



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση του προφίλ και του επιπέδου υγείας των ασθενών που
προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της
νήσου Λέσβου

Αικατερίνη Καρτάλη

Επιβλέπων καθηγητής: Ρούπας Θεόδωρος

Μυτιλήνη, Ιούνιος 2021

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



Διερεύνηση του προφίλ και του επιπέδου υγείας των ασθενών που
προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της
νήσου Λέσβου

Αικατερίνη Καρτάλη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ρούπας Θεόδωρος

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Βαρβατσουλάκης Ιωάννης

Μυτιλήνη, Ιούνιος 2021

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ρούπα Θεόδωρο για τη βοήθεια και συνεργασία του σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Οι ορθές παρατηρήσεις και οι πολύτιμες συμβουλές του, ήταν καθοδηγητικές για τη συγγραφή και ολοκλήρωση της. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στο παιδί μου για την κατανόηση που έδειξε, αλλά και στο σύζυγο και τους γονείς μου για την ηθική συμπαράσταση και υποστήριξη που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να προσεγγίσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και να διερευνήσει το προφίλ των ατόμων οι οποίοι προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας το νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Για την εξυπηρέτηση των σκοπών της παρούσας μελέτης, στο κάθε ένα κεφάλαιο της εργασίας γίνεται μία διαφορετική προσέγγιση των εννοιών. Έτσι, παρουσιάζονται έννοιες οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής εστιάζοντας κυρίως στην έννοια της υγείας και το ρόλο που αυτή διαδραματίζει στο επίπεδο της ποιότητας ζωής τους. Παράλληλα παρουσιάζονται δεδομένα σχετικά με τη χρήση του αξονικού τομογράφου σε γενικότερο επίπεδο, αλλά και στο νοσοκομείο της Λέσβου.

Βασικό σημείο της έρευνας είναι η συλλογή δεδομένων και στη συνέχεια, η αξιολόγησή τους, έτσι ώστε να διερευνηθεί το προφίλ των ασθενών που έχουν προσέλθει για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της Λέσβου. Στα πλαίσια αυτά, διερευνάται το προφίλ και το επίπεδο υγείας των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου για αξονική τομογραφία ενώ παράλληλα συλλέγονται τα απαραίτητα δεδομένα για την αξιολόγηση τη ποιότητας ζωής τους σχετιζόμενη με την υγεία. Μέσα από την έρευνα στοχεύεται να μελετηθεί κατά πόσο η υγεία των ασθενών αυτών έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου λόγω των προβλημάτων που παρουσιάζονται στην υγεία τους.

Λέξεις – Κλειδιά

Αξονικός τομογράφος, Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία, επίπεδο υγείας, προφίλ υγείας, ποιότητα ζωής

Investigation of the profile and health level of patients attending CT scan at the hospital on the island of Lesbos

Aikaterini Kartali

Abstract

The purpose of this study is to approach the health-related quality of life and to investigate the views of people who come to the hospital on the island of Lesbos for a CT scan. To serve the purposes of this study, in each chapter of the work a different approach to the concepts is made. Thus, concepts are presented that are directly related to the quality of life of individuals focusing mainly on the concept of health and the role it plays in their level of quality of life. At the same time, data are presented on the use of the CT scanner in general, but also in the hospital of Lesbos.

The main point of the research is the collection of data and then their evaluation, to investigate the profile of patients who have come for computed tomography to the hospital of Lesbos. In this context, the profile and level of health of patients who come to the hospital on the island of Lesbos for computed tomography is investigated while at the same time the necessary data are collected to assess their quality of life related to health. The aim of the research is to study whether the health of these patients has deteriorated during the last trimester due to their health problems.

Keywords

CT scanner, Health Related Quality of Life, health level, health profile, quality of life

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	V
ABSTRACT	VI
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	VII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	IX
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	X
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ.....	3
1.1 Αντικείμενο της διπλωματικής	3
1.2 Σκοπός του αντικειμένου της διπλωματικής.....	3
1.3. Λόγοι που επιβάλλουν την παρούσα διπλωματική	4
1.4 Επιστημονικό ενδιαφέρον της διπλωματικής	5
1.5 Αναμενόμενα αποτελέσματα	5
1.6 Δομή διπλωματικής.....	7
1.7 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	7
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	13
2.1 Ερευνητικό σχέδιο	13
2.1.1 Αιτιολόγηση της επιλογής μεθόδου των ερωτηματολογίων	13
2.1.2 Αιτιολόγηση επιλογής της κλίμακας Likert.....	14
2.1.3. Συλλογή δεδομένων	14
2.2 Εργαλείο της έρευνας.....	15
2.3 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας.....	17
2.3.1. Εισαγωγή.....	17
2.3.2. Εγκυρότητα	17
2.3.3. Αξιοπιστία	18
2.4 Περιγραφή δείγματος.....	19
2.5 Ανάλυση των δεδομένων	22
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	23
3.1 Η έννοια της υγείας.....	23
3.2 Η έννοια της νόσου	24
3.3 Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.....	25
3.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	26
3.5 Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.....	27
3.6 Σκοποί μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	29

4. Η ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31
4.1 Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστανείο»	31
4.2 Αξονικός Τομογράφος Νοσοκομείου Μυτιλήνης	32
4.2.1 Το σύστημα αρχειοθέτησης και επικοινωνίας απεικονιστικών εξετάσεων (PACS)	33
4.3 Η ιστορία του αξονικού τομογράφου	34
4.4 Πολυτομικός Τομογράφος (Multislice CT)	35
4.5 Κλινικές εφαρμογές του Πολυτομικού αξονικού τομογράφου	36
4.6 Οι κίνδυνοι της αξονικής τομογραφίας.....	39
5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	42
5.1 Περιγραφή απαντήσεων.....	42
5.2 Εξέταση μέσων τιμών	52
5.3 Ερευνητικά αποτελέσματα.....	57
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	60
6.1 Γενικά συμπεράσματα	60
6.2 Συζήτηση.....	63
6.3 Περιορισμοί έρευνας.....	66
6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΕΣΩΝ ΤΙΜΩΝ	84

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Κυκλικό διάγραμμα των αιτών για επίσκεψη στον αξονικό τομογράφο.....	21
Γράφημα 2. Κυκλικό διάγραμμα των απαντήσεων για το εάν οι επιπλοκές λόγω COVID-19 καθυστέρησαν την επίσκεψη των συμμετεχόντων στην έρευνα	21
Γράφημα 3. Μέσες βαθμολογίες περιορισμών των καθημερινών δραστηρίων λόγω υγείας σε φθίνουσα διάταξη	44
Γράφημα 4. Προβλήματα λόγω σωματικής υγείας το τελευταίο τρίμηνο	45
Γράφημα 5. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών πόνου και κοινωνικότητας το τελευταίο τρίμηνο	46
Γράφημα 6. Μέσες βαθμολογίες διάθεσης το τελευταίο τρίμηνο σε φθίνουσα διάταξη....	47
Γράφημα 7. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της ποιότητας ύπνου.....	50
Γράφημα 8. Πλήθος θετικών απαντήσεων για την εργασία κατά το τελευταίο τρίμηνο πριν την έρευνα.....	51
Γράφημα 9. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της συνολικής κατάστασης υγείας	52
Γράφημα 10. Μεταβολή μέσων βαθμολογιών των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων ανά ηλικιακή κατηγορία.....	55
Γράφημα 11. Μεταβολή μέσων βαθμολογιών των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων ανά επίπεδο εκπαίδευσης	55
Γράφημα 12. Μεταβολή της κατάστασης της υγείας ανά επάγγελμα	56
Γράφημα 13. Μεταβολή μέσων βαθμολογιών των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων ανά αιτία επίσκεψης.....	56

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Ποσοτικοποίηση δημογραφικών δεδομένων.....	17
Πίνακας 2. Αποτελέσματα εξέτασης της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου	17
Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=100)	20
Πίνακας 4. Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών και των λόγων επίσκεψης.....	22
Πίνακας 5. Κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα κατά την διάρκεια της έρευνας και σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν από την έρευνα.....	43
Πίνακας 6. Περιορισμοί καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω υγείας.....	44
Πίνακας 7. Πόνος και κοινωνικότητα το τελευταίο τρίμηνο	46
Πίνακας 8. Διάθεση το τελευταίο τρίμηνο.....	47
Πίνακας 9. Σύγκριση κατάστασης υγείας	48
Πίνακας 10. Ενοχλήσεις το τελευταίο τρίμηνο.....	49
Πίνακας 11. Επιπτώσεις της πάθησης στην καθημερινή ζωή.....	49
Πίνακας 12. Ικανοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον	50
Πίνακας 13. Αποτελέσματα εξέτασης κανονικότητάς των μεταβλητών ενδιαφέροντος.....	53
Πίνακας 14. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα εξέτασης μέσω των τιμών.....	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι, έχουν καταστεί στις μέρες μας πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο στην κλινική πράξη. Η αξονική τομογραφία αποτελεί την πιο εξελιγμένη μορφή εξέτασης με ακτίνες-Χ. Τα βασικά πλεονεκτήματα της σε σχέση με άλλες απλές απεικονιστικές μεθόδους, είναι η δυνατότητα λήψης πολλών δισδιάστατων ή και τρισδιάστατων εικόνων του ανθρώπινου σώματος, μεγάλης ευκρίνειας, σε μικρό χρονικό διάστημα, οι οποίες παρέχουν σημαντικές μορφολογικές και λειτουργικές πληροφορίες. Έτσι σήμερα, δεν υπάρχει γιατρός που να μην έχει επανειλημμένα ζητήσει για τους ασθενείς του μια αξονική τομογραφία, καθώς αποτελεί ένα σπουδαίο όπλο στα χέρια του αναζητώντας απαντήσεις σε συγκεκριμένα διαγνωστικά προβλήματα.

Την ίδια στιγμή, η αυξητική τάση της χρήσης της αξονικής τομογραφίας έχει δημιουργήσει ανησυχία για τη δημόσια υγεία (Okunad and Murthy, 2002). Αναμφισβήτητα, η υποβολή των ανθρώπων σε αυτού του είδους την ακτινοβολία δεν θα πρέπει να γίνεται απερίσκεπτα και χωρίς μέτρο. Η απρόσκοπτη έκθεση του οργανισμού σε ιοντίζουσες ακτινοβολίες μπορεί να ενέχει μακροπρόθεσμες και σοβαρές επιπτώσεις στη υγεία του όπως ο μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου κατά τη διάρκεια της ζωής του. Συνεπώς, η ορθολογική χρήση αυτού του πολύτιμου εργαλείου είναι απαραίτητη για την ακτινοπροστασία των ασθενών (Μορφονιός, Καϊτελίδου, Μπαλτόπουλος, & Μυριανθεύς, 2011) . Σε αυτό το σημείο καθοριστικό ρόλο παίζει ο κλινικός ιατρός του εκάστοτε ασθενούς ο οποίος θα πρέπει να αξιολογεί τις ενδείξεις και αντενδείξεις, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, αλλά και τους κινδύνους που εγκυμονεί η απερίσκεπτη χρήση των απεικονιστικών μεθόδων σε κάθε ασθενή και σε κάθε ασθένεια. Με άλλα λόγια ο γιατρός που συστήνει μια αξονική τομογραφία πρέπει να εκτιμά ότι τα υγειονομικά οφέλη υπερβαίνουν τους κινδύνους που ενέχονται ώστε να καταστήσει τη χρήση της ωφελιμότερη για τον ασθενή του.

Η σημαντικότητα του θέματος έγκειται στο γεγονός ότι η ποιότητα της ζωής των ατόμων, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την κατάσταση της υγείας τους (Fayers and Machin, 2000). Αυτό σημαίνει ότι η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, μεταβάλλεται μαζί με το επίπεδο υγείας του ατόμου. Όταν τα άτομα πάσχει από κάποιο νόσημα, είναι αναμενόμενο, ότι θα επηρεαστεί και η ποιότητα ζωής του από το βασικό νοσολογικό υπόστρωμα. Συνεπώς, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών έχει ως σκοπό την εκτίμηση των επιπτώσεων που έχει μια αρρώστια στις διάφορες πτυχές της ζωής τους, όπως

είναι ο ρόλος τους στην οικογένεια, η απόδοσή τους στην εργασία, η συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες κ.ά.

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας πρόκειται να διερευνηθεί το προφίλ και το επίπεδο της υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Συγκεκριμένα, θα γίνει μία προσέγγιση της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ατόμων οι οποίοι προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας με απώτερο στόχο να προσδιοριστούν οι λόγοι που τους οδήγησαν σε μια τέτοια εξέταση με ακτινική επιβάρυνση και εάν πραγματικά η υγεία των ασθενών αυτών έχει επιβαρύνει τόσο την ποιότητα ζωής τους ώστε να αιτιολογείται η ζήτηση της. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμμετέχουν στη διαδικασία του προσδιορισμού της ποιότητας ζωής έχουν να κάνουν με τη μέτρηση του επιπέδου υγείας, αλλά και άλλων υποκειμενικών κριτηρίων όπως οι προσωπικές τους αντιλήψεις για το αν είναι υγιείς, τη βαθμολόγηση της λειτουργικότητας τους στο πλαίσιο της καθημερινή τους ζωής και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις στα πλαίσια της εργασίας ή των κοινωνικών τους σχέσεων.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ

1.1 Αντικείμενο της διπλωματικής

Η αξονική τομογραφία αποτελεί σήμερα μία από τις μεγαλύτερες ανακαλύψεις στο χώρο της ιατρικής απεικόνισης. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών, η διάγνωση των ασθενών γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ακρίβεια και ταχύτητα συγκριτικά με το παρελθόν. Η έγκαιρη ανακάλυψη των νόσων και η εφαρμογή της θεραπείας, συμβάλλει ουσιαστικά στην καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η εξέταση με τον αξονικό τομογράφο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη πολλών σοβαρών νόσων όπως είναι η στεφανιαία νόσος, ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και άλλες. Όπως προκύπτει, η εξέταση μέσω του αξονικού τομογράφου, μπορεί να δώσει την ευκαιρία στους ασθενείς να αποκτήσουν πρόσβαση στην αντιμετώπιση που χρειάζονται έτσι ώστε να ξεπεράσουν μία νόσο ή αντίστοιχα να ξεκινήσουν μία συντηρητική θεραπεία.

Το βασικό αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η αξιολόγηση του επιπέδου της υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Πιο συγκεκριμένα, το αντικείμενο της διπλωματικής εστιάζει στη διερεύνηση του επιπέδου υγείας των ασθενών, τη μελέτη των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών αλλά και το κατά πόσο η υγεία τους έχει επιδεινωθεί το τελευταίο τρίμηνο λόγω της ασθένειας που αντιμετωπίζουν. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει η μελέτη των προηγούμενων χαρακτηριστικών έτσι ώστε να καθοριστεί τελικά το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων που προσέρχονται για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου.

1.2 Σκοπός του αντικειμένου της διπλωματικής

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του προφίλ και του επιπέδου υγείας των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου για αξονική τομογραφία. Επιπλέον, εξετάσθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών και κατά πόσο η υγεία τους έχει επιδεινωθεί το τελευταίο τρίμηνο λόγω των προβλημάτων της υγείας τους. Η σύνοψη των προηγούμενων στόχων σε ερευνητικά ερωτήματα είναι η εξής:

1. Ποιο είναι το επίπεδο υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου;
2. Ποιο είναι το προφίλ των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου;
3. Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου;

1.3. Λόγοι που επιβάλλουν την παρούσα διπλωματική

Η αξονική τομογραφία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις των τελευταίων χρόνων στην ιατρική απεικόνιση και διάγνωση. Η εξέλιξη της τεχνολογίας της, προσφέρει τη δυνατότητα νέων εφαρμογών μέσα από τις οποίες μπορεί να προκύψουν έγκυρες απαντήσεις σε μικρό χρονικό διάστημα σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Για το λόγο αυτό η Ελλάδα σήμερα έχει έναν υψηλό ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης στην αγορά της συγκεκριμένης τεχνολογίας. Ο ρυθμός αυτός φθάνει στο 8%, ποσοστό το οποίο κατατάσσει την χώρα στην πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΑΣΑ. Αυτό το ποσοστό σημαίνει ότι ανά άτομο αντιστοιχούν 0,32 αξονικές τομογραφίες, ένας αρκετά υψηλός δείκτης σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες διεθνώς (Μορφονιός, Καϊτελίδου, Μπαλτόπουλος, & Μυριανθεύς, 2011).

Ωστόσο, το όφελος στον τομέα της ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας συνοδεύτηκε από αύξηση της συνολικής έκθεσης του πληθυσμού σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, γεγονός που αποτελεί δημόσια ανησυχία για την υγεία, καθώς η έκθεση του ανθρώπινου σώματος σε αυτές μπορεί να έχει βλαπτική βιολογική επίδραση στον άνθρωπο. Έτσι γίνεται κατανοητό ότι η ακτινοπροστασία του ασθενών θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα εκτός εάν υπάρχει σαφές ιατρικό όφελος για τον εξεταζόμενο. Δηλαδή, η αξονική τομογραφία θα πρέπει να διεξάγεται μόνο με αυστηρές ιατρικές ενδείξεις και όταν το υγειονομικό όφελος του ασθενούς είναι μεγαλύτερο από τους κινδύνους που ενέχονται. Συνεπώς η αιτιολόγηση των αξονικών τομογραφιών, αποτελεί βασική αρχή για την προστασία της κοινωνίας από τις αρνητικές συνέπειες της ακτινοβολίας και αποτελεί μείζον ζήτημα ακτινοπροστασίας σε διεθνές επίπεδο (Μορφονιός et al., 2011).

Για τους παραπάνω λόγους, στην παρούσα εργασία έχει ιδιαίτερη σημασία να αξιολογηθεί το προφίλ των ασθενών που προσέρχονται στον αξονικό τομογράφο καθώς και οι λόγοι

που τους οδήγησαν στην επιλογή της συγκεκριμένης εξέτασης. Πιο συγκεκριμένα, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί κατά πόσο τα προβλήματα της υγείας των ασθενών έχουν επιβαρύνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους ώστε να προβούν σε μια τέτοια εξέταση και να ελεγχθεί εάν οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται είναι πραγματικά απαραίτητες, ή γίνονται άσκοπα με αποτέλεσμα να επιβαρύνουν τον ασθενή με ακτινοβολία και το σύστημα υγείας με επιπλέον κόστος. Κατά συνέπεια, είναι σημαντική ή διερεύνηση του επιπέδου της υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας και σε ποιο βαθμό αιτιολογεί την παραπομπή τους σε αξονική τομογραφία.

1.4 Επιστημονικό ενδιαφέρον της διπλωματικής

Δεδομένου ότι το ερευνητικό δείγμα της διπλωματικής είναι οι ασθενείς που εισέρχονται για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης, η διπλωματική αποτελεί την πρώτη προσπάθεια καταγραφής του σχετικού ερευνητικού ζητήματος. Γενικότερα, δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να ασχολούνται με την υγειονομική περίθαλψη στα νησιά ή τις μικρότερες πόλεις.

Από τη σύντομη βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιείται αναδείχθηκαν μελέτες για τη Δράμα (Ξάνθης, 2020), την Τρίπολη (Τσατσαράγκου, 2018), μία συγκριτική μελέτη για το κόστος των τομογράφων σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση (Δρόλαπας, 2015), και μια μελέτη για το προφίλ των ασθενών στα τμήματα έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων στην ευρύτερη αγροτική περιφέρεια της χώρας (Pappas et.al., 2013). Επομένως, η διπλωματική επιδιώκει να καλύψει το σχετικό κενό στη βιβλιογραφία και ειδικότερα στο νησί της Μυτιλήνης.

1.5 Αναμενόμενα αποτελέσματα

Μέσα από την παρούσα διπλωματική εργασία, αναμένεται να προκύψουν ορισμένα αποτελέσματα σχετικά με το προφίλ και το επίπεδο υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Αναλυτικότερα, θα διερευνηθούν οι κατηγορίες των ανθρώπων που προσέρχονται στον αξονικό τομογράφο ώστε να προκύψουν συμπεράσματα σχετικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία και το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους που σχετίζεται με την υγεία.

Αρχικά, όσον αφορά στο επίπεδο υγείας των ασθενών, αναμένεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες και περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες και κατά συνέπεια να εκτιμούν πως το επίπεδο της υγείας τους είναι χαμηλό, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα και μια τάση φιλασθένειας. Στη συνέχεια, το δείγμα που συμμετέχει αναμένεται να συγκεντρώνει ορισμένα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε σχέση με το ηλικιακό γκρουπ, το δείγμα της έρευνας το οποίο προσέρχεται για αξονική τομογραφία, αναμένεται να είναι μεταξύ 35 και 75 ετών, εστιάζοντας περισσότερο στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Όσον αφορά στο φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν αναμένεται να υπάρχουν μεγάλες διαφορές. Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση τους, οι περισσότεροι αναμένεται να είναι συνταξιούχοι. Τέλος, αναφορικά με το προφίλ ασθένειας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναμένεται να αντιμετωπίζουν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, όπως κάποιο ογκολογικό, παθολογικό ή ακόμη και κάποιο ορθοπεδικό πρόβλημα.

