

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ»

**Τίτλος ΜΔΕ: « Ποιότητα ζωής και λειτουργική ικανότητα αθλητών
Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρων»**

Ανδρακάκου Αγγελική

ΑΜ:6062202003004

ΣΠΑΡΤΗ: 2022

Copyright © Ονοματεπώνυμο Ανδρακάκου Αγγελική, 2022

Με επιφύλαξη κάθε δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1.Επιβλέπουσα : Επίκουρη Καθηγήτρια **Κρινάνθη Γδοντέλη**, ΤΟΔΑ

2.Μέλος : Ε.Ε.Π **Ανδρέας Παπαδόπουλος**, ΤΟΔΑ

3.Μέλος : Καθηγητής **Αθανάσιος Στρίγκας**, ΤΟΔΑ

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά :

- Την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Γδοντέλη Κρινάνθη για την επίβλεψη, υπομονή, άμεση ανταπόκριση και συμπαράσταση κατά την εκπόνηση και την συγγραφή της παρούσας μελέτης καθώς και για τη βαθμολόγησή της. Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τον κ. Παπαδόπουλο Ανδρέα (ΕΕΠ ΤΟΔΑ) και τον Καθηγητή κ. Στρίγκα Αθανάσιο για την ανάγνωση και βαθμολόγηση της παρούσας εργασίας.
- Τον διδάσκοντα κ.Μουζόπουλο Γεώργιο για τις πολύτιμες επιστημονικές γνώσεις του, οι οποίες συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση της συγγραφής της εργασίας.
- Όλους όσους συνέβαλλαν στην διεξαγωγή της έρευνας (αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό, αρτιμελείς αθλητές, ΕΑΟΜ-ΑμεΑ, εταιρείες κατασκευής προθέσεων, Αθλητικά Σωματεία, προπονητές, Σύλλογοι ατόμων με ακρωτηριασμό).
- Την οικογένειά μου που πάντα είναι δίπλα μου, τους σπουδαίους φίλους μου καθώς και τους πολύ αξιόλογους συμφοιτητές μου για την αγάπη τους και τη στήριξή τους, προκειμένου να ολοκληρώσω επιτυχώς τις μεταπτυχιακές μου σπουδές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αγγελική Ανδρακάκου: «Ποιότητα ζωής και λειτουργική ικανότητα αθλητών Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ».

(Με την επίβλεψη της κ. Κρινάνθης Γδοντέλη, Επίκουρη Καθηγήτρια).

Ένας ακρωτηριασμός έχει περιγραφεί σαν τη μετάβαση από την αναπηρία στην τεχνητή αρτιμέλεια με τις προθέσεις να θεωρούνται ως οικεία προέκταση του σώματος. Ένας ενεργητικός τρόπος ζωής σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων συνοδεύεται από αξιοσημείωτα σωματικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά οφέλη προάγοντας έτσι την Ποιότητα Ζωής. Παρά την αυτονόητη σπουδαιότητα του αθλητισμού, υπάρχει μεγάλος αριθμός ατόμων με ακρωτηριασμό που εξακολουθεί να υιοθετεί έναν αδρανή τρόπο ζωής μολονότι οι ευκαιρίες για άθληση είναι περισσότερες από τις προηγούμενες δεκαετίες. Σκοπός της μελέτης είναι να συγκεκριμενοποιήσει τους παράγοντες που καθορίζουν την καθημερινότητα αυτών των ατόμων και να ρίξει φως στο αν η επίδραση του αθλητισμού έχει θετικό ή αρνητικό πρόσημο στην Ποιότητα Ζωής τους, λόγω της ιδιαιτερότητας της αναπηρίας. Τα ερωτηματολόγια TAPES-R (Gallagher, Dasmond & MacLachlan, 2010) και SF-36v2 (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005) χορηγήθηκαν σε 52 άτομα με ακρωτηριασμό (n=21 αθλητές Κλασικού Αθλητισμού, n=31 άτομα χωρίς αθλητική δραστηριότητα). Η ηλικία τους κυμάνθηκε από 21 έως 70 έτη (M=35,2, SD=11.67). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αιτία ακρωτηριασμού στην Ελλάδα οφείλεται πρωτίστως σε τροχαία ατυχήματα. Οι αθλητές με ακρωτηριασμό δήλωσαν καλύτερη φυσική κατάσταση συγκριτικά με τους μη αθλητές αλλά δεν διαπιστώθηκε καμία διαφορά στις οχτώ κλίμακες της Ποιότητας Ζωής. Οι αθλητές με ακρωτηριασμό συγκριτικά με τους αρτιμελείς αθλητές παρουσίασαν πτωτικές τάσεις στις κλίμακες Φυσικής Λειτουργικότητας και Πόνου. Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό εμφάνισαν πτωτική τάση στις κλίμακες της Φυσικής Λειτουργικότητας, Περιορισμού ρόλου λόγω σωματικής υγείας, Γενικής Υγείας και Πόνου, συγκριτικά με τους αρτιμελείς. Συμπερασματικά: Ο Αθλητισμός έχει

θετικά οφέλη και δεν προκαλεί περαιτέρω σωματική επιβάρυνση στα άτομα με ακρωτηριασμό. Ο παράγοντας Πόνος αποκαλύπτεται πολύ καθοριστικός για την Ποιότητα Ζωής τους. Η πρακτική εφαρμογή αυτής της μελέτης είναι να χαραχθούν στρατηγικές ενσωμάτωσης μεγαλύτερου αριθμού ατόμων με ακρωτηριασμό σε προγράμματα άθλησης με στόχο την προαγωγή της υγείας τους και τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής τους, η οποία δικαιωματικά τους ανήκει.

Λέξεις κλειδιά: Ακρωτηριασμός κάτω άκρου, Αθλητισμός, Ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Angeliki Andrakakou: "Quality of life and functional capacity of track and field athletes with lower limb amputation".

(Under the supervision of Mrs. Krinanthi Gdonteli, Assistant Professor).

An amputation has been described as the transition from disability to artificial limb with prostheses being seen as a familiar extension of the body. An active lifestyle for people with lower limb amputation is accompanied by remarkable physical, psychological, emotional and social benefits thus promoting the Quality of Life. Despite the self-evident importance of sport, there is a large number of amputees who still adopt a sedentary lifestyle even though opportunities for sport are greater than in previous decades. The purpose of the study is to specify the factors that determine the daily life of these individuals and to shed light on whether the effect of sports has a positive or negative sign on their Quality of Life, due to the specificity of the disability. The TAPES-R (Gallagher, Dasmond & MacLachlan, 2010) and SF-36v2 (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005) questionnaires were administered to 52 amputees (n=21 Track and Field athletes, n=31 non-athletes). Their age ranged from 21 to 70 years (M=35.2, SD=11.67). The results showed that the cause of amputation in Greece is primarily due to traffic accidents. Athletes with amputation reported better physical condition compared to non-athletes but no difference was found in the eight scales of Quality of Life. Amputee athletes compared to able-bodied athletes showed downward trends in the Physical Functioning and Pain scales. Athletes and non-athletes with amputation showed a downward trend in the scales of Physical Functionality, Role Limitation due to Physical Health, General Health and Pain, compared to able-bodied. Conclusion: Sports have positive benefits and do not cause further physical burden in people with amputation. The Pain factor is revealed to be very decisive for their Quality of Life. The practical application of this study is to draw up strategies to integrate a greater number of people with amputation into sports programs with the aim of promoting their health and improving their Quality of Life which rightfully belongs to them.

Key words: Lower limb amputation, Sports, Quality of life

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | IV |
| ABSTRACT..... | VI |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | VII |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ | X |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ..... | XV |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι..... | 18 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 18 |
| 1.1.Θεωρητική βάση..... | 18 |
| 1.2.Προσδιορισμός του προβλήματος..... | 19 |
| 1.3.Σκοπός της έρευνας..... | 20 |
| 1.4.Ερευνητικές υποθέσεις..... | 20 |
| 1.5 Ορισμοί όρων | 23 |
| 1.5.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής..... | 23 |
| 1.5.2 Ορισμός ακρωτηριασμού..... | 24 |
| 1.5.3 Ορισμός πρόθεσης..... | 24 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ..... | 26 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ..... | 26 |
| 2.1 Το δικαίωμα των Ατόμων με Αναπηρία στον Αθλητισμό..... | 26 |
| 2.2 Αιτίες ακρωτηριασμού..... | 27 |
| 2.2.1 Τάσεις στη συχνότητα ακρωτηριασμού κάτω άκρου ανά τον κόσμο..... | 30 |
| 2.2.2 Επιπτώσεις ακρωτηριασμού κάτω άκρων..... | 31 |
| 2.2.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων...33 | |
| 2.3 Παράμετροι Ποιότητας Ζωής..... | 35 |
| 2.4 Οφέλη Αθλητισμού σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου..... | 38 |
| 2.4.1 Στατιστικά συμμετοχής στα Σπορ ατόμων με ακρωτηριασμό..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5 Κλασικός Αθλητισμός και κατηγορία Έλλειμμα –Απουσία μέλους..... | 43 |
| 2.5.1 Παραολυμπιακοί Αγώνες | 43 |
| 2.5.2 Αγωνίσματα Κλασικού Αθλητισμού στους Παραολυμπιακούς Αγώνες.. | 43 |
| 2.5.3 Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργίας της αναπηρίας και της υγείας (International Classification of Functioning ,Disability and Health)..... | 44 |
| 2.5.4 Κατηγορία Έλλειμμα –Απουσία μέλους..... | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ..... | 47 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | 47 |
| 3.1 Δείγμα..... | 47 |
| 3.2 Ερευνητικά εργαλεία..... | 48 |
| 3.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων..... | 50 |
| 3.4 Στατιστική ανάλυση..... | 52 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV..... | 54 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 54 |
| 4.1 Δημογραφικά..... | 54 |
| 4.2 Στοιχεία σε σχέση με τη συμμετοχή στον Κλασικό Αθλητισμό..... | 67 |
| 4.3 Στοιχεία ακρωτηριασμού –αθλητές και μη αθλητές..... | 78 |
| 4.4 TAPES-μόνο συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό..... | 87 |
| 4.5 Διερεύνηση διαστάσεων Ποιότητας Ζωής..... | 100 |
| 4.6 Πολυμεταβλητή διακύμανσης (MANOVA)..... | 102 |
| 4.6.1 Σύγκριση MANOVA αθλητών με ακρωτηριασμό με τους μη αθλητές με ακρωτηριασμό..... | 102 |
| 4.6.2 Σύγκριση MANOVA αθλητών με ακρωτηριασμό με τους μη αθλητές με Ακρωτηριασμό με μεταβλητές ελέγχου..... | 103 |
| 4.6.3 Σύγκριση MANOVA αθλητών με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς αθλητές..... | 104 |

| | |
|---|------------|
| 4.6.4 Σύγκριση MANOVA αθλητών με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς Αθλητές με μεταβλητές ελέγχου..... | 106 |
| 4.6.5 Σύγκριση MANOVA συνόλου συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς αθλητές..... | 108 |
| 4.6.6 Σύγκριση MANOVA συνόλου συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς αθλητές με μεταβλητές ελέγχου..... | 112 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ V..... | 114 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 114 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI..... | 123 |
| ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 123 |
| BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 126 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ..... | 132 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α..... | 133 |
| Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου TAPES-R..... | 134 |
| Άδεια από ΕΑΟΜ-ΑμεΑ για διαμοιρασμό ερωτηματολογίου έρευνας..... | 135 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β..... | 136 |
| Ερωτηματολόγιο για άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων..... | 137 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ..... | 153 |
| Ερωτηματολόγιο για αρτιμελείς αθλητές Κλασικού Αθλητισμού..... | 154 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|---|-----------|
| <u>Πίνακας 4.1.</u> Περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων | 54 |
| <u>Πίνακας 4.2.</u> Περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία των συμμετεχόντων αρτιμελών αθλητών | 55 |
| <u>Πίνακας 4.3.</u> Αποτελέσματα Mann-Whitney για τη διαφορά ηλικίας μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων | 56 |
| <u>Πίνακας 4.4.</u> Κατανομή δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το Φύλο | 57 |
| <u>Πίνακας 4.5.</u> Σχέση μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό, μη αθλητών με ακρωτηριασμό και Φύλου | 58 |
| <u>Πίνακας 4.6.</u> Κατανομή δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το Φύλο | 59 |
| <u>Πίνακας 4.7.</u> Σχέση μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό, αρτιμελών αθλητών και Φύλου | 60 |
| <u>Πίνακας 4.8.</u> Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς την Οικογενειακή κατάσταση | 61 |
| <u>Πίνακας 4.9.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών ως προς την Οικογενειακή κατάσταση | 62 |
| <u>Πίνακας 4.10.</u> Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς τον Τόπο διαμονής | 63 |
| <u>Πίνακας 4.11.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το Τόπο διαμονής | 64 |
| <u>Πίνακας 4.12.</u> Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς το Επίπεδο Εκπαίδευσης | 65 |
| <u>Πίνακας 4.13.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το Επίπεδο Εκπαίδευσης | 66 |
| <u>Πίνακας 4.14.</u> Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς τα | 67 |

| | |
|--|-----------|
| αγωνίσματα του Στίβου | |
| <u>Πίνακας 4.15.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τα αγωνίσματα του Στίβου | 68 |
| <u>Πίνακας 4.16.</u> Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς την αγωνιστική κατηγορία | 69 |
| <u>Πίνακας 4.17.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την αγωνιστική κατηγορία | 70 |
| <u>Πίνακας 4.18.</u> Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα | 71 |
| <u>Πίνακας 4.19.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα | 72 |
| <u>Πίνακας 4.20.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες προπόνησης των αθλητών με ακρωτηριασμό | 73 |
| <u>Πίνακας 4.21.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες προπόνησης των αρτιμελών αθλητών | 74 |
| <u>Πίνακας 4.22.</u> Αποτελέσματα t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διαφορά στις ώρες προπόνησης μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών | 75 |
| <u>Πίνακας 4.23.</u> Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ανάλογα με τον τραυματισμό | 76 |
| <u>Πίνακας 4.24.</u> Περιγραφικά στοιχεία για το διάστημα που έχουν ακρωτηριασμό αθλητές και μη αθλητές | 78 |
| <u>Πίνακας 4.25.</u> Κατανομή του δείγματος για τον τύπο του ακρωτηριασμού | 79 |
| <u>Πίνακας 4.26.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία του ακρωτηριασμού | 80 |
| <u>Πίνακας 4.27.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη χρήση πρόθεσης ή αναπηρικού τροχήλατου | 81 |

| | |
|---|-----------|
| <u>Πίνακας 4.28.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τα έτη χρήσης της πρόθεσης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 82 |
| <u>Πίνακας 4.29.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τα έτη χρήσης της πρόθεσης που φορούν αυτή τη στιγμή, από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 83 |
| <u>Πίνακας 4.30.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται η πρόθεση από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 84 |
| <u>Πίνακας 4.31.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο πρόθεσης | 85 |
| <u>Πίνακας 4.32.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται το αναπηρικό τροχήλατο από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 86 |
| <u>Πίνακας 4.33.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 87 |
| <u>Πίνακας 4.34.</u> Σύγκριση αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό | 88 |
| <u>Πίνακας 4.35.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν βιώνει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου | 89 |
| <u>Πίνακας 4.36.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου | 90 |
| <u>Πίνακας 4.37.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρεάζει το φυσιολογικό τρόπο ζωής | 91 |
| <u>Πίνακας 4.38.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμπειρία ή όχι του πόνου στο «μέλος φάντασμα» | 92 |
| <u>Πίνακας 4.39.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη διάρκεια του πόνου στο «μέλος - φάντασμα» | 93 |

| | |
|--|------------|
| <u>Πίνακας 4.40.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου στο «μέλος φάντασμα» | 94 |
| <u>Πίνακας 4.41.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος «μέλους φάντασμα» επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής | 95 |
| <u>Πίνακας 4.42.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν βιώνει άλλο πρόβλημα εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο στο «μέλος φάντασμα» | 96 |
| <u>Πίνακας 4.43.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου από άλλο ιατρικό πρόβλημα | 97 |
| <u>Πίνακας 4.44.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος από άλλα ιατρικά προβλήματα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής | 98 |
| <u>Πίνακας 4.45.</u> Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμπειρία άλλου χρόνιου πόνου | 99 |
| <u>Πίνακας 4.46.</u> Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής | 100 |
| <u>Πίνακας 4.47.</u> Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής | 101 |
| <u>Πίνακας 4.48.</u> Multivariate Tests για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό | 102 |
| <u>Πίνακας 4.49.</u> Test of Between –Subjects Effects για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό | 102 |
| <u>Πίνακας 4.50.</u> Multivariate Tests για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με μεταβλητές ελέγχου | 103 |
| <u>Πίνακας 4.51.</u> Test of Between –Subjects Effects για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με μεταβλητές ελέγχου | 103 |

| | |
|---|------------|
| <u>Πίνακας 4.52.</u> Multivariate Tests για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών | 104 |
| <u>Πίνακας 4.53.</u> Test of Between –Subjects Effects για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών | 104 |
| <u>Πίνακας 4.54.</u> Multivariate Tests για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών με μεταβλητές ελέγχου | 106 |
| <u>Πίνακας 4.55.</u> Test of Between –Subjects Effects για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών με μεταβλητές ελέγχου | 107 |
| <u>Πίνακας 4.56.</u> Multivariate Tests για τη σύγκριση μεταξύ συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών ως προς την Ποιότητα Ζωής | 108 |
| <u>Πίνακας 4.57.</u> Test of Between –Subjects Effects για τη σύγκριση μεταξύ συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών ως προς την Ποιότητα Ζωής | 109 |
| <u>Πίνακας 4.58.</u> Multivariate Tests για τη σύγκριση μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών ως προς την Ποιότητα Ζωής με μεταβλητές ελέγχου | 112 |
| <u>Πίνακας 4.59.</u> Test of Between –Subjects Effects για τη σύγκριση μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων ως προς την Ποιότητα Ζωής με μεταβλητές ελέγχου | 113 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

| | |
|---|-----------|
| Διάγραμμα 4.1. Ιστόγραμμα για την ηλικία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό | 54 |
| Διάγραμμα 4.2. Ιστόγραμμα για την ηλικία των αρτιμελών αθλητών | 55 |
| Διάγραμμα 4.3. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος με ακρωτηριασμό ως προς το Φύλο | 57 |
| Διάγραμμα 4.4. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το Φύλο | 59 |
| Διάγραμμα 4.5. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ατόμων με ακρωτηριασμό ως προς την Οικογενειακή κατάσταση | 61 |
| Διάγραμμα 4.6. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την Οικογενειακή κατάσταση | 62 |
| Διάγραμμα 4.7. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ατόμων με ακρωτηριασμό ως προς τον Τόπο διαμονής | 63 |
| Διάγραμμα 4.8. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τον Τόπο διαμονής | 64 |
| Διάγραμμα 4.9. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ατόμων με ακρωτηριασμό ως προς το Επίπεδο εκπαίδευσης | 65 |
| Διάγραμμα 4.10. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το Επίπεδο εκπαίδευσης | 66 |
| Διάγραμμα 4.11. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ατόμων με ακρωτηριασμό ως προς τα αγωνίσματα του Στίβου | 67 |
| Διάγραμμα 4.12. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τα αγωνίσματα του Στίβου | 68 |
| Διάγραμμα 4.13. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αθλητών με ακρωτηριασμό ως προς την αγωνιστική κατηγορία(με βάση το επίπεδο ακρωτηριασμού και τη χρήση ή όχι πρόθεσης) | 69 |
| Διάγραμμα 4.14. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την αγωνιστική κατηγορία (βάση ηλικίας) | 70 |
| Διάγραμμα 4.15. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αθλητών με ακρωτηριασμό ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα | 71 |
| Διάγραμμα 4.16. Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα | 72 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----------|
| προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα | | |
| Διάγραμμα 4.17. | Ιστόγραμμα για τις ώρες προπόνησης των αθλητών με ακρωτηριασμό | 73 |
| Διάγραμμα 4.18. | Ιστόγραμμα για τις ώρες προπόνησης των αρτιμελών αθλητών | 74 |
| Διάγραμμα 4.19. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ανάλογα με τον τραυματισμό | 77 |
| Διάγραμμα 4.20. | Ιστόγραμμα για το χρονικό διάστημα από τον ακρωτηριασμό (αθλητές και μη αθλητές) | 78 |
| Διάγραμμα 4.21. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος για τον τύπο ακρωτηριασμού | 79 |
| Διάγραμμα 4.22. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με την αιτία του ακρωτηριασμού | 80 |
| Διάγραμμα 4.23. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με την χρήση πρόθεσης ή αναπηρικού τροχήλατου | 81 |
| Διάγραμμα 4.24. | Ιστόγραμμα για τα έτη χρήσης της πρόθεσης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 82 |
| Διάγραμμα 4.25. | Ιστόγραμμα για τα έτη χρήσης της πρόθεσης που φορούν αυτή τη στιγμή οι συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 83 |
| Διάγραμμα 4.26. | Ιστόγραμμα για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται η πρόθεση από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 84 |
| Διάγραμμα 4.27. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με τον τύπο της πρόθεσης | 85 |
| Διάγραμμα 4.28. | Ιστόγραμμα για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται το αναπηρικό τροχήλατο από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 86 |
| Διάγραμμα 4.29. | Ραβδόγραμμα για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό | 87 |
| Διάγραμμα 4.30. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το αν έχει βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου | 89 |
| Διάγραμμα 4.31. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου | 90 |
| Διάγραμμα 4.32. | Ραβδόγραμμα για το βαθμό που ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής | 91 |
| Διάγραμμα 4.33. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με την εμπειρία του πόνου «μέλους- φάντασμα» | 92 |
| Διάγραμμα 4.34. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με τη διάρκεια | 93 |

| | | |
|------------------------|---|------------|
| | του πόνου «μέλους - φάντασμα» | |
| Διάγραμμα 4.35. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου «μέλους - φάντασμα» | 94 |
| Διάγραμμα 4.36. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος «μέλους-φάντασμα» επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής | 95 |
| Διάγραμμα 4.37. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το αν το άτομο με ακρωτηριασμό βιώνει κάποιο άλλο πρόβλημα εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους- φάντασμα» | 96 |
| Διάγραμμα 4.38. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου από άλλο ιατρικό πρόβλημα | 97 |
| Διάγραμμα 4.39. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος από άλλα ιατρικά προβλήματα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής του ατόμου με ακρωτηριασμό | 98 |
| Διάγραμμα 4.40. | Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το αν το άτομο με ακρωτηριασμό βιώνει κάποιο άλλο χρόνιο πόνο | 99 |
| Διάγραμμα 4.41. | Σύγκριση στην κλίμακα Physical Functioning μεταξύ αρτιμελών αθλητών και αθλητών με ακρωτηριασμό | 105 |
| Διάγραμμα 4.42. | Σύγκριση μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών στην κλίμακα Pain | 107 |
| Διάγραμμα 4.43. | Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Physical Functioning | 109 |
| Διάγραμμα 4.44. | Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Role Limitations due to Physical Health | 110 |
| Διάγραμμα 4.45. | Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα General Health | 111 |
| Διάγραμμα 4.46. | Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Pain | 113 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Θεωρητική βάση

Ο ακρωτηριασμός των άκρων είναι μια από τις αρχαιότερες χειρουργικές επεμβάσεις και βάση μαρτυριών πιθανόν να εντοπίζεται χρονολογικά στην εποχή του Ιπποκράτη δηλαδή 2500 χρόνια πριν. Ο ακρωτηριασμός αποτελεί τη μια και μοναδική λύση, όταν, δεν έχει απομείνει άλλος τρόπος διάσωσης του άκρου ή όταν το άκρο είναι νεκρό ή όταν το άκρο είναι βιώσιμο αλλά ουσιαστικά μη λειτουργικό ή όταν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ίδιου του ασθενή (Sabzi Sarvestani & Taheri Azam, 2013). Αποτελεί συχνή αναπηρία στη σύγχρονη κοινωνία. Μεγάλος αριθμός ατόμων έχει ακρωτηριαστεί στο ένα ή και στα δύο άκρα και τα ποσοστά ακρωτηριασμού αυξάνονται με γεωμετρική πρόοδο. Η απώλεια των κάτω άκρων επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να στέκεται σε όρθια θέση, να μεταφέρει και να κινείται. Ένας ακρωτηριασμός, όμως, εκτός από τις σωματικές επιπτώσεις που έχει για το ίδιο το άτομο, επιπρόσθετα έχει ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Ουσιαστικά, ένας ακρωτηριασμός εισάγει τον ακρωτηριασθέντα σε μια νέα πραγματικότητα και επανεκκίνηση της κοινωνικής του πορείας.

Την τελευταία δεκαετία έχουν συντελεστεί άλματα προόδου στον τομέα της τεχνολογίας των προθέσεων, κυρίως στην παραγωγή υποδοχών πρόθεσης και βελτιωμένων εξαρτημάτων πρόθεσης (Aslan et al., 2019). Τα υλικά από τα οποία κατασκευάζονται οι προθέσεις έχουν αλλάξει σημαντικά από ξύλο σε υαλοβάμβακα με κάθε είδους ανθρακονήματα και ελαφρά μέταλλα που εξασφαλίζουν την ελαχιστοποίηση της κίνησης στην υποδοχή, τον περιορισμό των ελκών πίεσης, την μείωση ανοιχτών επώδυνων πληγών στο κολόβωμα και δίνουν την εντύπωση ενός πραγματικά ακέραιου κάτω άκρου. (Du Plessis & Berteanu, 2020).

Η Ποιότητα Ζωής σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων είναι άμεσα συνυφασμένη με την προσθετική αποκατάσταση της κινητικότητας και την αναχαίτιση της λειτουργικής απώλειας. Συνεπώς οι ενθαρρυντικές αλλαγές που έχουν επέλθει στην υγειονομική περίθαλψη επιβάλλουν την ανάλυση και διερεύνηση και άλλων πιθανόν παραμέτρων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω

άκρου. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι η Ποιότητα Ζωής αποτελεί αναντίρρητα μια πολύπλοκη, πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και άκρως υποκειμενική έννοια

Η ιδιότητα του αθλητισμού να παρακάμπτει τα γλωσσικά, πολιτιστικά και κοινωνικά εμπόδια τον καθιστά σαν μια μοναδικής σημασίας πλατφόρμα για στρατηγικές ένταξης και προσαρμογής. Η διεθνής δημοτικότητα του αθλητισμού και τα οφέλη της σωματικής, κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης τον καθιστούν ιδανικό εργαλείο για την προώθηση της ενσωμάτωσης και της ευημερίας των ατόμων με αναπηρία (Selwyn & Riley, 2015). Μέσω του αθλητισμού, τα άτομα με αναπηρία αλληλεπιδρούν με τα αρτιμελή άτομα σε ένα θετικό και μοναδικά παραγωγικό πλαίσιο αναγκάζοντάς τα να αναδιαμορφώσουν τις υποθέσεις για το τι μπορούν συγκριτικά με το τι δεν μπορούν να κάνουν (Rode, Rehg, Near & Underhill, 2007).

1.2 Προσδιορισμός του προβλήματος

Πολλοί συνάνθρωποι μας με αναπηρία σήμερα ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε κάποιο είδος αθλητικής δραστηριότητας αφού μελέτες έχουν δείξει ότι αυτές οι δραστηριότητες έχουν θετική επίδραση σε πολλές πτυχές της ζωής. Μολονότι τα προσαρμοσμένα αθλήματα για άτομα με σωματικές αναπηρίες έχουν αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες με αυτόν τον πληθυσμό, προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και τρόπου ζωής. (Baars, Atherton, Koopman, Bullinger et al., 2015).

Επιπροσθέτως, παρά την παραδοχή των ίδιων των ατόμων με ακρωτηριασμό για τη σημαντικότητα της Ποιότητας Ζωής στον καθορισμό ενός επιτυχούς θεραπευτικού αποτελέσματος υπάρχει ένας σχετικά περιορισμένος αριθμός μελετών που να αξιολογούν την ποικιλομορφία των παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής αυτών των συνανθρώπων μας. (Mohammed & Shelb, 2014; Suckow et al., 2015)

Το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα μελέτη είναι: « Η Ποιότητας Ζωής και η Λειτουργική Ικανότητα αθλητών Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ». Για την διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με διαμοιρασμό ερωτηματολογίου το οποίο διαμορφώθηκε με βάση τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια TAPES-R (Gallagher, Dasmond & MacLachlan, 2010) και SF-36v2 (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005)

1.3 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να συγκεκριμενοποιήσει τους παράγοντες που καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων και να υποστηρίξει την άποψη ότι η ενασχόληση με οποιαδήποτε μορφή αθλητικής δραστηριότητας δύναται να ενισχύσει την Ποιότητα Ζωής τους. Να υποστηρίξει δηλαδή ότι μέσω του αθλητισμού προάγεται η υγεία, η λειτουργική ικανότητα, η βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος, η σωματική ευεξία και βελτίωση της αυτοεικόνας καθώς επίσης και η κοινωνικότητα, η ομαδικότητα, η αυτοπεποίθηση, η ανεξαρτησία από τους σημαντικούς άλλους, η μείωση του στίγματος, η πειθαρχία, η αυτορρύθμιση, η αυτοπραγμάτωση και τέλος ο σεβασμός, κυρίως, προς τον εαυτό τους αλλά και ως προς τους άλλους.

Επιμέρους στόχοι αυτής της έρευνας αποτελούν:

η διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής καθώς και δεδομένα σχετικά με τον ακρωτηριασμό όπως η αιτιολογία, η πλευρικότητα, το σημείο του ακρωτηριασμού, η χρήση πρόθεσης ή αναπηρικού τροχήλατου καθώς και δεδομένα σχετικά με τον αθλητισμό όπως η ομάδα αγωνισμάτων (δρόμοι, άλματα, ρίψεις), η αγωνιστική κατηγορία, το επίπεδο των αγώνων καθώς και οι εβδομαδιαίες ώρες προπόνησης.

Φιλοδοξία αυτής της μελέτης είναι να γίνει η απαρχή για περαιτέρω και πιο συστηματική έρευνα σε σχέση με την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα ζωής ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων.

1.4 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι αποτέλεσμα διεύρυνσης της προηγούμενης γνώσης, η οποία προέρχεται από την αναζήτηση μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των προηγούμενων ερευνών που έχουν γίνει πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Δεδομένου ότι θα πρέπει να γνωρίζει ο ερευνητής τι έχει προηγηθεί ερευνητικά ώστε να συνοψίσει υπάρχουσες έννοιες, θεωρίες, ερευνητικές μεθόδους και ευρήματα και να τα συνδέσει τα με τη δική του ερευνητική ερώτηση και τον δικό του σκοπό. Με γνώμονα τα προαναφερθέντα και μετά από ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πάνω στον ακρωτηριασμό κάτω άκρων διαπιστώθηκε ότι οι απαντήσεις στα

σταθμισμένο ερωτηματολόγιο TAPES-R και SFv36 που χρησιμοποιήθηκαν για έρευνες σε άλλα κράτη παρουσίασαν μια ποικιλομορφία.

Οι ερευνητικές υποθέσεις στις οποίες εστιάζει η παρούσα μελέτη έχουν οριστεί ως εξής:

- Ηα1: Αναμένεται η ύπαρξη οφελών από την ενασχόληση με τα προσαρμοσμένα αγωνίσματα του Κλασικού Αθλητισμού σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων συγκριτικά με άτομα με την ίδια αναπηρία που δεν αθλούνται
- Ηα2: Αναμένεται η ύπαρξη αρνητικής επίδρασης του Αθλητισμού σε αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρων συγκριτικά με άτομα με την ίδια αναπηρία που δεν αθλούνται λόγω της ιδιαιτερότητας της αναπηρίας
- Ηα3: Αναμένεται η αντίληψη της Ποιότητας Ζωής να είναι υψηλότερη σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου που συμμετέχουν σε αγωνίσματα Κλασικού Αθλητισμού συγκριτικά με άτομα ίδιας αναπηρίας που δεν εμπλέκονται σε κάποια αθλητική δραστηριότητα

Οι στατιστικές υποθέσεις ορίστηκαν για τη συγκεκριμένη έρευνα ως εξής:

Για τις μηδενικές:

- Ηο1: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή Ηλικία (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ηο2: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Χρόνος από τον ακρωτηριασμό» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ηο3: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Είδος ακρωτηριασμού» (ετερόπλευρος-αμφοτερόπλευρος) (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ηο4: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Αιτία ακρωτηριασμού» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ηο5: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Χρήση πρόθεσης» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)

- Ho6: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Χρήση αναπηρικού τροχήλατου» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ho7: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Έτη χρήσης πρόθεσης» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ho8: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Τύπος πρόθεσης» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ho9: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Πόνος στο μέλος φάντασμα» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- Ho10: Δεν θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Πόνος στο υπολειπόμενο μέλος» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)

Για τις εναλλακτικές:

- H₁1: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή Ηλικία (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁2: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Χρόνος από τον ακρωτηριασμό» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁3: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Είδος ακρωτηριασμού» (ετερόπλευρος-αμφοτερόπλευρος) (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁4: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Αιτία ακρωτηριασμού» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁5: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Χρήση πρόθεσης» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)

- H₁₆: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Χρήση αναπηρικού τροχήλατου» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁₇: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Έτη χρήσης πρόθεσης» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁₈: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Τύπος πρόθεσης» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁₉: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Πόνος στο μέλος φάντασμα» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό)
- H₁₀: Θα βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανεξάρτητη μεταβλητή «Πόνος στο υπολειπόμενο μέλος» (Αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό).

1.5 Ορισμοί όρων

1.5.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής

Στο πέρασμα των χρόνων έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί για την Ποιότητα Ζωής ανάλογα με την οπτική γωνία από την οποία ο κάθε ερευνητής προσπαθεί να προσεγγίσει τη συγκεκριμένη έννοια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ, 1997) :

«η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού -αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του».

«η ποιότητα ζωής δηλώνει την πλήρη, φυσική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας».

Κατά τον Musci (2008) η Ποιότητα Ζωής αναφέρεται στις υποκειμενικές αντιλήψεις για την επίδραση μιας νόσου ή της θεραπείας της στην υγεία του ανθρώπου και τη συνολική ποιότητα ζωής του. Εμπεριέχει τις σωματικές, ψυχολογικές και

κοινωνικές διαστάσεις της υγείας όπως αυτές αξιολογούνται από τους ίδιους τους ασθενείς.

1.5.2 Ορισμός ακρωτηριασμού

Ετυμολογικά η λέξη ακρωτηριασμός έχει την ρίζα της στο λατινικό απαρέμφατο «amputare». Το απαρέμφατο αυτό προέρχεται από το πάντρεμα των λέξεων «ambi» και «putare». Η λέξη «ambi» εννοιολογικά σημαίνει γύρω από. Η λέξη «putare» σημαίνει αποκόπτω, κόπτω, πριονίζω, εκριζώνω κάτι ηθελημένα (Μαυροφόρου, 2015).

Σύμφωνα με τους Desmond και MacLachlan (2002) ένας ακρωτηριασμός θεωρείται τραυματικός τόσο ως χειρουργική επέμβαση όσο και λόγω των επακόλουθων συνεπειών του. Εκλαμβάνεται ως επιθετικότητα στη σωματική ακεραιότητα και εκτός από την σωματική καταπόνηση μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μια σειρά από δυσαρμονίες που διαταράσσουν την ευημερία του ασθενούς.

Σύμφωνα με τους Mohammed και Shebl (2014) ως ακρωτηριασμός ορίζεται η διαδικασία αφαίρεσης ενός άκρου ή τμήματος αυτού με τομή ενός ή περισσότερων οστών με χειρουργική επέμβαση μέσω της επιφάνειας της άρθρωσης. Ο ακρωτηριασμός είναι μια από τις πιο συνηθισμένες επίκτητες αναπηρίες. Μπορεί να αφορά είτε το άνω είτε το κάτω άκρο και εμφανίζεται σε διάφορα επίπεδα. Μπορεί να είναι ετερόπλευρος δηλαδή να αφορά ένα μόνο άκρο ή αμφοτερόπλευρος που αφορά και τα δύο άκρα και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μείζον επίπεδο (πάνω από τον καρπό του χεριού ή πάνω από τον αστράγαλο του ποδιού) ή σε ελάσσον επίπεδο (κάτω από το επίπεδο του καρπού ή κάτω από το επίπεδο του αστραγάλου).

1.5.3 Ορισμός πρόθεσης

Σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Προτύπων (ISO 8549 Part 1, 1989) οι προθέσεις ή προσθετικές συσκευές είναι συσκευές εξωτερικής εφαρμογής που χρησιμοποιούνται για την πλήρη ή μερική αντικατάσταση ενός τμήματος άκρου που απουσιάζει ή είναι ελλιπές. Ο όρος πρόθεση έχει τη ρίζα του στην ελληνική γλώσσα και αφορά την προσθήκη που έχει σχεδιαστεί για την αφαίρεση του σωματικού στίγματος. (Du Plessis & Berteanu, 2020)

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος (βιβλιογραφική ανασκόπηση) μέσω δευτερογενούς ανασκοπικής έρευνας παρατίθενται στοιχεία από αναφορές-εκθέσεις Ευρωπαϊκών και Παγκόσμιων Οργανισμών, από βιβλιογραφικές αναφορές, από έγκυρα άρθρα του διαδικτύου και από επίσημα έγκριτα επιστημονικά περιοδικά. Για τις ανάγκες της εργασίας το πρώτο μέρος χωρίζεται σε 5 Κεφάλαια. Το 1^ο Κεφάλαιο αφορά την Κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία στον αθλητισμό. Το 2^ο Κεφάλαιο εντοπίζει τις αιτίες και επιπτώσεις του ακρωτηριασμού κάτω άκρου. Το 3^ο Κεφάλαιο αναφέρεται στις παραμέτρους που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής ατόμων για τη συγκεκριμένη αναπηρία. Το 4^ο Κεφάλαιο αναφέρεται στα οφέλη γενικά του αθλητισμού σε άτομα με ακρωτηριασμό. Τέλος, το 5^ο Κεφάλαιο πραγματεύεται την ενασχόληση με τον Κλασικό Αθλητισμό ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων.

Το δεύτερο μέρος (ερευνητικό) περιγράφει την διαδικασία και τα αποτελέσματα ποσοτικής έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου στην Ελλάδα (ερωτηματολόγιο SF36v2, ερωτηματολόγιο TAPES-R, δημογραφικά στοιχεία) το οποίο διαμοιράστηκε σε εν ενεργεία αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρων που ασχολούνται με τον Κλασικό Αθλητισμό, σε άτομα με την ίδια αναπηρία χωρίς, όμως, κάποια αθλητική δραστηριότητα και σε εν ενεργεία αρτιμελείς αθλητές Κλασικού Αθλητισμού. Θα παρουσιαστούν λεπτομερώς τα βήματα που ακολουθήθηκαν, η μεθοδολογία, το ερωτηματολόγιο, η συλλογή δεδομένων, τα αποτελέσματα. Στην κατακλείδα της εργασίας περιλαμβάνεται η Συζήτηση όπου αναφέρονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στον αθλητισμό

Αποτελεί επιτακτική ανάγκη σήμερα παρά ποτέ, να γίνει αντιληπτός ο σπουδαίος ρόλος που διαδραματίζουν οι αθλητικές δραστηριότητες στη σωματική, διανοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη όλων ανεξαρτήτως των ανθρώπων, τόσο των αρτιμελών όσο και των Ατόμων με Αναπηρίες (ορατές και αόρατες).

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι οικουμενικά, εγγενή, αναπαλλοτρίωτα-αναφαίρετα, αδιαίρετα, αλληλοεξαρτώμενα και τέλος αλληλένδετα. Ανήκουν σε κάθε ανθρώπινο ον ανεξαρτήτου φυλής, χρώματος, φύλου, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, θρησκείας, γλώσσας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, αναπηρίας ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης. (Τριπολιτσιώτη, 2015)

Αυτό σχετίζεται με την έναρξη ισχύος της Διεθνούς Σύμβασης του ΟΗΕ για τα δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNCRPD) στις 3/5/2008. Στην Ελλάδα η επικύρωση έγινε το 2012, η οποία είναι ένα νομικά δεσμευτικό μέσο που αντιμετωπίζει την αναπηρία ως κοινωνικό και όχι ως ατομικό πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα το Άρθρο 30 της Σύμβασης αναφέρεται στην συμμετοχή στην πολιτιστική ζωή, την αναψυχή, τον ελεύθερο χρόνο και τον αθλητισμό. Σε σχέση με τον αθλητισμό που ενδιαφέρει την παρούσα εργασία, αναφέρει ότι τα Συμβαλλόμενα Κράτη υποχρεούνται να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες των Ατόμων με Αναπηρία, να εξασφαλίζουν την πρόσβαση σε αθλητικούς χώρους και να απαιτούν την ίση συμμετοχή των παιδιών με αναπηρία στο παιχνίδι, στην αναψυχή, στον ελεύθερο χρόνο και στις αθλητικές δραστηριότητες εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντος. Με την εφαρμογή του Άρθρο 30 της Σύμβασης τα Συμβαλλόμενα Κράτη στοχεύουν να αναδείξουν έννοιες όπως η ενσωμάτωση, η συμπερίληψη, η υγεία και να εξαλείψουν τη διάκριση.

Μέσα, λοιπόν, από την ενσωμάτωση και τη συμπερίληψη στον αθλητισμό χωρίς αποκλεισμούς επιτυγχάνεται η προώθηση της υγείας δηλαδή της κατάστασης πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευρωστίας και ευημερίας των ατόμων (ΠΟΥ, 2001) και εξαλείφονται οι διακρίσεις δηλαδή ο οποιοσδήποτε αποκλεισμός ή

περιορισμός βάσει της αναπηρίας, που ακυρώνει ή εμποδίζει την άσκηση και την απόλαυση σε ίση βάση με τους άλλους ανθρώπους.

Συμπληρωματικά, με την κατοχύρωση του δικαιώματος συμμετοχής στην άθληση έχει γίνει προσπάθεια χρήσης δόκιμου λεξιλογίου αναφορικά με τα Άτομα με Αναπηρία. Για την μερίδα των ατόμων που μελετά η παρούσα έρευνα οι Gallagher, Desmond, και MacLachlan (2010) αναφέρουν ότι ο όρος ακρωτηριασμένοι δεν είναι πλέον δόκιμος και έχει δεχθεί κριτική καθώς εστιάζει στην απώλεια και όχι στις δυνατότητες εκείνων που έχουν υποστεί απώλεια άκρου. Ο όρος που συστήνεται είναι «άτομα με ακρωτηριασμό» με τον οποίο επιδιώκεται να αξιολογηθεί το άτομο με βάση τις ικανότητες που εξακολουθούν να υφίστανται.

2.2 Αιτίες ακρωτηριασμού

Κατά τους Bragaru, Dekker, Geertzen, και Dijkstra (2011), στην ανασκόπηση που πραγματοποίησαν αναφέρεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου το 82% των ακρωτηριασμών κάτω άκρου οφείλεται σε αγγειακές διαταραχές ενώ το 16% έχει προκληθεί από τραυματισμό. Το εναπομείναν 2% οφείλεται σε καρκίνο ή φλεγμονή ή συγγενείς ανωμαλίες. Έχει προβλεφθεί πως ο αριθμός των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου θα αυξηθεί σαν απόρροια της πληθυσμιακής γήρανσης και της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη και καρδιαγγειακών ασθενειών.

Κατά τους Papanas και Lazarides (2011) πολύ λίγα είναι γνωστά για τη συχνότητα ακρωτηριασμών στην Ελλάδα. Ο επιπολασμός του διαβητικού ποδιού έχει αναφερθεί σε 4,75% ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο κυμαίνεται μεταξύ 1,4% και 5,9%. Τα διαβητικά έλκη ποδιών αποτελούν την κύρια αιτία ακρωτηριασμών σε άτομα που πάσχουν από διαβητικό πόδι.

