

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική Εργασία

Ποιότητα ζωής ασθενών χρηστών φαρμακευτικής κάνναβης

Ηλιόνα Τσαμπούλα

Νοσηλεύτρια

Αθήνα 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική Εργασία

Ποιότητα ζωής ασθενών χρηστών φαρμακευτικής κάνναβης

Ηλιόνα Τσαμπούλα

Νοσηλεύτρια

Αθήνα 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Ζαρταλούδη Αφροδίτη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Υπογραφή:

Δούσης Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Κουτελέκος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

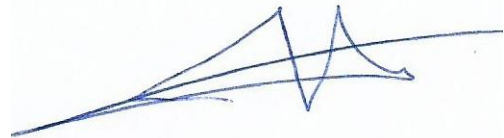
Υπογραφή:

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΤΣΑΜΠΟΥΛΑ ΗΛΙΑΝΑ του ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, με αριθμό μητρώου 19016, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα,



Τσαμπούλα Ηλιάννα

Copyright © **Ηλιάνα Τσαμπούλα**, 2021. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την συντονιστική επιτροπή του μεταπτυχιακού «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» και την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κυρία Ζαρταλούδη Αφροδίτη για όλη την βοήθεια, την στήριξη και τις γνώσεις που μου παρείχαν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο του συλλόγου «Ασθενείς Υπέρ της Χρήσης Φαρμακευτικής Κάνναβης» κ. Κωνσταντίνο Σύρο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Χρήστο Μαρνέρα για την ευκαιρία που μου είχε δώσει κάποτε, τον θαυμάζω και τον εκτιμώ απεριόριστα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΝΝΑΒΗ.....	4
1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	4
1.2 Το φυτό κάνναβη.....	5
1.3 Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα	5
1.4 Φαρμακευτικά Προϊόντα Κάνναβης	6
1.5 Τρόποι Χορήγησης.....	7
1.6 Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα	8
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	10
2.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής	10
2.2 Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες ποιότητας ζωής	11
2.2.1 Αντικειμενικοί Παράγοντες – Δείκτες	11
2.2.2 Υποκειμενικοί Παράγοντες – Δείκτες.....	12
2.3 Πολιτικές για την ποιότητα ζωής στην Ελλάδα	13
2.4 Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας και δείκτες ποιότητας.....	13
2.5 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας υγείας	16
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ.....	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Υλικό και Μέθοδος	25
1.1 Δείγμα της μελέτης	25
Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	25
Ηθική και δεοντολογία.....	26
1.2 Εργαλείο μέτρησης	26

1.2.1 Χαρακτηριστικά γυναικών.....	26
1.2.2 Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.....	27
1.3 Στατιστική Ανάλυση	29
2. Αποτελέσματα.....	30
2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	30
2.2 Στατιστικά αποτελέσματα	45
3. Συζήτηση αποτελεσμάτων	59
Περιορισμοί της μελέτης.....	69
Συμπεράσματα.....	69
Περίληψη (ελληνική).....	71
Περίληψη (αγγλική).....	73
Βιβλιογραφία	74
Παράρτημα.....	85
Άδεια Φορέα για εκπόνηση της έρευνας	86

Εισαγωγή

Χιλιάδες χρόνια πριν από τον 4ο αιώνα π.Χ έως και σήμερα η κάνναβη ως φυτό χρησιμοποιείται για τις θεραπευτικές της ιδιότητες. Στο παρελθόν η κάνναβη χρησιμοποιούνταν για πρόκληση ευφορίας (λόγω των ψυχοτρόπων ιδιοτήτων της) αλλά και στη μαγειρική, την αρωματοποιία, την φαρμακευτική κτλ. Στη σύγχρονη εποχή, η κάνναβη έχει χρησιμοποιηθεί για ψυχαγωγικούς, θρησκευτικούς, πνευματικούς και φαρμακευτικούς σκοπούς. Η ρητίνη που εμπεριέχεται σαν ουσία στα άνθη και τα φύλλα του φυτού της κάνναβης περιέχει περίπου 60 τερπαινοφαινολικά συστατικά, τα οποία καλούνται κανναβοειδή. Η μείζον ψυχοδραστική χημική ένωση στην κάνναβη είναι η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη (κοινώς συντομογραφημένη ως THC). Τουλάχιστον 66 άλλα κανναβινοειδή είναι παρόντα στην κάνναβη, συμπεριλαμβανομένου της κανναβιδιόλης (CBD), της κανναβινόλης (CBN) και της τετραϋδροκανναβιβαρίνης (THCV).¹⁻²

Στην ιατρική επιστήμη, η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης έχει αποδειχθεί ότι έχει θετική επίδραση στην αντιμετώπιση μορφών επιληψίας σε παιδιά και ενήλικες, μειώνει τη σπαστικότητα σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, μπορεί να δράσει ανακουφιστικά στα προβλήματα που απορρέουν από τη χημειοθεραπεία όπως είναι η ναυτία, οι έμετοι, οι διαρροϊκές κενώσεις κτλ, καθώς και στην ανορεξία και στην απώλεια βάρους των ασθενών με σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV). Τέλος, μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου και στην ανακούφιση ασθενών σε τελικά στάδια καρκίνου. Σε ασθένειες, όπως η Νόσος του Alzheimer, η Πλάγια Αμυοτροφική Σκλήρυνση, η Δυστονία, η Ινομυαλγία, η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου, απαλύνει τον πόνο, μειώνει την απώλεια της όρεξης, τα συμπτώματα της αϋπνίας και την κατάθλιψη. Πολλές μελέτες αποδεικνύουν τη συμβολή της στην αντιμετώπιση σοβαρών σωματικών και ψυχικών ασθενειών.³⁻⁵

Η χρήση φαρμακευτικής κάνναβης για ιατρικούς σκοπούς έχει νομιμοποιηθεί σε χώρες, όπως Τσεχία, Φινλανδία, Ολλανδία, Πορτογαλία και Ισπανία. Στην Ελλάδα, με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργείων Υγείας και Δικαιοσύνης και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, όπως δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της κυβέρνησης, νομιμοποιείται η εισαγωγή και χρήση

φαρμακευτικής κάνναβης. Το 2018, έγινε το μεγάλο βήμα για τη νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης δίνοντας έτσι ελπίδες και ανοίγοντας δρόμους για περισσότερη κλινική έρευνα στη χώρα.⁶ Τον Μάρτιο του 2018, δημοσιεύθηκε ο νόμος για τη φαρμακευτική κάνναβη (Ν. 4523/2018). Σε αυτό το νόμο δόθηκε υπό όρους, η δυνατότητα παραγωγής κάνναβης με αποκλειστικό σκοπό την παραγωγή και την κυκλοφορία τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης και αναγράφονται αναλυτικά ποια προϊόντα και συστατικά είναι αυτά τα οποία εγκρίνονται και νομιμοποιούνται προς χρήση (συστατικά, δοσολογίες, εγκεκριμένες ποικιλίες), οι προϋποθέσεις για την παραγωγή τους, την εισαγωγή στην ελληνική αγορά και την εξαγωγή τους στο εξωτερικό. Ουσία των ποικιλιών κάνναβης του είδους Cannabis Sativa L περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) >0,2% προορίζεται να χρησιμοποιηθεί στην παραγωγή του τελικού προϊόντος φαρμακευτικής κάνναβης.⁷

Εξειδικευμένοι και κατάλληλα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας γενικότερα και νοσηλευτές ειδικότερα πάνω στο θέμα της φαρμακευτικής κάνναβης αποτελούν σημαντικούς αρωγούς στην σωστή και αποτελεσματική χορήγησή της στους ασθενείς αλλά και στην επαρκή και τεκμηριωμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση ασθενών, υγειονομικών και κοινωνικού συνόλου γύρω από το θέμα αυτό.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη, το γενικό μέρος το οποίο αναφέρεται στην φαρμακευτική κάνναβη και την ποιότητα ζωής ενώ το δεύτερο μέρος αποτελείται από το υλικό και μέθοδο, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΝΝΑΒΗ

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Πολλοί αρχαίοι Έλληνες ιστορικοί αναφέρουν την χρήση την κάνναβης στην αρχαιότητα. Οι χρήσεις της ποικίλλουν από την υφαντουργία, την αρωματοθεραπεία, την φαρμακολογία μέχρι την χρήση της σε θρησκευτικές τελετές για την δημιουργία οραμάτων. Στην αρχαία Κίνα, η κάνναβη είχε εκατοντάδες διαφορετικές χρήσεις και σιγά σιγά εξαπλώθηκε σε ολόκληρη την Ασία, την Μέση Ανατολή και την Αφρική. Στην Κίνα διαπιστώθηκε για πρώτη φορά ότι το τσάι της κάνναβης ήταν αποτελεσματικό σε διάφορες ασθένειες, όπως η ουρική αρθρίτιδα, οι ρευματισμοί και η ελονοσία. Ο 19ος αιώνας χαρακτηρίζεται και ως «χρυσή εποχή» για την χρήση της κάνναβης καθώς διάσημοι γιατροί όπως ο William O'Shaughnessy και ο Jacques-Joseph Moreau διαπιστώνουν την θεραπευτική χρήση της κάνναβης σε πληθώρα ασθενειών· ακόμα και η Βασίλισσα Βικτώρια την χρησιμοποιούσε, όπως αποδείχθηκε, για να ανακουφιστεί από τους πόνους της περιόδου.⁸

Τον Ιούνιο του 1906, ο Νόμος Τροφίμων και Ναρκωτικών, γνωστός στην ιστορία ως «Νόμος Wiley», απαιτούσε την αναγραφή στην ετικέτα του περιεχομένου στα φάρμακα που περιείχαν κάνναβη. Το 1936, ήταν η χρονιά που ύστερα από αμερικανικές πιέσεις απαγορεύτηκε η κάνναβη στην Ελλάδα ενώ καλλιεργούνταν νόμιμα στη χώρα και μάλιστα ήταν και εξαγωγίμο προϊόν έως το 1932. Το τελευταίο κανναβουργείο κλείνει στις αρχές του 1980 στην Κέρκυρα. Στην Αμερική, ο Harry Jacob Anslinger, Επίτροπος του Ομοσπονδιακού Γραφείου Ναρκωτικών, τίθεται πρωτοστάτης στην απαγόρευση της κάνναβης όχι μόνο στην Αμερική αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο.¹⁰ Ύστερα από πολλές δεκαετίες, το 1999, ξεκίνησε το Παγκόσμιο Κίνημα για την Νομιμοποίηση της Κάνναβης από τις ΗΠΑ και πολύ σύντομα απέκτησε διεθνή χαρακτήρα. Εμπνευστής του κινήματος υπήρξε ο Αμερικανός ακτιβιστής Ντάνα Μπίλ, ο οποίος ήταν από τους πρωτοπόρους στον αγώνα για τη νομιμοποίηση της κάνναβης με σύνθημα «Θεραπεία και όχι Πόλεμοι για τα Ναρκωτικά».¹¹

1.2 Το φυτό κάνναβη

Η κάνναβη είναι ένα ανθοφόρο, ετήσιο και δίοικο φυτό. Όταν τα αρσενικά και τα θηλυκά άνθη παράγονται σε διαφορετικά φυτά, τα φυτά αυτά ονομάζονται δίοικα. Η κάνναβη διακρίνεται σε 3 είδη φυτών:

- Κάνναβη η ήμερη – *Cannabis sativa*, εντάσσεται στην κατηγορία των κλωστικών φυτών.
- Ινδική κάνναβη – *Cannabis indica*
- *Cannabis ruderalis*

Το έλαιο της κάνναβης που προέρχεται από τους σπόρους του φυτού μπορεί να αξιοποιηθεί σε πλήθος βιομηχανικών χρήσεων. Η κύρια ψυχοτρόπος ουσία της κάνναβης είναι η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη, γνωστή ως THC. Είναι ένα από τα 483 χημικά που είναι γνωστό ότι υπάρχουν στο φυτό της κάνναβης συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον 84 άλλων κανναβινοειδών.^{4,6}

1.3 Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα

Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα ρυθμίζει πολλές βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως την όρεξη, το μεταβολισμό, τον πόνο, τον ύπνο, τη διάθεση, την κίνηση, τη θερμοκρασία, την μνήμη, την ανοσοποιητική λειτουργία, την φλεγμονή, τη νευρική ανάπτυξη, τη νευροπροστασία, την καρδιαγγειακή λειτουργία, την πέψη, την αναπαραγωγή. Ως κύρια λειτουργία του έχει τη διατήρηση και αποκατάσταση της ισορροπίας του οργανισμού ή της ομοιόστασης, δηλαδή την ικανότητα του οργανισμού να διατηρεί σταθερές τις εσωτερικές του συνθήκες, χωρίς να επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες (πχ. Θερμοκρασία, pH). Παράλληλα, όμως, εξασφαλίζει ότι όλα τα συστήματα λειτουργούν σε απόλυτο συντονισμό μεταξύ τους.^{5,12}

Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα διαθέτει πολλά διαφορετικά κανναβινοειδή, τα οποία ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τα ενδογενή και τα εξωγενή. Τα Ενδογενή μέσα είναι φυσικές ενώσεις που προέρχονται από το ίδιο το ανθρώπινο σώμα. Τα Εξωγενή μέσα είναι

κανναβινοειδή που βρίσκονται εκτός του σώματος. Τα κανναβινοειδή, όπως η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) και η κανναβιδιόλη (CBD) θεωρούνται εξωγενή.¹⁰

1.4 Φαρμακευτικά Προϊόντα Κάνναβης

Οι δραστικές ουσίες της κάνναβης που αναφέραμε πιο πάνω έχουν μετατραπεί σε βιομηχανικά προϊόντα φαρμακευτικών εταιρειών. Κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα παρατίθενται παρακάτω:

Κανναβιδιόλη (CBD)

Το φυτό της κάνναβης περιέχει πολλά διαφορετικά κανναβινοειδή. Έχουν βρεθεί πάνω από 80 διαφορετικοί τύποι και φαίνεται να υπάρχουν πολλοί περισσότεροι. Η CBD είναι ένα μη ψυχοτρόπο κανναβινοειδές και έχει αντιψυχωτικές δράσεις. Η CBD μπορεί να δράσει σε περίπτωση προβλημάτων μνήμης.²

Ακατέργαστη Κανναβιδιόλη (CBDA)

Στη φύση η CBD και η THC (τρανς-Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη) βρίσκονται κυρίως σε μορφή οξέων: η CBD ως CBDA και η THC ως THCA. Τα φυτά στην πραγματικότητα περιέχουν πολύ λίγη CBD ή THC. Το πιο εντυπωσιακό είναι ότι αν το φυτό φαγωθεί ωμό, όπως ανευρίσκεται στο φυσικό περιβάλλον, δεν εμφανίζει ψυχοτρόπες παρενέργειες, αφού η THCA είναι μη ψυχοτρόπος. Η THCA πρέπει να θερμανθεί για να μετατραπεί σε THC.^{2,11} Η CBD αποδεικνύεται ότι είναι δραστική σε ποικίλους θεραπευτικούς τομείς. Κάποιες από τις κύριες θεραπευτικές της ιδιότητες είναι:³

- Αντιφλεγμονώδης δράση
- Ενδοκρινολογικές επιδράσεις σχετιζόμενες με διαβήτη
- Αντι-ψυχωτική δράση
- Μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη
- Ρυθμίζει την παχυσαρκία
- Αντιεπιληπτική
- Αντικαρκινικός παράγοντας

Τρανς-Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη (THC)

Η THC αποτελεί μια ψυχοτρόπο ουσία που προέρχεται από το φυτό της κάνναβης, η οποία επιδρά στους υποδοχείς του εγκεφάλου μέσω του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος. Η THC ως επί το πλείστον όταν δίνεται σε συνδυασμό με CBD και σε ελεγχόμενες δόσεις μπορεί να συμβάλει θεραπευτικά σε διάφορες παθήσεις. Η THC έχει ευρύ φάσμα ιατρικών εφαρμογών από νευρολογικά νοσήματα έως την αντιμετώπιση των παρενεργειών από χημειοθεραπείες.¹³ Στη φαρμακευτική/ιατρική κάνναβη η περιεκτικότητα σε THC είναι μεγαλύτερη από 0,2%, ενώ στα προϊόντα βιομηχανικής κάνναβης με CBD η περιεκτικότητα σε THC είναι μικρότερη από 0,2%.

Οι τρόποι χορήγησης των παραπάνω σκευασμάτων ποικίλλουν. Η φαρμακευτική κάνναβη μπορεί να ληφθεί μέσω του στοματοφαρυγγικού βλεννογόνου με την μορφή spray, από το στόμα με σταγόνες ελαίου, από το ορθό με την μορφή υπόθετου ή ως τοπική κρέμα ή λοσιόν.¹³

1.5 Τρόποι Χορήγησης

Η κάνναβη έχει ποικίλες οδούς χορήγησης. Η λήψη της μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω καπνίσματος, ατμίματος, κατάποσης, μέσω του στοματοφαρυγγικού βλεννογόνου (spray), από το ορθό και ως τοπική κρέμα ή λοσιόν. Οι διαφορετικοί τρόποι χορήγησης δεν εμφανίζουν την ίδια βιοδιαθεσιμότητα. Έτσι η επιλογή της κατάλληλης οδού αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την ανάλογη θεραπευτική χρήση. Η κατανάλωση από το στόμα (σε μορφή κάψουλας ή ελαίου) και η στοματοφαρυγγική χορήγηση (spray) της ιατρικής κάνναβης έχουν ως αποτέλεσμα την βραδύτερη έναρξη της δράσης της, αλλά και την μεγαλύτερη διάρκεια. Η χορήγηση από το ορθό εξασφαλίζει καλύτερη βιοδιαθεσιμότητα συγκριτικά με την κατάποση λόγω της μεγαλύτερης απορρόφησης και του χαμηλότερου μεταβολισμού της κάνναβης. Η Τοπική/Διαδερμική χορήγηση αποτελεί έναν εύκολο και αποτελεσματικό τρόπο χορήγησης σε ασθενείς, που επιτρέπει την στόχευση συγκεκριμένων περιοχών φλεγμονής ή πόνου.¹⁴

1.6 Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Αυτή τη στιγμή, στη χώρα μας το νομικό πλαίσιο για την κυκλοφορία σκευασμάτων φαρμακευτικής κάνναβης είναι πλέον καθορισμένο. Το νομικό πλαίσιο που ισχύει αφορά αυστηρά στα τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης των ποικιλιών κάνναβης του είδους *Cannabis Sativa L* περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) άνω του 0,2% για ιατρικούς σκοπούς. Για τα προϊόντα αυτά ισχύει, όπως και για τα λοιπά συνταγογραφούμενα φάρμακα, ότι απαγορεύεται κάθε διαφημιστική ή προωθητική ενέργεια, καθώς και η παροχή δωρεάν δειγμάτων στο κοινό. Η πραγματικότητα είναι ότι, μέχρι σήμερα, ο ΕΟΦ δεν έχει εκδώσει καμία έγκριση κυκλοφορίας τελικού προϊόντος φαρμακευτικής κάνναβης και δεν έχει κάνει δεκτή καμία γνωστοποίηση κυκλοφορίας προϊόντος ως συμπλήρωμα διατροφής με κάνναβη. Αυτά τα κομμάτια πρέπει να συμπεριληφθούν στο παρακάτω κεφάλαιο για το Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, με το Άρθρο 1 του Νόμου, εισάγεται μια εξαίρεση από την παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν. 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις», η οποία αφορά στις ποικιλίες κάνναβης του είδους *Cannabis Sativa L* περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) κάτω του 0,2%.⁷