Ολοκληρώνοντας, όσον αφορά στο επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου, αναμένεται ότι θα κινείται σε χαμηλά επίπεδα αναφορικά με ορισμένες πτυχές της ζωής τους. Ειδικότερα, ο πόνος που νιώθουν μπορεί να επηρεάσει τη σωματική αλλά και την ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων με αποτέλεσμα η κοινωνικότητα, οι καθημερινές δραστηριότητες και η εργασία των ατόμων να βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα. Την ίδια στιγμή αναμένεται να δυσχεραίνουν και οι σχέσεις τους με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Συμπερασματικά, προσδοκούμε ότι τα άτομα που προσέρχονται για αξονική τομογραφία θα είναι στη πλειοψηφία τους μεγαλύτερης ηλικίας που αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας και το τελευταίο διάστημα η κατάσταση της υγείας τους έχει επιδεινωθεί σε βαθμό που επηρεάζει αρνητικά και την ποιότητα ζωής τους. Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένουμε να αιτιολογούν την διεξαγωγή των αξονικών τομογραφιών και ότι το κλινικό όφελος των ασθενών είναι μεγαλύτερο από τους κινδύνους που ενέχονται λόγω της ακτινικής επιβάρυνσης.

1.6 Δομή διπλωματικής

Το κείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας ακολουθεί μία συγκεκριμένη δομή. Αρχικά, στο εισαγωγικό μέρος της εργασίας παρουσιάζεται ο βασικός σκοπός της και το βασικό αντικείμενο διερεύνησης. Στη συνέχεια στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η μεθοδολογία συγγραφής της εργασίας ενώ παράλληλα περιγράφεται το δείγμα της έρευνας, σύμφωνα με τα στοιχεία όπως αυτά προέκυψαν από τις συνεντεύξεις. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες όπως είναι η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία και οι παράγοντες προσδιορισμού της. Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζεται ο ρόλος της αξονικής τομογραφίας και η λειτουργία του αξονικού τομογράφου στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης. Το πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας χρησιμοποιείται για να αναλύσει και να παρουσιάσει τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσα από τη μελέτη ενώ τέλος παρατίθενται τα ερευνητικά αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας.

1.7 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στο σημείο αυτό πρόκειται να διεξαχθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία εστιάζει στην συγκέντρωση των δευτερογενών δεδομένων μέσα από την αξιολόγηση των οποίων είναι δυνατή η περιγραφή του προφίλ και του επιπέδου υγείας των ατόμων τα οποία προσέρχονται για αξονική τομογραφία.

Σε σχετικό τους άρθρο οι van den Bergh et al., (2010) εξέτασαν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες που μπορεί να έχει η αξονική τομογραφία στο επίπεδο της ποιότητας ζωής σχετιζόμενο με την υγεία των ασθενών, οι οποίοι έπασχαν από καρκίνο του πνεύμονα. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 1466 άτομα και χρησιμοποιήθηκε η Ολλανδική - Βελγική Τυχαιοποιημένη Δοκιμασία Ελέγχου Καρκίνου του Πνεύμονα (δοκιμή NELSON) μέσα από την οποία αξιολογήθηκε ο μακροπρόθεσμος αντίκτυπος του προσυμπτωματικού ελέγχου με τη χρήση αξονικής τομογραφίας στο επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν ένα ερωτηματολόγιο πριν από τη τυχαιοποίηση της δοκιμής (T0: βασική αξιολόγηση HRQoL). Ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο (T1) στάλθηκε 2 μήνες μετά τον πιλοτικό έλεγχο σε 684 συμμετέχοντες, εκ των οποίων ορισμένοι είχαν αρνητικό απεικονιστικό αποτέλεσμα και κάποιοι άλλοι απροσδιόριστο. Το τελικό ερωτηματολόγιο

στάλθηκε για αξιολόγηση (T2) σε 682 συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν προσέλθει για αζονική τομογραφία και σε ένα τυχαίο δείγμα 498 συμμετεχόντων.

Όπως προέκυψε από τα στοιχεία που αναλύθηκαν στη μελέτη, ο έλεγχος με τη χρήση αζονικής τομογραφίας του καρκίνου του πνεύμονα δεν είχε αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο της ποιότητας ζωής σχετιζόμενο με την υγεία των ασθενών, μακροπρόθεσμα. Στα 1,5 έτη μετά τον βασικό έλεγχο, τα άτομα για τα οποία η αζονική τομογραφία δεν είχε ανιχνεύσει καρκίνο του πνεύμονα είχαν ποιότητα ζωής παρόμοια με τα υπόλοιπα υποκείμενα ελέγχου. Όπως προέκυψε, η μόνη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων από τη διενέργεια του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του πνεύμονα ήταν μια προσωρινή αύξηση των επιπέδων της δυσφορίας που σχετίζονταν με τον καρκίνο του πνεύμονα, ειδικά μετά από ένα απροσδιόριστο πρώτο αποτέλεσμα. Παρ' όλα αυτά, αυτό δεν φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο στην διεξαγωγή μιας αζονικής εξέτασης για τον έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα (van den Bergh et al., 2010).

Στη συνέχεια, σε σχετική έρευνα που διεξήχθη από τους Hlatky et al., (2015), οι ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν την επίδραση στο κόστος και την ποιότητα ζωής της χρήσης της κλασματικής εφεδρείας ροής με αζονική τομογραφία (FFRCT) αντί της τυπικής φροντίδας για την αξιολόγηση των ασθενών με συμπτώματα ύποπτα για στεφανιαία νόσο. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συμπτωματικοί ασθενείς χωρίς σοβαρές ενδείξεις ύπαρξης στεφανιαίας νόσου οι οποίοι εντάχθηκαν σε δύο ομάδες με βάση το εάν είχαν προγραμματίσει επεμβατική ή μη επεμβατική διαγνωστική δοκιμή. Οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ατόμων κατά τη διάρκεια των 90 ημερών της έρευνας αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Seattle Angina, το EuroQOL και μια οπτική αναλογική κλίμακα. Στους 584 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, το 74% είχε άτυπη στηθάγχη και η πιθανότητα διάγνωσης στεφανιαίας νόσου πριν από τη δοκιμή ήταν 49%.

Όπως προέκυψε από την ανασκόπηση των στοιχείων της έρευνας, το επίπεδο της ποιότητας ζωής βελτιώθηκε στο συνολικό πληθυσμό της μελέτης ($p < 0,0001$). Στην ομάδα η οποία χρησιμοποίησε μια μη επεμβατική θεραπεία, οι βαθμολογίες της ποιότητας ζωής βελτιώθηκαν περισσότερο στους ασθενείς που έκαναν χρήση της FFRCT από ότι στους ασθενείς που έκαναν χρήση της παραδοσιακής φροντίδας. Στην ομάδα στην οποία εφαρμόστηκε επεμβατική θεραπεία, οι βελτιώσεις στο το επίπεδο της ποιότητας ζωής ήταν παρόμοιες στη θεραπεία με FFRCT και στους ασθενείς που έλαβαν την τυπική φροντίδα υγείας. Το βασικό συμπέρασμα που προέκυψε ήταν η πρόγνωση με τη μέθοδο FFRCT που συσχετίστηκε με μεγαλύτερη βελτίωση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων (Hlatky et al., 2015).

Στη συνέχεια, σε μια συστηματική ανασκόπηση των Sun, Kh και Vijayananthan, (2010), διερευνάται αν η χρήση των τεχνικών της αξονικής τομογραφίας στην κλινική πρακτική είναι δικαιολογημένη, ενώ παράλληλα επικεντρώνεται στη λειτουργία του τμήματος έκτακτης ανάγκης των νοσοκομείων. Μέσα από το άρθρο τους συγκεκριμένα, διερεύνησαν τις κλινικές εφαρμογές της τεχνικής απεικόνισης μέσω αξονικής τομογραφίας στο τμήμα έκτακτης ανάγκης, με έμφαση σε ασθενείς που παρουσιάζουν κεφαλαλγία και προσέρχονται για επαναλαμβανόμενη και πολλαπλή απεικόνιση μέσω αξονικής τομογραφίας αλλά και εξέταση ολόκληρου του σώματος για ασθενείς με τραύμα. Διερευνάται αν οι εξετάσεις αυτές είναι κλινικά αιτιολογημένες. Μέσα από την εξέταση των στοιχείων για τη συνολική ραδιενέργεια από την αξονική τομογραφία και την αναγκαιότητα χρήσης της βάσει των ενδείξεων των ασθενών υποστηρίζεται ότι η απεικονιστική μέθοδος της αξονικής τομογραφίας ενδείκνυται για τους ασθενείς με σοβαρά τραύμα στο σώμα. Ωστόσο, για ασθενείς με κεφαλαλγία οι οποίοι προσέρχονται για επαναλαμβανόμενες ή πολλαπλές αξονικές τομογραφίες στο τμήμα έκτακτης ανάγκης, η χρήση του αξονικού τομογράφου πρέπει να αιτιολογείται σε σχέση με τον πιθανό κίνδυνο έκθεσης σε ακτινοβολία.

Στα πλαίσια της μελέτης για την αναγκαιότητα της χρήσης της αξονικής τομογραφίας, σε μίαν μελέτη του Sia, (2009) παρουσιάζονται ορισμένα ηθικά ζητήματα αναφορικά με την αιτιολόγηση της ακτινολογίας. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο ο συγγραφέας πραγματοποιεί μια συστηματική ανασκόπηση εστιάζοντας κυρίως στον ωφελιμισμό και στην ηθική λήψη αποφάσεων στα πλαίσια της εφαρμογής των τεχνικών της ακτινολογίας. Ο συγγραφέας υποστήριξε στο άρθρο του ότι μια φιλοσοφική προοπτική μπορεί να δείξει ότι η ηθική λήψη αποφάσεων δεν ταυτίζεται με την απλή τήρηση ενός κώδικα συμπεριφοράς, αλλά αντίθετα, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην διαμόρφωση μιας ευρύτερης εικόνας μέσω της συζήτησης του ρόλου των ηθικών θεωριών μέσα από τις οποίες διαμορφώνεται το τι είναι σωστό ή λάθος. Ο συγγραφέας στο άρθρο του θίγει τη δυνατότητα των ασθενών να λαμβάνουν μόνοι τους τις αποφάσεις τους για τη θεραπεία τους και αναφέρει ότι υπάρχει μερικές φορές κάποια σύγχυση μεταξύ του σεβασμού της αξιοπρέπειας του ασθενούς και της εκτέλεσης των επιθυμιών του.

Έτσι, όπως προέκυψε από την ανάλυση που πραγματοποίησε ο Sia, (2009), θα πρέπει να εξετάζεται και να σχεδιάζεται η εκπαίδευση των διάφορων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι εμπλέκονται στην ακτινοπροστασία έτσι ώστε αυτοί να είναι ηθικά ευαίσθητοι, καθώς φέρουν την ευθύνη και καλούνται να λογοδοτούν στο κοινό για την προσέγγιση που υιοθετούν και προωθούν. Αυτά τα επαγγέλματα, αν και είναι πειθαρχημένα στις

επιστημονικές και ιατρικές αρχές του ρόλου τους, θα μπορούσαν να ενισχυθούν όσον αφορά την ηθική ευαισθησία και την ανταπόκριση στις στάσεις του κοινού.

Σε μίαν άλλη έρευνα, των Stanescu, Rosca-Fartat και Stanescu, (2015), διερευνάται η αποτελεσματικότητα της αιτιολόγησης των μεμονωμένων διαδικασιών αξονικής τομογραφίας (CT) χρησιμοποιώντας τον οδηγό ορθής πρακτικής. Η συμμόρφωση των αξονικών τομογραφιών με τις συστάσεις του οδηγού αναλύθηκε αναδρομικά σε παιδιατρικό νοσοκομείο έκτακτης ανάγκης στη Ρουμανία. Μεταξύ των ασθενών, το 53% ήταν άνδρες και το 47% ήταν γυναίκες.

Όπως αναφέρουν οι μελετητές, υπάρχουν ορισμένα σημεία στον οδηγό όπου η εξέταση αξονικής τομογραφίας είτε «δεν ενδείκνυται» είτε απουσιάζει (αυτό σημαίνει επίσης ότι δεν ενδείκνυται), αλλά η έρευνα αξονικής τομογραφίας αναφέρεται στο «Σχόλιο» καθώς θα μπορούσε να είναι χρήσιμη ή αιτιολογημένη (μερικές φορές σε συγκεκριμένες περιστάσεις). Στη μελέτη που διεξήχθη η συχνότερη περίπτωση αυτού του τύπου είναι η χειρουργική επέμβαση άνω γαστρεντερικού σωλήνα. Για την διενέργεια αξονικής τομογραφίας, υπάρχει ασυνέπεια μεταξύ σύστασης και σχολίου. Η σύσταση «Δεν αναφέρεται» υποδηλώνει ότι η διαγνωστική εξέταση με τη χρήση της αξονικής τομογραφίας είναι αβάσιμη (αυτό σημαίνει αδικαιολόγητη από το κλινικό πρόβλημα), ενώ το σχόλιο υποδηλώνει ότι η εξέταση θα μπορούσε να γίνει σε ορισμένες συνθήκες.

Μέσα από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας προέκυψε ότι περίπου το ένα τρίτο των εξετάσεων δεν είχαν συνταγογραφηθεί σύμφωνα με τις συστάσεις του οδηγού ενώ παράλληλα, εντοπίστηκε πως δεν υπήρχαν ακριβείς οδηγίες από το ιατρικό προσωπικό. Όπως υποστήριζαν οι ερευνητές, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση και κατάρτιση των ιατρών που εφαρμόζουν τις διατάξεις του οδηγού ορθών πρακτικών έτσι ώστε να μπορούν να αιτιολογήσουν αποτελεσματικά τη διενέργεια εξετάσεων με τη χρήση των αξονικών τομογραφιών.

Στη συνέχεια, σε σχέση με την αξιολόγηση της αναγκαιότητας της αξονικής τομογραφίας, η McCollough, (2016), μέσω ενός άρθρου - φόρουμ εξετάζει ιατρικές μελέτες με βάση τα αποτελέσματα και τις απόψεις ομάδων εμπειρογνομόνων σε μια προσπάθεια να αναλύσει τα οφέλη της ιατρικής απεικόνισης, ειδικά της απεικόνισης μέσω της αξονικής τομογραφίας. Η συγγραφέας υποστηρίζει την πεποίθηση ότι οι απεικονιστικές, φαρμακευτικές και ιατρικές κοινότητες δεν πρέπει να συνεχίσουν να συζητούν για τους μικρούς υποθετικούς κινδύνους από την ιονίζουσα ακτινοβολία χωρίς να τονίζουν τα μεγάλα τεκμηριωμένα οφέλη από τις ιατρικές απεικονιστικές εξετάσεις που χρησιμοποιούν ιονίζουσα ακτινοβολία.

Μέσα από την μελέτη της ίδιας υποστηρίχθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται για αξονική τομογραφία, έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως είναι ζητήματα στο αναπαραγωγικό, γαστρεντερικό, αγγειακό, νευρολογικό, θωρακικό και καρδιακό σύστημα με την αξονική τομογραφία να αποτελεί μία από τις πιο κατάλληλες εξετάσεις για τη διάγνωση του προβλήματος κατά 44% (McCollough, 2016).

Συνοπτικά, οι ενδείξεις για το αν υπάρχει οποιοσδήποτε κίνδυνος που σχετίζεται με τα επίπεδα έκθεσης σε ακτινοβολία λόγω της αξονικής τομογραφίας είναι αμφιλεγόμενες. Ωστόσο, τα οφέλη της ενσωμάτωσης των απεικονιστικών πρακτικών δεν είναι. Για να μειωθεί η αμφισβήτηση αναφορικά με το ρίσκο της αξονικής τομογραφίας, πρέπει να εφαρμόζονται κατευθυντήριες γραμμές συναίνεσης και κριτήρια καταλληλότητας, καθώς και διεξάγονται μελέτες αποτελεσμάτων, έτσι ώστε οι γιατροί και οι ασθενείς να γνωρίζουν τα δεδομένα που υποστηρίζουν τα οφέλη της αξονικής τομογραφίας (McCollough, 2016).

Ένα ακόμη άρθρο που εξετάζει την διενέργεια της αξονικής τομογραφίας για την αξιολόγηση της υγείας των ασυμπτωματικών ατόμων είναι αυτό των Malone et al., (2016) το οποίο διενεργήθηκε στα πλαίσια της διεθνούς διαβούλευσης εμπειρογνομόνων η οποία συγκλήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Βασικό σημείο αναφοράς του άρθρου είναι η αναθεώρηση στη χρήση αξονικών τομογράφων κατά την εξέταση ασυμπτωματικών ατόμων. Αυτό σε πολλές έρευνες έχει αναφερθεί σαν ατομική αξιολόγηση της υγείας. Η ατομική αξιολόγηση της υγείας, σύμφωνα με τους συγγραφείς είναι ένα ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο γίνεται ανεκτό, ενώ δεν έχει προωθηθεί ή ρυθμιστεί επαρκώς στις περισσότερες χώρες.

Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, η εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας θεωρείται απαραίτητη στην ιατρική όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη για τη διαδικασία και αποφέρει ένα όφελος που αντισταθμίζει τον κίνδυνο που μπορεί να προέρχεται από την ακτινοβολία που δέχεται ο ασθενής. Εκτός από τη χρήση αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς με συμπτώματα κάποιας σοβαρής πάθησης, χρησιμοποιείται επίσης για τη διάγνωση σε ασυμπτωματικά άτομα, ακόμη και όταν υπάρχουν λόγοι ότι τα άτομα αυτά θα πρέπει να προβούν σε ατομική αξιολόγηση με τη χρήση απεικονιστικών μεθόδων. Αυτό συμβαίνει, με την αξονική τομογραφία, σε περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι πάσχουν από στεφανιαία νόσο, καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του γαστρεντερικού συστήματος.

Στη συνέχεια, σε μια μελέτη των Larson et al., (2011) εξετάστηκαν οι τάσεις και παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση αξονικής τομογραφίας (CT) στο τμήμα έκτακτης ανάγκης. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από το NAMCS/NHAMCS για τα έτη 1995-2007 για την αξιολόγηση του αριθμού και των ποσοστών των επισκέψεων στο τμήμα

έκτακτης ανάγκης που σχετίζονταν με τη διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων. Κατά μέσο όρο, συλλέχθηκαν δεδομένα από 30.0444 επισκέψεις ασθενών.

Όπως προέκυψε από την αξιολόγηση των δεδομένων της έρευνας, από το 1995 έως και το 2007, ο αριθμός των επισκέψεων σε μονάδες έκτακτης ανάγκης που περιλάμβαναν εξέταση αξονικού τομογράφου αυξήθηκε από 2,7 εκατομμύρια σε 16,2 εκατομμύρια, έχοντας έναν ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης που έφθανε το 16,0%. Το ποσοστό των επισκέψεων που σχετίζονται με την διενέργεια αξονικής τομογραφίας αυξήθηκε από 2,8% σε 13,9%, έχοντας έναν ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης που έφθανε το 14,2%.

Η χρήση αξονικής τομογραφίας παρατηρήθηκε πως ήταν μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε λευκούς ασθενείς, σε ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο και ασθενείς που διέμεναν σε μητροπολιτικές περιοχές. Μέχρι το τέλος της περιόδου μελέτης, τη μεγαλύτερη δυσарέσκεια μεταξύ εκείνων που υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εκδήλωσαν τα άτομα που υποστήριζαν ότι εμφάνισαν κοιλιακό άλγος, κεφαλαλγία και πόνο στο στήθος. Το ποσοστό των επισκέψεων των ασθενών οι οποίοι προσήλθαν για τη διενέργεια της αξονικής τομογραφίας αυξήθηκε κυρίως για τα άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε έλεγχο για πλευρικό, κοιλιακό ή θωρακικό άλγος.

Σε σχετικό άρθρο των Waganekar et al., (2018) εξετάζεται η αναγκαιότητα της χρήσης αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς με τραυματισμό κεφαλής στο τμήμα έκτακτης ανάγκης. Οι ερευνητές πραγματοποιούν μια προοπτική μελέτη παρατήρησης και μέσα από τα δεδομένα στόχευσαν στο να εκτιμήσουν το ποσοστό θετικής αξίας της αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς με τραυματισμό στο κεφάλι αλλά και να προσδιορίσουν τα κριτήρια για τη διενέργεια αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς με τραυματισμό στο κεφάλι. Η συνολική διάρκεια της μελέτης ήταν 12 μήνες και διεξήχθη σε μια μονάδα έκτακτης ανάγκης. Στη μελέτη συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς με τραυματισμό στο κεφάλι. Οι παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν ήταν η απώλεια συνείδησης (LOC), ο έμετος, οι επιληπτικές κρίσεις, η αιμορραγία, οι εξωτερικοί τραυματισμοί και η τοξικότητα.

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, συνολικά 1782 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Η συνολική θετική αξία της αξονικής τομογραφίας ήταν 50,9%. Σε ασθενείς με μικρό τραυματισμό στο κεφάλι, το ποσοστό θετικότητας της αξονικής τομογραφίας ήταν 38%. Η μελέτη έδειξε σημαντική συσχέτιση της θετικής αξίας της αξονικής τομογραφίας με τις μεταβλητές: έμετος, επιληπτικές κρίσεις, αιμορραγία στο αυτί και ρινορραγία. Όπως υποστηρίζουν οι ερευνητές, η αξονική τομογραφία ενδείκνυται σε όλους τους ασθενείς με μέτριο και σοβαρό τραυματισμό στο κεφάλι. Ακόμη, αναφέρουν πως δε συνίσταται σε μεγάλο βαθμό για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση των μεθόδων συλλογής των δεδομένων, η περιγραφή του δείγματος και η ανάλυση των δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, στις παραγράφους 2.1 έως και 2.3 γίνεται η θεωρητική περιγραφή της συλλογής των δεδομένων, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ενώ παράλληλα παρουσιάζονται και οι θεωρητικές έννοιες της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας μαζί με τον συντελεστή αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου. Στην συνέχεια γίνεται η περιγραφική παρουσίαση του δείγματος με την βοήθεια συχνοτήτων και ποσοστών. Τέλος, στην παράγραφο 2.5 παρουσιάζονται οι μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων που εφαρμοστήκαν στο κεφάλαιο 5.