Κατά τους Vaz, Roque, Pimentel, Rocha, και Duro (2012) σε έρευνα που έγινε σε άτομα με ακρωτηριασμό της Πορτογαλίας εντοπίστηκαν σαν αιτίες ακρωτηριασμού :

- η αγγειακή νόσος (92,3%)
- ο όγκος οστού (5,1%)
- η μόλυνση (2,6%)

Κατά τους Pasquina et al. (2014) τραυματικά αίτια ακρωτηριασμού αποτελούν τα κάτωθι:

- τα τροχαία ατυχήματα(μοτοσικλέτα ή αυτοκίνητο)
- τα γεωργικά μηχανήματα
- η ηλεκτροπληξία
- τα πυροβόλα όπλα

Ο ίδιος ερευνητής αναφέρει ότι ο καρκίνος αντιπροσωπεύει μια σπάνια αιτιότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες. Αναφέρεται συγκεκριμένα σε κακοήθειες στα οστά που αποτελούν το 6% όλων των όγκων σε άτομα κάτω των 20 ετών.

Οι Knezevic et al. (2015) εντοπίζοντας τις αιτίες ακρωτηριασμού αναφέρουν ότι οι πιο συχνές σχετίζονται με το διαβήτη και περιφερειακές αρτηριακές παθήσεις στα κάτω άκρα.

Οι Barbosa et al. (2016) αναφέρουν σαν αιτίες της αύξησης των ακρωτηριασμών τις πολεμικές συρράξεις σε διάφορες χώρες του πλανήτη, την πληθυσμιακή γήρανση, τις αυξανόμενες ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (διαβήτης, περιφερειακές αγγειακές παθήσεις) καθώς και την αυξητική τάση των τροχαίων ατυχημάτων στις μεγάλες πόλεις.

Όταν οι AlSofyani, AlHarthi, Farahat, και Abuznadah (2016) ερεύνησαν την αιτιολογία των ασθενών με ακρωτηριασμό στη Δυτική Σαουδική Αραβία, εντόπισαν ότι το 63,6% οφειλόταν σε σακχαρώδη διαβήτη, το 16,5% σε περιφερειακή αγγειακή νόσο, το 7,4% σε τραυματισμό, το 7,4% σε καρκίνο των κάτω άκρων, το 1,7% σε χρόνια οστεομυελίτιδα, το 1,7% σε τραυματισμό του δέρματος, το 0,8% σε συστηματική σηψαιμία και το 0,8% σε τοπική σοβαρή μόλυνση.

Κατά τους Chopra et al. (2018) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περίπου 1.5 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με απώλεια κάτω άκρου με το 82% να σχετίζεται με κίνδυνο αγγείωσης ιδιαίτερα από διαβήτη. Το ποσοστό ακρωτηριασμού που σχετίζεται με κατεστραμμένο αγγειακό σύστημα παραμένει υψηλό παρά την αυξημένη προσοχή στην πρόληψη μέσω της βελτιστοποίησης της αγγειακής ιατρικής. Επιπροσθέτως, τα δημογραφικά στοιχεία και τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πληθυσμού ασθενών αλλάζουν. Υπήρξε μια αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας στις Ηνωμένες Πολιτείες από 23% το 1988 σε 36.5% το 2014 και αναμένεται μια αύξηση στο ποσοστό των ασθενών άνω των 65 ετών από 14.9% το 2015 σε 20,6% μέχρι το 2030.

Υπάρχουν και έρευνες που καταλήγουν σε διαφορετικά αποτελέσματα πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει ότι η συχνότητα ακρωτηριασμού κάτω άκρων εξαρτάται και από άλλες παραμέτρους όπως η γεωγραφική περιοχή, η ηλικιακή κατανομή και το κοινωνικό σύστημα οργάνωσης. Κατά τους Mansoor, Margoob, Masoodi, Mushtaq, Younis, Hussain, ... και Chowdary (2010) (όπως αναφέρεται στο Mathi et al., 2014) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Ινδία τα τροχαία τραυματικά ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία ακρωτηριασμού στις αναπτυσσόμενες χώρες και έπεται ο διαβήτης .

Οι Aydemir, Demir, Güzelküçük, Tezel, και Yilmaz (2017) σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποίησαν στην Τουρκία εντόπισαν ότι το 68% των ακρωτηριασμών προερχόταν από έκρηξη νάρκης, το 19% από πυροβολισμό, 4,1% από ρουκέτα, 4,1% από τροχαίο ατύχημα, 2,7% από ηλεκτροπληξία, 1,4% από πεζό που ενεπλάκη σε τροχαίο και 0,7% από σιδηροδρομικό ατύχημα. Στην ίδια κατεύθυνση με πρώτη αιτιολογία ακρωτηριασμού την έκρηξη νάρκης ήταν και η έρευνα των Yasar et al. (2017). Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα έδειξαν 92,7% έκρηξη νάρκης, 4,5% τροχαίο ατύχημα, 1,5% έγκανμα από ηλεκτρικό ρεύμα, 0,8% κρουπάγημα, 0,5% σεισμός. Πιθανολογείται ότι τα δεδομένα έχουν συλλεχθεί από στρατιωτικό νοσοκομείο στην προαναφερθείσες έρευνες λόγω των υψηλών ποσοστών έκρηξης νάρκης και των παρεμφερών αποτελεσμάτων στα οποία κατέληξαν.

Διαφορετικά είναι τα αποτελέσματα και άλλης πρόσφατης έρευνας που έλαβε χώρα στην Τουρκία. Σύμφωνα με τους Aslan et al. (2019) με σειρά συχνότητας, η αιτιολογία των ακρωτηριασμών οφείλεται πρωτίστως στα τροχαία ατυχήματα (44,6%), δευτερευόντως στα εργατικά ατυχήματα (12,2%) και ακολουθούν με χαμηλότερα ποσοστά ο καρκίνος (9,1%), οι συγγενείς ανωμαλίες (8,5%), οι τραυματισμοί από πυροβολισμούς (6,1%), οι τραυματισμοί από επαφή με το ηλεκτρικό ρεύμα (3,3%), η περιφερειακή αγγειακή νόσος (3,1%), η έκρηξη νάρκης (3,0%), ο σεισμός (1,7%), η πτώση (1,7%), ο σακχαρώδης διαβήτης (1,0%) και η έκρηξη αερίου (0,7%).

Τέλος, ο Mahmudul Hassan Al Imam et al. (2020) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στο Μπαγκλαντές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα τροχαία ατυχήματα ήταν η κύρια αιτία ακρωτηριασμού (58,7%), ακολουθούσαν τα περιφερειακά αγγειακά νοσήματα (7,5%) και τέλος τα χτυπήματα με αιχμηρά αντικείμενα (7,2%).

2.2.1 Τάσεις στη συχνότητα ακρωτηριασμού κάτω άκρου ανά τον κόσμο

Οι Hughes et al. (2020) χρησιμοποιώντας δεδομένα που ελήφθησαν από την Παγκόσμια Επιβάρυνση των Νόσων (Global Burden Disease) του 2017 έκαναν σύγκριση των ποσοστών επίπτωσης του ακρωτηριασμού κάτω άκρου (Lower extremity amputation) αναφορικά με το φύλο και το σημείο ακρωτηριασμού (ακρωτηριασμός στα δάκτυλα ή κοντά στα δάκτυλα) σε 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και άλλες 4 δυτικές χώρες εκτός Ευρώπης, μεταξύ 1990 και 2017. Σε αυτή την 28ετή μελέτη οι χώρες που συμπεριλήφθηκαν ήταν οι ακόλουθες: Ελλάδα, Αυστρία, Βέλγιο, Αυστραλία, Καναδάς, Φιλανδία, Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Ιταλία, Ιρλανδία, Νορβηγία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ηνωμένες Πολιτείες, Σουηδία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο. Στον δυτικό κόσμο ο ακρωτηριασμός συνήθως προκύπτει από περιφερειακή αρτηριακή αποφρακτική νόσο (Peripheral Arterial Occlusive Disease) ή νόσο του διαβητικού ποδιού. Δεδομένης της μείωσης των ποσοστών επίπτωσης της περιφερειακής αποφρακτικής νόσου που παρατηρήθηκε σε προηγούμενες αναλύσεις οι ερευνητές υπέθεσαν ότι θα παρατηρούνταν μειώσεις στη συχνότητα εμφάνισης ακρωτηριασμού κάτω άκρων στις αντίστοιχες χρονικές στιγμές στις χώρες που προαναφέρθηκαν. Για ακρωτηριασμό κάτω άκρου κοντά στα δάκτυλα των ποδιών αυξητικές τάσεις παρατηρήθηκαν σε 6 από τις 19 χώρες και φθίνουσες τάσεις σε 9 από τις 19 χώρες, με 4 χώρες να παρουσιάζουν διαφορετικές τάσεις μεταξύ των φύλων. Σχετικά με τον ακρωτηριασμό των δακτύλων του ποδιού, παρατηρήθηκαν αυξητικές τάσεις σε 8 από τις 19 χώρες και για τα δύο φύλα και φθίνουσες τάσεις σε 8 από τις 19 χώρες και για τα δύο φύλα, με 3 χώρες να παρουσιάζουν διαφορετικές τάσεις μεταξύ των φύλων. Η Αυστραλία είχε τα υψηλότερα τυποποιημένα ποσοστά επίπτωσης από την ηλικία και για τα δύο φύλα σε όλους τους ακρωτηριασμούς κάτω άκρου, σε όλα τα χρονικά σημεία, με σταθερά αυξανόμενες τάσεις. Από την άλλη μεριά οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής παρουσίασαν την μεγαλύτερη μείωση και στα δύο φύλα κατά τη χρονική περίοδο που αναλύθηκε. Στην Ελλάδα μειωτικά ήταν τα ποσοστά ακρωτηριασμού από την επίδραση της ηλικίας κοντά στα δάκτυλα του ποδιού και στα δύο φύλα. Ο ακρωτηριασμός των δακτύλων, όμως, στην Ελλάδα παρουσίασε ποσοστιαία μείωση στις γυναίκες αλλά αύξηση στους άνδρες ασθενείς από την επίδραση της ηλικίας. Σε αυτή την έρευνα εντοπίστηκε σημαντική μεταβλητότητα στη συχνότητα ακρωτηριασμού τόσο γεωγραφικά όσο και χρονικά πράγμα το οποίο ήταν αντίθετο με την ερευνητική υπόθεση ότι η συχνότητα ακρωτηριασμού θα μειωνόταν κατά την υπό μελέτη περίοδο. Αξίζει να αναφερθεί, με βάση τα τελευταία στοιχεία της

Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (International Diabetes Federation) ότι η παγκόσμια συχνότητα εμφάνισης διαβήτη έχει αυξηθεί από 151 εκατομμύρια το 2000 σε 425 εκατομμύρια το 2017 και προβλέπεται να αυξηθεί περαιτέρω.(Harding, Pavkon, Magliano, Shaw, &Gregg, 2019)

2.2.2 Επιπτώσεις ακρωτηριασμού κάτω άκρου

Ο αντίκτυπος ενός ακρωτηριασμού ποικίλει και εντοπίζεται σε διάφορους τομείς της ζωής ενός ακρωτηριασθέντα. Κατά τον Singh et al. (2007) υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους καταγράφηκαν μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου, κυρίως, μετά τα δύο πρώτα έτη από τον ακρωτηριασμό.

Τα άτομα με ακρωτηριασμό αναφέρουν ότι βιώνουν πτώση της Ποιότητας Ζωής τους αμέσως μετά την απώλεια του άκρου. Περνώντας, όμως, ο καιρός παρατηρείται καλύτερη απόκριση και αποδοχή του ακρωτηριασμού οι οποίες είναι πολύ συνυφασμένες με την προσαρμογή στη νέα κατάσταση (Asano, Rushton, Miller, & Death, 2008).

Οι Singh, Ripley, και Pentland (2009) αναφέρουν ότι ένας ακρωτηριασμός μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοπεποίθηση, έλλειψη ικανότητας αυτοσυντήρησης και επαγγελματική παύση. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην απώλεια άκρου έχει συγκριθεί με την διαχείριση του πένθους ενός προσφιούς προσώπου και ένεκα αυτού δεν είναι σπάνιο ένα άτομο που έχει βιώσει ακρωτηριασμό να πάθει κατάθλιψη.

Ο Desmond και MacLauchlan (2010) αναφέρουν ότι πάνω από το 40% των ατόμων με ακρωτηριασμό υποφέρουν από φανταστικό πόνο στα άκρα ή/και πόνο στο υπολειπόμενο μέλος, πράγμα το οποίο αποτελεί αιτιότητα άγχους και παρεμποδίζει την ομαλή και σύντομη επανένταξη στην κοινωνία. Σχετικά με τον πόνο στο μέλος φάντασμα οι Kaug και Guan (2018) στην ανασκοπική τους μελέτη αναφέρουν πως μπορεί να εξαφανιστεί κατά τη διάρκεια μερικών μηνών ή ενός έτους, ακόμα και όταν τα άτομα δεν υποβάλλονται σε θεραπεία. Παρά ταύτα ορισμένοι ασθενείς υποφέρουν από πόνο στο μέλος φάντασμα για δεκαετίες.

Σύμφωνα με τους Couture, Caron και Desrosiers (2010) η μερική ή η ολική απώλεια των κάτω άκρων προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις στη φυσιολογική λειτουργία, την κινητικότητα, τη λειτουργική ικανότητα και την ισορροπία. Ως εκ τούτου, παρατηρούνται αφενός πτώση επιπέδων δραστηριοποίησης και ενεργητικότητας και

αφετέρου αναδιαμόρφωση ελεύθερου χρόνου, παύση παρελθοντικών ενασχολήσεων και ανάγκη καθημερινής παροχής βοήθειας και επομένως καθιέρωση εξαρτημένων σχέσεων με τους σημαντικούς άλλους.

Στην ποιοτική έρευνα των Senra , Oliveira, και Leal Vieira (2012) φάνηκε πως η νέα κατάσταση του ακρωτηριασμού προκαλεί αίσθημα απογοήτευσης και ευερεθιστότητας, αδυναμία επιστροφής στην πρότερη επαγγελματική ζωή και αλλαγή στη συναισθηματική –σεξουαλική τους ζωή.

Οι Matthews, Sukeik, και Haddad (2014) βάση της ανασκοπικής τους έρευνας διατύπωσαν ότι η γενική φυσική κατάσταση των ατόμων με ακρωτηριασμό αποδείχθηκε πως ήταν χειρότερη συγκριτικά με αρτιμελή άτομα ίδιας ηλικίας.

Η μελέτη που έκανε ο Mahmudul Hassan Al Imam et al. (2020) σε 332 συμμετέχοντες στο Μπαγκλαντές έδειξε πως το 30,7% απολύθηκαν από τη δουλειά τους μετά τον ακρωτηριασμό και πως το μέσο μηνιαίο εισόδημα τους μειώθηκε σημαντικά .

Σύμφωνα με την έρευνα των Cotigă, Zivari, Cursaru, Alius, και Ivan (2020) στην Ρουμανία εντοπίστηκε ότι υπήρχε σημαντικό ποσοστό ασθενών με ακρωτηριασμό που έπασχε από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη (29% στην κλίμακα PHQ-9) ή σοβαρό άγχος (38,7% στην GAD-7). Στην ίδια έρευνα οι ασθενείς ανέφεραν σημαντικά υψηλό επίπεδο κούρασης, πόνου, αϋπνίας και οικονομικών δυσκολιών. Αξίζει να τονιστεί η περιγραφή των συμμετεχόντων ότι βίωσαν μια κατάσταση τρόμου μετά τη χειρουργική επέμβαση, μια κατάσταση που απειλούσε σοβαρά την ακεραιότητα του εαυτού τους, σχεδόν σαν η απώλεια του άκρου να προμήνυε τον κίνδυνο απώλειας της αυτοσυνοχής, μια κατάσταση αποσύνθεσης της προσωπικότητάς τους. Στην ίδια χώρα οι Khan, Dogar και Masroor (2018) κατέληξαν στο ότι η σωματική αναπηρία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, απόγνωση, άγχος, νευρικότητα, στίγμα, απώλεια αυτοεκτίμησης, αναγνώριση της αδυναμίας και τέλος απομόνωση.

Όσο, όμως, και αν φαίνεται παράταιρο ένας ακρωτηριασμός επιφέρει και θετικές αλλαγές. Σύμφωνα με την Katsanou et al. (2020) αυτές οι αλλαγές αφορούν στην ανακάλυψη της εσωτερικής δύναμης του κάθε ανθρώπου, στη μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής, στον επαναπροσδιορισμό προτεραιοτήτων και στόχων, στις πιο ποιοτικές και ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνανθρώπους, στις νέες προοπτικές στη ζωή του ατόμου και στην ενδυνάμωση της πνευματικότητας.

2.2.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου

Ο Mohammed και Shebl (2014) πραγματοποίησαν έρευνα σε δείγμα ευκολίας 100 Αιγύπτιων ασθενών άνω και κάτω άκρου αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής τους, κάνοντας χρήση του SF36. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- το 59% ήταν άνδρες και το 41% γυναίκες
- η πλειοψηφία των ακρωτηριασμών ήταν στο κάτω άκρο
- ο σακχαρώδης διαβήτης βρέθηκε να είναι η κύρια αιτία ακρωτηριασμού
- η μέση ηλικία ακρωτηριασμού λόγω διαβήτη, τραυματισμού και αγγειακής νόσου ήταν τα 47,84 έτη
- περισσότερες από τις μισές γυναίκες (53,65%) και περίπου τα δύο πέμπτα των ανδρών (44,06%) είχαν μέσους όρους ηλικίας 47,61 και 48,20 έτη αντίστοιχα
- το 76,82% των ανδρών και το 60,97% των γυναικών ήταν έγγαμοι
- σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο το 42,37% των ανδρών και 38,1% των γυναικών ήταν αναλφάβητοι
- το 50,84% των ανδρών και το 53,65% των γυναικών διέμεναν σε αγροτικές περιοχές
- περισσότερο από το μισό δείγμα δεν παρουσίασε συνοσηρότητα
- δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου, διαμονής και αιτίας ακρωτηριασμού
- τα άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων παρουσίασαν χαμηλότερη Ποιότητα Ζωής συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό
- δεν ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αιτιών ακρωτηριασμού και διαμονής
- εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συνιστώσας ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όταν ο ακρωτηριασμός προκύψει σε άτομα νεαρής ηλικίας, τότε αναφέρονται υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης
- ανιχνεύτηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και την συνολική Ποιότητα Ζωής του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι το να ανήκει κάποιος στο γυναικείο φύλο αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για υψηλότερα συμπτώματα κατάθλιψης έξι μήνες μετά τον ακρωτηριασμό

- υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του ψυχολογικού τομέα η οποία αποδίδεται στην ύπαρξη ή όχι κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια

Σύμφωνα με τους Aslan et al. (2019) σε έρευνα που διεξήχθη στο Νοσοκομείο Εκπαίδευσης και Έρευνας Φυσικοθεραπείας και Αποκατάστασης της Άγκυρας σε 836 άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου, τα δημογραφικά ευρήματα (μέση ηλικία, φύλο, χρόνος από ακρωτηριασμό), τα κλινικά χαρακτηριστικά (αιτιολογία ακρωτηριασμού, επίπεδο ακρωτηριασμού) και η χρήση πρόθεσης έδειξαν ότι:

- η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $36,12 \pm 11,69$ έτη
- οι άνδρες με ακρωτηριασμό είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν 729 άνδρες(87,2%) και 107 γυναίκες(12,8%). Μια ερμηνεία που δόθηκε είναι ότι τα τροχαία και τα εργατικά ατυχήματα συμβαίνουν πιο συχνά στους άνδρες. Στη συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα της Τουρκίας, λόγω του χαμηλού επιπέδου οικονομικής ανεξαρτησίας και εκπαίδευσης των γυναικών, το ποσοστό των εργατικών και των τροχαίων ατυχημάτων είναι χαμηλό στο γυναικείο φύλο και επομένως και το ποσοστό ακρωτηριασμών
- για ασθενείς κάτω των 18 ετών η κύρια αιτία ακρωτηριασμού είναι οι συγγενείς παθήσεις 19(39,6%) και ακολουθούν σαν δεύτερη συχνότερη αιτία 113(27,1%) τα τροχαία ατυχήματα. Για ασθενείς ηλικίας 19-44 ετών και ασθενείς 45-64 ετών τα τροχαία ατυχήματα ήταν η συχνότερη αιτία ακρωτηριασμού και η δεύτερη κατά σειρά αιτία ήταν τα εργατικά ατυχήματα. Για ασθενείς άνω των 65 ετών ως αιτίες ακρωτηριασμού με σειρά συχνότητας αποτέλεσαν τα τροχαία ατυχήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης και τέλος οι μολύνσεις
- τα τροχαία 373(44,6%) και τα εργατικά ατυχήματα 103(12,5%) αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό ακρωτηριασμού στη μελέτη ενώ το ποσοστό του σακχαρώδους διαβήτη και της περιφερειακής αγγειακής νόσου είναι πολύ χαμηλά ως προς την αιτιολογία. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι το σύστημα επαγγελματικής και οδικής ασφάλειας είναι ανεπαρκές
- το ποσοστό του ετερόπλευρου ακρωτηριασμού ήταν 770(92,3%) και του αμφοτερόπλευρου ήταν 59(7,1%)

- το 54,5% των ακρωτηριασμών ήταν μονόπλευροι άνωθεν του γονάτου, το 28,3% ήταν μονόπλευροι κάτωθεν του γονάτου, 10% μονόπλευροι δια μέσω του γόνατος, 2.8% μονόπλευροι δια μέσω του ισχίου, 1,2% αμφοτερόπλευροι κάτωθεν του γόνατος, 1,7% αμφοτερόπλευροι άνωθεν του γόνατος, 1% αμφοτερόπλευροι δια μέσω του γονάτου και δια μέσω άκρου πόδα/αστραγάλου 0,5%
- οι πλειονότητα των ασθενών 456 (54,5%) έκαναν χρήση πρόθεσης άνωθεν του γόνατος ελεγχόμενη από μικροεπεξεργαστή ενώ 224 (26,7%) ασθενείς έκαναν χρήση πρόθεσης κάτωθεν του γόνατος με ενεργό σύστημα κενού.

2.3 Παράμετροι Ποιότητας Ζωής

Σύμφωνα με τους Holzer et al. (2014), κατά την περίοδο μετά τον ακρωτηριασμό, η κοινωνική συμπαράσταση, ο τύπος ακρωτηριασμού, η παρουσία πόνου στο «μέλος – φάντασμα» και στο κολόβωμα, η προσαρμογή στην πρόθεση, η αυτοεκτίμηση και τα προβλήματα της νέας εικόνας του σώματος είναι μεταξύ των παραγόντων που αναφέρθηκαν πως επηρεάζουν σημαντικά την Ποιότητα Ζωής καθώς και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

Οι Mathi, Savla, Sreeraj και Mishra (2014) στην έρευνα που έκαναν στην Ινδία σε άτομα με διακνημιαίο ακρωτηριασμό, κάνοντας χρήση TAPES-R, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με αυτού του είδους τον ακρωτηριασμό περιορίζονται από τις απαιτητικές δραστηριότητες. Αναφέρουν, επίσης, πως ο πόνος του κολοβώματος και το βάρος της πρόθεσης εμποδίζουν αυτά τα άτομα να επιτύχουν καλύτερη και ανεξάρτητη Ποιότητα Ζωής.

Μια ανάλυση της βιβλιογραφίας από τους Selwyn και Riley (2015) για άτομα με αναπηρίες αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής κατέληξε σε επτά βασικούς τομείς που την καθορίζουν και οι οποίοι είναι:

- η κοινωνική ένταξη
- οι διαπροσωπικές σχέσεις
- η προσωπική ανάπτυξη
- η αυτοδιάθεση
- η φυσική ευημερία
- η υλική επάρκεια
- τα δικαιώματα

Σύμφωνα με τον Hisam et al. (2016) σε έρευνα που έλαβε χώρα στο Εθνικό Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών του Πακιστάν αποδείχτηκε ότι η ηλικία και η ιατρική ένδειξη επηρεάζουν διαφορετικές πτυχές της Ποιότητας Ζωής αλλά όχι το επίπεδο ακρωτηριασμού.

Οι Βοζάνη, Φασόη, Καμπά, και Κελέση (2017) έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αναζήτηση άρθρων στις διεθνείς βάσεις δεδομένων αναφορικά με των ακρωτηριασμό κάτω άκρων και την Ποιότητας Ζωής. Από τα 1821 άρθρα που αξιολογήθηκαν κατέληξαν στη χρήση 14 μελετών από τις οποίες βγήκαν σπουδαία αποτελέσματα

Πιο συγκεκριμένα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής η μελέτη των Tennvall και Apelqvist (2000) στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Lund της Σουηδίας με χρήση EuroQoL και οπτικής αναλογικής κλίμακας (VAS) έδειξε ότι οι ασθενείς με ακρωτηριασμό κάτωθεν του γόνατος είχαν πιο ποιοτική ζωή συγκριτικά με αυτούς που είχαν ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος αλλά και με τα άτομα χωρίς ακρωτηριασμό που έπασχαν από έλκη ποδιού λόγω διαβήτη.

Σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς σε έξι ορθοπεδικά εργαστήρια και δύο σουηδικές ενώσεις για άτομα με ακρωτηριασμό κάτωθεν του γόνατος, κάνοντας χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 (Σουηδική έκδοση) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η Ποιότητα Ζωής ήταν σημαντικά φτωχότερη στους ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και στις οχτώ διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Τα προβλήματα που οδήγησαν στην χειροτέρευση της Ποιότητας Ζωής ήταν η θερμότητα/αυξημένη εφίδρωση στην υποδοχή του προσθετικού μέλους, οι πληγές/ερεθισμός του δέρματος από την πρόθεση, η δυσκολία να περπατήσουν στη φύση και η ανικανότητα να βαδίσουν γρήγορα. Σχεδόν το 50% των συμμετεχόντων φάνηκε να το απασχολεί ο πόνος στο κολόβωμα, ο πόνος στο «μέλος – φάντασμα», η οσφυαλγία και ο πόνος στο ακέραιο πόδι. (Hanberg & Branemark, 2001)

Οι Eiser, Darlington, και Grimer (2001) χρησιμοποιώντας ως ερευνητικό εργαλείο το SF-36 Health Survey ανέφεραν ότι ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση για ακρωτηριασμό λόγω όγκου των οστών δήλωσαν χαμηλή Ποιότητα Ζωής εκτός από τη χαμηλή συναισθηματική και ψυχική κατάσταση. Καλύτερη σωματική λειτουργία ανέφεραν οι άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Τέλος, οι ασθενείς που επωμίστηκαν την ευθύνη να λάβουν την απόφαση του δικού τους ακρωτηριασμού

δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένοι και παρουσίασαν καλύτερη προσαρμοστικότητα στη νέα κατάσταση.

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Behel, Rybarczyk, Elliott, Nicholas, και Nyenhuis (2002) στο Σικάγο σε 84 άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου έδειξε ότι η Ποιότητα Ζωής τους επηρεάστηκε αρνητικά από:

- την μικρή ηλικία
- το γυναικείο φύλο
- το σύντομο διάστημα από τον ακρωτηριασμό
- το επίπεδο του ακρωτηριασμού άνωθεν του γόνατος
- το χαμηλό εισόδημα
- την αυξημένη ευπάθεια η οποία συνοδεύεται από υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και μειωμένη συνολική προσαρμογή

Στη μελέτη των Nagarajan (2004) για την Ποιότητα ζωής και τη λειτουργική ικανότητα σε μακροχρόνιους επιζώντες με ακρωτηριασμό κάτω άκρου λόγω όγκου από την παιδική ηλικία αναφέρεται ότι οι γυναίκες, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η γενική κατάσταση της υγείας καθώς επίσης και η μεγάλη ηλικία είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην Ποιότητα Ζωής, τη λειτουργικότητα και την αναπηρία.

Στην έρευνα των Zahlten –Hinguranage, Bernd, Ewerbeck, και Sabo (2004) στην οποία έγινε χρήση των ερωτηματολογίων EORTC QLQ-C30 (Γερμανική έκδοση) και QoL-FLZ Life, αναφέρεται ότι η κοινωνική αποδοχή είχε θετικό αντίκτυπο στην Ποιότητα Ζωής ασθενών μικρής ηλικίας (μέση ηλικία τα 35 έτη)

Σε μελέτη που έλαβε χώρα σε δύο κλινικές στο Οντάριο του Καναδά με χρήση Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας (VAS) εντοπίστηκε ότι η κατάθλιψη ήταν καθοριστικός παράγοντας της Ποιότητας Ζωής σε άτομα με ακρωτηριασμό άνωθεν και κάτωθεν του γόνατος. Οι συμμετέχοντες είχαν μέσο χρόνο μετά τον ακρωτηριασμό τους τα 14,5 έτη. Ακολουθούσαν σαν αμέσως επόμενοι σημαντικοί παράγοντες η αντιλαμβανόμενη προσθετική υποστήριξη και η αλληλεγγύη από το κοινωνικό σύνολο. Άλλοι παράγοντες που εντοπίστηκαν ήταν η ηλικία, οι δυσκολίες με τα προθετικά μέλη, η συνοσηρότητα και η ενασχόληση με κοινωνικές δραστηριότητες. Τέλος, η μελέτη ανέφερε πως αμέσως μετά τον ακρωτηριασμό οι συμμετέχοντες δήλωσαν πτώση της Ποιότητας Ζωής η οποία, όμως, αυξανόταν με την πάροδο του χρόνου και την καλύτερη προσαρμογή στην νέα κατάσταση (Asano, Rushton, Miller & Deathe, 2008).

Τέλος, στην ανασκοπική μελέτη των Βοζάνη κ.ά. (2017) συμπεριελήφθηκε έρευνα που διενεργήθηκε σε κέντρο αποκατάστασης κινητικότητας στη Γλασκώβη με χρήση της κλίμακας Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) σε ασθενείς με μονομερή κνημιαίο ή μηριαίο ακρωτηριασμό λόγω περιφερειακής αγγειακής νόσου και αφού είχαν παρέλθει 2 έτη από τον ακρωτηριασμό. Σε αυτή την έρευνα αναφέρθηκε emphaticά η σπουδαιότητα της κοινωνικής θέσης και η διατήρηση φιλικών επαφών με την οικογένεια και με τους φίλους (Deans, McFadyen, & Rowe, 2008).

Στην έρευνα των Ozlem Kazan Kizilkurt et al. (2020) σε Πανεπιστημιακές κλινικές της Τουρκίας διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε κνημιαίο ακρωτηριασμό είχαν καλύτερη Ποιότητα Ζωής από άλλους με ακρωτηριασμό υψηλότερου επιπέδου.

Σε σχέση με τον αθλητισμό που αφορά αυτή η εργασία, σε πρόσφατη έρευνα σε αθλητές υψηλού επιπέδου γενικά για όλα τα είδη αναπηρίας, για την διερεύνηση των παραγόντων που συντελούν στην υψηλότερη αντίληψη της Ποιότητας Ζωής δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση:

- στο μεγάλο αριθμό των εβδομαδιαίων προπονήσεων
- στη μακροχρόνια εξάσκηση
- στη συμμετοχή σε επίπεδο υψηλών επιδόσεων

(Ciampolini, Columna, Lapolli, & Iha et al., 2017)

2.4 Οφέλη αθλητισμού σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τη συμμετοχή στα σπορ ή την τακτική σωματική δραστηριότητα σε συνδυασμό με τα οφέλη και τους κινδύνους για άτομα με ακρωτηριασμό, ήταν σπάνια. Καμία συστηματική ανασκόπηση δεν υπήρχε μέχρι το 2010 που να αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα αποτελεσμάτων, όπως η εμβιομηχανική, η καρδιοπνευμονική λειτουργία, η ψυχολογία, η αθλητική συμμετοχή και τέλος οι αθλητικοί τραυματισμοί. Οι Bragaru et al. (2010) σε ανασκοπική έρευνα που πραγματοποίησαν σε 3689 άρθρα, κατέγραψαν τα παρακάτω συμπεράσματα :

- 1) τα σπορ συνδέθηκαν με οφέλη στο καρδιοπνευμονικό σύστημα, στην ψυχολογική ευεξία, στην κοινωνική επανένταξη και στην φυσική λειτουργικότητα
- 2) οι νεώτεροι συμμετέχοντες με μονομερή διακνημιαίο ακρωτηριασμό κατάφεραν καλύτερη αθλητική απόδοση και παρουσίασαν λιγότερα προβλήματα σε σύγκριση με μεγαλύτερους ηλικιακά συμμετέχοντες με διμερή διαμηριαίο ακρωτηριασμό.
- 3) αθλητικές προσθετικές συσκευές χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από τους εν ενεργεία αθλητές.
- 4) η γενική φυσική κατάσταση για άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου είναι χειρότερη σε σύγκριση με αρτιμελή που έχουν την ίδια ηλικία
- 5) τα άτομα με ακρωτηριασμό άκρου έχουν καλύτερη αερόβια και αναερόβια δύναμη σε σχέση με άτομα με άλλες κινητικές αναπηρίες
- 6) η συμμετοχή σε σπορ ή άλλες φυσικές δραστηριότητες είχε ωφέλιμη επίδραση στη μυϊκή δύναμη και στο Δείκτη Μάζας Σώματος
- 7) ο χρόνος αποκατάστασης ήταν συντομότερος, όταν, στο πρόγραμμα αποκατάστασης συμπεριλαμβανόταν φυσική άσκηση
- 8) η ποιότητα ζωής και το αίσθημα αυτοπεποίθησης ατόμων που αθλούνταν ήταν υψηλότερα σε σύγκριση με άτομα που επέλεξαν να μην έχουν συμμετοχή σε σπορ
- 9) αύξηση των κοινωνικών επαφών και εμπλουτισμός των γνώσεων σε σχέση με τον αθλητικό εξοπλισμό που μπορεί να διευκολύνει τη συμμετοχή στα σπορ
- 10) η σωματική δραστηριότητα μειώθηκε μετά τον ακρωτηριασμό ως άμεσο αποτέλεσμα σωματικών περιορισμών και ζητημάτων προσβασιμότητας
- 11) η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο ακρωτηριασμού βρέθηκαν να επηρεάζουν την απόδοση στο τρέξιμο και στο άλμα σε μήκος σε αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρων
- 12) οι ψυχολογικές επιπτώσεις της αναπηρίας σε αθλητές με ακρωτηριασμό άκρου βρέθηκαν να είναι μικρότερες σε σύγκριση με αθλητές που είχαν άλλου είδους αναπηρία όπως οπτικοακουστική αναπηρία ή τραυματισμό στην σπονδυλική στήλη. Αυτό αποτελεί ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα δεδομένου ότι ένας ακρωτηριασμός θεωρείται από τα αρτιμελή άτομα σαν μια από τις χειρότερες σωματικές αναπηρίες.

13) τα ψυχολογικά οφέλη για τα άτομα με ακρωτηριασμό είναι τουλάχιστον ίσα με αυτά που βιώνει ένας αρτιμελής άνθρωπος μέσω της συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα

14) τα σπορ πρέπει να περιλαμβάνονται σε προγράμματα αποκατάστασης και τα άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου θα πρέπει να ενθαρρύνονται να έχουν μια ενεργή φυσική δραστηριότητα μετά την ολοκλήρωση της νοσοκομειακής τους περίθαλψης

15) όταν τα άτομα με ακρωτηριασμό συμμετέχουν σε σπορ και φυσικές δραστηριότητες, μπορούν να παραμερίσουν τις ανησυχίες τους που σχετίζονται με την αναπηρία τους. Επειδή η πλειοψηφία αυτών των ατόμων έχει και κάποιο χρόνιο υποκείμενο νόσημα, μέσω της ενθάρρυνσης για συμμετοχή στα σπορ μπορεί να βοηθηθούν να ξεπεράσουν την αναπηρία μέσω της τόνωσης της αυτοπεποίθησης και της αυτοεικόνας τους.

16) όταν περιβάλλονται από άλλα άτομα με σωματικές αναπηρίες, τα άτομα με ακρωτηριασμό άκρων αποκτούν ένα αίσθημα κανονικότητας και νιώθουν πιο άνετα και πιο εξοικειωμένα με την αναπηρία τους.

17) τα περισσότερα άτομα με ακρωτηριασμό δεν χρησιμοποιούσαν αθλητικές προθέσεις εξαιτίας του υψηλού κόστους, της ελλιπής ενημέρωσης γύρω από τις προθέσεις ή της άποψης ότι δεν τις θεωρούν υποχρεωτικές

18) τα άτομα με αγγειακό ακρωτηριασμό είναι πιο αδρανή σε σχέση με άτομα που ο ακρωτηριασμός τους έχει προέλθει από άλλη αιτία

19) οι μυϊκοί πόνοι που προέρχονται από ενασχόληση με τα σπορ είναι πιο συχνοί μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και ατόμων με άλλη σωματική αναπηρία. Η διαφορά αυτή πιθανόν να τεκμηριώνεται από τη σχετικά περιορισμένη ποσότητα μυϊκού ιστού που είναι ακόμη διαθέσιμος και ο οποίος, όμως, υπόκειται σε πιο έντονη χρήση σε σύγκριση με άτομα με άλλη σωματική αναπηρία

Οι Yazicioglu, Yavuz, Goktepe, και Tan (2012) πραγματοποίησαν μια έρευνα σε 60 άτομα με σωματική αναπηρία (παραπληγία και ακρωτηριασμό) τα 30 εξ αυτών ήταν elite αθλητές και τα υπόλοιπα 30 δεν εμπλέκονταν σε κάποιο προσαρμοσμένο άθλημα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που συμμετείχαν σε προσαρμοσμένα αθλήματα (τοξοβολία, καλαθοσφαίριση, σκοποβολή με αεροβόλο πιστόλι, ποδόσφαιρο για άτομα με ακρωτηριασμό) είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής σε

σχέση με τα υπόλοιπα που δεν αθλούνταν. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι τα προσαρμοσμένα αθλήματα μπορούν να αντικαταστήσουν επίσημα την φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση διότι αποτελούν από μόνα τους μια θεραπευτική δραστηριότητα αναψυχής.

Αποτελέσματα έρευνας αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής σε αθλητές με αναπηρία οι οποίοι προπονούνταν συστηματικά σε προσαρμοσμένα αθλήματα, εντόπισαν καλύτερη αντίληψη της Ποιότητας Ζωής αυτών των ατόμων σε σύγκριση με τους αδρανείς συνομηλίκους τους. (Chtzilelecas, Filipovic, & Petrinovic, 2015)

Οι Chorpra et al. (2018) συνέλεξαν στοιχεία από τον Οκτώβρη του 2005 έως το Νοέμβρη του 2016 από 206 ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας 63 ± 13.5 που υποβλήθηκαν σε ακρωτηριασμό κάτω άκρου (90,9% κάτωθεν του γόνατος, 13% δια μέσω του γονάτου και 7,8% άνωθεν του γόνατος) λόγω οξείας και κρίσιμης ισχαιμίας άκρου, μόλυνσης και άλλων αιτιών. Η εκτιμώμενη επιβίωση 1 έτους ήταν 83% και ήταν 15% χαμηλότερη σε μη περιπατητικούς ασθενείς Το συνολικό ποσοστό περιπατητικών ένα χρόνο μετά τον ακρωτηριασμό ήταν 46,1%. Οι μη περιπατητικοί ασθενείς είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος, χαμηλότερο προεγχειρητικό αιματοκρίτη, υψηλότερο τροποποιημένο δείκτη ευθραυστότητας, υψηλότερη χρόνια χρήση αλκοόλ, εξαρτημένη προεγχειρητική λειτουργική κατάσταση και έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης, υπήρχαν λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν και ήταν πολύ πιθανό να έχουν και έναν επόμενο ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευονται ότι το 50% από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ακρωτηριασμό κάτω άκρου είναι περιπατητικοί μετά τον ακρωτηριασμό. Η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας στην περιπατητική κατάσταση μετά τον ακρωτηριασμό μπορεί να παρακινήσει τους ασθενείς να βελτιώσουν το επίπεδο της φυσικής τους κατάστασης, για να επιτύχουν επιτυχή βάρδιση.

Η ποιοτική έρευνα των Katsanou, Anagnostopoulos και Fragkiadaki (2020) έδειξε πως ο αθλητισμός διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην προσαρμογή, τόσο στο πρόσθετο μέλος, όσο και στην επαναξιολόγηση της δύσκολης εμπειρίας του ακρωτηριασμού. Η απώλεια άκρου είναι καθημερινά παρούσα για τον ακρωτηριασθέντα. Όμως, η σωματική και ψυχολογική ανάταση μαζί με τις αθλητικές διακρίσεις, την αναγνωρισιμότητα και την κοινωνική αποδοχή που παρέχει ο παραθλητισμός οδηγούν σε μια αρμονική συμφιλίωση μεταξύ ατόμου, σώματος και τεχνητού μέλους.

Τέλος, στην ποιοτική μελέτη που διεξήχθη στη Ρουμανία σε αθλητές με ακρωτηριασμό που συμμετέχουν σε Παραολυμπιακά αθλήματα, οι Du Plessis και Berteau (2020) ανέφεραν πως οι συμμετέχοντες δήλωσαν ανάπτυξη καλού μυϊκού τόνου, κινητικότητας και αντοχής, μείωση στρες, βελτίωση συγκέντρωσης καθώς επίσης και γρήγορη διαδικασία ψυχικής επούλωσης και εύρεση δύναμης να σχεδιάσουν τις μελλοντικές τους ενέργειες σχετικά με την ανάρρωση και το βήμα προς τα εμπρός.

2.4.1 Στατιστικά συμμετοχής στα Σπορ ατόμων με ακρωτηριασμό

Οι Nolan και Lees (2007) ανέφεραν ότι περισσότεροι άνδρες με ακρωτηριασμό συμμετείχαν σε αθλήματα συγκριτικά με τις γυναίκες και συμπληρώνουν πως η αθλητική δραστηριότητα που επιλέγουν διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο.

Στην ανασκοπική μελέτη των Bragaru et al. (2011) αναφέρεται ότι στην Ευρώπη το 11-39% των ατόμων με ακρωτηριασμό άκρου συμμετέχει σε σπορ ή σε άλλες τακτικές αθλητικές δραστηριότητες ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το ποσοστό κυμαίνεται στο 61%. Αυτό το υψηλό ποσοστό μπορεί να επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του δείγματος στις αμερικανικές έρευνες συμπεριλαμβανομένου του μέσου όρου ηλικίας των 52 ετών και του κυρίως τραυματικού ακρωτηριασμού άκρου στα δείγματα της μελέτης. Γενικά τα άτομα με ακρωτηριασμούς άκρων είναι μεγαλύτερα από 65 ετών και περισσότερο από το 80% έχουν αγγειακή αιτία ακρωτηριασμού. Η διαφορά μεταξύ των μελετών Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής μπορεί να εντοπίζεται και στις γενικές διαφορές στα σπορ και στις συνήθειες των Ευρωπαίων και των Αμερικανών σε σχέση με την σωματική άσκηση. Τα αθλήματα που προτιμούνται περισσότερο είναι η κολύμβηση, η ποδηλασία, το γκολφ, το ψάρεμα και η γενική φυσική κατάσταση.

Η έρευνα των Matthews, Sukeik, και Haddad (2014) συμφωνεί με τους Bragaru et al. (2011) πως τα κυριότερα αθλήματα που επιλέγουν τα άτομα με ακρωτηριασμό είναι το ψάρεμα, η κολύμβηση, το γκολφ, η γενική φυσική κατάσταση και συμπληρώνουν επιπροσθέτως και το περπάτημα. Επιπλέον αναφέρουν πως οι δραστηριότητες που επιλέγουν επηρεάζονται από το φύλο, την ενεργειακή απαίτηση του αθλήματος και το φορτίο στο προσθετικό άκρο.