Σύμφωνα λοιπόν με τον Νόμο 4523/2018 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 41/Α/7-3-2018, αποφασίστηκαν τα εξής: *«Κατ' εξαίρεση εγκρίνεται ενιαία η παραγωγή, κατοχή, μεταφορά, αποθήκευση, προμήθεια των πρώτων υλών και των ουσιών των ποικιλιών κάνναβης του είδους Cannabis Sativa L, περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) κάτω του 0,2 % καθώς και η εγκατάσταση και η λειτουργία μεταποιητικής μονάδας και επεξεργασίας τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης, με αποκλειστικό σκοπό, είτε την προμήθεια του κρατικού μονοπωλίου και την διάθεσή τους για ιατρικούς σκοπούς, είτε την εξαγωγή τους.»* Με την εξαίρεση που θεσπίζεται από τον νόμο, δίνεται η δυνατότητα σε φυσικά και νομικά πρόσωπα, να παράγουν κάνναβη του είδους *Cannabis Sativa L*, η οποία έχει περιεκτικότητα σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) κάτω του 0,2%, με αποκλειστικό σκοπό την παραγωγή τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης για την προμήθεια του κρατικού μονοπωλίου και τη διάθεση τους σε ασθενείς ή την εξαγωγή τους, για ιατρικούς και μόνο σκοπούς.⁷

Την 24η/05/2021 δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ Α' 83/24-5-2021) ο Νόμος 4801/2021 για την «παραγωγή, εξαγωγή και διάθεση τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης του είδους *Cannabis Sativa L* περιεκτικότητας σε

τετραϋδροκανναβινόλη (THC) άνω του 0,2% και άλλες διατάξεις» του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων. Σκοπός του νέου νόμου είναι η απλοποίηση της διαδικασίας εξαγωγής προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης και η διασφάλιση του ομαλού και ασφαλούς εφοδιασμού της ελληνικής αγοράς τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης υπό συνθήκες υψίστης ασφάλειας. Η νέα ρύθμιση αφορά στους επενδυτές που σκοπεύουν να επενδύσουν στον τομέα της φαρμακευτικής κάνναβης.¹⁵

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής

Ο Αριστοτέλης ήταν ο πρώτος που έκανε λόγο για την ποιότητα ζωής ταυτίζοντάς την με τον όρο «ευδαιμονία». Με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έχουν ασχοληθεί πολλοί ερευνητές από διάφορα επαγγελματικά πεδία, επειδή ως έννοια η «ποιότητα ζωής» είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της κοινωνίας και της ζωής του ατόμου καθώς ασχολείται με τη συνολική ευημερία του ανθρώπου. Για τον ορισμό της ποιότητας ζωής έχουν κάνει λόγο πολλοί επιστήμονες, οι οποίοι προσαρμόζουν τον ορισμό και χειρίζονται το θέμα ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο του ενδιαφέροντός τους.¹⁶

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι «οι αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τη θέση τους στον πολιτισμό και το σύστημα αξιών σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους, προβληματισμούς και τα προσωπικά κριτήρια».¹⁷ Ο Hornquist (1982) θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής, ενώ κατά τον Lewis (1982) η ποιότητα ζωής είναι «ο βαθμός στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή και ελάχιστο άγχος». Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερεύνητους.¹⁸⁻¹⁹

Οι Dalkey και Rourke (1973) όρισαν την ποιότητα ζωής ως «την αίσθηση του ατόμου για το βαθμό ευεξίας, ικανοποίησης του από τη ζωή του και ευτυχίας αναφορικά με την υγεία του, τη δράση, το άγχος, τη στοχοθεσία, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την κοινωνική και οικογενειακή στήριξη.»²⁰ Ο παραπάνω ορισμός θεωρήθηκε, όμως, προβληματικός, καθώς η έννοια της ευτυχίας είναι δύσκολα μετρήσιμη και ακόμη και η ίδια η έννοια διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και από γλώσσα σε γλώσσα.^{17,21} Τέλος, σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο της Γαλλικής Γλώσσας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου που του δίνει την αίσθηση της ικανοποίησης σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον».⁷

Στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών και στον χώρο της υγείας η ποιότητα ζωής ορίζεται και αξιολογείται με ειδικούς δείκτες οι οποίοι είναι προϊόν επιστημονικής μελέτης. Οι δείκτες αυτοί έχουν προέλθει από την ιεράρχηση των αναγκών που έχει το άτομο όπως αυτές έχουν καθοριστεί από τον Maslow (1943), ο οποίος υποστήριξε ότι οι άνθρωποι θέτουν προτεραιότητες ως προς την ικανοποίηση των αναγκών τους, διαχωρίζουν, δηλαδή, εκείνες που χρήζουν άμεσης εφαρμογής από τις δευτερεύουσες.²² Για παράδειγμα, η επιβίωση του ατόμου μπαίνει πάντα σε πρώτο πλάνο. Μόλις ικανοποιήσουμε την ανάγκη αυτή κινητοποιούνται οι επόμενες ανάγκες, όπως φαίνονται και στην «Πυραμίδα των Αναγκών».²³⁻²⁴

2.2 Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες ποιότητας ζωής

Για την κατανόηση της ποιότητας ζωής, όπως αναφέραμε, χρησιμοποιούμε ειδικούς δείκτες. Οι δείκτες αυτοί χωρίζονται σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες και τους χρησιμοποιούμε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στο «ευ ζην» των ατόμων, στο κατά πόσο ευχαριστημένοι είναι οι άνθρωποι μέσα στο περιβάλλον το οποίο ζουν. Η αντικειμενική διάσταση αναφέρεται στο επίπεδο ικανοποίησης που αισθάνεται το άτομο σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις αναφορικά με την υλική ευημερία, την κοινωνική θέση και τη σωματική ευεξία.²⁵

2.2.1 Αντικειμενικοί Παράγοντες – Δείκτες

Οι αντικειμενικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι οι ακόλουθοι:

- **Το επίπεδο υγείας:** Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». ¹⁷ Στόχος είναι να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).²⁵
- **Το φυσικό περιβάλλον:** Το φυσικό περιβάλλον συνιστά όχι μόνο το χώρο μέσα στον οποίο κινούνται και διαβιούν οι άνθρωποι, αλλά και το χώρο από τον οποίο αντλούν πολύτιμους

πόρους για την καθημερινή του δράση και επιβίωση. Η γεωργία, η αλιεία, η ναυτιλία και άλλα είναι μερικοί από τους τομείς από τους οποίους βιοπορίζεται μεγάλος αριθμός ανθρώπων.

- **Συνθήκες διαβίωσης:** Το περιβάλλον στο οποίο επιλέγουν να ζήσουν οι άνθρωποι και τα όρια τα οποία θέτουν ως προς το βίο που θα διέπουν.
- **Ο χρόνος:** Στο που επιλέγουν δηλαδή να αφιερώσουν οι άνθρωποι τον ελεύθερο χρόνο τους.
- **Κοινωνική Προσφορά:** Οι άνθρωποι επιλέγουν φορείς, δράσεις και συλλόγους μέσω των οποίων προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο. Σαφώς η προσφορά προς τον συνάνθρωπο μπορεί να προσφερθεί και σε ατομικό αλλά και σε συλλογικό επίπεδο.
- **Οικονομία και Βασικές Ανάγκες:** Η ικανότητα που έχει το άτομο να ανταπεξέρχεται στις οικονομικές απαιτήσεις της καθημερινότητας και στην κάλυψη των βασικών του αναγκών.
- **Ασφάλεια του περιβάλλοντος:** Η προστασία που εξασφαλίζει το άτομο για την διαβίωσή του.²⁶

2.2.2 Υποκειμενικοί Παράγοντες – Δείκτες

Οι υποκειμενικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι οι ακόλουθοι:

- **Η ικανοποίηση από τη ζωή:** Το κατά πόσο ευχαριστημένοι είναι οι άνθρωποι από το επίπεδο διαβίωσής τους.
- **Επίπεδο Λειτουργικότητας:** Το κατά πόσο το άτομο μπορεί να εκτελεί μόνο του βασικές λειτουργίες της καθημερινότητας όπως είναι η σίτιση, η ένδυση, η ατομική υγιεινή κτλ.
- **Ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες:** Το κατά πόσο έχει επιτευχθεί το υψηλότερο επίπεδο συνεργασίας μεταξύ του ανθρώπου και των παρεχόμενων από την κοινότητα υπηρεσιών όπως είναι η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία κτλ.

Συνεπώς, μια μελέτη που διερευνά την ποιότητα ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη τόσο τους αντικειμενικούς όσο και τους υποκειμενικούς δείκτες, συλλέγοντας τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα. Κατ' αυτόν τον τρόπο μελετώνται τόσο γνωσιακές, όσο και πρακτικές και συναισθηματικές τομέας πτυχές της ανθρώπινης φύσης.^{25,27}

2.3 Πολιτικές για την ποιότητα ζωής στην Ελλάδα

Η διερεύνηση του όρου ποιότητα ζωής είναι πολύ πρόσφατη για τα ελληνικά δεδομένα. Οι πυλώνες πάνω στους οποίους δομήθηκε το σύστημα και η πολιτική για την ποιότητα ζωής που ακολουθείται στην Ελλάδα τέθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής ένωσης και ακολουθούν τα Ευρωπαϊκά δεδομένα. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη η ποιότητα ζωής έχει ως στόχο την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και την εξάλειψη των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων. Προκειμένου να μετρηθεί με αντικειμενικούς δείκτες, προτείνεται ένα σύνθετος «δείκτης κοινωνικής ευημερίας». Ο δείκτης αυτός επηρεάζεται από την κάλυψη των βασικών αναγκών του ατόμου όπως είναι η τροφή , η στέγη, η πρόσβαση σε πόσιμο νερό και την ιατρική περίθαλψη όπως και στην ατομική ασφάλεια, τα θεμέλια της ευημερίας του ατόμου, που είναι η εύκολη πρόσβαση στην εκπαίδευση, στην τεχνολογία, στις πληροφορίες, στην υγεία κτλ.²⁸⁻²⁹

Τέλος, ο δείκτης κοινωνικής ευημερίας επηρεάζεται από την ατομική ελευθερία του ατόμου, τον σεβασμό στις προσωπικές επιλογές και την ελεύθερη έκφραση. Στόχος κάθε χώρας είναι να παρέχει στους πολίτες της υψηλό βιοτικό επίπεδο και όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής. Ένας από τους βασικούς τομείς είναι και οι παροχές υγείας όπως και η κοινωνική μέριμνα που εξασφαλίζει το εκάστοτε κράτος στους πολίτες του. Η οικονομική κρίση από την οποία μαστίζεται η χώρα μας έχει συμβάλλει σημαντικά στο να μειωθεί το επίπεδο ποιότητας ζωής αρκετών πολιτών. Στόχος μας πρέπει να είναι η συνεχής έρευνα εναλλακτικών μεθόδων που μπορούν να γίνουν αρωγός στη βελτίωση της καθημερινότητας των ευπαθών ομάδων και γενικότερα του ανθρώπινου πληθυσμού.^{23,30}

2.4 Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας και δείκτες ποιότητας

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας ζωής εξειδικεύεται και χρησιμοποιείται με συγκεκριμένο τρόπο και ορίζεται ως «ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία». Στον τομέα της υγείας, ο όρος εξετάζεται στο πλαίσιο της νόσου ειδικότερα μας ενδιαφέρει το πώς η νόσος και η θεραπεία επιδρούν στην ποιότητα ζωής του πάσχοντος ατόμου και πώς αισθάνεται ο πάσχων σε επίπεδο σωματικής λειτουργικότητας, ψυχικής και κοινωνικής ικανοποίησης και το κατά πόσο αισθάνεται επαρκής με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η διερεύνηση της ποιότητας

ζωής σχετιζόμενης με την υγεία αποτελεί αντίποδα ως προς την κλινική εικόνα του αρρώστου, η οποία διενεργείται ως επί το πλείστον από τους επαγγελματίες υγείας, και επικεντρώνεται στα κλινικά δεδομένα, τα συμπτώματα και τη συμπτωματολογία, τους αριθμούς εισαγωγών κτλ. Αναλυτικότερα διερευνάται το επίπεδο ικανοποίησης του αρρώστου σχετικά με:

- τις επιπτώσεις της ασθένειας και της θεραπείας και πόσο ικανοποιημένος είναι με την ψυχική του ευεξία
- το επίπεδο λειτουργικότητας
- την σωματοποίηση των συμπτωμάτων
- άντληση ικανοποίησης από το συναισθηματικό, ψυχικό, γνωστικό, κοινωνικό επίπεδο του αρρώστου
- επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας.²¹

Η ποιότητα ζωής από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας εξετάζει τέσσερις θεματικές ενότητες.²⁵

- 1. Σωματική Ευεξία.** Αναφέρεται στο κατά πόσο ένας άνθρωπος είναι σε θέση να πραγματοποιεί ορισμένες ενέργειες που απαιτούν σωματική καταπόνηση και στην ικανότητά του να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής στον καλύτερο δυνατό βαθμό.
- 2. Ψυχολογική Ικανοποίηση.** Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντλεί θετικά συναισθήματα από το συναισθηματικό, ψυχικό, γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο της ζωής του.
- 3. Κοινωνική Αλληλεπίδραση.** Αποσκοπεί στην ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που εμπεριέχονται στην καθημερινότητά του όπως είναι η σχέση με τους συναδέλφους, την οικογένεια ή την πολιτεία.
- 4. Περιβάλλον.** Η ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κοινωνικού, ψυχολογικού, οικονομικού και διαπροσωπικού περιβάλλοντός του.

Οι διαστάσεις που εξετάζονται σε καθεμιά από τις τέσσερις θεματικές ενότητες αναγράφονται στους παρακάτω πίνακες 1 και 2:

Πίνακας 1 Η συνολική ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση της υγείας (Δημητρόπουλος, Ντάγανου & Αλεξιάς, 2017)

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ
<ul style="list-style-type: none"> • Άλγος και σωματοποιημένα συμπτώματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Θετικά και Αρνητικά συναισθήματα
<ul style="list-style-type: none"> • Ενεργητικότητα και κόπωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα συγκέντρωσης
<ul style="list-style-type: none"> • Ύπνος και ανάπαυση 	<ul style="list-style-type: none"> • Μνήμη – θυμικό
<ul style="list-style-type: none"> • Κινητικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντίληψη μάθησης
<ul style="list-style-type: none"> • Καθημερινή δραστηριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυτοεκτίμηση
<ul style="list-style-type: none"> • Εξάρτηση από φάρμακα ή θεραπείες 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντίληψη της εικόνας που έχουμε για τον εαυτό μας
<ul style="list-style-type: none"> • Απόδοση στον εργασιακό τομέα 	<ul style="list-style-type: none"> • Πνευματικά ενδιαφέροντα, προσωπικές πεποιθήσεις

Πίνακας 2 Οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον (Νιάκας, Παππά, & Κοντοδημόπουλος, 2005)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
<ul style="list-style-type: none"> • Προσωπικές σχέσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους και • αίσθημα ασφάλειας
<ul style="list-style-type: none"> • Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιβάλλον κατοικίας
<ul style="list-style-type: none"> • Σεξουαλική υγεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Οικονομικοί πόροι
	<ul style="list-style-type: none"> • Εύκολη πρόσβαση και ποιοτικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόσβαση στην τεχνολογία και την πληροφόρηση
	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και ελεύθερος χρόνος
	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσικό περιβάλλον
	<ul style="list-style-type: none"> • Μέσα μεταφοράς

Πρόσφατα εισήχθησαν στα ερωτηματολόγια που μετράνε ποιότητα ζωής θεματικές ενότητες με θέμα την διατροφή, την ικανοποίηση με την εργασία, την κοινωνική και οικογενειακή ζωή. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας έχει ως στόχο την εκτίμηση της σοβαρότητας της εκάστοτε νόσου και την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Εντοπίζει ομάδες χαμηλής ποιότητας ζωής που εγκυμονούν κίνδυνο για εμφάνιση μιας επικείμενης νόσου, προλαμβάνει λοιπόν ψυχικές και οργανικές νόσους. Διαμορφώνει στόχους για την ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην επανένταξη των ασθενών. Διερευνά στην καθημερινή κλινική πράξη το πλαίσιο που διαμορφώνεται μεταξύ του πάσχοντα και της οικογένειας, του επαγγελματία υγείας ή της κοινότητας. Τέλος, αναπτύσσει εθνικές και τοπικές στρατηγικές για την ανάπτυξη του βιοτικού επιπέδου μιας χώρας.^{30,32}

2.5 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας υγείας

Οι υποκειμενικοί και αντικειμενικοί δείκτες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής αξιολογούνται και βαθμολογούνται μέσω γενικών και ειδικών εργαλείων μέτρησης. Ο εκάστοτε ερευνητής ή ομάδα ερευνητών μέσω αυτών των εργαλείων – ερωτηματολογίων αθροίζουν τη βαθμολογία από τα ερωτήματα τα οποία εμπεριέχονται και έπειτα καταλήγουν σε μία βαθμολογία η οποία συνήθως σταθμίζεται σε κλίμακα εύρους από το 0 έως το 100 και ορίζεται ως κατεργασμένη βαθμολογία. Μέσω αυτής της διαδικασίας μπορούν να συγκριθούν και διαφορετικά εργαλεία μέτρησης μεταξύ τους τα οποία μπορούν να έχουν και διαφορετικό αριθμό ερωτημάτων ή κατηγοριών.^{30,33} Τα εργαλεία μέτρησης χωρίζονται σε:

- Γενικά εργαλεία μέτρησης τα οποία είναι ανεξάρτητα από την ασθένεια του ατόμου.
- Ειδικά εργαλεία μέτρησης τα οποία χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ευζωίας και του επιπέδου λειτουργικότητας πολύ συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.
- Όργανα Πολλαπλών Ιδιοτήτων (Multi- Attribute Utility Instruments).³⁴

Τα πιο γνωστά γενικά εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι:

- **EQ- 15D:** Το EQ- 15D είναι δημιουργία του Sintonen και αξιολογεί μέσω 15 διαστάσεων τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία του ατόμου. Οι συμμετέχοντες πρέπει να έχουν συμπληρώσει το 15ο έτος της ηλικίας τους και ο χρόνος συμπλήρωσής του δεν υπερβαίνει τα

10 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα.³⁵

- **Nottingham Health Profile (NHP):** Το NPH είναι δημιουργία του Hunt και των συνεργατών του. Αξιολογεί μέσω της διερεύνησης των αρνητικών πλευρών τη σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση του ασθενούς. Αποτελείται από 2 μέρη και 13 διαστάσεις. Παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, επίσης έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά.³⁶
- **Sickness Impact Profile (SIP):** Το SIP είναι δημιουργία του Gilson και των συνεργατών του στην τελική του μορφή όπως το χρησιμοποιούμε σήμερα το διαμόρφωσε ο Bergner και οι συνεργάτες του. Αξιολογεί την αντίληψη της κατάστασης υγείας του ατόμου μετρώντας την επίδραση της ασθένειας στη συμπεριφορά και την λειτουργικότητα του. Συνίσταται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 κατηγορίες με δραστηριότητες της καθημερινότητας. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί μέσα σε 20-30 λεπτά. Το εργαλείο μέτρησης SIP-68 χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία ενώ κρίνεται σκόπιμο να γίνουν περισσότερες μελέτες για την εγκυρότητα του. Δεν έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά.³⁷
- **Spritzer Quality of Life Index:** Ο δείκτης Spritzer δημιουργήθηκε το 1981 ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ατόμων με καρκίνο και στη συνέχεια εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Εκτιμά πέντε τομείς: δραστηριότητες, καθημερινή ζωή, αντίληψη της υγείας, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη ζωή. Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς το άτομο είτε αυτοβαθμολογείται είτε βαθμολογείται από τον ιατρό του ενώ ο χρόνος που απαιτείται γι' αυτό είναι περίπου ένα λεπτό. Ο δείκτης Spritzer φαίνεται να έχει εγκυρότητα και αξιοπιστία ενώ σύμφωνα με τους δημιουργούς του δεν είναι κατάλληλος για την μέτρηση ή την ταξινόμηση της ποιότητας ζωής των φαινομενικά υγιών ατόμων.²⁶
- **SF-36 Health Survey (SF-36):** Το SF-36 είναι δημιουργία του Ware και των συνεργατών του αποτελείται από 8 διαστάσεις και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της φυσικής και πνευματικής υγείας του ατόμου. Για την συμπλήρωσή του απαιτούνται το πολύ 10 λεπτά και η όλη διαδικασία διενεργείται από έναν εκπαιδευμένο ερευνητή μέσω συνέντευξης αυτοπροσώπως ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Το εργαλείο αυτό παρουσιάζει αξιοπιστία και εγκυρότητα και αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως

χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, το SF-36 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά.³⁸

- **WHOQOL-100:** Το WHOQOL-100 δημιουργήθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Στόχος του είναι η διαπολιτισμική σύγκριση ασθενών και υγείων ατόμων μέσω 100 ερωτήσεων κάτι το οποίο κάνει την συμπλήρωσή του αρκετά χρονοβόρα. Συμπληρώνεται από το ίδιο το άτομο. Προκειμένου να γίνει πιο εύκολη και γρήγορη η συμπλήρωσή του δημιουργήθηκε μια πιο σύντομη εκδοχή του που ονομάζεται WHOQOL-BREF. Το WHOQOL-BREF παρουσιάζει εγκυρότητα και αξιοπιστία και όπως το WHOQOL-100 έτσι και αυτό έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά με την προσθήκη 4 ερωτήσεων.²⁶

Ειδικά εργαλεία μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής αναφέρονται παρακάτω:

- Hospital Anxiety and Depression Scale
- Questionnaire on Social Support
- Όταν εξετάζεται η ποιότητα ζωής σε σχέση με κάποιο σύμπτωμα τότε έχουμε ενδεικτικά: Fatigue Symptom Inventory, Migraine Specific Quality of Life –MSQOL κ.α
- Όταν εξετάζεται η ποιότητα ζωής σε μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα έχουμε ενδεικτικά: Child Health Questionnaire – CHQ, Philadelphia, Geriatric Center Moral Scale, Women’s Health Questionnaire κ.α.
- Όταν εξετάζεται συγκεκριμένη νόσος ενδεικτικά έχουμε: WHOQOL-HIV, Health Assessment Questionnaire, Quality of Life Questionnaire for Asthma, Manchester Back Pain, EORTC QLQ C30, Karnofsky Performance Status Measure, DCCT Questionnaire, The HeartQol Questionnaire, Quality of Life Myocardial Infarction, Expanded Disability Status Scale, Chronic Bronchitis Questionnaire, American Urological Association Symptom Index κ.α
- Η ανάλυση κόστους- χρησιμότητας χρησιμοποιεί ως δείκτη μέτρησης τα «ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής» (Quality Adjusted Life Years) (QALYs) τα οποία συνδυάζουν την ποσότητα ζωής/μακροβιότητα με την ποιότητα.⁴⁰

Τα όργανα Πολλαπλών Ιδιοτήτων (Multi- Attribute Utility Instruments) είναι τα ακόλουθα :

1. Assessment of Quality of Life (AQOL)

Το AQOL έχει 4 εκδοχές:

- AQoL-4 αποτελείται από 4 διαστάσεις.
- AQoL-6D, εξετάζει τις διαστάσεις του πόνου και του τρόπου αντιμετώπισης προβλημάτων που προκύπτουν στη ζωή του ατόμου.
- AQoL-7D, αφορά το επίπεδο της όρασης.
- AQoL-8D, αφορά την ψυχική υγεία.