2.1 Ερευνητικό σχέδιο

Η μεθοδολογία της διπλωματικής προβλέπει την ανάλυση πρωτογενών δεδομένων, τα οποία συλλέγονται μέσω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 17 κύριες ερωτήσεις και είχε ως στόχο να διερευνήσει κατά πόσον υπάρχουν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά (πχ. φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, προϋπηρεσία, απασχόληση) στους ασθενείς που συμμετέχουν στην έρευνα. Επιπλέον, επιδιώχθηκε ο προσδιορισμός του βαθμού της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

2.1.1 Αιτιολόγηση της επιλογής μεθόδου των ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια είναι ένας οικονομικός τρόπος συλλογής πληροφοριών τόσο για τον ερευνητή όσο και για τους συμμετέχοντες. Το κόστος διεξαγωγής της μελέτης με τη βοήθεια της μεθόδου ερωτηματολογίου είναι πολύ χαμηλό ενώ στην περίπτωση ερωτηματολογίων δεν τυπώνονται αλλά αποστέλλονται ηλεκτρονικά είναι μηδενικό.

Είναι ίσως η καλύτερη μέθοδος για τη συλλογή πληροφοριών, σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους όπως η συνέντευξη ή η παρατήρηση, διότι επιτρέπει μεγάλο ερευνητικό δείγμα και μια εθνική ή ακόμη και διεθνή κάλυψη. Συνεπώς, το ερωτηματολόγιο επιτρέπει την επικοινωνία με άτομα που δεν βρίσκονται στον ίδιο χώρο ή στην ίδια πόλη ή χώρα και σε άλλη περίπτωση, η επικοινωνία για τη συμμετοχή στην έρευνα δεν θα ήταν εφικτή.

Από την άλλη πλευρά, σε μεθόδους όπως η συνέντευξη και η παρατήρηση, η αξιοπιστία των απαντήσεων εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο ο ερευνητής τις έχει καταγράψει.

Αντιθέτως, στη μέθοδο του ερωτηματολογίου μπορούν να υπάρξουν μεροληπτικές ή προκατειλημμένες πληροφορίες με τον κίνδυνο αλλοίωσης των ερευνητικών ευρημάτων. Για τον λόγο αυτόν, είναι εξαιρετικά σημαντικός ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου να απευθύνει ερωτήσεις που να εμβαθύνουν στο ερευνητικό πρόβλημα χωρίς να μπερδεύουν τους συμμετέχοντες (Brace, 2018).

2.1.2 Αιτιολόγηση επιλογής της κλίμακας Likert

Η κλίμακα αξιολόγησης Likert χρησιμοποιείται για την αριθμητική βαθμολόγηση απόψεων, στάσεων ή συμπεριφορών. Οι κλίμακες Likert είναι δημοφιλείς στην έρευνα επειδή επιτρέπουν στον ερευνητή να εξετάσει εύκολα και άμεσα τα γνωρίσματα, τα στάσεις και τις συμπεριφορές των ερωτώμενων.

Για τη συλλογή δεδομένων, οι συμμετέχοντες καλούνται να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν με κάποιες δηλώσεις επιλέγοντας την απάντηση που τους εκπροσωπεί καλύτερα. Οι απαντήσεις παρέχονται σε μία γραμμική, αύξουσα ή φθίνουσα και βαθνομονομημένη κλίμακα πιθανών απαντήσεων. Η βαθνομόμηση μπορεί να ποικίλει σε διάσταση ή περιγραφή αλλά η συνηθέστερη μορφή της είναι η κλασική 5βαθμη κλίμακα Likert 1=Διαφωνώ απόλυτα...5=Συμφωνώ απόλυτα. Αυτή η αριθμητική βαθμολόγηση επιτρέπει την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων. Οι μόνες ερωτήσεις που ήταν εκτός κλίμακας ήταν οι δημογραφικές ερωτήσεις.

2.1.3. Συλλογή δεδομένων

Το ερευνητικό δείγμα αποτελείται από 100 άτομα, ασθενείς που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο της Μυτιλήνης για αξονική τομογραφία κατά την περίοδο 15 Φεβρουαρίου 2021 έως και 10 Μαρτίου 2021. Στο τμήμα του αξονικού τομογράφου προσήλθαν περισσότερα από 100 άτομα, όμως μόνο οι 100 δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, η οποία διεξήχθη στο χώρο αναμονής κατά την ώρα της προσέλευσης. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν προφορικά, ενώ σε πολλές περιπτώσεις τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανέλαβαν οι συνοδοί των ασθενών. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν νοσηλευόμενοι, εξωτερικοί ασθενείς με ραντεβού και από τα επείγοντα περιστατικά. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε για την δειγματοληψία ήταν η σωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία μέσω των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, προϋπηρεσία, απασχόληση). Προκειμένου να διεξαχθεί η παρούσα έρευνα δόθηκε άδεια

από το νοσοκομείο της Μυτιλήνης με αντίστοιχη ενημέρωση των διευθυντών και των προϊσταμένων όλων των τμημάτων για τον σκοπό της έρευνας και για τους λόγους διεξαγωγής της.

Τέλος, κατά την διάρκεια της συλλογής τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες προστασίας των προσωπικών δεδομένων καθώς το ερωτηματολόγιο διατηρούσε την ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς δεν ζητούσε κανένα προσωπικό στοιχείο το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει στην ταυτοποίηση τους. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας, ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ότι μπορούσαν να αποχωρήσουν από αυτή εάν το επιθυμούσαν χωρίς να παρουσιάσουν κάποιες αιτιάσεις για την αποχώρησή τους.

2.2 Εργαλείο της έρευνας

Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF) του πανεπιστημίου της Αριζόνα το οποίο και διαμορφώθηκε κατάλληλα ώστε να εξυπηρετήσει τους στόχους της συγκεκριμένης έρευνας. Πρόκειται για την μεταφορά στα Ελληνικά του αρχικού ερωτηματολογίου των Hays et al., (1994) από τους Brian Bresnahan, και Sonya Eremenco (KDQOL, 2020). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει υψηλή αξιοπιστία και έχει χρησιμοποιηθεί και σε πολλές έρευνες (Peipert et al., 2019; Manju & Baevi, 2020; Goth, Lai & Lim, 2019, κ.α.). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο το προσαρμόσαμε στην έρευνα και προσθέσαμε τα δημογραφικά στοιχεία.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν στο Excel με ποσοτικοποίηση των απαντήσεων της κλίμακας Likert ως εξής:

- (1) Εξαιρετική (2) Πολύ καλή (3) Καλή (4) Μέτρια (5) Κακή
- (1) Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν (2) Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν (3) Περίπου ίδια όπως ένα χρόνο πριν (4) Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν (5) Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- (1) Ναι, με περιορίζει πολύ, (2) Ναι, με περιορίζει λίγο (3) Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου, (4) Δεν κάνω καμία από τις δραστηριότητες που αναφέρονται
- (1) Πάρα πολύ, (2) Αρκετά (3) Μέτρια (4) Ελάχιστα (5) Καθόλου

- (1) Πολύ έντονο (2) Έντονο (3) Μέτριο (4) Ήπιο (5) Πολύ ήπιο (6) Καθόλου
- (1) Συνεχώς (2) Το μεγαλύτερο διάστημα (3) Σημαντικό διάστημα (4) Μερικές φορές (5) Μικρό διάστημα (6) Καθόλου
- (1) Εντελώς Αλήθεια (2) Μάλλον αλήθεια (3) Δεν ξέρω (4) Μάλλον ψέμα (5) Εντελώς ψέμα
- (1) Δεν ενοχλήθηκα καθόλου (2) Ενοχλήθηκα κάπως (3) Ενοχλήθηκα μέτρια (4) Ενοχλήθηκα πάρα πολύ, (5) Ενοχλήθηκα υπερβολικά
- (1) Εξαιρετικά πολύ, (2) Πάρα πολύ (3) Μέτρια (4) Κάπως (5) Καθόλου
- (1) Πολύ δυσαρεστημένος/η (2) Λίγο δυσαρεστημένος/η (3) Λίγο ευχαριστημένος/η (4) Πολύ ευχαριστημένος/η
- (1) Ναι (2) Όχι (3) Πιθανώς (4) Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

Τα δημογραφικά δεδομένα ποσοτικοποιήθηκαν με αύξοντα αριθμό ανά κατηγορία όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.

Φύλο		Απασχόληση	
Άνδρας	1	Ιδιωτικός υπάλληλος	1
Γυναίκα	2	Δημόσιος υπάλληλος	2
Ηλικία		Ελεύθερος επαγγελματίας	3
18-25 ετών	1	Αγρότης	4
26-35 ετών	2	Φοιτητής	5
36-45 ετών	3	Οικιακά	6
46-55 ετών	4	Συνταξιούχος	7
56-65 ετών	5	Άνεργος	8
66-75 ετών	6	Για ποιο λόγο ήρθατε να κάνετε αξονική τομογραφία;	
76-85 ετών	7	Παθολογικό πρόβλημα	1
Άνω των 85 ετών	8	Ογκολογικό πρόβλημα	2
Εκπαίδευση		Χρόνιο πρόβλημα	3
Απόφοιτος γυμνασίου	1	Τροχαίο ατύχημα	4
Απόφοιτος Λυκείου	2	Άλλο ατύχημα	5
Κάτοχος πτυχίου	3	Εάν δεν υπήρχε ο Covid-19 θα κάνατε νωρίτερα την εξέταση;	
Κάτοχος μεταπτυχιακού	4	Ναι	1
Κάτοχος PhD	5	Όχι	2
Εργασιακή προϋπηρεσία		Πιθανώς	3
Κάτω των 5 ετών	1	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	4
Μεταξύ 5-10 ετών	2		
Μεταξύ 10-15 ετών	3		
Μεταξύ 16-20 ετών	4		

Μεταξύ 21-25 ετών	5	
Άνω των 25 ετών	6	

Πίνακας 1. Ποσοτικοποίηση δημογραφικών δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο παράρτημα της εργασίας και έδειξε υψηλή αξιοπιστία καθώς ο συντελεστής alpha του Cronbach ήταν μεγαλύτερος της κριτικής τιμής 0,7 και ίσος με 0,717 σε σύνολο 48 ερωτήσεων (πίνακας 2).

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,717	48

Πίνακας 2. Αποτελέσματα εξέτασης της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου

2.3 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

2.3.1. Εισαγωγή

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι έννοιες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας μιας έρευνας. Δείχνουν πόσο καλά μια μέθοδος, μια τεχνική ή ένα τεστ μετρά κάτι. Η αξιοπιστία αφορά τη συνέπεια των μετρήσεων και η εγκυρότητα αφορά την ακρίβεια των μετρήσεων. Και τα δυο μέτρα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό της έρευνας έτσι ώστε ο ερευνητής να έχει εξασφαλίσει την ακρίβεια των αποτελεσμάτων και την γενίκευση τους στον πληθυσμό με ασφάλεια,.

2.3.2. Εγκυρότητα

Η εγκυρότητα αναφέρεται στην ακρίβεια των αποτυπωμένων μετρήσεων μιας έρευνας και δεν είναι μετρήσιμο μέγεθος και αποτελεί ένα κριτικό στοιχείο που βασίζεται σε διάφορα είδη αποδεικτικών αναφορά σχετικά με την διεξαγωγή μιας έρευνας. Μια έρευνα με υψηλή εγκυρότητα, σημαίνει ότι τα αποτελέσματα των αναλύσεων αντιπροσωπεύουν το εξεταζόμενο δείγμα ενώ αντίθετα χαμηλή εγκυρότητα σημαίνει ότι οι μετρήσεις δείχνουν μια στιγμιαία απεικόνιση (snapshot) των συμμετεχόντων στην έρευνα χωρίς οι απόψεις τους να αντιπροσωπεύουν μια ολοκληρωμένη άποψη στο εξεταζόμενο θέμα. Η υψηλή

αξιοπιστία είναι ένας δείκτης ότι μια μέτρηση είναι έγκυρη. Εάν μια μέθοδος δεν είναι αξιόπιστη, πιθανότατα δεν είναι έγκυρη. Το αντίθετο όμως δεν ισχύει. Δηλαδή μια έρευνα μπορεί να είναι αξιόπιστη αλλά δεν εξασφαλίζει την εγκυρότητα της. Στην συγκεκριμένη έρευνα η εγκυρότητα της εξασφαλίστηκε μέσα από το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου καθώς καλύπτει όλες τις πτυχές του εξεταζόμενου θέματος. Επιπλέον πριν από την έρευνα έγινε αποτίμηση της μεθόδου συλλογής δεδομένων και γιατί επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος τρόπος μέτρησης δηλαδή η επιλογή τους ερωτηματολογίου. Επίσης πριν από την συλλογή των δεδομένων έγινε ερευνητική αποτίμηση της κίνησης των ασθενών που επισκέπτονταν το τμήμα αξονικής τομογραφίας για την απαλοιφή της πιθανότητας μεροληπτικών εγγραφών π.χ. με την μέτρηση επαναληπτικών επισκέψεων ασθενών που δεν ήταν ενδεικτικοί του δείγματος της έρευνας ή περιπτώσεων αδυναμίας ορθής συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο ανταποκρινόταν στα ζητούμενα της έρευνας

2.3.3. Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία σε μια έρευνα αντιπροσωπεύει τον βαθμό στον οποίο η ερευνητική μέθοδος παράγει σταθερά και συνεπή αποτελέσματα. Μια μέτρηση θεωρείται αξιόπιστη εάν η εφαρμογή του στο ίδιο αντικείμενο μέτρησης παράγει τα ίδια αποτελέσματα ή με ποιο απλά λόγια εάν η επανάληψη της έρευνας με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο σε ένα παρόμοιο δείγμα θα μας δώσει παρόμοια αποτελέσματα.

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας ενός ερευνητικού εργαλείου γίνεται συνήθως με τον συντελεστή α του Cronbach. Ο συντελεστής αυτός παίρνει τιμές από το 0 έως και το 1 και μεγαλύτερες τιμές δείχνουν και μεγαλύτερη αξιοπιστία. Ως ελάχιστη τιμή για την εξασφάλιση της αξιοπιστίας θεωρείται η τιμή 0,7 αν και υπάρχουν περιπτώσεις που η τιμή αυτή μπορεί να θεωρηθεί και το 0,5 (Field, 2018) Ο λόγος για αυτή την μεταβολή της κριτικής τιμής οφείλεται στο γεγονός ότι ο συντελεστής α είναι ευαίσθητος στην μέτρησης ερωτήσεων με διαφορετικές κλίμακες, σε μικρό αριθμό ερωτήσεων η ακόμη και στο μέγεθος των κλιμάκων (Field, 2018). Στην συγκεκριμένη έρευνα το ερωτηματολόγιο της έδειξε υψηλή αξιοπιστία καθώς ο συντελεστής α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος της κριτικής τιμής 0,7 και ίσος με 0,717 σε σύνολο 48 ερωτήσεων.

2.4 Περιγραφή δείγματος

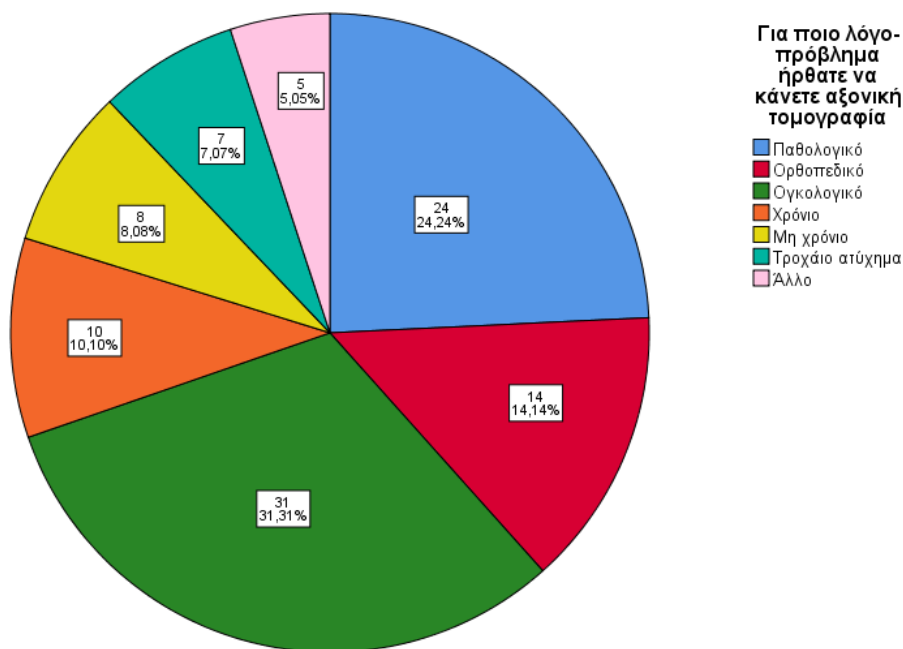
Η περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, από τους συνολικά 100 συμμετέχοντες στην έρευνα, το μεγαλύτερο μέρος τους ήταν άνδρες (N=56, N%=56,6%) το 43,4% (N=43) γυναίκες ενώ υπήρχε και μια απύσχα τιμή. Σε σχέση με τις ηλικιακές κατηγορίες, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων ήταν μεταξύ 46 και 55 ετών (N=21, N%=21,2%) και στην συνέχεια ακολουθούσαν οι κατηγορίες 36-45 ετών (N=20, N%=20,2%) και 56-65 και 66-75 ετών (N=16, N%=16,4%), ενώ υπήρχε και μια απύσχα τιμή. Συγκεντρωτικά, το 73,7% (N=73) των συμμετεχόντων είχε ηλικία μεταξύ 36 και 75 ετών. Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, το 36% (N=36) ήταν κάτοχοι πτυχίου το 33% (N=33) απόφοιτοι Λυκείου, και το 12 (N=12) κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ενώ όλες οι άλλες κατηγορίες είχαν ποσοστό εμφάνισης μικρότερο του 10%. Σχεδόν ένας στους τρεις συμμετέχοντες δήλωσε ότι εργαζόταν ως δημόσιος υπάλληλος (N=27, N%=27,3%) ενώ το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης παρουσιάστηκε στη κατηγορία συνταξιούχοι (N=23, N%=23,2%), στην κατηγορία ιδιωτικός υπάλληλος (N=15, N%=15,2%) και στην κατηγορία ελεύθερος επαγγελματίας (N=13, N%=13,1%). Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες σημείωσαν ποσοστά εμφάνισης μικρότερα του 10% ενώ υπήρχε και μια απύσχα τιμή. Τέλος, η κατηγορία εργασιακής προϋπηρεσίας με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ήταν η μεγαλύτερη των 25 ετών (N=29, N%=29%) και στην συνέχεια 11-15 έτη (N=20, N%=20%), λιγότερο από 5 έτη (N=17, N%=17%), μεταξύ 21 και 25 ετών (N=15, N%=15%) και μεταξύ 16 και 20 ετών (N=14, N%=14%).