2.5 Κλασικός Αθλητισμός και κατηγορία Έλλειμμα-Απουσία μέλους

2.5.1 Παραολυμπιακοί Αγώνες

Οι πρώτοι αγώνες για αθλητές με αναπηρία έλαβαν χώρα το 1948 στο Stoke Mandeville της Αγγλίας. Οι πρώτοι Παραολυμπιακοί Αγώνες διεξήχθησαν το 1960 στη Ρώμη. Έκτοτε κάθε τέσσερα χρόνια, μετά την ολοκλήρωση των Ολυμπιακών Αγώνων, περίπου 4000 αθλητές με διαφορετικούς τύπους αναπηρίας συγκεντρώνονται από 160 χώρες, για να αγωνιστούν σε 20 θερινά αθλήματα. Παρομοίως και οι Χειμερινοί Παραολυμπιακοί Αγώνες διεξάγονται κάθε τέσσερα χρόνια με συμμετοχή περίπου 500 αθλητών σε 5 αθλήματα.

Ο Στίβος συμπεριελήφθη στο αγωνιστικό πρόγραμμα των πρώτων Παραολυμπιακών Αγώνων το 1960, στη Ρώμη, όπου συμμετείχαν μόνο αθλητές με αμαξίδιο. Το 1976, στο Τορόντο του Καναδά, αγωνίστηκαν για πρώτη φορά αθλητές με ακρωτηριασμό και αθλητές με έλλειμμα όρασης, ενώ στους Αγώνες του Άρνεμ (Ολλανδία) το 1980 έλαβαν μέρος και αθλητές με εγκεφαλική παράλυση. Από το 1984 και έπειτα, αθλητές με αναπηρία συμμετέχουν σε αγώνες επίδειξης στους Ολυμπιακούς Αγώνες, ενώ από το 1987 συμμετέχουν σε αγώνες επίδειξης και σε Παγκόσμια Πρωταθλήματα Στίβου της IAAF. Στους Παραολυμπιακούς Αγώνες που φιλοξένησε το Tokyo το 2021 η Ελλάδα εκπροσωπήθηκε στον Κλασικό Αθλητισμό από 17 αθλητές (14 άνδρες και 3 γυναίκες).

Τα Παραολυμπιακά αθλήματα είναι είτε προσαρμογές των αντίστοιχων Ολυμπιακών αθλημάτων είτε είναι εμπνευσμένα εξ αρχής με βάση τον τύπο της αναπηρίας όπως συμβαίνει παραδείγματος χάρη με το goal ball για αθλητές με μειωμένη όραση. Στον Κλασικό Αθλητισμό που αφορά αυτή η εργασία τα αγωνίσματα εμπίπτουν στην πρώτη κατηγορία δηλαδή είναι προσαρμοσμένα στα αντίστοιχα Ολυμπιακά αγωνίσματα. (Greece Paralympic Committee, GPC)

2.5.2 Αγωνίσματα Κλασικού Αθλητισμού στους Παραολυμπιακούς Αγώνες

Τα Αγωνίσματα Κλασικού Αθλητισμού στους Παραολυμπιακούς αγώνες ταξινομούνται σε:

Δρομικά Αγωνίσματα (100μ, 200μ, 400μ, 800μ, 1500μ, 5000μ, 10000μ, 4x100μ, 4x400μ)

Ριπτικά Αγωνίσματα (σφαιροβολία, δισκοβολία, ακοντισμός, κορύνα (club))

Άλματα (μήκος, ύψος, τριπλούν)

Πένταθλο (άλμα εις μήκος, σφαιροβολία, 100μ, δίσκος, 400μ)

Μαραθώνιος δρόμος

2.5.3 Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργίας της αναπηρίας και της υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

Το 2007 η Διεθνής Παραολυμπιακή Επιτροπή (International Paralympic Committee, IPC) ενέκρινε έναν κώδικα, τη Διεθνή Ταξινόμηση Λειτουργίας της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), μέσω του οποίου διασφαλίζεται ότι η επιτυχία του αθλητή καθορίζεται από:

- την ικανότητα
- τη δύναμη
- την αντοχή
- την στρατηγική
- την φυσική προετοιμασία
- το ταλέντο
- την ψυχολογική κατάσταση
- τις τεχνικές δεξιότητες
- την προσήλωση στην αθλητική δραστηριότητα

Εξαιτίας της δημοτικότητας και αυξημένης συμμετοχής στα Παραολυμπιακά αθλήματα κρίθηκε σκόπιμος ο ορισμός τύπων αναπηρίας που μπορούν να λαμβάνουν μέρος. Η Ομοσπονδία Παραολυμπιακών Αγώνων έχει ορίσει 10 επιλέξιμες κατηγορίες αθλητών για συμμετοχή σε παραολυμπιακά αθλήματα, ανάλογα με το είδος της αναπηρίας:

- 1.Μειωμένη μυϊκή ισχύς
- 2.Περιορισμός του εύρους κίνησης των αρθρώσεων
- 3.Έλλειμμα (απουσία) μέλους
- 4.Ανισοσκελεία
- 5.Κοντό ανάστημα

6.Υπερτονία μυών

7.Αταξία

8.Αθέτωση

9.Έλλειμμα όρασης

10. Διαταραχές γνωστικών(νοητικών) διαταραχών

Κατά τους Webbhorn και Van de Vliet (2012) αναφέρεται ότι οι παραολυμπιακοί αθλητές αγωνίζονται σε έξι ομάδες αναπηρίας: ακρωτηριασμό ή ελλείψεις άκρων ,εγκεφαλική παράλυση, κάκωση νωτιαίου μυελού, προβλήματα όρασης, νοητική ανεπάρκεια και τέλος μια σειρά από διαταραχές με σωματική βλάβη που δεν εμπίπτουν σε άλλες κατηγορίες ταξινόμησης, γνωστές ως les autres.

Σύμφωνα με τους Tweedy, Beckman, και Connick (2014) η ICF χωρίζει τις βλάβες σε 2 διαφορετικούς τύπους:

- βλάβες των λειτουργιών του σώματος, όπως βλάβες της οπτικής λειτουργίας, της πνευματικής λειτουργίας και των νευρομυοσκελετικών λειτουργιών (π.χ. μυϊκή δύναμη).
- βλάβη των δομών του σώματος, που είναι τα ανατομικά μέρη (π.χ. ακρωτηριασμός).

Σύμφωνα με το World Para Athletics (Classification, Rules, Regulations, 2018) η ταξινόμηση πραγματοποιείται για :

- να καθορίσει ποιος είναι επιλέξιμος να διαγωνιστεί στα Παρα- Σπορ και συνεπώς ποιος έχει την δυνατότητα να φτάσει το στόχο να στεφθεί Παραολυμπιονίκης
- να ομαδοποιήσει τους αθλητές σε ομάδες στοχεύοντας να διασφαλιστεί ότι ο αντίκτυπος της βλάβης ελαχιστοποιείται και η αθλητική αριστεία καθορίζει ποιος αθλητής ή ομάδα θα είναι τελικά νικητής.

Για τη νόμιμη συμμετοχή στα Παραολυμπιακά αθλήματα, τα άτομα με αναπηρία θα πρέπει να παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα από τα δέκα κριτήρια επιλεξιμότητας (οκτώ για τη σωματική αναπηρία, ένα για την οπτική αναπηρία και ένα για τη διανοητική αναπηρία) που υποδεικνύονται από τη Διεθνή Παραολυμπιακή Επιτροπή (International Paralympic Committee, 2015).

2.5.4 Κατηγορία Έλλειμμα - Απουσία μέλους

Με βάση τις προαναφερθείσες κατηγορίες οι αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρου εμπίπτουν στην κατηγορία έλλειμμα (απουσία) μέλους. Σύμφωνα με όσα αναφέρονται στα World Para Athletics (Classification, Rules, Regulations, 2018) συνολικά οι αγωνιστικές κατηγορίες στον Κλασικό Αθλητισμό είναι 23 για τα αγωνίσματα του στίβου (Track) και 26 για τα αγωνίσματα των ρίψεων (Field). Συγκεκριμένα για άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου, στα οποία αναφέρεται η παρούσα έρευνα οι αγωνιστικές κατηγορίες είναι:

1. T/F1 (αγωνίζονται από όρθια θέση στους αγώνες δρόμων, στα άλματα και στις ρίψεις). Αφορά αμφοτερόπλευρο ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος και χρήση δύο προθεμάτων ή ανισοσκελία με πρόθεση.
2. T/F62 (αγωνίζονται από όρθια θέση στους αγώνες δρόμων, στα άλματα και στις ρίψεις). Αφορά αμφοτερόπλευρο ακρωτηριασμό κάτωθεν του γόνατος και χρήση δύο προθεμάτων ή ανισοσκελία με πρόθεση.
3. T/F63 (αγωνίζονται από όρθια θέση στους αγώνες δρόμων, στα άλματα και στις ρίψεις). Αφορά ετερόπλευρο ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος, με μια πρόθεση ή ανισοσκελία με πρόθεση.
4. T/F64 (αγωνίζονται από όρθια θέση στους αγώνες δρόμων, στα άλματα και στις ρίψεις). Αφορά ετερόπλευρο ακρωτηριασμό κάτωθεν του γόνατος ή ανισοσκελία με πρόθεση.

Για τις κατηγορίες TF61, TF62, TF63 και TF64 οι αθλητές που έχουν ακρωτηριασμό κάτω άκρου/άκρων και δεν χρησιμοποιούν πρόθεση/προθέσεις δεν μπορούν να είναι επιλέξιμοι να διαγωνιστούν σε αυτές τις κατηγορίες.

5. F57 (αγωνίζονται από καθιστή θέση στις ρίψεις). Αφορά αθλητές με ανισοσκελία ή δυσκαμψία αρθρώσεων ή με έκπτωση της μυϊκής δύναμης ή με έλλειμμα μέλους που δεν κατηγοριοποιούνται σε άλλη κατηγορία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα στην γεωγραφική περιοχή της Ελλάδος από τον Οκτώβριο του 2021 έως και τον Ιανουάριο του 2022 και έγινε μέσω ποσοτικής έρευνας με χρήση επιστημονικών ερωτηματολογίων (TAPES-R και SF6v2) και δημογραφικών στοιχείων.

3.1 Δείγμα

Η έρευνα απευθύνθηκε σε εν ενεργεία αθλητές Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρων και σε άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων χωρίς καμία συμμετοχή σε αθλητική δραστηριότητα. Οι εν ενεργεία αθλητές που εντοπίστηκαν στα αποτελέσματα αγώνων της ΕΑΟΜ-ΑμεΑ ήταν 34 από όλες τις αγωνιστικές κατηγορίες (T/F61, T/F62, T/F63, TF64 και F57) όλων των ηλικιακών κατηγοριών. Από αυτούς ανταποκρίθηκαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνολικά 19. Οι 5 έχουν συμμετοχή σε Παραολυμπιακούς, οι 2 σε Παγκόσμιους, οι 4 σε Ευρωπαϊκούς, οι 3 σε Πανελλήνιους και 5 αθλητές προς το παρόν μόνο σε Διασυλλογικούς Αγώνες. Επιπλέον 3 άτομα με ακρωτηριασμό συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο έχοντας δραστηριότητα στα αγωνίσματα του στίβου σε ερασιτεχνικό, όμως, επίπεδο. Αναλόγως διερευνήθηκαν οι απαντήσεις από 31 άτομα με ακρωτηριασμό που δεν συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, προκειμένου να γίνει αντιπαραβολή των αποτελεσμάτων.

Σαν ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 53 εν ενεργεία αρτιμελείς αθλητές Κλασικού Αθλητισμού διαφόρων αγωνιστικών κατηγοριών. Από αυτούς οι 10 είχαν συμμετοχή σε Ολυμπιακούς Αγώνες, οι 11 είχαν συμμετοχή σε Παγκόσμιους, οι 6 είχαν συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς, οι 4 σε Βαλκανικούς, οι 21 σε Πανελλήνιους και 1 είχε την εμπειρία μόνο των Διασυλλογικών Αγώνων.

Κριτήρια επιλογής για τους συμμετέχοντες αθλητές και μη αθλητές με ακρωτηριασμό ήταν:

- κατώτερο όριο ηλικίας τα 18 έτη και δεν υπήρξε ανώτερο όριο ηλικίας. Σχετικά με το κατώτερο όριο ηλικίας αυτό προέκυψε από τα

αποτελέσματα των αγώνων και τα πανελλήνια ρεκόρ που κοινοποιούνται στην επίσημη σελίδα της EAOM-ΑμεΑ όπου εντοπίστηκε ότι στις κατηγορίες K17 και K20 δεν υπάρχουν αθλητές που να ανήκουν στις κατηγορίες TF61, TF62, TF63, TF64, F57. Επομένως αποφασίστηκε όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα (άτομα με ακρωτηριασμό και αρτιμελείς αθλητές) να είναι ενήλικες.

- να διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα
- με κανένα περιορισμό για το χρόνο που έχει παρέλθει από τον ακρωτηριασμό
- με χρήση, κυρίως, πρόθεσης ή συνδυασμό πρόθεσης και αναπηρικού τροχήλατου
- οι συμμετέχοντες έπρεπε να γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή
- χωρίς κανένα περιορισμό για το εκπαιδευτικό επίπεδο
- να κατανοούν όρους σε σχέση με τον ακρωτηριασμό πχ μέλος –φάντασμα
- οι αθλητές με ακρωτηριασμό να γνωρίζουν τις κατηγορίες (classification) στις οποίες αγωνίζονται στον Κλασικό Αθλητισμό με βάση το είδος ακρωτηριασμού τους.

Τέλος, συμμετέχοντες που δεν πληρούσαν τα προαναφερθέντα κριτήρια ή η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ελλιπής, απορρίφθηκαν από την έρευνα.

3.2 Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τρία μέρη:

α)δημογραφικά στοιχεία σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής καθώς και δεδομένα σχετικά με τον ακρωτηριασμό, όπως η αιτιολογία, η ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης, η πλευρικότητα, το σημείο του ακρωτηριασμού, η χρήση πρόθεσης ή αναπηρικού τροχήλατου, το συνολικό διάστημα χρήσης της σημερινής πρόθεσης και η ημερήσια χρήση πρόθεσης ή τροχήλατου.

Μόνο από τους αθλητές με ακρωτηριασμό και τους αρτιμελείς αθλητές Κλασικού Αθλητισμού ζητήθηκε να αναφέρουν την ομάδα αγωνισμάτων που συμμετέχουν (δρόμους, άλματα, ρίψεις), την αγωνιστική κατηγορία, το υψηλότερο επίπεδο αγώνων που έχουν συμμετάσχει (Ολυμπιακοί-Παραολυμπιακοί Αγώνες,

Παγκόσμιοι, Ευρωπαϊκοί, Βαλκανικοί, Διασυλλογικοί) και τον αριθμό των εβδομαδιαίων προπονήσεων.

β)Ερωτηματολόγιο TAPES-R (Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales Revised) (Gallagher, Dasmond, & MacLachlan, 2010). Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης για άτομα με χαμηλό ακρωτηριασμό που αναπτύχθηκε αρχικά το 2000 στο Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου του Δουβλίνου-Ιρλανδία (TAPES) και το οποίο διερευνά τις διάφορες πτυχές της χρήσης πρόθεσης όπως την ψυχοκοινωνική προσαρμογή, τον περιορισμό της δραστηριότητας, την ικανοποίηση από την πρόθεση, την εμπειρία του υπολειπόμενου πόνου στα άκρα, τον πόνο στο μέλος-φάντασμα και άλλες ιατρικές επιπλοκές. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Επιπλέον έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες όπως στα πορτογαλικά, καμποτζιανά, σουηδικά, ιταλικά, τούρκικα και πέρσικα αλλά δεν έχει σταθμιστεί ακόμα στην ελληνική πραγματικότητα. Έχει αποδείξει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Πρόσφατα έχει γίνει μια σκόπιμη αναθεώρηση του ερωτηματολογίου σε TAPES-R το 2010 που αφορά στην ψυχομετρική αξιολόγηση χρησιμοποιώντας την Κλασική θεωρία τεστ και ανάλυση Rasch. Η Rasch παρέχει μια πληθώρα ψυχομετρικών πληροφοριών που δεν είναι αποκτήσιμη μέσω της κλασικής θεωρίας δοκιμών. Στην εν λόγω εργασία χρησιμοποιήθηκε μόνο το δεύτερο μέρος του TAPES-R.

γ)Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36v2 (Ελληνική Έκδοση) (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005). Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής, το οποίο αξιολογεί τη φυσική και πνευματική υγεία του ατόμου και παρουσιάζει μεγάλη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το SF-36 έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 50 γλώσσες μεταξύ των οποίων και στην ελληνική, χρήση του οποίου γίνεται στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα με τον Framework (1992) το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που αφορούν 8 κλίμακες, όπου η κάθε μια αποτελείται από 2-10 ερωτήσεις:

1)Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functionary). Αφορά περιορισμούς στις σωματικές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας

2)Ρόλος-Σωματικός (Role Physical). Αφορά περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητες ρόλων λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας.

3)Σωματικός Πόνος (Bodily Pain). Αφορά στο σωματικό πόνο

- 4)Γενική Υγεία (General Health). Αφορά στις γενικές αντιλήψεις για την υγεία.
- 5)Ζωτικότητα (Vitality). Αναφέρεται στην ενέργεια και στην κόπωση
- 6)Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functionary). Αφορά περιορισμούς στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων
- 7)Ρόλος –Συναισθηματικός (Role Emotional). Αφορά περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων
- 8)Ψυχική Υγεία (Mental Health). Αναφέρεται στην ψυχολογική δυσφορία και ευεξία

Συνολικά το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας περιελάμβανε 49 ερωτήσεις, ήταν σύντομο και απλό στη χρήση και δεν απαιτούσε παραπάνω από 10 λεπτά για την συμπλήρωση του.

Επισήμανση: Οι αρτιμελείς αθλητές συμπλήρωσαν διαφορετικό ερωτηματολόγιο από αυτό που συμπλήρωσαν τα άτομα με ακρωτηριασμό το οποίο περιελάμβανε μόνο δημογραφικά στοιχεία και το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36v2 (Ελληνική Έκδοση).

Και τα δύο ερωτηματολόγια τόσο των ατόμων με ακρωτηριασμό όσο και των αρτιμελών συμμετεχόντων περιλαμβάνονται στο Παραρτήμα Β και Γ αντίστοιχα.

3.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Υπήρξε επικοινωνία με τους δημιουργούς των πρωτότυπων ερωτηματολογίων:

- TAPES-R (Gallagher, Desmond, & MacLachlan, 2010)
- SF-36v2(Ελληνική Έκδοση) (Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005)

για εξασφάλιση της έγγραφης άδειας των κατόχων των πνευματικών δικαιωμάτων των ερωτηματολογίων. Υπήρξε θετική ανταπόκριση από την κ.Pamela Gallagher για τη χρήση του TAPES-R η οποία επισυνάπτεται στο Παράρτημα Α. Δυστυχώς δεν υπήρξε η αντίστοιχη ανταπόκριση των δημιουργών του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής SF-36v2 (Ελληνική Έκδοση).

Η επικεφαλής ερευνήτρια απευθύνθηκε σε ειδικό επαγγελματία υγείας για το καθορισμό των κλινικών εννοιών για κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου και την αποφυγή απώλειας της αυθεντικότητας.

Παράλληλα, η ερευνήτρια για το ερωτηματολόγιο TAPES-R απευθύνθηκε σε δύο δίγλωσσους μεταφραστές, οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα με μητρική τους γλώσσα την Ελληνική αλλά και με υψηλού επιπέδου γλωσσικής επάρκειας και στην Αγγλική με σκοπό τη μετάφραση και την διαπολιτισμική προσαρμογή του ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου. Αρχικά έγινε μετάφραση από τον έναν εκ των δύο μεταφραστών του ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου στα Ελληνικά ή αλλιώς «μετάφραση προς τα εμπρός» (forward translation). Κατόπιν ο δεύτερος μεταφραστής πραγματοποίησε «μετάφραση προς τα πίσω» (backward translation) δηλαδή μετέφρασε το μεταφρασμένο στα Ελληνικά πλέον ερωτηματολόγιο του προηγούμενου στη γλώσσα του πρωτότυπου ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου. Στο τέλος έγινε συγχώνευση των μεταφράσεων που προέκυψαν ώστε να δημιουργηθεί η τελική μορφή του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου στα Ελληνικά.

Κύριο σκοπό αποτέλεσε η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου που αφενός να μην αλλοτριώνει το περιεχόμενο του πρωτότυπου και αφετέρου να είναι αντιληπτό από το νέο πληθυσμό –στόχο αποδίδοντας κατάλληλα τις εννοιολογικές ιδιαιτερότητες τόσο της γλώσσας του πρωτότυπου αγγλικού ερωτηματολογίου όσο και της ελληνικής (Archives of Hellenic Medicine, 2019).

Υπήρξε έγγραφη αδειοδότηση από την ΕΑΟΜ-ΑμεΑ η οποία και κοινοποίησε το ερωτηματολόγιο σε όλα τα αθλητικά σωματεία ΑμεΑ ανά την Ελλάδα στα οποία λειτουργούν τμήματα στίβου. Η άδεια επισυνάπτεται στα Παράρτημα Β. Επιπλέον μέσω των πινακίων επίσημων αγώνων Κλασικού Αθλητισμού (Διασυλλογικά Πρωταθλήματα, Πανελλήνια Πρωταθλήματα, Διεθνείς Διοργανώσεις) εντοπίστηκαν τα ονόματα των εν ενεργεία αθλητών στίβου και στους οποίους κοινοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο τόσο στις επίσημες σελίδες που διατηρούν όσο και στους προσωπικούς λογαριασμούς στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ουσιαστική ήταν και η βοήθεια προπονητών στίβου ΑμεΑ καθώς και αρκετών Παραολυμπιονικών οι οποίοι με τη δειγματοληπτική τεχνική της χιονοστιβάδας (Παπαγεωργίου, 2014) προώθησαν το ερωτηματολόγιο σε εν ενεργεία αθλητές που ήταν επιφυλακτικοί στη συμπλήρωσή του.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε από εταιρείες κατασκευής τεχνητών μελών, κυρίως, στην Αθήνα (Crc –Chronopoulos Rehabilitation Center, Rehabilne-Άγγελος & Ξενοφών Χρονόπουλος-Μιχάλης Γουγής). Μέσω αυτών των εταιρειών έγινε η προσέγγιση τόσο των εν ενεργεία αθλητών στίβου με ακρωτηριασμό

κάτω άκρων όσο και ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων χωρίς αθλητική δραστηριότητα.

Πολύτιμη ήταν η συνδρομή της κοινοποίησης του ερωτηματολογίου σε σελίδες όπως Κοινότητα Ατόμων με Τεχνητά Μέλη και Ακρωτηριασμένοι Ελλάδος (Amputees in Greece).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας μορφοποιήθηκε μέσω της εφαρμογής Google Forms. Πρόκειται για ένα λογισμικό διαχείρισης έρευνας που διατίθεται δωρεάν από την Google. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εισήχθησαν αυτόματα σε υπολογιστικό φύλλο χωρίς ποτέ η εν λόγω ερευνήτρια να δει τα προσωπικά δεδομένα του κάθε συμμετέχοντα. Με τον τρόπο αυτό τηρήθηκαν οι κανόνες ερευνητικής δεοντολογίας αναφορικά με τη διατήρηση της ανωνυμίας.

Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν μελέτες που είναι δημοσιευμένες, κυρίως, μετά το 2007. Οι μηχανές αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: PubMed, Google Scholar όπως επίσης και ο ιστότοπος ScienceDirect. Η στρατηγική αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν με συνδυασμό λέξεων-κλειδιά, ελεύθερο κείμενο και δεν εφαρμόστηκαν περιορισμοί όσο αφορά την γλώσσα. Αποκλείστηκαν άρθρα που αναφέρονταν σε ακρωτηριασμούς άνω άκρων, ακρωτηριασμούς σε άλλα σημεία του σώματος (πχ αφτιά, στήθος) και ενδοπροσθέσεις.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Όλα τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκαν, εισήχθησαν στο λογισμικό SPSS (έκδοση 28.0.1), ελέγχθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά. Οι ποιοτικές μεταβλητές (συμπεριλαμβανομένου του φύλου, των χαρακτηριστικών του ακρωτηριασμού, του χρόνου που έχει παρέλθει από τον ακρωτηριασμό και του ανατομικού επιπέδου του ακρωτηριασμού) παρουσιάστηκαν ως συχνότητες και ποσοστά. Οι ποσοτικές μεταβλητές συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας και των τομέων της έρευνας του SF-36 παρουσιάστηκαν ως μέσος όρος και τυπική απόκλιση. Για σύγκριση της διαφοράς στα δεδομένα μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ανεξάρτητο δείγμα t-test, MANOVA και MANOVA με μεταβλητές ελέγχου, Multivariate Test, τεστ ανάλυσης Pillai's Trace,

Levene's Test, έλεγχος Mann Whitney, Chi-Square Test's και δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha. Οι διάφορες τιμές με $p < 0,05$ θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

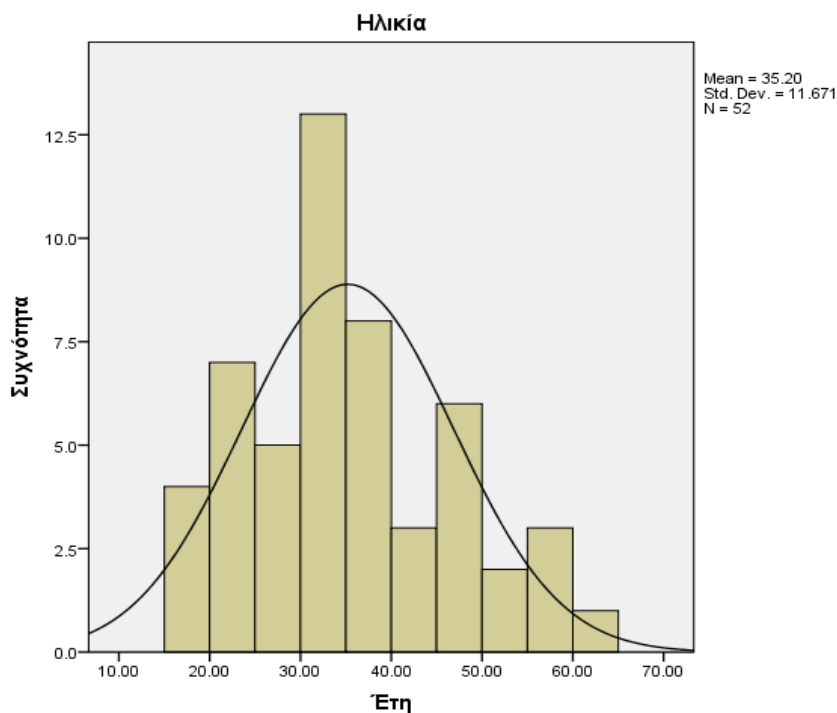
1. Ηλικία

I. Άτομα με ακρωτηριασμό

Στο δείγμα των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων (N=52) η μέση ηλικία είναι 35,2 (TA=11,67). Η ηλικία για τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό παρουσιάζει κανονική κατανομή όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1 και στον έλεγχο κανονικότητας .

Πίνακας 4.1 Περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων

| | N | M | Mdn | SD | Range |
|--------|----|------|-------|-------|-------|
| Ηλικία | 52 | 35.2 | 33.22 | 11.67 | 49.11 |



Διάγραμμα 4.1 Ιστόγραμμα για την ηλικία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων

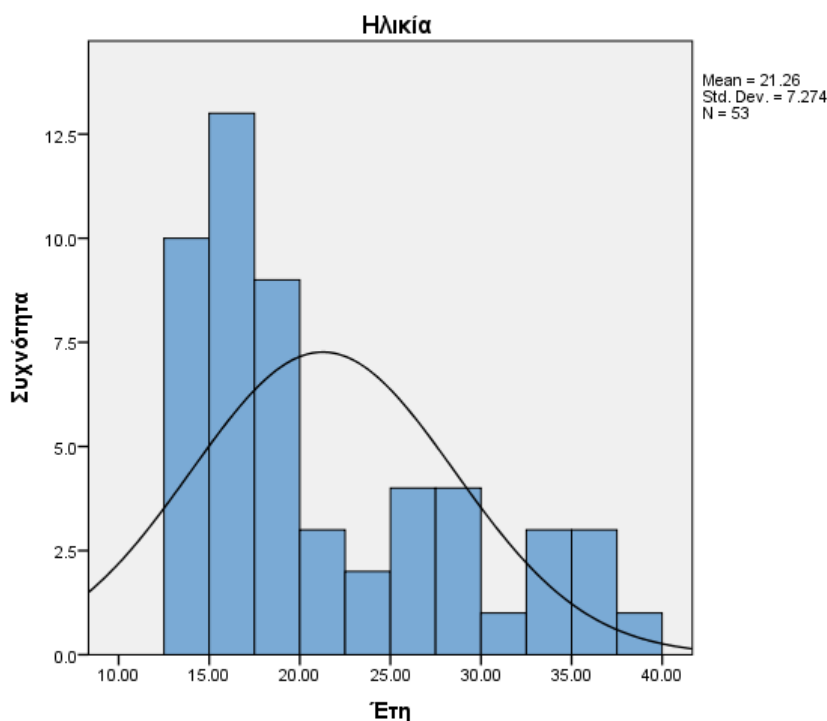
Από το δείγμα των ατόμων με ακρωτηριασμό, οι 31 συμμετέχοντες δεν ήταν αθλητές στίβου και οι 21 ήταν αθλητές στίβου. Το t-test ανεξάρτητων δειγμάτων έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και μη αθλητών με ακρωτηριασμό όσον αφορά την ηλικία ($t=-1.16, p>.05$).

II. Αρτιμελείς

Στο δείγμα των συμμετεχόντων αρτιμελών αθλητών (N=53) η μέση ηλικία είναι 21,26 (TA=7,27). Η ηλικία για τους αρτιμελείς αθλητές συμμετέχοντες δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2 και στον έλεγχο κανονικότητας .

Πίνακας 4.2 Περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία των συμμετεχόντων αρτιμελών αθλητών

| | N | M | Mdn | SD | Range |
|--------|----|-------|-------|------|-------|
| Ηλικία | 53 | 21.26 | 18.38 | 7.27 | 25.49 |



Διάγραμμα 4.2 Ιστόγραμμα για την ηλικία των αρτιμελών αθλητών

Υλοποιήθηκε έλεγχος Mann Whitney για τη σύγκριση της ηλικίας μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων. Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($Z=-6.23$, $p<.05$) και συγκεκριμένα η διάμεσος για τα άτομα με ακρωτηριασμό είναι 33,22 έτη ενώ για τα αρτιμελή 18,38 έτη.

Πίνακας 4.3 Αποτελέσματα Mann-Whitney για τη διαφορά ηλικίας μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων

| Ranks | | | | |
|----------|-----------------|-----|-----------|--------------|
| | 0.Ομάδα | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| 1.Ηλικία | Ακρωτηριασμένοι | 52 | 71.68 | 3727.50 |
| | Αρτιμελείς | 53 | 34.67 | 1837.50 |
| | Total | 105 | | |

| Test Statistics ^a | |
|------------------------------|----------|
| | 1.Ηλικία |
| Mann-Whitney U | 406.500 |
| Wilcoxon W | 1837.500 |
| Z | -6.226 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |

a. Grouping Variable: 0.Ομάδα

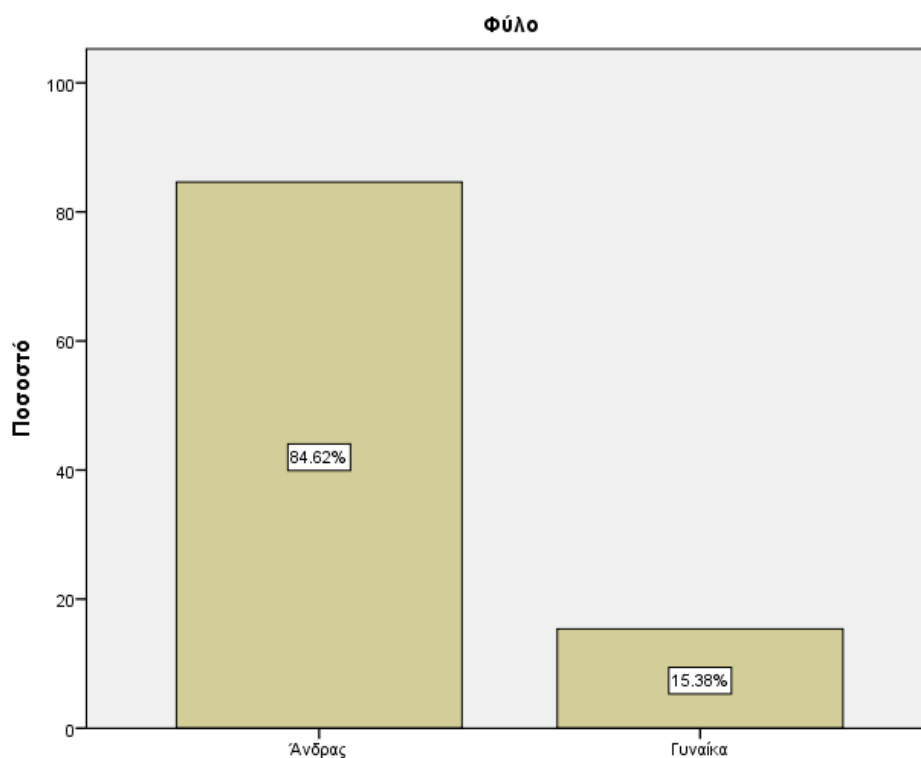
2. Φύλο

Άτομα με Ακρωτηριασμό

Από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό, οι 44 (84.62%) είναι άνδρες και οι 8 (15.38%) είναι γυναίκες.

Πίνακας 4.4 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το φύλο

| | | Άνδρας | Γυναίκα |
|------|---------|--------|---------|
| Φύλο | Count | 44 | 8 |
| | Row N % | 84.62% | 15.38% |



Διάγραμμα 4.3 Ραβδόγραμμα για την κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το φύλο

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αθλητισμού και φύλου ($\chi^2=6.41$, $p<.05$). Συγκεκριμένα όλες οι γυναίκες με ακρωτηριασμό κάτω άκρων δεν είναι αθλήτριες στίβου ενώ από τους άνδρες, το 47.7% είναι αθλητές στίβου ενώ το 52.3% δεν είναι αθλητές στίβου.

Πίνακας 4.5 Σχέση μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό, μη αθλητών με ακρωτηριασμό και φύλου

2.Φύλο * 6.α_Είσατε αθλητής-τρια στίβου; Crosstabulation

| | | | 6.α_Είσατε αθλητής στίβου; | | Total |
|---------|---------|--|----------------------------|--------|--------|
| | | | Όχι | Ναι | |
| 2.Φύλο | Ανδρας | Count | 23 | 21 | 44 |
| | | % within 2.Φύλο | 52.3% | 47.7% | 100.0% |
| | | % within 6.α_Είσατε αθλητής-τρια στίβου; | 74.2% | 100.0% | 84.6% |
| | | % of Total | 44.2% | 40.4% | 84.6% |
| Γυναίκα | Γυναίκα | Count | 8 | 0 | 8 |
| | | % within 2.Φύλο | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | | % within 6.α_Είσατε αθλητής-τρια στίβου; | 25.8% | 0.0% | 15.4% |
| | | % of Total | 15.4% | 0.0% | 15.4% |
| Total | Total | Count | 31 | 21 | 52 |
| | | % within 2.Φύλο | 59.6% | 40.4% | 100.0% |
| | | % within 6.α_Είσατε αθλητής-τρια στίβου; | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 59.6% | 40.4% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 6.405 ^a | 1 | .011 | .016 | .010 | |
| Continuity Correction ^b | 4.576 | 1 | .032 | | | |
| Likelihood Ratio | 9.246 | 1 | .002 | .011 | .010 | |
| Fisher's Exact Test | | | | .016 | .010 | |
| Linear-by-Linear Association | 6.282 ^c | 1 | .012 | .016 | .010 | .010 |
| N of Valid Cases | 52 | | | | | |

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.23.

b. Computed only for a 2x2 table

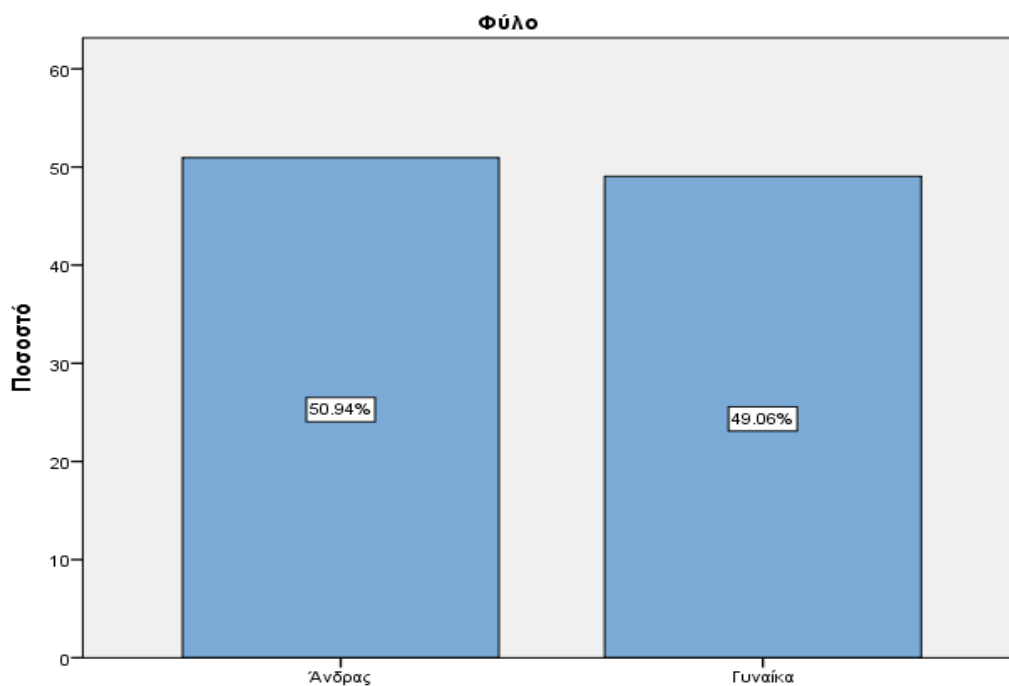
c. The standardized statistic is -2.506.

II.Αρτιμελείς

Από τους αρτιμελείς αθλητές συμμετέχοντες, οι 27 (50.94%) είναι άνδρες και οι 26 (49.06%) είναι γυναίκες.

Πίνακας 4.6 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το φύλο

| | | Άνδρας | Γυναίκα |
|------|---------|--------|---------|
| Φύλο | Count | 27 | 26 |
| | Row N % | 50.94% | 49.06% |



Διάγραμμα 4.4 Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το φύλο

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 7, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ακρωτηριασμού και φύλου ($\chi^2=13.59$, $p<.05$). Συγκεκριμένα οι αρτιμελείς αθλητές είναι γυναίκες σε υψηλότερο ποσοστό (49,1%) ενώ στην ομάδα των ατόμων με ακρωτηριασμό οι γυναίκες είναι μειοψηφία (23,5%). Από τους άνδρες, το 62% έχουν ακρωτηριασμό ενώ το 38% είναι αρτιμελείς.

Πίνακας 4.7 Σχέση μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών και φύλου

2.Φύλο * 0.Ομάδα Crosstabulation

| | | | 0.Ομάδα | | Total |
|---------|--------|------------------|-----------------------|------------|--------|
| | | | Άτομα με ακρωτηριασμό | Αρτιμελείς | |
| 2.Φύλο | Ανδρας | Count | 44 | 27 | 71 |
| | | % within 2.Φύλο | 62.0% | 38.0% | 100.0% |
| | | % within 0.Ομάδα | 84.6% | 50.9% | 67.6% |
| | | % of Total | 41.9% | 25.7% | 67.6% |
| Γυναίκα | | Count | 8 | 26 | 34 |
| | | % within 2.Φύλο | 23.5% | 76.5% | 100.0% |
| | | % within 0.Ομάδα | 15.4% | 49.1% | 32.4% |
| | | % of Total | 7.6% | 24.8% | 32.4% |
| Total | | Count | 52 | 53 | 105 |
| | | % within 2.Φύλο | 49.5% | 50.5% | 100.0% |
| | | % within 0.Ομάδα | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 49.5% | 50.5% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Pearson Chi-Square | 13.592 ^a | 1 | .000 | .000 | .000 | |
| Continuity Correction ^b | 12.097 | 1 | .001 | | | |
| Likelihood Ratio | 14.134 | 1 | .000 | .000 | .000 | |
| Fisher's Exact Test | | | | .000 | .000 | |
| Linear-by-Linear Association | 13.462 ^c | 1 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| N of Valid Cases | 105 | | | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.84.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 3.669.

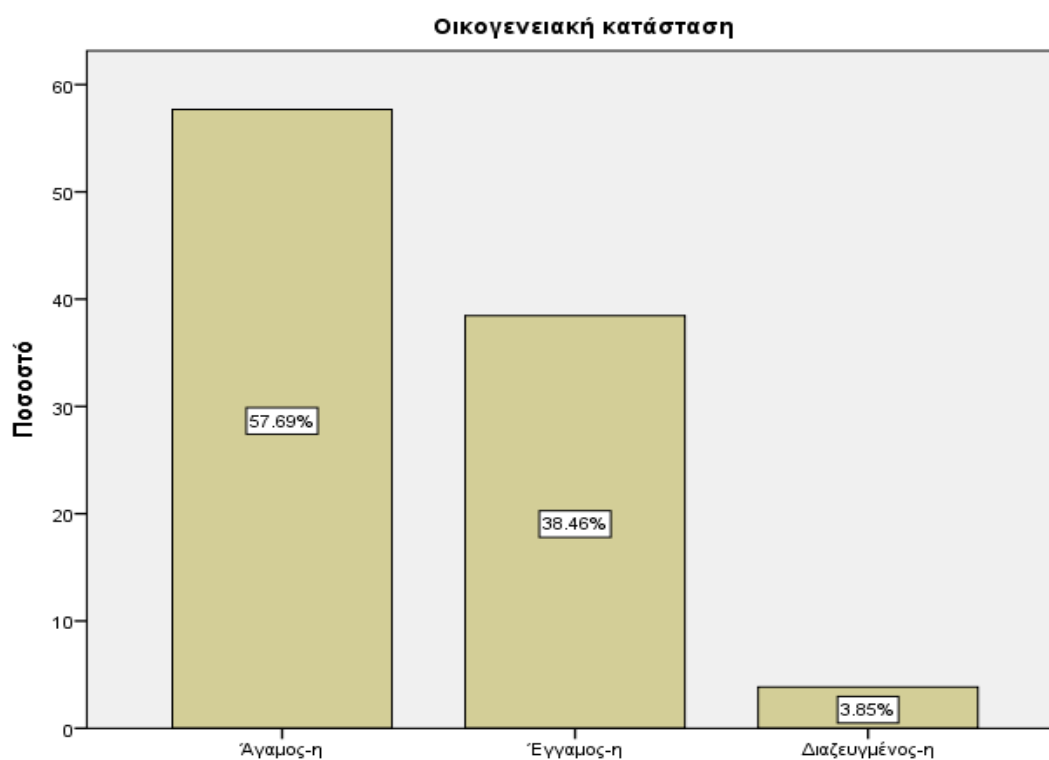
3.Οικογενειακή κατάσταση

Ι. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό είναι άγαμοι (57,69%) και ακολουθούν οι έγγαμοι (38,46%) και οι διαζευγμένοι (3,85%).

