηκαν τα προβλήματα που τους προκαλούσαν οι εμβοές αλλά και η βαρύτητα των εμβοών των ασθενών αυτών. Δόθηκαν οδηγίες όπως η χρήση συμπληρώματος διατροφής (φυτικές κάψουλες που περιέχουν στοιχεία που μειώνουν τις εμβοές) και συστήθηκε παράλληλα χρήση ακουστικού βαρηκοΐας σε όσους ασθενείς μπορούσαν να έχουν μια βελτίωση στο επίπεδο της ακοής τους και να την διατηρήσουν σε καλό επίπεδο.

Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 26 και τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με τη χρήση πινάκων και λεκτικού κειμένου.

3.6 Ηθική της έρευνας

Σύμφωνα με τον Bryman (2017) κάθε έρευνα που πραγματοποιείται πρέπει να συμμορφώνεται με ορισμένες αρχές της ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας. Η πρώτη αρχή αναφέρεται στην ενημέρωση των συμμετεχόντων για τον σκοπό διεξαγωγής της έρευνας. Η δεύτερη αρχή σχετίζεται με την ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα και την προστασία των προσωπικών δεδομένων του. Η τρίτη αρχή είναι άμεσα συνυφασμένη με την εθελοντική συμμετοχή του δείγματος στην έρευνα και τη δυνατότητα αποχώρησής του σε δεύτερο χρόνο από αυτή. Η τέταρτη αρχή σχετίζεται με τη διαχείριση των δεδομένων που θα συγκεντρωθούν, η οποία θα πρέπει να γίνεται με τον πλέον εμπιστευτικό τρόπο.

Όλες αυτές οι ενέργειες πραγματοποιήθηκαν από τον ερευνητή. Αρχικά, λήφθηκε άδεια από την επιστημονική επιτροπή του Νοσοκομείου Ασκληπιείου Βούλας. Στη συνέχεια,

τα άτομα που προσεγγίστηκαν ενημερώθηκαν σχετικά με τον σκοπό για τον οποίον διεξάγεται η έρευνα, δηλαδή ότι είναι μία έρευνα που πραγματοποιείται για ακαδημαϊκούς σκοπούς και πως επιδιώκει να διερευνήσει πως διαμορφώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με εμβοές. Ακόμη, δεν ζητήθηκαν προσωπικά δεδομένα από τους συμμετέχοντες, με στόχο την προστασία των προσωπικών δεδομένων τους. Πολύ σημαντικό είναι να τονιστεί πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας και πως αν αισθανθούν ότι δεν θέλουν να ολοκληρώσουν την έρευνα, μπορούν να αποχωρήσουν χωρίς να υπάρχει καμία κύρωση. Τέλος, τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν, διαχειρίστηκαν με απόλυτη εμπιστευτικότητα.

3.7 Περιγραφή της στατιστικής ανάλυσης

Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων έχει χρησιμοποιηθεί περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Αναλυτικότερα, για την περιγραφή του προφίλ, δηλαδή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες. Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που αφορούν στη συμπτωματολογία των εμβοών, χρησιμοποιήθηκαν σχετικές συχνότητες, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Ομοίως, για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων με εμβοές, χρησιμοποιήθηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και ελάχιστες και μέγιστες τιμές.

Για τον εντοπισμό των διαφοροποιήσεων στη συμπτωματολογία των εμβοών ανάλογα με το φύλο και την ηλικία, όπως και για τον εντοπισμό των διαφοροποιήσεων της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά κριτήρια Mann Whitney και Kruskal Wallis, δεδομένου πως όλες οι μεταβλητές που αφορούν τη συμπτωματολογία των εμβοών αποκλίνουν σημαντικά της κανονικής κατανομής με βάση το στατιστικό κριτήριο Kolmogorov Smirnov. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05.

Για τον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ της συμπτωματολογίας των εμβοών και της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman και στη συνέχεια η γραμμική παλινδρόμηση με ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό επίπεδο συμπτωματολογίας εμβοών και εξαρτημένες μεταβλητές τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

4. Αποτελέσματα της έρευνας

4.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δίνονται στον Πίνακα 1. Από τους 115 συμμετέχοντες, το 56.5% ($n = 65$) ήταν γυναίκες και το 43.5% ($n = 50$) ήταν άντρες. Επιπλέον, η πλειοψηφία του δείγματος ανήκαν στις ηλικιακές ομάδες 56 – 65 ετών ($n = 37$, 32.2%) και 66 ετών και άνω ($n = 48$, 41.7%). Μικρότερη συμμετοχή καταγράφηκε στις ηλικιακές ομάδες 18 έως 45 ετών ($n = 14$, 12.1%) και 46 με 55 ετών ($n = 16$, 13.9%). Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν έγγαμοι ($n = 92$, 80%) και εργαζόντουσαν είτε ως δημόσιοι ($n = 22$, 19.1%) είτε ως ιδιωτικοί ($n = 37$, 32.2%) υπάλληλοι. Αντίστοιχα, ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι ($n = 42$, 36.5%). Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο στο δείγμα της έρευνας, το 43.5% ($n = 50$) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ, το 21.7% ($n = 25$) ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ/ ανώτερης σχολής και το 9.6% ($n = 11$) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες διέμεναν σε πόλη.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία για τους 115 συμμετέχοντες στο δείγμα

		n	%
Φύλο	Άντρας	50	43.5%
	Γυναίκα	65	56.5%
Ηλικία	18-25	3	2.6%
	26-35	5	4.3%
	35-45	6	5.2%
	46-55	16	13.9%
	56-65	37	32.2%
	66 και άνω	48	41.7%
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπαντρος-η	17	14.8%
	Παντρεμένος-η	92	80.0%
	Σε διάσταση	1	0.9%

	Διαζευγμένος-η	0	0.0%
	Χήρος-α	5	4.3%
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος υπάλληλος	22	19.1%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	37	32.2%
	Ελεύθερος επαγγελματίας	8	7.0%
	Συνταξιούχος	42	36.5%
	Οικιακά	4	3.5%
	Άνεργος	2	1.7%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	3	2.6%
	Γυμνάσιο	3	2.6%
	Λύκειο	23	20.0%
	ΙΕΚ-Ανώτερη σχολή	25	21.7%
	ΤΕΙ-ΑΕΙ	50	43.5%
	Μεταπτυχιακό	8	7.0%
	Διδακτορικό	3	2.6%
Τόπος κατοικίας	Πόλη	115	100.0%

4.2 Αποτελέσματα για τη συμπτωματολογία εμβοών

Στον Πίνακα 2 δίνονται τα ευρήματα της περιγραφικής ανάλυσης αναφορικά με το πως οι εμβοές επηρεάζουν την καθημερινότητα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα ευρήματα δείχνουν πως το 14.8% των συμμετεχόντων ανέφεραν πως οι εμβοές τους εμποδίζουν στο να συγκεντρώνουν την προσοχή τους, το 13.9% ανέφεραν πως οι εμβοές τους εμποδίζουν στο να κοιμούνται το βράδυ ενώ το 64.3% των συμμετεχόντων ανέφεραν πως οι εμβοές τους επιδεινώνονται, όταν βρίσκονται σε κατάσταση στρες. Επιπλέον, ένα ποσοστό 37.4% του δείγματος ανέφεραν πως παραπονιούνται συνεχώς όταν έχουν εμβοές ενώ το 15.7% του δείγματος ανέφεραν πως οι εμβοές τους προκαλούν ανασφάλεια. Τέλος, από το σύνολο του δείγματος, το 60.9% ανέφεραν πως

αισθάνονται ότι δεν θα απαλλαγούν ποτέ από τις εμβοές, το 54.8% ανέφεραν πως αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τις εμβοές και το 65.2% ανέφεραν πως αισθάνονται ότι δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα των εμβοών.