		N	N%
Φύλο	Άνδρας	56	56,6%
	Γυναίκα	43	43,4%
Ηλικία	18-25	6	6,1%
	26-35	7	7,1%
	36-45	20	20,2%
	46-55	21	21,2%
	56-65	16	16,2%
	66-75	16	16,2%
	76-85	8	8,1%
	Άνω των 85	5	5,1%
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Απόφοιτος Δημοτικού	9	9,0%

	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	9,0%
	Απόφοιτος Λυκείου	33	33,0%
	Κάτοχος Πτυχίου	36	36,0%
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	12	12,0%
	Κάτοχος PhD	1	1,0%
Εργασιακή προϋπηρεσία	<5 έτη	17	17,0%
	5-10	5	5,0%
	11-15	20	20,0%
	16-20	14	14,0%
	21-25	15	15,0%
	>25 ετών	29	29,0%
Απασχόληση	Ιδ. Υπάλληλος	15	15,2%
	Δημ. Υπάλληλος	27	27,3%
	Ελ Επαγγελματίας	13	13,1%
	Αγρότης	9	9,1%
	Φοιτητής	4	4,0%
	Οικιακά	4	4,0%
	Συνταξιούχος	23	23,2%
	Άνεργος	4	4,0%

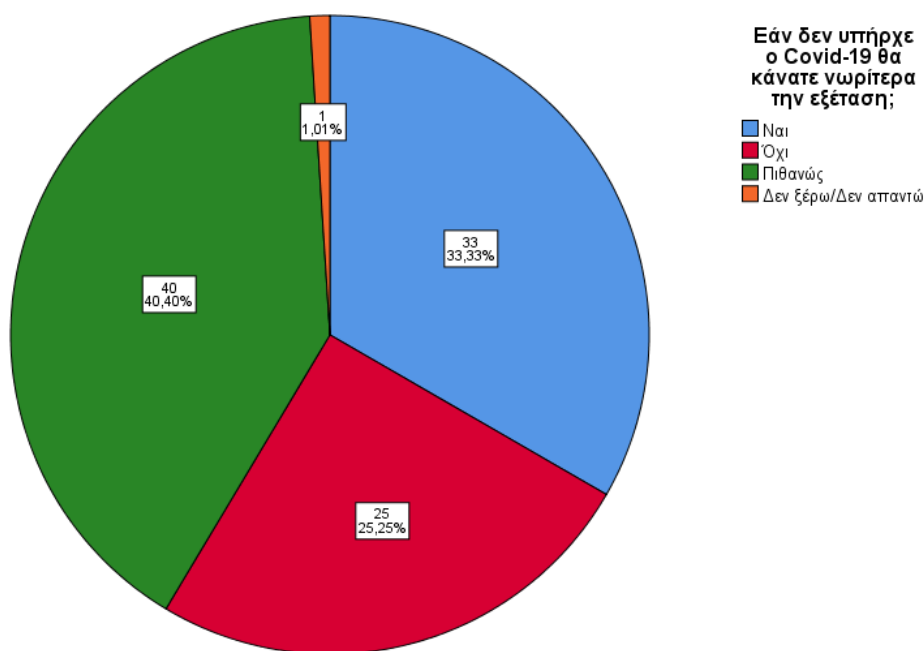
Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=100)

Οι τελευταίες 2 ερωτήσεις εξέταζαν τον λόγο για τον οποίο οι συμμετέχοντες στην έρευνα έκαναν αξονική τομογραφία και εάν οι επιπλοκές λόγω COVID 19 τους εμπόδισαν στις εξετάσεις τους. Σύμφωνα με το γράφημα 1, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στην έρευνα έκανε αξονική τομογραφία για ογκολογικό πρόβλημα (N=31, N%=31,31%) ή παθολογικό πρόβλημα (N=24, N%=24,24%). Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αφορούσαν ορθοπεδικά προβλήματα (N=14, N%=14,14%), χρόνια προβλήματα (N=10, N%=10,10%) και σε ποσοστά χαμηλότερα του 10% παρουσιάστηκαν στις περιπτώσεις μη χρόνιων προβλημάτων (N=8, N%=8,08%), τροχαίων ατυχημάτων (N=7, N%=7,07%), και άλλων προβλημάτων (N=5, N%=5,05%) ενώ υπήρχε και μια απύσα τιμή.



Γράφημα 1. Κυκλικό διάγραμμα των αιτών για επίσκεψη στον αξονικό τομογράφο

Τέλος, από τα αποτελέσματα του γραφήματος 2, διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα μετακίνησης λόγω COVID-19 πιθανώς να καθυστέρησαν την επίσκεψη στον αξονικό τομογράφο στο 40,40% (N=40) των περιπτώσεων ενώ το 33,33% (N=33) απάντησε θετικά. Αντίθετα το 25,25% (N=25) απάντησε αρνητικά ενώ υπήρξε μια απάντηση δεν ξέρω/δεν απαντώ και μια απύουσα τιμή.



Γράφημα 2. Κυκλικό διάγραμμα των απαντήσεων για το εάν οι επιπλοκές λόγω COVID-19 καθυστέρησαν την επίσκεψη των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η περαιτέρω διερεύνηση μεταξύ των αιτών επίσκεψης και των υπολοίπων δημογραφικών χαρακτηριστικών αποκάλυψε ότι υπάρχει μια σχέση αλληλομεταβολής μεταξύ της ηλικίας και της αίτιας επίσκεψης. Η σχέση αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ($X^2=96.986$, $df=42$, $p<0.001$) και έδειξε επιπλέον ότι υπάρχουν τρεις κύριες ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με τον λόγο επίσκεψης. Η σημαντικότερη ήταν μεταξύ 36 και 65 ετών όπου παρατηρήθηκαν ο μεγαλύτερος αριθμός επισκέψεων σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εκτός τους τροχαίου ατυχήματος.

	Παθολογικό	Ορθοπεδικό	Ογκολογικό	Χρόνιο	Μη χρόνιο	Τροχαίο ατύχημα	Άλλο
18-35	2	3	0	0	3	5	0
36-65	13	8	17	8	4	2	4
66-75	9	3	14	2	0	0	0

Πίνακας 4. Πίνακας διπλής εισόδου μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών και των λόγων επίσκεψης

2.5 Ανάλυση των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS V21 σε στάθμη σημαντικότητας $p\text{-level}=0.05$. Η ανάλυση αυτή περιείχε μεθόδους περιγραφικής στατιστικής όπου με την βοήθεια κατάλληλων πινάκων και γραφημάτων έγινε η περιγραφή της συμπεριφοράς και των τάσεων των απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα. Επίσης εκτελέστηκαν μη παραμετρικοί μέθοδοι της επαγωγικής στατιστικής για την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα. Οι μέθοδοι αυτοί ήταν η εξέταση διαφορών μέσων τιμών ανεξάρτητων μετρήσεων των Mann – Whitney και Kruskal – Wallis. Η επιλογή των μη παραμετρικών μεθόδων έγινε μετά την εξέταση της κανονικότητας των μεταβλητών ενδιαφέροντος. Επιπλέον έγινε και η εξέταση ανεξαρτησίας X^2 για την διαπίστωση ή μη τυχόν αλληλομεταβολών μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών.

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 Η έννοια της υγείας

Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας η έννοια της υγείας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, όμως συμφωνούσαν ότι είναι ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Σουρτζή, 1998) .

Η υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (WHO, 1984). Δηλαδή, η έννοια της υγείας συνυπολογίζει το σώμα, την ψυχή και το πνεύμα καθώς εκφράζει την ψυχοσωματική και πνευματική αρμονία του ατόμου. Αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ανθρώπινες αξίες και μία από τις πρώτες ελευθερίες του ανθρώπου που συμβάλουν στην ανάπτυξη τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Μονοπώλη, Μωραΐτης & Κούβαρη, 1979).

Η υγεία συνδέεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως κάθε άτομο την κατανοεί και την προσδιορίζει ανάλογα με τις πεποιθήσεις του, τις δυνατότητες και τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες (Καραδήμας, 2005). Όλες οι σύγχρονες έννοιες της υγείας, ταυτίζουν την υγεία με τη μέγιστη ικανότητα του ατόμου για αυτοπεποίθηση. Δηλαδή, το άτομο πρέπει να εξισορροπήσει τις ανθρώπινες εσωτερικές δυνάμεις του και τις δυνατότητες του με το αίσθημα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας στη σχέση του με το περιβάλλον. Συνεπώς, η κατάσταση της πλήρους υγείας δεν είναι μια στατική κατάσταση αλλά είναι μία δυναμική ισορροπία μεταξύ των ατομικών και των περιβαλλοντικών συστημάτων που μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Κάθε άνθρωπος είναι μία ξεχωριστή οντότητα, με διαφορετική συνείδηση της ύπαρξής του και ιδιαίτερη βιολογική και ψυχική ιδιοσυγκρασία. Αυτό σημαίνει, ότι ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνιμα αλλά για μια συγκεκριμένη στιγμή (Τούντας, 2001).

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι εκτός από τον θετικό ορισμό υγείας που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μπορεί να έχει πολλούς άλλους ορισμούς.

Ένας από τους βασικούς ορισμούς είναι και ο αρνητικός ορισμός, που ορίζει την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων ή νόσου. Επίσης, ο λειτουργικός ορισμός, αφορά τη σωματική ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, όπως στην εργασία του και ο βιωματικός ορισμός εστιάζει κυρίως στο άτομο και τον τρόπο που

αντιλαμβάνεται την υγεία του (Σαρρής, 2001). Οι διαφορετικές προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας συνθέτουν μια γενική εικόνα του φαινομένου που τη συνδέουν με τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Σαρρής, 2001).

3.2 Η έννοια της νόσου

Περιγράφοντας τη διαταραχή της υγείας μπορούμε να διακρίνουμε βάσει των όρων «disease» και «illness» στα αγγλικά, τη διαφοροποίηση μεταξύ της υποκειμενικότητας και της αντικειμενικότητας της διαταραχής. Η διαταραχή σε σωματικό ή ψυχολογικό επίπεδο που αναφέρεται στην προσωπική εμπειρία του ασθενή περιγράφεται με τον όρο αρρώστια (illness) ενώ η βιολογική κατάσταση του σώματος που νοσεί επεξηγώντας την αρρώστια, περιγράφεται με τον όρο «νόσος» (disease) (Whinney, 1981). Καθώς η νόσος ή η αρρώστια μπορεί να περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις λειτουργίες της κοινωνίας, προστίθεται ο όρος «ασθένεια» (sickness) προκειμένου να προσδιορίσει κοινωνικά τη νόσο (Slikkerveer, 1990).

Επιπλέον, ο όρος «περίπτωση νοσήματος» χρησιμοποιείται για την περιγραφή περιστατικού όπου ο ασθενής καθίσταται ξενιστής, και όπου το περιστατικό έχει διάρκεια σε χρόνο. Αντιθέτως, ο όρος νόσος περιγράφει βιολογικά τη διαταραγμένη υγεία, περιγράφοντας σε ορισμένη χρονική στιγμή την κατάσταση της (Σπάρος, 2001).

Επιπροσθέτως, εφόσον τα άτομα ορίζουν τα ίδια τη διαταραχή της υγείας τους, μιλάμε για υποκειμενικό προσδιορισμό, ενώ όταν προέρχεται από τους επαγγελματίες υγείας και την κλινική εξέταση προσδιορίζεται ως αντικειμενικός (Denton, 1978). Έτσι, οι έννοιες της νόσου και της αρρώστιας δεν είναι πάντα ταυτόσημες. Είναι δυνατόν άτομα τα οποία εκφράζουν παράπονα ότι υποφέρουν από συμπτώματα και νιώθουν ότι έχουν κάποια αρρώστια, στην πραγματικότητα να μη νοσούν. Στην περίπτωση που η νόσος είναι όντως υπαρκτή, καθώς εξαρτάται εκτός των άλλων από την προσωπική εκτίμηση του ατόμου που νοσεί, υπάρχει ενδεχόμενο τα συμπτώματα και η έντασή τους να μη προσδιορίζονται με ακρίβεια εφόσον δεν συνδέονται απόλυτα με το εύρος της βλάβης των ιστών (Whinney, 1981).

Με τον όρο «συμπεριφορά αρρώστιας» περιγράφεται η κοινωνική συμπεριφορά που εμφανίζει το άτομο που είναι άρρωστο, ως αποτέλεσμα της κοινωνικής διαδικασίας και των φάσεων από τις οποίες διέρχεται ενόσω νοσεί (Slikkerveer, 1990). Έτσι, το άτομο εφόσον εκδηλώσει και αναγνωρίσει τα συμπτώματα της ασθένειάς του, διέρχεται στη φάση της

αποδοχής του ρόλου του αρρώστου και απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και στους ιατρούς για την παροχή θεραπείας (Parsons, 1950).

3.3 Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η ανάγκη εκτίμησης της επίδρασης μιας νοσογόνου κατάστασης στην σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία ενός ανθρώπου καθώς και των παραμέτρων που σχετίζονται με την υγεία συνέβαλε στην εισαγωγή της έννοιας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Ο όρος «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» ενσωματώνει τρεις διαστάσεις: Την υποκειμενική θεώρηση της υγείας του ατόμου για τον εαυτό του, β) Την αλληλεπίδραση της κατάσταση της υγείας με τη λειτουργικότητα του και γ) Τον προσδιορισμό της λειτουργικότητας του ατόμου ώστε να μπορεί να πραγματοποιεί τους στόχους που έχει στη ζωή του (Kaplan, & Bush 1982).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία εξετάζει την επίδραση που μπορεί να έχει το επίπεδο υγείας του ατόμου στην καθημερινή ζωή και στην ικανότητά του να λειτουργεί αυτόνομα. Ειδικότερα, αναφέρεται στην επίδραση που έχει η υγεία, η νόσος ή οι θεραπευτικές διαδικασίες στην σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία ενός ανθρώπου. Συγκλίνει, δηλαδή στη προσωπική αντίληψη της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας του ατόμου, στο βαθμό που επιδρά η κατάσταση της υγείας στη λειτουργικότητά του καθώς και στον περιορισμό της λειτουργικότητάς του σε απαραίτητους τομείς της ζωής του (Κατσάνος, & Τσιάνος, 2001).

Για την εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, έχουν αποδοθεί διάφοροι ορισμοί. Οι Wilson και Cleary (1995) ορίζουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωή ως την ικανοποίηση του ατόμου από τις παραμέτρους της ζωής του, στο επίπεδο που επηρεάζονται από την υγεία. Μία άλλη προσέγγιση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία είναι ότι μετρά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην σφαιρική προσέγγιση της ζωής του ατόμου (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, & Βανδώρου 2003). Ακόμη, οι Thomson και Roebuck (2001) υποστηρίζουν ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωή παρέχει ένα κοινό συγκριτικό τρόπο μέτρησης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της επίδρασης διαφορετικών θεραπειών της ίδιας κατάστασης υγείας, ή μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων υγείας υποδεικνύοντας έτσι το φορτίο που επωμίζεται ο ασθενής εξαιτίας της κλινικής του κατάστασης. Συνεπώς, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επικεντρώνεται στην υγεία και περιλαμβάνει μόνο

τις πλευρές της ποιότητας ζωής που αφορούν την κοινωνική, σωματική και ψυχική υγεία (Υφαντόπουλος, 2007).

Η Ιατρική μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη του επιπέδου υγείας, δεν μπορεί όμως από μόνη της να καθορίσει εξολοκλήρου και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία καθώς εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες όπως η φυσική υγεία και λειτουργικότητα, η κοινωνική ευημερία και η συναισθηματική ικανοποίηση του ατόμου (Bullinger, Anderson, Celia, & Aaronson, 1999).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται τόσο στα ασθενή όσο και στα υγιή άτομα. Στους ασθενείς, εκτιμά τις επιπτώσεις μιας νόσου αποδίδοντας το βαθμό κατά τον οποίο η νόσος ή η θεραπεία της έχουν επηρεάσει τη συνήθη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Ο καθορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι πολύ σημαντικός για την διαμόρφωση πολιτικών και δράσεων που αποσκοπούν στη συνεχή βελτίωση της ζωής του ατόμου. Είναι η συχνότερη μέθοδος που χρησιμοποιείται για την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας και η οποία αντανακλά την βελτίωση ή την επιβάρυνση της υγείας από την χρήση ενός νέου φαρμάκου ή μίας νέας θεραπευτικής τεχνικής. Έτσι, η κατάσταση υγείας, η λειτουργικότητα, οι συνήθειες υγείας, οι γνώσεις για τη νόσο και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το κοινωνικό και οικογενειακό υποστηρικτικό σύστημα, η ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, η ψυχολογική κατάσταση καθώς το οικονομικό και μορφωτικό του επίπεδο διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Ωστόσο, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής που αφορά το γενικό πληθυσμό στηρίζεται στη προσωπική εκτίμηση του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του αποκτώντας φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις (Schuessler, & Fisher, 1985, Fayers, & Sprangers, 2002).

3.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο και συν., (2008), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προκειμένου να περιγράψει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, διακρίνει τους σημαντικότερους παράγοντες που την προσδιορίζουν σε ψυχολογικούς, οικονομικο-πολιτικούς, υγειονομικούς, πολιτισμικούς, περιβαλλοντικούς και δημογραφικούς. Στους ψυχολογικούς παράγοντες εντάσσεται ο ιδιαίτερος χαρακτήρας του ατόμου, η αυτεπίγνωση και η αντίληψη για τον εαυτό του, οι απόψεις του σχετικά με την υγεία, καθώς και το γνωστικό και μορφωτικό του επίπεδο. Στους οικονομικο-πολιτικούς

παράγοντες εντάσσονται στοιχεία όπως το πολίτευμα μιας χώρας, το επίπεδο της οικονομίας, οι θέσεις απασχόλησης, τα ποσοστά ανεργίας κ.ά. Στους υγειονομικούς παράγοντες εντάσσεται ο τρόπος που το υγειονομικό σύστημα μιας χώρας διαμορφώνεται και λειτουργεί, η παροχή δικαιωμάτων στον πληθυσμό προκειμένου να απολαμβάνει με ισότητα τις υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος καθώς και τη συμμετοχή του στα διάφορα προγράμματα πρόληψης. Στους πολιτισμικούς παράγοντες εντάσσονται τα χαρακτηριστικά μιας χώρας στοιχεία πολιτισμού, τα ξεχωριστά ήθη και έθιμά της αλλά και τα στοιχεία της κουλτούρας της αναφορικά με τη θρησκεία και την ιστορία της. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες εντάσσονται τόσο τα χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος όπως οι γενικότερες κλιματικές συνθήκες της χώρας, όσο και τα κοινωνικά περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά όπως το περιβάλλον της οικογένειας όπου το άτομο ζει. Τέλος, στους δημογραφικούς παράγοντες ανήκουν τα ιδιαίτερα στοιχεία του ατόμου που το χαρακτηρίζουν όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό του επίπεδο, η οικογενειακή του κατάσταση, η επαγγελματική του θέση κ.ά.

3.5 Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Οι πρώτες προσπάθειες μέτρησης της ποιότητας ζωής ξεκίνησαν στο χώρο της υγείας γύρω στο 1970. Μέχρι της αρχές του 1990 είχε παρουσιαστεί μεν μεγάλος αριθμός εργαλείων, όμως η ανάγκη για την ανάπτυξη διαφορετικών μεθόδων καταμέτρησης οδήγησε στη συνέχιση των έντονων προσπαθειών προκειμένου να εξακριβωθούν οι στόχοι και οι σκοποί των ερευνών, να καταστούν εγκυρότερα, καταλληλότερα και πιο αξιόπιστα τα εργαλεία και μέσω της ορθής επιλογής και χρήσης τους να αναβαθμιστεί η μελέτη της ποιότητας ζωής (Νάκου Σ., 2001, Κυριόπουλος, et al., 2003).

Τα προτεινόμενα εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες, στα εργαλεία γενικής χρήσης και στα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών. Τα εργαλεία γενικής χρήσης έχουν ευρεία εφαρμογή σε διάφορες ασθένειες, αναπηρίες, διαταραχές και ιατρικές θεραπείες και εκτιμούν το επίπεδο υγείας των κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών ομάδων του γενικού πληθυσμού. Αντιθέτως, τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών, έχουν εφαρμογή σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενειών και εκτιμούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων.

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ανήκουν σε δυο βασικές κατηγορίες:

α) στα εργαλεία γενικής χρήσης (Generic Instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα να μετρούν το επίπεδο της υγείας του γενικού πληθυσμού καθώς και των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών, ανικανοτήτων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών,

β) στα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ή τις αλλαγές στα στάδια μιας συγκεκριμένης ασθένειας (Kielhorn, 2000).

Ορισμένα από τα εργαλεία που εφαρμόζονται τις τελευταίες δεκαετίες για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία είναι τα παρακάτω (Kielhorn A., 2000):

Εργαλεία γενικής χρήσης

- Επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) (Ware J.E., 1993),
- Ερωτηματολόγιο Euro-quality of life (Euroqol),
- Ερωτηματολόγιο World Health Organization Quality of Life 100 και η βραχεία μορφή του (Ware J.E., 1993),
- Επισκόπηση υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile) (Hunt S.M. et al., 1981),
- Απεικόνιση των επιπτώσεων της αρρώστιας (Sickness Impact Profile) (Bergner M., Bobbit R., Carter W., Glison B., 1981),
- Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaire) (Goldberg D., 1972),
- Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (General Health Ratings Index).

Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών

- Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance Index) (Karnofsky D.A., Burchenal J.H., 1949).
- Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Performance Status) (World Health Organization, 1979).
- Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living) (Katz S.T. et al., 1963).
- Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (Spitzer Quality of Life Index) (Spitzer W.O. et al., 1981).

- Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (McGill Pain Questionnaire) (Melzack R., Torgerson W.S., 1971).
- Κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale) (Morrow G.R., Chiarello R.J., Deroqatis L.R., 1978).

3.6 Σκοποί μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Βασικό στόχο της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής αποτελεί η σφαιρική αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και του πληθυσμού, δίχως τον περιορισμό μόνο στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι μετρήσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής πραγματοποιούνται μέσω ερευνών τόσο ατομικά όσο και πληθυσμιακά, αποσκοπώντας στα παρακάτω:

- εκτίμηση και διαχρονική παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού,
- εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού,
- εντοπισμός ομάδων υψηλού κινδύνου για εμφάνιση χαμηλής ποιότητας ζωής,
- αξιολόγηση της εφαρμοσμένης πολιτικής υγείας και ιεράρχηση προτεραιοτήτων,
- κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας,
- πληροφόρηση σχετικά με τη διάθεση των πόρων,
- εκτίμηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας,
- υλοποίηση προγραμμάτων,
- ανίχνευση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων,
- εκτίμηση των προσωπικών αναγκών υγείας,
- διάγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αρρώστιας, πρόγνωση,
- αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας,
- αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας,
- εκτίμηση της σχετικής αξίας και της αποτελεσματικότητας διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων,
- εκτίμηση της αντίληψης του ασθενούς για την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα της φροντίδας υγείας,
- παρακολούθηση της κατάστασης υγείας ομάδων ασθενών σε διαφορετικές χρονικές περιόδους
- ανάλυση κόστους – ωφέλειας,

- οικονομικός έλεγχος (Νάκου, 2001, Κυριόπουλος, Γείτονα, & Σκουρολιάκου, 1996)

Κύριοι στόχοι για την πραγματοποίηση των μετρήσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι να αυξηθεί η μακροβιότητα, να ελαττωθεί η νοσηρότητα και να διατηρηθεί η ευεξία των ατόμων, και σύμφωνα με τον ΠΟΥ «να προστεθούν χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια» (WHO-EURO, 1985)

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κατά τον ΠΟΥ διακρίνει τη φυσική διάσταση, στην οποία περιλαμβάνεται η κινητικότητα του ατόμου, η ικανότητά του να αυτοεξυπηρετείται, καθώς και η δυνατότητά του να εργάζεται και να λειτουργεί με τρόπο φυσιολογικό. Επίσης διακρίνει την ψυχολογική διάσταση, όπου περιλαμβάνονται υποκειμενικοί παράγοντες καθώς και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ζει, και τέλος, την κοινωνική διάσταση, όπου εξετάζεται η ζωή του ατόμου στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινωνίας.