Για την συμπλήρωσή τους δεν απαιτούνται πάνω από 6 λεπτά και τα πιο πάνω εργαλεία μέτρησης παρουσιάζουν εγκυρότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία.³⁹

2. The Short-Form Health State Classification (SF-6D)

Το SF-6D αποτελεί τη σύντομη εκδοχή του SF- 36 και καλύπτει 6 διαστάσεις αξιολόγησης. Η συμπλήρωση του γίνεται από το ίδιο το άτομο ή από τον ερευνητή.⁴¹

3. The Quality of Well-being Scale (QWB)

Το QWB ερευνά μία σειρά συμπτωμάτων καθώς και τρεις διαστάσεις των επιπέδων υγείας του ατόμου χρειάζεται συγκεκριμένος χρόνος για να συμπληρωθεί και ειδικά εκπαιδευμένο άτομο για την ολοκλήρωσή του. Για να ξεπεραστούν αυτά τα μειονεκτήματα δημιουργήθηκε το Quality of Well-Being scale, Self-Administered (QWB-SA), το οποίο συνοψίζει την λειτουργικότητα και τα συμπτώματα του ατόμου ώστε να παραχθεί ένας δείκτης ευεξίας. Επιπλέον, το QWB-SA περιέχει μία διευρυμένη λίστα συμπτωμάτων συγκριτικά με το QWB. Αποτελείται από 5 μέρη και παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.³⁶

4. Health Utility Index (HUI)

Το HUI δίνει μια ολιστική εικόνα της υγείας του πάσχοντα και κυκλοφορεί σε 3 εκδόσεις. Μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε από τον ερευνητή και παρουσιάζει εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Το ιδανικό εργαλείο μέτρησης θα πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις όπως:

- Να είναι σύντομο, απλό και κατανοητό.
- Να αξιολογείται τόσο η προσωπική-υποκειμενική εμπειρία του ατόμου για τη ζωή του όσο και η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του.
- Να διακρίνεται από ευαισθησία, αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ιδανικό εργαλείο μέτρησης ο κάθε ερευνητής αναλόγως με το θέμα που θα επιλέξει επιλέγει και το ιδανικότερο προς τον σκοπό της έρευνας εργαλείο. Αρκετές φορές μπορεί να χρησιμοποιηθούν και δύο εργαλεία μέτρησης.⁴⁰⁻⁴¹

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Η χρήση φαρμακευτικής κάνναβης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων διαφόρων χρόνιων παθήσεων που ταλαιπωρούν τους πάσχοντες στην καθημερινότητά τους και να συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Η ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την αντίληψη της ποιότητας ζωής και συμβάλλει κατασταλτικά στους διαφορετικούς ρόλους που καλείται να έχει το άτομο, όντας ενεργό μέλος ενός κοινωνικού συνόλου.⁴²

Η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης στον τομέα της ογκολογίας μπορεί να δράσει ανακουφιστικά στο επίπεδο της αντιμετώπισης των παρενεργειών από την χημειοθεραπεία. Η ναυτία και ο έμετος είναι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες πολλών κυτταροτοξικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων. Έρευνες δείχνουν πως το THC και το CBD έχουν δυνατότητες να μειώσουν τη ναυτία και τους εμέτους.⁴³ Η φαρμακευτική κάνναβη είχε αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση της ναυτίας, των εμέτων, της ανορεξίας ακόμα και σε πολύ προχωρημένα στάδια καρκινοπαθών και ασθενών με σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV). Σε μελέτη που έγινε το 2007 από ερευνητές στο California Pacific Medical Center εξετάστηκε η επίδραση της κανναβιδιόλης στον καρκίνο. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνανε ότι η κανναβιδιόλη καθυστερεί την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων μέσω της απενεργοποίησης ενός γονιδίου που είναι υπεύθυνο την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων στους παρακείμενους ιστούς.

Φαίνεται ότι τα συνθετικά ανάλογα των κανναβινοειδών είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο τόσο του οξέος, όσο και του χρόνιου πόνου. Οι αγωνιστές των κανναβινοειδών υποδοχέων έχουν αναλγητικές ιδιότητες δράοντας στην περιφέρεια και στο ΚΝΣ από την ενεργοποίηση των CB1 υποδοχέων των κανναβινοειδών. Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο που αισθανόμαστε και αντιδρούμε στον πόνο. Υπάρχουν ενδοκανναβινοειδείς υποδοχείς σε πολλά προσυναπτικά, κεντρικά και περιφερικά σημεία του νευρικού συστήματος. Τα κανναβινοειδή, που αλληλοεπιδρούν με αυτούς τους υποδοχείς, μπορούν να αλλάξουν τα σήματα πόνου που στέλνονται από τους νευρώνες. Γι' αυτό, τα κανναβινοειδή έχουν γίνει πόλος έλξης για την αντιμετώπιση πολλών ειδών πόνου, όπως είναι οι πόνοι που προκαλούνται από τραυματισμούς, οι νευροπαθητικοί πόνοι, οι πόνοι που

προκαλούνται από ασθένειες, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας. Θετικά στοιχεία, χωρίς όμως αδιαμφισβήτητα αποτελέσματα ακόμη, φαίνονται σε συμπτώματα, όπως οι διαταραχές ύπνου (ως σύμπτωμα νευρολογικών παθήσεων), το γλαύκωμα και το σύνδρομο Tourette.⁴⁵⁻⁴⁶ Στη μελέτη των Gulbransen και συν. φάνηκε ότι μετά τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης παρατηρήθηκε βελτίωση σε μια σειρά συμπτωμάτων, όπως σπαστικότητα, χρόνιος πόνος των άκρων, τρόμος, ανορεξία και απώλεια βάρους, κόπωση, διπλωπία, σεξουαλική δυσλειτουργία, αστάθεια και απώλεια μνήμης.⁴⁷

Υπάρχουν ισχυρισμοί κλινικής αποτελεσματικότητας της κάνναβης με κυρίαρχη CBD ή ιατρικής μαριχουάνας για την επιληψία, κυρίως από περιορισμένες μελέτες, έρευνες ή παρουσιάσεις περιστατικών. Όμως οι μηχανισμοί που υπόκεινται της αντιεπιληπτικής αποτελεσματικότητας παραμένουν ασαφείς. Ασθενείς μιλούν για διακοπή ή μείωση της απομυελινοποίησης, όσο και για έλεγχο των συμπτωμάτων, όπως είναι η σπαστικότητα, η ακράτεια, οι αυπνίες, ο πόνος των οστών και διάφορων άλλων διαταραχών. Σε μελέτη, που διεξήχθη σε παιδιατρικές κλινικές του Ισραήλ, χορηγήθηκε κανναβιδιόλη και τετραϋδροκανναβινόλη από το στόμα σε 74 παιδιά και εφήβους με δυσλειτουργική επιληψία για περίπου 6 μήνες. Το 18% των παιδιών παρουσίασε 75-100% μείωση της συχνότητας των κρίσεων, το 34% παρουσίασε μείωση 50-75%, το 12% μείωση 25-50%, το 26% μείωση κάτω από 25% και το 7% ανέφερε επιδείνωση των επιληπτικών κρίσεων που οδήγησαν σε διακοπή της θεραπείας με κανναβινοειδή.⁴⁸⁻⁴⁹

Σε μία διπλά τυφλή κλινική δοκιμή, 100 ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον χωρίς άνοια χωρίστηκαν σε 3 ομάδες και τους δόθηκε: εικονικό φάρμακο, CBD 75mg/ημέρα και CBD 300 mg/ημέρα. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα κινητικά συμπτώματα μεταξύ των τριών ομάδων. Ωστόσο, η ομάδα που έλαβε CBD 300 mg/ημέρα είχε σημαντικά διαφορετική μέση συνολική τιμή στον δείκτη της ποιότητας ζωής ($P = 0,05$) σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, γεγονός που υποδηλώνει την πιθανή επίδραση της CBD σε ασθενείς με νόσο Πάρκινσον. Οι ασθενείς με νόσο Πάρκινσον εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στον ύπνο και τον πόνο, μόλις 30 λεπτά μετά τη λήψη φαρμακευτικής/θεραπευτικής κάνναβης.⁵⁰⁻⁵¹

Η έρευνα γύρω από τον ρόλο που παίζουν τα κανναβινοειδή στην διαχείριση και καταπολέμηση των ψυχικών παθήσεων είναι ακόμη εξαιρετικά περιορισμένη, αν και έχουν

δείξει νευροπροστατευτικές ιδιότητες σε μελέτες. Επιπλέον, πιστεύεται πως τα κανναβινοειδή συμβάλλουν στη νευρογένεση (τη δημιουργία νέων εγκεφαλικών κυττάρων) σε σημαντικές περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ψυχική υγεία.⁵²

Πολλές καλές προοπτικές ανέδειξε η θεραπεία με κάνναβη στις περιπτώσεις φλεγμονών αρθρίτιδας. Στη μελέτη, που διεξήχθη από το Royal National Hospital for Rheumatic Disease, στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι τα κανναβινοειδή παρείχαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στον πόνο κατά την κίνηση, στον πόνο σε ηρεμία και στην ποιότητα του ύπνου. Στις διαταραχές του Γαστρεντερικού συστήματος, ακολούθως, η φαρμακευτική κάνναβη μειώνει τον κοιλιακό πόνο και τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και, σε άτομα με την νόσο του Crohn, την εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων, αιμορραγιών και άλλων δυσάρεστων συνεπειών. Η θεραπεία με την κάνναβη έχει βελτιώσει τη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών αυξάνοντας το δείκτη μάζας σώματος. Σημαντικό μέρος ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου βρήκε τα κανναβινοειδή χρήσιμα για συμπτώματα όπως το κοιλιακό άλγος, την ανορεξία, τη ναυτία, τη διάρροια, και την αρθραλγία.⁵³

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη.

Οι επιμέρους στόχοι ήταν:

E1. να συσχετιστούν τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ατόμων που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη με τα χαρακτηριστικά τους.

E2. να συσχετιστούν τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ατόμων που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη με τις απόψεις τους αναφορικά με τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης.

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Δείγμα της μελέτης

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 άτομα που κάνουν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης και είναι μέλη του Συλλόγου ασθενείς υπέρ της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης, που είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός. Το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων ήταν δείγμα ευκολίας (convenience sample).

Κριτήρια για την ένταξη των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν: α) Να κατανοούν την Ελληνική γλώσσα και β) να κάνουν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης. Κριτήριο αποκλεισμού ήταν να κάνουν χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων ή άλλων ουσιών.

Τα άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τον ερευνητή προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια ο ερευνητής ζητούσε την γραπτή συγκατάθεση των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουαρίου- Μαρτίου 2021 μετά από την απαιτούμενη έγκριση για εκπόνηση της έρευνας από το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου. Συνολικά από τα 158 ερωτηματολόγια που διατέθηκαν

στα μέλη του Συλλόγου, επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 100, σημειώθηκε δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) 63.29%.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη έγινε αποδεκτή από το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου. Τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες δεοντολογίας και από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων και δεδομένων, τη διασφάλιση της ανωνυμίας της ταυτότητάς τους καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους.

1.2 Εργαλείο μέτρησης

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 2 μέρη:

I. το πρώτο μέρος αποτελείται από τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

II. το δεύτερο μέρος αποτελείται από την κλίμακα “SF-36 Health Survey (SF-36)” για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

1.2.1 Χαρακτηριστικά ασθενών

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα εξής:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Χαρακτηριστικά σχετικά με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης
- Απόψεις των συμμετεχόντων για την χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον
- Απόψεις των συμμετεχόντων για την χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης σε σχέση με τα θεραπευτικά αποτελέσματα

- Απόψεις των συμμετεχόντων για την χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης σε σχέση με τις δραστηριότητες
- Απόψεις των συμμετεχόντων για την χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης σχετικά με την ψυχική κατάσταση
- Απόψεις των συμμετεχόντων για την χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης στην Ελλάδα

1.2.2 Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “SF-36 Health Survey (SF-36)”. Αυτή η κλίμακα που δημιουργήθηκε από τον Ware και τους συνεργάτες του το 1993 αξιολογεί τη φυσική και πνευματική υγεία του ατόμου. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 διαστάσεις.³⁷

Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε κλίμακες τύπου Likert. Η βαθμολογία που αποδίδεται στις ερωτήσεις αθροίζονται ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τις 8 διαστάσεις. Υψηλότερες τιμές της βαθμολογίας υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Διαστάσεις ποιότητας ζωής: (8 διαστάσεις)

1. Σωματική λειτουργικότητα (Εύρος Τιμών: 0-100)
 2. Ρόλος- σωματικός (Εύρος Τιμών: 0-100)
 3. Ρόλος- συναισθηματικός (Εύρος Τιμών: 0-100)
 4. Ζωτικότητα (Εύρος Τιμών: 0-100)
 5. Ψυχική υγεία (Εύρος Τιμών: 0-100)
 6. Κοινωνική λειτουργικότητα (Εύρος Τιμών: 0-100)
 7. Σωματικός πόνος (Εύρος Τιμών: 0-100)
 8. Γενική υγεία (Εύρος Τιμών: 0-100)
- **Σωματική Λειτουργικότητα:** Εκτιμά τους περιορισμούς στις καθημερινές σωματικές ενασχολήσεις. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την ικανότητα εκτέλεσης όλων των σωματικών δραστηριοτήτων στην καθημερινότητα, χωρίς περιορισμούς για λόγους υγείας, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την ύπαρξη σημαντικού περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας.

- **Σωματικός Ρόλος:** Μετρά το βαθμό περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την καλή σωματική υγεία με αποτέλεσμα την απουσία προβλημάτων στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο σωματικής υγείας με αποτέλεσμα την παρουσία προβλημάτων στους προαναφερόμενους τομείς.
- **Σωματικός Πόνος:** Εκτιμά τους περιορισμούς που ακολουθούν στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω έντασης του σωματικού πόνου. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την απουσία πόνου ή την απουσία περιορισμών στις δραστηριότητες λόγω πόνου, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει έντονο και περιοριστικό πόνο.
- **Γενική Υγεία:** Εκτιμά την ευεξία και τους περιορισμούς στην καθημερινή ζωή και την εργασία. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την προσωπική εκτίμηση της υγείας ως εξαιρετικής, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία ως κακής και επιδεινούμενης.
- **Ζωτικότητα:** Ερμηνεύει τα συναισθήματα απόλυτης ενεργητικότητας. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει πλήρη ενεργητικότητα, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει συναισθήματα συνεχούς κόπωσης και εξουθένωσης.
- **Κοινωνική Λειτουργικότητα:** Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την ικανότητα εκτέλεσης των συνηθισμένων κοινωνικών δραστηριοτήτων χωρίς περιορισμούς λόγω σωματικών ή ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει ότι σωματικά ή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα ασκούν συχνή και έντονη επιρροή στις κοινωνικές δραστηριότητες.
- **Συναισθηματικός Ρόλος:** Η υψηλότερη και η χαμηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την απουσία ή την παρουσία αντίστοιχα, προβλημάτων στον εργασιακό χώρο ή σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες λόγω ψυχοσυναισθηματικών δυσκολιών.
- **Ψυχική Υγεία:** Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει την ύπαρξη θετικών συναισθημάτων, όπως ευτυχία και ηρεμία, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία την ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων, όπως νευρικότητα και κατάθλιψη.

Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης διήρκεσε περίπου 15-20 λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Κάθε διάσταση σημειώνεται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με τους 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη ποιότητα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση της

σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα που αφορούν το πρώτο την σωματική υγεία και το δεύτερο την πνευματική – ψυχική υγεία και σαν μετρήσιμοι δείκτες καλούνται για συντομία PCS-36 και MCS- 36.

1.3 Στατιστική Ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα θα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) εφόσον δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή (κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και γραφικά με Q-Q plots) Η περιγραφική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και ερωτήσεις που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης γενικά και τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Τα κριτήρια Kruskal-Wallis και Mann-Whitney θα χρησιμοποιηθούν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία των κλιμάκων και των χαρακτηριστικών των ασθενών. Για την ανάλυση των συσχετίσεων ανάμεσα στις μεταβλητές θα χρησιμοποιηθεί το t-test και ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

Η αξιοπιστία και η ενδοεπάρκεια των ερωτηματολογίων για τη συνολική κλίμακα SF-36, καθώς επίσης και για τις υποκλίμακες, ελέγχθηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνάφειας Cronbach's α .