Πίνακας 2. Αποτελέσματα για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την επίδραση των εμβοών στην καθημερινότητα τους

	Όχι	Μερικές φορές	Ναι
Λειτουργική διάσταση			
Σας εμποδίζουν οι εμβοές σας στο να συγκεντρώνετε την προσοχή σας;	47.0%	38.3%	14.8%
Είναι οι εμβοές σας τόσο δυνατές, ώστε να σας εμποδίζουν στο να ακούτε άλλους ανθρώπους όταν μιλάνε;	75.7%	19.1%	5.2%
Οι εμβοές σας προκαλούν σύγχυση;	68.7%	27.0%	4.3%
Σας εμποδίζουν οι εμβοές στο να κοιμάστε το βράδυ;	18.3%	67.8%	13.9%
Οι εμβοές σας εμποδίζουν στο να ευχαριστείστε από τις κοινωνικές σας δραστηριότητες, όπως στο να βγείτε για φαγητό ή να δείτε μια ταινία;	85.2%	13.0%	1.7%
Σας προκαλούν οι εμβοές δυσκολία στο να ευχαριστείστε την ζωή;	60.0%	36.5%	3.5%
Επηρεάζουν οι εμβοές σας την δουλειά σας ή τις οικογενειακές σας υποχρεώσεις;	73.0%	24.3%	2.6%
Λόγω των εμβοών σας, πιστεύετε ότι είστε συχνά ευερέθιστος;	93.9%	3.5%	2.6%
Λόγω των εμβοών σας, βρίσκετε δυσκολία στο να διαβάσετε ένα βιβλίο;	86.1%	12.2%	1.7%
Βρίσκετε δύσκολο να εστιάσετε την προσοχή σας σε άλλα πράγματα, εκτός από τις εμβοές σας;	56.5%	35.7%	7.8%
Αισθάνεστε συχνά κούραση, λόγω των εμβοών σας;	57.4%	33.9%	8.7%

Οι εμβοές σας επιδεινώνονται, όταν είστε σε κατάσταση στρες;	20.9%	14.8%	64.3%
--	-------	-------	-------

Συναισθηματική διάσταση

Οι εμβοές σας δημιουργούν θυμό;	87.8%	8.7%	3.5%
Παραπονείστε συνεχώς για τις εμβοές σας;	30.4%	32.2%	37.4%
Οι εμβοές σας προκαλούν εκνευρισμό;	72.2%	22.6%	5.2%
Οι εμβοές σας αναστατώνουν;	68.7%	25.2%	6.1%
Οι εμβοές σας επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις σας με μέλη της οικογένειάς σας ή φίλους;	84.3%	13.0%	2.6%
Αισθάνεστε κατάθλιψη, λόγω των εμβοών σας;	72.2%	26.1%	1.7%
Αισθάνεστε άγχος, λόγω των εμβοών σας;	73.0%	20.0%	7.0%
Σας προκαλούν οι εμβοές ανασφάλεια;	55.7%	28.7%	15.7%

Καταστροφική διάσταση

Οι εμβοές σας προκαλούν απογοήτευση;	49.6%	41.7%	8.7%
Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε ποτέ να απαλλαγείτε από τις εμβοές;	16.5%	22.6%	60.9%
Λόγω των εμβοών σας, πιστεύετε ότι πάσχετε από μια φοβερή ασθένεια;	50.4%	35.7%	13.9%
Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τις εμβοές σας;	22.6%	22.6%	54.8%
Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε πλέον να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα των εμβοών σας;	17.4%	17.4%	65.2%

Στον Πίνακα 3 δίνονται τα ευρήματα της περιγραφικής ανάλυσης για το συνολικό επίπεδο της συμπτωματολογίας των εμβοών καθώς και τη συμπτωματολογία στις τρεις επιμέρους διαστάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο μέσος όρος για το συνολικό επίπεδο συμπτωματολογίας των εμβοών είναι 29.4 (SD = 16.3) με εύρος τιμών από 0 έως 92. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν πως κατά μέσο όρο στο δείγμα οι συμμετέχοντες

αναφέρουν ένα ήπιο επίπεδο συμπτωματολογίας εμβοών. Αντίστοιχα, ο μέσος όρος της λειτουργικής διάστασης είναι 11.8 (SD = 7.5), ο μέσος όρος της συναισθηματικής διάστασης είναι 6.7 (SD = 5.5) και ο μέσος όρος της καταστροφικής διάστασης είναι 12.6 (SD = 6.0).

Πίνακας 3. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για το συνολικό επίπεδο της συμπτωματολογίας των εμβοών καθώς και τη συμπτωματολογία στις τρεις επιμέρους διαστάσεις

	Μέσος όρος (MO)	Τυπική απόκλιση (SD)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Συνολικά συμπτώματα εμβοών	29.4	16.3	0.0	92.0
Λειτουργική	11.8	7.5	0.0	40.0
Συναισθηματική	6.7	5.5	0.0	32.0
Καταστροφική	12.6	6.0	0.0	20.0

4.2.1 Εμβοές, φύλο και ηλικία

Στη συνέχεια δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τη σύγκριση της συμπτωματολογίας των εμβοών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για το σκοπό αυτό στα δεδομένα εφαρμόστηκαν τα μη παραμετρικά κριτήρια Mann Whitney και Kruskal Wallis. Η επιλογή των μη παραμετρικών κριτηρίων αιτιολογείται από το γεγονός πως όλες οι μεταβλητές που αφορούν τη συμπτωματολογία των εμβοών αποκλίνουν σημαντικά της κανονικής κατανομής με βάση το στατιστικό κριτήριο Kolmogorov Smirnov.

Στον Πίνακα 4 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς το φύλο, με βάση το κριτήριο Mann Whitney. Η ανάλυση έδειξε πως η μέση συμπτωματολογία των αντρών είναι ίση με 28.0 (SD = 17.0) ενώ η μέση συμπτωματολογία των γυναικών είναι ίση με 30.5 (SD = 15.7). Από τη σύγκριση δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών ($U = 1433.0$, $p = 0.278$). Παρόμοια, από το κριτήριο Mann Whitney δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις τρεις

υποδιαστάσεις της συμπτωματολογίας των εμβοών (λειτουργική, συναισθηματική, καταστροφική) ως προς το φύλο των ατόμων.

Πίνακας 4. Σύγκριση συμπτωματολογίας εμβοών ως προς το φύλο

	Φύλο				U	p
	Αντρας		Γυναίκα			
	MO	SD	MO	SD		
Συνολικά συμπτώματα εμβοών	28.0	17.0	30.5	15.7	1433.0	0.278
Λειτουργική	11.6	8.2	11.9	7.0	1515.5	0.535
Συναισθηματική	5.7	5.2	7.4	5.7	1327.0	0.089
Καταστροφική	12.4	6.0	12.8	6.1	1560.5	0.713

Στον Πίνακα 5 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς την ηλικιακή ομάδα, με βάση το κριτήριο Kruskal Wallis. Η ανάλυση έδειξε πως η μέση συμπτωματολογία εμβοών διαφέρει σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων ($KW = 10.813$, $p = 0.013$). Τα ευρήματα δείχνουν πως η μέση συμπτωματολογία εμβοών είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις ηλικιακές ομάδες 56-65 ετών ($MO = 32.4$, $SD = 13.3$) και 65 ετών και άνω ($MO = 31.2$, $SD = 15.3$). Αντίστοιχα, η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη λειτουργική διάσταση μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων ($KW = 10.534$, $p = 0.015$). Τα ευρήματα δείχνουν πως η μέση τιμή της λειτουργικής διάστασης είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις ηλικιακές ομάδες 56-65 ετών ($MO = 13.0$, $SD = 6.8$) και 65 ετών και άνω ($MO = 12.7$, $SD = 6.7$). Τέλος, η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη καταστροφική διάσταση μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων ($KW = 21.513$, $p = 0.000$). Τα ευρήματα δείχνουν πως η μέση τιμή της καταστροφικής διάστασης είναι σημαντικά μεγαλύτερη στις ηλικιακές ομάδες 56-65 ετών ($MO = 14.8$, $SD = 4.8$) και 65 ετών και άνω ($MO = 13.3$, $SD = 5.4$).

Πίνακας 5. Σύγκριση συμπτωματολογίας εμβοών ως προς την ηλικιακή ομάδα

Ηλικία	KW	p
--------	----	---

	<45		46-55		56-65		65+			
	MO	SD	MO	SD	MO	SD	MO	SD		
Συνολικά συμπτώματα εμβοών	20.3	25.1	25.0	13.1	32.4	13.3	31.2	15.3	10.813	0.013
Λειτουργική	9.0	11.0	8.8	6.6	13.0	6.8	12.7	6.7	10.534	0.015
Συναισθηματική	6.4	9.5	6.3	4.3	6.8	4.1	6.9	5.5	4.252	0.235
Καταστροφική	5.1	6.5	12.1	5.3	14.8	4.8	13.3	5.4	21.153	0.000

4.3 Αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα ευρήματα της περιγραφικής ανάλυσης αναφορικά με το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι συμμετέχοντες είχαν ένα αρκετά καλό επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας ($MO = 81.3$, $SD = 16.3$) και ένα μέτριο προς καλό επίπεδο σωματικού πόνου ($MO = 71.8$, $SD = 18.4$), σωματικού ρόλου ($MO = 69.8$, $SD = 28.8$), κοινωνικής λειτουργικότητας ($MO = 68.4$, $SD = 14.7$) και συναισθηματικής ευεξίας ($MO = 67.4$, $SD = 13.9$). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ένα μέτριο επίπεδο συναισθηματικού ρόλου ($MO = 49.6$, $SD = 35.1$) και ζωτικότητας ($MO = 47.3$, $SD = 15.6$) και ένα μέτριο προς χαμηλό επίπεδο γενικής υγείας ($MO = 42.1$, $SD = 15.6$).