Οι παραπάνω διαστάσεις συνοψίζουν το κατά πόσο το άτομο εκφράζει τη ζωτικότητα του, κατά πόσο νιώθει ήρεμο εσωτερικά, πώς αντιμετωπίζει τους φόβους και τις ανησυχίες του, ποια είναι η στάση του για το μέλλον, καθώς και πώς εκτιμά τον εαυτό του (WHO-EURO, 1985).

4. Η ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο»

Το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης ιδρύθηκε το 1935. Εδώ και 86 χρόνια βρίσκεται κοντά στους πολίτες του νομού Λέσβου με πληθυσμό 30.000 περίπου κατοίκους ο οποίος διπλασιάζεται κατά τους θερινούς μήνες, προσφέροντας τους τις καλύτερες δυνατές ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας. Επίσης, από το 2015 μέχρι και σήμερα το νοσοκομείο έχει επιβαρυνθεί με τη συνεχιζόμενη ροή μεταναστών – προσφύγων, στους οποίους παρέχονται υπηρεσίες υγείας τόσο στα Εξωτερικά Ιατρεία, επείγοντα και τακτικά, όσο και νοσηλεία. Αποτελείται από πέντε 5 πτέρυγες, οι οποίες απαρτίζουν ένα ενιαίο σε λειτουργία σύνολο και στον περιβάλλοντα χώρο βρίσκεται το κτίριο του Ψυχιατρικού τμήματος. Διαθέτει τμήματα των περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων και είναι στελεχωμένο με καταρτισμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό, με τη συμβολή των οποίων παρέχονται με ανθρωπιά και υπευθυνότητα υψηλού επιπέδου ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Στις πτέρυγες λειτουργούν εκτός από τις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες, τα παρακάτω τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου:

Τμήμα επειγόντων περιστατικών

Τακτικά εξωτερικά ιατρεία

Παθολογική κλινική

Τμήμα λοιμώξεων (μετατράπηκε το 2020 σε τμήμα covid-19)

Ογκολογική κλινική

Τμήμα υποστηρικτικής θεραπείας και πόνου

Χειρουργική κλινική

Ορθοπαιδική κλινική

Νευροχειρουργική κλινική

Ουρολογική κλινική

Χειρουργεία

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Γαστρεντερολογικό τμήμα

Καρδιολογική κλινική
Αιμοδυναμικό τμήμα
Πνευμονολογική κλινική
Μονάδα Εμφραγμάτων (ΜΑΦ)
ΩΡΛ κλινική
Οφθαλμολογική κλινική
Ψυχιατρική κλινική
Μαιευτική κλινική
Παιδιατρική κλινική
Τμήμα νεογνών
Φαρμακείο
Μικροβιολογικό εργαστήριο
Τμήμα αιμοδοσίας
Τμήμα Μεσογειακής Αναιμίας
Ακτινολογικό εργαστήριο
Μαστογράφος
Μαγνητικός τομογράφος
Αξονικός τομογράφος

Το σύνολο των κλινών που διαθέτει το Νοσοκομείο σήμερα, ανέρχεται σε 240 και το ανθρώπινο δυναμικό σε 470. Επιπλέον, εργάζονται 110 ιατροί από τους οποίους οι 30 είναι ειδικευόμενοι. Οι εγκαταστάσεις του ανακαινίστηκαν πρόσφατα και συνεχώς διαμορφώνονται σύμφωνα με τις νέες απαιτήσεις και ανάγκες. Το νοσοκομείο σήμερα διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό και προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, χρησιμοποιώντας τις βέλτιστες πρακτικές στην επίτευξη αποτελεσματικών θεραπειών και στην αποδοτικότερη χρήση των διατιθέμενων πόρων για την εξυπηρέτηση των πολιτών μέσω της παροχής Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

4.2 Αξονικός Τομογράφος Νοσοκομείου Μυτιλήνης

Στο τμήμα Αξονικής Τομογραφίας του Νοσοκομείου το 2015 τοποθετήθηκε και τέθηκε σε λειτουργία νέος αξονικός τομογράφος 16 τομών με πόρους από το ΕΣΠΑ 2007-2013. Το νέο μηχάνημα ανήκει στη νεότερη γενιά αξονικών τομογράφων, οι οποίοι είναι πολλαπλές φορές ταχύτεροι σε σχέση με τους συμβατικούς και ελαχιστοποιεί το χρόνο εξέτασης,

αναβαθμίζει το επίπεδο της απεικονιστικής διάγνωσης και κατ' επέκταση την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου. Το τμήμα διαθέτει έμπειρο και εξειδικευμένο Ιατρικό, Παραϊατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό και καλύπτει σε 24ωρη βάση τις ανάγκες των Κλινικών Τμημάτων και Μονάδων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου. Εξυπηρετεί, επίσης καθημερινά τις προγραμματισμένες επισκέψεις των πολιτών από Δευτέρα έως Παρασκευή σε πρωινό ωράριο. Ο προγραμματισμός των ραντεβού γίνεται είτε απευθείας, είτε τηλεφωνικώς και οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται βαρύνουν τους ίδιους τους ασθενείς ή τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Εξετάζονται ημερησίως μέχρι 30 ασθενείς και τα είδη της αξονικής τομογραφίας που διενεργούνται είναι:

Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου

Αξονική Τομογραφία Σπλαχνικού Κρανίου

Αξονική Τομογραφία Λιθοειδών

Αξονική Τομογραφία Οφθαλμικών Κόγχων

Αξονική Τομογραφία Τραχηλου

Αξονική Τομογραφία Θώρακος-μεσοθωράκιου

Αξονική Τομογραφία άνω-κάτω Κοιλίας και Οπισθοπεριτοναϊκού Χώρου

Αξονική Τομογραφία Μυοσκελετικού Συστήματος

Αξονική Τομογραφία Σπονδυλικής Στήλης (Αυχενική, Θωρακική, Οσφυική)

Αξονική Αγγειογραφία Πνευμόνων

Αξονική Αγγειογραφία Θωρακικής Αορτής

Αξονική Αγγειογραφία Κοιλιακής Αορτής

Αξονική Αγγειογραφία Ενδοκράνιων Αγγείων

Αξονική Αγγειογραφία Καρωτίδων και Σπονδυλικών Αρτηριών

Αξονική Αγγειογραφία Σπληνο-πυλαίου Άξονα

Αξονική Αγγειογραφία Λαγόνιων και Αρτηριών κάτω άκρων.

Ανασύνθεση εικόνων σε τρία επίπεδα (τρισδιάστατη απεικόνιση- 3D)

Πραγματοποίηση επεμβατικών πράξεων, όπως διαγνωστικές βιοψίες και παρακεντήσεις.

4.2.1 Το σύστημα αρχειοθέτησης και επικοινωνίας απεικονιστικών εξετάσεων (PACS)

Τα τελευταία χρόνια στο νοσοκομείο Μυτιλήνης λόγω της αύξησης του όγκου των ιατρικών απεικονιστικών εξετάσεων και πληροφοριών, της ανάγκης εξυπηρέτησης περισσότερων ασθενών και χρησιμοποίησης οικολογικών συστημάτων αποτύπωσης εικόνων, για την

βελτίωση της ποιότητας της εικόνας σε ψηφιακή, τοποθετήθηκε το σύστημα αρχειοθέτησης και επικοινωνίας απεικονιστικών εξετάσεων (PACS). Πρόκειται για ένα σύστημα διαχείρισης ιατρικής με σκοπό την καταγραφή, αποτύπωση, αρχειοθέτηση, επικοινωνία και ανάκτηση εικόνων και σχετικών στοιχείων (Strickland, 2000). Στο σύστημα PACS είναι συνδεδεμένα ο αξονικός τομογράφος και άλλα ακτινολογικά απεικονιστικά συστήματα τα οποία υπάρχουν εντός του νοσοκομείου, επιτρέποντας τη μεταξύ τους διασύνδεση.

Τα οφέλη της διαχείρισης του τεράστιου όγκου δεδομένων που περιέχονται σε ακτινολογικές εικόνες μέσω της χρήσης του PACS είναι ζωτικής σημασίας τόσο για το τμήμα του αξονικού τομογράφου όσο και για το Νοσοκομείο γενικότερα. Μια εικόνα στο PACS δεν μπορεί να χαθεί, να κλαπεί ή να διαγραφεί και είναι πάντα προσβάσιμη. Έτσι, δεν αναβάλλονται κλινικές αποφάσεις, δεν επαναλαμβάνονται εξετάσεις επειδή λείπουν και δεν σπαταλάται χρόνος από γιατρούς ή άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που αναζητούν φιλμ που χάθηκαν. Επίσης, οι εικόνες είναι πάντα διαθέσιμες μέρα και νύχτα, για προβολή οπουδήποτε στο νοσοκομείο, καθώς επιτρέπει την ταυτόχρονη προβολή της ίδιας εικόνας σε πολλαπλές τοποθεσίες, σε αντίθεση με το συμβατικό φιλμ που μπορεί να υπάρχει μόνο σε ένα μέρος κάθε φορά. Επιπλέον, βελτιώνεται η αποδοτικότητα της συνεργασίας μεταξύ του ακτινολογικού τμήματος και των εντολών των εξετάσεων, επειδή μόλις ολοκληρωθεί μία εξέταση, οι εικόνες είναι άμεσα διαθέσιμες στο PACS για προβολή σε άλλες περιοχές εκτός του τμήματος αξονικής τομογραφίας. Συνεπώς, ο κλινικός γιατρός δεν χρειάζεται να μεταβεί στο Τμήμα Απεικόνισης για να ανακτήσει την εικόνα ή να περιμένει να επιστρέψει στο θάλαμο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πολύτιμου χρόνου. Επιπρόσθετα, η δυνατότητα ανάκτησης εικόνων προηγούμενων εξετάσεων ενός ασθενή από το μακροπρόθεσμο αρχείο στον βραχυπρόθεσμο διακομιστή, πριν από την απόκτηση και προβολή της τρέχουσας εξέτασης απεικόνισης του ίδιου του ασθενή βοηθάει τον ακτινολόγο γιατρό να κάνει διαγνωστική σύγκριση που είναι απαραίτητη για την σωστή εκτίμηση της βελτίωσης ή επιδείνωσης της κατάστασης υγείας του ασθενούς. Συμπερασματικά, οι αποφάσεις διαχείρισης ασθενών μπορούν να ληφθούν άμεσα, οποιαδήποτε ώρα, μέρα ή νύχτα, χωρίς να χαθεί πολύτιμος χρόνος (Strickland, 2000).

4.3 Η ιστορία του αξονικού τομογράφου

Η εφεύρεση του αξονικού τομογράφου αποδίδεται στον Godfrey N. Hounsfield. Η ιδέα αυτή για την εποχή της ήταν τόσο πρωτοποριακή που έδωσε στον κάτοχο της ένα βραβείο

Νόμπελ. Από τότε μέχρι και σήμερα, η τεχνολογία που αφορά την επιστήμη της ιατρικής εξελίσσεται συνεχώς και αυτό ισχύει και για τους αξονικούς τομογράφους. Στα τέλη της δεκαετίας του '90 έγινε ένα σημαντικό βήμα προόδου με την δημιουργία του Αξονικού Τομογράφου Ελικοειδούς Σάρωσης (Spiral CT) η οποία επιτρέπει την ανασύνθεση των εικόνων σε τρισδιάστατη μορφή βελτιώνοντας σημαντικά την εικόνα της υπό εξέταση περιοχής και δίνοντας επιπλέον τη δυνατότητα πραγματοποίησης Αξονικής Αγγειογραφίας (CTA). Ωστόσο, η σημαντικότερη εξέλιξη στο χώρο ήρθε το 1998 με την ανακάλυψη του Πολυτομικού Αξονικού Τομογράφου, βελτιώνοντας σημαντικά τόσο τη διαδικασία όσο και τη διάγνωση (Prokop & Galanski, 2002, Bonomo, Foley, Imhof, & Rubin, 2003).

4.4 Πολυτομικός Τομογράφος (Multislice CT)

Η εισαγωγή των Πολυτομικών Αξονικών Τομογράφων αποτέλεσε ένα από τα σημαντικότερα βήματα προόδου της Αξονικής Τομογραφίας. Αυτές οι μονάδες διαθέτουν συστήματα απόκτησης δεδομένων συνδεδεμένα σε συστοιχίες πολλαπλών ανιχνευτών για να παρέχουν σάρωση CT «πολλαπλής διατομής», αυξάνοντας έτσι την ταχύτητα της συλλογής δεδομένων έναντι των συμβατικών ελικοειδών σαρωτών CT ενός τμήματος. Επιπλέον, οι ανιχνευτές περιστρέφονται σε συγχρονισμό με τη λυχνία μέσα στο gantry του μηχανήματος και ορισμένοι από αυτούς τους σαρωτές έχουν ταχύτητες περιστροφής ανά δευτερόλεπτο, διπλάσια από την ταχύτητα των περισσότερων συμβατικών ελικοειδών σαρωτών. Συνεπώς, η νέα γενιά αξονικών τομογράφων με τις βελτιώσεις που έχουν γίνει έχουν αυξήσει την ταχύτητα σάρωσης σε σχέση με τους περισσότερους συμβατικούς ελικοειδείς σαρωτές. Σήμερα η πολυτομική αξονική τομογραφία 64 τομών αποτελεί την τελευταία και τελειότερη εξέλιξη μειώνοντας εκπληκτικά τους χρόνους εξέτασης και έχει την δυνατότητα να σαρώσει ολόκληρο το σώμα σε χρόνους λίγων δευτερολέπτων παρέχοντας ταυτόχρονα εικόνες υψηλής ευκρίνειας (Rydborg, Buckwalter, Caldemeyer, Phillips, Conces, Aisen, Persohn, & Kopecky, 2000).

Τα οφέλη του Αξονικού Τομογράφου Πολλαπλών τομών σε σχέση με τον ελικοειδή σαρωτή μονής τομής είναι σημαντικά. Η εξέταση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε λεπτότερα τμήματα, οδηγώντας σε υψηλότερη χωρική ανάλυση κατά μήκος του διαμήκους άξονα του ασθενούς. Η σάρωση μπορεί να πραγματοποιηθεί πολύ πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα τη βελτιωμένη χρονική ανάλυση και τη μείωση της κίνησης που προέρχεται από την αναπνοή, τους χτύπους της καρδιάς και τις κινήσεις του ασθενούς, κατά τη φάση της εξέτασης, που

οδηγούν στην παρουσία σφαλμάτων (artifacts). Το ενδοφλεβίως χορηγούμενο ιωδιούχο υλικό σκιαγράφησης, μπορεί να χορηγηθεί με ταχύτερο ρυθμό, αυξάνοντας την αύξηση της αντίθεσης στις εικόνες. Τέλος, τα λεπτά διαφράγματα που υπάρχουν μεταξύ των ανιχνευτών και κατά μήκος του άξονα του ασθενούς απορροφούν την ακτινοβολία και δεν παράγουν δεδομένα. Συνεπώς, τα συστήματα πολλαπλών τομών παράγουν λιγότερο άχρηστη ακτινοβολία σε σχέση με τα μηχανήματα παλαιότερης τεχνολογίας, ενώ συγχρόνως δίνει εκπληκτικά αποτελέσματα όσον αφορά τις δυνατότητες στην ανασύνθεση και στην επεξεργασία των εικόνων αυξάνοντας ουσιαστικά τη διαγνωστική ακρίβεια της εξέτασης (Rydberg, et al., 2000).

Για τους παραπάνω λόγους η νέα τεχνική σάρωσης είχε ευρεία και άμεση αποδοχή από όλη την Ακτινολογική Κοινότητα. Φαίνεται εξάλλου και από το γεγονός ότι το 1998 είχαν τεθεί σε λειτουργία 10 Αξονικοί Τομογράφοι παγκοσμίως, έως τα μέσα του 1999 είχαν αυξηθεί στους 100 και μέχρι τα τέλη του 2000 είχαν ξεπεράσει ήδη τους 1000 Αξονικούς Τομογράφους (Prokop & Galanski, 2002, Beutel, Kundel, & Van, 2000).

4.5 Κλινικές εφαρμογές του Πολυτομικού αξονικού τομογράφου

Η τεχνική πολλαπλών τομών και η τεχνική τρισδιάστατης απεικόνισης επέτρεψε την ταχύτερη και ποιοτικότερη ιατρική αξιολόγηση των ασθενών σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών ενδείξεων. Αποτελεί ένα σπουδαίο εφόδιο στα χέρια των ιατρών για τη διάγνωση ή τον αποκλεισμό διαφόρων παθήσεων, με μεγαλύτερη ακρίβεια σε σύγκριση με τις απλές απεικονιστικές μεθόδους.

Η αξονική τομογραφία μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να εντοπίσουν οποιεσδήποτε αλλαγές σε ανατομικές περιοχές του σώματος. Μπορούν να ανιχνεύσουν βλάβες στα οστά και στις αρθρώσεις, όπως σύνθετα κατάγματα και όγκους. Να εξετάσουν καρδιολογικές παθήσεις και βλάβες των στεφανιαίων αγγείων. Να αξιολογήσουν την έκταση εσωτερικών τραυματισμών και την εσωτερική αιμορραγία.. Να εντοπίσουν μάζες και όγκους οργάνων, συλλογές υγρού στις διάφορες κοιλότητες του σώματος, αέρα σε παθολογικά σημεία, ξένα σώματα και φλεγμονές. Να μελετήσουν τα αιμοφόρα αγγεία και να εντοπίσουν θρόμβους αίματος. Βοηθάει να καθοδηγήσουν σχέδια και διαδικασίες θεραπείας, όπως βιοψίες, και χειρουργικές επεμβάσεις. Τέλος, οι γιατροί μπορούν να συγκρίνουν αξονικές τομογραφίες για να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα ορισμένων θεραπειών. Για παράδειγμα, οι

σαρώσεις ενός όγκου με την πάροδο του χρόνου μπορούν να δείξουν εάν ανταποκρίνεται στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοβολία (Rydberg, et al., 2000).

Η αλματώδης ανάπτυξη της αξονικής τομογραφίας και των ποικίλων απεικονιστικών τεχνικών έχει οδηγήσει σε ένα μεγάλο αριθμό εξετάσεων, που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων. Η κλινική εικόνα του ασθενούς και η διαγνωστική εκτίμηση του γιατρού είναι εκείνη που θα οδηγήσει στην επιλογή της κατάλληλης εξέτασης και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την περιοχή του σώματος που θέλει να αξιολογήσει. Τα είδη εξετάσεων αξονικής τομογραφίας είναι τα ακόλουθα (Romans & Romans, 2011, Ελληνική Ακτινολογική Εταιρεία, 2011) :

Αξονική εγκεφάλου: Ένας γιατρός μπορεί να ζητήσει αξονική εγκεφάλου για έναν ασθενή που εμφανίζει συμπτώματα όπως ανεξήγητους πονοκεφάλους ή ζάλη και έχει ενδείξεις παθολογίας στην περιοχή. Η εξέταση μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση ισχαιμικών εγκεφαλικών, αιμορραγιών, αγγειακών δυσπλασιών, μετατραυματικών βλαβών και νεοπλασιών. Επίσης, καταγράφει εικόνες και άλλων περιοχών της κεφαλής, σπλαχνικού κρανίου, παραρρινίων κόλπων, οφθαλμικών κόγχων, λιθοειδών και πιο εξειδικευμένη, η αξονική άνω και κάτω γνάθου (dental scan). Για παράδειγμα, οι ασθενείς με συνεχιζόμενα προβλήματα κόλπων μπορεί να επωφεληθούν από την αξονική τομογραφία για να προσδιορίσουν εάν υπάρχει συνεχής φλεγμονή στην περιοχή.

Αξονική Τραχήλου: Η αξονική τομογραφία τραχήλου απεικονίζει την περιοχή από τη βάση του κρανίου έως την κορυφή των πνευμόνων. Η σάρωση μπορεί να ανιχνεύσει και να διαγνώσει όγκους ή μάζες στο λαιμό, στη γλώσσα, στις φωνητικές χορδές ή στον άνω αεραγωγό. Ένας γιατρός μπορεί επίσης να εντοπίσει αυξήσεις ή ανωμαλίες στον θυρεοειδή αδένα, προβλήματα με την καρωτιδική αρτηρία ή λεμφαδενοπάθεια χρησιμοποιώντας την αξονική τομογραφία.