Πίνακας 4.8 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

| | | Άγαμος-η | Έγγαμος-η | Διαζευγμένος-η |
|------------------------|---------|----------|-----------|----------------|
| Οικογενειακή κατάσταση | Count | 30 | 20 | 2 |
| | Row N % | 57.69% | 38.46% | 3.85% |



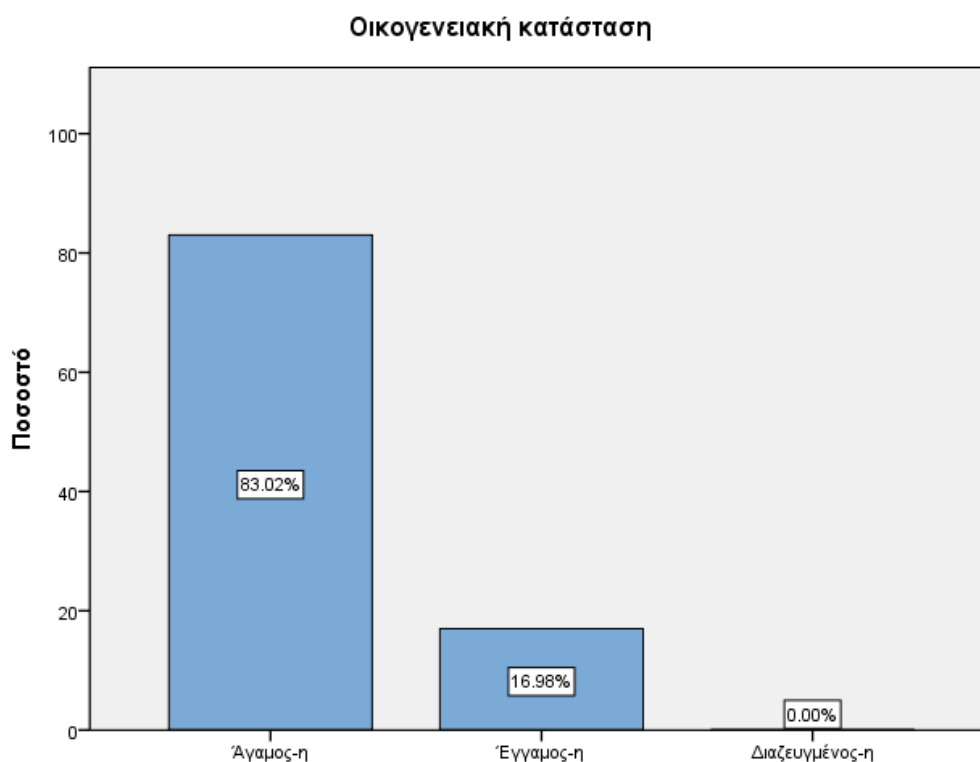
Διάγραμμα 4.5 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ατόμων με ακρωτηριασμό ως προς την οικογενειακή κατάσταση

II. Αρτιμελείς

Η πλειοψηφία των αρτιμελών αθλητών είναι άγαμοι (83,02%) και ακολουθούν οι έγγαμοι (16,98%). Δεν υπάρχει κανένας διαζευγμένος συμμετέχοντας στους αρτιμελείς αθλητές.

Πίνακας 4.9 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την οικογενειακή κατάσταση

| | | Άγαμος-η | Έγγαμος-η | Διαζευγμένος-η |
|------------------------|---------|----------|-----------|----------------|
| Οικογενειακή κατάσταση | Count | 44 | 9 | 0 |
| | Row N % | 83.02% | 16.98% | 0.00% |



Διάγραμμα 4.6 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την οικογενειακή κατάσταση

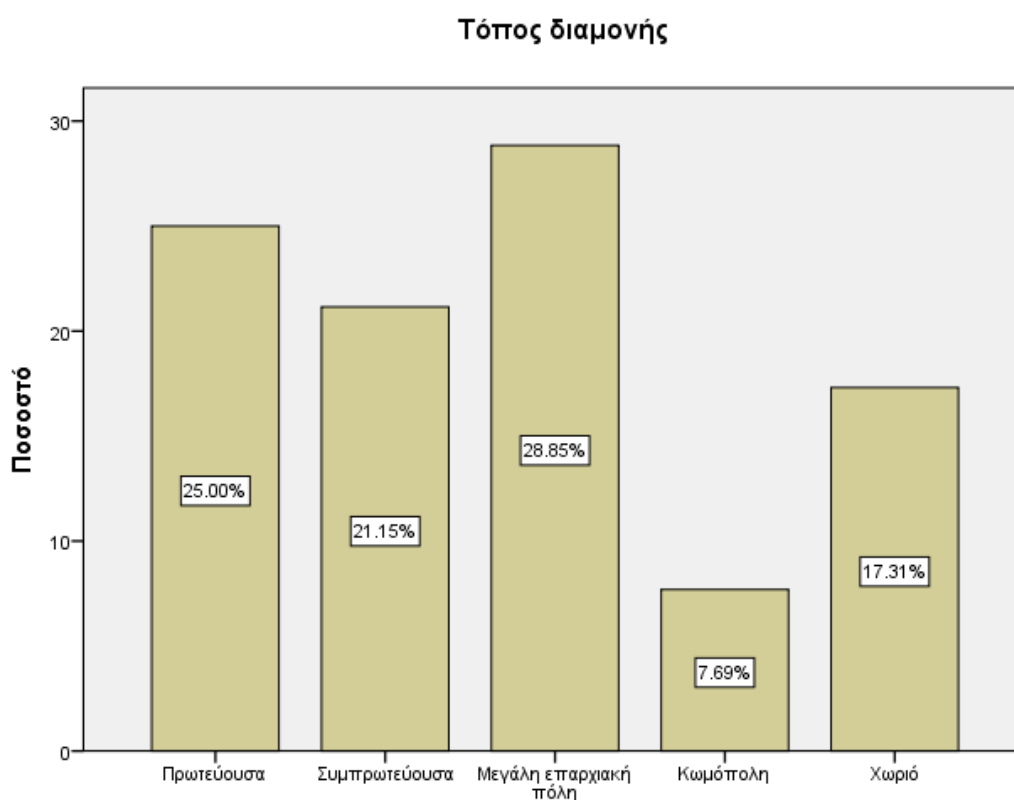
4. Τόπος διαμονής

I. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό διαμένουν σε κάποιο αστικό κέντρο, δηλαδή στην πρωτεύουσα (25%), στη συμπρωτεύουσα (21,15%) ή σε μια μεγάλη επαρχιακή πόλη (28,85%).

Πίνακας 4.10 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς τον τόπο διαμονής

| | | Πρωτεύουσα | Συμπρωτεύουσα | Μεγάλη επαρχιακή πόλη | Κωμόπολη | Χωριό |
|-------------------|---------|------------|---------------|--------------------------|----------|--------|
| Τόπος διαμονής | Count | 13 | 11 | 15 | 4 | 9 |
| | Row N % | 25.00% | 21.15% | 28.85% | 7.69% | 17.31% |



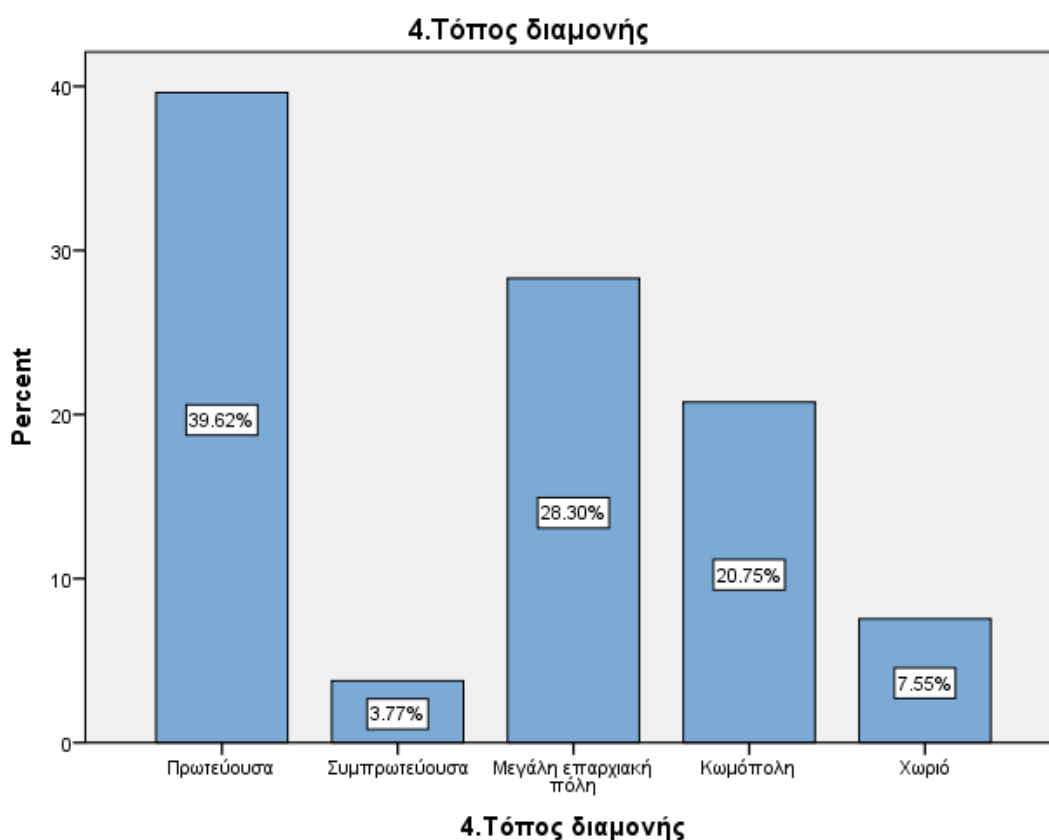
Διάγραμμα 4.7 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς τον τόπο διαμονής

II.Αρτιμελείς

Όσον αφορά τους αρτιμελείς αθλητές, η πλειοψηφία διαμένει είτε στην πρωτεύουσα (39,6%) ή σε μεγάλη επαρχιακή πόλη (28,3%), ενώ μικρότερα ποσοστά συμμετεχόντων διαμένουν σε κωμόπολη (20,8%), σε χωριό (7,5%) και στην συμπρωτεύουσα (3,8%).

Πίνακας 4.11 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τον τόπο διαμονής

| | | Πρωτεύουσα | Συμπρωτεύουσα | Μεγάλη επαρχιακή πόλη | Κωμόπολη | Χωριό |
|------------------|---------|------------|---------------|-----------------------------|----------|-------|
| 4.Τόπος διαμονής | Count | 21 | 2 | 15 | 11 | 4 |
| | Row N % | 39.6% | 3.8% | 28.3% | 20.8% | 7.5% |



Διάγραμμα 4.8 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τον τόπο διαμονής

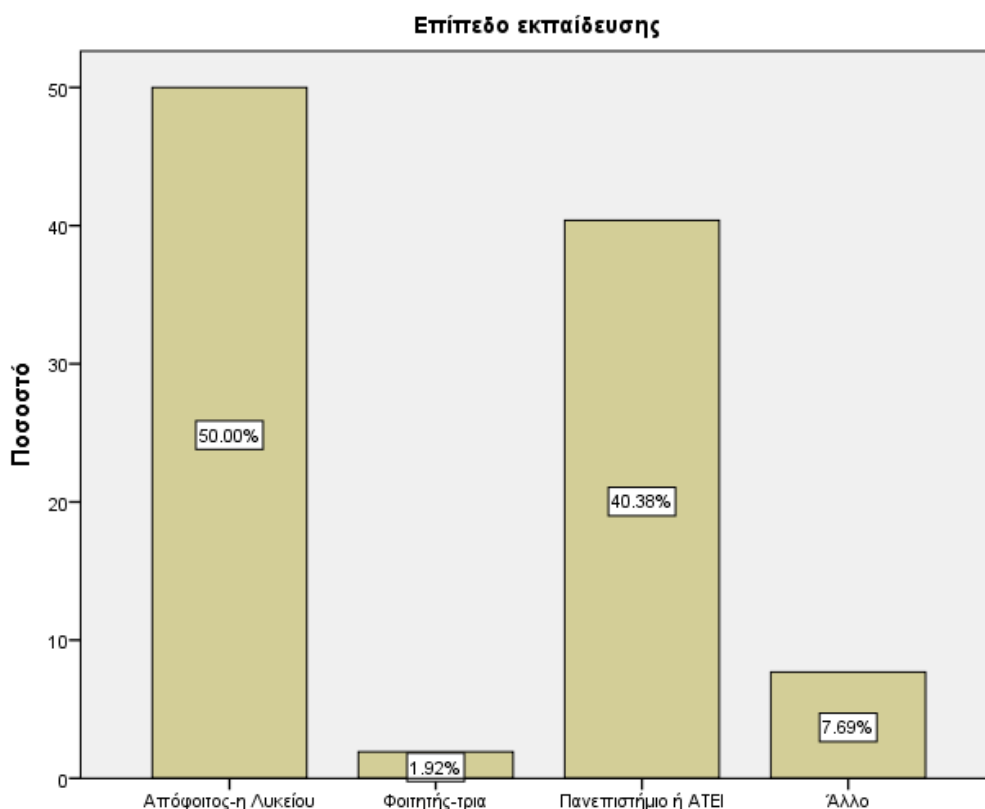
5. Εκπαίδευση

Ι. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό είναι απόφοιτοι Λυκείου (50%) ή απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ (40,38%).

Πίνακας 4.12 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

| | | Απόφοιτος-η Λυκείου | Φοιτητής-τρια | Πανεπιστήμιο ή ΑΤΕΙ | Άλλο |
|------------|---------|------------------------|---------------|------------------------|-------|
| Εκπαίδευση | Count | 26 | 1 | 21 | 4 |
| | Row N % | 50.00% | 1.92% | 40.38% | 7.69% |



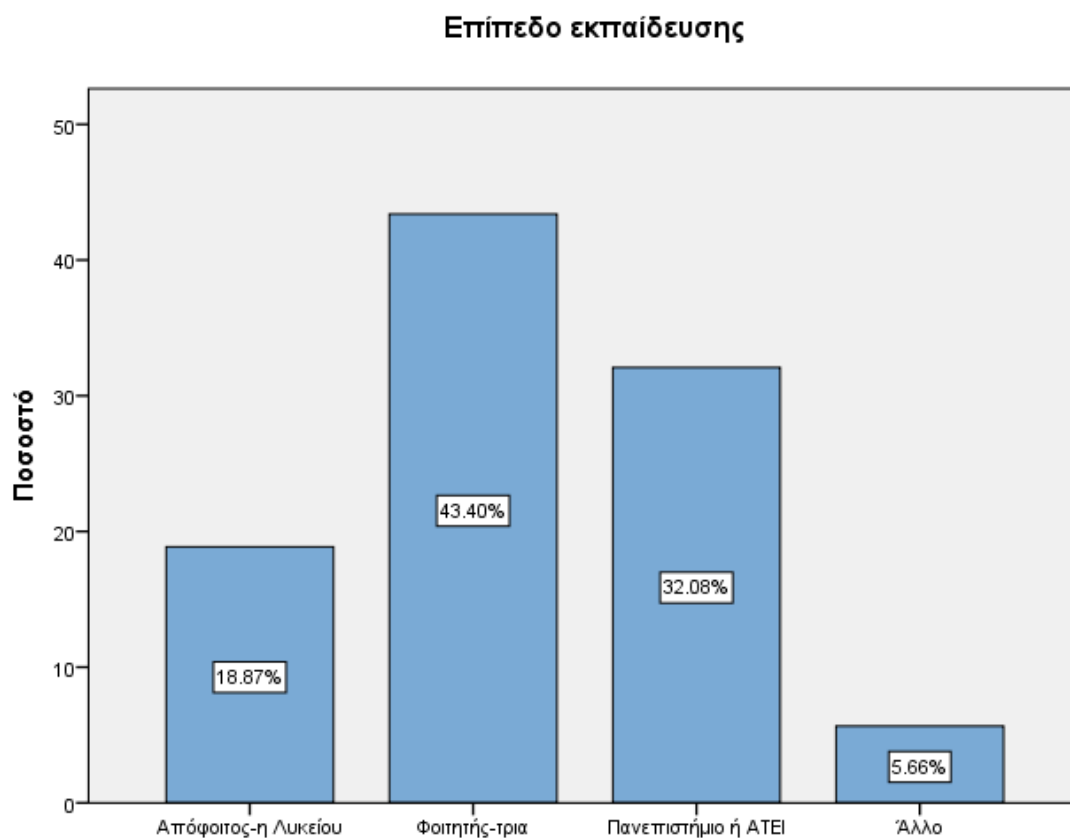
Διάγραμμα 4.9 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

II.Αρτιμελείς

Η πλειοψηφία των αρτιμελών συμμετεχόντων είναι φοιτητές (43,4%) ή απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (32,08%).

Πίνακας 4.13 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

| | | Απόφοιτος-η Λυκείου | Φοιτητής-τρια | Πανεπιστήμιο ή ΑΤΕΙ | Άλλο |
|------------|---------|------------------------|---------------|------------------------|-------|
| Εκπαίδευση | Count | 10 | 23 | 17 | 3 |
| | Row N % | 18.87% | 43.40% | 32.08% | 5.66% |



Διάγραμμα 4.10 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

4.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΣΙΚΟ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ

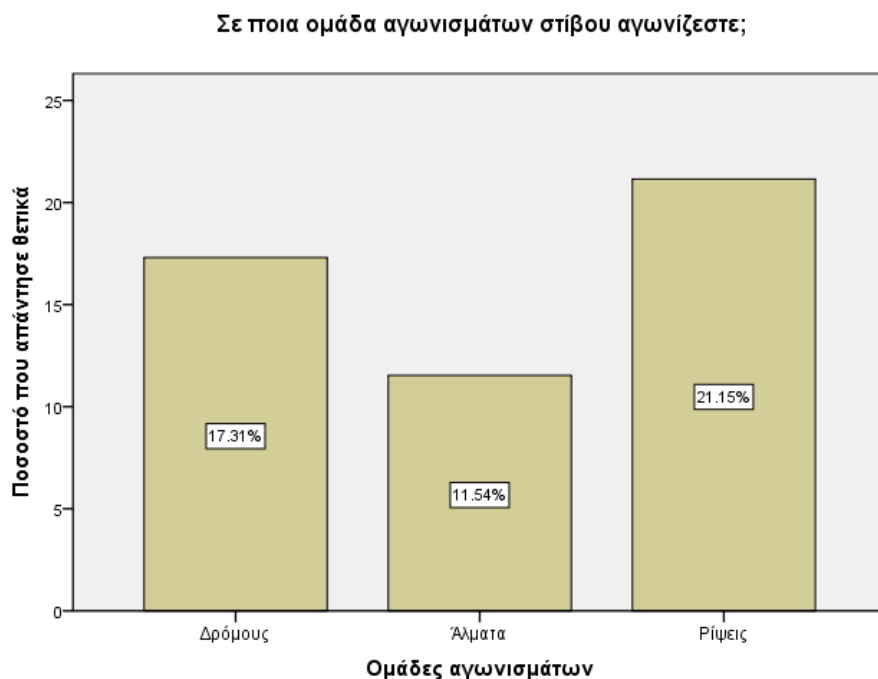
Σε ποια ομάδα αγωνισμάτων στίβου αγωνίζεστε;

I. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό, οι 11 (21,15%) αγωνίζονται στις ρίψεις, οι 9 (17,31%) αγωνίζονται στους δρόμους και οι 6 (11,54%) αγωνίζονται στα άλματα.

Πίνακας 4.14 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς τα αγωνίσματα στίβου

| | | Όχι | Ναι |
|---------|---------|--------|--------|
| Δρόμους | Count | 43 | 9 |
| | Row N % | 82.69% | 17.31% |
| Άλματα | Count | 46 | 6 |
| | Row N % | 88.46% | 11.54% |
| Ρίψεις | Count | 41 | 11 |
| | Row N % | 78.85% | 21.15% |



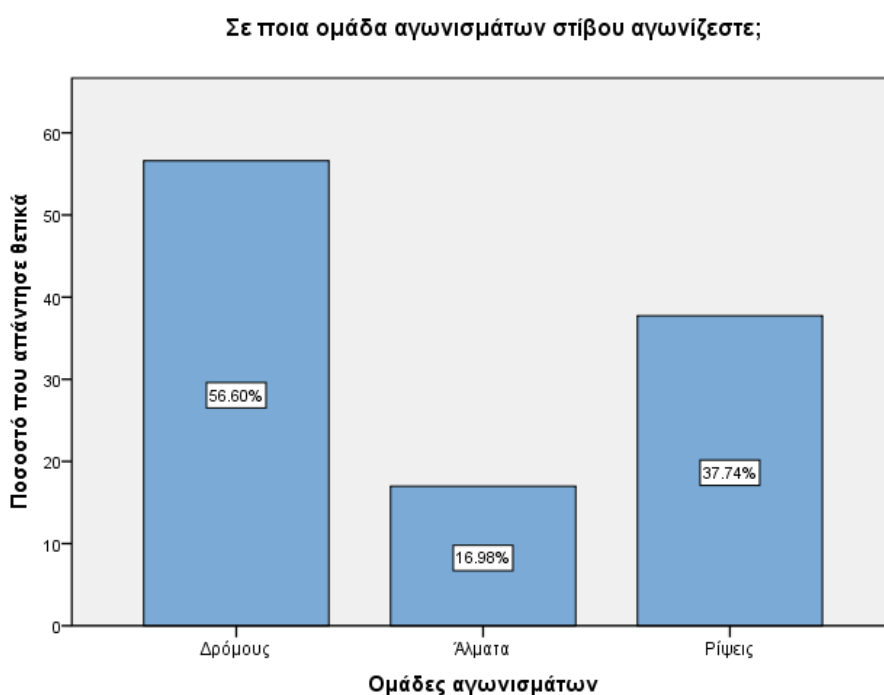
Διάγραμμα 4.11 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς τα αγωνίσματα στίβου

II. Αρτιμελείς

Από τους αρτιμελείς αθλητές συμμετέχοντες, οι 30 (56,6%) αγωνίζονται στους δρόμους, οι 20 (37,74%) αγωνίζονται στις ρίψεις και οι 9 (16,98%) αγωνίζονται στα άλματα.

Πίνακας 4.15 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τα αγωνίσματα στίβου

| | | Όχι | Ναι |
|---------|---------|--------|--------|
| Δρόμους | Count | 23 | 30 |
| | Row N % | 43.40% | 56.60% |
| Άλματα | Count | 44 | 9 |
| | Row N % | 83.02% | 16.98% |
| Ρίψεις | Count | 33 | 20 |
| | Row N % | 62.26% | 37.74% |



Διάγραμμα 4.12 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς τα αγωνίσματα στίβου

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα αγωνίσματα μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων.

Σε ποια αγωνιστική κατηγορία ανήκετε;

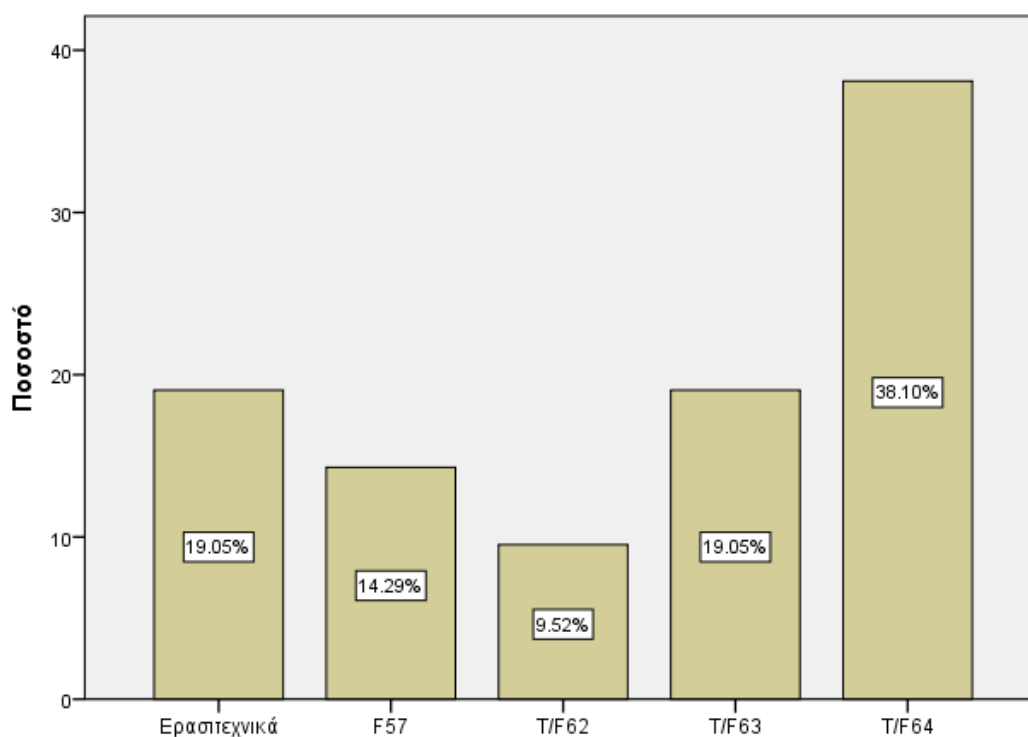
I. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Οι περισσότεροι αθλητές με ακρωτηριασμό (N=8, 38,1% του συνόλου των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό) ανήκουν στην κατηγορία T/F64 και ακολουθούν οι κατηγορίες T/F63 (N=4, 19,05% του συνόλου των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό) και ερασιτεχνικά (N=4, 19,05% του συνόλου των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό). Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι αθλητές των κατηγοριών F57 (N=3, 14,29%) και T/F62 (N=2, 9,52%) ενώ δεν συμμετείχε στη έρευνα κανένας αθλητής της κατηγορίας T/F61.

Πίνακας 4.16 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς την αγωνιστική κατηγορία

| | | Ερασιτεχνικά | F57 | T/F62 | T/F63 | T/F64 |
|--------------------|--------|--------------|--------|-------|--------|--------|
| Σε ποια αγωνιστική | Count | 4 | 3 | 2 | 4 | 8 |
| κατηγορία ανήκετε; | Row N% | 19.05% | 14.29% | 9.52% | 19.05% | 38.10% |

Σε ποια αγωνιστική κατηγορία ανήκετε;



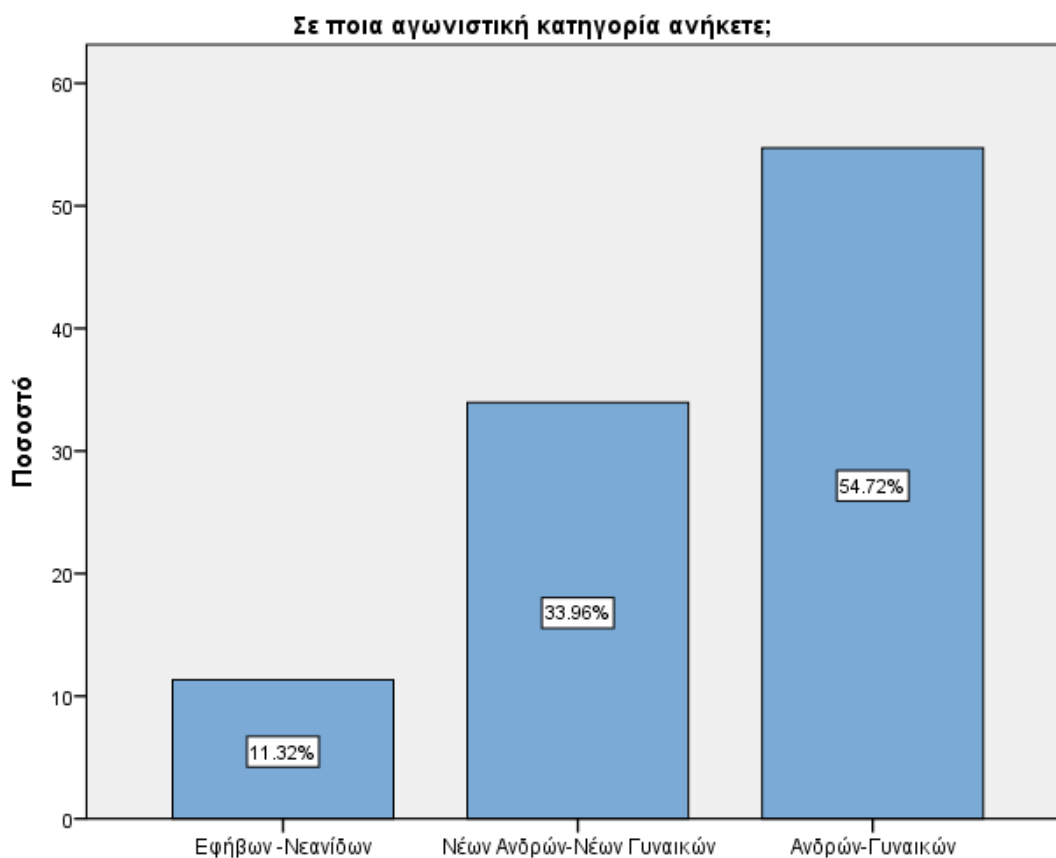
Διάγραμμα 4.13 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς την αγωνιστική κατηγορία(σε σχέση με το επίπεδο ακρωτηριασμού και τη χρήση ή όχι πρόθεσης

II. Αρτιμελείς

Εκ των αρτιμελών αθλητών, η πλειοψηφία (N=29, 54,72%) αγωνίζεται στην κατηγορία Ανδρών-Γυναικών και ακολουθούν οι κατηγορίες Νέων Ανδρών-Νέων Γυναικών (33,96%) και Εφήβων –Νεανίδων (11,32%).

Πίνακας 4.17 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την αγωνιστική κατηγορία

| | | Εφήβων -Νεανίδων | Νέων Ανδρών- Νέων Γυναικών | Ανδρών-Γυναικών |
|---------------------------------------|---------|------------------|-------------------------------|-----------------|
| Σε ποια αγωνιστική κατηγορία ανήκετε; | Count | 6 | 18 | 29 |
| | Row N % | 11.32% | 33.96% | 54.72% |



Διάγραμμα 4.14 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς την αγωνιστική κατηγορία (σε σχέση με την ηλικία τους)

Ποιο το υψηλότερο επίπεδο αγώνα που έχετε αγωνιστεί;

I. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Από τους 21 αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρων, μόνο οι 10 απάντησαν σχετικά με το υψηλότερο επίπεδο αγώνα που έχουν αγωνιστεί. Το 30% έχει αγωνιστεί σε Παραολυμπιακούς, το 30% σε Διασυλλογικό, το 20% σε Βαλκανικό και το 20% σε Πανελλήνιο.

Πίνακας 4.18 Κατανομή του δείγματος με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα

| | | Διασυλλογικό | Πανελλήνιο | Βαλκανικό | Ευρωπαϊκό | Παγκόσμιο | Παραολυμπιακοί |
|--|---------|--------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Ποιο το υψηλότερο επίπεδο αγώνα που έχετε αγωνιστεί; | Count | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| | Row N % | 30.00% | 20.00% | 20.00% | 0.00% | 0.00% | 30.00% |



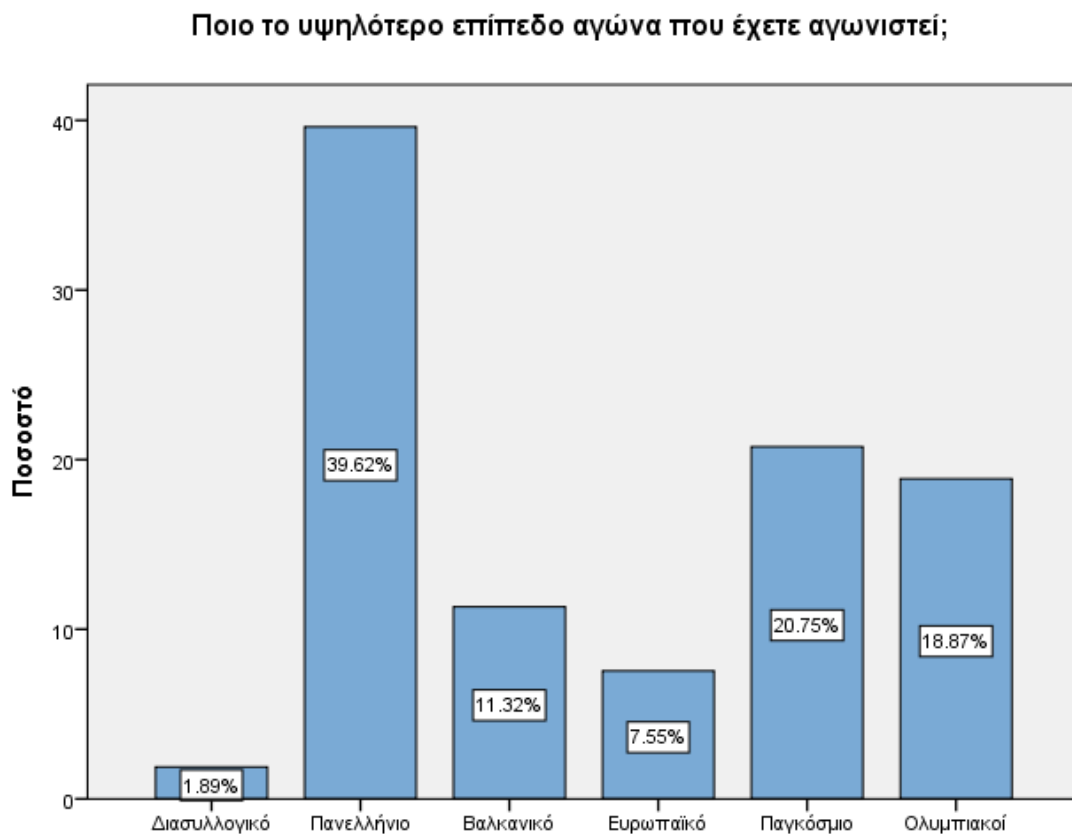
Διάγραμμα 4.15 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αθλητών με ακρωτηριασμό κάτω άκρων ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα

II. Αρτιμελείς

Όσον αφορά τους αρτιμελείς αθλητές, το 39,62% έχει αγωνιστεί σε Πανελλήνιο, το 20,75% σε Παγκόσμιο, το 18,87% σε Ολυμπιακούς, το 11,32% σε Βαλκανικούς, το 7,55% σε Ευρωπαϊκό και το 1.89% σε Διασυλλογικό.

Πίνακας 4.19 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα

| | | Διασυλλογικό | Πανελλήνιο | Βαλκανικό | Ευρωπαϊκό | Παγκόσμιο | Ολυμπιακοί |
|--|---------|--------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Ποιο το υψηλότερο επίπεδο αγώνα που έχετε αγωνιστεί; | Count | 1 | 21 | 6 | 4 | 11 | 10 |
| | Row N % | 1.89% | 39.62% | 11.32% | 7.55% | 20.75% | 18.87% |



Διάγραμμα 4.16 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος αρτιμελών αθλητών ως προς το υψηλότερο επίπεδο αγώνα

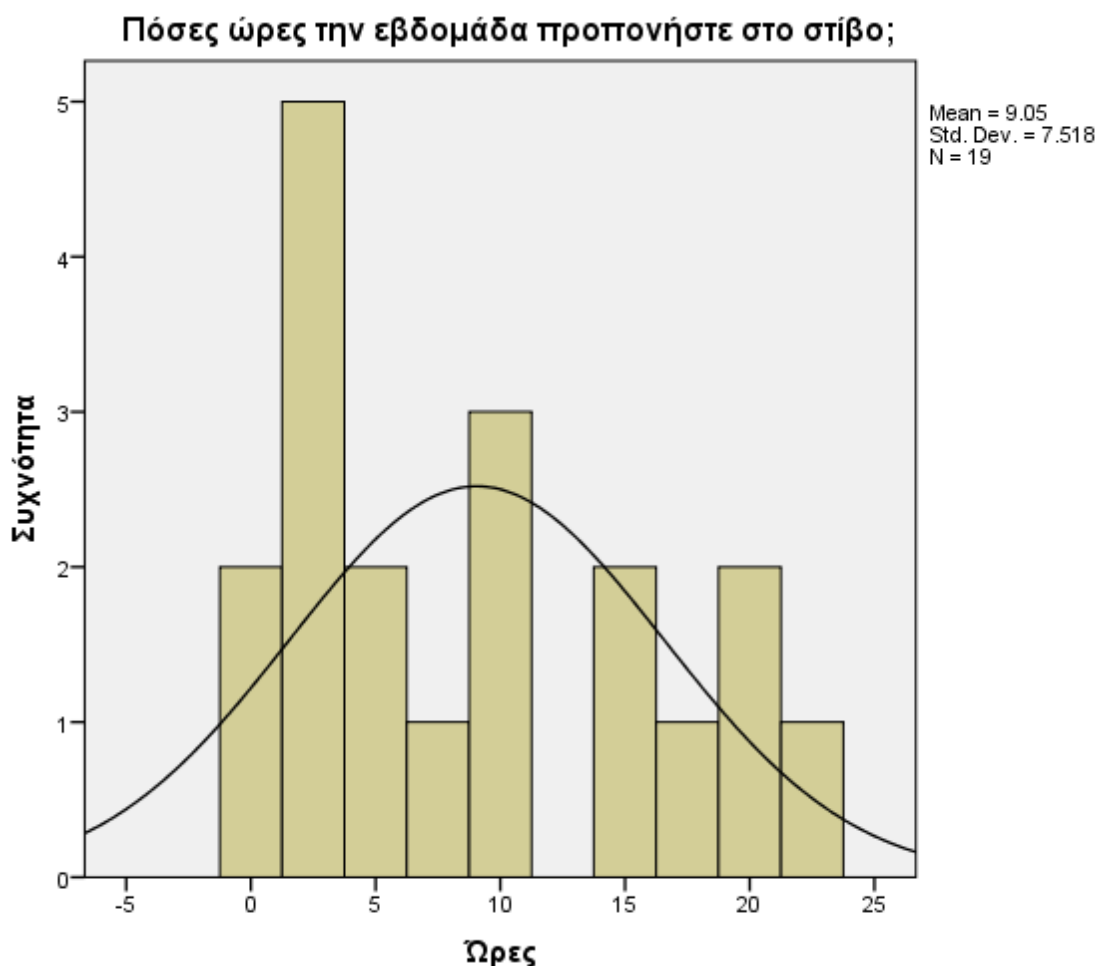
Πόσες ώρες την εβδομάδα προπονήστε στο στίβο;

I. Άτομα με Ακρωτηριασμό

Κατά μέσο όρο οι αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρων προπονούνται 9.05 ώρες την εβδομάδα (TA=7,52).

Πίνακας 4.20 Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες προπόνησης των αθλητών με ακρωτηριασμό κάτω άκρων

| | M | Mdn | SD | Range |
|---|------|-----|------|-------|
| Πόσες ώρες την εβδομάδα προπονήστε στο στίβο; | 9.05 | 8 | 7.52 | 23 |



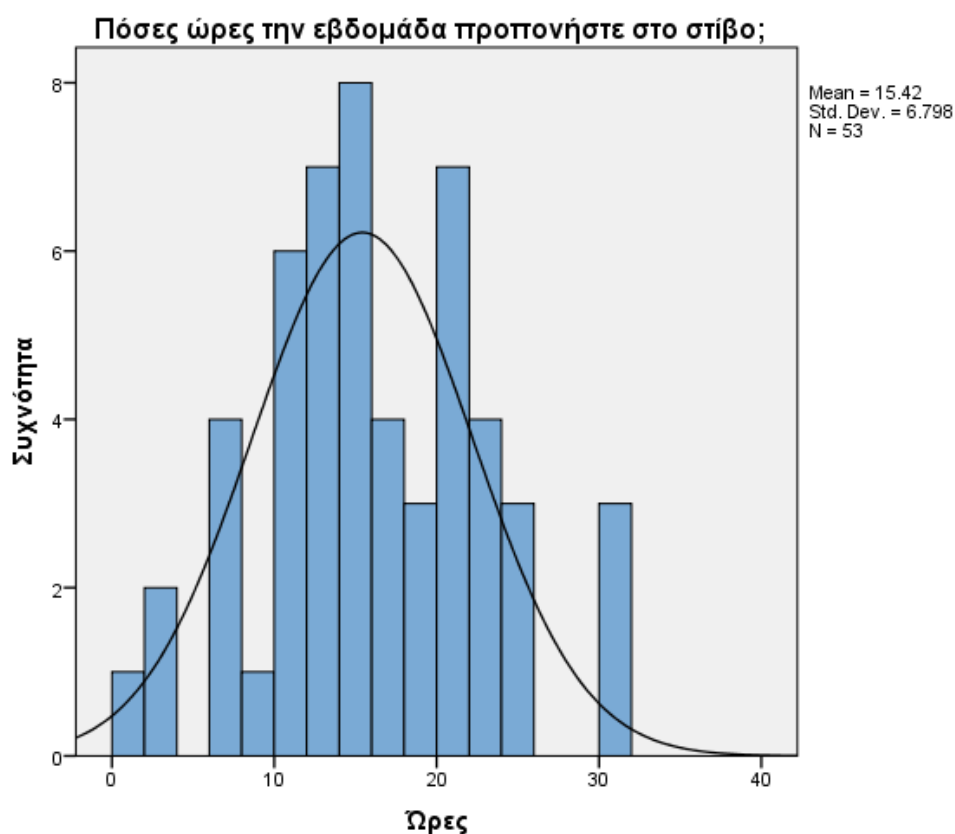
Διάγραμμα 4.17 Ιστόγραμμα για τις ώρες προπόνησης των αθλητών με ακρωτηριασμό κάτω άκρων

II. Αρτιμελείς

Κατά μέσο όρο οι αρτιμελείς αθλητές προπονούνται 15,42 ώρες την εβδομάδα (TA=6,80).

Πίνακας 4.21 Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες προπόνησης των αρτιμελών αθλητών

| | M | Mdn | SD | Range |
|---|-------|-----|-----|-------|
| Πόσες ώρες την εβδομάδα προπονήστε στο στίβο; | 15.42 | 15 | 6.8 | 29 |



Διάγραμμα 4.18 Ιστόγραμμα για τις ώρες προπόνησης των αρτιμελών αθλητών

Η κατανομή των ωρών προπόνησης είναι κανονική. Υλοποιήθηκε έλεγχος t-test (Πίνακας 22) και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών στο μέσο χρόνο προπόνησης ($t=-3.40$, $p<.05$) και συγκεκριμένα οι αρτιμελείς αθλητές προπονούνται περίπου 6 ώρες/εβδομάδα παραπάνω από τους αθλητές με ακρωτηριασμό κάτω άκρων.