Πίνακας 6. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής

	Μέσος όρος (MO)	Τυπική απόκλιση (SD)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Σωματική λειτουργικότητα	81.3	16.3	35.0	100.0
Σωματικός ρόλος	69.8	28.8	0.0	100.0
Σωματικός πόνος	71.8	18.4	32.5	100.0
Γενική υγεία	42.1	15.6	10.0	95.0

Συναισθηματική ευεξία	67.4	13.9	12.0	100.0
Συναισθηματικός ρόλος	49.6	35.1	0.0	100.0
Κοινωνική λειτουργικότητα	68.4	14.7	37.5	100.0
Ζωτικότητα	47.3	15.6	15.0	100.0

4.3.1 Ποιότητα ζωής και δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τη σύγκριση της ποιότητας ζωής ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για το σκοπό αυτό στα δεδομένα εφαρμόστηκαν τα μη παραμετρικά κριτήρια Mann Whitney και Kruskal Wallis. Η επιλογή των μη παραμετρικών κριτηρίων αιτιολογείται από το γεγονός πως όλες οι μεταβλητές που αφορούν την ποιότητα ζωής αποκλίνουν σημαντικά της κανονικής κατανομής με βάση το στατιστικό κριτήριο Kolmogorov Smirnov.

Στον Πίνακα 7 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς το φύλο των ατόμων με χρήση του κριτηρίου Mann Whitney. Η ανάλυση έδειξε πως καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών μόνο στη διάσταση της ζωτικότητας ($U = 1143.0$, $p = 0.006$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι άντρες ($MO = 51.2$, $SD = 16.7$) έχουν καλύτερο επίπεδο ζωτικότητας από τις γυναίκες ($MO = 44.2$, $SD = 14.1$). Στις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών.

Πίνακας 7. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς το φύλο

	Φύλο				U	p
	Άντρας		Γυναίκα			
	MO	SD	MO	SD		
Σωματική λειτουργικότητα	82.6	15.7	80.2	16.8	1496.5	0.464
Σωματικός ρόλος	71.0	28.7	68.8	29.0	1551.5	0.665
Σωματικός πόνος	74.5	17.8	69.7	18.6	1421.5	0.243
Γενική υγεία	41.3	14.5	42.8	16.5	1621.5	0.984

Συναισθηματική ευεξία	69.8	12.9	65.5	14.4	1383.0	0.170
Συναισθηματικός ρόλος	55.3	33.4	45.1	36.1	1357.0	0.117
Κοινωνική λειτουργικότητα	70.3	14.3	66.9	14.9	1420.0	0.231
Ζωτικότητα	51.2	16.7	44.2	14.1	1143.0	0.006

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς την ηλικιακή ομάδα των ατόμων με χρήση του κριτηρίου Kruskal Wallis. Η ανάλυση έδειξε πως καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα (KW = 18.501, p = 0.000), σωματικός ρόλος (KW = 16.369, p = 0.001), σωματικός πόνος (KW = 8.235, p = 0.041), γενική υγεία (KW = 26.591, p = 0.000), συναισθηματικός ρόλος (KW = 11.990, p = 0.007) και κοινωνική λειτουργικότητα (KW = 14.801, p = 0.002). Σε όλες τις προαναφερόμενες διαστάσεις της ποιότητας ζωής χαμηλότερος μέσος όρος (δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής) καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω.

Πίνακας 8. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς την ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία								KW	p
	<45		46-55		56-65		65+			
	MO	SD	MO	SD	MO	SD	MO	SD		
Σωματική λειτουργικότητα	86.4	18.9	88.1	16.3	84.1	14.2	75.3	15.5	18.501	0.000
Σωματικός ρόλος	80.4	28.0	81.3	28.1	75.0	27.6	58.9	27.0	16.369	0.001
Σωματικός πόνος	72.7	21.6	81.3	16.5	72.4	18.2	67.9	17.4	8.235	0.041
Γενική υγεία	58.2	20.2	51.3	11.5	40.3	11.7	35.8	13.5	26.591	0.000
Συναισθηματική ευεξία	61.7	23.3	65.5	10.7	69.4	11.9	68.1	12.6	2.252	0.522
Συναισθηματικός ρόλος	71.4	38.9	58.3	35.5	52.3	32.0	38.2	33.0	11.990	0.007
Κοινωνική λειτουργικότητα	75.9	16.6	77.3	13.1	68.2	13.0	63.3	13.7	14.801	0.002
Ζωτικότητα	50.4	16.7	45.0	13.5	49.6	16.0	45.3	15.8	1.392	0.707

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων με χρήση του κριτηρίου Kruskal Wallis. Η ανάλυση έδειξε πως καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης, στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα ($KW = 16.740$, $p = 0.000$), σωματικός πόνος ($KW = 6.193$, $p = 0.045$), γενική υγεία ($KW = 25.091$, $p = 0.000$), ζωτικότητα ($KW = 8.553$, $p = 0.014$) και κοινωνική λειτουργικότητα ($KW = 13.580$, $p = 0.001$). Σε όλες τις προαναφερόμενες διαστάσεις της ποιότητας ζωής χαμηλότερος μέσος όρος (δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής) καταγράφεται σε όσους ανέφεραν άλλη οικογενειακή κατάσταση (ήταν χήροι ή σε διάσταση).

Πίνακας 9. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση							
	Ανύπαντρ		Παντρεμέ		Άλλο		KW	p
	ος-η		νος-η					
	MO	SD	MO	SD	MO	SD		
Σωματική λειτουργικότητα	90.0	14.6	81.2	15.1	57.5	17.0	16.740	0.000
Σωματικός ρόλος	83.8	21.5	67.4	29.8	66.7	20.4	5.334	0.069
Σωματικός πόνος	80.1	18.9	71.0	18.0	59.2	14.9	6.193	0.045
Γενική υγεία	59.4	18.3	40.0	12.8	25.8	8.0	25.091	0.000
Συναισθηματική ευεξία	63.3	20.7	68.5	12.5	62.0	7.9	1.715	0.424
Συναισθηματικός ρόλος	64.7	39.9	46.4	34.2	55.6	27.2	4.061	0.131
Κοινωνική λειτουργικότητα	78.7	17.5	67.4	13.4	54.2	6.5	13.580	0.001
Ζωτικότητα	48.5	12.8	48.1	15.9	30.8	9.7	8.553	0.014

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς τις σπουδές των ατόμων με χρήση του κριτηρίου Kruskal Wallis. Η ανάλυση έδειξε πως καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα ($KW =$

18.655, $p = 0.000$), σωματικός ρόλος ($KW = 9.635$, $p = 0.022$), σωματικός πόνος ($KW = 11.473$, $p = 0.009$), γενική υγεία ($KW = 14.264$, $p = 0.003$), συναισθηματικός ρόλος ($KW = 16.282$, $p = 0.000$) και κοινωνική λειτουργικότητα ($KW = 8.511$, $p = 0.037$). Σε όλες τις προαναφερόμενες διαστάσεις της ποιότητας ζωής χαμηλότερος μέσος όρος (δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής) καταγράφεται σε όσους ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, Γυμνασίου ή Λυκείου (δηλαδή στα άτομα με το χαμηλότερο επίπεδο σπουδών). Αντίστοιχα, υψηλότερος μέσος όρος (δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής) καταγράφεται σε όσους ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού (δηλαδή στα άτομα με το υψηλότερο επίπεδο σπουδών).