Αξονική Θώρακος: Η αξονική τομογραφία θώρακα μπορεί να παρέχει στον γιατρό λεπτομερείς εικόνες των πνευμόνων ενός ατόμου. Οι γιατροί ενδέχεται να ζητήσουν τη σάρωση εάν ένας ασθενής παραπονιέται ότι έχει πρόβλημα αναπνοής ή ότι έχει πόνο στο στήθος. Οι εικόνες μπορούν να βοηθήσουν τους γιατρούς να διασαφηνίσουν διαγνωσμένες βλάβες από απλό ακτινολογικό έλεγχο, να εντοπίσουν νεοπλασίες και τραυματικές βλάβες (αιμοθώρακα και πνευμοθώρακα) και να διαγνώσουν καταστάσεις όπως χρόνια

αναπνευστική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), οξύ πνευμονικό οίδημα, καρκίνο του πνεύμονα, πνευμονία, φυματίωση ή περίσσεια υγρού στους πνεύμονες.

Αξονική άνω-κάτω κοιλίας: Απεικονίζει με ευκρίνεια όλα τα σπλαχνικά όργανα της κοιλίας. Ένας γιατρός μπορεί να διατάξει μια σάρωση κοιλίας για να ανιχνεύσει αποστήματα στην περιοχή, να ανακαλύψει εσωτερική αιμορραγία, να εντοπίσει συλλογή ενδοπεριτοναϊκού υγρού, παθολογικό αέρα, τραυματικές και μετατραυματικές βλάβες και να διαγνώσει νεοπλασίες.

Αξονική οπισθοπεριτοναϊκού χώρου: Η εξέταση απεικονίζει την περιοχή μέσα στο σώμα μεταξύ των ισχίων. Μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση προβλημάτων με το αναπαραγωγικό σύστημα ανδρών ή γυναικών ή να εντοπίσει προβλήματα στην ουροδόχο κύστη, όπως πέτρες στην ουροδόχο κύστη ή όγκους.

Αξονική τομογραφία σπονδυλικής στήλης: Οι αξονικές τομογραφίες της σπονδυλικής στήλης διακρίνονται σε αξονική αυχενικής θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης. Καταγράφουν εικόνες της οστικής σπονδυλικής δομής, τους δίσκους μεταξύ των οστών και του μαλακού ιστού της σπονδυλικής στήλης. Η αξονική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης μπορεί να βοηθήσει έναν γιατρό να αξιολογήσει τον τραυματισμό στην περιοχή, να εντοπίσει εκφυλίσεις μεσοσπονδυλίων δίσκων, να διαγνώσει νεοπλασίες και να αξιολογήσει την περιοχή πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένας γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει και την CT νωτιαίου μυελού για να μετρήσει την οστική απώλεια στην περιοχή ως αποτέλεσμα της οστεοπόρωσης. Η αξονική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης μπορεί επίσης να είναι βοηθητική κατά τη διάρκεια βιοψίας ή άλλης διαδικασίας.

Αξονική του Μυοσκελετικού Συστήματος: Ενώ μια απλή ακτινογραφία μπορεί να ανιχνεύσει κάταγμα ή άλλο πρόβλημα με τα οστά, οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν επίσης μερικές φορές αξονική τομογραφία των οστών. Δεδομένου ότι μια αξονική τομογραφία μπορεί να δώσει περισσότερες πληροφορίες σε έναν γιατρό, μπορεί να παραγγείλει εάν τα αποτελέσματα μιας παραδοσιακής ακτινογραφίας είναι ασαφή. Μια αξονική τομογραφία θα παρέχει επίσης μια σαφέστερη εικόνα των μαλακών ιστών κοντά στα οστά, όπως οι τένοντες και οι μύες. Μια αξονική τομογραφία μπορεί επίσης να βοηθήσει στη διάγνωση του καρκίνου στα οστά.

Αξονική αγγειογραφία: Επιτρέπει την διενέργεια αγγειογραφιών στα αγγεία της κοιλίας, του θώρακα, του τραχήλου του εγκεφάλου και των άνω η κάτω άκρων, με πολύ

ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ένας γιατρός μπορεί να παραγγείλει αξονική αγγειογραφία εάν θέλει να αξιολογήσει τον κίνδυνο αγγειακής νόσου ενός ατόμου. Η σάρωση μπορεί επίσης να βοηθήσει τους γιατρούς να εντοπίσουν βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία, όπως ρήξη ανευρύσματος, τον διαχωρισμό της αορτής και την πνευμονική εμβολή. Πριν από τη σάρωση, ο επαγγελματίας υγείας χορηγεί ενδοφλεβίως σκιαγραφική ουσία στα αιμοφόρα αγγεία για να κάνει τη ροή του αίματος μέσω του σώματος πιο ορατή. Στη συνέχεια, ο τεχνολόγος ακτινολόγος λαμβάνει εικόνες των αιμοφόρων αγγείων ενώ οι δυνατότητες επεξεργασίας και τρισδιάστατης απεικόνισης επιτρέπουν την ακριβέστερη μελέτη και διαγνωστική ακρίβεια.

Αξονική Πνευλογραφία: Ένας κοινός λόγος για την αξονική τομογραφία των νεφρών είναι ο εντοπισμός και η επιβεβαίωση της παρουσίας λίθων στα νεφρά. Η σάρωση μπορεί επίσης να βοηθήσει στον εντοπισμό όγκων, αποστημάτων και σημείων νεφρικής νόσου.

Αξονική στεφανιογραφία: Η αξονική τομογραφία καρδιάς λαμβάνει επίσης φωτογραφίες της περιοχής του θώρακα. Ωστόσο, η εστίαση δεν είναι στους πνεύμονες, αλλά στην καρδιά και στα στεφανιαία αγγεία ενός ατόμου. Ο γιατρός μπορεί να ζητήσει μια αξονική στεφανιογραφία για να εντοπίσει προβλήματα με την αορτή, τις καρδιακές βαλβίδες και άλλες αρτηρίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένας γιατρός μπορεί να τη ζητήσει για να παρακολουθήσει τα αποτελέσματα μιας διαδικασίας, όπως το μόσχευμα παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας.

Αξονική Κολονογραφία: Η αξονική Κολονογραφία βασίζεται σε λήψη εικόνων μέσω αξονικού τομογράφου από τον αυλό του παχέος εντέρου. Η σάρωση μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση πολυπόδων ή καρκινικών βλαβών. Είναι μη επεμβατική μέθοδος και σε ορισμένες περιπτώσεις ένας γιατρός μπορεί να την ζητήσει για να αντικαταστήσει ή να συμπληρώσει την κλασική κολονοσκόπηση.

4.6 Οι κίνδυνοι της αξονικής τομογραφίας

Όπως ισχύει για πολλές άλλες ιατρικές παρεμβάσεις, εκτός από τα οφέλη υπάρχουν και κίνδυνοι που σχετίζονται με τη χρήση αξονικής τομογραφίας. Η ταχεία αύξηση της χρήσης υπολογιστικής τομογραφίας έχει φέρει σημαντική δημόσια ανησυχία σχετικά με τις δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας που παρέχονται κατά τη διάρκεια της σάρωσης λόγω του γεγονότος ότι ορισμένα πειραματικά και επιδημιολογικά στοιχεία έχουν συνδέσει την έκθεση σε ακτινοβολία με την αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου και λευχαιμίας

κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Η επίδραση της ακτινοβολίας παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Έτσι, ο κίνδυνος αυξάνεται με κάθε αξονική τομογραφία, Δηλαδή, η ακτινοβολία αθροίζεται και ο κίνδυνος καρκινογένεσης αυξάνεται. Για παράδειγμα, η ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί να είναι πιο επιβλαβής στα παιδιά. Αυτό συμβαίνει επειδή συνεχίζουν να αναπτύσσονται και έχουν επίσης περισσότερα χρόνια για να εκτεθούν σε ακτινοβολία. Επίσης, η δόση ακτινοβολίας από τις εξετάσεις CT ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή. Εξαρτάται από το μέγεθος του εξεταζόμενου μέρους του σώματος, τον τύπο της διαδικασίας και τον τύπο του μηχανήματος αξονικής τομογραφίας και τη λειτουργία του (Power, Moloney, Twomey, James, O'Connor, & Maher, 2016).

Σε κάθε περίπτωση, σε σύγκριση με την απλή ακτινογραφία, η αξονική τομογραφία περιλαμβάνει πολύ υψηλότερες δόσεις ακτινοβολίας, με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της έκθεσης του ατόμου σε ακτινοβολία. Λόγω της πιθανότητας αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης νεοπλασιών το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας συμβουλεύει ότι δεν πρέπει να γίνεται εξέταση απεικόνισης εάν δεν υπάρχει σαφές ιατρικό όφελος. Συνεπώς, στόχος κατά την απεικόνιση των ασθενών θα πρέπει πάντα να είναι μια δόση που είναι «τόσο χαμηλή όσο εύλογα εφικτή». Η απεικόνιση, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο, πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν το πιθανό κλινικό όφελος υπερβαίνει τον πιθανό κίνδυνο. Οι τρεις θεμελιώδεις αρχές της ακτινοβολίας που καθορίζονται από τη Διεθνή Επιτροπή Ακτινολογικής Προστασίας περιλαμβάνουν: (1) αιτιολόγηση, (2) βελτιστοποίηση δόσης και (3) περιορισμός της δόσης. Συγκεκριμένα, κάθε διαδικασία απεικόνισης πρέπει να αιτιολογείται και να βελτιστοποιείται με την ελάχιστη δυνατή δόση ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται για τη λήψη διαγνωστικής εξέτασης CT και παράλληλα πρέπει να παραμένει ο στόχος σε κάθε κλινικό σενάριο (Power et al. 2016).

Στη νέα γενιά αξονικών τομογράφων με τη βελτιωμένη τεχνολογία, έχει ήδη επιτευχθεί σημαντική πρόοδος όσον αφορά στη μείωση της δόσης ακτινοβολίας. Επίσης, υπάρχουν αρκετές στρατηγικές βελτιστοποίησης δόσης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν εύκολα, συμπεριλαμβανομένης της παράλειψης περιττών εικόνων, της ελαχιστοποίησης του αριθμού των φάσεων και της χρήσης αυτοματοποιημένου ελέγχου έκθεσης. Ακόμη, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί νέες τεχνικές ανακατασκευής της εικόνας που μειώνουν τη δόση ακτινοβολίας με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα. Αυτές οι τεχνικές χρησιμοποιούν επαναληπτικούς αλγόριθμους ανοικοδόμησης για να επιτύχουν εικόνες διαγνωστικής ποιότητας με μειωμένο θόρυβο, σε χαμηλότερες δόσεις ακτινοβολίας (Power et al. 2016).

Εκτός όμως από την ακτινοβολία υπάρχει και ένας άλλος μικρός κίνδυνος που σχετίζεται με το σκιαγραφική ουσία που χορηγείται σε ορισμένες περιπτώσεις από τη φλέβα, στην αξονική τομογραφία. Οι διαφορετικοί τύποι σωματικών ιστών μπορεί να παρουσιάζουν αντίθεση στην εικόνα, όμως να είναι δύσκολο να απεικονιστεί και να προσδιοριστεί η διαπαφή μεταξύ δύο γειτονικών ιστών (π.χ., ήπαρ / όγκος) ή να απεικονιστούν μαλακοί ιστοί (π.χ. θρόμβος) σε επαφή με αίμα ή άλλα φυσιολογικά υγρά. Ως εκ τούτου, συχνά απαιτείται σκιαγραφικό μέσο για καλύτερη οπτικοποίηση του ιστού. Τα σκιαγραφικά μέσα μπορούν να αυξήσουν την ευαισθησία και να ενισχύσουν τη διαφοροποίηση μεταξύ των διαφορετικών ιστών, να παρέχουν συγκεκριμένες βιοχημικές πληροφορίες ενός ιστού ή να επιτρέπουν την αξιολόγηση της λειτουργίας ή της απόδοσης του ιστού / οργάνου. Για το λόγο αυτό τα μέσα αντίθεσης με βάση το ιώδιο χρησιμοποιούνται ευρέως κατά τη διάρκεια της υπολογιστικής τομογραφίας (Lusic & Grinstaff, 2013). Ωστόσο, η ενδοφλέβια χορήγηση του ιωδιούχου σκιαγραφικού υλικού, ενδέχεται να δημιουργήσει αλλεργική αντίδραση στον ασθενή. Οι ασθενείς που προηγουμένως είχαν μέτρια ή σοβαρή αντίδραση στο μέσο αντίθεσης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο περαιτέρω αντίδρασης όταν τους χορηγηθεί ξανά. Οι ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο αντίδρασης. Επομένως είναι υψίστης σημασίας να προηγείται το ιστορικό αλλεργιών (Azzouz, Rømsing, & Thomsen, 2013).

Επιπλέον, έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλά χρόνια ότι σε ασθενείς με μειωμένη νεφρική λειτουργία, η ενδοαγγειακή χορήγηση μέσων αντίθεσης με βάση το ιώδιο μπορεί να ακολουθείται από περαιτέρω επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, με τον κίνδυνο να αυξάνεται εάν οι ασθενείς είναι αφυδατωμένοι (Fähling, Seeliger, Patzak, & Persson, 2017).

Παρόλα αυτά, εξαιτίας των πλεονεκτημάτων της, η αξονική τομογραφία σε σχέση με άλλες διαγνωστικές τεχνικές, αποτελεί εξέταση επιλογής για πολλές ασθένειες και οι γιατροί την προτιμούν για πολλούς ασθενείς τους, αναζητώντας σύντομες απαντήσεις σε συγκεκριμένα διαγνωστικά προβλήματα.

5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η ανάλυση των δεδομένων με τα εξής βήματα. Στο εισαγωγικό μέρος της ανάλυσης γίνεται η παρουσίαση των συχνοτήτων και των ποσοστών των ανεξάρτητων απαντήσεων ή των μέσων όρων και των τυπικών αποκλίσεων των ομαδοποιημένων ερωτήσεων. Στην συνέχεια γίνεται η εξέταση των μέσων τιμών, δηλαδή των διαφορών μεσών τιμών ανά κατηγορία ποιοτικών μεταβλητών που πλέον εξετάζονται ως παράγοντες. Οι ποιοτικές μεταβλητές που εξετάστηκαν ήταν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Επίσης πριν από την εξέταση των μέσων τιμών έγινε έλεγχος κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών για την κατάλληλη επιλογή των τεστ εξέτασης της μέσης τιμής.

5.1 Περιγραφή απαντήσεων

Οι πρώτες δύο ερωτήσεις εξέταζαν την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα την στιγμή της έρευνας και σε σύγκριση με ένα χρόνο πιο πριν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 4 διαπιστώθηκε ότι το 41% (N=41) απάντησε ότι η κατάσταση της υγείας τους κατά την έρευνα ήταν μέτρια και το 26% (N=26) ότι ήταν κακή. Στην ερώτηση για την κατάσταση της υγείας τους πριν ένα χρόνο το 64% (N=64) απάντησε ότι ήταν κάπως ή πολύ χειρότερη και το 26% περίπου η ίδια.

		N	N%
1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	Εξαιρετική	2	2,0%
	Πολύ καλή	13	13,0%
	Καλή	18	18,0%
	Μέτρια	41	41,0%
	Κακή	26	26,0%
2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;	Πολύ καλύτερη	1	1,0%
	Κάπως καλύτερη	9	9,0%
	Περίπου η ίδια	26	26,0%

Κάπως χειρότερη	33	33,0%
Πολύ χειρότερη	31	31,0%

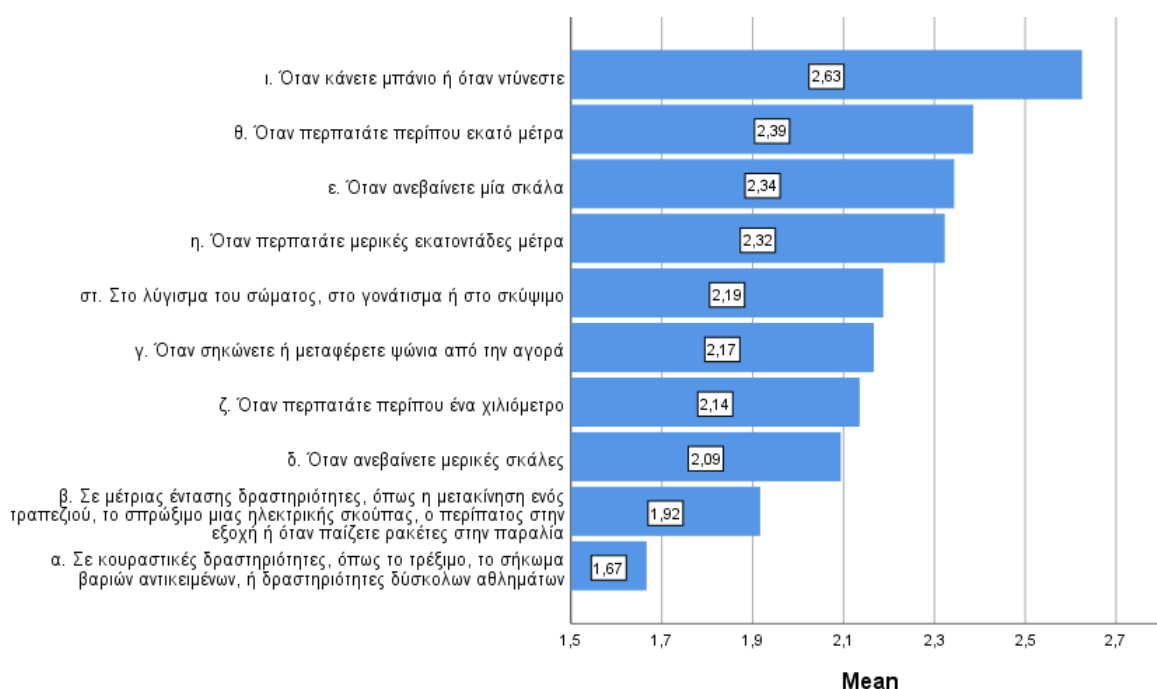
Πίνακας 5. Κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα κατά την διάρκεια της έρευνας και σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν από την έρευνα

Η επόμενη ερώτηση εξέταζε τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω της κατάστασης της υγείας με την βοήθεια μια 4βάθμης κλίμακας Likert στην οποία η τέταρτη κλίμακα αναφερόταν στην μη πραγματοποίηση της εξεταζόμενης δραστηριότητας (4=Δεν κάνω καμία από τις δραστηριότητες που αναφέρονται) οπότε υπολογίστηκαν οι μέσες βαθμολογίες ανά ερώτηση. Η μεγαλύτερη τιμή σε αυτή την περίπτωση ήταν η τιμή 3 και έδειχνε απουσία περιορισμού εκτέλεσης της συγκεκριμένης δραστηριότητας λόγω υγείας. Και γενικά υψηλότερες βαθμολογίες έδειχναν μικρότερους περιορισμούς και χαμηλότερες, μεγαλύτερους περιορισμούς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5 και του γραφήματος 3 διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν δήλωσαν έντονους περιορισμούς σε καμία δραστηριότητα καθώς οι μέσες βαθμολογίες τους ήταν όλες μεγαλύτερες της τιμής 1,5. Οι δραστηριότητες με την χαμηλότερη μέση βαθμολογία, δηλαδή οι δραστηριότητες που αναφέρθηκαν περισσότερες περιπτώσεις περιορισμών λόγω υγείας ήταν οι κουραστικές δραστηριότητες (M.T.=1,66, T.A.=0,867) και οι μέτριας έντασης δραστηριότητες (M.T.=1,92, T.A.=0,829). Όλες οι υπόλοιπες δραστηριότητες σημείωσαν μέση βαθμολογία μεγαλύτερη τις τιμής 2 και οι μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες (λιγότεροι περιορισμοί) σημειώθηκαν στο μπάνιο ή στο ντύσιμο (M.T.=2,63, T.A.=0,648) και στο περπάτημα 100 μέτρων (M.T.= 2,39, T.A.=0,763) αλλά και γενικότερα στο περπάτημα.

	M.T.	T.A.
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων	1,67	0,867
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1,92	0,829
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	2,17	0,813
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	2,09	0,825

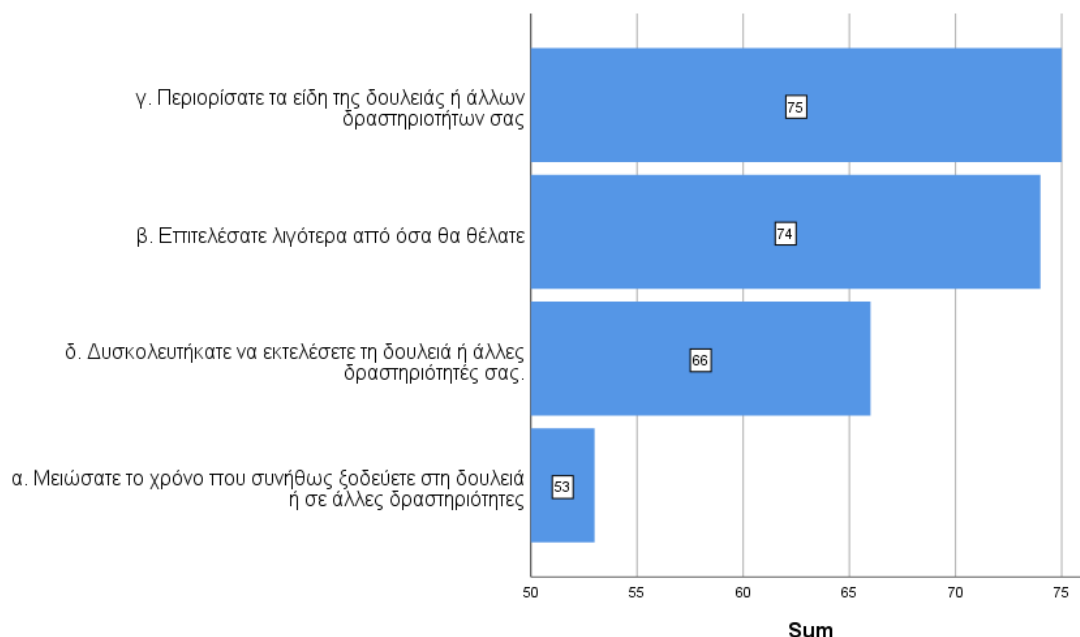
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	2,34	0,768
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	2,19	0,741
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	2,14	0,895
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	2,32	0,764
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	2,39	0,763
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	2,63	0,648

Πίνακας 6. Περιορισμοί καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω υγείας



Γράφημα 3. Μέσες βαθμολογίες περιορισμών των καθημερινών δραστηρίων λόγω υγείας σε φθίνουσα διάταξη

Στην συνέχεια ακολουθούσα μια σειρά ερωτήσεων που αναφερόταν στην κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα το τελευταίο τρίμηνο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του γραφήματος 4, το 75% των συμμετεχόντων στην έρευνα συμφώνησε ότι περιορίσε τα είδη της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων τους, το 74% έκανε λιγότερα από όσα ήθελε, το 66% ότι δυσκολεύτηκε να εκτελέσει την δουλειά του ή άλλες δραστηριότητες και το 53% ότι μείωσε το χρόνο που συνήθως ξόδευε στην δουλειά του ή σε άλλες δραστηριότητες λόγω υγείας.