Ως στατιστικά σημαντικό θα θεωρηθεί το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 22 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Το πρόγραμμα αυτό προσφέρει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και θεωρείται ως ένα από τα πιο ισχυρά και χρήσιμα εργαλεία για αυτό το σκοπό.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 65 (65.0%) άντρες και 35 (35.0%) γυναίκες, εκ των οποίων 42 (42.0%) ήταν 51-60 ετών ενώ μόλις 1 (1.0%) ήταν λιγότερο από 30 ετών, και ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, 54 (54.0%) ήταν έγγαμοι και 4 (4.0%) συμβίωναν. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, 50 (50.0%) άτομα ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ ενώ μόλις 1 (1.0%) απόφοιτος δημοτικού, και ως προς το επάγγελμά τους, 29 (29.0%) ήταν συνταξιούχοι και 2 (2.0%) ασχολούνταν με τα οικιακά (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (N=100)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		N	%
Φύλο	Άντρας	65	65.0%
	Γυναίκα	35	35.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Ηλικία	30-45 ετών	6	6.0%
	41-50 ετών	32	32.0%
	51-60 ετών	42	42.0%
	61-70 ετών	12	12.0%
	71-80 ετών	7	7.0%
	<30 ετών	1	1.0%
Σύνολο	100	100.0%	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	54	54.0%
	Άγαμος/η	5	5.0%
	Διαζευγμένος /η - Διάσταση	24	24.0%
	Χήρος /α	13	13.0%
	Συμβίωση	4	4.0%
Σύνολο	100	100.0%	
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτ. Γυμνασίου – Λυκείου	1	1.0%
	ΤΕΙ – ΑΕΙ	50	50.0%
	Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	11	11.0%
	Σύνολο	100	100.0%
	Επάγγελμα	Δημ. Υπάλληλος	16
Ιδιωτ. Υπάλληλος		26	26.0%
Ελεύθερος επαγγελματίας		27	27.0%
Οικιακά		2	2.0%
Συνταξιούχος		29	29.0%
Σύνολο		100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, στον τύπο ασθένειας 58 (58.0%) άτομα απάντησαν νευρολογικές διαταραχές, 27 (27.0%) άτομα απάντησαν παθολογικές διαταραχές και 15 (15.0%) απάντησαν μετά από χειρουργείο. Σχετικά με την κάνναβη, 59 (59.0%) απάντησαν ότι τη λαμβάνουν πάνω από ένα χρόνο, ενώ 4 (4.0%) 1-3 μήνες, 68 (68.0%) άτομα απάντησαν ότι την λαμβάνουν από το στόμα και μόλις 1 (1.0%) με αυτοκόλλητο, και 82 (82.0%) άτομα απάντησαν πως λαμβάνουν 1γρ ενώ τα υπόλοιπα 18 (18.0%) 0.5γρ.

Πίνακας 2 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τύπο της ασθένειας και χαρακτηριστικά φαρμακευτικής κάνναβης

Τύπος ασθένειας και χαρακτηριστικά φαρμακευτικής κάνναβης	N	%	
Τύπος Ασθένειας	Νευρολογικές διαταραχές	58	58.0%
	Παθολογικές διαταραχές	27	27.0%
	Μετά από χειρουργείο	15	15.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Πόσο καιρό λαμβάνετε φαρμακευτική κάνναβη;	1-3 μήνες	4	4.0%
	3-6 μήνες	22	22.0%
	6-12 μήνες	15	15.0%
	Πάνω από χρόνο	59	59.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Τρόπος χορήγησης της φαρμακευτικής κάνναβης;	Από το στόμα	68	68.0%
	Με αυτοκόλλητα	1	1.0%
	Με υπόθετα	31	31.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Ποσότητα που λαμβάνετε;	0,5γρ	18	18.0%
	1γρ	82	82.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι σχετικά με το αν η οικογένεια τους γνώριζε ότι λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη, 85 (85.0%) απάντησαν θετικά και 15 (15.0%) αρνητικά, ενώ στο αν τους στήριζε σε αυτό 93 (93.0%) άτομα απάντησαν θετικά και τα υπόλοιπα 7 (7.0%) αρνητικά. Τέλος, 81 (81.0%) άτομα απάντησαν πως ο κοινωνικός τους περίγυρος δεν γνωρίζει ότι λαμβάνουν κάνναβη, ενώ οι υπόλοιποι 19 (19.0%) απάντησαν πως το γνωρίζει.

Πίνακας 3 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απόψεις του σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον

Απόψεις σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον		N	%
Η οικογένεια σας γνωρίζει ότι λαμβάνετε φαρμακευτική κάνναβη;	Ναι	85	85.0%
	Όχι	15	15.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Εάν ναι, σας στηρίζει σε αυτό;	Ναι	93	93.0%
	Όχι	7	7.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Αποκρύπτετε από τον κοινωνικό σας περίγυρο τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	81	81.0%
	Όχι	19	19.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι 96 (96.0%) εκ των ερωτηθέντων πιστεύαν πως τα συμπτώματα είχαν μειωθεί με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης, ενώ μόλις 1 (1.0%) δεν ξέρει ακόμα, και 95 (95.0%) θα συνιστούσαν την κάνναβη σε ασθενείς με την ίδια πάθηση, ενώ 5 (5.0%) δε θα τη συνιστούσαν. Στην ερώτηση «Έχετε παρατηρήσει βελτίωση στον ύπνο ύστερα από τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» 79 (79%) άτομα απάντησαν θετικά και τα υπόλοιπα 21 (21.0%) αρνητικά, στην ερώτηση «Έχετε παρατηρήσει να γίνεστε πιο επιθετικός/κή ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» 95 (95%) άτομα απάντησαν αρνητικά ενώ μόλις 5 (5.0%) απάντησαν θετικά και στην ερώτηση «Έχετε παρατηρήσει να νιώθετε πιο ενεργητικός/κή και δραστήριος/ρια ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» 68 (68.0%) άτομα απάντησαν θετικά και 32 (32.0%) απάντησαν αρνητικά. Τέλος 66 (66.0%) άτομα απάντησαν πως δεν αισθάνονταν παρατεταμένο αίσθημα ευφορίας μετά τη λήψη της, ενώ οι υπόλοιποι 34 (34.0%) απάντησαν ότι αισθάνονταν.

Πίνακας 4 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Πιστεύετε ότι έχουν μειωθεί τα συμπτώματα;	Ναι	96	96.0%
	Όχι	1	1.0%
	Δεν ξέρω ακόμη	3	3.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Θα συνιστούσατε και σε άλλους ασθενείς με την ίδια πάθηση με εσάς την φαρμακευτική κάνναβη;	Ναι	95	95.0%
	Δεν είμαι σίγουρος/η	5	5.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Έχετε παρατηρήσει βελτίωση στον ύπνο ύστερα από τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	79	79.0%
	Όχι	21	21.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Έχετε παρατηρήσει να γίνεστε πιο επιθετικός/κή ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	5	5.0%
	Όχι	95	95.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Έχετε παρατηρήσει να νιώθετε πιο ενεργητικός/κή και δραστήριος/ρια ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	68	68.0%
	Όχι	32	32.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Αισθανόσασταν παρατεταμένο αίσθημα εφορίας μετά τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	34	34.0%
	Όχι	66	66.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 5 για τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης, 90 (90%) άτομα απάντησαν ότι δεν αισθάνονταν ληθαργικοί μετά τη λήψη της ενώ οι υπόλοιποι 10 (10.0%) απάντησαν ότι αισθάνονταν, 71 (71.0%) απάντησαν ότι είχαν αυξημένη όρεξη μετά τη χρήση της ενώ 29 (29.0%) απάντησαν πως δεν είχαν, και 55 (55.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν είχαν αυξομειώσεις ενώ οι υπόλοιποι 45 (45.0%) απάντησαν ότι είχαν. Όσον αφορά τα κιλά, 27 (27.0%) άτομα απάντησαν ότι πήραν 1-5 κιλά και 1 (1.0%) απάντησε ότι πήρε πάνω από 10, ενώ 14 (100.0%) άτομα απάντησαν ότι έχασαν 1-5 κιλά.

Πίνακας 5 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Αισθανόσασταν ληθαργικός μετά τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	10	10.0%
	Όχι	90	90.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Είχατε αυξημένη όρεξη μετά τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	71	71.0%
	Όχι	29	29.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Είχατε αυξομειώσεις στο βάρος σας;	Ναι	45	45.0%
	Όχι	55	55.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Εάν ναι, πόσα κιλά πήρατε	1-5	27	87.1%
	5-10	3	9.7%
	Πάνω από 10	1	3.2%
	Σύνολο	31	100.0%
Πόσα κιλά χάσατε	1-5	14	100.0%
	Σύνολο	14	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 6, στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης άλλαξε τη ζωή σας προς το καλύτερο» 100 (100.0%) άτομα απάντησαν θετικά, στην ερώτηση «Μπορούσατε να ασκείτε τα επαγγελματικά σας καθήκοντα με την λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» 88 (88.0%) άτομα απάντησαν θετικά και 12 (12.0%) απάντησαν αρνητικά, και τέλος στην ερώτηση «Η σεξουαλική σας ζωή βελτιώθηκε μετά τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» 62 (62.0%) άτομα απάντησαν αρνητικά και 38 (38.0%) θετικά.

Πίνακας 6 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Θεωρείτε ότι η λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης άλλαξε τη ζωή σας προς το καλύτερο	Ναι	100	100.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Μπορούσατε να ασκείτε τα επαγγελματικά σας καθήκοντα με την λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	88	88.0%
	Όχι	12	12.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Η σεξουαλική σας ζωή βελτιώθηκε μετά τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	38	38.0%
	Όχι	62	62.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 7, στην ερώτηση «Είναι δύσκολο για τα ελληνικά δεδομένα να προμηθευτεί κάποιος φαρμακευτική κάνναβη» 69 (69.0%) άτομα απάντησαν αρνητικά και 31 (31.0%) θετικά, στην ερώτηση «Θα θέλατε να συνταγογραφείται η φαρμακευτική κάνναβη όπως όλα τα υπόλοιπα φάρμακα» 100 (100.0%) άτομα απάντησαν θετικά, στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης» 55 (55.0%) άτομα απάντησαν αρνητικά και 45 (45.0%) θετικά, στην ερώτηση «Η φαρμακευτική κάνναβη είναι πιο οικονομική από τα κοινά φάρμακα» 83 (83.0%) άτομα απάντησαν αρνητικά και 17 (17.0%) θετικά.

Πίνακας 7 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απόψεις τους για τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης στην Ελλάδα

Απόψεις για τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης στην Ελλάδα		N	%
Είναι δύσκολο για τα ελληνικά δεδομένα να προμηθευτεί κάποιος φαρμακευτική κάνναβη	Ναι	31	31.0%
	Όχι	69	69.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Θα θέλατε να συνταγογραφείται η φαρμακευτική κάνναβη όπως όλα τα υπόλοιπα φάρμακα	Ναι	100	100.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης	Ναι	45	45.0%
	Όχι	55	55.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Η φαρμακευτική κάνναβη είναι πιο οικονομική από τα κοινά φάρμακα	Ναι	17	17.0%
	Όχι	83	83.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, από το σύνολο του δείγματος, 49 (49.0%) άτομα θεωρούσαν πως η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή, ενώ από 1 (1.0%) θεωρούσε ότι ήταν είτε μέτρια είτε κακή, και σε σύγκριση με την κατάσταση υγείας τους πριν από ένα χρόνο 44 (44.0%) άτομα

απάντησαν πως ήταν κάπως καλύτερη και 18 (18.0%) πως ήταν περίπου η ίδια. Σχετικά με τις δραστηριότητες, 62 (62.0%) άτομα απάντησαν πως δεν περιορίζονταν στις κοπιαστικές δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση, ενώ 16 (16.0%) απάντησαν ότι περιορίζονταν, 81 (81.0%) άτομα απάντησαν ότι περιορίζονταν στις μέτριες δραστηριότητες, όπως μετακίνηση ενός τραπεζιού, το στρώσιμο της ηλεκτρικής σκούπας, ενώ 8 (8.0%) ότι περιορίζονται λίγο, 56 (56.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν περιορίζονταν στο σήκωμα και τη μεταφορά ψώνιων, ενώ 12 (12.0%) απάντησαν ότι περιορίζονταν.

Πίνακας 8 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι :	Εξαιρετική	11	11.0%
	Πολύ καλή	38	38.0%
	Καλή	49	49.0%
	Μέτρια	1	1.0%
	Κακή	1	1.0%
Σύνολο		100	100.0%
Συγκρίνοντας την υγεία σας σήμερα με το πώς ήταν ένα χρόνο πριν	Είναι πολύ καλύτερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν	38	38.0%
	Είναι κάπως καλύτερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν	44	44.0%
	Είναι περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν	18	18.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Κοπιαστικές δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	Ναι Περιορίζονται πολύ	16	16.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	22	22.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	62	62.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Μέτριες δραστηριότητες, όπως μετακίνηση ενός τραπεζιού, το στρώσιμο της ηλεκτρικής σκούπας	Ναι Περιορίζονται πολύ	11	11.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	8	8.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	81	81.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Το σήκωμα και η μεταφορά ψώνιων	Ναι Περιορίζονται πολύ	12	12.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	32	32.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	56	56.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, 51 (51.0%) άτομα απάντησαν ότι περιορίζονταν λίγο στο ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων, ενώ 8 (8.0%) ότι περιορίζονταν πολύ, 52 (52.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν περιορίζονταν στο ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου, ενώ 13 (13.0%) απάντησαν ότι περιορίζονταν πολύ, και τέλος 51 (51.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν περιορίζονταν καθόλου στο σκύψιμο ή το γονάτισμα και τα υπόλοιπα 49 (49.0%) απάντησαν ότι περιορίζονταν λίγο.

Πίνακας 9 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	Ναι Περιορίζονται πολύ	8	8.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	51	51.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	41	41.0%
Σύνολο		100	100.0%
Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	Ναι Περιορίζονται πολύ	13	13.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	35	35.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	52	52.0%
Σύνολο		100	100.0%
Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	Ναι Περιορίζονται λίγο	49	49.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	51	51.0%
Σύνολο		100	100.0%

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 10 σχετικά με τις δραστηριότητες που περιορίζονταν εξ' αιτίας της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης, 81 (81.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν περιορίζονταν στο περπάτημα ενός χιλιομέτρου, ενώ 8 (8.0%) ότι περιορίζονταν λίγο, 52 (52.0%) άτομα απάντησαν ότι περιορίζονταν λίγο στο περπάτημα απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων, ενώ 13 (13.0%) ότι περιορίζονταν πολύ, 74 (74.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν περιορίζονταν στο περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου, ενώ 9 (9.0%) άτομα περιορίζονταν πολύ, και τέλος 84 (84.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν περιορίζονταν όταν έκαναν μπάνιο ή ντύνονταν, ενώ 16 (16.0%) περιορίζονταν λίγο.

Πίνακας 10 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης ως προς τις δραστηριότητες

Αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης ως προς τις δραστηριότητες		N	%
Το περπάτημα ενός χιλιομέτρου	Ναι Περιορίζονται πολύ	11	11.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	8	8.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	81	81.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Το περπάτημα απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	Ναι Περιορίζονται πολύ	13	13.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	52	52.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	35	35.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	Ναι Περιορίζονται πολύ	9	9.0%
	Ναι Περιορίζονται λίγο	17	17.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	74	74.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	Ναι Περιορίζονται λίγο	16	16.0%
	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου	84	84.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 11, από το σύνολο των 100 ερωτηθέντων, στην ερώτηση «Περιορίσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες;» 53 (53.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ 47 (47.0%) θετικά, στην ερώτηση «Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θέλετε να κάνετε» 72 (72.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ 28 (28.0%) απάντησαν θετικά, στην ερώτηση «Μειώσατε μέρος της δουλειάς σας ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας» 80 (80.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ 20 (20.0%) απάντησαν θετικά, στην ερώτηση «Είχατε δυσκολίες στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας» 78 (78.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ 22 (22.0%) απάντησαν θετικά, στην ερώτηση «Περιορίσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες;» 57 (57.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ 43 (43.0%) απάντησαν θετικά, στην ερώτηση «Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θέλετε να κάνετε;» 91 (91.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ 9 (9.0%) απάντησαν θετικά, και τέλος, στην ερώτηση «Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά, όσο τις

κάνετε συνήθως» 96 (96.0%) ασθενείς απάντησαν αρνητικά, ενώ οι υπόλοιποι 4 (4.0%) απάντησαν θετικά.

Πίνακας 11 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Περιορίσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες ;	Ναι	47	47.0%
	Όχι	53	53.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θέλετε να κάνετε	Ναι	28	28.0%
	Όχι	72	72.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Μειώσατε μέρος της δουλειάς σας ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	Ναι	20	20.0%
	Όχι	80	80.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Είχατε δυσκολίες στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	Ναι	22	22.0%
	Όχι	78	78.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Περιορίσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες;	Ναι	43	43.0%
	Όχι	57	57.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα πράγματα από όσα θέλετε να κάνετε;	Ναι	9	9.0%
	Όχι	91	91.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά, όσο τις κάνετε συνήθως	Ναι	4	4.0%
	Όχι	96	96.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, αναφορικά με τα αποτελέσματα τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 55 (55.0%) άτομα απάντησαν πως η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα δε στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές τους δραστηριότητες, ενώ 2 (2.0%) απάντησαν ότι στάθηκαν σε αρκετό βαθμό, 77 (77.0%) άτομα απάντησαν ότι ένιωσαν ελάχιστο σωματικό πόνο, ενώ από 6 (6.0%) απάντησαν είτε ότι δεν ένιωσαν είτε ότι ένιωσαν αρκετό, και

48 (48.0%) άτομα απάντησαν ότι ο πόνος δεν εμπόδισε τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι, ενώ 3 (3.0%) απάντησαν ότι τους εμπόδισε αρκετά.

Πίνακας 12 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες

Αποτελέσματα τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες		N	%
Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων κατά πόσο η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνηθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες κ.λ.π	Καθόλου	55	55.0%
	Ελάχιστα	38	38.0%
	Μέτρια	5	5.0%
	Αρκετά	2	2.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων πόσο σωματικό πόνο νοιώσατε	Καθόλου	6	6.0%
	Ελάχιστα	77	77.0%
	Μέτρια	11	11.0%
	Αρκετά	6	6.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες, μέσα και έξω από το σπίτι	Καθόλου	48	48.0%
	Ελάχιστα	24	24.0%
	Μέτρια	25	25.0%
	Αρκετά	3	3.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, φαίνεται ότι 77 (77.0%) άτομα είχαν τα κέφια τους τον περισσότερο καιρό, ενώ από 1 (1.0%) είτε λίγο καρό είτε καθόλου, 43 (43.0%) άτομα απάντησαν πως ήταν νευρικοί λίγο καιρό, ενώ 2 (2.0%) αρκετό καιρό, 40 (40.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν ένιωθαν πολύ μελαγχολικά, ενώ 11 (11.0%) απάντησαν ότι ένιωθαν κάμποσο καιρό, 47 (47.0%) άτομα απάντησαν ότι αισθάνονταν ήρεμοι και γαλήνιοι τον περισσότερο καιρό, ενώ μόλις 1 (1.0%) απάντησε συνέχεια.

Πίνακας 13 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Είχατε τα κέφια σας	Συνέχεια	2	2.0%
	Τον περισσότερο καιρό	77	77.0%
	Αρκετό καιρό	13	13.0%
	Κάμποσο καιρό	6	6.0%
	Λίγο καιρό	1	1.0%
	Καθόλου	1	1.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Είσαστε πολύ νευρικός;	Τον περισσότερο καιρό	3	3.0%
	Αρκετό καιρό	2	2.0%
	Κάμποσο καιρό	34	34.0%
	Λίγο καιρό	43	43.0%
	Καθόλου	18	18.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Νιώθατε πολύ μελαγχολικά που τίποτα δεν μπορούσε να σας κάνει χαρούμενο;	Τον περισσότερο καιρό	4	4.0%
	Αρκετό καιρό	32	32.0%
	Κάμποσο καιρό	11	11.0%
	Λίγο καιρό	13	13.0%
	Καθόλου	40	40.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Αισθανόσαστε ήρεμος και γαλήνιος	Συνέχεια	1	1.0%
	Τον περισσότερο καιρό	47	47.0%
	Αρκετό καιρό	27	27.0%
	Κάμποσο καιρό	4	4.0%
	Λίγο καιρό	18	18.0%
	Καθόλου	3	3.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 14, 50 (50.0%) άτομα απάντησαν ότι είχαν μεγάλη ενεργητικότητα αρκετό καιρό, ενώ μόλις 1 (1.0%) δεν είχε καθόλου ενεργητικότητα, 78 (78.0%) άτομα απάντησαν ότι είχαν τις μαύρες τους για λίγο καιρό, ενώ από 1 (1.0%) ότι είχε τις μαύρες του είτε τον περισσότερο καιρό είτε αρκετό καιρό, 83 (83.0%) άτομα απάντησαν ότι ένιωθαν εξαντλημένοι λίγο καιρό, ενώ 3 (3.0%) κάμποσο καιρό, 45 (45.0%) άτομα απάντησαν ότι ένιωθαν ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό, ενώ 1 (1.0%) ένιωθε συνέχεια ευτυχισμένος, και τέλος 43 (43.0%) άτομα απάντησαν ότι δεν ένιωθαν καθόλου κουρασμένοι, ενώ μόλις 1 (1.0%) ένιωθε κουρασμένος τον περισσότερο καιρό.