Πίνακας 10. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς τις σπουδές

	Εκπαίδευση								KW	p
	Έως Λύκειο		IEK- Ανώτερη σχολή		TEI-AEI		Μεταπτυχ ιακό/ PhD			
	MO	SD	MO	SD	MO	SD	MO	SD		
Σωματική λειτουργικότητα	70.9	17.3	82.4	12.4	85.5	14.2	86.8	19.7	18.655	0.000
Σωματικός ρόλος	57.8	30.0	70.0	29.8	73.0	27.6	86.4	17.2	9.635	0.022
Σωματικός πόνος	64.0	18.1	72.5	16.8	73.2	18.0	84.3	17.3	11.473	0.009
Γενική υγεία	36.6	16.3	40.0	11.6	43.5	15.3	55.5	16.0	14.264	0.003
Συναισθηματική ευεξία	67.0	17.8	69.1	10.2	65.2	12.6	74.2	14.5	4.240	0.237
Συναισθηματικός ρόλος	32.2	36.2	46.7	30.4	54.7	34.2	78.8	22.5	16.282	0.001
Κοινωνική λειτουργικότητα	63.8	13.5	66.5	10.7	69.8	16.4	78.4	12.6	8.511	0.037
Ζωτικότητα	44.5	20.3	43.2	12.7	48.7	12.0	57.3	19.0	7.092	0.069

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων με χρήση του κριτηρίου Kruskal Wallis. Η ανάλυση έδειξε πως καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Από τα ευρήματα προκύπτει πως χειρότερη ποιότητα ζωής έχουν οι συνταξιούχοι

ενώ καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις της κοινωνικής λειτουργικότητας, της ζωτικότητας και της συναισθηματικής ευεξίας καταγράφηκες για τους άνεργους και όσους ασχολούνται με τα οικιακά.

Πίνακας 11. Σύγκριση ποιότητας ζωής ως προς την επαγγελματική κατάσταση

	Επαγγελματική κατάσταση										KW	p
	Δημόσιος υπάλληλος		Ιδιωτικός υπάλληλος		Ελεύθερος επαγγελματίας		Συνταξιούχος		Οικιακά/ Άνεργος			
	MO	SD	MO	SD	MO	SD	MO	SD	MO	SD		
Σωματική λειτουργικότητα	82.3	18.2	87.8	11.5	93.8	10.3	72.4	16.5	82.5	7.6	27.469	0.000
Σωματικός ρόλος	79.5	29.5	72.3	28.1	87.5	13.4	57.1	27.2	83.3	25.8	18.598	0.001
Σωματικός πόνος	71.7	19.5	74.7	16.6	87.8	9.5	66.3	18.3	70.8	22.8	11.989	0.017
Γενική υγεία	46.1	17.2	45.5	13.6	43.1	18.1	34.9	13.5	55.8	14.3	18.744	0.001
Συναισθηματική ευεξία	70.0	8.8	65.2	13.5	57.5	22.2	67.2	13.3	85.3	3.3	15.836	0.003
Εκπαίδευση	68.2	33.3	53.2	28.8	33.3	39.8	38.1	34.2	61.1	49.1	13.654	0.008
Κοινωνική λειτουργικότητα	68.2	13.2	71.3	13.1	73.4	21.6	62.5	13.5	85.4	5.1	18.727	0.001
Ζωτικότητα	48.6	14.0	46.1	14.5	48.1	7.5	43.7	15.7	73.3	14.0	15.627	0.004

4.4 Συσχέτιση εμβοών και ποιότητας ζωής

Στην τελευταία ενότητα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ της συμπτωματολογίας εμβοών και της ποιότητας ζωής. Αρχικά, δίνονται τα ευρήματα του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης του Spearman και εν συνεχεία παρουσιάζονται τα ευρήματα της γραμμικής παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό επίπεδο συμπτωματολογίας εμβοών και εξαρτημένες τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Από τον Πίνακα 12 και το συντελεστή συσχέτισης του Spearman προκύπτει πως η συνολική συμπτωματολογία εμβοών σχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούν το σωματικό πόνο ($r = -0.228$, $p = 0.014$), τη γενική υγεία ($r = -0.567$, $p = 0.000$), τη συναισθηματική ευεξία ($r = -0.277$, $p = 0.003$), το συναισθηματικό ρόλο ($r = -0.393$, $p = 0.000$), τη κοινωνική λειτουργικότητα ($r = -0.572$, $p = 0.000$) και τη ζωτικότητα ($r = -0.305$, $p = 0.001$). Επιπλέον, η λειτουργική διάσταση της συμπτωματολογίας των εμβοών σχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούν το σωματικό πόνο ($r = -0.216$, $p = 0.020$), τη γενική υγεία ($r = -0.565$, $p = 0.000$), τη συναισθηματική ευεξία ($r = -0.218$, $p = 0.019$), το συναισθηματικό ρόλο ($r = -0.431$, $p = 0.000$), τη κοινωνική λειτουργικότητα ($r = -0.500$, $p = 0.000$) και τη ζωτικότητα ($r = -0.209$, $p = 0.025$). Επιπρόσθετα, η συναισθηματική διάσταση της συμπτωματολογίας των εμβοών σχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούν το σωματικό πόνο ($r = -0.198$, $p = 0.034$), τη γενική υγεία ($r = -0.431$, $p = 0.000$), τη συναισθηματική ευεξία ($r = -0.310$, $p = 0.001$), το συναισθηματικό ρόλο ($r = -0.265$, $p = 0.004$), τη κοινωνική λειτουργικότητα ($r = -0.481$, $p = 0.000$) και τη ζωτικότητα ($r = -0.365$, $p = 0.000$). Τέλος, η καταστροφική διάσταση της συμπτωματολογίας των εμβοών σχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούν τη γενική υγεία ($r = -0.419$, $p = 0.000$), το συναισθηματικό ρόλο ($r = -0.281$, $p = 0.002$), τη κοινωνική λειτουργικότητα ($r = -0.439$, $p = 0.000$) και τη ζωτικότητα ($r = -0.198$, $p = 0.038$).

Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταξύ της συμπτωματολογίας εμβοών και της ποιότητας ζωής

	Συνολικά συμπτώματα εμβοών	Λειτουργική	Συναισθ ηματική	Καταστροφική
Σωματική λειτουργικότητα	$r \ -0.019$.000	-.003	-.010
	$p \ .838$	1.000	.979	.916
	$n \ 115$	115	115	115
Σωματικός ρόλος	$r \ -.176$	-.158	-.126	-.102

	p .059	.092	.178	.280
	n 115	115	115	115
Σωματικός πόνος	r -.228	-.216	-.198	-.124
	p .014	.020	.034	.185
	n 115	115	115	115
Γενική υγεία	r -.567	-.565	-.431	-.419
	p .000	.000	.000	.000
	n 115	115	115	115
Συναισθηματική ευεξία	r -.277	-.218	-.310	-.129
	p .003	.019	.001	.168
	n 115	115	115	115
Συναισθηματικός ρόλος	r -.393	-.431	-.265	-.281
	p .000	.000	.004	.002
	n 115	115	115	115
Κοινωνική λειτουργικότητα	r -.572	-.500	-.481	-.439
	p .000	.000	.000	.000
	n 115	115	115	115
Ζωτικότητα	r -.305	-.209	-.366	-.193
	p .001	.025	.000	.038
	n 115	115	115	115

Στον Πίνακα 13 δίνονται τα συγκεντρωτικά ευρήματα από τις οκτώ γραμμικές παλινδρομήσεις που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να εξεταστεί το κατά πόσο η συμπτωματολογία των εμβοών προβλέπει την καθεμία από τις οκτώ διαστάσεις της

ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα δείχνουν πως η συμπτωματολογία των εμβοών προβλέπει σημαντικά την ποιότητα ζωής που αφορά το σωματικό πόνο ($b = -0.219$, $p = 0.038$, $R^2 = 3.8\%$), την ποιότητα ζωής που αφορά τη γενική υγεία ($b = -0.560$, $p = 0.000$, $R^2 = 34.1\%$), την ποιότητα ζωής που αφορά τη συναισθηματική ευεξία ($b = -0.298$, $p = 0.000$, $R^2 = 12.1\%$), την ποιότητα ζωής που αφορά το συναισθηματικό ρόλο ($b = -0.742$, $p = 0.000$, $R^2 = 11.8\%$), την ποιότητα ζωής που αφορά την κοινωνική λειτουργικότητα ($b = -0.470$, $p = 0.000$, $R^2 = 27.2\%$) και την ποιότητα ζωής που αφορά τη ζωτικότητα ($b = -0.293$, $p = 0.001$, $R^2 = 9.3\%$). Τα ευρήματα δείχνουν πως η αύξηση της συμπτωματολογίας των εμβοών προβλέπει μείωση της ποιότητας ζωής σε αυτές τις έξι διαστάσεις (σωματικό πόνο, γενική υγεία, συναισθηματική ευεξία, συναισθηματικό ρόλο, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα). Από τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, αυτές που επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τη συμπτωματολογία των εμβοών είναι η γενική υγεία (34.1%) και η κοινωνική λειτουργικότητα (27.2%).