Πίνακας 4.22 Αποτελέσματα t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διαφορά στις ώρες προπόνησης μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών

Group Statistics

| | Ο.Ομάδα | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|-------------------------|----|-------|----------------|-----------------|
| 6.ε_Πόσες ώρες την εβδομάδα προπονήστε στο στίβο; | Αθλητές με ακρωτηριασμό | 19 | 9.05 | 7.518 | 1.725 |
| | Αρτιμελείς | 53 | 15.42 | 6.798 | .934 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---------|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% CI | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| 6.ε_Πόσες ώρες την εβδομάδα προπονήστε στο στίβο; | Equal variances assumed | .840 | .363 | -3.40 | 70 | .001 | -6.362 | 1.869 | -10.090 | -2.635 |
| | Equal variances not assumed | | | -3.24 | 29.227 | .003 | -6.362 | 1.961 | -10.373 | -2.352 |

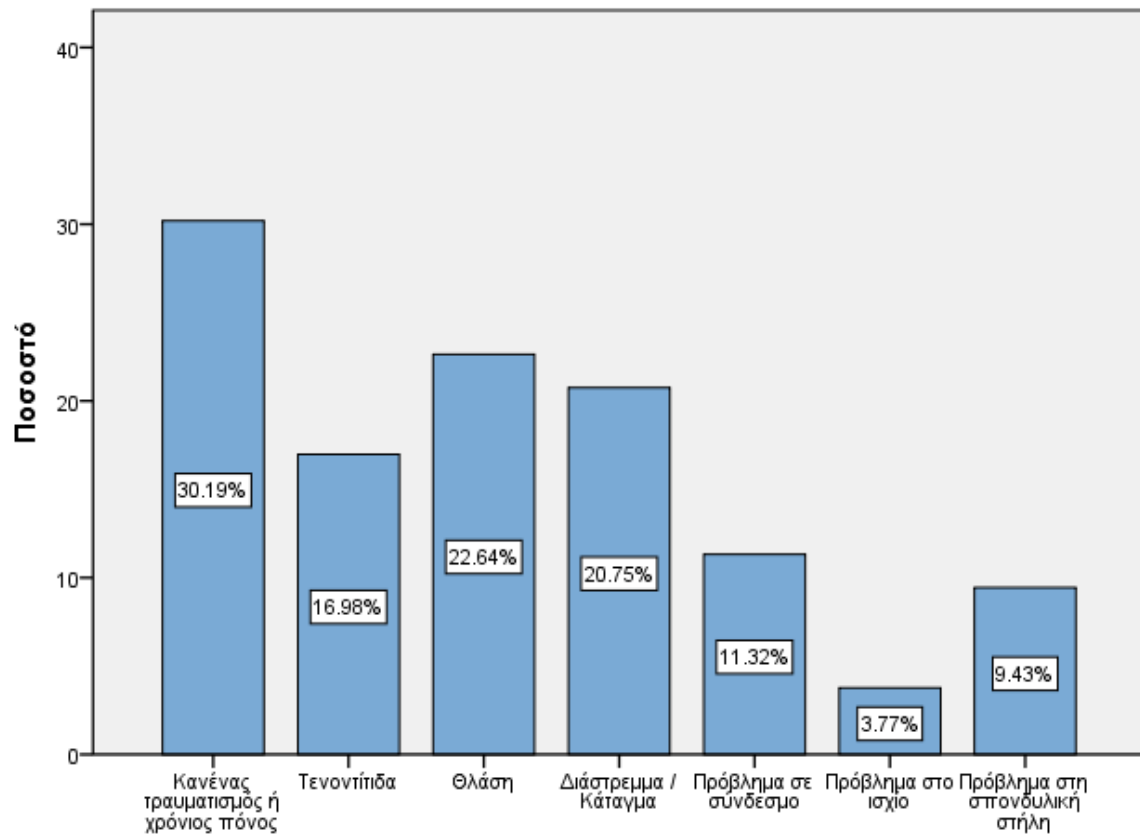
Έχετε υποστεί κάποιον τραυματισμό ή υποφέρατε από χρόνιο πόνο που πιστεύετε ότι επηρεάζει την αθλητική σας απόδοση; (μόνο για αρτιμελείς αθλητές)

Οι αρτιμελείς αθλητές ερωτήθηκαν σχετικά με τους τραυματισμούς που έχουν υποστεί. Το 30,19% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν έχουν υποστεί κανένα τραυματισμό ή δεν έχουν κάποιο χρόνιο πόνο. Από τους αθλητές που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί τραυματισμό, το 22,64% δήλωσαν ότι έχουν υποστεί θλάση, το 20,75% διάστρεμμα ή κάταγμα, το 16,98% τενοντίτιδα, το 11,32% πρόβλημα σε σύνδεσμο, το 9,43% πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη, και μόνο 3,77% πρόβλημα στο ισχίο (Πίνακας 23).

Πίνακας 4.23 Κατανομή δείγματος αρτιμελών αθλητών ανάλογα με τον τραυματισμό

| | | Όχι | Ναι |
|--------------------------------------|---------|--------|--------|
| Κανένας τραυματισμός ή χρόνιος πόνος | Count | 37 | 16 |
| | Row N % | 69.81% | 30.19% |
| Τενοντίτιδα | Count | 44 | 9 |
| | Row N % | 83.02% | 16.98% |
| Θλάση | Count | 41 | 12 |
| | Row N % | 77.36% | 22.64% |
| Διάστρεμμα / Κάταγμα | Count | 42 | 11 |
| | Row N % | 79.25% | 20.75% |
| Πρόβλημα σε σύνδεσμο | Count | 47 | 6 |
| | Row N % | 88.68% | 11.32% |
| Πρόβλημα στο ισχίο | Count | 51 | 2 |
| | Row N % | 96.23% | 3.77% |
| Πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη | Count | 48 | 5 |
| | Row N % | 90.57% | 9.43% |

Έχετε υποστεί κάποιον τραυματισμό ή υποφέρατε από χρόνια πόνο που πιστεύετε ότι επηρεάζει την αθλητική σας απόδοση;



Διάγραμμα 4.19 Κατανομή του δείγματος αρτιμελών αθλητών ανάλογα με τον τραυματισμό

4.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ- αθλητές και μη αθλητές (από TAPES ερ.7-10.ζ)

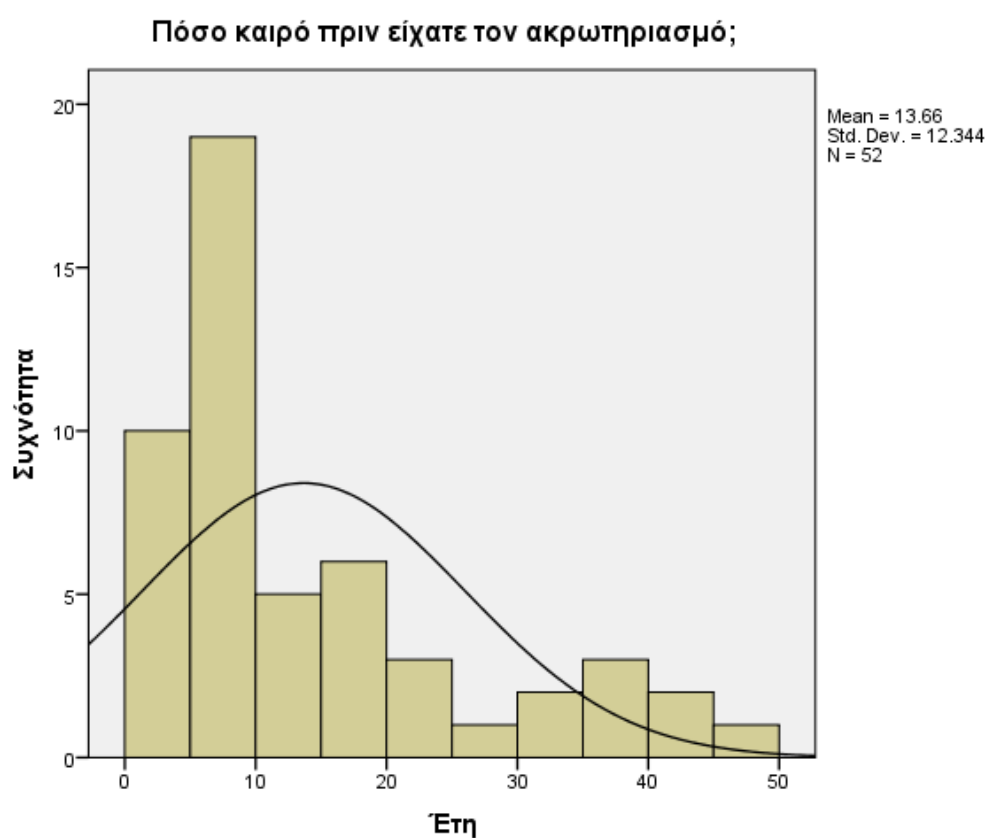
7.Πόσο καιρό πριν είχατε τον ακρωτηριασμό;

Οι συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό έχουν τον ακρωτηριασμό από 1 έως 50 έτη, με μέσο χρονικό διάστημα τα 13,66 έτη (TA=12,34) και διάμεσο διάστημα τα 8 έτη (Εύρος=49).

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό στο χρονικό διάστημα που έχουν τον ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.24 Περιγραφικά στοιχεία για το διάστημα που έχουν τον ακρωτηριασμό (αθλητές και μη αθλητές)

| | M | Mdn | SD | Range |
|---|-------|-----|-------|-------|
| Πόσο καιρό πριν είχατε τον ακρωτηριασμό;(έτη) | 13.66 | 8 | 12.34 | 49 |



Διάγραμμα 4.20 Ιστόγραμμα για το χρονικό διάστημα από τον ακρωτηριασμό (αθλητές και μη αθλητές)

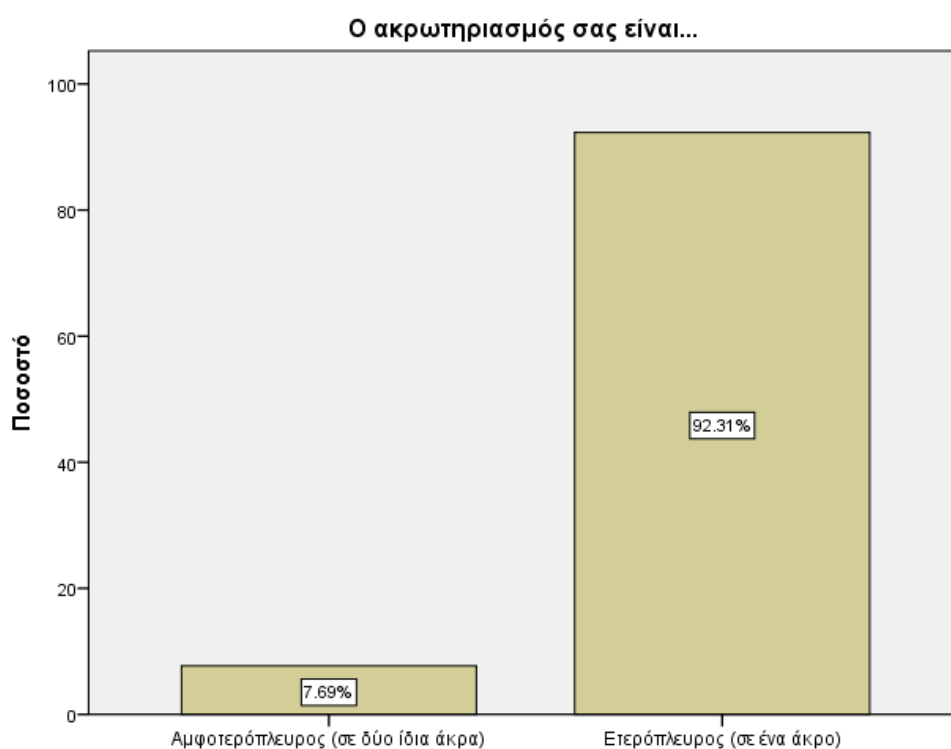
8. Ο ακρωτηριασμός σας είναι:

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος των ακρωτηριασμένων συμμετεχόντων (92,31%) έχει ετερόπλευρο ακρωτηριασμό ενώ μόνο το 7,69% έχει αμφοτερόπλευρο ακρωτηριασμό.

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.25 Κατανομή του δείγματος για τον τύπο του ακρωτηριασμού

| | | Αμφοτερόπλευρος (σε δύο ίδια άκρα) | Ετερόπλευρος (σε ένα άκρο) |
|----------------------------|---------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Ο ακρωτηριασμός σας είναι: | Count | 4 | 48 |
| | Row N % | 7.69% | 92.31% |



Διάγραμμα 4.21 Ραβδόγραμμα για την κατανομή του δείγματος για τον τύπο του ακρωτηριασμού

9. Ο ακρωτηριασμός σας ήταν αποτέλεσμα...

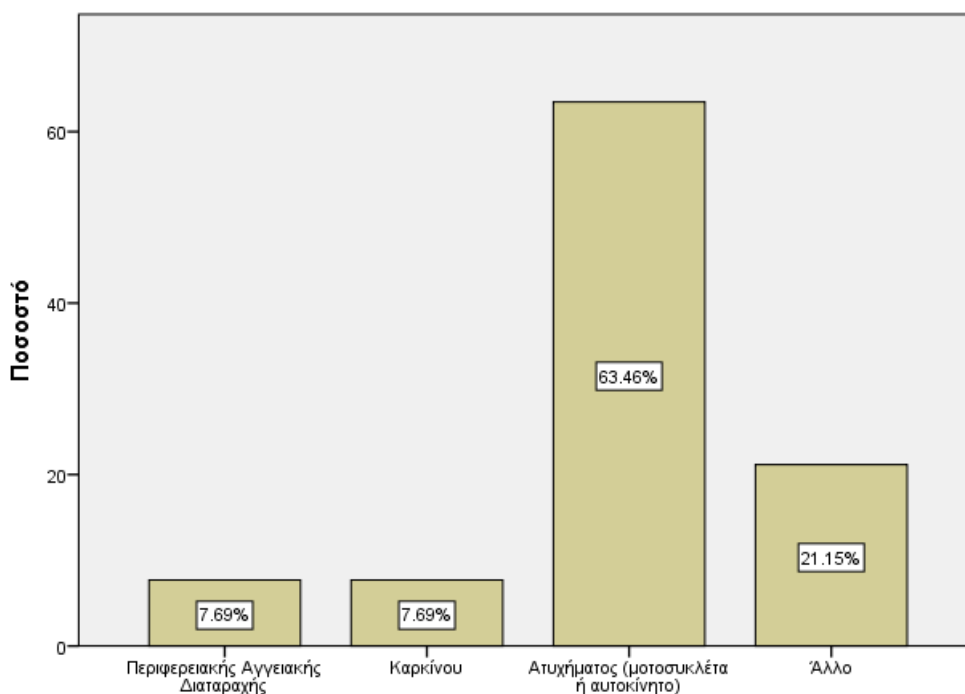
Η πλειοψηφία του δείγματος (63,46%) δηλώνει ως αιτία του ακρωτηριασμού το ατύχημα από μοτοσυκλέτα ή αυτοκίνητο και ακολουθούν ο καρκίνος (7,69%) και η περιφερειακή αγγειακή διαταραχή (7,69%). Επίσης, το 21,15% δηλώνει άλλες αιτίες όπως εργατικό ατύχημα, σεισμός, πτώση τζαμιού, σύγκρουση βάρκας, ατύχημα με τρένο, εξέλιξη ραιβοποδίας, εγκληματική ενέργεια και ιατρικό λάθος. Κανείς συμμετέχοντας δεν δήλωσε ως αιτία ακρωτηριασμού τον διαβήτη.

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.26 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία του ακρωτηριασμού

| Ο ακρωτηριασμός σας ήταν αποτέλεσμα... | Count | Περιφερειακής Αγγειακής Διαταραχής | | | Ατυχήματος (μοτοσυκλέτα ή αυτοκίνητο) | |
|--|---------|------------------------------------|----------|-------|---------------------------------------|--------|
| | | Διαβήτη | Καρκίνου | Άλλο | Αιτία | Άλλο |
| Ο ακρωτηριασμός σας ήταν αποτέλεσμα... | Count | 4 | 0 | 4 | 33 | 11 |
| | Row N % | 7.69% | 0.00% | 7.69% | 63.46% | 21.15% |

Ο ακρωτηριασμός σας ήταν αποτέλεσμα:



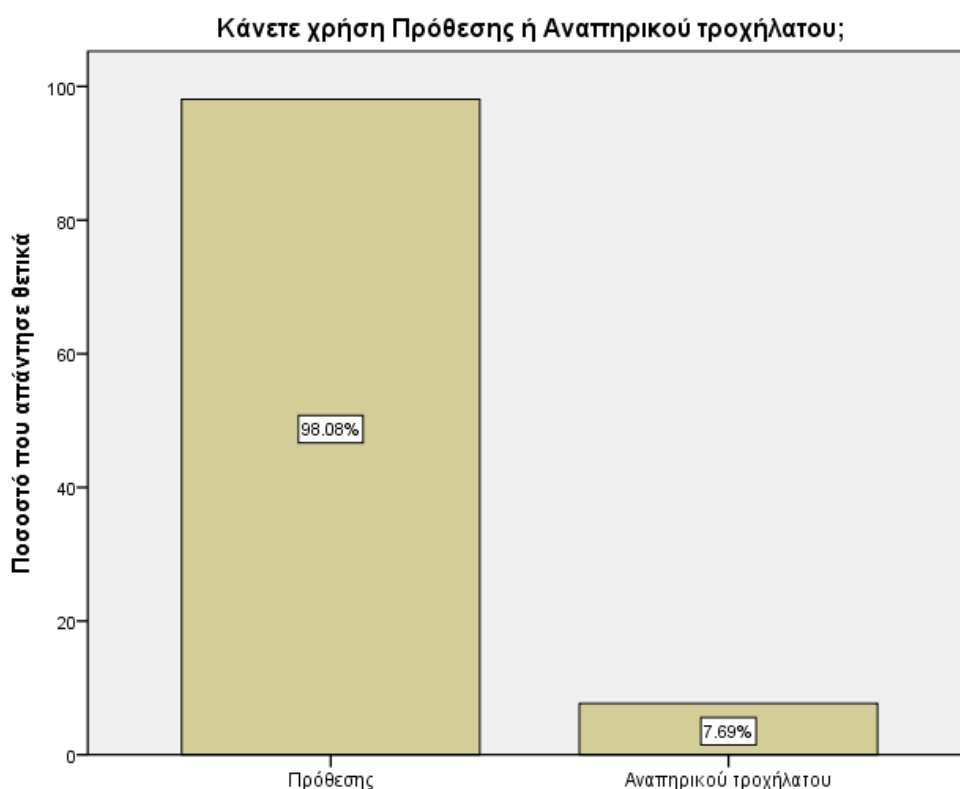
Διάγραμμα 4.22 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με την αιτία του ακρωτηριασμού

10.α Κάνετε χρήση Πρόθεσης ή Αναπηρικού τροχήλατου;(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (98,08%) κάνει χρήση πρόθεσης και μόνο το 7,69% κάνει χρήση αναπηρικού τροχήλατου. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.27 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη χρήση πρόθεσης ή αναπηρικού τροχήλατου

| Κάνετε χρήση: | | Όχι | Ναι |
|-----------------------|---------|--------|--------|
| Πρόθεσης | Count | 1 | 51 |
| | Row N % | 1.92% | 98.08% |
| Αναπηρικού τροχήλατου | Count | 48 | 4 |
| | Row N % | 92.31% | 7.69% |



Διάγραμμα 4.23 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με τη χρήση πρόθεσης ή αναπηρικού τροχήλατου

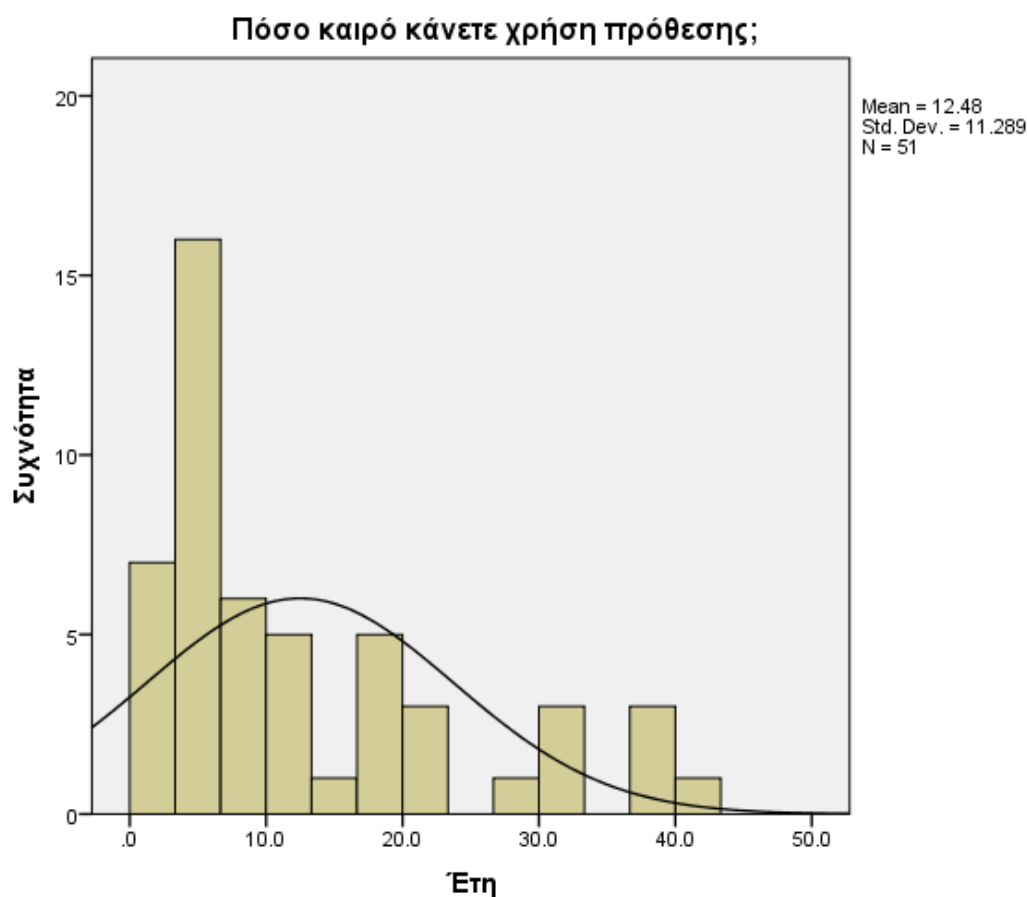
10.β Πόσο καιρό κάνετε χρήση πρόθεσης;(έτη)

Οι συμμετέχοντες που κάνουν χρήση πρόθεσης, την χρησιμοποιούν κατά μέσο όρο 12,48 έτη (TA=11,29) με διάμεση τιμή 8 έτη και εύρος 42,9 έτη.

Δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό στη διάρκεια της χρήσης πρόθεσης.

Πίνακας 4.28 Περιγραφικά στοιχεία για τα έτη χρήσης της πρόθεσης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

| | M | Mdn | SD | Range |
|--|-------|-----|-------|-------|
| Πόσο καιρό κάνετε χρήση πρόθεσης;(έτη) | 12.48 | 8 | 11.29 | 42.9 |



Διάγραμμα 4.24 Ιστόγραμμα για τα έτη χρήσης της πρόθεσης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

10.γ Πόσο καιρό χρησιμοποιείτε την πρόθεση που φοράτε αυτή τη στιγμή;(έτη)

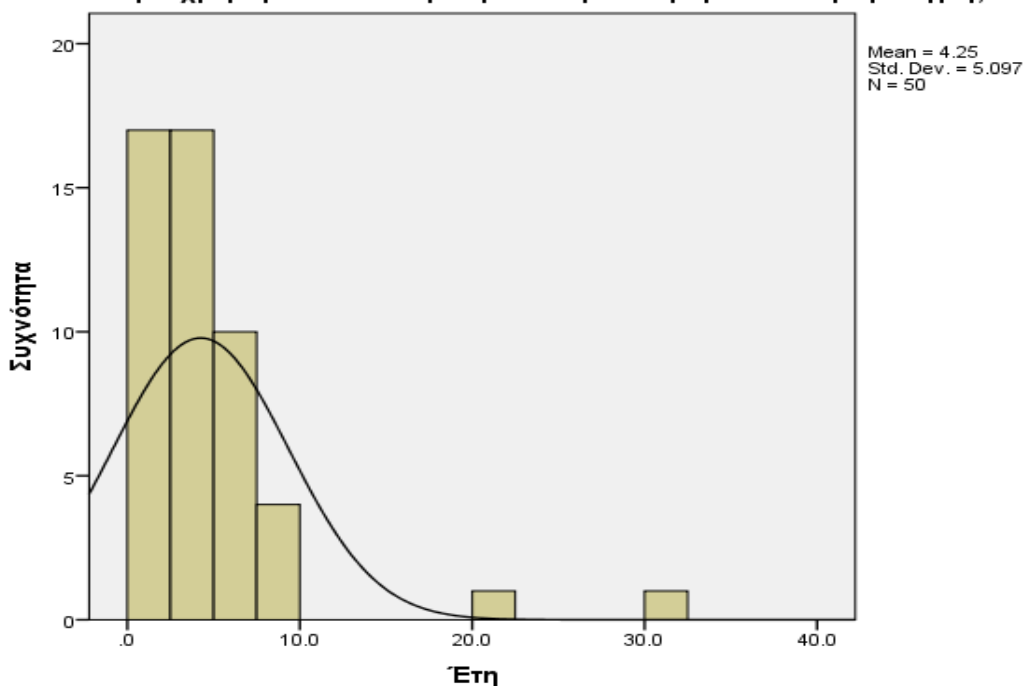
Οι συμμετέχοντες που κάνουν χρήση πρόθεσης, χρησιμοποιούν τη πρόθεση που φορούν αυτή τη στιγμή κατά μέσο όρο 4,25 έτη (TA=5,1) με διάμεση τιμή 3 έτη και εύρος 29,9 έτη.

Δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό στη διάρκεια της χρήσης της πρόθεσης που φορούν αυτή τη στιγμή .

Πίνακας 4.29 Περιγραφικά στοιχεία για τα έτη χρήσης της πρόθεσης που φορούν αυτή τη στιγμή από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

| | M | Mdn | SD | Range |
|---|------|-----|-----|-------|
| Πόσο καιρό χρησιμοποιείτε την πρόθεση που φοράτε αυτή τη στιγμή;(έτη) | 4.25 | 3 | 5.1 | 29.9 |

Πόσο καιρό χρησιμοποιείτε την πρόθεση που φοράτε αυτή τη στιγμή;



Διάγραμμα 4.25 Ιστόγραμμα για τα έτη χρήσης της πρόθεσης που φορούν αυτή τη στιγμή οι συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

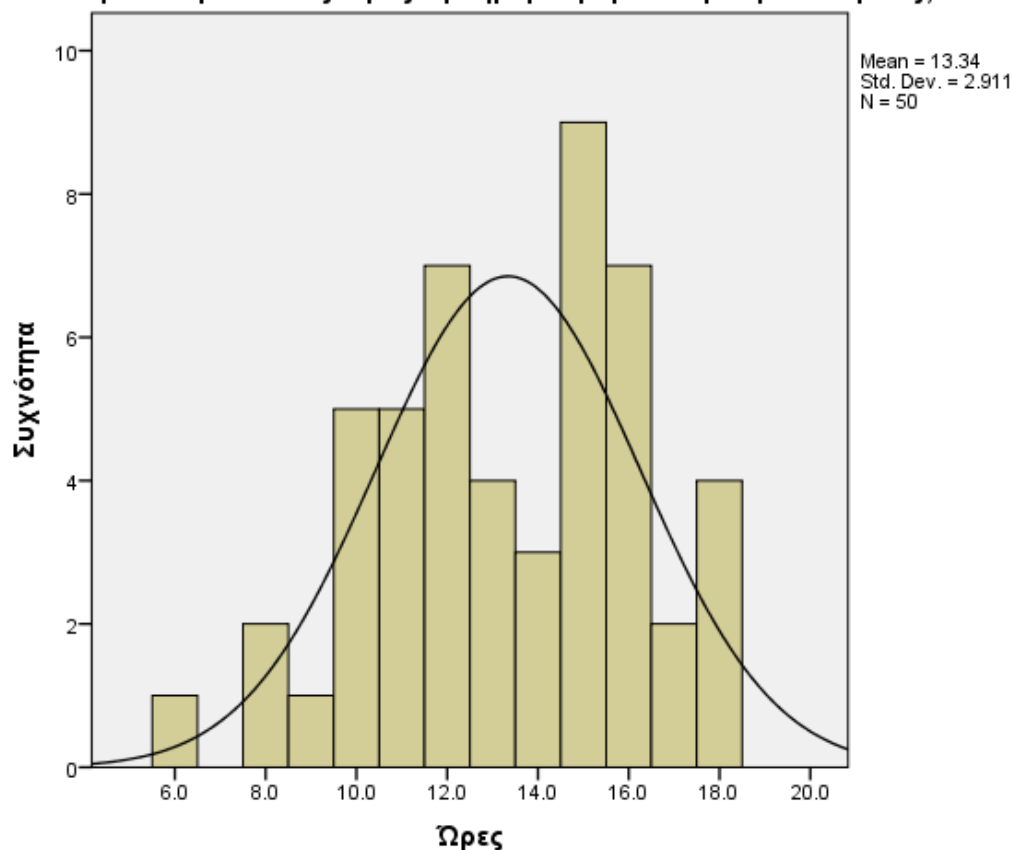
10.δ Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την ημέρα φοράτε την πρόθεση σας;(ώρες)

Οι συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό φορούν την πρόθεση κατά μέσο όρο 13,34 ώρες την ημέρα (TA=2,91) με διάμεση τιμή 13,5 ώρες και εύρος 12 ώρες. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό ως προς τις ώρες της ημέρας που φορούν την πρόθεση.

Πίνακας 4.30 Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται η πρόθεση από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

| | M | Mdn | SD | Range |
|--|-------|------|------|-------|
| Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την ημέρα φοράτε την πρόθεση σας;(ώρες) | 13.34 | 13.5 | 2.91 | 12 |

Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την ημέρα φοράτε την πρόθεση σας;



Διάγραμμα 4.26 Ιστόγραμμα για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται η πρόθεση από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

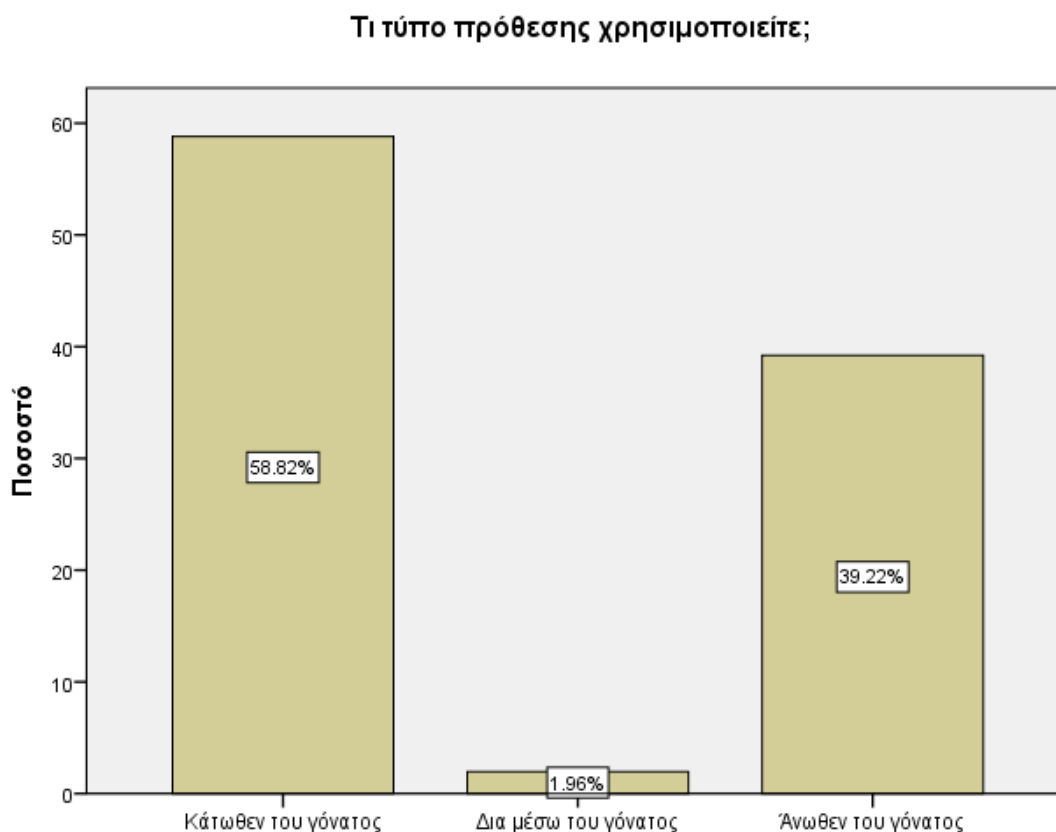
10.ε Τι τύπο πρόθεσης χρησιμοποιείτε;

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων χρησιμοποιεί κάτωθεν του γόνατος (58,82%), και ακολουθούν η πρόθεση άνωθεν του γόνατος (39,22%) και μόνο ένας συμμετέχοντας χρησιμοποιεί πρόθεση δια μέσω του γόνατος.

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.31 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο της πρόθεσης

| | | Κάτωθεν του γόνατος | Δια μέσω του γόνατος | Άνωθεν του γόνατος |
|-----------------------------------|---------|---------------------|----------------------|--------------------|
| Τι τύπο πρόθεσης χρησιμοποιείτε ; | Count | 30 | 1 | 20 |
| | Row N % | 58.82% | 1.96% | 39.22% |



Διάγραμμα 4.27 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με τον τύπο της πρόθεσης

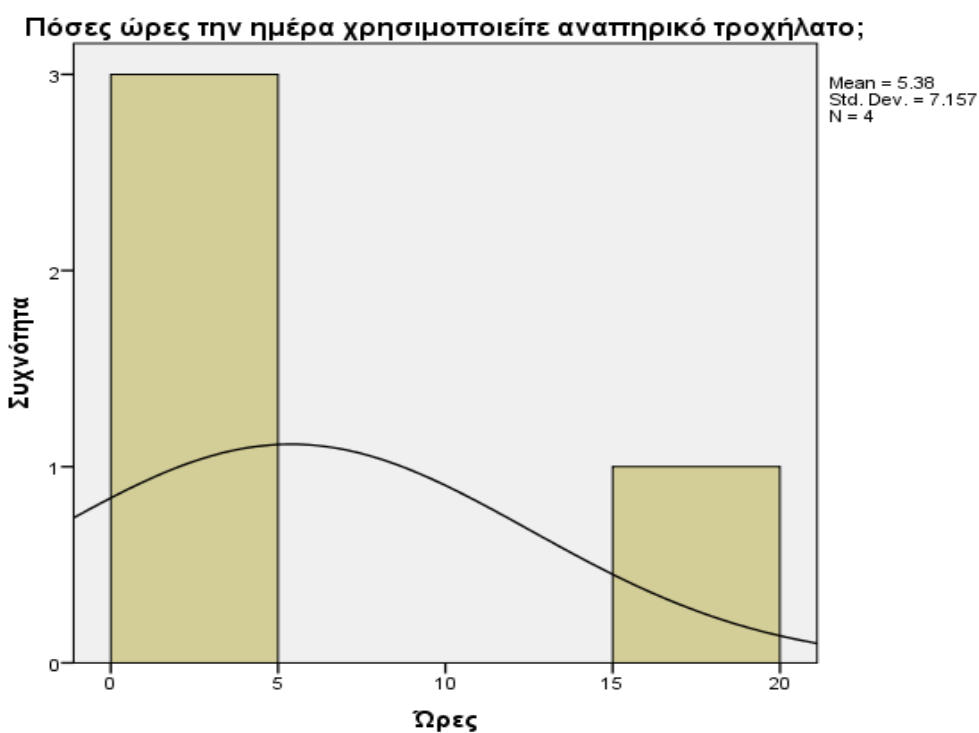
10.ζ Πόσες ώρες την ημέρα χρησιμοποιείτε αναπηρικό τροχήλατο;

Από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό, 4 άτομα χρησιμοποιούν αναπηρικό τροχήλατο κατά μέσο όρο 5,38 ώρες την ημέρα (TA=7,16) και διάμεση διάρκεια 2,5 ώρες με εύρος 16 ώρες.

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό στις ώρες που χρησιμοποιείται το αναπηρικό τροχήλατο.

Πίνακας 4.32 Περιγραφικά στοιχεία για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται το αναπηρικό τροχήλατο από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

| | M | Mdn | SD | Range |
|--|------|-----|------|-------|
| Πόσες ώρες την ημέρα χρησιμοποιείτε αναπηρικό τροχήλατο; | 5.38 | 2.5 | 7.16 | 16 |



Διάγραμμα 4.28 Ιστόγραμμα για τις ώρες της ημέρας που χρησιμοποιείται το αναπηρικό τροχήλατο από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

4.4 TAPES – μόνο συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό (ερ.1 – 4.η)

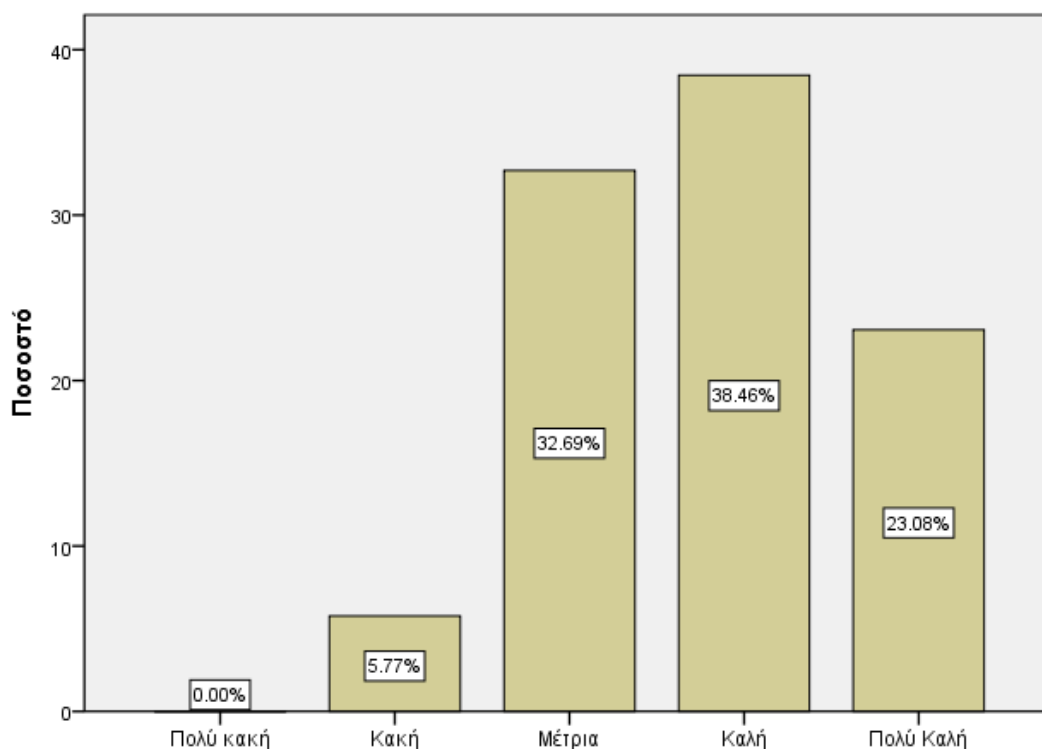
1. Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι:

Οι συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό κατά 61,54% δηλώνουν ότι η φυσική τους κατάσταση είναι καλή ή πολύ καλή, το 32,69% δηλώνει μέτρια φυσική κατάσταση και μόνο το 5,77% δηλώνει κακή φυσική κατάσταση.

Πίνακας 4.33 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

| | | Πολύ κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή |
|--|---------|-----------|-------|--------|--------|-----------|
| Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι: | Count | 0 | 3 | 17 | 20 | 12 |
| | Row N % | 0.00% | 5.77% | 32.69% | 38.46% | 23.08% |

Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι:



Διάγραμμα 4.29 Ραβδόγραμμα για την αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης από τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό

Χρησιμοποιήθηκε το Mann-Whitney test, για να γίνει σύγκριση της αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και μη αθλητών με ακρωτηριασμό. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($Z=-2.157$, $p=.031$) με τους αθλητές με ακρωτηριασμό να δηλώνουν καλύτερη φυσική κατάσταση σε σύγκριση με τους μη αθλητές. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι οι μη αθλητές δηλώνουν κατά 51,6% καλή ή πολύ καλή φυσική κατάσταση, ενώ στους αθλητές το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγαλύτερο (76,2%).