Πίνακας 14 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	Συνέχεια	7	7.0%
	Τον περισσότερο καιρό	33	33.0%
	Αρκετό καιρό	50	50.0%
	Κάμποσο καιρό	5	5.0%
	Λίγο καιρό	4	4.0%
	Καθόλου	1	1.0%
Σύνολο		100	100.0%
Είχατε τις μαύρες σας;	Τον περισσότερο καιρό	1	1.0%
	Αρκετό καιρό	1	1.0%
	Λίγο καιρό	78	78.0%
	Καθόλου	20	20.0%
Σύνολο		100	100.0%
Νιώθατε εξαντλημένος;	Τον περισσότερο καιρό	5	5.0%
	Κάμποσο καιρό	3	3.0%
	Λίγο καιρό	83	83.0%
	Καθόλου	9	9.0%
Σύνολο		100	100.0%
Είσαστε ευτυχισμένος;	Συνέχεια	1	1.0%
	Τον περισσότερο καιρό	45	45.0%
	Αρκετό καιρό	7	7.0%
	Κάμποσο καιρό	6	6.0%
	Λίγο καιρό	39	39.0%
	Καθόλου	2	2.0%
Σύνολο		100	100.0%
Νιώθατε κουρασμένος;	Τον περισσότερο καιρό	1	1.0%
	Αρκετό καιρό	15	15.0%
	Κάμποσο καιρό	26	26.0%
	Λίγο καιρό	15	15.0%
	Καθόλου	43	43.0%
Σύνολο		100	100.0%

Από τον πίνακα 15 φαίνεται ότι 39 (39.0%) άτομα απάντησαν ότι η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα δεν τους περιόρισαν καθόλου, ενώ 23 (23.0%) ότι τους περιόρισαν τον περισσότερο καιρό. Επίσης, την πρόταση «Φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο πιο συχνά από ότι οι άλλοι» 47 (47.0%) άτομα τη θεωρούσαν απόλυτα λάθος, ενώ 3 (3.0%) απόλυτα σωστή, την πρόταση «Είμαι τόσο υγιής όσο και κάθε άλλος που γνωρίζω» 36 (36.0%) άτομα τη θεωρούσαν απόλυτα λάθος, ενώ μόλις 1 (1.0%) απόλυτα σωστή, την πρόταση «Περιμένω την

υγεία μου ότι θα χειροτερέψει» 57 (57.0%) άτομα τη θεωρούσαν απόλυτα λάθος, ενώ 6 (6.0%) μάλλον σωστή, και τέλος, την πρόταση «Η υγεία μου είναι εξαιρετική» 56 (56.0%) άτομα τη θεωρούσαν μάλλον σωστή, ενώ 4 (4.0%) απάντησαν πως δεν ήξεραν.

Πίνακας 15 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα αποτελέσματα της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης

Αποτελέσματα από τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης		N	%
Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων κατά πόσο η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα περιόρισαν	Τον περισσότερο καιρό	23	23.0%
	Λίγο καιρό	38	38.0%
	Καθόλου	39	39.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο πιο συχνά από ότι οι άλλοι	Απόλυτα Σωστό	3	3.0%
	Μάλλον Σωστό	8	8.0%
	Δεν ξέρω	16	16.0%
	Μάλλον λάθος	26	26.0%
	Απόλυτα λάθος	47	47.0%
Σύνολο	100	100.0%	
Είμαι τόσο υγιής όσο και κάθε άλλος που γνωρίζω	Απόλυτα Σωστό	1	1.0%
	Μάλλον Σωστό	5	5.0%
	Δεν ξέρω	25	25.0%
	Μάλλον λάθος	33	33.0%
	Απόλυτα λάθος	36	36.0%
Σύνολο	100	100.0%	
Περιμένω την υγεία μου ότι θα χειροτερέψει	Μάλλον Σωστό	6	6.0%
	Δεν ξέρω	12	12.0%
	Μάλλον λάθος	25	25.0%
	Απόλυτα λάθος	57	57.0%
Σύνολο	100	100.0%	
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	Απόλυτα Σωστό	8	8.0%
	Μάλλον Σωστό	56	56.0%
	Δεν ξέρω	4	4.0%
	Μάλλον λάθος	23	23.0%
	Απόλυτα λάθος	9	9.0%
Σύνολο	100	100.0%	

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 16, φαίνεται ότι η μεταβλητή Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF) έχει μέση τιμή 76.40 με τυπική απόκλιση 35.95, η μεταβλητή «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» έχει μέση τιμή 71.08 με τυπική απόκλιση 35.95, η μεταβλητή

«Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» έχει μέση τιμή 82.00 με τυπική απόκλιση 22.43, η μεταβλητή «Ζωτικότητα (SF36-VT)» έχει μέση τιμή 46.30 με τυπική απόκλιση 9.79, η μεταβλητή «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» έχει μέση τιμή 63.28 με τυπική απόκλιση 8.76, η μεταβλητή «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» έχει μέση τιμή 56.63 με τυπική απόκλιση 17.27, η μεταβλητή «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» έχει μέση τιμή 75.00 με τυπική απόκλιση 16.76, η μεταβλητή «Γενική υγεία (GH-SF36)» έχει μέση τιμή 44.63 με τυπική απόκλιση 12.53, η μεταβλητή «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» έχει μέση τιμή 66.78 με τυπική απόκλιση 16.29 και η μεταβλητή «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» έχει μέση τιμή 62.05 με τυπική απόκλιση 7.30

Πίνακας 16 Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) της κλίμακας SF-36

	Min	Mean	SD	Max
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	10.00	76.40	23.17	100.00
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	0.00	71.08	35.95	100.00
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	0.00	82.00	22.43	100.00
Ζωτικότητα (SF36-VT)	20.00	46.30	9.79	75.00
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	36.00	63.28	8.76	88.00
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	37.50	56.63	17.27	87.50
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	25.00	75.00	16.76	100.00
Γενική υγεία (GH-SF36)	12.50	44.63	12.53	75.00
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	25.42	66.78	16.29	90.63
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	35.50	62.05	7.30	78.63

2.2 Στατιστικά αποτελέσματα

Από τον πίνακα 17, φαίνεται πως υπάρχει εσωτερική συνάφεια και ο έλεγχος αξιοπιστίας επιτυγχάνεται μέσω του δείκτη εσωτερικής συνάφειας Cronbach's α . Η τιμή του δείκτη Cronbach είναι μεγαλύτερη από 0.6 για όλες τις μεταβλητές.

Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου αξιοπιστίας

	Cronbach's Alpha	N of Items
Σωματική Λειτουργικότητα	0.899	10
Σωματικός Ρόλος	0.822	4
Συναισθηματικός Ρόλος	0.606	3
Ζωτικότητα	0.622	4
Ψυχική υγεία	0.606	5
Κοινωνικός ρόλος	0.622	2
Σωματικός πόνος	0.649	2
Γενική υγεία	0.603	6
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	0.679	22
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	0,795	14

Στους παρακάτω πίνακες αναφέρονται οι μέσοι όροι (Mean), το μέγεθος του δείγματος (N), οι τυπικές αποκλίσεις [Std. Deviation (SD)], η τιμή t, οι βαθμοί ελευθερίας (df) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Sig.).

Από τον πίνακα 18, φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο του δείγματος και τη μεταβλητή «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.003<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν οι γυναίκες του δείγματος (63.6±20.9).

Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και του φύλου του δείγματος

Φύλο	N	Mean	SD	t	df	Sig.	
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Άντρας	65	52,9	13,8	-3,076	98	0,003
	Γυναίκα	35	63,6	20,9			

Σύμφωνα με τον πίνακα 19, υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ποσότητα της κίνησης που λαμβάνει το δείγμα και τη μεταβλητή «Ψυχική υγεία (SF36-MH)»

(Sig=0.005<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι κατανάλωναν 0.5γρ κάνναβης (68.4±9.5).

Πίνακας 19 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της ποσότητας κάνναβης του δείγματος

Ποσότητα που λαμβάνετε;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	0,5γρ	18	68,4	9,5	2,861	98	0,005
	1γρ	82	62,1	8,2			

Σχετικά με τον πίνακα 20 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Η οικογένεια σας γνωρίζει ότι λαμβάνεται φαρμακευτική κάνναβη;» και τις μεταβλητές «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig=0.001<0.05), «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig=0.001<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig<0.05).

Πίνακας 20 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της γνώσης της οικογένειας του δείγματος σχετικά με την κατανάλωση κάνναβης

Η οικογένεια σας γνωρίζει ότι λαμβάνετε φαρμακευτική κάνναβη;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	85	85,1	18,9	3,465	98	0,001
	Όχι	15	64,4	32,0			
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Ναι	85	47,6	9,4	3,285	98	0,001
	Όχι	15	39,0	8,9			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	85	63,5	6,0	5,120	98	0,000
	Όχι	15	54,1	8,8			

Αναφορικά με τον πίνακα 21 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Εάν ναι, σας στηρίζει σε αυτό;» και τη «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig=0.027<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση «Εάν ναι, σας στηρίζει σε αυτό»;

Πίνακας 21 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της υποστήριξης της οικογένειας του δείγματος σχετικά με την κατανάλωση κάνναβης

Εάν ναι, σας στηρίζει σε αυτό;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	Ναι	93	62,8	8,6	-2,238	98	0,027
	Όχι	7	70,3	8,9			

Από τον πίνακα 22 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Αποκρύπτετε από τον κοινωνικό σας περίγυρο τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.024<0.05), «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.021<0.05), «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.003<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig=0.022<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.001<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=0.001<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 22 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της απόκρυψης του δείγματος σχετικά με την κατανάλωση κάνναβης

Αποκρύπτετε από τον κοινωνικό σας περίγυρο τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	81	73,9	24,2	-2,288	98	0,024
	Όχι	19	87,1	14,0			
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	81	67,1	37,2	-2,352	98	0,021
	Όχι	19	88,2	24,1			
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Ναι	81	59,1	17,5	3,091	98	0,003
	Όχι	19	46,1	11,8			
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Ναι	81	73,1	17,4	-2,332	98	0,022
	Όχι	19	82,9	11,2			
Γενική υγεία (GH-SF36)	Ναι	81	42,6	11,4	-3,440	98	0,001
	Όχι	19	53,1	13,7			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	81	64,2	16,2	-3,458	98	0,001
	Όχι	19	77,8	11,8			

Σύμφωνα με τον πίνακα 23 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Έχετε παρατηρήσει βελτίωση στον ύπνο ύστερα από τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.006<0.05), «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.001<0.05), «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig=0.007<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig=0.003<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=0.026<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 23 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της βελτίωσης του δείγματος σχετικά με την κατανάλωση κάνναβης

Έχετε παρατηρήσει βελτίωση στον ύπνο ύστερα από τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	79	73,2	24,0	-2,787	98	0,006
	Όχι	21	88,5	14,4			
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	79	65,3	36,7	-3,272	98	0,001
	Όχι	21	92,9	22,6			
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	79	78,9	21,5	-2,766	98	0,007
	Όχι	21	93,7	22,7			
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Ναι	79	77,5	16,4	3,050	98	0,003
	Όχι	21	65,5	14,7			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	79	64,9	16,9	-2,258	98	0,026
	Όχι	21	73,8	11,7			

Σχετικά με τον πίνακα 24, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «Έχετε παρατηρήσει να γίνεστε πιο επιθετικός/κή ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.001<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 24 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της επιθετικότητας του δείγματος σχετικά με την κατανάλωση κάνναβης

Έχετε παρατηρήσει να γίνεστε πιο επιθετικός/κή ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	5	40,0	43,5	-4,738	98	0,000
	Όχι	95	84,2	18,7			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	5	51,4	12,7	-3,538	98	0,001
	Όχι	95	62,6	6,5			

Αναφορικά με τον πίνακα 25 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Έχετε παρατηρήσει να νιώθετε πιο ενεργητικός/κή και δραστήριος/ρια ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.009<0.05), «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig<0.05), «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.019<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.031<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι απάντησαν θετικά.

Πίνακας 25 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της ενέργειας του δείγματος σχετικά με την κατανάλωση κάνναβης

Έχετε παρατηρήσει να νιώθετε πιο ενεργητικός/κή και δραστήριος/ρια ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	68	72,3	25,2	-2,659	98	0,009
	Όχι	32	85,1	15,1			
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Ναι	68	49,9	9,1	6,218	98	0,000
	Όχι	32	38,8	6,5			
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Ναι	68	59,4	18,9	2,375	98	0,019
	Όχι	32	50,8	11,4			
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Ναι	68	79,6	13,1	4,342	98	0,000
	Όχι	32	65,2	19,5			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	68	63,1	7,1	2,187	98	0,031
	Όχι	32	59,8	7,3			

Αναφορικά με τον πίνακα 26, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «Ποια η συχνότητα περιοδικού ελέγχου στη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.039<0.05) και «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.001<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν οι συμμετέχοντες που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή κάνναβης ανά 2 μήνες.

Πίνακας 26 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της συχνότητας λήψης αγωγής με κάνναβη του δείγματος

Ποια η συχνότητα περιοδικού ελέγχου στη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	1 φορά το μήνα	13	65,4	33,1	-2,153	31	0,039
	Ανά 2 μήνες	20	88,8	28,6			
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	1 φορά το μήνα	13	43,3	8,3	-3,801	31	0,001
	Ανά 2 μήνες	20	56,3	10,3			

Αναφορικά με τον πίνακα 27, υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Αισθανόσασταν παρατεταμένο αίσθημα εφορίας μετά τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig<0.05), «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig<0.05), «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig=0.037<0.05), «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig=0.019<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig<0.05).

Πίνακας 27 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της αίσθησης ευφορίας του δείγματος

Αισθανόσασταν παρατεταμένο αίσθημα ευφορίας μετά τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	34	62,0	32,7	-4,948	98	0,000
	Όχι	66	83,8	10,6			
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	34	51,5	40,3	-4,237	98	0,000
	Όχι	66	81,2	29,0			
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	34	75,5	29,9	-2,119	98	0,037
	Όχι	66	85,4	16,7			

Ψυχική υγεία (SF36-MH)	Ναι	34	66,1	9,5	2,379	98	0,019
	Όχι	66	61,8	8,0			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	34	57,3	21,4	-4,561	98	0,000
	Όχι	66	71,6	10,0			

Σχετικά με τον πίνακα 28, υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Αισθανόσασταν ληθαργικός μετά τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» και τη μεταβλητή «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.047<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν θετικά.

Πίνακας 28 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της αίσθησης λήθαργου του δείγματος

Αισθανόσασταν ληθαργικός μετά τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Γενική υγεία (GH-SF36)	Ναι	10	52,1	7,4	2,015	98	0,047
	Όχι	90	43,8	12,7			

Σύμφωνα με τον πίνακα 29, υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Είχατε αυξημένη όρεξη μετά τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης» και τη μεταβλητή «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.013<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 29 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της όρεξης του δείγματος

Είχατε αυξημένη όρεξη μετά τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	71	60,9	7,6	-2,537	98	0,013
	Όχι	29	64,9	5,7			

Από τον πίνακα 30, υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις αυξομειώσεις βάρους του δείγματος και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)»

(Sig=0.001<0.05), «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.015<0.05), «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig=0.001<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.010<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 30 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και των αυξομειώσεων βάρους του δείγματος

Είχατε αυξομειώσεις στο βάρος σας;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	45	68,0	30,0	-3,474	98	0,001
	Όχι	55	83,3	11,9			
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	45	61,5	39,0	-2,478	98	0,015
	Όχι	55	78,9	31,5			
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	Ναι	45	59,7	8,8	-3,919	98	0,000
	Όχι	55	66,2	7,7			
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Ναι	45	69,2	19,7	-3,302	98	0,001
	Όχι	55	79,8	12,1			
Γενική υγεία (GH-SF36)	Ναι	45	41,1	9,7	-2,611	98	0,010
	Όχι	55	47,5	13,9			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	45	59,9	18,2	-4,095	98	0,000
	Όχι	55	72,4	12,0			

Αναφορικά με τον πίνακα 31, υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Είναι δύσκολο για τα ελληνικά δεδομένα να προμηθευτεί κάποιος φαρμακευτική κάνναβη» και τις μεταβλητές «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.006<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.014<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.002<0.05).

Πίνακας 31 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της εύρεσης κάνναβης του δείγματος

Είναι δύσκολο για τα ελληνικά δεδομένα να προμηθευτεί κάποιος φαρμακευτική κάνναβη		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Ναι	31	49,6	8,8	-2,823	98	0,006
	Όχι	69	59,8	19,2			
Γενική υγεία (GH-SF36)	Ναι	31	49,2	14,7	2,509	98	0,014
	Όχι	69	42,6	10,9			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	31	58,7	8,5	-3,237	98	0,002
	Όχι	69	63,6	6,2			

Από τον πίνακα 32 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.028<0.05), «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.007<0.05).

Πίνακας 32 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και επαρκούς ενημέρωσης σχετικά με τη κάνναβη

Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	45	82,0	17,1	2,226	98	0,028
	Όχι	55	71,8	26,5			
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Ναι	45	42,2	11,1	-4,052	98	0,000
	Όχι	55	49,6	7,1			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	45	59,9	7,7	-2,744	98	0,007
	Όχι	55	63,8	6,5			

Σχετικά με τον πίνακα 33, φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Η φαρμακευτική κάνναβη είναι πιο οικονομική από τα κοινά φάρμακα» και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.012<0.05),

«Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.018<0.05), «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig=0.040<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.016<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=0.014<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν θετικά.

Πίνακας 33 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και του κόστους της αγωγής με κάνναβη

Η φαρμακευτική κάνναβη είναι πιο οικονομική από τα κοινά φάρμακα		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	17	89,1	20,3	2,552	98	0,012
	Όχι	83	73,8	23,0			
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	17	89,7	29,4	2,400	98	0,018
	Όχι	83	67,3	36,1			
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	17	92,2	25,1	2,083	98	0,040
	Όχι	83	79,9	21,4			
Γενική υγεία (GH-SF36)	Ναι	17	51,2	11,1	2,444	98	0,016
	Όχι	83	43,3	12,4			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	17	75,5	9,6	2,495	98	0,014
	Όχι	83	65,0	16,8			

Αναφορικά με τον πίνακα 34, φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μεταβλητή «Μπορούσατε να ασκείται τα επαγγελματικά σας καθήκοντα με την λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης» και τις μεταβλητές «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig<0.05), «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.004<0.05), και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωναν όσοι απάντησαν θετικά.

Πίνακας 34 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της εκτέλεσης των επαγγελματικών καθηκόντων

Μπορούσατε να ασκείτε τα επαγγελματικά σας καθήκοντα με την λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	88	84,8	19,5	3,646	98	0,000
	Όχι	12	61,1	31,2			

Ζωτικότητα (SF36-VT)	Ναι	88	47,6	9,3	3,885	98	0,000
	Όχι	12	36,7	7,8			
Γενική υγεία (GH-SF36)	Ναι	88	45,9	12,4	2,923	98	0,004
	Όχι	12	35,1	9,5			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	88	63,4	6,2	5,623	98	0,000
	Όχι	12	52,3	7,7			

Σύμφωνα με τον πίνακα 35, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.017<0.05) και «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.002<0.05). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξανόταν η ηλικία του δείγματος τόσο μικρότερη ήταν η σωματική λειτουργικότητα και γενική κατάσταση της υγείας του δείγματος.