Πίνακας 13. Ευρήματα παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το συνολικό επίπεδο συμπτωματολογίας εμβοών και εξαρτημένες τις οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Μοντέλο παλινδρόμησης	Εξαρτημένη	Συντελεστής b	Σημαντικότητα (p)	R ²
1	Σωματική λειτουργικότητα	0.020	0.829	0.1%
2	Σωματικός ρόλος	-0.131	0.431	0.5%
3	Σωματικός πόνος	-0.219	0.038	3.8%
4	Γενική υγεία	-0.560	0.000	34.1%
5	Συναισθηματική ευεξία	-0.298	0.000	12.1%
6	Συναισθηματικός ρόλος	-0.742	0.000	11.8%
7	Κοινωνική λειτουργικότητα	-0.470	0.000	27.2%
8	Ζωτικότητα	-0.293	0.001	9.3%

5. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Οι εμβοές αποτελούν μία ιδιαίτερα ενοχλητική κατάσταση, που επηρεάζει τόσο τα άτομα με νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, όσο και πολλά ακόμη άτομα που δεν έχουν εκδηλώσει κάποιο άλλο πρόβλημα ακοής. Μέσω της παρούσας ερευνητικής εργασίας έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί αν και σε ποιον βαθμό οι εμβοές επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ατόμων.

Από την επεξεργασία των απαντήσεων των 115 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα παρατηρήθηκε πως ένα σημαντικό ποσοστό αυτών, ταλανίζεται από τις εμβοές. Ειδικότερα, εντοπίστηκαν αρκετά προβλήματα σε λειτουργικό επίπεδο, καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες υποστήριζαν πως οι εμβοές εμποδίζουν τη συγκέντρωσή τους, πως τους εμποδίζουν στον βραδινό τους ύπνο και πως οι εμβοές γίνονται πιο έντονες σε καταστάσεις που βιώνουν έντονο στρες. Επίσης, αρκετοί συμμετέχοντες φαίνεται πως αισθάνονται κόπωση λόγω των εμβοών τους, πως παρουσιάζουν δυσκολία να εστιάσουν σε άλλα πράγματα το ενδιαφέρον τους και πως δυσκολεύονται να ευχαριστηθούν τη ζωή τους. Γενικότερα, διαπιστώθηκε πως η συμπτωματολογία ως προς τη λειτουργική διάσταση κυμαίνεται σε ήπια επίπεδα.

Όσον αφορά στη συναισθηματική διάσταση οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες παραπονούνται για τις εμβοές τους και πολλοί από αυτούς νιώθουν ανασφάλεια λόγω των εμβοών τους. Ωστόσο, το πρόβλημα των εμβοών τους δεν δημιουργεί στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων θυμό και εκνευρισμό, δεν επηρεάζει αρνητικά τις σχέσεις τους με τα υπόλοιπα άτομα του οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος και δεν τους προκαλούν άγχος. Συνολικά, παρατηρήθηκε πως η συμπτωματολογία ως προς τη συναισθηματική διάσταση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Αρκετά προβλήματα εντοπίστηκαν σε επίπεδο καταστροφικής διάστασης. Οι συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων νιώθει πως δεν μπορεί να απαλλαγεί από τις εμβοές, πως αδυνατεί να ασκήσει έλεγχο πάνω τους και πως η αντιμετώπιση των εμβοών δεν είναι εφικτή. Σχεδόν, οι μισοί από τους συμμετέχοντες νιώθουν απογοήτευση λόγω των εμβοών τους και παράλληλα πιστεύουν ότι πάσχουν από μία σοβαρή ασθένεια. Γενικότερα, διαπιστώθηκε πως η συμπτωματολογία ως προς τη καταστροφική διάσταση κυμαίνεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα όσον αφορά τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας των εμβοών που εκδηλώνουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες εκδηλώνουν ήπια συμπτωματολογία εμβοών. Η ένταση των εμβοών και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους φαίνεται πως ποικίλουν από έρευνα σε έρευνα, καθώς όπως και σε αυτή την έρευνα, έτσι και στην έρευνα των Musleh et al. (2024) εντοπίστηκε πως οι συμμετέχοντες έχουν ήπια συμπτωματολογία και στην έρευνα των Limviriyakul και Supavanich (2012) πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν μέτρια συμπτωματολογία.

Αξίζει να σημειωθεί πως το φύλο των συμμετεχόντων δεν διαφοροποίησε το επίπεδο συμπτωματολογίας των εμβοών, που σημαίνει πως τόσο οι γυναίκες, όσο και οι άντρες που συμμετείχαν στην έρευνα, εκδηλώνουν παρόμοια επίπεδα συμπτωματολογίας, όπως εντοπίστηκε και στην περίπτωση της έρευνας των Musleh et al. (2024). Το εύρημα αυτό, δεν συμφωνεί με τους Chung και Lee (2016) καθώς επίσης και με τους Biswas et al. (2022), των οποίων τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν πως οι άντρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στις εμβοές, σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, έρχεται και σε διαφωνία με τα αποτελέσματα του Alsanosi (2011), που υποστηρίζουν πως οι άντρες συμμετέχοντες εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα λειτουργικής και συναισθηματικής φύσης, σε σχέση με τις γυναίκες.

Αντίθετα με το φύλο, η ηλικία αποτελεί ένα δημογραφικό χαρακτηριστικό που επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη συμπτωματολογία των εμβοών των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συμπτωμάτων εμβοών, που σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο εντονότερα τα συμπτώματα που εκδηλώνουν. Αξίζει να σημειωθεί πως το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη βιβλιογραφία (Anastasiadou & Al Khalili, 2023; Biswas et al., 2022; Chung & Lee, 2016; Limviriyakul & Supavanich, 2012), η οποία υποστηρίζει πως οι εμβοές εντείνονται ως πρόβλημα ακοής με την αύξηση της ηλικίας των ατόμων.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της ποιότητας της ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα. Χαρακτηριστικά, παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχοντες είχαν ένα αρκετά καλό επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας, και ένα μέτριο προς καλό επίπεδο σωματικού πόνου, σωματικού ρόλου, κοινωνικής λειτουργικότητας και συναισθηματικής ευεξίας. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ένα μέτριο επίπεδο

συναισθηματικού ρόλου και ζωτικότητας και ένα μέτριο προς χαμηλό επίπεδο γενικής υγείας. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που αφορούν σε διαφοροποιήσεις των επιπέδων της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων, ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες. Ακριβέστερα, το φύλο φάνηκε πως διαφοροποιεί την ποιότητα της ζωής τους προς τη ζωτικότητα, καθώς οι άντρες συμμετέχοντες εκδήλωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Επίσης, εκτός από το φύλο και η ηλικία αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει και διαφοροποιεί την ποιότητα της ζωής των ατόμων που έρχονται αντιμέτωπα με το πρόβλημα των εμβοών. Χαρακτηριστικά, όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη ποιότητα ζωής απολαμβάνουν πως προς τη διάσταση του σωματικού και του συναισθηματικού ρόλου και ως προς την κοινωνική λειτουργικότητα. Πρόκειται για ένα αναμενόμενο εύρημα, καθώς η ποιότητα ζωής των ατόμων επηρεάζεται αρνητικά από την αύξηση της ηλικίας.

Ομοίως, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα της ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς οι διαζευγμένοι και οι χήροι ήταν εκείνοι που συγκέντρωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία, σε διάφορες διαστάσεις της ποιότητας της ζωής τους. Πιθανότατα, οι άνθρωποι αυτοί να αισθάνονται υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς και λιγότερη στήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, με αποτέλεσμα να βιώνουν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν με πιο έντονο τρόπο.

Όπως οι παραπάνω μεταβλητές, έτσι και το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων στην έρευνα επηρεάζει θετικά την ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα παρατηρήθηκε πως υπάρχει θετική σχέση μεταξύ επιπέδου σπουδών και διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας της ζωής και συγκεκριμένα των διαστάσεων της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας, του συναισθηματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Πιθανόν, τα άτομα που έχουν υψηλό επίπεδο σπουδών, αναζητούν τρόπους βελτίωσης του προβλήματος που αντιμετωπίζουν και συμμετέχουν πιο ενεργά στη διαχείρισή του.