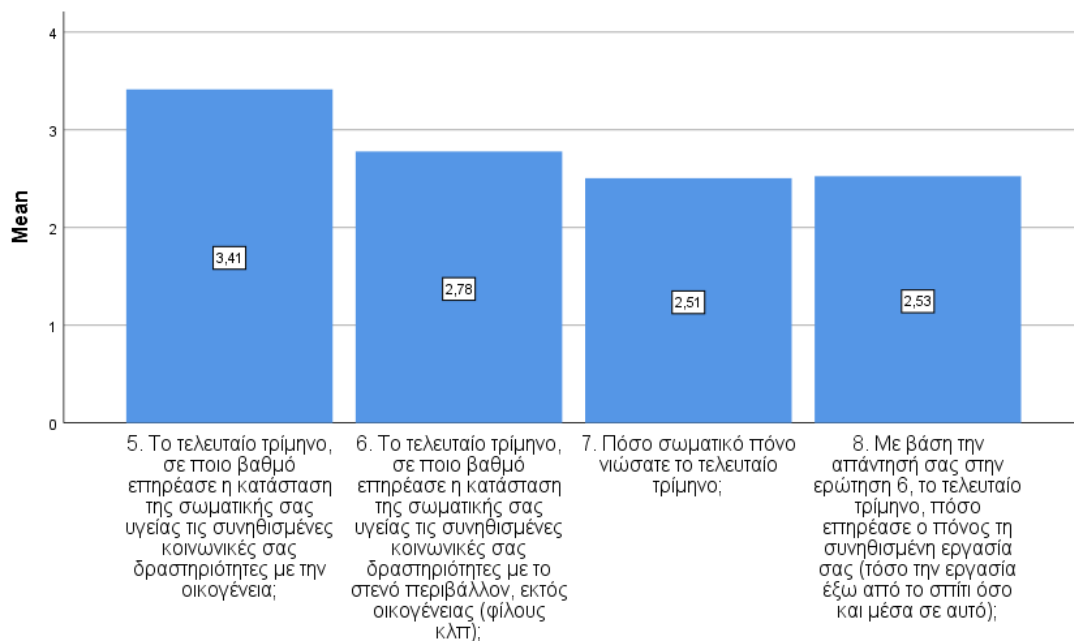
Γράφημα 4. Προβλήματα λόγω σωματικής υγείας το τελευταίο τρίμηνο

Η εξέταση της κατάστασης της υγείας το τελευταίο τρίμηνο με την βοήθεια των ερωτήσεων 5 έως και 8 παρουσιάζεται στον πίνακα 6 στο γράφημα 5. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι κατά το τελευταίο τρίμηνο οι κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια επηρεάστηκαν μέτρια ή ελάχιστα (Μ.Τ.=3,43, Τ.Α.=1,103), οι δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον αρκετά (Μ.Τ.=2,80, Τ.Α.=1,393), υπήρξε έντονη εμφάνιση σωματικού πόνου (Μ.Τ.=2,54, Τ.Α.=1,473) και ο πόνος επηρέασε αρκετά τη συνηθισμένη εργασία (Μ.Τ.=2,53, Τ.Α.=1,296) των συμμετεχόντων στην έρευνα.

	Μ.Τ.	Τ.Α.
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	3,43	1,103
6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	2,80	1,393
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	2,54	1,473

8. Με βάση την απάντησή σας στην ερώτηση 6, το τελευταίο τρίμηνο, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό); 2,53 1,296

Πίνακας 7. Πόνος και κοινωνικότητα το τελευταίο τρίμηνο

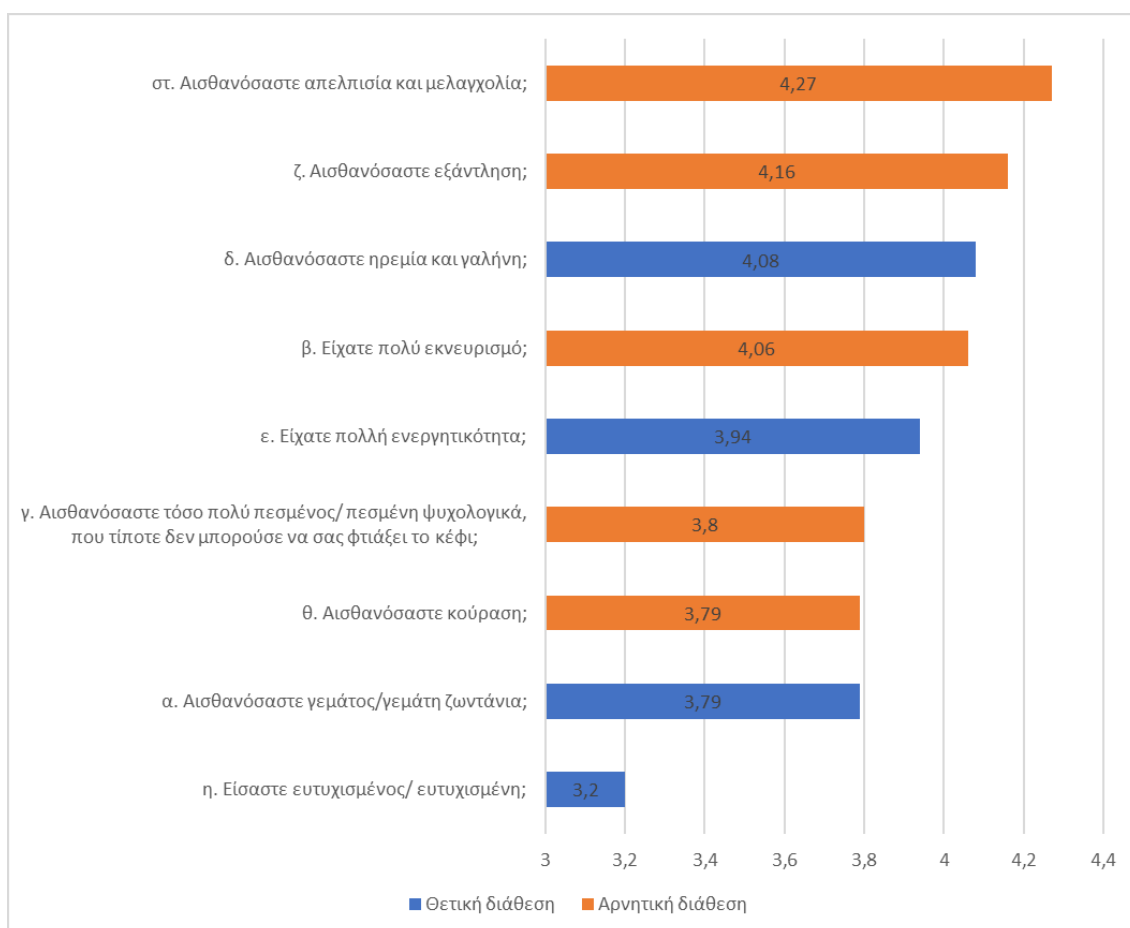


Γράφημα 5. Ραβδόγραμμα μέσω των τιμών πόνου και κοινωνικότητας το τελευταίο τρίμηνο

Τα αποτελέσματα της εξέτασης της διάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα το τελευταίο τρίμηνο παρουσιάζονται στον πίνακα 7 και στο γράφημα 6. Σύμφωνα με αυτά, διαπιστώθηκε ότι η διάθεση του δείγματος ήταν χαμηλή καθώς οι μέσες βαθμολογίες ήταν όλες μεγαλύτερες της τιμής 3 που παραπέμπει κυρίως στο μερικές φορές. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν για ένα σημαντικό διάστημα ή μερικές φορές (χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες) ευτυχισμένοι (Μ.Τ.=3,20, Τ.Α.=1,025), γεμάτοι ζωντάνια (Μ.Τ.=3,79, Τ.Α.=1,305), κουρασμένοι (Μ.Τ.=3,79, Τ.Α.=1,076) και πεσμένοι ψυχολογικά (Μ.Τ.=3,8, Τ.Α.=1,414). Σε μικρότερα χρονικά διαστήματα ανέφεραν ότι είχαν πολλή ενεργητικότητα (Μ.Τ.=3,94, Τ.Α.=1,221), εκνευρισμό; (Μ.Τ.=4,06, Τ.Α.=1,213), ηρεμία και γαλήνη (Μ.Τ.=4,08, Τ.Α.=1,186), εξάντληση; (Μ.Τ.=4,16, Τ.Α.=1,251) και απελπισία και μελαγχολία (Μ.Τ.=4,27, Τ.Α.=1,517).

	Μ.Τ.	Τ.Α.
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	3,79	1,305
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	4,06	1,213
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/ πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	3,80	1,414
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	4,08	1,186
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	3,94	1,221
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	4,27	1,517
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	4,16	1,251
η. Είσατε ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	3,20	1,025
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	3,79	1,076

Πίνακας 8. Διάθεση το τελευταίο τρίμηνο



Γράφημα 6. Μέσες βαθμολογίες διάθεσης το τελευταίο τρίμηνο σε φθίνουσα διάταξη

Στην ερώτηση εάν αρρωσταίνουν πιο σπάνια σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους τα αποτελέσματα του πίνακα 8 δεν μπόρεσαν να εξάγουν σαφή αποτελέσματα καθώς το 33% (N=33) επέλεξε την απάντηση δεν ξέρω στην ερώτηση, το 31% (N=31) επέλεξε την απάντηση ψέμα ή εντελώς ψέμα και το 36% (N=36) απάντησε ότι κάτι τέτοιο είναι αλήθεια ή εντελώς αλήθεια. Στην ερώτηση εάν είναι τόσο υγιείς όσο και οι γνωστοί τους, οι συμμετέχοντες στην έρευνα έδειξαν ελαφρά μεγαλύτερη διαφωνία καθώς το 40,4% (N=40) επέλεξε τις απαντήσεις ψέμα ή εντελώς ψέμα το 36,4% (N=36) αλήθεια ή εντελώς αλήθεια και το 23,2% (N=23) επέλεξε την απάντηση δεν ξέρω. Στην τελευταία ερώτηση αυτής της ομάδας ερωτήσεων που εξέταζε την κατάσταση της υγείας τους, το 40,4% (N=40) απάντησε ότι το ότι υγεία τους είναι εξαιρετική είναι αλήθεια ή εντελώς αλήθεια, το 43,4% (N=43) ότι ψέμα ή εντελώς ψέμα και το 16,2% (N=16) ότι δεν γνωρίζει.

	Εντελώς αλήθεια		Μάλλον αλήθεια		Δεν ξέρω		Μάλλον ψέμα		Εντελώς ψέμα	
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	7	7,0%	29	29,0%	33	33,0%	22	22,0%	9	9,0%
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	7	7,1%	29	29,3%	23	23,2%	30	30,3%	10	10,1%
γ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική.	9	9,1%	31	31,3%	16	16,2%	22	22,2%	21	21,2%

Πίνακας 9. Σύγκριση κατάστασης υγείας

Για τις ενοχλήσεις που αισθάνθηκαν οι συμμετέχοντες οι συμμετέχοντες στην έρευνα το τελευταίο τρίμηνο, τα αποτελέσματα του πίνακα 9 έδειξαν ότι όλες οι εξεταζόμενες ενοχλήσεις ήταν το πολύ σε μέτριο επίπεδο καθώς δεν παρατηρήθηκε καμία μέση βαθμολογία μεγαλύτερη της τιμής 3. Η μικρότερη μέση τιμή αφορούσε την λιποθυμία ή ζαλάδα (M.T.=1,90, T.A.=1,199) και στο λαχάνιασμα (M.T.=2,07, T.A.=1,416). Αντίθετα οι ενοχλήσεις με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ήταν η εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση (M.T.=2,69, T.A.=1,175), η έλλειψη όρεξης (M.T.=2,66, T.A.=1,617) και οι πόνοι στους μύες (M.T.=2,61, T.A.=1,469).

	M.T.	T.A.
α. Πόνους στους μύες;	2,61	1,469
β. Πόνους στο στήθος;	2,21	1,542
γ. Λαχάνιασμα;	2,07	1,416
δ. Λιποθυμία ή ζαλάδα;	1,90	1,199
ε. Έλλειψη όρεξης;	2,66	1,617
στ. Εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση;	2,69	1,175
ζ. Ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	2,20	1,399
η. Κεφαλαλγία;	2,47	1,245
θ. Άλγος κοιλίας;	2,16	1,448

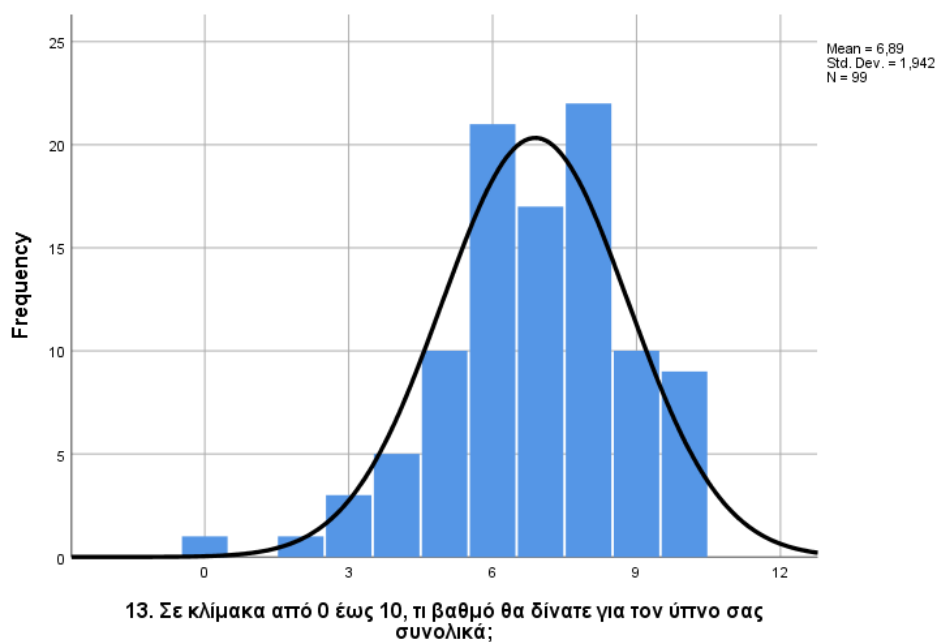
Πίνακας 10. Ενοχλήσεις το τελευταίο τρίμηνο

Για τις επιπτώσεις της πάθησης τους στην καθημερινότητα τους, τα αποτελέσματα του πίνακα 10 έδειξαν και πάλι μέτριες τιμές όπου οι μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες αναφερόταν στον περιορισμό στην διατροφή (M.T.=3,30, T.A.=1,595) στην ικανότητα να ταξιδεύουν (M.T.=3,30, T.A.=1,300) και οι χαμηλότερες στο άγχος λόγω της ασθένειας (M.T.=2,41, T.A.=1,227) και στην εξάρτηση από τους γιατρούς (M.T.=2,72, T.A.=1,280).

	M.T.	T.A.
α. Περιορισμοί στη διατροφή;	3,30	1,595
β. Την ικανότητά σας να κάνετε δουλειές στο σπίτι;	3,02	1,216
γ. Την ικανότητά σας να ταξιδεύετε;	3,30	1,300
δ. Εξάρτηση από γιατρούς και ιατρικό προσωπικό;	2,72	1,280
ε. Άγχος ή ανησυχίες λόγω της ασθένειάς σας;	2,41	1,227

Πίνακας 11. Επιπτώσεις της πάθησης στην καθημερινή ζωή

Η επόμενη ερώτηση εξέταζε την ποιότητα του ύπνου με την βοήθεια μιας κλίμακας από το 0 (πολύ άσχημος ύπνος) έως και το 10 (Πολύ καλός ύπνος). Σύμφωνα με το ιστόγραμμα του γραφήματος 7 οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην έρευνα έδειξαν μια καλή ποιότητα ύπνου (M.T.=6,89, T.A.=1,942). Επιπλέον από το ίδιο γράφημα παρατηρήθηκε ανομοιόμορφη και μη συμμετρική κατανομή των βαθμολογών όπου οι συχνότερες βαθμολογίες αφορούσαν τις τιμές 6,7 και 8.



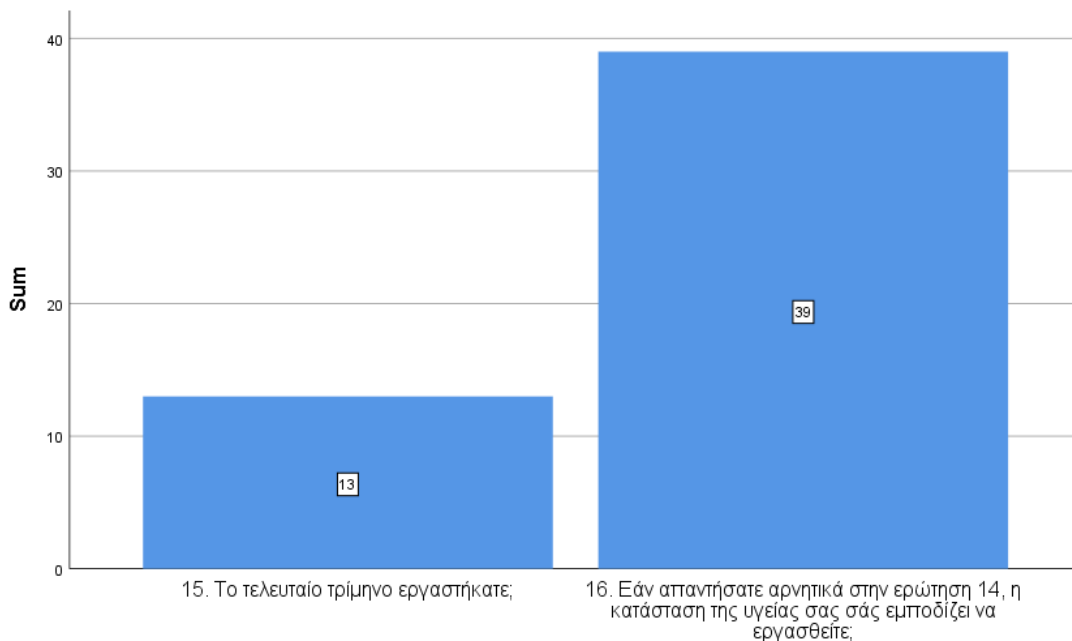
Γράφημα 7. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της ποιότητας ύπνου

Για τις σχέσεις τους με το στενό οικογενειακό περιβάλλον, τα αποτελέσματα του πίνακα 11 έδειξαν ότι το 74% (N=74) και το 95,9% (N=95) δήλωσε ότι είναι λίγο ή πολύ ευχαριστημένο από τον χρόνο που μπορούν να περάσουν με την οικογένεια και τους φίλους τους και από την υποστήριξη που τους προφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι τους αντίστοιχα.

	Πολύ δυσανεστημένος		Λίγο δυσανεστημένος		Λίγο ευχαριστημένος		Πολύ ευχαριστημένος	
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%
α. Τον χρόνο που μπορείτε να περάσετε με την οικογένεια και τους φίλους σας;	5	5,0%	21	21,0%	25	25,0%	49	49,0%
β. Την υποστήριξη που σας προσφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι σας	0	0,0%	4	4,0%	13	13,1%	82	82,8%

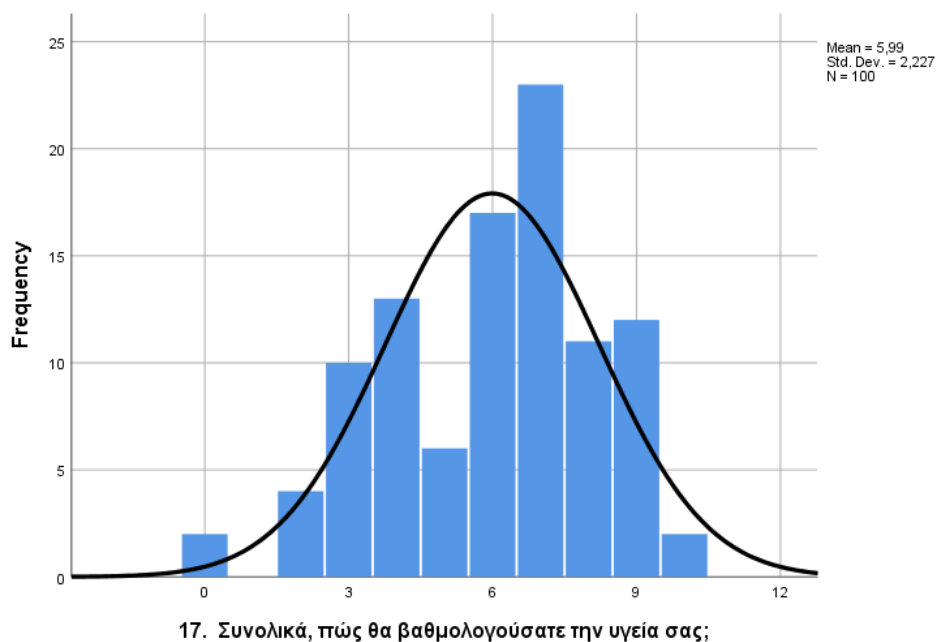
Πίνακας 12. Ικανοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του γραφήματος 8 μόνο 13 άτομα απάντησαν ότι εργάστηκαν το τελευταίο τρίμηνο και 39 άτομα απάντησαν ότι δεν μπορούσαν να εργασθούν λόγω της κατάστασης της υγείας τους.