Πίνακας 35 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της ηλικίας του δείγματος

Διαστάσεις Κλίμακας SF-36		Ηλικία
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Correlation Coefficient	-.238*
	Sig.	0,017
	N	100
Γενική υγεία (GH-SF36)	Correlation Coefficient	-.312**
	Sig.	0,002
	N	100

Αναφορικά με τον πίνακα 36, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο του δείγματος και τις μεταβλητές «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.041<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.025<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.004<0.05). Αυτό σημαίνει πως όσο υψηλότερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος τόσο καλύτερος ήταν ο κοινωνικός του ρόλος και η ψυχική υγεία, ενώ λιγότερο καλή φαινόταν να είναι η γενική κατάσταση της υγείας του.

Πίνακας 36 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και του μορφωτικού επιπέδου του δείγματος

Διαστάσεις Κλίμακας SF-36		Μορφωτικό επίπεδο
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Correlation Coefficient	.205*
	Sig.	0,041
	N	100
Γενική υγεία (GH-SF36)	Correlation Coefficient	-.224*
	Sig.	0,025
	N	100
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Correlation Coefficient	.282**
	Sig.	0,004
	N	100

Σχετικά με τον πίνακα 37, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο του δείγματος και τις μεταβλητές «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig<0.05), «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig<0.05), «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.001<0.05) και «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.001<0.05). Αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλύτερο το διάστημα λήψης της φαρμακευτικής αγωγής τόσο μεγαλύτερη ήταν η ζωτικότητα του δείγματος αλλά και η ψυχική και γενική του υγεία.

Πίνακας 37 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και του διαστήματος λήψης φαρμακευτικής κάναβης του δείγματος

Διαστάσεις Κλίμακας SF-36		Πόσο καιρό λαμβάνεται φαρμακευτική κάναβη;
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Correlation Coefficient	.486**
	Sig.	0,000
	N	100
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	Correlation Coefficient	.460**
	Sig.	0,000
	N	100
Γενική υγεία (GH-SF36)	Correlation Coefficient	.322**
	Sig.	0,001
	N	100

Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Correlation Coefficient Sig. N	.382** 0,000 100
---	---	------------------------

Αναφορικά με τον πίνακα 38 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη συχνότητα λήψης φαρμακευτικής κάνναβης και στις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig.<0.05), «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig.=0.003<0.05), «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig.=0.001<0.05), «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig.=0.043<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig.=0.003<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig.=0.027<0.05). Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξανόταν η συχνότητα χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης, τόσο περισσότερο αυξανόταν η ζωτικότητα και ο κοινωνικός ρόλος του ατόμου, ενώ μειωνόταν η σωματική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος η γενική υγεία και φυσική κατάσταση του.

Πίνακας 38 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της συχνότητας λήψης φαρμακευτικής κάνναβης του δείγματος

Διαστάσεις Κλίμακας SF-36		Ποια η συχνότητα περιοδικού ελέγχου στη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Correlation Coefficient Sig. N	-.425** 0,000 100
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Correlation Coefficient Sig. N	-.295** 0,003 100
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Correlation Coefficient Sig. N	.337** 0,001 100
Κοινωνικός ρόλος (SR- SF36)	Correlation Coefficient Sig. N	.203* 0,043 100
Γενική υγεία (GH-SF36)	Correlation Coefficient Sig. N	-.295** 0,003 100

Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS- SF36)	Correlation Coefficient	-.221*
	Sig.	0,027
	N	100

Από τον πίνακα 39 φαίνεται πως υπήρχε στατιστικός σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα κιλά που πήρε το δείγμα και τις μεταβλητές «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig=0.029<0.05), «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig=0.014<0.05), «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.002<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig<0.05) και «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.009<0.05). Αυτό σημαίνει πως όσο περισσότερα κιλά πήραν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη ήταν η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος και ο σωματικός πόνος.

Πίνακας 39 Αποτελέσματα συσχέτισης της κλίμακας SF-36 και της αύξησης βάρους του δείγματος

Διαστάσεις Κλίμακας SF-36		Εάν ναι, πόσα κιλά πήρατε
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Correlation	-.393*
	Coefficient	
	Sig.	0,029
	N	31
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	Correlation	.438*
	Coefficient	
	Sig.	0,014
	N	31
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Correlation	-.541**
	Coefficient	
	Sig.	0,002
	N	31
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Correlation	-.620**
	Coefficient	
	Sig.	0,000
	N	31
Γενική υγεία (GH-SF36)	Correlation	.463**
	Coefficient	
	Sig.	0,009
	N	31

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε ερευνητική μελέτη που είχε ως σκοπό να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη αλλά και η ενδεχόμενη συσχέτιση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών με τα ατομικά χαρακτηριστικά τους και με τις απόψεις τους αναφορικά με τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης. Τα ευρήματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη παρουσιάζονται στη συνέχεια και ερμηνεύονται δίνοντας έμφαση στις ομοιότητες και τις διαφορές που εμφανίζονται μεταξύ αυτών των ευρημάτων και των ευρημάτων άλλων ερευνών που έχουν διεξαχθεί από την επιστημονική κοινότητα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (65%) του δείγματος, που λαμβάνει φαρμακευτική κάνναβη, ήταν άνδρες. Αυτό το εύρημα είναι συμβατό με τις μελέτες των Ware και συν.,⁵⁵ Swift και συν.,⁵⁶ και του Κωνσταντόπουλου.⁵⁷ Οι άνδρες είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση ιατρικής κάνναβης.⁵⁸ Και άλλες προηγούμενες μελέτες διαπίστωσαν, επίσης, ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν φαρμακευτική κάνναβη, αν και ευρήματα στο Κολοράντο και την Αριζόνα δείχνουν ότι ο αριθμός των γυναικών, που κάνουν χρήση, αυξάνεται.⁵⁹⁻⁶⁰ Μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες υιοθετούν συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες πιο συχνά από τους άνδρες.⁶¹⁻⁶³ Οι γυναίκες θα μπορούσαν, ενδεχομένως, να αντιλαμβάνονται τη χρήση κάνναβης ως πιο επιβλαβή και / ή να προτιμήσουν άλλες εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπείες για την πάθησή τους.⁶⁴⁻⁶⁵

Οι άνδρες περιόρισαν σε μεγαλύτερο βαθμό τις κοινωνικές τους δραστηριότητες λόγω ψυχοσωματικών προβλημάτων τον τελευταίο μήνα σε σύγκριση με τις γυναίκες ($p < 0,05$). Αυτό, ενδεχομένως, σημαίνει ότι οι άνδρες αισθάνονταν περισσότερο επιβαρυνμένοι από τα ψυχοσωματικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν. Οι γυναίκες αναζητούν σε υψηλότερο ποσοστό βοήθεια για σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας και εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες.⁶⁶⁻⁶⁸ Επιπλέον, οι γυναίκες υιοθετούν την πρόληψη σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες.⁶⁹ Ως αποτέλεσμα, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν πιο έγκαιρα σε σχέση με τους άνδρες τα ψυχοσωματικά τους προβλήματα, προτού γίνουν τόσο σοβαρά που να τις δυσκολεύουν στις κοινωνικές τους δραστηριότητες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (74%) ήταν μεταξύ των ηλικιών 40 έως 60 ετών. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξε και η έρευνα της Reiman,⁷⁰ ενώ η μέση ηλικία των ασθενών που κάνουν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης στις τέσσερις Πολιτείες (Χαβάη, Όρεγκον, Αλάσκα, Καλιφόρνια) κυμάνθηκε από 40 έως 59 ετών, σύμφωνα με την έκθεση της Βουλής των Αντιπροσώπων των ΗΠΑ.⁷⁰⁻⁷¹

Στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό (61%) του δείγματος που κάνουν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην έρευνα του Κωνσταντόπουλου⁵⁶ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν (75.5%). Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν και οι Cortellini και συν.⁷² Οι ασθενείς με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να ζητήσουν και να λάβουν τεκμηριωμένη πληροφόρηση σχετικά με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης με αποτέλεσμα να αποκτήσουν πιο επαρκείς γνώσεις για το θέμα αυτό σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης πιθανότατα παρέχει την ευχέρεια στον ασθενή να αναζητήσει περισσότερες πηγές πληροφόρησης για τη νόσο και τη θεραπεία της, διευκολύνει τη συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την αντιμετώπιση της νόσου και συμβάλλει στη βελτίωση της αίσθησης ελέγχου της κατάστασης. Η βελτιωμένη αίσθηση ελέγχου της κατάστασης βοηθάει, ενδεχομένως, τους ασθενείς να αποδέχονται πιο θετικά την αλλαγή και να προσαρμόζονται πιο εύκολα. Αυτή θα μπορούσε να είναι μια πιθανή εξήγηση για το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν στατιστικά σημαντική καλύτερη ψυχική υγεία, μεγαλύτερη αίσθηση ηρεμίας και ευτυχίας και συμμετείχαν σε μεγαλύτερο βαθμό στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, ενώ ήταν λιγότερο καλή η γενική κατάσταση της υγείας τους. Η θετική συνάφεια ανάμεσα στο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και την καλύτερη ψυχική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα θα μπορούσε να αποδοθεί στις διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης της εμπειρίας της νόσου από τους συγκεκριμένους ασθενείς. Οι περισσότερες γνώσεις παρέχουν τη δυνατότητα για καλύτερη διαχείριση των γεγονότων και διαμόρφωση αποτελεσματικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του stress.⁷²

Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος χρησιμοποιεί τη φαρμακευτική κάνναβη για την αντιμετώπιση νευρολογικών διαταραχών (58%) και σε μικρότερο ποσοστό για την αντιμετώπιση παθολογικών διαταραχών ή μετά από χειρουργείο. Η χρήση φαρμακευτικής κάνναβης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων διαφόρων

χρόνιων παθήσεων και καταστάσεων όπως είναι τα νευρολογικά νοσήματα, ο καρκίνος, οι διαταραχές του γαστρεντερικού, ο χρόνιος πόνος που ταλαιπωρούν τους πάσχοντες στην καθημερινότητά τους.^{44,52,73}

Το 96% εκ των ερωτηθέντων αναφέρουν πως τα συμπτώματά τους έχουν μειωθεί με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης και θα συνιστούσαν και σε άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν την ίδια πάθηση να λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη (95%). Το σύνολο των ερωτηθέντων θεωρεί πως η φαρμακευτική κάνναβη άλλαξε τη ζωή τους προς το καλύτερο και πως θα επιθυμούσαν να έχουν τη δυνατότητα να συνταγογραφούν τη συγκεκριμένη αγωγή όπως συμβαίνει με κάθε άλλη φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική κάνναβη έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του πόνου που προκαλείται από νευρομυϊκές και παθολογικές ασθένειες και έχει συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.⁷⁴⁻⁷⁶ Σε μια μελέτη σχεδόν 1000 ατόμων, τα δύο τρίτα των οποίων είχαν χρόνια πόνο, αναφέρθηκε ότι η κάνναβη ήταν 70% αποτελεσματική για την ανακούφιση από τον πόνο.⁷⁷ Η φαρμακευτική κάνναβη χρησιμοποιείται εκτός από τον χρόνια πόνο για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας των μυών, της σοβαρής ναυτίας, της ανορεξίας, της αυπνίας, της αρθρίτιδας, της καχεξίας, του καρκίνου, του γλαυκώματος, της ημικρανίας, των συμπτωμάτων του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS).⁷⁸

Και στην παρούσα μελέτη, το 79% του δείγματος απάντησαν ότι έχουν παρατηρήσει βελτίωση στον ύπνο ύστερα από τη λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με άλλες μελέτες που διαπίστωσαν βελτίωση της ποιότητας του ύπνου 6-12 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας με φαρμακευτική κάνναβη.⁷⁹ Η αντιμετώπιση της αυπνίας και η ενίσχυση της χαλάρωσης ήταν από τους πιο συχνούς λόγους λήψης φαρμακευτικής κάνναβης.^{58,80} Οι συμμετέχοντες στη μελέτη, που αναφέρουν περισσότερο σωματικό πόνο, χειρότερη γενική κατάσταση υγείας και μεγαλύτερο περιορισμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες, παρατηρήσαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στον ύπνο τους ύστερα από τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης.

Λίγοι από τους χρήστες ανέφεραν την ληθαργική αίσθηση μετά τη θεραπεία με φαρμακευτική κάνναβη (10%), ενώ πολλοί ήταν εκείνοι που τόνισαν την αυξημένη όρεξη μετά τη λήψη της θεραπείας (71%) και αντιμετώπισαν αυξομειώσεις στο βάρος τους (45%). Η χρήση

φαρμακευτικής κάνναβης συμβάλει στη ρύθμιση της όρεξης, της πρόσληψης τροφής και του μεταβολισμού.⁸¹ Μπορεί να βελτιώσει την μειωμένη όρεξη και την απώλεια βάρους σε ασθενείς με καρκινικούς όγκους και με νόσο Alzheimer.⁸²⁻⁸⁴ Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται από τη συγκριτική μελέτη των Niaz και συν.,⁸⁵ που αναφέρουν πως η φαρμακευτική κάνναβη χρησιμοποιείται με στόχο την αύξηση του βάρους ασθενών που εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας εξαιτίας της νόσου που αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα, 45 άτομα στην παρούσα μελέτη απάντησαν πως πήραν βάρος (45% του δείγματος). Και οι Bachhuber και συν.,⁸⁶ κατέληξαν πως τα άτομα, που κάνουν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης έχουν περισσότερη όρεξη μετά τη χρήση της. Οι αυξομειώσεις του βάρους των ασθενών φαίνεται να σχετίζονται με την ψυχική τους υγεία αλλά και τη σωματική τους λειτουργικότητα. Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν καλύτερη ψυχολογία, λιγότερο πόνο καθώς και μικρότερο περιορισμό των καθημερινών τους δραστηριοτήτων απάντησαν ότι δεν είχαν αυξομειώσεις βάρους. Οι μεταπτώσεις στην ψυχολογική διάθεση των ανθρώπων συσχετίζονται με αυξομειώσεις τους βάρους τους, ενώ η καλή ψυχολογία συσχετίζεται με τη διατήρηση σταθερού βάρους σώματος.⁸⁷ Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες που πήραν περισσότερα κιλά είχαν λιγότερη ζωτικότητα, μεγαλύτερο σωματικό πόνο και μεγαλύτερο περιορισμό των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Οι αυξομειώσεις του σωματικού βάρους μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικής καταπόνησης του ανθρώπινου οργανισμού.⁸⁸

Επιπλέον, η λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης έχει ως αποτέλεσμα πέρα από την καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία των ασθενών και μικρότερα ποσοστά επιθετικής συμπεριφοράς. Οι συμμετέχοντες, που ανέφεραν πιο καλή ψυχολογία και μικρότερη μείωση δραστηριοτήτων, απάντησαν ότι δεν γίνονται πιο επιθετικοί ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξε η ποιοτική μελέτη των Lavie-Ajayi και Shvartzman.⁸⁹ Δείγμα της έρευνας αυτής αποτελούν 19 ασθενείς ηλικίας 28-79 ετών και σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, μετά τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο χαλαροί και να έχουν βελτιωμένη λειτουργικότητα.⁸⁹

Το 66% του παρόντος δείγματος απάντησαν πως δεν αισθάνονταν παρατεταμένο αίσθημα ευφορίας μετά τη λήψη της αγωγής. Η φαρμακευτική κάνναβη με υψηλές συγκεντρώσεις κανναβιδιόλης (CBD) δεν προκαλεί ευφορία.⁹⁰ Ωστόσο, 68% απάντησαν ότι

έχουν παρατηρήσει να νιώθουν πιο ενεργητικοί και δραστήριοι ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης. Σύμφωνα με την έρευνα των Bradford & Bradford,⁹¹ οι ασθενείς μετά τη χρήση της είχαν υψηλά ποσοστά ευημερίας και ενεργητικότητας.

Ακόμη, η πλειοψηφία των ασθενών έχουν γνωστοποιήσει την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης στην οικογένειά τους (85%) και απολαμβάνουν τη στήριξή της (93%). Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς απολαμβάνουν τη στήριξη της οικογένειας, γεγονός που τονίζει τη σημαντικότητα του θεσμού της οικογένειας που εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια πηγή φροντίδας και υποστήριξης για τα μέλη της στην ελληνική κοινωνία. Επιπλέον, η επικοινωνία με τους συγγενείς των ασθενών σχετικά με το θέμα της λήψης φαρμακευτικής κάνναβης και η υποστηρικτική στάση της οικογένειας είναι παράγοντες που σχετίζονται με την καλύτερη ψυχική υγεία των ασθενών, οι οποίοι λαμβάνουν την ηθική στήριξη που χρειάζονται για να συνεχίσουν τη θεραπεία. Τα άτομα των οποίων η οικογένεια γνωρίζει για τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης αναφέρουν ότι έχουν στατιστικά σημαντική περισσότερη ενέργεια, ζωντάνια και καλύτερη ψυχολογία σε σύγκριση με τα άτομα που η οικογένειά τους δεν γνωρίζει.

Ωστόσο, το 81% των ασθενών του δείγματος δεν γνωστοποιούν αυτή τους την επιλογή στον κοινωνικό τους περίγυρο. Και στη μελέτη των Satterlund και συν.,⁹³ περίπου το 80% των χρηστών απέκρυψαν ότι έκαναν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης εξαιτίας του στίγματος που περιβάλλει είτε τη χρήση της ουσίας ως θεραπευτική μέθοδο είτε τη νόσο από την οποία πάσχουν και για την οποία έκαναν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης. Για παράδειγμα ένας ασθενής με AIDS τελικού σταδίου μπορεί να βιώσε στιγματισμό που σχετίζεται όχι μόνο με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης αλλά, επίσης, και με την υποκείμενη νόσο του. Όσο αφορά την υποκείμενη κατάσταση της υγείας τους, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, που αποκρύπτουν από τον κοινωνικό τους περίγυρο τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης ανέφεραν περισσότερο σωματικό πόνο και χειρότερη γενική κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν το αποκρύπτουν. Και στη μελέτη των Bottorff και συν.,⁹² οι χρήστες της φαρμακευτικής κάνναβης αντιλαμβάνονται την παρουσία στίγματος από το κοινωνικό τους πλαίσιο, που στην μελέτη αυτή περιλαμβάνει και την οικογένεια. Η μη αποκάλυψη της κατάστασης, από τη μια πλευρά, προστατεύει το άτομο από το κοινωνικό στίγμα, από την άλλη, όμως, είναι πιθανό να αυξάνει την απομόνωσή από τον κοινωνικό περίγυρο. Τα άτομα, που αποκρύπτουν από τον κοινωνικό τους περίγυρο τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης, έχουν περιορίσει περισσότερο τις

καθημερινές και κοινωνικές τους δραστηριότητες. Τα άτομα, που αποκαλύπτουν τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης, θεωρούνται λιγότερο ικανά στον εργασιακό τους χώρο ή κατά τη διαδικασία συνέντευξης για πρόσληψη σε σύγκριση με τα άτομα που λαμβάνουν την παραδοσιακή φαρμακευτική αγωγή.⁹⁴ Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι το 88% του δείγματος της παρούσας μελέτης απάντησαν ότι μπορούσαν να ασκούν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα με την λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης. Οι συμμετέχοντες αυτοί δήλωσαν, επίσης, μεγαλύτερη ενέργεια και ζωντάνια, καλύτερη ψυχολογία και γενικότερη υγεία, καθώς και ότι δεν υπήρχε μείωση των γενικότερων δραστηριοτήτων τους. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό και με τη μελέτη των Lahat, Lang, Ben-Horin⁸², στην οποία κανένας από τους ασθενείς δεν παραπονέθηκε για κάποια παρενέργεια που να διαταράσσει την ικανότητά του για εργασία. Στην πραγματικότητα, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ικανότητα των ασθενών να εργάζονται μετά τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα σχετικά με την επιρροή της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης στην επαγγελματική δραστηριότητα των ασθενών οφείλονται στην μείωση των συμπτωμάτων και στην ενεργητικότητα που αισθάνονται μετά τη λήψη της θεραπευτικής αυτής αγωγής. Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι νιώθουν πιο ενεργητικοί και δραστήριοι ύστερα από την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης αναφέρουν καλύτερη ψυχολογία, λιγότερο σωματικό πόνο, που δεν επηρεάζει την εργασία τους καθώς ότι η υγεία τους δεν περιορίζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, το 62% των συμμετεχόντων ανέφεραν θετική επίδραση στη σεξουαλική τους δραστηριότητα, ενδεχομένως ως αποτέλεσμα των προαναφερόμενων δράσεων της φαρμακευτικής κάνναβης.

Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν λιγότερο σωματικό πόνο και εμφανίζουν καλύτερο επίπεδο σωματικής υγείας με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης δεν αποκρύπτουν από τον κοινωνικό τους περίγυρο τη λήψη της συγκεκριμένης φαρμακευτικής ουσίας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες των οποίων η οικογένεια γνωρίζει για τη λήψη φαρμακευτικής κάνναβης εμφανίζουν καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτά είναι στατιστικά σημαντικά στην παρούσα μελέτη και προωθούν τη θεώρηση πως ο άνθρωπος είναι μία οντότητα που αποτελείται από σώμα, ψυχή και κοινωνικό περιβάλλον. Τη θεώρηση αυτή υιοθετεί το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που προτείνει μια ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση και θεραπεία των προβλημάτων υγείας του σύγχρονου ανθρώπου. Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας αλλά και της κοινωνίας γύρω από το θέμα της φαρμακευτικής κάνναβης

είναι αναγκαία, αν αναλογιστούμε ότι το στίγμα που σχετίζεται με την κάνναβη μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την ποιότητα των σχέσεων του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δομεί μια σχέση επικοινωνίας στην οποία περιλαμβάνονται οι κοινωνικές προσδοκίες σε σχέση με την ασθένεια (ιδιαίτερα τα πρότυπα από την οικογένεια και την κυρίαρχη κουλτούρα), η ψυχολογία του ασθενή και οι ιδιαίτερες συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο ζει ο ασθενής.⁹⁵ Ένας ασθενής μπορεί να είναι απρόθυμος να ζητήσει πληροφορίες για τη φαρμακευτική κάνναβη και να παρατείνει τη νοσηρότητα μιας κατάστασης που θα μπορούσε να ανακουφιστεί με τη χρήση της.

Οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά περισσότερα προβλήματα στη γενική κατάσταση της υγείας τους και περισσότερους περιορισμούς στις σωματικές τους λειτουργίες και στις δραστηριότητές τους λόγω της υγείας τους. Η μελέτη των Reynolds και συν.,⁹⁶ και Brown και συν.,⁹⁷ ανέφεραν ότι η αντιμετώπιση του πόνου ήταν πολύ συχνός λόγος για λήψη φαρμακευτικής κάνναβης στους πιο ηλικιωμένους πληθυσμούς. Η μελέτη των Reynolds και συν.,⁹⁷ ανέφερε επίσης και τις διαταραχές του ύπνου ως έναν πολύ σημαντικό λόγο. Με δεδομένο τον μεγάλο αριθμό φαρμάκων που συνήθως λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για τα πολλαπλά προβλήματα υγείας, υπάρχει η ανάγκη να διερευνηθούν οι μηχανισμοί αλληλεπίδρασης της φαρμακευτικής κάνναβης με άλλες κατηγορίες φαρμάκων που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.⁹⁶

Λαμβάνοντας υπόψιν τις μέσες τιμές της βαθμολογίας των υποκλιμάκων της συνολικής κλίμακας SF-36 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν χαμηλότερες επιδόσεις στην κλίμακα της γενικής υγείας (GH 44.63 ± 12.53) και υψηλότερες επιδόσεις στην κλίμακα του Συναισθηματικού Ρόλου (RE 82.00 ± 22.43) του ερωτηματολογίου SF-36. Ο «Συναισθηματικός Ρόλος» με τιμές που τείνουν στο εκατό δηλώνει ότι δεν υπάρχει μείωση δραστηριοτήτων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, άρα μέση τιμή 82.00 στην παρούσα μελέτη φανέρωνε πολύ μικρούς περιορισμούς στις δραστηριότητες λόγω συναισθηματικών δυσκολιών τον τελευταίο μήνα. Η «Γενική υγεία» όταν παίρνει τιμές κοντά στο εκατό φανερώνει πολύ καλή υγεία και αντίστροφα. Η μέση τιμή αυτού του δείκτη ήταν 44.63 που είναι κοντά στο μέσον της κλίμακας και δήλωνε μέτρια γενική κατάσταση υγείας. Οι μέσες επιδόσεις στις συνοπτικές κλίμακες του SF-36 ήταν 66.78 (SD 16.29) για την σωματική υγεία και 62.05 (SD 7.30) για την ψυχική υγεία. Στη «Ζωτικότητα», μέση τιμή 46.30 δηλαδή

κάτω από την μέση της κλίμακας μέτρησης έδειχνε ασθενείς με μέτρια ζωντάνια και ενεργητικότητα. Οι συμμετέχοντες, που ανέφεραν μεγαλύτερο διάστημα λήψης της φαρμακευτικής κάνναβης, εμφάνιζαν μεγαλύτερη ζωτικότητα δηλ. μεγαλύτερη ενέργεια και ζωντάνια αλλά και καλύτερη ψυχική και γενική υγεία. Οι συμμετέχοντες, που λαμβάνουν για μεγαλύτερο διάστημα θεραπεία με φαρμακευτική κάνναβη, νιώθουν πιο ενεργητικοί και δραστήριοι ύστερα από την λήψη της ουσίας και μπορούν να ασκούν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα. Μετά από τη λήψη θεραπείας με κάνναβη, οι ασθενείς δήλωσαν βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους, της ικανότητάς τους να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες και της ικανότητάς τους να διατηρούν την κοινωνική ζωή.⁸² Η έρευνα των Pedersen και Sandberg ⁹⁸ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα στο οποίο οι ασθενείς κάνουν χρήση φαρμακευτικής κάνναβης, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα της ζωής τους, και κυρίως χωρίς καθόλου πόνους λόγω της ασθένειας. Η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης περιορίζει τα συμπτώματα της νόσου και βελτιώνει το βιοτικό επίπεδο με αποτέλεσμα την καλύτερη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.⁹⁹⁻¹⁰⁰

Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν μεγαλύτερο σωματικό πόνο εμφάνισαν αύξηση του βάρους τους και λιγότερη ζωτικότητα δηλ. ήταν πιο κουρασμένοι και εξαντλημένοι. Ο χρόνιος καθημερινός πόνος επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία και κατά συνέπεια επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής.¹⁰¹ Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν λιγότερο σωματικό πόνο με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης είχαν καλή ποιότητα ύπνου, διατηρούσαν σταθερό βάρος σώματος, ένιωθαν πιο ενεργητικοί και δραστήριοι. Τα ευρήματα αυτά είναι στατιστικά σημαντικά στην παρούσα μελέτη. Οι βελτιώσεις στον πόνο φάνηκε να σχετίζονται με θετικές επιδράσεις στις παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, σύμφωνα με την κλίμακα SF-36. Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, που διατηρούσαν καλή ποιότητα ύπνου και δεν είχαν αυξομειώσεις στο βάρος τους εμφάνιζαν καλύτερο επίπεδο σωματικής υγείας. Για τα άτομα που ζουν με χρόνιες παθήσεις, συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, όπως ο πόνος, η αϋπνία, η απώλεια όρεξης συχνά αλληλοεπιδρούν και αλληλοενισχύονται. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η φαρμακευτική κάνναβη μπορεί να είναι αποτελεσματική στη βελτίωση τέτοιων συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία.¹⁰²⁻¹⁰⁴

Το 55% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης, ενώ το 45% δήλωσαν ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η νομιμοποίηση της κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων κάνναβης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε πολύ πρόσφατα, μόλις το 2018, γεγονός, που, ενδεχομένως, επηρεάζει τη διαδικασία της ενημέρωσης για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης. Σε μια έρευνα σε 400 ογκολόγους στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 70% ανέφερε ανεπαρκή γνώση για να κάνει κλινικές συστάσεις σχετικά με τη χρήση ιατρικής κάνναβης σε άτομα με καρκίνο.¹⁰⁵ Οι Carlini και συν.,¹⁰⁶ που μελέτησαν 494 επαγγελματίες υγείας στην Ουάσιγκτον έδειξαν ότι το 64,4% είχε περιορισμένη γνώση των φαρμακευτικών προϊόντων της κάνναβης. Επιπρόσθετα, σε μια έρευνα που έγινε σε ενήλικες ασθενείς με διάγνωση καρκίνου σε μια χώρα που η χρήση φαρμακευτικής κάνναβης έχει νομιμοποιηθεί διαπιστώθηκε ότι το 75% των ερωτηθέντων θα ήθελε να έχει λάβει εκπαίδευση από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη χρήση φαρμακευτικής κάνναβης, αλλά μόνο το 15% έλαβε πληροφορίες.¹⁰⁷

Σχετικά με την ευκολία εύρεσης φαρμακευτικής κάνναβης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες, και συγκεκριμένα το 69% αυτών, δηλώνουν πως δεν αντιμετώπισαν μεγάλη δυσκολία στην προμήθειά της. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Lucas και Walsh.¹⁰⁸ Στη συγκεκριμένη έρευνα, στην οποία συμμετείχαν συνολικά 271 άτομα που κατοικούν στον Καναδά, όλοι απάντησαν πως έχουν εύκολη πρόσβαση στην κάνναβη από τους κατάλληλους υγειονομικούς φορείς. Στην έρευνα των Ochayon και συν.,¹⁰⁹ οι συμμετέχοντες σε ερώτηση που τους έγινε για τους λόγους που είχαν σταματήσει να χρησιμοποιούν ιατρική κάνναβη ανέφεραν την αδυναμία προμήθειας ως τον πιο κοινό λόγο και στη συνέχεια τους οικονομικούς λόγους. Στην παρούσα μελέτη, το 83% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι η φαρμακευτική κάνναβη δεν είναι πιο οικονομική από τα κοινά φάρμακα. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Ochayon και συν.¹⁰⁹

Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης (δείγμα ευκολίας) περιλαμβάνει μέλη του συλλόγου ασθενών υπέρ της χρήσης φαρμακευτικής κάνναβης. Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν ανεπιφύλακτα σε πληθυσμούς από άλλο περιβάλλον. Παρόλο που περιορίζεται η δυνατότητα

γενίκευσης των αποτελεσμάτων η παρούσα μελέτη μπορεί να δημιουργήσει μια εικόνα για το προς μελέτη ζήτημα. Επιπλέον περιορισμός είναι η απουσία ομάδας ελέγχου καθώς και η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (self-report). Οι απαντήσεις στηρίζονται στις υποκειμενικές κρίσεις των συμμετεχόντων. Υπάρχει πιθανότητα να δόθηκαν απαντήσεις με βάση το κοινωνικώς ορθό και επιθυμητό, απαντήσεις, δηλαδή, που η κοινωνία θεωρεί αποδεκτές. Η έρευνα καταγράφει απαντήσεις που αφορούσαν εκείνη την χρονική περίοδο, που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια και τις απόψεις και πεποιθήσεις που είχαν εκείνη την περίοδο οι συμμετέχοντες. Μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να επεκταθεί στους μη χρήστες φαρμακευτικής κάνναβης προκειμένου να γίνει διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη, ώστε να είναι δυνατό να γίνουν συγκρίσεις ανάμεσα σε χρήστες και μη χρήστες φαρμακευτικής κάνναβης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση φαρμακευτικής κάνναβης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων διαφόρων χρόνιων παθήσεων που ταλαιπωρούν τους πάσχοντες στην καθημερινότητά τους. Η χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης έχει αποδειχθεί ότι έχει θετική επίδραση στην αντιμετώπιση μορφών επιληψίας, στην αντιμετώπιση του πόνου, της σπαστικότητας των μυών, της σοβαρής ναυτίας, της ανορεξίας, της αυπνίας, της καχεξίας, της ημικρανίας, των συμπτωμάτων του AIDS με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη, η πλειοψηφία των ασθενών ανέφεραν ότι τα συμπτώματά τους μειώθηκαν με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης, ένιωθαν πιο ενεργητικοί και δραστήριοι, παρατήρησαν βελτίωση στον ύπνο, η σεξουαλική τους ζωή βελτιώθηκε και ήταν σε θέση να ασκούν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα. Οι συμμετέχοντες, που ανέφεραν μεγαλύτερο διάστημα λήψης φαρμακευτικής κάνναβης, εμφάνιζαν μεγαλύτερη ζωτικότητα αλλά και καλύτερη ψυχική και γενική υγεία. Από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει ότι η επαγγελματική ζωή των ασθενών δεν επηρεάζεται από τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης, ότι το χρονικό διάστημα λήψης της αγωγής είναι παράγοντας που επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών καθώς και ότι η υποστήριξη των ασθενών αυτών από το οικογενειακό τους περιβάλλον συνδέεται με καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα.

Η αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη συμβάλλει στην κατανόηση των θεραπευτικών ιδιοτήτων της και την ασφαλή χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων της. Η χρήση της κάνναβης για θεραπευτικούς σκοπούς ήταν και συνεχίζει να είναι ένα θέμα ταμπού για πάσχοντες και μη, ακόμη και μετά τη νομιμοποίησή της σε πολλές χώρες. Οι νοσηλευτές είναι αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας άρα η συμβολή τους είναι αδιαμφισβήτητα χρήσιμη. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ολιστικά ενημερωμένοι για όλες τις πτυχές του θέματος. Τα ευρήματα της μελέτης θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν προς την κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης και της βαθύτερης κατανόησης από όλους τους επαγγελματίες και τους φορείς που εμπλέκονται προκειμένου να

επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα και να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η φαρμακευτική κάνναβη χρησιμοποιείται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων διαφόρων χρόνιων παθήσεων που ταλαιπωρούν τους πάσχοντες στην καθημερινότητά τους. Η βελτίωση των συμπτωμάτων συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων αυτών. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη για ιατρικούς λόγους. **Υλικό & Μέθοδος:** Σε 100 ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη χορηγήθηκαν (α) ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, (β) η κλίμακα SF-36 Health Survey (SF-36) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. **Αποτελέσματα:** 96% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι τα συμπτώματά τους μειώθηκαν με τη χρήση της φαρμακευτικής κάνναβης. 68% απάντησαν ότι ένιωθαν πιο ενεργητικοί και δραστήριοι, 79% παρατήρησαν βελτίωση στον ύπνο, 62% απάντησαν ότι η σεξουαλική τους ζωή βελτιώθηκε και 88% ότι είναι σε θέση να ασκούν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα. Η πλειοψηφία των ασθενών έχουν γνωστοποιήσει την λήψη φαρμακευτικής κάνναβης στην οικογένειά τους (85%) και απολαμβάνουν τη στήριξή της (93%). Ωστόσο, το 81% των ασθενών του δείγματος δεν γνωστοποιούν αυτή τους την επιλογή στον κοινωνικό τους περίγυρο. Οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισαν περισσότερα προβλήματα στη γενική κατάσταση της υγείας τους και περισσότερους περιορισμούς στις σωματικές τους λειτουργίες και στις δραστηριότητές τους λόγω της υγείας τους ($p < 0,05$). Λαμβάνοντας υπόψιν τις μέσες τιμές της βαθμολογίας των υποκλιμάκων της συνολικής κλίμακας για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής SF-36 προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν χαμηλότερες επιδόσεις στην κλίμακα της γενικής υγείας ($GH 44.63 \pm 12.53$) και υψηλότερες επιδόσεις στην κλίμακα του Συναισθηματικού Ρόλου ($RE 82.00 \pm 22.43$) του ερωτηματολογίου SF-36. Ο «Συναισθηματικός Ρόλος» με μέση τιμή 82.00 φανέρωνε πολύ μικρούς περιορισμούς στις δραστηριότητες λόγω συναισθηματικών δυσκολιών τον τελευταίο μήνα. Η «Γενική υγεία» με μέση τιμή 44.63 φανέρωνε μέτρια γενική κατάσταση υγείας. Οι μέσες επιδόσεις στις συνοπτικές κλίμακες του SF-36 ήταν 66.78 ($SD 16.29$) για την σωματική υγεία και 62.05 ($SD 7.30$) για την ψυχική υγεία. Στη «Ζωτικότητα», μέση τιμή 46,30 δηλαδή κάτω από την μέση της κλίμακας μέτρησης έδειχνε ασθενείς με μέτρια ζωντάνια και ενεργητικότητα. Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν μεγαλύτερο διάστημα λήψης της φαρμακευτικής κάνναβης, εμφάνιζαν μεγαλύτερη ζωτικότητα δηλ. μεγαλύτερη ενέργεια και ζωντάνια αλλά και καλύτερη ψυχική και γενική υγεία ($p < 0,05$). Το 55% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι στην Ελλάδα υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής κάνναβης, ενώ το 45% δήλωσαν ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση. Σχετικά με την ευκολία εύρεσης φαρμακευτικής κάνναβης οι περισσότεροι συμμετέχοντες, και συγκεκριμένα το 69% αυτών, δηλώνουν πως δεν αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στην προμήθειά της. Όλοι οι συμμετέχοντες (100%) στη μελέτη θεωρούσαν ότι η λήψη της φαρμακευτικής κάνναβης άλλαξε τη ζωή τους προς το καλύτερο και επιθυμούσαν να συνταγογραφείται η φαρμακευτική κάνναβη όπως όλα τα υπόλοιπα φάρμακα. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να συμβάλουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας γενικότερα και των νοσηλευτών ειδικότερα αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη. Οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να αντλήσουν

χρήσιμες πληροφορίες για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις – Κλειδιά: Φαρμακευτική Κάνναβη, Ποιότητα Ζωής, SF-36

ABSTRACT

Introduction: Medicinal cannabis is used to relieve the symptoms of various chronic diseases that afflict sufferers in their daily lives. Medical cannabis helps to improve the symptoms and the quality of life of these people. **Aim:** The purpose of this study was to investigate the quality of life of patients receiving medical cannabis. **Material & method:** 100 patients receiving medical cannabis were given (a) a socio-demographic and clinical questionnaire, (b) the SF-36 Health Survey (SF-36) scale for assessing quality of life. **Results:** 96% of participants reported that their symptoms decreased with the use of medical cannabis. 68% answered that they felt more energetic and active, 79% noticed an improvement in sleeping, 62% answered that their sexual life improved and 88% that they were able to perform their professional duties. The majority of patients have reported receiving medical cannabis in their family (85%) and enjoyed their family's support (93%). However, 81% of our patients haven't disclosed this choice to their social environment. The elderly had more problems with their general health and more restrictions related to their physical functions and activities due to their health ($p < 0.05$). Considering the mean scores of the subscales of the overall scale for the SF-36 quality of life assessment, it appears that participants performed lower on the general health scale (GH 44.63 ± 12.53) and higher on the Emotional Role scale (RE. 00.00 ± 22.43) of the SF-36 questionnaire. The "Emotional Role" with a mean value of 82.00 showed very few restrictions related to activities due to emotional difficulties in the last month. "General health" with a mean value of 44.63 indicated a moderate general health condition. Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 were 66.78 (SD 16.29) and 62.05 (SD 7.30) respectively. In "Vitality", an average score of 46.30, ie below the average of the measurement scale, showed patients with moderate vitality and energy. Participants who reported longer periods of receiving medical cannabis had greater vitality, ie greater energy and vitality, but also better mental and general health ($p < 0.05$). 55% of our participants believed that in Greece there was sufficient information provided about the usefulness of medical cannabis, while 45% stated that there was insufficient information. Regarding the ease of finding medical cannabis, most participants, and in particular 69% of them, stated that they didn't face much difficulty in procuring it. All participants (100%) in the study felt that taking medical cannabis changed their lives for the better and wanted medical cannabis to be prescribed like all the other drugs. **Conclusions:** The results of the present study may contribute to information sharing and awareness development among health professionals in general and nurses in particular regarding the quality of life of patients receiving medical cannabis. Health professionals are expected to gain useful information for the design and implementation of personalized nursing care.