Τέλος, τα αποτελέσματα των διαφόρων ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν πως η συμπτωματολογία των εμβοών σχετίζεται αρνητικά και στατιστικά σημαντικά, με διάφορες διαστάσεις της ποιότητας της ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ακόμη, παρατηρήθηκε πως η αύξηση της συμπτωματολογίας των εμβοών προβλέπει μείωση της ποιότητας ζωής σε έξι διαστάσεις (σωματικό πόνο, γενική υγεία, συναισθηματική

ευεξία, συναισθηματικό ρόλο, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα). Πρόκειται για ευρήματα που επιβεβαιώνουν τα αντίστοιχα ευρήματα άλλων ερευνών όπου έχει καταγραφεί πως οι εμβοές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών (Ammofi et al., 2011; Haider et al., 2021; Kasemsiri et al., 2018; Limviriyakul & Supavanich, 2012; Musleh et al., 2024; Stegeman et al., 2021; Van Hoof et al., 2022) και όσο πιο έντονες είναι, τόσο μεγαλύτερη είναι και η έκπτωση της ποιότητας της ζωής τους (Alsanosi, 2011; Haider et al., 2021; Kasemsiri et al., 2018; Limviriyakul & Supavanich, 2012).

Συμπεράσματα

Οι εμβοές αποτελούν μία ιδιαίτερα ενοχλητική κατάσταση που πλήττει τόσο άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ακοής, όσο και άτομα που δεν έχουν κάποιο άλλο σχετικό πρόβλημα. Είναι αρκετά συνηθισμένη καθώς αφορά στο 14% με 20% του συνολικού πληθυσμού και κυρίως άντρες και ηλικιωμένους. Πρόκειται για μία κατάσταση, όπου τα άτομα ακούν κάποιους συνεχείς και επαναλαμβανόμενους ήχους που μοιάζουν με σφύριγμα, με παράσιτα και άλλα και αναπόφευκτα τους επηρεάζουν σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό.

Μέσα από την παρούσα εργασία κατέστη σαφές πως τα συμπτώματα των εμβοών επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των ατόμων, τη συναισθηματική τους κατάσταση και τη συμπεριφορά τους. Παρόλο που τα συμπτώματα των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν ήταν έντονα για τους περισσότερους από αυτούς, για κάποιους λιγοστούς ήταν εντονότερα και ιδιαίτερα ενοχλητικά, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να είναι εξίσου λειτουργικοί. Εντονότερα ήταν τα προβλήματα για τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες, γεγονός που δείχνει πόσο σημαντικό είναι να υιοθετηθούν ενέργειες που στοχεύουν στην εν λόγω πληθυσμιακή ομάδα, η οποία είναι και περισσότερο επιρρεπής σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Επίσης, διαπιστώθηκε πως οι εμβοές δύνανται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ατόμων που τις εκδηλώνουν. Η επίδραση αυτή γίνεται εντονότερη και έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο, αρνητικού χαρακτήρα στην ποιότητα της ζωής των ατόμων, όταν οι εμβοές έχουν σοβαρότερη συμπτωματολογία. Το εύρημα αυτό δείχνει, πως παρόλο που οι εμβοές δεν μπορούν να λογιστούν ως ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορούν να επιδράσουν με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο στη ζωή των ατόμων, καθώς έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχική τους υγεία και την ποιότητα της ζωής τους. Όλα τα παραπάνω καθιστούν σαφές πως είναι πολύ σημαντική είναι η πρόληψη και η αποτελεσματική διαχείριση των εμβοών και η ανακούφιση των ατόμων, από τα συμπτώματά τους.

Ειδικότερα, οι αρμόδιοι φορείς υγείας σε επίπεδο πρόληψης θα πρέπει να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν ενημερωτικές καμπάνιες. Στο πλαίσιο των καμπανιών αυτών, θα πρέπει να ενημερωθεί ο γενικός πληθυσμός πως η έκθεση σε πολύ δυνατούς θορύβους αποτελεί τον κύριο κίνδυνο για την εκδήλωση εμβοών. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να κατανοήσει πως για την αποφυγή της εμφάνισής των εμβοών είναι πολύ σημαντική η

καλή ενυδάτωση, η φυσική άσκηση καθώς επίσης και η διατήρηση του βάρους τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης, θα πρέπει να επιβληθεί σε επαγγελματικούς χώρους με έντονο θόρυβο, η εφαρμογή κάποιων μέτρων που έχουν προστατευτικό χαρακτήρα, όπως είναι η χρήση ακουστικών που μειώνουν την ένταση των ήχων αλλά και η εναλλαγή των εργαζόμενων σε αυτούς, ώστε η έκθεσή τους να μην είναι συνεχής.

Σε επίπεδο διαχείρισης των εμβοών, στα άτομα που ταλανίζονται από αυτές μπορεί να προταθεί η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας όπως και κάποιων άλλων συσκευών που μπορούν να καλύψουν τους θορύβους (εμβοές). Ακόμη, τα άτομα αυτά πρέπει να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν ως προς την υιοθέτηση κάποιων καλών ενεργειών. Ακριβέστερα, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, που συνεπάγεται μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης, που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα του ύπνου, η μείωση του βάρους, η ισορροπημένη διατροφή και η φυσική άσκηση είναι κάποιες καλές ενέργειες που πρέπει να υιοθετήσουν τα άτομα αυτά. Πολύ σημαντικό είναι να παρακινηθούν τα άτομα αυτά, ώστε να συμμετέχουν σε συνεδρίες γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, μέσω των οποίων μπορούν να διαχειριστούν τις αρνητικές τους σκέψεις και να αποκτήσουν τα εφόδια που χρειάζονται για να διαχειριστούν τις εμβοές σε ένα πλαίσιο αυξημένης αισιοδοξίας και αυτοαποτελεσματικότητας.

Τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει από την εργασία αυτή είναι πολύ ενδιαφέροντα και πολύ σημαντικά, δεδομένου ότι η έρευνα γύρω από τις εμβοές και γύρω από την επίδραση που έχουν στην ποιότητα της ζωής τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένα στην Ελλάδα. Πρόκειται για ιδιαίτερα σημαντικά και πρωτότυπα αποτελέσματα, τα οποία ωστόσο δεν είναι εφικτό να γενικευθούν στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας που έρχεται αντιμέτωπο με το πρόβλημα των εμβοών. Το γεγονός αυτό οφείλεται τόσο στο μικρό σχετικά δείγμα συμμετεχόντων, όσο και στην τεχνική βολικής δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε, καθώς το δείγμα επιλέχθηκε με κριτήριο την ευκολία και την πρόσβαση του ερευνητή. Για την αντιμετώπιση των περιορισμών αυτών, προτείνεται να πραγματοποιηθεί μία νέα έρευνα, σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των εμβοών, οι οποίοι θα προσεγγιστούν με τυχαίο τρόπο.

Επίσης, προτείνεται η διεξαγωγή μίας νέας ανάλογης έρευνας τόσο σε άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με το πρόβλημα των εμβοών, όσο και σε άτομα που δεν έχουν το ίδιο πρόβλημα. Με τον τρόπο αυτόν θα μπορέσει να εξεταστεί με έναν πιο συγκριτικό

τρόπο η επίδραση των εμβοών στην ποιότητα της ζωής των ατόμων, που ταλανίζονται από αυτές. Ειδικότερα, θα μπορέσει να εξεταστεί αν το επίπεδο της ποιότητας της ζωής των ατόμων με εμβοές είναι χαμηλότερο από το επίπεδο της ζωής των ατόμων του γενικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα μίας τέτοιας έρευνας εκτιμάται, πως θα αναδείξουν σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό την αναγκαιότητα υιοθέτησης προληπτικών μέτρων αλλά και μέτρων διαχείρισης των εμβοών.