Πίνακας 4.34 Σύγκριση αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό

| Ranks | | | | |
|---|----------------------------------|----|-----------|--------------|
| | 6.α_Είσαστε αθλητής-τρια στίβου; | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| 1. Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι: | Όχι | 31 | 22.97 | 712.00 |
| | Ναι | 21 | 31.71 | 666.00 |
| | Total | 52 | | |

Test Statistics^a

| | |
|------------------------|---|
| | 1. Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι: |
| Mann-Whitney U | 216.000 |
| Wilcoxon W | 712.000 |
| Z | -2.157 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .031 |

a. Grouping Variable: 6.α_Είσαστε αθλητής-τρια στίβου;

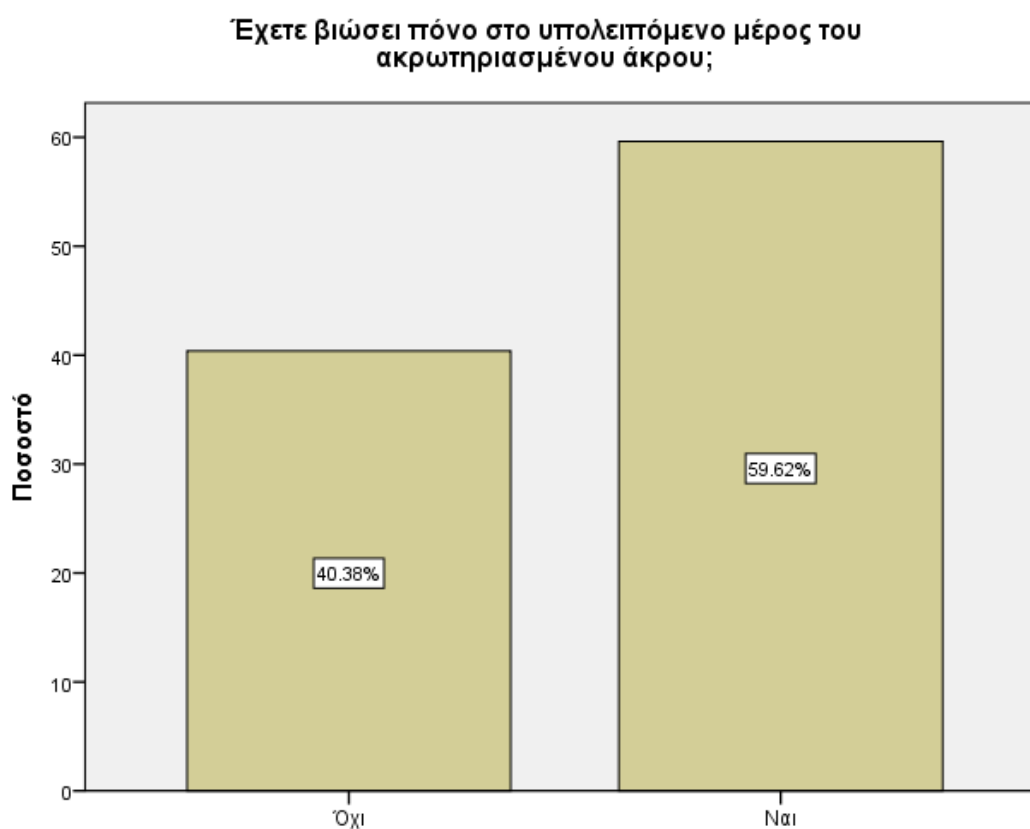
| | | 1. Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι: | | | | |
|----------------------|-----|---|---------|---------|---------|-----------|
| | | Πολύ κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ Καλή |
| | | Row N % | Row N % | Row N % | Row N % | Row N % |
| Αθλητής-τρια στίβου; | Όχι | 0.0% | 6.5% | 41.9% | 38.7% | 12.9% |
| | Ναι | 0.0% | 4.8% | 19.0% | 38.1% | 38.1% |

2.α Έχετε βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου;

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό (59,62%) έχει βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.35 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχει βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου

| | | Όχι | Ναι |
|---|---------|--------|--------|
| Έχετε βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου; | Count | 21 | 31 |
| | Row N % | 40.38% | 59.62% |



Διάγραμμα 4.30 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το αν έχει βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου

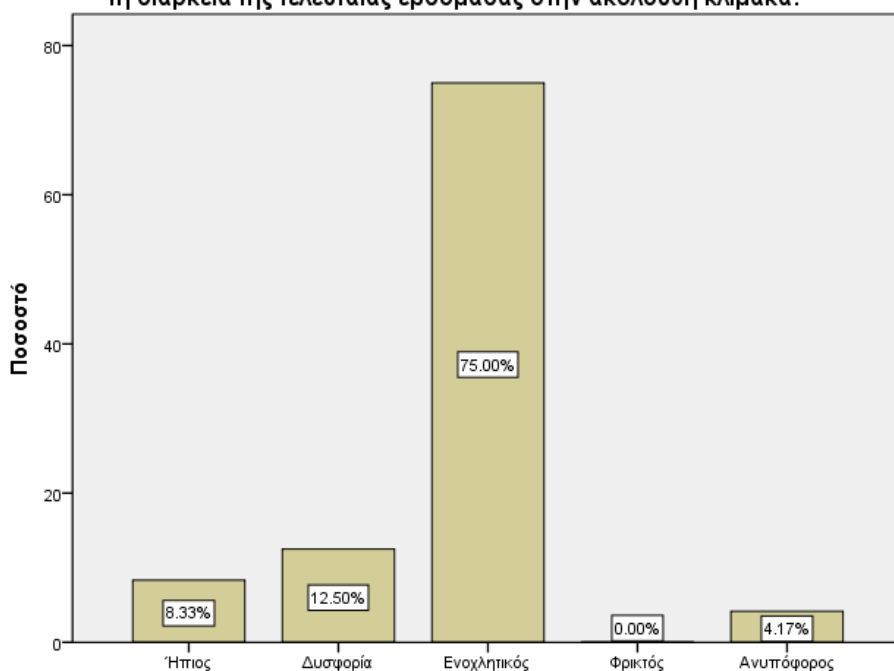
2.δ Παρακαλώ σημειώστε κατά μέσο όρο, το μέγεθος του πόνου που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα επιλέγοντας το κατάλληλο κουτάκι:

Το μέγεθος του πόνου στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (75%) χαρακτηρίζεται ως ενοχλητικός. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.36 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου

| | | Ήπιος | Δυσφορία | Ενοχλητικός | Φρικτός | Ανυπόφορος |
|--|---------|-------|----------|-------------|---------|------------|
| Παρακαλώ σημειώστε κατά μέσο όρο, το μέγεθος του πόνου που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα : | Count | 2 | 3 | 18 | 0 | 1 |
| | Row N % | 8.33% | 12.50% | 75.00% | 0.00% | 4.17% |

Παρακαλώ σημειώστε κατά μέσο όρο, το μέγεθος του πόνου που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα :



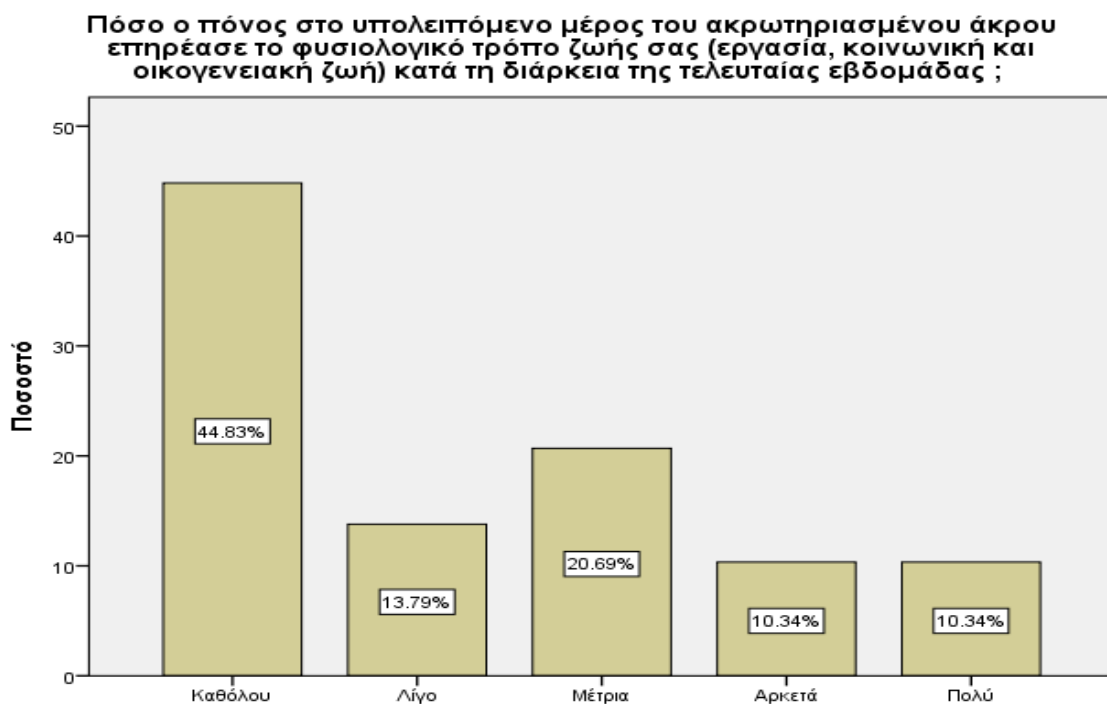
Διάγραμμα 4.31 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου

2.ε Πόσο ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ;

Το δείγμα κατά 58,62% δηλώνει ότι ο πόνος επηρέασε καθόλου ή λίγο τη ζωή του, ενώ το 20,68% δηλώνει ότι επηρεάστηκε αρκετά ή πολύ. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.37 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής

| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|--|---------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Πόσο ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ; | Count | 13 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| | Row N % | 44.83% | 13.79% | 20.69% | 10.34% | 10.34% |



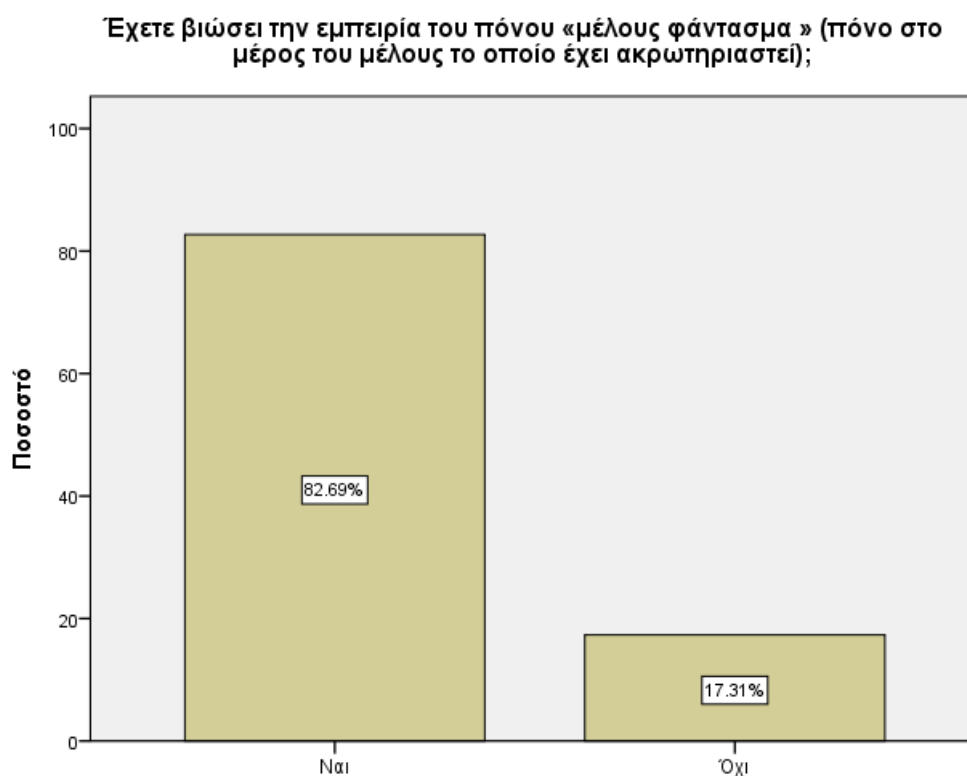
Διάγραμμα 4.32 Ραβδόγραμμα για το βαθμό που ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής

3.α Έχετε βιώσει την εμπειρία του πόνου «μέλους - φάντασμα » (πόνος στο μέρος του μέλους το οποίο έχει ακρωτηριαστεί);

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (82,69%) έχει βιώσει τον πόνο του μέλους φάντασμα. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.38 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμπειρία του πόνου «μέλους φάντασμα»

| | | Όχι | Ναι |
|--|---------|--------|--------|
| Έχετε βιώσει την εμπειρία του πόνου «μέλους φάντασμα » (πόνος στο μέρος του μέλους το οποίο έχει ακρωτηριαστεί); | Count | 9 | 43 |
| | Row N % | 17.31% | 82.69% |



Διάγραμμα 4.33 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με την εμπειρία του πόνου «μέλους- φάντασμα»

3.γ Πόση διάρκεια είχε, κατά μέσο όρο, το κάθε επεισόδιο πόνου «μέλους - φάντασμα»;

Το 82,14% των συμμετεχόντων βιώνει τον πόνο του μέλους - φάντασμα ως και πέντε 5 λεπτά ανά επεισόδιο. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.39 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη διάρκεια του πόνου «μέλους- φάντασμα»

| | | Λιγότερο από 1 λεπτό | 1 έως 5 λεπτά | 5 λεπτά έως 1 ώρα | Πολλές ώρες |
|---|------------|-------------------------|------------------|----------------------|-------------|
| Πόση διάρκεια είχε, κατά μέσο όρο, το κάθε επεισόδιο πόνου «μέλους - φάντασμα»; | Count | 9 | 14 | 2 | 3 |
| | Row N % | 32.14% | 50.00% | 7.14% | 10.71% |



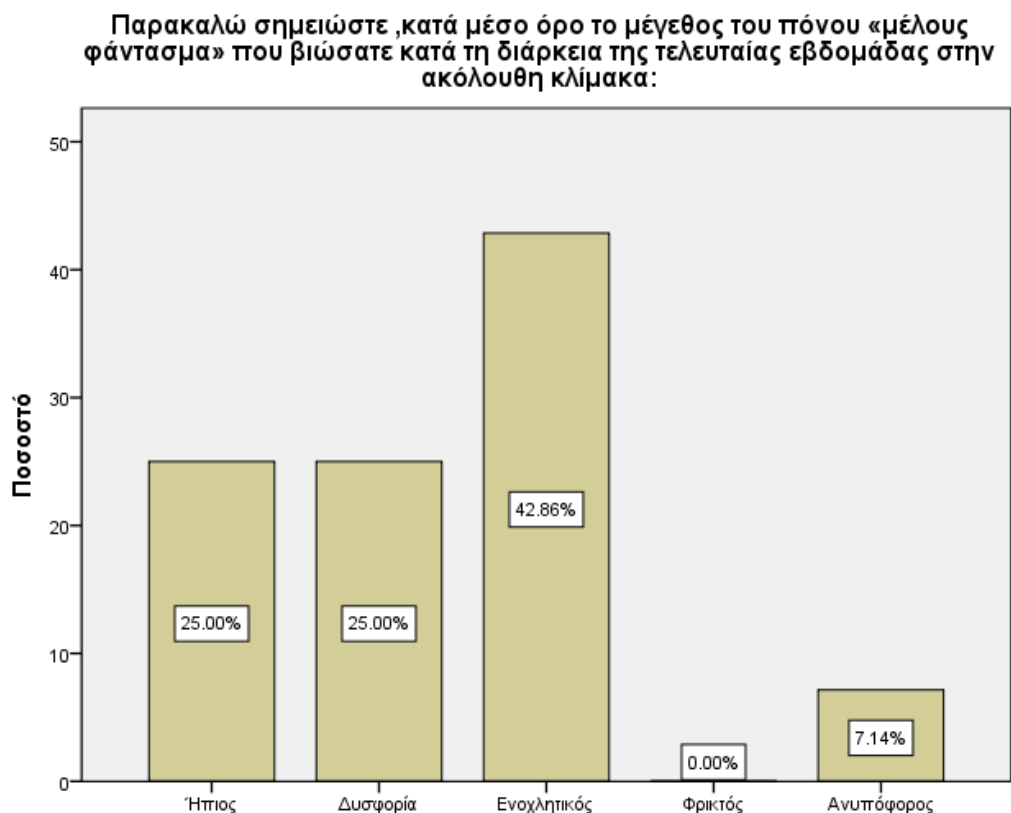
Διάγραμμα 4.34 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με τη διάρκεια του πόνου «μέλους- φάντασμα»

3.δ Παρακαλώ σημειώστε, κατά μέσο όρο το μέγεθος του πόνου «μέλους - φάντασμα» που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα, με το να επιλέξετε το κατάλληλο κουτάκι:

Το 50% του δείγματος δήλωσε ότι ο πόνος του μέλους - φάντασμα είναι ήπιος ή προκαλεί δυσφορία, το 42,86% χαρακτηρίζει τον πόνο ως ενοχλητικό, και το 7,14% ανυπόφορο. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.40 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου «μέλους - φάντασμα»

| | | Ήπιος | Δυσφορία | Ενοχλητικός | Φρικτός | Ανυπόφορος |
|--|---------|--------|----------|-------------|---------|------------|
| Παρακαλώ σημειώστε ,κατά μέσο όρο το μέγεθος του πόνου «μέλους- φάντασμα» που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα: | Count | 7 | 7 | 12 | 0 | 2 |
| | Row N % | 25.00% | 25.00% | 42.86% | 0.00% | 7.14% |



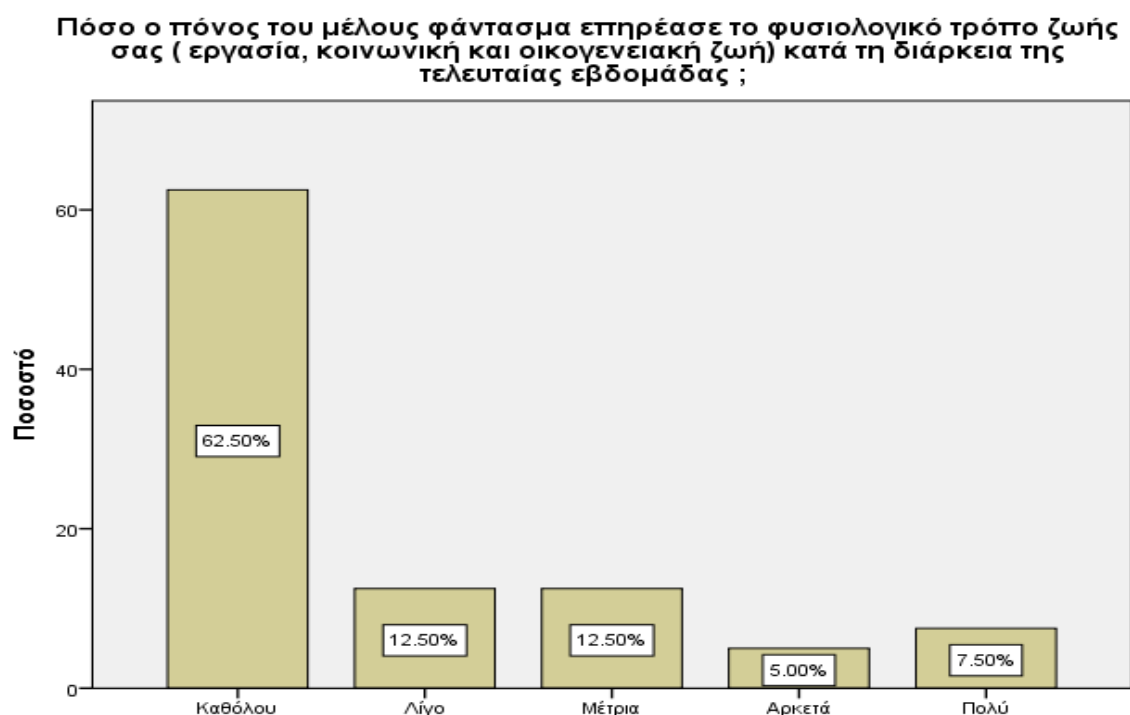
Διάγραμμα 4.35 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου «μέλους - φάντασμα»

3.ε Πόσο ο πόνος του « μέλους - φάντασμα» επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ;

Ο πόνος του «μέλους - φάντασμα» επηρεάζει καθόλου ή λίγο το 75% του δείγματος. Μέτρια επίδραση έχει για το 12,5% του δείγματος ενώ αρκετά ή πολύ έχει επηρεάσει το 12,5%. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.41 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος μέλους - φάντασμα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής

| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|---|---------|---------|--------|--------|--------|-------|
| Πόσο ο πόνος του μέλους - φάντασμα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; | Count | 25 | 5 | 5 | 2 | 3 |
| | Row N % | 62.50% | 12.50% | 12.50% | 5.00% | 7.50% |



Διάγραμμα 4.36 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος μέλους - φάντασμα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής

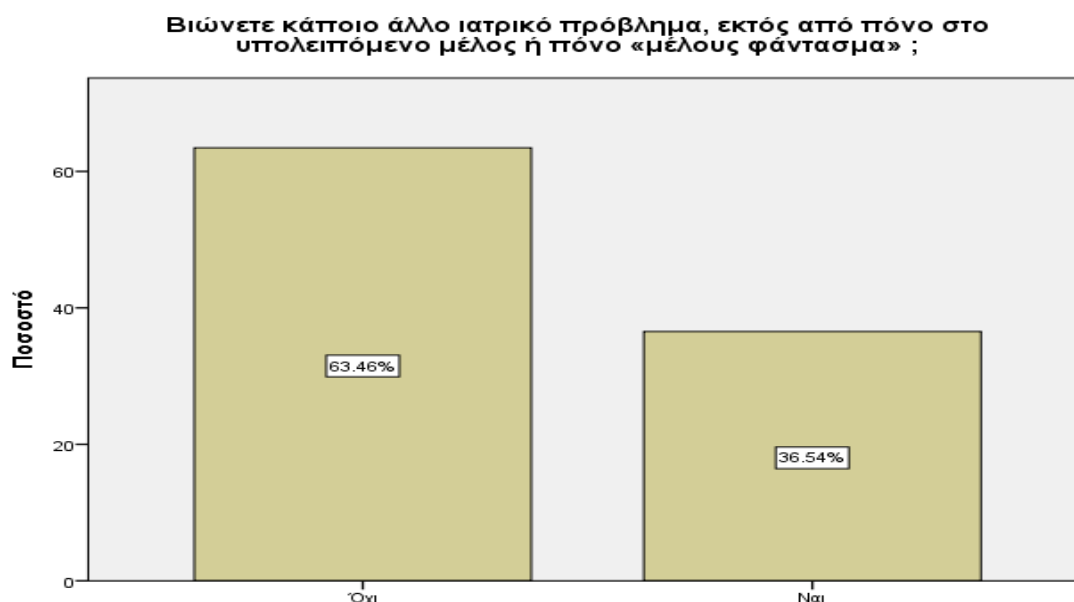
4.α Βιώνετε κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα, εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους - φάντασμα»;

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (63,46%) δεν βιώνει κάποιο άλλο πρόβλημα εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους φάντασμα» ενώ το 36,54% δήλωσε ότι βιώνει και κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα όπως αυχεναλγία, ραχιαλγία, οσφυαλγία, επώδυνο άνω άκρο (ώμος, αγκώνας, καρπός, δάχτυλα), έλλειψη ασβεστίου, θρομβοφιλία, μυοκλωνία, μυελομηνιγγοκήλη, συντριπτικά κατάγματα σπονδυλικής στήλης, καρκίνο, γόνατο, αρθρίτιδα ισχίου, οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ισχιαλγία, αρθρίτιδα ποδοκνημικής (μεταταρσίων οστών), αθροιστική κεφαλαλγία.

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.42 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν βιώνει κάποιο άλλο πρόβλημα εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους φάντασμα»

| | | Όχι | Ναι |
|--|---------|--------|--------|
| Βιώνετε κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα, εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους φάντασμα» ; | Count | 33 | 19 |
| | Row N % | 63.46% | 36.54% |



Διάγραμμα 4.37 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το αν βιώνει κάποιο άλλο πρόβλημα εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους φάντασμα»

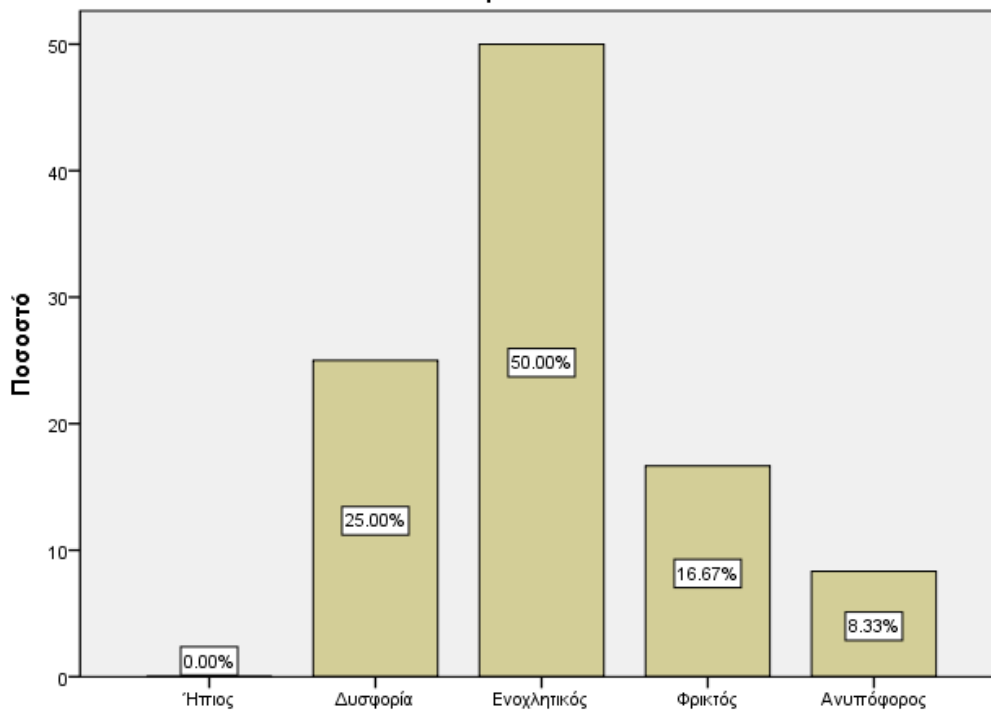
4.ε Παρακαλώ σημειώστε το μέγεθος του πόνου που βιώσατε σαν απόρροια αυτών των προβλημάτων κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα επιλέγοντας το κατάλληλο κουτάκι:

Το 50% του δείγματος που βιώνει κάποιο άλλο πρόβλημα χαρακτηρίζει τον πόνο ως ενοχλητικό, ενώ το 25% ως δυσφορία και το 25% ως φρικτό ή ανυπόφορο. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.43 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου από άλλο ιατρικό πρόβλημα

| | | Ήπιος | Δυσφορία | Ενοχλητικός | Φρικτός | Ανυπόφορος |
|---|-------|-------|----------|-------------|---------|------------|
| Παρακαλώ σημειώστε το μέγεθος του πόνου που βιώσατε σαν απόρροια αυτών των προβλημάτων κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα: | Count | 0 | 3 | 6 | 2 | 1 |
| | Row | 0.00% | 25.00% | 50.00% | 16.67% | 8.33% |
| | N % | | | | | |

Παρακαλώ σημειώστε το μέγεθος του πόνου που βιώσατε σαν απόρροια αυτών των προβλημάτων κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα:



Διάγραμμα 4.38 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος του πόνου από άλλο ιατρικό πρόβλημα

4.ζ Πόσο αυτά τα ιατρικά προβλήματα επηρέασαν το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ;

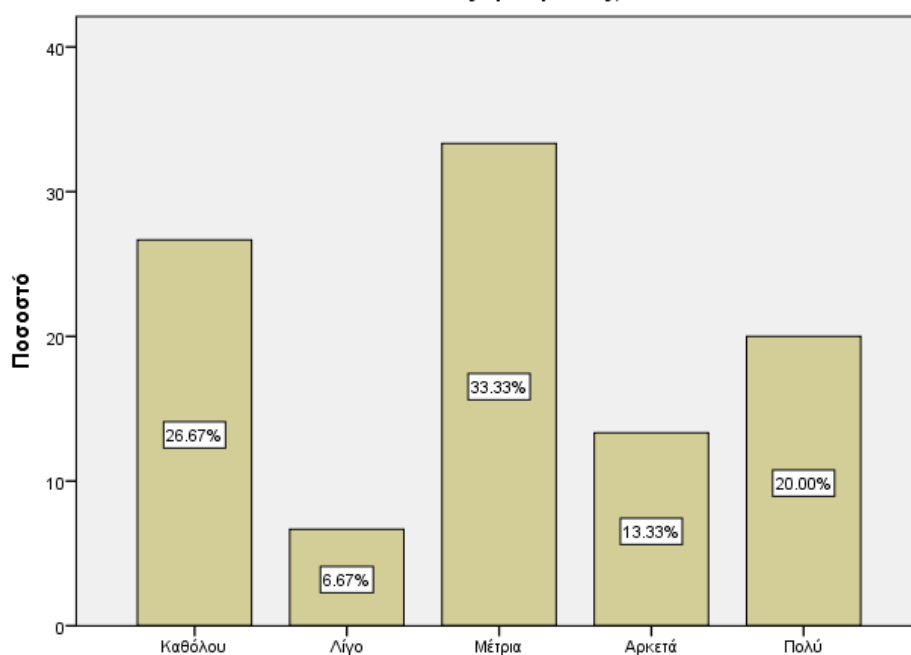
Ο πόνος από άλλα ιατρικά προβλήματα επηρεάζει καθόλου ή λίγο το 33,34% του δείγματος. Μέτρια επίδραση έχει για το 33,33% του δείγματος ενώ αρκετά ή πολύ έχει επηρεάσει το 33,33%.

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.44 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος από άλλα ιατρικά προβλήματα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής

| | | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|--|---------|---------|-------|--------|--------|--------|
| Πόσο αυτά τα ιατρικά προβλήματα επηρέασαν το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ; | Count | 4 | 1 | 5 | 2 | 3 |
| | Row N % | 26.67% | 6.67% | 33.33% | 13.33% | 20.00% |

Πόσο αυτά τα ιατρικά προβλήματα επηρέασαν το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;



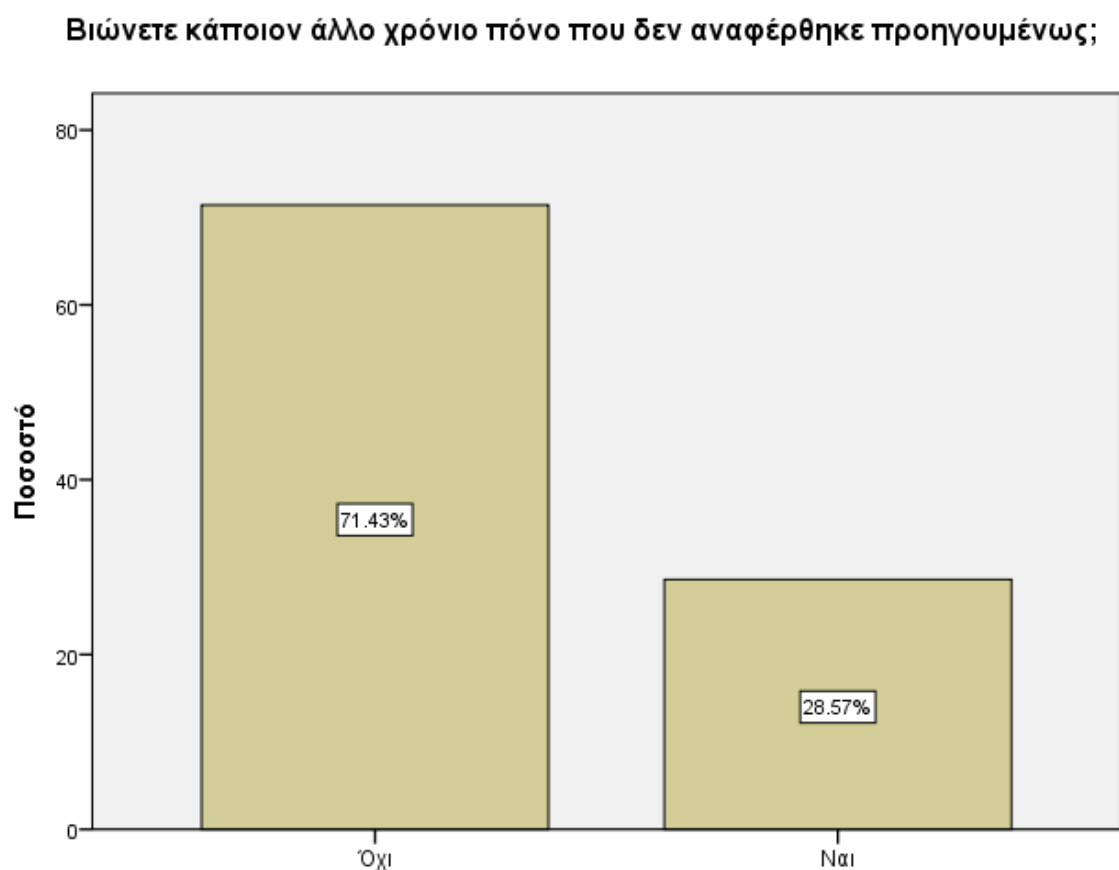
Διάγραμμα 4.39 Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που ο πόνος από άλλα ιατρικά προβλήματα επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής

4.η Βιώνετε κάποιον άλλο χρόνιο πόνο που δεν αναφέρθηκε προηγουμένως;

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό.

Πίνακας 4.45 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμπειρία ή όχι άλλου χρόνιου πόνου

| | | Όχι | Ναι |
|---|---------|--------|--------|
| Βιώνετε κάποιον άλλο χρόνιο πόνο που δεν αναφέρθηκε προηγουμένως; | Count | 15 | 6 |
| | Row N % | 71.43% | 28.57% |



Διάγραμμα 4.40 Ραβδόγραμμα κατανομής δείγματος σε σχέση με το αν βιώνει άλλο χρόνιο πόνο

4.5 Διερεύνηση διαστάσεων Ποιότητας Ζωής

Αξιοπιστία ερωτηματολογίου και διαστάσεων φυσικής και σωματικής υγείας

Το ερωτηματολόγιο SF-36 V2 χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Σε πολλές κλινικές μελέτες, αλλά και σε κοινωνικές έρευνες, έχει καταδειχθεί η εγκυρότητα (reliability) και η αξιοπιστία (validity) του εργαλείου SF-36. Το βασικό πλεονέκτημα της επισκόπησης υγείας SF-36, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου, με ένα σύνολο 36 ερωτήσεων, οι οποίες συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις, όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. Εφόσον οι τιμές του δείκτη Cronbach's α είναι $>0,7$ η αξιοπιστία θεωρείται ικανοποιητική για όλες τις διαστάσεις εκτός από την Ζωτικότητα όπου $\alpha=0.646 < 0.7$ και είναι αποδεκτή.

Πίνακας 4.46 Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής

| | items | Cronbach's alpha |
|--|-------|------------------|
| PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functioning) | 10 | 0.937 |
| RP: Σωματικός ρόλος (role limitations due to physical health) | 4 | 0.922 |
| RE: Συναισθηματικός ρόλος (role limitations due to emotional problems) | 3 | 0.933 |
| VT: Ζωτικότητα (vitality - Energy/fatigue) | 4 | 0.646 |
| MH: Ψυχική υγεία (mental health/emotional well-being) | 5 | 0.755 |
| SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning) | 2 | 0.789 |
| BP: Σωματικός πόνος (bodily pain) | 2 | 0.787 |
| GH: Γενική υγεία (general health) | 5 | 0.715 |

Περιγραφική ανάλυση διαστάσεων Ποιότητας Ζωής

Σύμφωνα με τη διαδικασία βαθμολόγησης του SF-36 V2 (Λασκαρίδου & Γκατζούλης, 2016) κάθε κλίμακα μετασχηματίζεται με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή. Στη συνέχεια, για κάθε κλίμακα υπολογίζεται ο μέσος όρος των στοιχείων που ανήκουν σε αυτή και προκύπτει μια ποσοστιαία αναλογία ανά κλίμακα που μετρήθηκε για κάθε συμμετέχοντα. Στον Πίνακα 50 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία για το δείγμα με τους δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς για κάθε κλίμακα.

Στην κλίμακα για τη Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning) η μέση βαθμολογία είναι 78% (TA=26,37%), για το Σωματικό Ρόλο (Role Limitations due to Physical Health) η μέση βαθμολογία είναι 76,85% (TA=26,85%), για το Συναισθηματικό Ρόλο (Role Limitations due to Emotional Problems) η μέση βαθμολογία είναι 76,85% (TA=26,85%), για τη Ζωτικότητα (Vitality - Energy/Fatigue) η μέση βαθμολογία είναι 64,17% (TA=18,78%), για τη Ψυχική Υγεία (Mental Health/Emotional Well-Being) η μέση βαθμολογία είναι 67,43% (TA=19,65%), για την Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning) η μέση βαθμολογία είναι 75,83% (TA=23,47%), για τον Σωματικό Πόνο (Bodily Pain) η μέση βαθμολογία είναι 70,48% (TA=26,85%) και για τη Γενική Υγεία (General Health) η μέση βαθμολογία είναι 75,81% (TA=19,49%).

Πίνακας 4.47 Περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής

| | Physical functioning | Role limitations Ph. Health | Role limitations Emotional Health | Vitality | Mental health | Social functioning | Pain | General health |
|----------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|---------------|--------------------|-------|----------------|
| M | 78.00 | 76.85 | 76.75 | 64.17 | 67.43 | 75.83 | 70.48 | 75.81 |
| SD | 26.37 | 26.85 | 27.02 | 18.78 | 19.65 | 23.47 | 21.87 | 19.49 |
| Median | 90.00 | 87.50 | 83.33 | 68.75 | 70.00 | 87.50 | 75.00 | 80.00 |
| Range | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 93.75 | 100.00 | 87.50 | 87.50 | 90.00 |
| Skewness | -1.26 | -1.16 | -1.17 | -0.51 | -0.72 | -0.80 | -0.41 | -0.89 |
| Kurtosis | 0.74 | 0.47 | 0.59 | 0.35 | 0.58 | -0.19 | -0.36 | 0.38 |

4.6 Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA)

4.6.1 Σύγκριση (MANOVA) Αθλητών με ακρωτηριασμό με τους μη Αθλητές με ακρωτηριασμό

Από τον Πίνακα 48, Multivariate Tests, και παίρνοντας ως τεστ ανάλυσης το Pillai's Trace διαπιστώνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή Αθλητής vs Μη Αθλητής δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής ($F(8, 43)=1,037, p=.424$). Από τον Πίνακα 49, Tests of Between – Subjects Effects, διαπιστώνεται, επίσης, ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών σε καμία από τις επιμέρους κλίμακες της Ποιότητας Ζωής.

Πίνακας 4.48 Multivariate Tests για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό

| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
|----------------------|--------------------|--------|---------------------|---------------|----------|------|
| Intercept | Pillai's Trace | .948 | 98.428 ^b | 8.000 | 43.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .052 | 98.428 ^b | 8.000 | 43.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 18.312 | 98.428 ^b | 8.000 | 43.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 18.312 | 98.428 ^b | 8.000 | 43.000 | .000 |
| Αθλητής Vs ΜηΑθλητής | Pillai's Trace | .162 | 1.037 ^b | 8.000 | 43.000 | .424 |
| | Wilks' Lambda | .838 | 1.037 ^b | 8.000 | 43.000 | .424 |
| | Hotelling's Trace | .193 | 1.037 ^b | 8.000 | 43.000 | .424 |
| | Roy's Largest Root | .193 | 1.037 ^b | 8.000 | 43.000 | .424 |

a. Design: Intercept + ΑθλητήςVsΜηΑθλητής

b. Exact statistic

Πίνακας 4.49 Tests of Between-Subjects Effects για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό

| Source | Dependent Variable | F | Sig. |
|-----------------------|------------------------------------|-------|------|
| Αθλητής Vs Μη Αθλητής | Physical_functioning | .890 | .350 |
| | Role_limitations_Ph_Health | 1.370 | .247 |
| | Role_limitations_Emoational_Health | .724 | .399 |
| | Vitality | 3.160 | .082 |
| | Mental_health | 2.416 | .126 |
| | Social_functioning | .111 | .740 |
| | Pain | .143 | .707 |
| | General_health | .146 | .704 |

4.6.2 Σύγκριση (MANOVA) Αθλητών με Ακρωτηριασμό με τους μη Αθλητές με Ακρωτηριασμό με μεταβλητές ελέγχου

Στη συνέχεια υλοποιήθηκε ο ίδιος έλεγχος με εισαγωγή των μεταβλητών Ηλικία, Χρονικό διάστημα από τον ακρωτηριασμό, Αξιολόγηση φυσικής κατάστασης Πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου, Πόνος μέλους - φάντασμα και Άλλο ιατρικό πρόβλημα, ως μεταβλητές ελέγχου. Όπως και στην προηγούμενη ανάλυση, από τον Πίνακα 50, Multivariate Tests, και παίρνοντας ως τεστ ανάλυσης το Pillai'ss Trace διαπιστώνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή Αθλητής vs Μη Αθλητής δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής ($F(8, 37)=1,609, p=.156$). Από τον Πίνακα 51, Tests of Between – Subjects Effects, διαπιστώνεται, επίσης, ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αθλητών και μη αθλητών σε καμία από τις επιμέρους κλίμακες της Ποιότητας Ζωής ($p>.145$).

Πίνακας 4.50 Multivariate Tests για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με μεταβλητές ελέγχου

| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
|-----------------------|--------------------|-------|--------------------|---------------|----------|------|
| Intercept | Pillai's Trace | .484 | 4.345 ^p | 8.000 | 37.000 | .001 |
| | Wilks' Lambda | .516 | 4.345 ^p | 8.000 | 37.000 | .001 |
| | Hotelling's Trace | .939 | 4.345 ^p | 8.000 | 37.000 | .001 |
| | Roy's Largest Root | .939 | 4.345 ^p | 8.000 | 37.000 | .001 |
| Αθλητής Vs Μη Αθλητής | Pillai's Trace | .258 | 1.609 ^p | 8.000 | 37.000 | .156 |
| | Wilks' Lambda | .742 | 1.609 ^p | 8.000 | 37.000 | .156 |
| | Hotelling's Trace | .348 | 1.609 ^p | 8.000 | 37.000 | .156 |
| | Roy's Largest Root | .348 | 1.609 ^p | 8.000 | 37.000 | .156 |

Πίνακας 4.51 Tests of Between-Subjects Effects για την επίδραση του αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με μεταβλητές ελέγχου

| Source | Dependent Variable | F | Sig. |
|--------------------|-----------------------------------|-------|------|
| ΑθλητήςVsΜηΑθλητής | Physical_functioning | .521 | .474 |
| | Role_limitations_Ph_Health | 1.143 | .291 |
| | Role_limitations_Emotional_Health | .594 | .445 |
| | Vitality | 2.205 | .145 |
| | Mental_health | .433 | .514 |
| | Social_functioning | 1.008 | .321 |
| | Pain | 1.124 | .295 |
| | General_health | .038 | .847 |

4.6.3 Σύγκριση (MANOVA) Αθλητών με Ακρωτηριασμό με Αρτιμελείς Αθλητές

Από τον Πίνακα 52, Multivariate Tests, και παίρνοντας ως τεστ ανάλυσης το Pillai's Trace διαπιστώνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή Αθλητές με ακρωτηριασμό VS Αρτιμελείς Αθλητές έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής ($F(8, 65)=7,556, p<.001$). Από τον Πίνακα 53, Tests of Between – Subjects Effects, διαπιστώνεται, επιπλέον, ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ Αθλητών με Ακρωτηριασμό και Αρτιμελών Αθλητών στην κλίμακα Physical Functioning ($F(1, 72)=22,857, p<.001$) με τους Αρτιμελείς Αθλητές να δηλώνουν καλύτερη Φυσική Λειτουργικότητα συγκριτικά με τους Αθλητές με Ακρωτηριασμό (Διάγραμμα 43)

Πίνακας 4.52 Multivariate Tests για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών

Multivariate Testsa

| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
|-------------------------------------|--------------------|--------|----------------------|---------------|----------|------|
| Intercept | Pillai's Trace | .951 | 159.116 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .049 | 159.116 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 19.584 | 159.116 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 19.584 | 159.116 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| Άτομα με ακρωτηριασμό VS Αρτιμελείς | Pillai's Trace | .482 | 7.556 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .518 | 7.556 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | .930 | 7.556 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | .930 | 7.556 ^b | 8.000 | 65.000 | .000 |

a. Design: Intercept + @0.Ομάδα

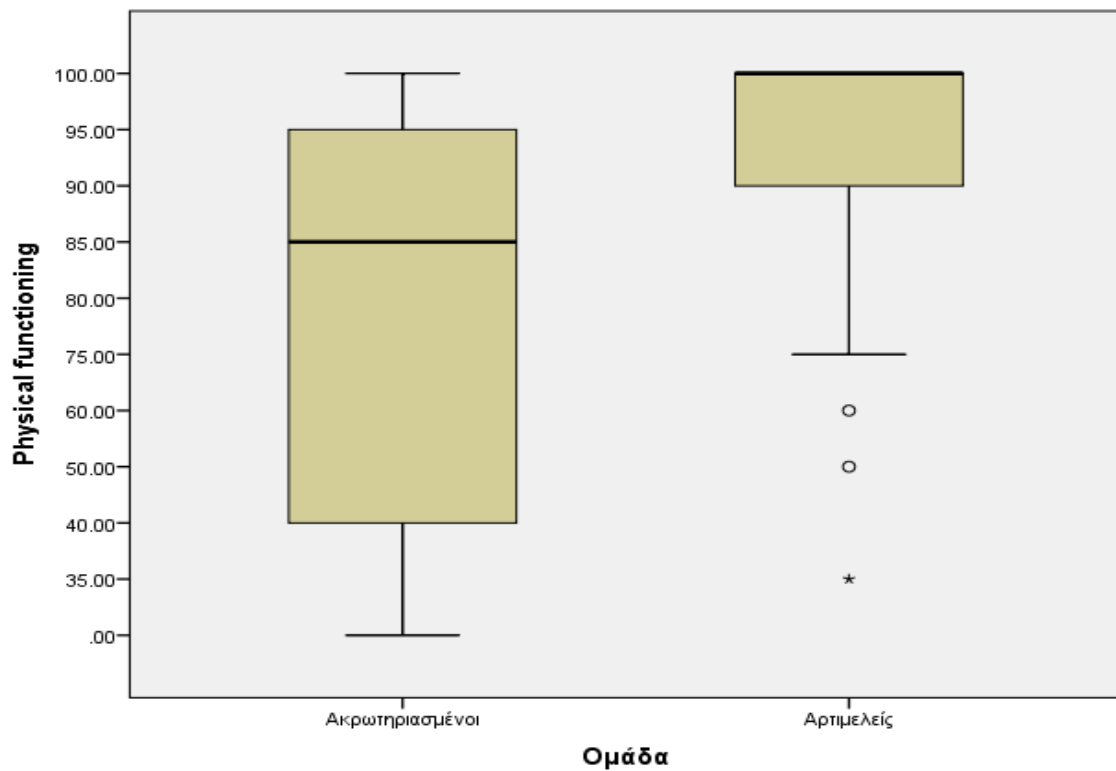
b. Exact statistic

Πίνακας 4.53 Tests of Between-Subjects Effects για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών

Tests of Between-Subjects Effects

| Source | Dependent Variable | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------|--------------------------------|-------------------------|----|-------------|--------|------|
| @0.Ομάδα | Physical_functioning | 10405.595 | 1 | 10405.595 | 22.857 | .000 |
| | Role_limitations_Ph_Heal th | 688.664 | 1 | 688.664 | 1.180 | .281 |

| | | | | | |
|--------------------------|----------|---|----------|-------|------|
| Role_limitations_Emotion | 221.030 | 1 | 221.030 | .302 | .584 |
| al_Health | | | | | |
| Vitality | 1136.515 | 1 | 1136.515 | 3.605 | .062 |
| Mental_health | 987.839 | 1 | 987.839 | 2.711 | .104 |
| Social_functioning | 68.486 | 1 | 68.486 | .116 | .734 |
| Pain | 1116.051 | 1 | 1116.051 | 2.413 | .125 |
| General_health | 678.415 | 1 | 678.415 | 2.008 | .161 |



Διάγραμμα 4.41 Σύγκριση Physical Functioning μεταξύ αρτιμελών αθλητών και αθλητών με ακρωτηριασμό

4.6.4 Σύγκριση (MANOVA) Αθλητών με Ακρωτηριασμό με Αρτιμελείς Αθλητές με μεταβλητές ελέγχου

Από τον Πίνακα 54, Multivariate Tests, και παίρνοντας ως τεστ ανάλυσης το Pillai's Trace διαπιστώνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή Αθλητές με Ακρωτηριασμό VS Αρτιμελείς Αθλητές έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής ($F(8, 57)=3,056, p<.01$), λαμβάνοντας υπόψη και ως μεταβλητές ελέγχου το φύλο, την ηλικία, το άθλημα και τις ώρες προπόνησης. Από τον Πίνακα 55, Tests of Between – Subjects Effects, διαπιστώνεται, εκτός των άλλων, ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ Αθλητών με Ακρωτηριασμό και Αρτιμελών Αθλητών στην κλίμακα του Πόνου ($F(1, 64)=5,494, p<.05$), με τους αρτιμελείς αθλητές να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα πόνου συγκριτικά με τους αθλητές με ακρωτηριασμό (Διάγραμμα 44).