Keywords: Medical Cannabis, Quality of Life, SF-36

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fitzcharles MA, Baerwald C, Ablin J, Häuser W. Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids in chronic pain associated with rheumatic diseases (fibromyalgia syndrome, back pain, osteoarthritis, rheumatoid arthritis): A systematic review of randomized controlled trials. *Schmerz*. 2016;30(1):47-61.
2. Philpot LM, Ebbert JO, Hurt RT. A survey of the attitudes, beliefs and knowledge about medical cannabis among primary care providers. *BMC Fam Pract*. 2019; 20(1):1-7.
3. Bellnier T, Brown GW, Ortega TR. Preliminary evaluation of the efficacy, safety, and costs associated with the treatment of chronic pain with medical cannabis. *Ment Health Clin*. 2018;8(3):110-115.
4. Kienzl M, Storr M, Schicho R. Cannabinoids and Opioids in the Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Transl Gastroenterol*. 2020;11(1): e00120.
5. Stillman M, Capron M, Mallow M, Ransom T, Gustafson K, Bell A, Graves D. Utilization of medicinal cannabis for pain by individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord Ser Cases*. 2019;5(1):1-8.
6. Γρίβας Κ. Κάνναβη- Μαριχουάνα- Χασίς. Εκδόσεις IANOS, Θεσσαλονίκη, 2017.
7. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Νόμος 4523/2018. Available from: www.e-nomothesia.gr/ [Ημερομηνία πρόσβασης 5th January 2021].
8. Ηρόδοτος, Ηροδότου Ιστορία. Εκδ. Govoste, Αθήνα, 2002.
9. Toun M. The religious and medicinal uses of cannabis in China, India and Tibet. *J Psychoactive Drugs*. 1981;13(1):23-34.
10. Οικονομόπουλος Γ. Φαρμακευτική κάνναβη, Κανναβινοειδή και Τερπενοειδή, Κανναβιδιολη-CBD, Ενδείξεις- Δοσολογία «Θεραπευτικό Παράθυρο», Τετραϋδροκανναβινολη-THC. Εκδ. Ψιμύθι, Αθήνα, 2018.
11. Kalant H. Medicinal use of cannabis: history and current status. *Pain Res Manag*. 2001;6(2):80-91.

12. Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, et al. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2010;182(14): E694-701.
13. Gerra MC, Manfredini M, Cortese E, Antonioni MC, Leonardi C, Magnelli F, et al. Genetic and Environmental Risk Factors for Cannabis Use: Preliminary Results for the Role of Parental Care Perception. *Subst Use Misuse*. 2019;54(4):670-680.
14. Russell C, Rueda S, Room R, Tyndall M, Fischer B. Routes of administration for cannabis use - basic prevalence and related health outcomes: A scoping review and synthesis. *Int J Drug Policy*. 2018; 52:87-96.
15. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Νόμος 4801/2021. Available from: www.e-nomothesia.gr/ [Ημερομηνία πρόσβασης 5th July 2021].
16. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Αντωνοπούλου Β, Τομάρας Β, Χριστοδούλου Γ. Εγχειρίδιο Ποιότητα Ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WhoQol – 100. Εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2001.
17. WHOQOL, Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WhoQol). *Quality of Life Research*. 1993; 2:153-159.
18. Hörnquist, JO. The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine*.1982; 10(2): 57-61.
19. Lewis A. The social psychology of taxation. *British Journal of Social Psychology*.1982; 21(2): 151-158.
20. Dalkey N, Rom-ke D. The delphi procedure and rating quality of life factors. In Dalkey N, Rourke D eds. *The Quality of Life Concept*. Environmental Protection Agency, Washington, District of Columbia, 1973.
21. Νάκου Σ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001; 18(3): 254-266.
22. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4): 370-96.
23. Σαρρής Μ. *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

24. McGree HM. International Encyclopedia of the Social and Behavioural sciences. University of Central Florida, USA, 2001.
25. Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007; 24:6-18.
26. Υφαντόπουλος Γ. Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με την μέθοδο του EQ-15D. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2001;18(3): 279-287.
27. Fallowfield L. The quality of life, the missing measurement in health care: Philosophical issues and Methodological issues. Paul, New York, 1991.
28. Κάβουρα Μ, Κυριόπουλος Γ, Γείτονα Μ, Βανδώρου Χ. Ποιότητα Ζωής. Εκδ. JANSSEN-CILAG, Αθήνα, 2003.
29. Farquhar M. Definitions of quality of life. Journal of Advanced Nursing. 1995; 22: 502-508.
30. Δημητρόπουλος Χ, Ντάγανου Μ, Αλεξιάς Γ. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. Από τη θεωρία στην πράξη. Info Respir Intern Med. 2008; 49: 31-41.
31. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995.
32. Νιάκας Δ, Παππά Ε, Κοντοδημόπουλος Ν. Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2005; 23: 159-166.
33. Goldenberg M, IsHak WW, Danovitch I. Quality of life and recreational cannabis use. Am J Addict. 2017; 26(1):8-25.
34. Quality Metric Company. Available from: www.qualitymetric.com/-K [Ημερομηνία πρόσβασης 7/06/2021]
35. Anagnostopoulos F, Niakas D, Pappa E. Construct validation of the Greek SF-36 health survey». Quality of Life Research. 2005;14 (8): 1959-1965.
36. Βιδάλης Α, Συγγελάκης Μ. Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση. Ιπποκράτεια. 2000;4: 39-42.

37. Ware Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51 (11): 903-912.
38. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O' Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *British Medical Journal*. 1992;305 (6846): 160-164.
39. Hawthorne G, Richardson J, Osborne R. The assessment of quality of life (AQoL) instrument: A psychometric measure of health-related quality of life. *Quality of Life Research*. 1999;8 (3): 209-224.
40. Kaplan RM, Sieber WJ, Ganiats TG. The quality of well-being scale: Comparison of the interviewer-administered version with a self-administered questionnaire. *Psychology and Health*. 1997; 12 (6): 783-791.
41. Mo F, Choi BC, Li FC, Merrick J. Using health utility index (HUI) for measuring the impact on health-related quality of life (HRQL) among individuals with chronic diseases. *The Scientific World Journal*. 2004;4: 746-757.
42. Blumer D. The illness of Vincent van Gogh. *Am J Psychiatry*. 2002;159(4):519-26.
43. Grinspoon L, Bakalar JB. The use of cannabis as a mood stabilizer in bipolar disorder: anecdotal evidence and the need for clinical research. *J Psychoactive Drugs*. 1998;30(2):171-7.
44. Linge R, Jiménez-Sánchez L, Campa L, Pilar-Cuéllar F, Vidal R, Pazos A, et al. Cannabidiol induces rapid-acting antidepressant-like effects and enhances cortical 5-HT/glutamate neurotransmission: role of 5-HT1A receptors. *Neuropharmacology*. 2016; 103:16-26.
45. Ashton CH, Moore PB, Gallagher P, Young AH. Cannabinoids in bipolar affective disorder: a review and discussion of their therapeutic potential. *J Psychopharmacol*. 2005;19(3):293-300.
46. Braga RJ, Burdick KE, Derosse P, Malhotra AK. Cognitive and clinical outcomes associated with cannabis use in patients with bipolar I disorder. *Psychiatry Res*. 2012; 200(2-3):242-5.
47. Gulbransen G, Xu W, Arroll B. Cannabidiol prescription in clinical practice: an audit on the first 400 patients in New Zealand. *BJGP Open*. 2020;4(1): 1-8.

48. Zuardi AW, Crippa JA, Hallak JE, Bhattacharyya S, Atakan Z, Martin-Santos R, et al. A critical review of the antipsychotic effects of cannabidiol: 30 years of a translational investigation. *Curr Pharm Des.* 2012;18(32):5131-40.
49. Carracedo A, Gironella M, Lorente M, Garcia S, Guzmán M, Velasco G, et al. Cannabinoids induce apoptosis of pancreatic tumor cells via endoplasmic reticulum stress-related genes. *Cancer Res.* 2006; 66:6748–55.
50. Ramer R, Burkhard H. Chapter Two-New Insights into Antimetastatic and Antiangiogenic Effects of Cannabinoids. *International review of cell and molecular biology.* *Int Rev Cell Mol Biol.* 2015; 314:43-116.
51. Rieder SA, Chauhan A, Singh U, Nagarkatti M, Nagarkatti P. Cannabinoid-induced apoptosis in immune cells as a pathway to immunosuppression. *Immunobiology.* 2010; 215(8): 598–605.
52. Velasco G, Hernández-Tiedra S, Dávila D, Lorente M. The use of cannabinoids as anticancer agents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* *Psychiatry.* 2016;64: 259-266.
53. Kubajewska I, Constantinescu CS. Cannabinoids and experimental models of multiple sclerosis. *Immunobiology.* 2010;215(8): 647-57.
54. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts, 1993.
55. Ware M, Adams H, Guy G. The medicinal use of cannabis in the UK: Results of a nationwide survey. *International Journal of Clinical Practice.* 2005; 59: 291-295.
56. Κωνσταντόπουλος Π. Μελέτη των αντιλήψεων του καταναλωτικού κοινού για τα προϊόντα θεραπευτικής κάνναβης. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, 2020.
57. Fairman BJ. Trends in registered medical marijuana participation across 13 US states and District of Columbia. *Drug Alcohol Depend.* 2016; 159:72–79.

58. Reinerman C, Nunberg H, Lanthier F, Heddleston T. Who are medical marijuana patients? Population characteristics from nine California assessment clinics. *J. Psychoactive Drugs*. 2011; 43:128–135.
59. Zaller N, Topletz A, Frater S, Yates G, Lally M. Profiles of medicinal cannabis patients attending compassion centers in Rhode Island. *J. Psychoactive Drugs*. 2015; 47:18–23.
60. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and determinants of traditional, complementary and alternative medicine provider use among adults from 32 countries. *Chinese J Integrative Med*. 2018; 24:584–590.
61. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *Natl Health Stat Report*. 2015; (79):1–16.
62. Fouladbakhsh JM, Stommel M. Gender, symptom experience, and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the US cancer population. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37: E7–E15.
63. Zhang Y, Leach MJ, Hall H, Sundberg T, Ward L, Sibbritt D, et al. Differences between male and female consumers of complementary and alternative medicine in a national US population: A secondary analysis of 2012 NIHS data. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015; 2015: 1-10.
64. Pacek LR, Mauro PM, Martins SS. Perceived risk of regular cannabis use in the United States from 2002 to 2012: differences by sex, age, and race/ethnicity. *Drug Alcohol Depend*. 2015; 149:232– 244.
65. Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol*. 2000; 18:2505–2514.
66. Manuel JJ. Racial/ethnic and gender disparities in healthcare use and access. *Health Serv Res*. 2018; 53:1407–1429.

67. Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med*. 2007; 64:1216–1230.
68. Levinson D, Ifrah A. The robustness of the gender effect on help seeking for mental health needs in three subcultures in Israel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45:337–344.
69. Vaidya V, Partha G, Karmakar M. Gender differences in utilization of preventive care services in the United States. *J Womens Health*. 2012; 21:140–145.
70. Reiman A. Medical cannabis patients: Patient profiles and health care utilization patterns. *Complementary Health Practice Review*. 2007; 12(1): 31-50.
71. Oregon Department of Health and Human Services. Oregon medical marijuana program statistics. Available from: www.oregon.gov/oha/ph/diseasesconditions/chronicdisease [Ημερομηνία πρόσβασης 7/06/2021]
72. Cortellini A, Porzio G, Cofini V, Necozone S, Giusti R, Marchetti P, et al. What cancer patients actually know regarding medical cannabis? A cross-sectional survey with a critical analysis of the current attitudes. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2019; 25(6): 1439-1444.
73. Marinelli L, Mori L, Canneva S, Colombano F, Currà A, Fattapposta F, et al. The effect of cannabinoids on the stretch reflex in multiple sclerosis spasticity. *International clinical psychopharmacology*. 2016; 31(4): 232-239.
74. Fine PG, Rosenfeld MJ. The Endocannabinoid System, Cannabinoids, and Pain', *Rambam Maimonides Medical Journal*. 2013; 4(4): 1-12.
75. Serpell M, Ratcliffe S, Hovorka J, Schofield M, Taylor L, Lauder H, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel group study of THC/CBD spray in peripheral neuropathic pain treatment. *Eur J Pain*. 2014; 18:999-1012.
76. Boychuk DG, Goddard G, Mauro G, Orellana MF. The effectiveness of cannabinoids in the management of chronic nonmalignant neuropathic pain: a systematic review. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015; 29:7-14.

77. Piper BJ, Beals ML, Abess AT, Nichols SD, Martin MW, Cobb CM, et al. Chronic pain patients' perspectives of medical cannabis. *Pain*. 2017; 158:1373–1379.
78. Procon.org. Legal medical marijuana states and DC. 2018 Available at: medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881 [Ημερομηνία πρόσβασης 10 /1/ 2021].
79. Haroutounian S, Ratz Y, Ginosar Y, Furmanov K, Saifi F, Meidan R, et al. The effect of medicinal cannabis on pain and quality-of-life outcomes in chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2016; 32(12): 1036-1043.
80. Andrae MH, Carter GM, Shaparin N, Suslov K, Ellis RJ, Ware MA, et al. Inhaled Cannabis for Chronic Neuropathic Pain: A Meta-analysis of Individual Patient Data. *J Pain*. 2015; 16:1221-1232.
81. Pagotto U, Marsicano G, Cota D, Lutz B, Pasquali R. The emerging role of the endocannabinoid system in endocrine regulation and energy balance. *Endocr Rev*. 2006; 27:73–100.
82. Lahat A, Lang A, Ben-Horin S. Impact of cannabis treatment on the quality of life, weight and clinical disease activity in inflammatory bowel disease patients: a pilot prospective study. *Digestion*. 2012;85(1):1-8.
83. Ben Amar M. Cannabinoids in medicine: a review of their therapeutic potential. *J. Ethnopharmacol*. 2006; 105: 1–25.
84. Brisbois TD, de Kock IH, Watanabe SM, Mirhosseini M, Lamoureux DC, Chasen M, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol may palliate altered chemosensory perception in cancer patients: results of a randomized, double-blind, placebocontrolled pilot trial. *Ann Oncol*. 2011; 22: 2086–93.
85. Niaz K, Khan F, Maqbool F, Momtaz S, Ismail Hassan F, Nobakht-Haghighi N, et al. Endocannabinoids system and the toxicity of cannabinoids with a biotechnological approach. *EXCLI J*. 2017; 16:688-711.

86. Bachhuber MA, Salone B, Cunningham CO, Barry CL. Medical Cannabis Laws and Opioid Analgesic Overdose Mortality in the United States, 1999–2010. *JAMA Internal Medicine*. 2014; 4: 1–6.
87. Munsch S, Michael T, Biedert E, Meyer A, Margraf, J. Negative mood induction and unbalanced nutrition style as possible triggers of binges in binge eating disorder (BED). *Eat Weight Disord*. 2008; 13: 22-29.
88. Bangalore S, Fayyad R, Laskey R, DeMicco DA, Messerli FH, Waters DD. Body-weight fluctuations and outcomes in coronary disease. *N Engl J Med*. 2017; 376: 1332-1340.
89. Lavie-Ajayi M, Shvartzman P. Restored self: a phenomenological study of pain relief by cannabis. *Pain Med*. 2019; 20 (11):2086-93.
90. Morgan CJ, Freeman TP, Hindocha C, Schafer G, Gardner C, Curran HV. Individual and combined effects of acute delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on psychotomimetic symptoms and memory function. *Translational psychiatry*. 2018; 8(1): 1-10.
91. Bradford AC, Bradford WD. Medical marijuana laws reduce prescription medication use in medicare part D. *Health Affairs*. 2016; 35(7): 1230– 1236.
92. Bottorff JL, Bissell LJJ, Balneaves LG, Oliffe JL, Capler NR, Buxton J. Perceptions of cannabis as a stigmatized medicine: a qualitative descriptive study. *Harm Reduct J*. 2013; 10 (1):1-10.
93. Satterlund TD, Lee JP, Moore RS. Stigma among California’s medical marijuana patients. *J Psychoactive Drugs*. 2015; 47:10–7.
94. Elliott RM. Perceptions of trust and qualification in medical marijuana job applicant. 2011. Available from: csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.9/1404/pdf.pdf?sequence=1. [Ημερομηνία πρόσβασης 7/06/2021]
95. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 2014.

96. Brown JD, Costales B, van Boemmel-Wegmann S, Goodin AJ, Segal R, Winterstein AG. Characteristics of older adults who were early adopters of medical cannabis in the Florida medical marijuana use registry. *J Clin Med*. 2020;9(1166):1-15.
97. Reynolds IR, Fixen DR, Parnes BL, Lum HD, Shanbhag P, Church S, et al. Characteristics and patterns of marijuana use in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018; 66(11):2167-2171.
98. Pedersen W, Sandberg S. The medicalisation of revolt: a sociological analysis of medical cannabis users. *Sociol Health Illn*. 2013;35(1):17-32.
99. Chagas MH, Eckeli AL, Zuardi AW, Pena-Pereira MA, Sobreira-Neto MA, Sobreira ET, et al. Cannabidiol can improve complex sleep-related behaviours associated with rapid eye movement sleep behaviour disorder in Parkinson's disease patients: a case series. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2014; 39(5): 564-566.
100. Hser YI, Mooney LJ, Huang D, Zhu Y, Tomko RL, McClure E, et al. Reductions in cannabis use are associated with improvements in anxiety, depression, and sleep quality, but not quality of life. *J Subst Abuse Treat*. 2017; 81:53-58.
101. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth* 2013;111(1):19-25.
102. Schleider LB, Mechoulam R, Lederman V, Hilou M, Lencovsky O, Betzalel O, et al. Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer. *Eur J Intern Med*. 2018; 49:37–43.
103. Turna J, Simpson W, Patterson B, Lucas P, Van Ameringen M. Cannabis use behaviors and prevalence of anxiety and depressive symptoms in a cohort of Canadian medicinal cannabis users. *J Psychiatr Res*. 2019; 111:134–139.
104. Sexton M, Cuttler C, Finnell JS, Mischley LK. A cross-sectional survey of medical cannabis users: patterns of use and perceived efficacy. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2016;1(1):131-138.

105. Braun IM, Wright A, Peteet J, Meyer FL, Yuppa DP, Bolcic-Jankovic D, et al. Medical oncologists' beliefs, practices, and knowledge regarding marijuana used therapeutically: a nationally representative survey study. *J Clin Oncol*. 2018;36(19):1957–62.
106. Carlini BH, Garrett SB, Carter GT. Medicinal Cannabis: a survey among health care providers in Washington state. *Am J Hosp Palliative Care*. 2017;34(1): 85–91.
107. Pergam SA, Woodfield MC, Lee CM, Cheng GS, Baker KK, Marquis SR, et al. Cannabis use among patients at a comprehensive cancer center in a state with legalized medicinal and recreational use. *Cancer*. 2017;123(22):4488–97.
108. Lucas P, Walsh Z. Medical cannabis access, use, and substitution for prescription opioids and other substances: A survey of authorized medical cannabis patients. *International Journal of Drug Policy*. 2017; 42: 30-35.
109. Ochayon L, Spiro H, Kadmon I. Expectations versus Reality: Improvement of symptom control and Quality of Life of oncology patients using medical cannabis. *Clin J Nurs Care Pract*. 2020; 4: 27-31.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σύλλογος "Ασθενείς Υπέρ της Χρήσης

Φαρμακευτικής Κάνναβης"

Αρ.Μητρώου: AM1752

Έδρα: Νικολοπούλου 28, Ξυλόκαστρο

Κορινθίας, ΤΚ: 20400

Τηλ.: +306978543208

ΠΡΟΣ:

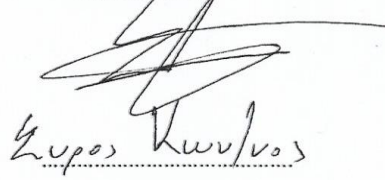
κ. Τσαμπούλα Ηλιάνα

9/2/2021

Θέμα: Άδεια διενέργειας ερευνητικής μελέτης - Διανομή ερωτηματολογίου

Σε απάντηση του αιτήματος της νοσηλεύτριας Τσαμπούλα Ηλιάνας, σας ενημερώνουμε ότι γίνεται δεκτό το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας με διανομή ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, με τίτλο «Ποιότητα Ζωής ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική κάνναβη» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Με εκτίμηση



(Όνοματεπώνυμο)

(σφραγίδα)