Βιβλιογραφία

- Alsanosi, A. (2011). Impact of tinnitus on the quality of life among Saudi patients. *Saudi Medical Journal*, 32(12), 1274-1278.
- Amoodi, H., Mick, P., Shipp, D., Friesen, L., Nedzelski, J., Chen, J., & Lin, V. (2012). The effects of unilateral cochlear implantation on the tinnitus handicap inventory and the influence on quality of life. *The Laryngoscope*, 121(7), 1536-1540.
- Anastasiadou, S., & Al Khalili, Y. (2023). *Hearing Loss*. StatPearls Publishing.
- Apuke, O.D. (2017). Quantitative Research Methods a Synopsis Approach. *Arabian Journal of Business and Management Review*, 6(10), 40-47.
- Αρβανιτάκη, Ε., & Σαρρής, Μ. (2022). Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 39(6), 751-759.
- Αργέντου, Α. (2009). Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. *ΕΛΕΥΘΩ*, 1, 25-30.
- Ayodele, O., Segun-Busari, S., Omokanye, K., Dunmande, D., & Ologe, E. (2021). Quality of life of tinnitus patients with and without hearing loss. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 7(1), <https://dx.doi.org/10.18203/issn.2454-5929.ijohns20205616>
- Βασιλειάδης, Η., Γρίβας, Θ., & Γκόλτσιου, Κ. (2007). Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής στην Ορθοπαιδική. *EEXOT*, 58(2), 132-138.
- Bergman, E., Löyttyniemi, E., Myllyntausta, S., Rautava, P., & Korhonen, P.E. (2020). Factors associated with quality of life and work ability among Finnish municipal employees: a crosssectional study. *BMJ Open*, 10, 1-9.
- Bertuol, B., Scremin, A.L.X., Marques, P.M., de Melo Araujo, T., & Baggio, E.P.V. (2018). Tinnitus, quality of life and emotional issues of hearing aids users. *Distúrb Comun, São Paulo*, 30(1), 80-89.
- Biswas, R., Lugo, A., Akeroyd, M.A., Schlee, W., & Hall, D.A. (2022). Tinnitus prevalence in Europe: a multi-country cross-sectional population study. *The Lancet Regional Health*, 12, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100250>

- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (2009). *Βασική Επιδημιολογία*. Broken Hill Publishers.
- Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*. Gutenberg.
- Chen, X., Hu, K., Song, H., Yin, L., Kaijser, M., Gurholt, T., Andreassen, O., & Valdimarsdottir, U., Fang, F., & Duan, M. (2024). Depression, anxiety and brain volume after hearing loss and tinnitus: cohort study in the UK Biobank. *BJPsych Open*, 10, 1-8.
- Chung, J.H., & Lee, S.H. (2016). The Pathophysiologic Mechanism of Tinnitus. *Hanyang Med Rev.*, 36, 81-85.
- Cima, R., Andersson, G., Schmidt, C., & Henry, J. (2014). Cognitive-Behavioral Treatments for Tinnitus: A Review of the Literature. *Journal of the American Academy of Audiology*, 25(1), 29-61. <http://dx.doi.org/10.3766/jaaa.25.1.4>
- Cummins, R. A. (2000). Objective and Subjective Quality of Life: an Interactive Model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
- Dalrymple, S., Lewis, S., & Philman, S. (2021). Tinnitus: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, 103(11), 663-671.
- Demoen, S., Cardon, E., Jacquemin, L., Timmermans, A., Van Rompaey, V., Gilles, A., & Michiels, S. (2024). Health-Related Quality of Life in Subjective, Chronic Tinnitus Patients: A Scoping Review. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology*, 25, 103-129.
- Desihartati, B.D., & Purnami, N. (2022). The diagnosis and assessment of the quality of life in tinnitus patients: A literature review. *Majalah Biomorfologi*, 32(1), 35-45.
- Drahaman, Z., Drahaman, A., Lakshan, D., & Perera, M.B. (2023). An Update on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of tinnitus. *Ceylon Journal of Otorhynology*, 12(1), <http://dx.doi.org/10.4038/cjo.v12i1.5354>
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). *Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία*. Κριτική.
- Ginieri-Coccossis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V. & Christodoulou, G. (2013). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in

- clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*, 23(2), 130-142.
- Hackenberg, B., Doge, J., O'Brien, K., Bohnert, A., Kackner, K., Beutel, M., Michal, M., Munzel, T., Wild, P., Pfeiffer, N., Schmidtman, I., Matthias, C., & Bahr, K. (2023). Tinnitus and Its Relation to Depression, Anxiety, and Stress—A Population-Based Cohort Study. *J Clin Med.*, 12(3), <https://doi.org/10.3390%2Fjcm12031169>
- Haider, H.F., Ribeiro, S.F., Hoare, D.J., Fialho, G., Hall, D.A., Antunes, M., Caria, H., & Paço, J. (2021). Quality of Life and Psychological Distress in Portuguese Older Individuals with Tinnitus. *Brain Sci.*, 11, <https://doi.org/10.3390/brainsci11070953>
- Θεοφίλου, Π. (2010). Ποιότητα ζωής στον χώρο της υγείας. Έννοια και αξιολόγηση. *ε-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 4(5), 43-53.
- In Han, B., Lee, H.W., Ryu, S., & Kim, J.S. (2021). Tinnitus Update. *J Clin Neurol*, 17(1), 1-10.
- In Han, B., Lee, H.W.L., Kim, T.Y., Lim, J.S., & Shin, K.S. (2009). Tinnitus: Characteristics, Causes, Mechanisms, and Treatments. *J Clin Neurol*, 5, 11-19.
- Kasemsiri, P., Yitmae, K., Somsap, A., Srirompotong, A., & Arunpongpaissal, S. (2018). Validity of the Thai Version of the Tinnitus Handicap Inventory: Correlation with SF-36. *J Med Assoc Thai*, 101(5), 127-131.
- Kennedy, V., Wilson, C., Stemphens, D. (2004). Quality of life and Tinnitus. *Audiological*, 2, 1-12.
- Lindstrom, B., & Ericsson, B. (1993). Quality of Life Among Children in the Nordic Countries. *Quality of Life Research*, 2, 23-32.
- Limviriyakul, S., & Supavanich, W. (2012). The validity and reliability of tinnitus Handicap Inventory Thai Version. *J Med Assoc Thai*, 95(11), 1433-1440.
- Mahirah, D., Sauter, C., Thach, T-Q., Dunleavy, G., Nazeha, N., Christopoulos, G., Soh, C.K., & Car, J. (2020). Factors associated with health-related quality of life in a working population in Singapore. *Epidemiol Health*, 42, <https://doi.org/10.4178/epih.e2020048>

- Makar, S.K. (2021). Etiology and Pathophysiology of Tinnitus - A Systematic Review. *International Tinnitus Journal*, 25(1), 76-86.
- Musleh, A., Alharty, A.K., Alzahrani, M.Y., Maadhah, S.A.B., Al Zehefa, I., AlQantani, R., Alshehri, I.S., Alpahtani, F.S., Asiri, K., & Ali Almushari, A. (2024). Psychological Impact and Quality of Life in Adults With Tinnitus: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 16(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.51976>
- Nguyen, G.T., Tran, T.B., Le, D.D., Nguyen, T.M., Nguyen, H.V., Ho, P., Tran, S.V., Thuy, L.N.H., Phan, L.T., Anh, T.D.T., & Watanabe, T. (2024). Determining the factors impacting the quality of life among the general population in coastal communities in central Vietnam. *Scientific Reports*, 14, <https://doi.org/10.1038/s41598-024-57672-0>
- Oosterloo, B., de Feijter, M., Croll, P., de Jong, R.B., Luik, A., & Goedegebure, A. (2021). Cross-sectional and Longitudinal Associations Between Tinnitus and Mental Health in a Population-Based Sample of Middle-aged and Elderly Persons. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 147(8), 708-716.
- Ozbey-Yucel, U., & Ucar, A. (2023). The role of obesity, nutrition, and physical activity on tinnitus: A narrative review. *Obesity Medicine*, 40, <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2023.100491v>
- Παναγιωτόπουλος, Ν.Α., Ιστίκογλου, Χ., Λιάππας, Ι., Κεντρωτή, Δ., Ανδρέου, Ε., Ριζάβας, Ι., & Βλυσίδης, Δ. (2022). Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ασθενών με εμβοές ότων. *Ψυχιατρική*, 33, 124-138.
- Papitsi, I., Balatsouras, D., Makris, I., Koukoutsis, G., Kaberos, A., Tzavara, T., & Sarafis, P. (2020). Validation of the Greek Version of Tinnitus Handicap Inventory. *Audiol. Res.*, 10, 39-48. <http://dx.doi.org/10.4081/audiores.2020.244>
- Park, H.M., Jung, J., Kim, J.K., & Lee, Y.J. (2020). Tinnitus and Its Association With Mental Health and Health-Related Quality of Life in an Older Population: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Journal of Applies Gerontology*, 41(1), 181-186. <https://doi.org/10.1177/0733464820966512>
- Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). Quality of life: factors determining its measurement complexity. *Engineering Economics*, 22(2), 1-11.