Πίνακας 4.54 Multivariate Tests για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών με μεταβλητές ελέγχου

| Multivariate Tests ^a | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------|---------------------|---------------|----------|------|
| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
| Intercept | Pillai's Trace | .605 | 10.920 ^b | 8.000 | 57.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .395 | 10.920 ^b | 8.000 | 57.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 1.533 | 10.920 ^b | 8.000 | 57.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 1.533 | 10.920 ^b | 8.000 | 57.000 | .000 |
| @0.Ομάδα | Pillai's Trace | .300 | 3.056 ^b | 8.000 | 57.000 | .006 |
| | Wilks' Lambda | .700 | 3.056 ^b | 8.000 | 57.000 | .006 |
| | Hotelling's Trace | .429 | 3.056 ^b | 8.000 | 57.000 | .006 |
| | Roy's Largest Root | .429 | 3.056 ^b | 8.000 | 57.000 | .006 |

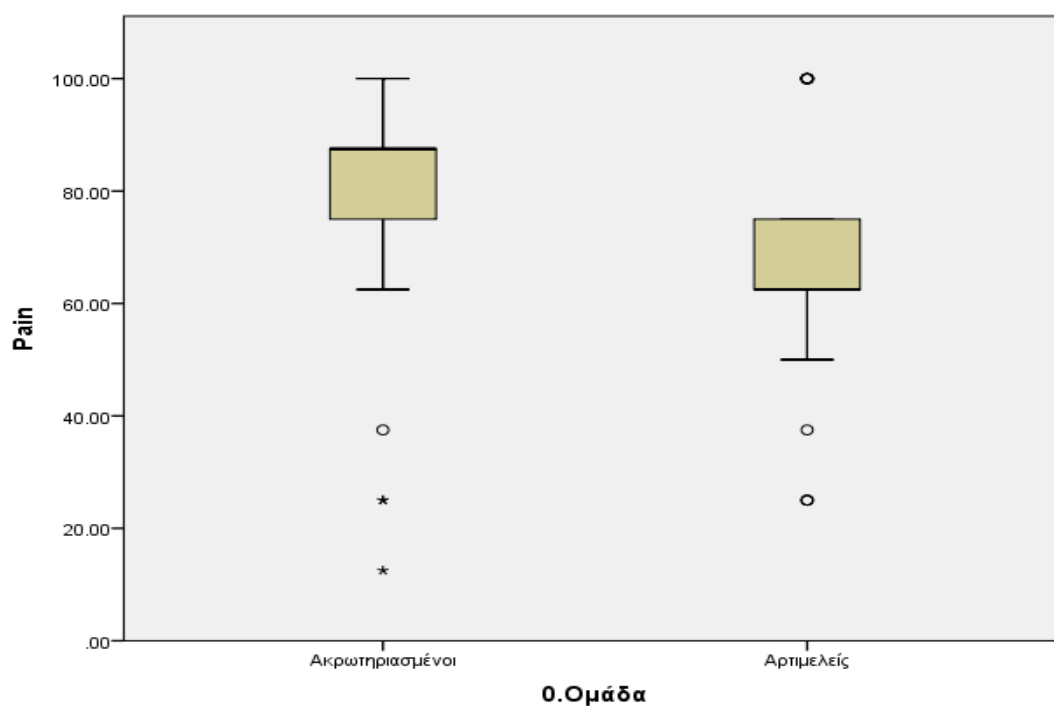
a.Design: Intercept +@0.Ομάδα

b.Exact statistic

Πίνακας 4.55 Tests of Between-Subjects Effects για την επίδραση του ακρωτηριασμού στην Ποιότητα Ζωής των αθλητών με μεταβλητές ελέγχου

Tests of Between-Subjects Effects

| Source | Dependent Variable | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------|-----------------------------------|-------------------------|----|-------------|-------|------|
| @0.Ομάδα | Physical_functioning | 447.219 | 1 | 447.219 | 1.112 | .296 |
| | Role_limitations_Ph_Health | 514.943 | 1 | 514.943 | .926 | .340 |
| | Role_limitations_Emotional_Health | 777.662 | 1 | 777.662 | 1.188 | .280 |
| | Vitality | 1053.850 | 1 | 1053.850 | 3.863 | .054 |
| | Mental_health | 521.437 | 1 | 521.437 | 1.703 | .197 |
| | Social_functioning | 821.875 | 1 | 821.875 | 1.482 | .228 |
| | Pain | 2328.876 | 1 | 2328.876 | 5.494 | .022 |
| | General_health | 362.565 | 1 | 362.565 | 1.116 | .295 |



Διάγραμμα 4.42 Σύγκριση μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών στην κλίμακα του Πόνου(Pain)

4.6.5 Σύγκριση (MANOVA) συνόλου συμμετεχόντων με Ακρωτηριασμό (Αθλητών και μη Αθλητών) με τους Αρτιμελείς.

Από τον Πίνακα 56, Multivariate Tests, και παίρνοντας ως τεστ ανάλυσης το Pillai's Trace διαπιστώνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή Άτομα με Ακρωτηριασμό VS Αρτιμελείς συμμετέχοντες έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής ($F(8, 96)=14,190, p<.01$). Από τον Πίνακα 57, Tests of Between – Subjects Effects, διαπιστώνεται, επίσης, ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ Ατόμων με Ακρωτηριασμό και Αρτιμελών συμμετεχόντων στην κλίμακα Physical Functioning ($F(1, 105)=53.579, p<.05$), Role Limitations due to Physical Health ($F(1, 105)=6.414, p<.05$) και General Health ($F(1, 105)=4.671, p<.05$), με τους αρτιμελείς αθλητές να δηλώνουν καλύτερη υγεία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό (Διαγράμματα 43-45)

Πίνακας 4.56 Multivariate Tests για τη σύγκριση μεταξύ συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών ως προς την Ποιότητα Ζωής.

Multivariate Tests^a

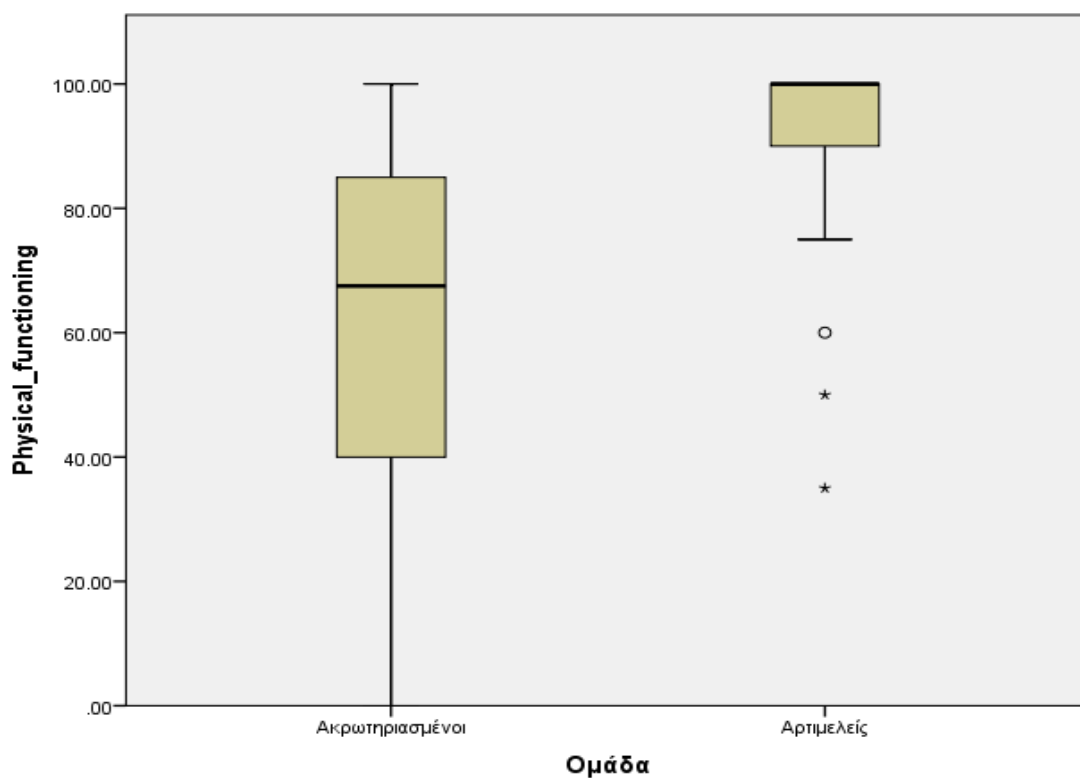
| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
|-----------|--------------------|--------|----------------------|---------------|----------|------|
| Intercept | Pillai's Trace | .956 | 258.811 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .044 | 258.811 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 21.568 | 258.811 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 21.568 | 258.811 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| @0.Ομάδα | Pillai's Trace | .542 | 14.190 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .458 | 14.190 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 1.182 | 14.190 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 1.182 | 14.190 ^b | 8.000 | 96.000 | .000 |

a. Design: Intercept + @0.Ομάδα

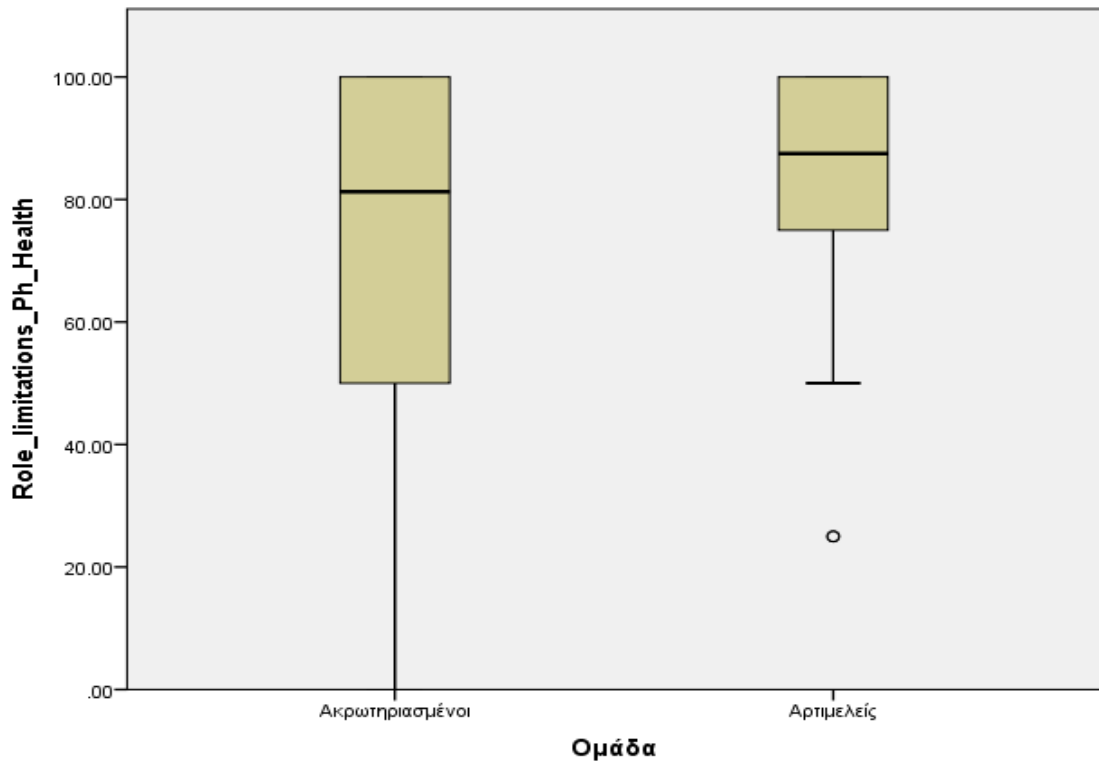
b. Exact statistic

Πίνακας 4.57 Tests of Between –Subject Effect για τη σύγκριση μεταξύ συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών ως προς την Ποιότητα Ζωής

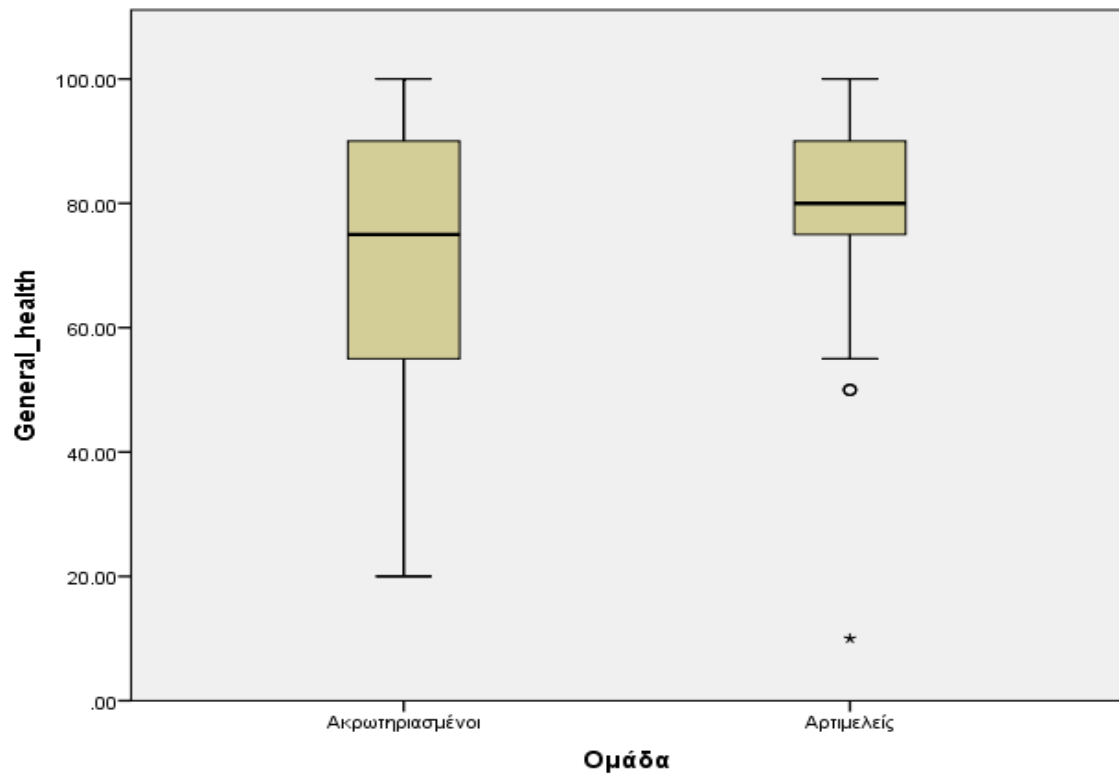
| Source | Dependent Variable | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------|-----------------------------------|-------------------------|----|-------------|--------|------|
| @0.Ομάδα | Physical_functioning | 24750.283 | 1 | 24750.283 | 53.579 | .000 |
| | Role_limitations_Ph_Health | 4396.502 | 1 | 4396.502 | 6.414 | .013 |
| | Role_limitations_Emotional_Health | 1774.138 | 1 | 1774.138 | 2.464 | .120 |
| | Vitality | 219.094 | 1 | 219.094 | .619 | .433 |
| | Mental_health | 236.057 | 1 | 236.057 | .609 | .437 |
| | Social_functioning | 337.835 | 1 | 337.835 | .611 | .436 |
| | Pain | 1307.286 | 1 | 1307.286 | 2.781 | .098 |
| | General_health | 1713.846 | 1 | 1713.846 | 4.671 | .033 |



Διάγραμμα 4.43 Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning)



Διάγραμμα 4.44 Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Σωματικός Ρόλος εξαιτίας της σωματικής υγείας (*Role Limitations due to Physical Health*)



Διάγραμμα 4.45 Σύγκριση μεταξύ όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με τους αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Γενικής Υγείας (General Health)

4.6.6 Σύγκριση (MANOVA) συνόλου συμμετεχόντων με Ακρωτηριασμό (Αθλητών και μη Αθλητών) με τους Αρτιμελείς με μεταβλητές ελέγχου

Από τον Πίνακα 58, Multivariate Tests, και παίρνοντας ως τεστ ανάλυσης το Pillai's Trace διαπιστώνεται ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή Άτομα με Ακρωτηριασμό VS Αρτιμελείς συμμετέχοντες έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής ($F(8, 94)=6,639, p<.01$), λαμβάνοντας υπόψη ως μεταβλητές ελέγχου το φύλο και την ηλικία. Από τον Πίνακα 59, Tests of Between – Subjects Effects, διαπιστώνεται, επίσης, ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ Ατόμων με Ακρωτηριασμό και Αρτιμελών συμμετεχόντων στην κλίμακα Physical Functioning ($F(1, 101)= 16.965, p<.05$), και Pain ($F(1, 101)= 5.450, p<.05$), με τους Αρτιμελείς Αθλητές να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα πόνου σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με Ακρωτηριασμό (Διάγραμμα 46).

Πίνακας 4.58 Multivariate Tests για τη σύγκριση μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων ως προς την Ποιότητα Ζωής με μεταβλητές ελέγχου

Multivariate Tests^a

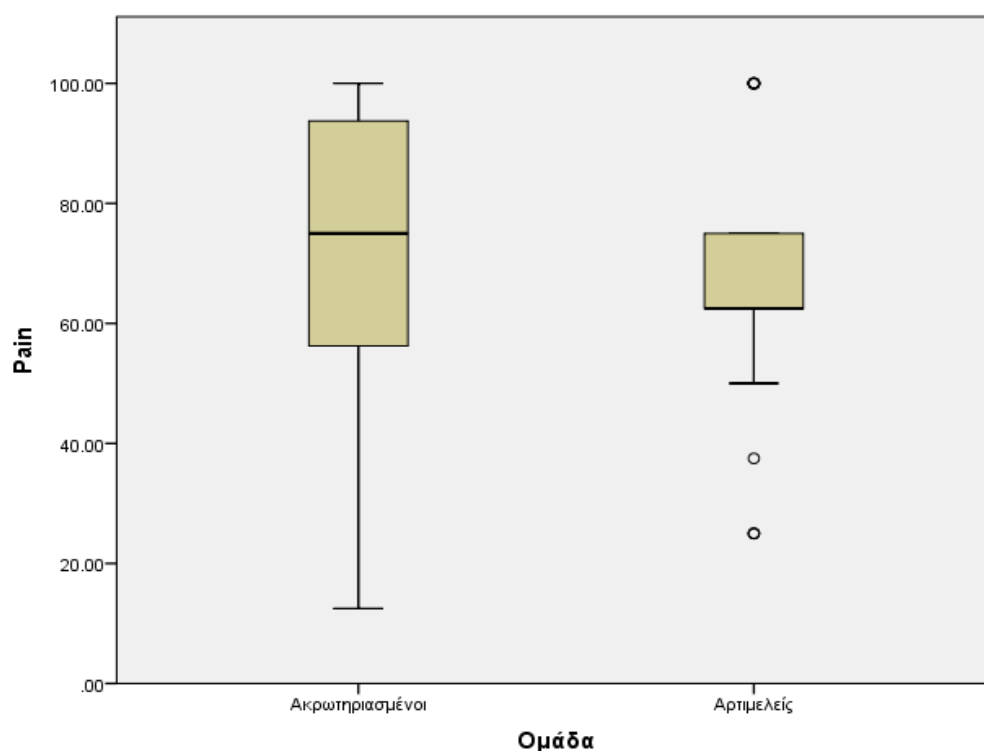
| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
|-----------|--------------------|-------|---------------------|---------------|----------|------|
| Intercept | Pillai's Trace | .756 | 36.383 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .244 | 36.383 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 3.096 | 36.383 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 3.096 | 36.383 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| @0.Ομάδα | Pillai's Trace | .361 | 6.639 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .639 | 6.639 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | .565 | 6.639 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | .565 | 6.639 ^b | 8.000 | 94.000 | .000 |

a. Design: Intercept + @0.Ομάδα + @2.Φύλο + @1.Ηλικία

b. Exact statisti

Πίνακας 4.59 Tests of Between-Subjects Effects για τη σύγκριση μεταξύ Ατόμων με Ακρωτηριασμό και Αρτιμελών συμμετεχόντων ως προς την Ποιότητα Ζωής με μεταβλητές ελέγχου

| Tests of Between-Subjects Effects | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------|--------|------|
| Source | Dependent Variable | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| @0.Ομάδα | Physical_functioning | 7105.577 | 1 | 7105.577 | 16.965 | .000 |
| | Role_limitations_Ph_Health | 473.409 | 1 | 473.409 | .706 | .403 |
| | Role_limitations_Emotionaional_Health | 40.267 | 1 | 40.267 | .058 | .810 |
| | Vitality | 7.338 | 1 | 7.338 | .022 | .883 |
| | Mental_health | 21.779 | 1 | 21.779 | .059 | .809 |
| | Social_functioning | 337.846 | 1 | 337.846 | .607 | .438 |
| | Pain | 2469.273 | 1 | 2469.273 | 5.450 | .022 |
| | General_health | 823.004 | 1 | 823.004 | 2.298 | .133 |



Διάγραμμα 4.46 Σύγκριση όλων των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό με όλους τους αρτιμελείς αθλητές στην κλίμακα Πόνος(Pain)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην εν λόγω μελέτη συμμετείχε σημαντικός αριθμός των εν ενεργεία αθλητών Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρου οι οποίοι παρουσιάζουν συμμετοχή σε αγώνες, με βάσει τα στοιχεία που βρέθηκαν στην ΕΑΟΜ-ΑμεΑ καθώς και σημαντική ήταν η παρουσία των ατόμων με ακρωτηριασμό της Ελλάδας που δεν είχε κάποια αθλητική δραστηριότητα. Από τη μελέτη αυτή εξήχθηκαν αξιόλογα συμπεράσματα για τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ακρωτηριασμό της Ελλάδος, τους παράγοντες που καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής τους και κατά πόσο η ενασχόληση με τον αθλητισμό επηρεάζει θετικά ή αρνητικά αυτή την ποιότητα.

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα ο ακρωτηριασμός στην Ελλάδα εντοπίζεται κυρίως σε ενήλικες με μέση ηλικία τα 35,2 έτη(N=52), οι οποίοι ανήκουν κυρίως στο ανδρικό φύλο(84,62%), είναι άγαμοι και διαμένουν σε αστικές περιοχές (μεγάλη επαρχιακή πόλη, πρωτεύουσα και συμπρωτεύουσα) με τους περισσότερους να είναι απόφοιτοι Λυκείου ή κάτοχοι τίτλου ΑΕΙ/ΑΤΕΙ.

Τα τροχαία ατυχήματα με αυτοκίνητο ή μοτοσυκλέτα (63,46%) αποκαλύπτονται ως η πιο κοινή αιτία ακρωτηριασμού κάτω άκρου. Έπονται με 21,15% άλλες αιτιολογίες όπως (εργατικό ατύχημα, σεισμός, πτώση τζαμιού, σύγκρουση βάρκας, ατύχημα με τραίνο, εξέλιξη ραιβοποδίας, εγκληματική ενέργεια, ιατρικό λάθος) και με 7,69% διάφορες παθήσεις όπως ο καρκίνος και η περιφερειακή αγγειακή διαταραχή. Από το δείγμα του πληθυσμού της έρευνας δεν εντοπίστηκε άτομο που η αιτία ακρωτηριασμού του να οφειλόταν στην πάθηση του διαβήτη σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παγκόσμιας ερευνητικής κοινότητας η οποία έχει αναδείξει ως την πιο κοινή αιτία ακρωτηριασμού κάτω άκρων τις περιφερειακές αγγειακές παθήσεις ή/και τον διαβήτη (AlSofyani et al., 2016; Bragaru et al., 2011; Chopra et al., 2018; Krezevic et al., 2015; Mohammed&Shebl, 2014; Papanas&Lazarides, 2011). Το αποτέλεσμα της μελέτης μας συμφωνεί όμως με τους (Mahmudul Hassan Al Imam et al., 2020; Aslan et al., 2019; Pasquina et al., 2014; Mansoor et al., 2010) οι οποίοι έδειξαν πως τα τροχαία και τα εργατικά ατυχήματα αποτελούν κύριες αιτίες ακρωτηριασμού. Κρίνεται αναγκαία λοιπόν η περαιτέρω ανάπτυξη του συστήματος κυκλοφορίας και της οδικής ασφάλειας στην Ελλάδα. Επί προσθέτως, εντοπίζονται ενδείξεις ότι οι γεωγραφικές διαφορές προκαλούν διαφοροποιήσεις στις αιτίες του ακρωτηριασμού.

Στη σχέση ακρωτηριασμού και φύλου παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τις αρτιμελείς αθλήτριες γυναίκες να είναι σε υψηλότερο ποσοστό (76,5%) ενώ οι γυναίκες με ακρωτηριασμό εντοπίστηκαν σε μειοψηφία (23,5%) συγκριτικά με το 62% των ανδρών με ακρωτηριασμό και του 38% του ποσοστού των αρτιμελών ανδρών αθλητών. Το υψηλό ποσοστό των ανδρών με ακρωτηριασμό κάτω άκρων στην Ελλάδα έναντι των γυναικών προφανώς είναι άμεσα συνυφασμένο με την προαναφερθείσα κύρια αιτία ακρωτηριασμού στη χώρα μας (τροχαία ατυχήματα) στα οποία οι άνδρες όπως είναι γενικά αποδεκτό παρουσιάζονται πιο επιρρεπείς.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε μεταξύ αθλητισμού και φύλου, με καμία από τις συμμετέχουσες με ακρωτηριασμό να αθλείται ενώ από τους άνδρες συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό το 47,7% είναι αθλητές στίβου ενώ το υπόλοιπο 52,3% δεν αθλείται. Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τους Nolan & Lees (2007) οι οποίοι έδειξαν στην έρευνα τους ότι οι άνδρες με ακρωτηριασμό συμμετείχαν περισσότερο σε αθλήματα συγκριτικά με τις γυναίκες και πως το είδος της αθλητικής δραστηριότητας που επέλεγαν διαφοροποιούνταν ανάλογα με το φύλο.

Στην Ελλάδα η πλειοψηφία των ατόμων με ακρωτηριασμό (αθλητές και μη αθλητές) έχουν ετερόπλευρο ακρωτηριασμό (92,31%), κάτωθεν του γόνατος (58,82%) Σχετικά με το επίπεδο του ακρωτηριασμού οι Marshall, Barakat και Stansby (2016) ανέφεραν πως η ύπαρξη διακνημιαίου ακρωτηριασμού είναι πιο ευνοϊκή καθώς η κινητικότητα και η επίτευξη μιας πρόθεσης είναι πιο πιθανή και απαιτεί λιγότερη ενέργεια σε σύγκριση με έναν διαμηριαίο ακρωτηριασμό. Σε συνδυασμό με την έρευνα και των Behel et al. (2002) που έδειξε ότι οι ασθενείς με ακρωτηριασμό κάτωθεν του γόνατος είχαν πιο ποιοτική ζωή συγκριτικά με αυτούς που είχαν ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα πιθανόν να διατηρούν ένα υψηλό επίπεδο Ποιότητας Ζωής λόγω του σημείου του ακρωτηριασμού τους. Από την άλλη μεριά όμως στην έρευνα τους οι Hisan et al. (2016) κατέληξαν στο ότι το επίπεδο ακρωτηριασμού δεν επηρεάζει τις διαφορετικές πτυχές της Ποιότητας Ζωής. Στην ίδια κατεύθυνση προσανατολίστηκαν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Pran et al. (2021) στην οποία δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τα άτομα με ακρωτηριασμό άνωθεν και κάτωθεν του γόνατου. Συνεπώς, αν και το επίπεδο ακρωτηριασμού παρέχει κάποια εικόνα για την

Ποιότητα ζωής μετά τον ακρωτηριασμό, θα πρέπει να δίνεται προσοχή καθώς μπορεί να υπάρξει λανθασμένη εξαγωγή συμπερασμάτων.

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα κάνουν χρήση πρόθεσης (98,08%). Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις στην βιβλιογραφία που υποδηλώνουν πως η βάδιση με πρόθεση είναι παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την Ποιότητα Ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό και πολύ περισσότερο αυτών που πάσχουν από περιφερειακή αρτηριακή αποφρακτική νόσο. (Davie, Coulter, Kennon, Wyke & Paul, 2017). Είναι η επιθυμία τους μέσω της χρήσης πρόθεσης να δημιουργηθεί και πάλι το φυσιολογικό και ταυτόχρονα να ανακτήσουν την κινητικότητα και την πρότερη ανεξαρτησία τους. (Du Plessis et al., 2020)

Τα άτομα με ακρωτηριασμό απέχουν από τον ακρωτηριασμό τους κατά μέσο όρο 13,66 έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Asano et al. (2008) οι συμμετέχοντες στη έρευνα, αμέσως μετά τον ακρωτηριασμό, δήλωσαν μείωση στην Ποιότητας Ζωής τους η οποία όμως βελτιωνόταν με την πάροδο του χρόνου και την καλύτερη προσαρμογή στη νέα κατάσταση. Οι Behel et al. (2002) έδειξαν ότι η Ποιότητα Ζωής ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου επηρεάζεται αρνητικά όταν έχει παρέλθει σύντομο διάστημα από τον ακρωτηριασμό. Πιθανόν λοιπόν οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα να έχουν διαχειριστεί τη νέα πραγματικότητα και αυτό να μην επηρεάζει αρνητικά την Ποιότητα Ζωής τους.

Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ των αθλητών με ακρωτηριασμό, οι οποίοι δήλωσαν καλύτερη φυσική κατάσταση συγκριτικά με τους μη αθλητές. Το ποσοστό των μη αθλητών που δήλωσαν καλή ή πολύ καλή φυσική κατάσταση κυμάνθηκε στο 51,6% ενώ στους αθλητές το ποσοστό κυμάνθηκε στο 76,2%. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν οι έρευνες των Bragaru et al. (2010) και Du Plessis et al. (2020) με τη συμμετοχή στα σπορ σε αυτή τη μερίδα του πληθυσμού να έχει ωφέλιμη επίδραση στο καρδιοπνευμονικό σύστημα, στη μυϊκή δύναμη, στο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), στην ανάπτυξη καλού μυϊκού τόνου και τέλος στη βελτίωση της κινητικότητας και αντοχής. Συνεπώς επιβεβαιώνεται η ερευνητική μας υπόθεση πως ο Αθλητισμός, και για την παρούσα μελέτη ο Κλασικός Αθλητισμός, έχει ευεργετικά οφέλη σε άτομα με ακρωτηριασμό που αθλούνται συγκριτικά με άτομα που έχουν υιοθετήσει έναν αδρανή και καθιστικό τρόπο ζωής.

Τα άτομα με ακρωτηριασμό προτιμούν να συμμετέχουν πρωτίστως σε ριπτικά αγωνίσματα, ακολούθως στα δρομικά αγωνίσματα και έπειτα στα αλτικά εν αντιθέσει με τους αρτιμελείς που προτιμούν τα δρομικά, ακολούθως τα ριπτικά και τέλος τα άλματα. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανό να σχετίζεται με τις τριβές και τον πόνο που προκαλούνται στο κολόβωμα από τη φύση των δρομικών και αλτικών αγωνισμάτων έναντι των ρίψεων καθώς επίσης και από τη σχετικά περιορισμένη ποσότητα μυϊκού ιστού που είναι ακόμη διαθέσιμος και ο οποίος όμως υπόκειται σε πιο έντονη χρήση (Bragaru et al. 2010) στα δρομικά και αλτικά αγωνίσματα.

Παρατηρήθηκε μεταξύ των αθλητών με ακρωτηριασμό και των αρτιμελών αθλητών στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο εβδομαδιαίο χρόνο προπόνησης. Συγκεκριμένα, οι αθλητές με ακρωτηριασμό προπονούνται κατά μέσο όρο 9.05 ώρες την εβδομάδα ενώ οι αρτιμελείς 15,42 ώρες την εβδομάδα. Από την Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA) μεταξύ αθλητών με ακρωτηριασμό και αρτιμελών αθλητών αποκαλύφθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του Πόνου στην Ποιότητα ζωής. Πιθανόν λοιπόν να είναι ο Πόνος στο κολόβωμα, στο ακέραιο πόδι, στο ισχίο κλπ που τα άτομα με ακρωτηριασμό προπονούνται κατά περίπου 6 ώρες/εβδομάδα λιγότερο συγκριτικά με τους αρτιμελείς αθλητές. Ο Πόνος αυτός μπορεί να σχετίζεται και με τον μέσο χρόνο χρήσης πρόθεσης την ημέρα(13,34 ώρες) καθώς και από τον μέσο όρο των ετών που χρησιμοποιούν την πρόθεση (12,48 έτη). Βέβαια το αποτέλεσμα των μειωμένων προπονητικών ωρών την εβδομάδα θα μπορούσε να σχετίζεται και με ζητήματα προσβασιμότητας, περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων, τον τόπο διαμονής καθώς και από την επίδραση των περιοριστικών μέτρων της παγκόσμιας πανδημίας στοιχεία που δεν μπορούν να εντοπιστούν από το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας.

Η πλειοψηφία των ατόμων με ακρωτηριασμό (59,62%) έχει βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (75%) τον χαρακτηρίζει ως ενοχλητικό που όμως επηρεάζει καθόλου ή λίγο(58,62%) τον φυσιολογικό τρόπο ζωής τους (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή). Από την άλλη, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ακρωτηριασμό (82,69%) έχει βιώσει πόνο στο μέλος φάντασμα, με το 82,14% να αναφέρει ότι είχε διάρκεια έως και 5 λεπτά ανά επεισόδιο, με το 50% των συμμετεχόντων να βιώνει τον πόνο ως ήπιο ή ότι προκαλεί δυσφορία και το 42,86% ως ενοχλητικό. Τέλος το 75% του δείγματος αναφέρει ότι επηρεάζει καθόλου ή λίγο τον φυσιολογικό τρόπο ζωής τους (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή). Το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης δεν ταυτίζεται

με τα αποτελέσματα των Desmond και MacLanchlan (2010) που αναφέρουν πως ο πόνος στο μέλος φάντασμα ή/και πόνος στο υπολειπόμενο μέλος αποτελεί αιτιότητα άγχους και παρεμποδίζει την ομαλή και σύντομη επανένταξη στην κοινωνία. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Polat, Konak, Altas, Akinci, και S Onat (2021) αναφέροντας πως ο πόνος στο μέλος φάντασμα συσχετίστηκε με τη διαταραχή του ύπνου, της οικογενειακής κατάστασης και η ποιότητα ζωής ήταν χαμηλή στα άτομα με ακρωτηριασμό.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ακρωτηριασμό (63,46%) δεν δήλωσε συνοσηρότητα εκτός από τον πόνο στο υπολειπόμενο μέρος ή πόνο στο «μέλος φάντασμα». Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό είχαν μέση ηλικία 35,2 έτη. Βάση της βιβλιογραφίας οι ηλικιωμένοι με ακρωτηριασμό έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συνοσηρότητα η οποία μπορεί να συμβάλλει στην καθυστέρηση της αποκατάστασης, να επηρεάσει την κινητικότητα και επομένως να οδηγήσει σε κακή Ποιότητα Ζωής.(Pran et al., 2021)

Εφαρμόζοντας σύγκριση με Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης(MANOVA) δε διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ Αθλητών και μη Αθλητών με ακρωτηριασμό κάτω άκρου σε καμία από τις επιμέρους κλίμακες της Ποιότητας Ζωής. Στη συνέχεια εφαρμόζοντας σύγκριση με Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης με εισαγωγή των μεταβλητών ελέγχου ηλικία, χρονικό διάστημα από τον ακρωτηριασμό, αξιολόγηση φυσικής κατάστασης, πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου, πόνος στο « μέλος φάντασμα» και άλλο ιατρικό πρόβλημα πάλι διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών Αθλητής και μη Αθλητής στον συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με αποτελέσματα άλλων ερευνών (Chtzilecas et al., 2015; Yazicioğlu et al., 2012) που έδειξαν πως άτομα με σωματική αναπηρία που προπονούσαν συστηματικά σε προσαρμοσμένα αθλήματα είχαν καλύτερη Ποιότητα Ζωής σε σχέση με αδρανείς συνομηλίκους τους. Συνεπώς σε αντίθεση έρχεται και με την τρίτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας σχετικά με το αν τα άτομα με ακρωτηριασμό που αθλούνται διατηρούν μια καλύτερη Ποιότητα Ζωής σε σχέση με αυτά που δεν έχουν κάποια αθλητική δραστηριότητα στη ζωή τους. Παρά ταύτα, επειδή δεν εντοπίστηκε διαφορά ως προς την κλίμακα του Πόνου μεταξύ Αθλητών με ακρωτηριασμό και των μη Αθλητών θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα πως ο αθλητισμός δεν επιβαρύνει αυτά τα άτομα δηλαδή δεν προκαλεί περαιτέρω σωματική καταπόνηση στο ήδη καταπονημένο από τον ακρωτηριασμό οργανισμό τους. Με αυτή

την ερμηνεία των αποτελεσμάτων επιβεβαιώνεται η δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση πως ο Αθλητισμός δεν δρα βλαπτικά για άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων.

Κάνοντας Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA) μεταξύ Αθλητών με Ακρωτηριασμό κάτω άκρου και Αρτιμελών Αθλητών βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση στο συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής με τους Αρτιμελείς να δηλώνουν καλύτερη Φυσική Λειτουργικότητα έναντι των Αθλητών με Ακρωτηριασμό. Στη συνέχεια κάνοντας σύγκριση με Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης μεταξύ Αθλητών με Ακρωτηριασμό κάτω άκρου και Αρτιμελών Αθλητών με εισαγωγή μεταβλητών ελέγχου, διαπιστώθηκε σημαντική επίδραση στο συνδυασμό των κλιμάκων Ποιότητας Ζωής καθώς και σημαντική διαφορά μεταξύ Αθλητών με Ακρωτηριασμό και Αρτιμελών Αθλητών στην κλίμακα του Πόνου, με τους Αρτιμελείς να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα πόνου συγκριτικά με τους Αθλητές με Ακρωτηριασμό. Συνεπώς στη σύγκριση μεταξύ Αθλητών με Ακρωτηριασμό κάτω άκρου και Αρτιμελών Αθλητών βρέθηκε πτωτική τάση στην Κλίμακα Φυσικής Λειτουργικότητας και στην Κλίμακα του Πόνου για τους Αθλητές με Ακρωτηριασμό. Αυτό υποδηλώνει πως τα άτομα με ακρωτηριασμό περιορίζονται στις σωματικές τους δραστηριότητες (τρέξιμο, περπάτημα πάνω από 1χλμ, σήκωμα βαριών αντικειμένων κλπ) λόγω προβλημάτων υγείας και λόγω αισθήματος πόνου. Βιώνουν την ευεξία μέσω του αθλητισμού αλλά είναι ο πόνος και η διαχείριση του που επηρεάζει την αθλητική συμμετοχή και προετοιμασία τους και όχι η κόπωση, η εξάντληση, η έλλειψη ενέργειας και η ψυχολογική δυσφορία.

Εφαρμόζοντας σύγκριση με Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA) στο σύνολο των συμμετεχόντων με Ακρωτηριασμό (Αθλητών και μη Αθλητών) με τους Αρτιμελείς Αθλητές, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική επίδραση στο συνδυασμό των κλιμάκων Ποιότητας Ζωής. Διαπιστώνεται επίσης ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών ατόμων στην κλίμακα Φυσική Λειτουργικότητα (Physical Functioning), στην κλίμακα Περιορισμός ρόλου λόγω σωματικής υγείας (Role Limitations due to Physical Health) και στην κλίμακα Γενική Υγεία (General Health) με τους Αρτιμελείς Αθλητές να δηλώνουν καλύτερη υγεία σε σύγκριση με το σύνολο των ατόμων με Ακρωτηριασμό. Εν συνεχεία εφαρμόζοντας σύγκριση με Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης στο σύνολο των συμμετεχόντων με Ακρωτηριασμό και των Αρτιμελών Αθλητών, λαμβάνοντας υπόψη μεταβλητές ελέγχου, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση στο συνδυασμό των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής καθώς επίσης ότι υπάρχει σημαντική διαφορά

μεταξύ ατόμων με ακρωτηριασμό και αρτιμελών συμμετεχόντων στην κλίμακα Φυσική Λειτουργικότητα (Physical Functioning) και στην κλίμακα του Πόνου (Pain), με τους αρτιμελείς να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα Πόνου σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με ακρωτηριασμό. Συνεπώς από τη σύγκριση μεταξύ Ατόμων με Ακρωτηριασμό κάτω άκρου και Αρτιμελών Αθλητών διαπιστώνεται διαφοροποίηση στις 4 από τις 8 κλίμακες της Ποιότητας Ζωής (κλίμακα της Φυσικής Λειτουργικότητας, στην κλίμακα Περιορισμού ρόλου λόγω σωματικής υγείας, στην κλίμακα της Γενικής Υγείας και στην Κλίμακα του Πόνου) για το σύνολο των Ατόμων με Ακρωτηριασμό. Άρα επηρεάζεται η ζωή τους λόγω περιορισμού στις συνήθειες ασχολίες της καθημερινότητας τους (στο σήκωμα βαριών αντικειμένων, στο ανέβασμα πολλών σκαλιών, στη γονάτιση και στο σκύψιμο) αλλά και στις σωματικές δράσεις τους (τρέξιμο, επίπονα σπορ) με τον πόνο να κάνει συχνά αισθητή την παρουσία του. Αυτά τα στοιχεία καθορίζουν το πως αντιλαμβάνονται τη γενικότερη υγεία τους και κατ' επέκταση την Ποιότητα Ζωής τους.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Οι λειτουργικοί περιορισμοί στην εν λόγω μελέτη ήταν αρκετοί. Πρωτίστης σημασίας ήταν το περιορισμένο μέγεθος του δείγματος λόγω της φύσης της αναπηρίας του ακρωτηριασμού. Επίσης, λόγω της ιδιαίτερης συνθήκης με την παγκόσμια πανδημία (Covid-19) δεν ήταν επιτρεπτή η μετακίνηση για την επί τόπου συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς, η πανδημία έχει επηρεάσει σοβαρά τις αθλητικές δραστηριότητες για τα Άτομα με Αναπηρία. Στα συνολικά δεδομένα ήταν εμφανές πως το σχετικά σύντομο διάστημα που έχει παρέλθει από τον ακρωτηριασμό σε κάποιους από τους συμμετέχοντες πιθανόν να επηρέασε την ορθότητα των απαντήσεων σε ερωτήματα που αφορούν μεταγενέστερες συνθήκες του ακρωτηριασμού (πόνος στο μέλος φάντασμα, πόνος στο υπολειπόμενο μέλος). Τέλος, 15 άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρου στα οποία στάλθηκε το ερωτηματολόγιο δεν επιθυμούσαν να το συμπληρώσουν για προσωπικούς λόγους.