- Siafaka, V., Mavridis, D., Tsonis, O., Tzamakou, E., Christogiannis, C., Tefa, L., Arnaoutoglou, E., Tzimas, P., & Pentheroudakis, G. (2022). The WHOQOL-BREF instrument: Psychometric evaluation of the Greek version in patients with advanced cancer and pain and associations with psychological distress. *Palliat Support Care*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1017/s1478951522001055>
- Stageman, I., Eikelboom, R., Smit, A., Baguley, D., Bucks, R., Stokroos, R., Bennett, R., Tegg-Quinn, S., Hunter, M., & Atlas, M. (2021). Tinnitus and its associations with general health, mental health and hearing loss. *Progress in Brain Research*, 262, 431-450.
- Swain, S.K. (2021). Impact of tinnitus on quality of life: a review. *International Journal of Advances in Medicine*, 8(7), 1006-1010. <https://dx.doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20212416>
- Tanna, R., Lin, J., & De Jesus, O. (2023). *Sensorineural Hearing Loss*. StatPearls Publishing.
- Van Hoof, L., Kleinjung, T., Cardon, E., Van Rompaey, V., & Peter, N. (2022). The correlation between tinnitus-specific and quality of life questionnaires to assess the impact on the quality of life in tinnitus patients. *Front Neurol.*, 13, <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.969978>
- Wadhwa, S., Jain, S., & Patil, N. (2024). The Role of Diet and Lifestyle in the Tinnitus Management: A Comprehensive Review. *Cureus*, 16(4), <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.59344>
- Wu, V., Cooke, B., Eitutis, S., Simpson, M., & Beyea, J. (2018). Approach to tinnitus management. *Can Fam Physician*, 64(7), 491-495.
- Yazici, Z.M., Sayin, I., Gokkus, G., Alatas, E., Kaya, H., & Kayhan, F.T. (2012). Effectiveness of Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: preliminary results. *B-ENT*, 8, 7-11.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006). *Τα οικονομικά της Υγείας*. Δαρδανός.
- Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 6-18.

- Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- Zacharia, T., Vas Naik, P., Sada, P., Kuniyil, J.G., & Dwaeakanath, V.M. (2012). Development and standardization of tinnitus handicap inventory in Kannada. *International Tinnitus Journal*, 17(2), 117-23.
- Zakaria, M.N., Lau, Y.J., Husain, W.S.W., Aw, C.L., Othman, N.A.N., Salim, R., Abdullah, B., Zainun, Z., & Mohamad, W.N.W. (2017). Development and psychometric validation of a new tinnitus questionnaire for clinical use. *Aud Vest Res*, 26(2), 71-85.

Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

Στο πλαίσιο της εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας με τίτλο «Ποιότητας ζωής ασθενών με νευροαισθητήρια βαρηκοΐα και εμβοές», του Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του ΕΑΠ.

Παρακαλώ για την πολύτιμη βοήθειά σας στην συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη και οι απαντήσεις εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Σας παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ακολουθώντας τις οδηγίες συμπλήρωσης όπως σας ζητείται κάθε φορά. Ο χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 15 λεπτά. Θερμή παράκληση να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις όσο πιο ειλικρινά γίνεται. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο και την συνεργασία σας.

Συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη

Δέχομαι να πάρω μέρος στην έρευνα	
Αρνούμαι να πάρω μέρος στην έρευνα	

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

(Βάλτε ένα X δίπλα στην σωστή απάντηση σε κάθε ερώτηση)

1. Φύλο

Άντρας	
Γυναίκα	
Άλλο	

2. Ηλικία

18-25	
26-35	
35-45	
46-55	
56-65	
66 και άνω	

3. Οικογενειακή κατάσταση

Ανύπαντρος-η	
Παντρεμένος-η	
Σε διάσταση	
Διαζευγμένος-η	
Χήρος-α	

4. Επαγγελματική κατάσταση

Δημόσιος υπάλληλος	
Ιδιωτικός υπάλληλος	
Ελεύθερος επαγγελματίας	
Συνταξιούχος	
Οικιακά	
Άνεργος	

5. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Λύκειο	
ΙΕΚ-Ανώτερη σχολή	

ΤΕΙ-ΑΕΙ	
Μεταπτυχιακό	
Διδακτορικό	

6. Τόπος κατοικίας

Πόλη	
Κωμόπολη	
Χωριό	

SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος / βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

- | | |
|-----------------|---|
| Εξαιρετική..... | 1 |
| | |
| Πολύ | 2 |
| καλή..... | |
| | |
| Καλή..... | 3 |
| | |
| Μέτρια..... | 4 |
| | |
| Κακή..... | 5 |
| | |

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ό, τι ένα χρόνο πριν.....	1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ό, τι ένα χρόνο πριν.....	2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν.....	3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ό, τι ένα χρόνο πριν.....	4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ό, τι ένα χρόνο πριν.....	5

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

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξογή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικούς	1	2	3

ορόφους			
ε. Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

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

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

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

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ

α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό, τι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συναισθηματικές κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου..... 1
.....

Ελάχιστα..... 2
.....

Μέτρια..... 3
.....

Αρκετά..... 4
.....

Πάρα
πολύ..... 5
.....

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου..... 1
.....

Πολύ
ήπιο..... 2
.....

Ήπιο..... 3
.....

Μέτριο.....	4
.....	
Έντονο.....	5
.....	
Πολύ	6
έντονο.....	
.....	

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);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
.....	
Λίγο.....	2
.....	
Μέτρια.....	3
.....	
Αρκετά.....	4
.....	
Πάρα	5
πολύ.....	
.....	

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό, τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6

β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

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

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς..... 1
.....

Το μεγαλύτερο 2
διάστημα.....

Μερικές 3
φορές.....
....

Μικρό 4
 διάστημα.....

 Καθόλου..... 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε τόξο)

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

Appendix A. The THI-GR Questionnaire

(Κυκλώστε μία απάντηση σε κάθε ερώτηση)

1	Σας εμποδίζουν οι εμβοές σας στο να συγκεντρώνετε την προσοχή σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
2	Είναι οι εμβοές σας τόσο δυνατές, ώστε να σας εμποδίζουν στο να ακούτε άλλους ανθρώπους όταν μιλάνε;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
3	Οι εμβοές σας δημιουργούν θυμό;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
4	Οι εμβοές σας προκαλούν σύγχυση;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
5	Οι εμβοές σας προκαλούν απογοήτευση;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
6	Παραπονείστε συνεχώς για τις εμβοές σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι

7	Σας εμποδίζουν οι εμβοές στο να κοιμάστε το βράδυ;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
8	Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε ποτέ να απαλλαγείτε από τις εμβοές;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
9	Οι εμβοές σας εμποδίζουν στο να ευχαριστείστε από τις κοινωνικές σας δραστηριότητες, όπως στο να βγείτε για φαγητό ή να δείτε μια ταινία;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
10	Οι εμβοές σας προκαλούν εκνευρισμό;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
11	Λόγω των εμβοών σας, πιστεύετε ότι πάσχετε από μια φοβερή ασθένεια;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
12	Σας προκαλούν οι εμβοές δυσκολία στο να ευχαριστείστε την ζωή;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
13	Επηρεάζουν οι εμβοές σας την δουλειά σας ή τις οικογενειακές σας υποχρεώσεις;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
14	Λόγω των εμβοών σας, πιστεύετε ότι είστε συχνά ευερέθιστος;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
15	Λόγω των εμβοών σας, βρίσκετε δυσκολία στο να διαβάσετε ένα βιβλίο;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
16	Οι εμβοές σας αναστατώνουν;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
17	Οι εμβοές σας επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις σας με μέλη της οικογένειάς σας ή φίλους;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
18	Βρίσκετε δύσκολο να εστιάσετε την προσοχή σας σε άλλα πράγματα, εκτός από τις εμβοές σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
19	Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τις εμβοές σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
20	Αισθάνεστε συχνά κούραση, λόγω των εμβοών σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
21	Αισθάνεστε κατάθλιψη, λόγω των εμβοών σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
22	Αισθάνεστε άγχος, λόγω των εμβοών σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
23	Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε πλέον να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα των εμβοών σας;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
24	Οι εμβοές σας επιδεινώνονται, όταν είστε σε κατάσταση στρες;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι
25	Σας προκαλούν οι εμβοές ανασφάλεια;	Ναι	Μερικές φορές	Όχι