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση που έγινε στη συγκεκριμένη έρευνα για την επίδραση του Αθλητισμού στην Ποιότητα Ζωής ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων είχε θετικό πρόσημο και η Ποιότητα Ζωής τους σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό αποδείχτηκε κατώτερη. Αξιοποιώντας την παρούσα έρευνα και άλλες αντίστοιχες, οι φορείς που χαράσσουν την αθλητική και κοινωνική πολιτική μπορούν να προωθήσουν δράσεις που θα κάνουν τεράστια διαφορά στη ζωή των συνανθρώπων μας με ακρωτηριασμό. Πιο συγκεκριμένα, οι Δημοτικές Αρχές, οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και οι Ομοσπονδίες ΑμεΑ μπορούν να προωθήσουν δράσεις όπως:

- κατασκευή, αναβάθμιση, συντήρηση αθλητικών εγκαταστάσεων (κολυμβητήρια, στίβος, εξωτερικοί χώροι θεραπευτικής ιππασίας κλπ) εξασφαλίζοντας τις προϋποθέσεις προσβασιμότητας σε Άτομα με Αναπηρία έτσι ώστε να αναβαθμιστεί ο ερασιτεχνικός και μαζικός αθλητισμός
- πιλοτικά προγράμματα αύξησης ωρών του μαθήματος Φυσικής Αγωγής στα Ειδικά Σχολεία καθώς και ένταξη της Φυσικής Αγωγής σε κλειστές και ανοιχτές δομές μέσω του Οργανωτικού Πλαισίου Προγραμμάτων και Εκδηλώσεων Άθληση για Όλους

- συνεργασία με Ιατρικούς Συλλόγους για ενημέρωση ως προς τη σημασία της αθλητικής δραστηριότητας και της ισορροπημένης διατροφής στην πρόληψη του ακρωτηριασμού καθώς και στην επιτάχυνση του θεραπευτικού αποτελέσματος
- δημιουργία ασφαλούς οδικού δικτύου και επαρκής συντήρηση του ήδη υπάρχοντος τόσο εντός των πόλεων όσο και στο επαρχιακό και εθνικό οδικό δίκτυο
- εφαρμογή αποτελεσματικού συστήματος Κυκλοφοριακής Αγωγής με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα οδικής ασφάλειας και καλλιέργεια οδικής συνείδησης (υπερβολική ταχύτητα, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, μη χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους, επιθετική οδήγηση), προκειμένου να μειωθούν στο ελάχιστο τα τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η κύρια αιτία ακρωτηριασμού στην Ελλάδα είναι τα τροχαία ατυχήματα.
- Οι γεωγραφικές διαφορές προκαλούν διαφοροποιήσεις στις αιτίες ακρωτηριασμού.
- Ο ακρωτηριασμός των κάτω άκρων εντοπίζεται, κυρίως, στο ανδρικό φύλο εξαιτίας της επιρρέπειας τους στα τροχαία ατυχήματα.
- Το ποσοστό συμμετοχής του ανδρικού φύλου στα αθλήματα είναι υψηλότερο συγκριτικά με το γυναικείο.
- Οι αρτιμελείς αθλητές έχουν καλύτερη Ποιότητα Ζωής από τους αθλητές με ακρωτηριασμό.
- Οι αθλητές με ακρωτηριασμό έχουν καλύτερη φυσική κατάσταση συγκριτικά με άτομα με την ίδια αναπηρία που έχουν υιοθετήσει έναν υποτονικό ή/και αδρανή τρόπο ζωής.
- Ο αθλητισμός δεν προκαλεί περαιτέρω σωματική καταπόνηση στους αθλητές με ακρωτηριασμό σε σχέση με άτομα με την ίδια αναπηρία που δεν αθλούνται.
- Τα άτομα με ακρωτηριασμό προτιμούν ριπτικά αγωνίσματα συγκριτικά με τα δρομικά και τα αλτικά εν αντιθέσει με τους αρτιμελείς.
- Η χρονική διάρκεια προπόνησης εβδομαδιαίως των αθλητών με ακρωτηριασμό είναι μικρότερη συγκριτικά με τους αρτιμελείς γεγονός που μπορεί να οφείλεται στον Πόνο.
- Ο Πόνος που βιώνουν τα άτομα με ακρωτηριασμό στο υπολειπόμενο μέρος του άκρου επηρεάζει καθόλου ή/και λίγο το φυσιολογικό τρόπο ζωής.
- Ο Πόνος που βιώνουν τα άτομα με ακρωτηριασμό στο μέλος φάντασμα επηρεάζει καθόλου ή/και λίγο το φυσιολογικό τρόπο ζωής.
- Τα άτομα με ακρωτηριασμό δε δήλωσαν συννοσηρότητα εκτός από τον πόνο στο «μέλος φάντασμα» ή/και πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του άκρου.
- Δεν εντοπίστηκε διαφορά στην Ποιότητα Ζωής μεταξύ αθλητών και μη αθλητών με ακρωτηριασμό κάτω άκρου.

- Οι αθλητές με ακρωτηριασμό στην κλίμακα της Ποιότητας Ζωής εμφανίζουν χαμηλότερη Φυσική Λειτουργικότητα συγκριτικά με τους αρτιμελείς αθλητές.
- Οι αθλητές με ακρωτηριασμό στις κλίμακες της Ποιότητας Ζωής εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα Πόνου συγκριτικά με τους αρτιμελείς αθλητές.
- Το σύνολο των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου (αθλητών και μη) συγκριτικά με το σύνολο των αρτιμελών αθλητών παρουσιάζει πτώση της υγείας, συγκεκριμένα στην κλίμακα Φυσικής Λειτουργικότητας (Physical Functioning), στην κλίμακα Περιορισμός Ρόλου λόγω Σωματικής Υγείας (Role Limitations due to Physical Health) και στην κλίμακα Γενική Υγεία (General Health).
- Η ζωή των ατόμων με ακρωτηριασμό επηρεάζεται όχι εξαιτίας της απουσίας άκρου (limitation) αλλά από την κλίμακα του Πόνου.

Μελλοντική έρευνα

Από όσα προαναφέρθηκαν στην παρούσα εργασία κρίνεται επιβεβλημένη πλέον η χρήση τυποποιημένων έγκυρων εργαλείων Ποιότητας Ζωής. Με αυτό τον τρόπο θα επιτυγχάνεται η πλήρης συμπερίληψη όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό και επαγωγικά θα διευκολύνεται η άμεση και παραγωγική σύγκριση των αποτελεσμάτων των μελετών των διαφόρων ερευνητών.

Χρησιμοποιώντας, λοιπόν, όρους του Κλασικού Αθλητισμού η σκυτάλη της έρευνας για συστηματική μελέτη των παραγόντων Ποιότητας Ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων μεταβιβάζεται στους επόμενους ερευνητές, καθώς ο χρόνος κυλά και η ανθρωπότητα εξελίσσεται. Μια πρόταση για μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να είναι η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα αθλητών με ακρωτηριασμό κάτω άκρων από όλα τα παραολυμπιακά αθλήματα με ιδιαίτερη έμφαση στα χαρακτηριστικά του κάθε αθλήματος και στην κλίμακα του Πόνου, ώστε να αξιολογηθούν στη σωστή βάση οι καθοριστικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμμετοχή ή όχι στον Αθλητισμό καθώς και να χαραχθούν στρατηγικές ενσωμάτωσης μεγαλύτερου αριθμού ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρων σε προγράμματα άθλησης, με στόχο τη προαγωγή της υγείας τους και την βελτίωση της Ποιότητας Ζωής τους, η οποία δικαιωματικά τους ανήκει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασία, Β., Γεωργία, Φ., Ευριδίκη, Κ., & Μάρθα, Κ. (2017). Οι συνέπειες του ακρωτηριασμού κάτω άκρου στην ποιότητα ζωής. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 16(3). DOI: 10.5281/zenodo.821616. <https://www.vima-asklipiou.gr/articles/236/>
- AlSofyani, M. A., AlHarthi, A. S., Farahat, F. M., & Abuznadah, W. T. (2016). Impact of rehabilitation programs on dependency and functional performance of patients with major lower limb amputations: a retrospective chart review in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 37(10), 1109. doi: 10.15537/smj.2016.10.16033
- Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes . Jan/Feb2019, Vol. 36 Issue 1, p124-135. 12p. <http://mail.mednet.gr/archives/2019-1/pdf/124.pdf>
- Asano, M., Rushton, P., Miller, W. C., & Deathe, B. A. (2008). Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthetics and orthotics international*, 32(2), 231-243. <https://doi.org/10.1080%2F03093640802024955>
- Aslan, M. D., Çulha, C., YANIKOĞLU, İ., Malas, F. Ü., Güntepe, Ş., & Özgirgin, N. (2019). Clinical and demographic characteristics of patients with lower limb amputation. *Ege Tıp Dergisi*, 58(1), 46-51. <https://doi.org/10.19161/etd.418181>
- Aydemir, K., Demir, Y., Güzelküçük, Ü., Tezel, K., & Yilmaz, B. (2017). Ultrasound findings of young and traumatic amputees with lower extremity residual limb pain in Turkey. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(8), 572-577. doi: 10.1097/PHM.0000000000000687
- Barbosa, B. M. B., Monteiro, R. A., Sparano, L. F., Bareiro, R. F. N., Passos, A. D. C., & Engel, E. E. (2016). Incidence and causes of lower-limb amputations in the city of Ribeirão Preto from 1985 to 2008: evaluation of the medical records from 3,274 cases. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 317-325. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020009>
- Baars, R. M., Atherton, C. M., Koopman, H. M., Bullinger, M., Power, M. & the DISAKIDS group (2005) *The European DISABKIDS project: development to seven condition-specific modules to measure health related quality of life in children and adolescents*, Health and Quality of Life Outcomes, 3(70), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-70>
- Behel, J. M., Rybarczyk, B., Elliott, T. R., Nicholas, J. J., & Nyenhuis, D. (2002). The role of perceived vulnerability in adjustment to lower extremity amputation: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology*, 47(1), 92–105. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.47.1.92>
- Bragaru, M., Dekker, R., Geertzen, J.H.B. et al. Amputees and Sports. *Sports Med* 41, 721–740 (2011). <https://doi.org/10.2165/11590420-000000000-00000>

- Γαλάνης, Π. (2019). Μεθοδολογία μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής των ξενόγλωσσων ερωτηματολογίων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(1). Ανακτήθηκε από: <http://srv54.mednet.gr/archives/2019-1/pdf/124.pdf>
- Chopra A, Azarbal AF, Jung E, Abraham CZ, Liem TK, Landry GJ, Moneta GL, Mitchell EL. Ambulation and functional outcome after major lower extremity amputation. *J Vasc Surg*. 2018 May;67(5):1521-1529 DOI: 10.1016/j.jvs.2017.10.051
- Ciampolini, V., Columba, L., Lapolli, B., Iha, T., Grosso, E. C., Silva, D. A. S., & Galatti, L. R. (2017). Quality of life of Brazilian wheelchair tennis athletes across competitive and elite levels. *Motriz: Revista de Educação Física*, 23. <https://doi.org/10.1590/S1980-6574201700020014>
- Cotigă, A. C., Zivari, M., Cursaru, A., Aliuş, C., & Ivan, C. (2020). Amputation, psychological consequences, and quality of life among Romanian patients. *Romanian Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology*, 3(1), 29-40. <http://dx.doi.org/10.2478/rojost-2020-0006>
- Davie-Smith F, Coulter E, Kennon B, Wyke S, Paul L. Factors influencing quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial occlusive disease: A systematic review of the literature. *Prosthet Orthot Int*. 2017 Dec;41(6):537-547. doi: 10.1177/0309364617690394. Epub 2017 Feb 2. PMID: 28147898.
- Deans, S. A., McFadyen, A. K., & Rowe, P. J. (2008). Physical activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. *Prosthetics and orthotics international*, 32(2), 186-200. <https://doi.org/10.1080/03093640802016514>
- Desmond D., MacLachlan M. (2002). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in prosthetics and orthotics international. *Prosthetics Orthot. Int*. 26, 182–188. <https://doi.org/10.1080/03093640208726646>
- Desmond DM, MacLachlan M. Prevalence and characteristics of phantom limb pain and residual limb pain in the long term after upper limb amputation. *Int J Rehabil Res*. 2010 Sep;33(3):279-82. doi: 10.1097/MRR.0b013e328336388d. PMID: 20101187.
- Du Plessis, J. H., & Berteau, M. (2020). The importance of prosthetic devices in sport activities for Romanian amputees who compete in Paralympic competitions. *Medicina Sportiva: Journal of Romanian Sports Medicine Society*, 16(1), 3197-3204. Ανακτήθηκε: <https://www.proquest.com/openview/74887a2ae52d87bc59befb33052d7201/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1436345>
- Eiser, C., Darlington, A. S. E., Stride, C. B., & Grimer, R. (2001). Quality of life implications as a consequence of surgery: limb salvage, primary and secondary amputation. *Sarcoma*, 5(4), 189-195. DOI: 10.1080/13577140120099173

- Framework, I. C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*, 30(6),473-83. Ανακτήθηκε από:http://www.espalibrary.eu/media/filer_public/f5/31/f531ce0b-0584-476b-b46a-abe3df14d0ec/ware-mc1992.pdf
- Gallagher, P., Franchignoni, F., Giordano, A., & MacLachlan, M. (2010). Trinity amputation and prosthesis experience scales: a psychometric assessment using classical test theory and rasch analysis. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 89(6), 487-496. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181dd8cf1
- Gallagher, P. Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales–Revised (TAPES-R), 2011.
- Greenberg M, Reaman GH, Zeltzer L, Robison LL. Function and quality-of-life of survivors of pelvic and lower extremity osteosarcoma and Ewing's sarcoma: the Childhood Cancer Survivor Study. *Br J Cancer*. 2004 Nov 29;91(11):1858-65. DOI: 10.1038/sj.bjc.6602220
- Greek Paralympic Committee.Ανακτήθηκε από: <https://www.paralympic.gr/>
- Hagberg, K., & Brånemark, R. (2001). Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: A survey of quality of life, prosthetic use and problems. *Prosthetics and orthotics international*, 25(3), 186-194. <https://doi.org/10.1080/03093640108726601>
- Harding, J. L., Pavkov, M. E., Magliano, D. J., Shaw, J. E., & Gregg, E. W. (2019). Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. *Diabetologia*, 62(1), 3-16. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4711-2>
- Hisam A, Ashraf F, Rana MN, Waqar Y, Karim S, Irfan F. Health Related Quality of Life in Patients with Single Lower Limb Amputation. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016 Oct;26(10):851-854. PMID: 27806816.Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27806816/>
- Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kicking, W., & Holzer, G. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS one*, 9(3), e92943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092943>
- Hughes, W., Goodall, R., Salciccioli, J. D., Marshall, D. C., Davies, A. H., & Shalhoub, J. (2020). Editor's Choice—Trends in lower extremity amputation incidence in European Union 15+ countries 1990–2017. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 60(4), 602-612. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.05.037>
- International Paralympic Committee. (2015). Explanatory guide to Paralympic classification. *Adenauerallee, Bonn, Germany: International Paralympic Committee*, 8-10. file:///D:/2020_06%20Explanatory%20(Guide%20to%20Classification_Summer%20Sports.pdf
- Katsanou, A. L., Anagnostopoulos, F., & Fragkiadaki, E. (2020). The adjustment and new identity of athletes with prosthetic limbs: A qualitative study. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 37(4).Ανακτήθηκε από: <http://srv54.mednet.gr/archives/2020-4/504abs.html>

- Kaur A, Guan Y. Phantom limb pain: A literature review. *Chin J Traumatol*. 2018 Dec;21(6):366-368. doi: 10.1016/j.cjtee.2018.04.006. Epub 2018 Dec 4. PMID: 30583983; PMCID: PMC6354174. DOI: 10.1016/j.cjtee.2018.04.006
- Khan, M. J., Dogar, S. F., & Masroor, U. (2018). Family relations, quality of life and post-traumatic stress among amputees and prosthetics. *PAFMJ*, 68(1), 125-30. Ανακτήθηκε από: <https://www.proquest.com/openview/57c8e541507dab7e5b55e486ce28729b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=616524>
- Kizilkurt, O. K., Kizilkurt, T., Gulec, M. Y., Giynas, F. E., Polat, G., Kilicoglu, O. I., & Gulec, H. (2020). Quality of life after lower extremity amputation due to diabetic foot ulcer: the role of prosthesis-related factors, body image, self-esteem, and coping styles. <https://dx.doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00070>
- Κοσμάογλου, Σ. (2018). *Μελέτη των κλιμάκων ποιότητας ζωής και η χρήση τους σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς). Ανακτήθηκε από: https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/11494/Kosmaoglou_16009.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mahmudul Hassan Al Imam, Hasanat Alamgir, Noor Jahan Akhtar, Zahid Hossain, Rangila Islam & Mohammad Sohrab Hossain (2020) Characterisation of persons with lower limb amputation who attended a tertiary rehabilitation centre in Bangladesh, *Disability and Rehabilitation*, 42:14, 1995-2001. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1544671>
- Matos, D. R., Naves, J. F., & ARAUJO, T. C. C. F. D. (2019). Quality of life of patients with lower limb amputation with prostheses. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. doi.org/10.1590/1982-0275202037e190047
- Matthews, D., Sukeik, M., & Haddad, F. (2014). Return to sport following amputation. *J Sports Med Phys Fitness*, 54(4), 481-6. Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25034549/>
- Μαυροφόρου, Ά. (2015). *Η ιστορική εξέλιξη του ακρωτηριασμού των κάτω μελών* (Doctoral dissertation, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Χειρουργικός. Κλινική Χειρουργική). <http://dx.doi.org/10.12681/eadd/36043>
- Mohammed, S. A., & Shebl, A. M. (2014). Quality of life among Egyptian patients with upper and lower limb amputation: sex differences. *Advances in medicine*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/674323>
- Couture, M., Caron, C. D., & Desrosiers, J. (2010). Leisure activities following a lower limb amputation. *Disability and rehabilitation*, 32(1), 57-64. <https://doi.org/10.3109/09638280902998797>
- ΛΑΣΚΑΡΙΔΟΥ, Ελένη; ΓΚΑΤΖΟΎΛΗΣ, Κωνσταντίνος. Συγκριτική Μελέτη Ποιότητας Ζωής Ασθενών που Λαμβάνουν Ανταγωνιστές Βιταμίνης Κ και Νεότερα από του Στόματος Αντιπηκτικά. *helleniccardiol*, [S.l.], v. 57, n. 4, july 2017. Available at: <http://www.helleniccardiol-gr.gr/index.php/hjc/article/view/65>. Date accessed: 10 July 2022

- Παπαγεωργίου, Γ. (2014). Ποσοτική έρευνα. Ανακτήθηκε από: http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wp-content/uploads/2014/10/Microsoft-Word-Papageorgiou_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf.
- Papanas N, Lazarides MK. Diabetic foot amputations in Greece: where do we go from here? *Int J Low Extrem Wounds*. 2011 Mar;10(1):4-5 <https://doi.org/10.1177/1534734611400255>
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research*, 14(5), 1433-1438. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-6014-y>
- Polat CS, Konak HE, Altas EU, Akıncı MG, S Onat S. Factors related to phantom limb pain and its effect on quality of life. *Somatosens Mot Res*. 2021 Dec;38(4):322-326. doi: 10.1080/08990220.2021.1973405. Epub 2021 Sep 6. PMID: 34482809.
- Rode, J.C., Reh, M.T., Near, J.P. *et al*. The Effect of Work/Family Conflict on Intention to Quit: The Mediating Roles of Job and Life Satisfaction. *Applied Research Quality Life* 2, 65–82 (2007). <https://doi.org/10.1007/s11482-007-9030-6>
- L, Baijoo S, Harnanan D, Slim H, Maharaj R, Naraynsingh V. Quality of Life Experienced by Major Lower Extremity Amputees. *Cureus*. 2021 Aug 25;13(8):e17440. doi: 10.7759/cureus.17440. PMID: 34589346; PMCID: PMC8462540.
- Ragnarson Tennvall G, Apelqvist J. Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *J Diabetes Complications*. 2000 Sep-Oct;14(5):235-41. [https://doi.org/10.1016/s1056-8727\(00\)00133-1](https://doi.org/10.1016/s1056-8727(00)00133-1)
- Sabzi Sarvestani, A., & Taheri Azam, A. (2013). Amputation: a ten-year survey. *Trauma monthly*, 18(3), 126–129. <https://doi.org/10.5812/traumamon.11693>
- Senra H, Oliveira RA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil*. 2012 Feb;26(2):180-91. doi: 10.1177/0269215511410731. Epub 2011 Sep 9. PMID: 21908476.
- Selwyn, J. & Riley, S. (2015). *Measuring well-being: A literature review*. Ανακτήθηκε από: e-research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/41278115/Measuring_Wellbeing_FINAL.pdf
- Singh, R., Hunter, J., & Philip, A. (2007). The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 21(8), 754–759. <https://doi.org/10.1177/0269215507077361>
- Singh, R., Ripley, D., Pentland, B., Todd, I., Hunter, J., Hutton, L., & Philip, A. (2009). Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clinical rehabilitation*, 23(3), 281-286 <https://doi.org/10.1177/0269215508094710>
- Τριπολιτσιώτη Α.(2015).Σημειώσεις ΤΟΔΑ.Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

- Tweedy, S. M., Beckman, E. M., & Connick, M. J. (2014). Paralympic classification: conceptual basis, current methods, and research update. *PM&R*, 6, S11-S17. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.04.013>
- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities-UNCRPD=Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του ΟΗΕ. Ανακτήθηκε από: <https://www.un.org/disabilities/documents/conventionconvoptprot-e.pdf>
- Vaz, I. M., Roque, V., Pimentel, S., Rocha, A., & Duro, H. (2012). Psychosocial characterization of a Portuguese lower limb amputee population. *Acta medica portuguesa*, 25(2), 77-82. Ανακτήθηκε : <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/27>
- Webborn, N., & Van de Vliet, P. (2012). Paralympic medicine. *The Lancet*, 380(9836), 65-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60831-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60831-9)
- Wilhite, B., & Shank, J. (2009). In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability. *Disability and Health Journal*, 2(3), 116-127. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.01.002>
- World Health Organization (2003). *Health and development through physical activity and sport* (No. WHO/NMH/NPH/PAH/03.2).
- World Para Athletics. Classification, Rules, Regulations (January 2018) https://www.paralympic.org/sites/default/files/document/180305152713114_2017_12_20++WPA+Classification+Rules+and+Regulations_Edition+2018+online+version+.pdf
- Yazicioglu K, Yavuz F, Goktepe AS, Tan AK. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disabil Health J*. 2012; 5(4):249-53. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.05.003>
- Yaşar, E., Tok, F., Kesikburun, S., Ada, A. M., Kelle, B., Göktepe, A. S., ... & Tan, A. K. (2017). Epidemiologic data of trauma-related lower limb amputees: A single center 10-year experience. *Injury*, 48(2), 349-352. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.12.019>
- Zahlten-Hinguranage A, Bernd L, Ewerbeck V, Sabo D. Equal quality of life after limb-sparing or ablative surgery for lower extremity sarcomas. *Br J Cancer*. 2004 Sep 13;91(6):1012-4. DOI: 10.1038/sj.bjc.6602104
- Ziegler-Graham, K., MacKenzie, E. J., Ephraim, P. L., Travison, T. G., & Brookmeyer, R. (2008). Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(3), 422. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.005>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Αλληλογραφία για αδειοδότηση και διαμοιρασμό ερωτηματολογίων

Αδειοδότηση χρήσης ερωτηματολογίου TAPES-R

Προωθημένο μήνυμα -----

Από: Pamela Gallagher <pamela.gallagher@dcu.ie>

Προς: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΑΝΔΡΑΚΑΚΟΥ <a.andrakakou37@yahoo.com>

Στάλθηκε: Παρασκευή 1 Απριλίου 2022, 08:40:59 μ.μ. EEST

Θέμα: Re: APPROVAL OF USE TAPES QUESTIONNAIRE

Dear Angeliki,

Thank you for your enquiry and I am happy for you to use the TAPES. It is probably better if you use the revised version (TAPES-R). See attached information.

Good luck with your study and if you have any further questions, please do not hesitate to contact me.

Best wishes,

Pamela

Αδειοδότηση από ΕΑΟΜ-ΑμεΑ για προώθηση ερωτηματολογίου έρευνας

Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες <info@eaom-amea.gr>

Προς: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΑΝΔΡΑΚΑΚΟΥ

Κοιν.: skapandai@eaom-amea.gr, ioanna radioti

Τετ 6 Οκτ 2021 στις 10:28 π.μ.

Αγαπητή κα Ανδρακάκου

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα μπορείτε να διεξαχθεί την έρευνα σας και παρακαλούμε όπως για την επικοινωνία σας να κάνετε χρήση την 2η πρόταση σας:

2) με αποστολή του ερωτηματολογίου σε εσάς προκειμένου εσείς να το προωθήσετε στους αθλητές και να κοινοποιηθούν σε εμένα οι ανώνυμες απαντήσεις αν κρίνετε ότι τίθεται ζήτημα προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Επίσης, με το πέρας της εργασίας, παρακαλούμε όπως μας αποστείλετε μια έκθεση .

Παραμένω στην διάθεση σας για κάθε διευκρίνηση με εκτίμηση.

με εκτίμηση

Σπύρος

Στις 7/9/2021 11:44 π.μ., ο/η ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΑΝΔΡΑΚΑΚΟΥ έγραψε:

--

Σπύρος Σταύρου
Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες

Ολυμπιακό Αθλητικό Κέντρο Αθηνών
Σπύρου Λούη 1
Αθήνα 15123

+30 210 68 21 679 (23),

+30 6970008908

info@eaom-amea.gr

www.eaom-amea.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ερωτηματολόγιο για άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων

Ερωτηματολόγιο διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Ποιότητα ζωής και λειτουργική ικανότητα αθλητών Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρων».

Αγαητοιί-ες συμμετέχοντες-ουσες,

το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της φοιτήτριας Αγγελικής Ανδρακάκου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος με τίτλο «Οργάνωση και Διαχείριση αθλητικών δραστηριοτήτων για Άτομα με Αναπηρίες» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιδιώκει να μελετήσει την ποιότητα ζωής και λειτουργική ικανότητα αθλητών στίβου με ακρωτηριασμό κάτω άκρων σε σύγκριση με άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων που δεν συμμετέχουν σε κάποια φυσική δραστηριότητα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη:

α)δημογραφικά στοιχεία

β)Ερωτηματολόγιο TAPES-R(Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales Revised) που αρχικά αναπτύχθηκε στο τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου του Δουβλίνου και το οποίο διερευνά τις διάφορες πτυχές της χρήσης πρόθεσης.

γ)Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36v2 (Ελληνική έκδοση)) . Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο αξιολογεί τη φυσική και πνευματική υγεία του ατόμου και παρουσιάζει μεγάλη αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και καθόλου δεσμευτική. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 49 ερωτήσεις και σχεδιάστηκε, για να απαιτεί περίπου 10' για να συμπληρωθεί. Στόχο έχει να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο το οποίο θα μπορέσει να εντοπίσει τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου και επιπροσθέτως να μπορέσει να αλλάξει τη στάση των ατόμων με ακρωτηριασμό απέναντι στην ενασχόληση τους με αγωνίσματα του Κλασικού Αθλητισμού ή οποιαδήποτε άλλη φυσική δραστηριότητα.

Ευχαριστώ προκαταβολικά για το χρόνο σας!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί να σημειώσετε το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1.Ημερομηνία γέννησης:

.....

2.Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

3.Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος-η

Άγαμος-η

Άλλο.....

4.Τόπος διαμονής:

Πρωτεύουσα

Συμπρωτεύουσα

Μεγάλη επαρχιακή πόλη

Κωμόπολη

Χωριό

5.Εκπαίδευση:

Απόφοιτος-η Λυκείου

Φοιτητής-τρια

Πανεπιστήμιο ή ΑΤΕΙ

Άλλο.....

6. (α) Είσαστε αθλητής-τρια στίβου ;

Ναι [Αν ναι συνεχίστε στο (β), (γ), (δ), (ε)]

Όχι [Αν όχι συνεχίστε απευθείας στο 7]

(β) Σε ποια ομάδα αγωνισμάτων στίβου αγωνίζεστε;(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

δρόμους

άλματα

ρίψεις

(γ) Σε ποια αγωνιστική κατηγορία ανήκετε;

T/F61

T/F62

T/F63

T/F64

F57

Ερασιτεχνικά

(δ) Ποιο το υψηλότερο επίπεδο αγώνα που έχετε αγωνιστεί;

Διασυλλογικό

Πανελλήνιο

Ευρωπαϊκό

Παγκόσμιο

Παραολυμπιακοί

(ε) Πόσες ώρες την εβδομάδα προπονήστε στο στίβο;

.....

7. Πόσο καιρό πριν είχατε τον ακρωτηριασμό; (Αν έχετε περισσότερες από μια επεμβάσεις ακρωτηριασμού παρακαλώ αναφέρετε την πρώτη επέμβαση)(.....μήνες.....έτη)

.....

8. Ο ακρωτηριασμός σας είναι:

- Ετερόπλευρος (σε ένα άκρο)
- Αμφοτερόπλευρος (σε δύο ίδια άκρα)
- Συνδυασμός άνω και κάτω άκρων

9. Ο ακρωτηριασμός σας ήταν αποτέλεσμα :(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

- Περιφερειακής Αγγειακής Διαταραχής
- Διαβήτη
- Καρκίνου
- Ατυχήματος (μοτοσυκλέτα ή αυτοκίνητο)
- Άλλο.....

10. (α) Κάνετε χρήση:(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

- πρόθεσης [αν ναι συνεχίστε στο (β), (γ) ,(δ),(ε)]
- αναπηρικού τροχήλατου [αν ναι συνεχίστε στο (ζ)]

β. Πόσο καιρό κάνετε χρήση πρόθεσης; (.....χρόνια..... μήνες)

.....

γ. Πόσο καιρό χρησιμοποιείτε την πρόθεση που φοράτε αυτή τη στιγμή;
(.....χρόνια...μήνες)

.....

δ. Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την ημέρα φοράτε την πρόθεση σας;

.....

ε. Τι τύπο πρόθεσης χρησιμοποιείτε ;(μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση)

Κάτωθεν του γόνατος

Δια μέσω του γόνατος

Άνωθεν του γόνατος

Κάτωθεν του αγκώνα

Δια μέσω του αγκώνα

Άνωθεν του αγκώνα

ζ. Πόσες ώρες την ημέρα χρησιμοποιείτε αναπηρικό τροχήλατο;

.....

ΜΕΡΟΣ Ι

1. Γενικά θα λέγατε ότι η φυσική σας κατάσταση είναι:

Πολύ κακή

Κακή

Μέτρια

Καλή

Πολύ Καλή

2. (α)Έχετε βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου;

Όχι.....[Αν όχι, συνεχίστε απευθείας στην ερώτηση 3]

Ναι[Αν ναι απάντησε στο μέρος (β) ,(γ) ,(δ) και (ε)]

(β) Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας πόσες φορές έχετε βιώσει πόνο στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου;

.....

(γ) Πόσο χρόνο κατά μέσο όρο, διήρκησε το κάθε επεισόδιο πόνου;

.....

(δ) Παρακαλώ σημειώστε κατά μέσο όρο, το μέγεθος του πόνου που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα επιλέγοντας το κατάλληλο κουτάκι:

Ανυπόφορος

Φρικτός

Ενοχλητικός

Δυσφορία

Ήπιος

(ε) Πόσο ο πόνος στο υπολειπόμενο μέρος του ακρωτηριασμένου άκρου επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

3.(α) Έχετε βιώσει την εμπειρία του πόνου <<μέλους φάντασμα >> (πόνος στο μέρος του μέλους το οποίο έχει ακρωτηριαστεί);

Όχι.....[αν όχι, προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 4]

Ναι.....[αν ναι ,απάντησε στο μέρος (β),(γ),(δ) και (ε)]

(β) Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας πόσες φορές βιώσατε πόνο

«μέλους φάντασμα» ;

.....

(γ) Πόση διάρκεια είχε, κατά μέσο όρο, το κάθε επεισόδιο πόνου «μέλους φάντασμα»;

.....

(δ) Παρακαλώ σημειώστε ,κατά μέσο όρο το μέγεθος του πόνου «μέλους φάντασμα» που βιώσατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα, με το να επιλέξετε το κατάλληλο κουτάκι:

Ανυπόφορος

Φρικτός

Ενοχλητικός

Δυσφορία

Ήπιος

(ε) Πόσο ο πόνος του «μέλους φάντασμα» επηρέασε το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

4. (α) Βιώνετε κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα, εκτός από πόνο στο υπολειπόμενο μέλος ή πόνο «μέλους φάντασμα» ;

Όχι

Ναι [Αν ναι, απάντησε τα μέρη (β) ,(γ) ,(δ) ,(ε) ,(ζ) και (η)]

(β) Παρακαλώ συγκεκριμενοποιήστε ποιο από τα παρακάτω προβλήματα

βιώσατε:(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

- αυχεναλγία
- ραχιαλγία
- οσφυαλγία
- επώδυνο άνω άκρο (ώμος-αγκώνα-καρπός-δάκτυλα)
- Άλλο.....

(γ) Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, πόσες φορές υποφέρατε από αυτά τα ιατρικά προβλήματα

.....

(δ) Πόσο κατά μέσο όρο, διήρκησε το κάθε πρόβλημα;

.....

(ε) Παρακαλώ σημειώστε το μέγεθος του πόνου που βιώσατε σαν απόρροια αυτών των προβλημάτων κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στην ακόλουθη κλίμακα επιλέγοντας το κατάλληλο κουτάκι:

- Ανυπόφορος
- Φρικτός
- Ενοχλητικός
- Δυσφορία
- Ήπιος

(ζ) Πόσο αυτά τα ιατρικά προβλήματα επηρέασαν το φυσιολογικό τρόπο ζωής σας (εργασία, κοινωνική και οικογενειακή ζωή) κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια

Αρκετά

Πολύ

(η) Βιώνετε κάποιον άλλο χρόνιο πόνο που δεν αναφέρθηκε προηγουμένως;

Όχι

Ναι

Αν ναι ,παρακαλώ συγκεκριμενοποιήστε

.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

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

Άριστη

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

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

Πολύ καλύτερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν

Κάπως καλύτερα τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν

Κάπως χειρότερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

Πολύ χειρότερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

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

| | Ναι με περιορίζει πολύ | Ναι με περιορίζει λίγο | Όχι δεν με περιορίζει καθόλου |
|---|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| α. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων ,η συμμετοχή σε επίπονα σπορ | [] | [] | [] |
| β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι | [] | [] | [] |
| γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά | [] | [] | [] |
| δ. Όταν ανεβαίνετε λίγα σκαλοπάτια | [] | [] | [] |
| ε. Όταν ανεβαίνετε πολλά σκαλοπάτια | [] | [] | [] |
| ζ. Σε κινήσεις όπως είναι η γονάτιση ή το σκύψιμο | [] | [] | [] |

η. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο [] [] []

θ. Όταν περπατάτε λιγότερο από ένα χιλιόμετρο [] [] []

(δλδ μερικές εκατοντάδες μέτρα)

ι. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα [] [] []

κ. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε [] [] []

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

| | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|---|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|
| α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες | [] | [] | [] | [] | [] |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| β. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θέλατε | [] | [] | [] | [] | [] |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή | [] | [] | [] | [] | [] |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|

άλλων δραστηριοτήτων

σας

δ. Δυσκολευτήκατε

να επιτελέσετε την

εργασία ή άλλες

δραστηριότητες σας

(για παράδειγμα

καταβάλατε

μεγαλύτερη προσπάθεια)

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος) ;

| | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δουλειές | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β. Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

από ότι συνήθως

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

Καθόλου

Ελάχιστα

Μέτρια

Σε μεγάλο βαθμό

Υπερβολικά

7. Σε τι βαθμό νιώσατε σωματικό πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες ;

Καθόλου

Ελάχιστα

Μέτρια

Σε μεγάλο βαθμό

Υπερβολικά

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

Καθόλου

Ελάχιστα

Μέτρια

Σε μεγάλο βαθμό

Υπερβολικά

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με εσάς τις τελευταίες 4 εβδομάδες .Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα....

| | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|--|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|
| α. Αισθανόσασταν γεμάτος-η ζωντάνια; | [] | [] | [] | [] | [] |
| β. Είχατε πολύ εκνευρισμό; | [] | [] | [] | [] | [] |
| γ. Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος-η; ψυχολογικά, που τίποτα δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; | [] | [] | [] | [] | [] |
| δ. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; | [] | [] | [] | [] | [] |
| ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα; | [] | [] | [] | [] | [] |
| ζ. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και | [] | [] | [] | [] | [] |

μελαγχολία;

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

Συνεχώς

Τις περισσότερες φορές

Μερικές φορές

Λίγες φορές

Καθόλου

11. Πόσο αληθείς ή ψευδείς είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

| Εντελώς αληθής | Τις περισσότερες φορές αληθής | Δεν ξέρω | Τις περισσότερες φορές ψευδής | Εντελώς ψευδής |
|----------------|-------------------------------|----------|-------------------------------|----------------|
|----------------|-------------------------------|----------|-------------------------------|----------------|

α. Μου φαίνεται

ότι αρρωσταίνω [] [] [] [] []
ευκολότερα

από άλλους

ανθρώπους

β. Είμαι τόσο

υγιής [] [] [] [] []

όσο όλοι

οι γνωστοί μου

γ. Περιμένω ότι

η υγεία [] [] [] [] []
μου θα
χειροτερεύσει

δ. Η υγεία μου

είναι [] [] [] [] []
εξαιρετική

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ
Ερωτηματολόγιο για αρτιμελείς αθλητές Κλασικού Αθλητισμού

Ερωτηματολόγιο διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Ποιότητα ζωής και λειτουργική ικανότητα αθλητών Κλασικού Αθλητισμού με ακρωτηριασμό κάτω άκρων».

Αγαπητοί -ες συμμετέχοντες-ουσες,

το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της φοιτήτριας Αγγελικής Ανδρακάκου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος με τίτλο «Οργάνωση και Διαχείριση αθλητικών δραστηριοτήτων για Άτομα με Αναπηρίες» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιδιώκει να μελετήσει την ποιότητα ζωής και λειτουργική ικανότητα αθλητών στίβου με ακρωτηριασμό κάτω άκρων κάνοντας σύγκριση με άτομα με ακρωτηριασμό κάτω άκρων τα οποία δεν συμμετέχουν σε κάποια φυσική δραστηριότητα.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε εν ενεργεία αθλητές στίβου που έχουν ακέραια όλα τα μέλη και οι οποίοι θα αποτελέσουν την ομάδα ελέγχου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη:

α)δημογραφικά στοιχεία

β)Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36v2 (Ελληνική έκδοση) . Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο αξιολογεί τη φυσική και πνευματική υγεία του ατόμου και παρουσιάζει μεγάλη αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και καθόλου δεσμευτική. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις και σχεδιάστηκε, για να απαιτεί λιγότερο από 10' για να συμπληρωθεί. Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ανταποκριθείτε στις συνηθισμένες δραστηριότητες σας. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Αν δεν είστε σίγουροι για το πως θα απαντήσετε μια ερώτηση ,παρακαλώ δώστε την καλύτερη απάντηση που μπορείτε.

Στόχο έχει να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο το οποίο θα μπορέσει να εντοπίσει τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου και επιπροσθέτως να μπορέσει να αλλάξει τη στάση των ατόμων με ακρωτηριασμό απέναντι στην ενασχόληση τους με αγωνίσματα του Κλασικού Αθλητισμού ή οποιαδήποτε άλλη φυσική δραστηριότητα.

Ευχαριστώ προκαταβολικά για το χρόνο

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί να σημειώσετε το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντηση σας.

1. Ημερομηνία γέννησης:

.....

2. Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος-η

Άγαμος-η

Άλλο.....

4. Τόπος διαμονής:

Πρωτεύουσα

Συμπρωτεύουσα

Μεγάλη επαρχιακή πόλη

Κωμόπολη

Χωριό

5. Εκπαίδευση:

Απόφοιτος-η Λυκείου

Φοιτητής-τρια

Πανεπιστήμιο ή ΑΤΕΙ

Άλλο

6. Σε ποια ομάδα αγωνισμάτων στίβου αγωνίζεστε;

δρόμους

άλματα

ρίψεις

7. Σε ποια κατηγορία αγωνίζεστε τώρα;

Εφήβων –Νεανίδων

Νέων Ανδρών-Νέων Γυναικών

Ανδρών-Γυναικών

8. Ποιό το υψηλότερο επίπεδο αγώνα που έχετε αγωνιστεί;

Διασυλλογικοί

Πανελλήνιοι

Βαλκανικοί

Ευρωπαϊκοί

Παγκόσμιοι

Ολυμπιακοί

9. Κατά μέσο όρο ,πόσες ώρες την εβδομάδα προπονείστε στο στίβο;

.....

10. Έχετε υποστεί κάποιον τραυματισμό ή υποφέρατε από χρόνιο πόνο που πιστεύετε ότι επηρεάζει την αθλητική σας απόδοση; Αν ναι αναφέρατε αναλυτικά.

.....

ΜΕΡΟΣ Ι

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

Άριστη

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

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

Πολύ καλύτερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν

Κάπως καλύτερα τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν

Κάπως χειρότερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

Πολύ χειρότερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

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

| | Ναι με περιορίζει πολύ | Ναι με περιορίζει λίγο | Όχι δεν με περιορίζει καθόλου |
|---|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| α. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε επίπονα σπορ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- δ. Όταν ανεβαίνετε λίγα σκαλοπάτια
- ε. Όταν ανεβαίνετε πολλά σκαλοπάτια
- ζ. Σε κινήσεις όπως είναι η γονάτιση ή το σκύψιμο
- η. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο
- θ. Όταν περπατάτε λιγότερο από ένα χιλιόμετρο (δλδ μερικές εκατοντάδες μέτρα)
- ι. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα
- κ. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

- | | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| α. Μειώσατε το | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

χρόνο που συνήθως
αφιερώνετε στη
δουλειά ή σε άλλες
δραστηριότητες

β. Καταφέρατε

λιγότερα
από όσα θέλατε

γ. Περιορίσατε το

είδος της δουλειάς ή
άλλων δραστηριοτήτων
σας

δ. Δυσκολευτήκατε

να επιτελέσετε την
εργασία ή άλλες
δραστηριότητες σας
(για παράδειγμα
καταβάλατε
μεγαλύτερη προσπάθεια)

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος) ;

| | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δουλειές | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| β. Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| γ. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Καθόλου

Ελάχιστα

Μέτρια

Σε μεγάλο βαθμό

Υπερβολικά

7. Σε τι βαθμό νιώσατε σωματικό πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες ;

Καθόλου

Ελάχιστα

Μέτρια

Σε μεγάλο βαθμό

Υπερβολικά

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

Καθόλου

Ελάχιστα

Μέτρια

Σε μεγάλο βαθμό

Υπερβολικά

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με εσάς τις τελευταίες 4 εβδομάδες .Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα....

| | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|--|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|
|--|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| α. Αισθανόσασταν γεμάτος-η ζωντάνια; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

β. Είχατε πολύ
εκνευρισμό;

γ. Αισθανόσασταν τόσο
πολύ πεσμένος-η;
ψυχολογικά,
που τίποτα δεν
μπορούσε να σας
φτιάξει το κέφι;

δ. Αισθανόσασταν
ηρεμία και γαλήνη;

ε. Είχατε πολλή
ενεργητικότητα;

ζ. Αισθανόσασταν
κακοκεφιά και
μελαγχολία;

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

Συνεχώς

Τις περισσότερες φορές

Μερικές φορές

Λίγες φορές

Καθόλου

11. Πόσο αληθείς ή ψευδείς είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

| | Εντελώς αληθής | Τις περισσότερες φορές αληθής | Δεν ξέρω | Τις περισσότερες φορές ψευδής | Εντελώς ψευδής |
|--|-------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------|
| α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω ευκολότερα από άλλους ανθρώπους | [] | [] | [] | [] | [] |
| β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου | [] | [] | [] | [] | [] |
| γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει | [] | [] | [] | [] | [] |
| δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική | [] | [] | [] | [] | [] |