Γράφημα 8. Πλήθος θετικών απαντήσεων για την εργασία κατά το τελευταίο τρίμηνο πριν την έρευνα

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου εξέταζε την συνολική κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα με την βοήθεια μια 10βάθμης κλίμακας όπου το 1 δηλώνει την χειρότερη δυνατή κατάσταση και το 10 την καλύτερη δυνατή. Σύμφωνα με το γράφημα 9 η μέση βαθμολογία παρουσίασε μια μέτρια κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα (Μ.Τ.=5,99, Τ.Α.=2,277) η οποία όμως είχε μεγάλη μεταβλητότητα και η επικρατούσα τιμή ήταν η τιμή 7.



Γράφημα 9. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της συνολικής κατάστασης υγείας

5.2 Εξέταση μέσων τιμών

Για την διερεύνηση σε βάθος του προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα πραγματοποιήθηκε εξέταση μέσων τιμών των ερωτήσεων 5,6 (Κοινωνικότητα) 7 (Επίπεδα πόνου), 8 (Ποιότητα ζωής μέσα από την ποιότητα πόνου) και 17 (συνολική κατάσταση της υγείας) ανά κατηγορία των δημογραφικών μεταβλητών των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η εξέταση αυτή έγινε με την βοήθεια των μη παραμετρικών τεστ των Mann – Whitney και Kruskal – Wallis καθώς καμία από τις προηγούμενες ερωτήσεις-μεταβλητές δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή (πίνακας 12).

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	,178	99	,000	,905	99	,000

6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	,217	99	,000	,882	99	,000
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	,223	99	,000	,871	99	,000
13. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;	,130	99	,000	,949	99	,001
17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;	,151	99	,000	,952	99	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 13. Αποτελέσματα εξέτασης κανονικότητάς των μεταβλητών ενδιαφέροντος

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 13 η κατάσταση της υγείας ήταν η μεταβλητή που επηρεάστηκε από όλους του εξεταζόμενους παράγοντες εκτός του παράγοντα φύλο ο οποίος δεν ήταν στατιστικά σημαντικός σε καμία από τις εξεταζόμενες ποσοτικές μεταβλητές. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η αιτία επίσκεψης ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας διαφορών των μέσων τιμών των ποσοτικών μεταβλητών καθώς ήταν στατιστικά σημαντικός σε 4 από τις 5 ποσοτικές μεταβλητές (εκτός της ερώτησης 7). Τέλος, το επίπεδο πόνου δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων τιμών σε κανέναν από τους εξεταζόμενους παράγοντες. Η περαιτέρω εξέταση των μέσων τιμών ανά κατηγορία των ποιοτικών μεταβλητών έδειξε ότι

- Η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών των μεταβλητών που περιγράφουν τις κοινωνικές δραστηριότητες εκτός της οικογένειας, την ποιότητα του ύπνου και την κατάσταση της υγείας. Επιπλέον, και με την βοήθεια του γραφήματος 10 παρατηρήθηκε κοινή συμπεριφορά και στις τρεις αυτές μεταβλητές. Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται από μια γραμμική πτώση των μέσων βαθμολογιών ανά ηλικιακή κατηγορία η οποία είναι πιο έντονη στην μέτρηση της κατάστασης της υγείας.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών των μεταβλητών που περιγράφουν τις κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια και την κατάσταση της υγείας. Επιπλέον, και με την βοήθεια του γραφήματος 11 παρατηρήθηκε κοινή συμπεριφορά και στις δύο μεταβλητές. Η

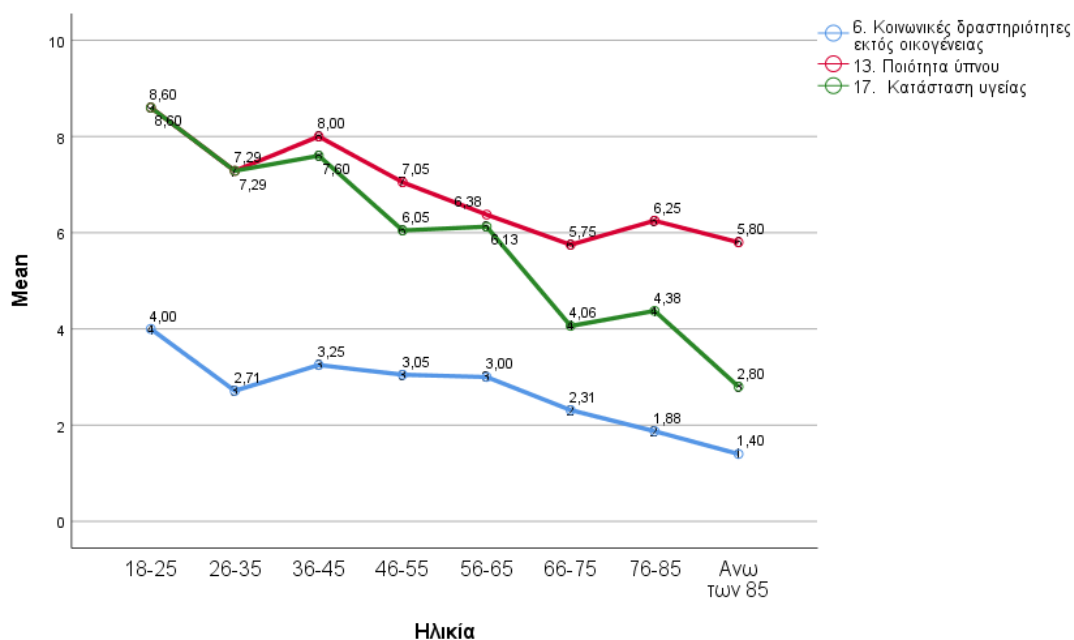
συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται παρόμοιες μέσες βαθμολογίες εκτός των κατηγοριών απόφοιτος δημοτικού όπου παρατηρήθηκαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες και κατόχων μεταπτυχιακού στην κατάσταση της υγείας όπου παρατηρήθηκαν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες.

- Το επάγγελμα αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών μόνο στην κατάσταση της υγείας. Σύμφωνα με το γράφημα 12 παρατηρήθηκε ότι άτομα που δεν εργάζονται (φοιτητές και άνεργοι) είχαν καλύτερη κατάσταση υγείας ενώ αντίθετα οι συνταξιούχοι είχαν την χαμηλότερη μέση βαθμολογία (ποιο κακή κατάσταση υγείας).
- Ο λόγος επίσκεψης αποτέλεσε στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών και των τεσσάρων μεταβλητών. Επιπλέον, και με την βοήθεια του γραφήματος 13 παρατηρήθηκε κοινή συμπεριφορά. Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται από υψηλότερες βαθμολογίες στα μη χρόνια προβλήματα και χαμηλότερες, ιδιαίτερα στην κατάσταση της υγείας, από παθολογικά και ογκολογικά προβλήματα.

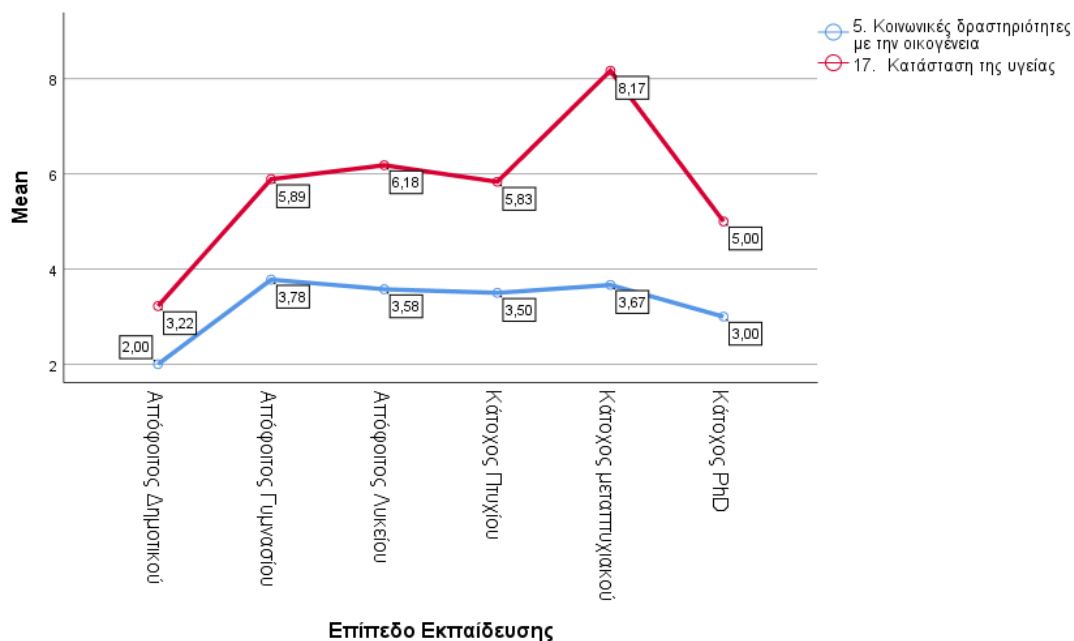
	Ηλικία	Επ. Εκπαίδευσης	Επάγγελμα	Αιτία επίσκεψης
5.Κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια		*		**
6.Κοινωνικές δραστηριότητες εκτός οικογένειας	*			**
13.Ποιότητα ύπνου	**			**
17. Κατάσταση υγείας	***	***	***	***

Πίνακας 14. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα εξέτασης μέσων τιμών

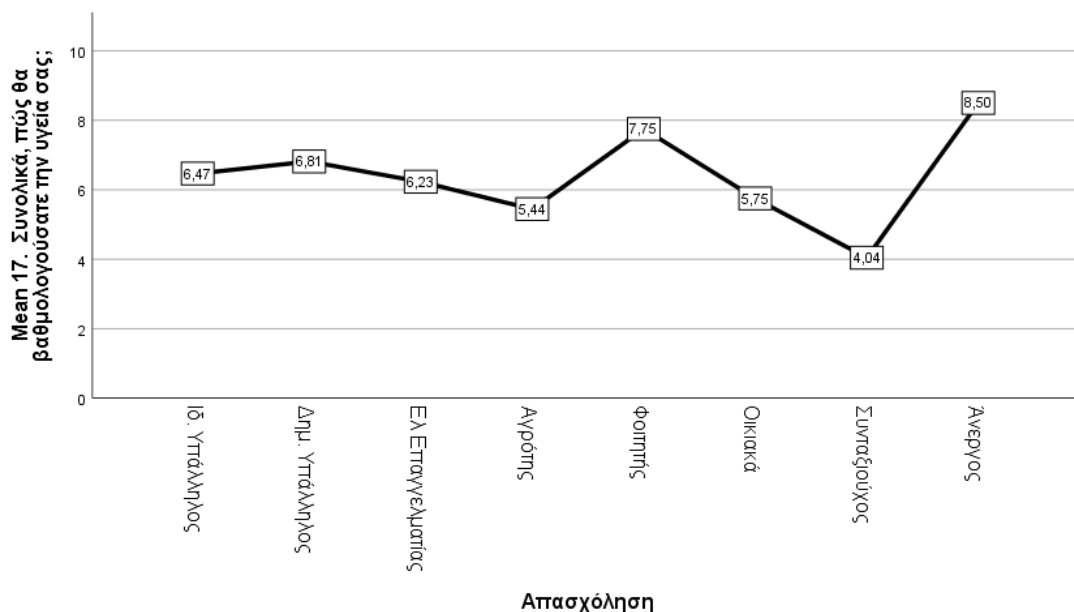
* p -level=0.05 ** p -level=0.01 *** p -level=0.001



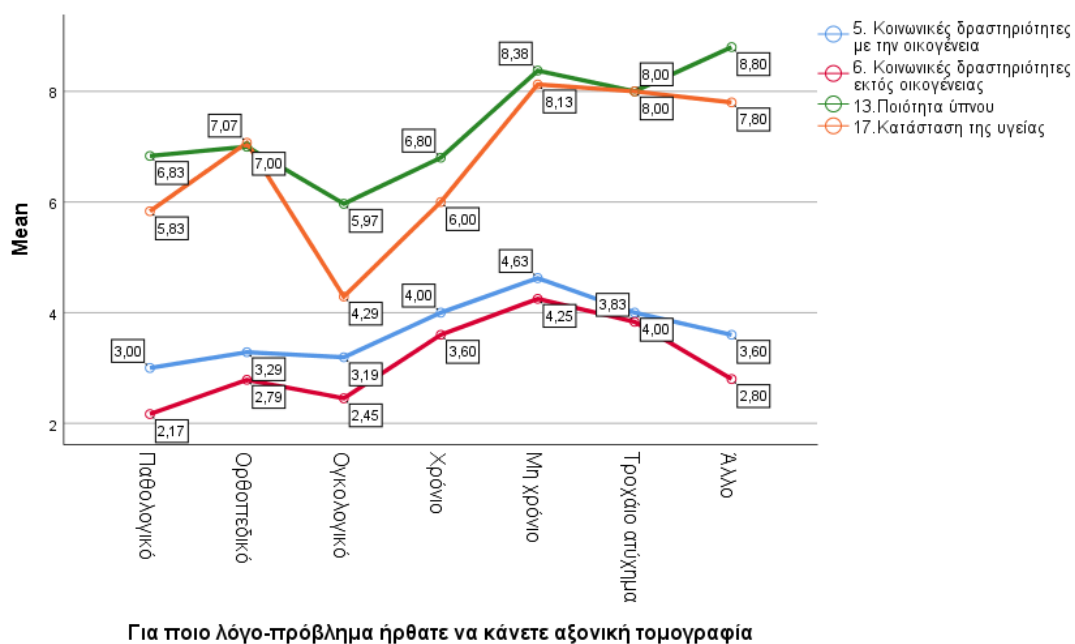
Γράφημα 10. Μεταβολή μέσω βαθμολογιών των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων ανά ηλικιακή κατηγορία



Γράφημα 11. Μεταβολή μέσω βαθμολογιών των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων ανά επίπεδο εκπαίδευσης



Γράφημα 12. Μεταβολή της κατάστασης της υγείας ανά επάγγελμα



Γράφημα 13. Μεταβολή μέσων βαθμολογιών των στατιστικά σημαντικών περιπτώσεων ανά αιτία επίσκεψης

5.3 Ερευνητικά αποτελέσματα

Σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιο είναι το επίπεδο υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου;

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το επίπεδο της υγείας των ασθενών που επισκέφθηκαν το τμήμα αξονικής τομογραφίας, χαρακτήρισαν την υγεία ως μέτρια και χειρότερη σε σύγκριση με τον προηγούμενο έτος. Οι βασικότεροι περιορισμοί λόγω υγείας που βίωσαν στην καθημερινότητα τους ήταν οι κουραστικές δραστηριότητες και οι μέτριας έντασης δραστηριότητες. Αντίθετα δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτεροι περιορισμοί στο μπάνιο, στο ντύσιμο και στο περπάτημα.

Η συγκριτική αυτοδιάγνωση έδειξε αδυναμία σύγκρισης της κατάστασης υγείας τους με άλλους ανθρώπους περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αναφέρθηκαν σε καταστάσεις χαμηλότερης υγείας, μεγαλύτερης φιλασθένειας αλλά και χαμηλή εκτίμηση της υγείας τους γενικότερα. Η τελική βαθμολόγηση της υγείας τους παρουσίασε υψηλή μεταβλητότητα και ήταν λίγο υψηλότερη από τα μέτρια επίπεδα

2. Ποιο είναι το προφίλ των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου;

Σύμφωνα με την εξέταση των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα παρατηρήθηκε παρόμοιος αριθμός ανδρών και γυναικών που επισκέφθηκαν τον αξονικό τον τομογράφο για εξετάσεις. Οι ηλικιακές κατηγορίες που αναμένεται να τον επισκεφθούν κυμαίνονται μεταξύ συμμετεχόντων 36 και 75 ετών. Επίσης μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης αναμένεται από απόφοιτους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, από δημόσιους υπάλληλους και συνταξιούχους.

Η περιγραφή του προφίλ έδειξε ότι ουσιαστικά το προφίλ των ατόμων που επισκέφθηκαν τον αξονικό τομογράφο για εξετάσεις συνονίζεται στην αιτία επίσκεψης καθώς διαπιστώθηκαν χαμηλότερες ηλικιακές κατηγορίες από τις αναμενόμενες και οι οποίες ουσιαστικά ήταν μεταξύ 35-55 ετών. Η κύρια αιτία επίσκεψης ήταν τα ογκολογικά τα

παθολογικά και τα ορθοπεδικά προβλήματα ενώ όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις παρουσίασαν παρόμοια χαμηλά ποσοστά.

3. Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου;

Το επίπεδο της ποιότητας ζωής εξετάστηκε λεπτομερώς και εξετάστηκαν όλες οι πτυχές της μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες, την κοινωνικότητα, την εργασία και την ποιότητα ύπνου των συμμετεχόντων στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ποιότητα ζωής σε σχέση με την κοινωνικότητα και την εργασία τους ήταν σε μέτρια-χαμηλά επίπεδα καθώς το τελευταίο τρίμηνο οι κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια επηρεάστηκαν μέτρια ή ελάχιστα οι δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον αρκετά, υπήρξε έντονη εμφάνιση σωματικού πόνου και ο πόνος επηρέασε αρκετά τη συνηθισμένη εργασία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Επιπλέον διαπιστώθηκε κούραση ψυχολογική πτώση αλλά όχι απελπισία και εξάντληση. Η ψυχική τους κατάσταση ήταν σε υψηλά επίπεδα καθώς ένιωθαν γαλήνη και ηρεμία αρκετά συχνά αλλά όχι ευτυχία και ζωντάνια σε παρόμοιο βαθμό. Οι ενοχλήσεις που ένιωθαν ήταν χαμηλές και αναφερόταν κυρίως στην κόπωση στην έλλειψη όρεξης και ενοχλήσεις στο μύες αλλά δεν παρατηρήθηκαν έντονες επιπτώσεις στην καθημερινότητα τους. Η ποιότητα του ύπνου τους περιεγράφηκε κυρίως καλή και η ικανοποίηση τους από το οικογενειακό περιβάλλον ήταν υψηλή.

Συμπερασματικά, η ποιότητά ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνα χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα κοινωνικότητας, μέτρια επίπεδα διάθεσης και χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης κάτι όμως που δεν μπορεί να διαπιστωθεί εάν οφείλεται στην κατάσταση της υγείας τους ή στην συγκυρία λόγω COVID-19.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών των μεταβλητών που περιγράφουν τις κοινωνικές δραστηριότητες εκτός της οικογένειας, την ποιότητα του ύπνου και την κατάσταση της υγείας καθώς παρατηρήθηκε γραμμική πτώση των μέσων βαθμολογιών ανά ηλικιακή κατηγορία η οποία είναι πιο έντονη στην μέτρηση της κατάστασης της υγείας. Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών των μεταβλητών που περιγράφουν τις κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια και την κατάσταση της υγείας παρατηρήθηκαν παρόμοιες μέσες βαθμολογίες εκτός των κατηγοριών απόφοιτος δημοτικού όπου παρατηρήθηκαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες

και κατόχων μεταπτυχιακού στην κατάσταση της υγείας όπου παρατηρήθηκαν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες. Το επάγγελμα αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών μόνο στην κατάσταση της υγείας και παρατηρήθηκε ότι άτομα που δεν εργάζονται (φοιτητές και άνεργοι) είχαν καλύτερη κατάσταση υγείας ενώ αντίθετα οι συνταξιούχοι είχαν την χαμηλότερη μέση βαθμολογία (ποιο κακή κατάσταση υγείας). Τέλος, ο λόγος επίσκεψης αποτέλεσε στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαφοράς των μέσων τιμών και των τεσσάρων μεταβλητών και παρατηρήθηκαν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στα μη χρόνια προβλήματα και χαμηλότερες, ιδιαίτερα στην κατάσταση της υγείας, από παθολογικά και ογκολογικά προβλήματα.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Γενικά συμπεράσματα

Μέσα από την παρούσα εργασία διερευνήθηκε με τη χρήση διαφορετικών μεθόδων, το επίπεδο και το προφίλ υγείας των ασθενών οι οποίοι προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Επίσης, για τους ασθενείς αυτούς εξετάστηκαν οι παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν στην ποιότητα ζωής τους. Για την αξιολόγηση των ζητημάτων αυτών, διεξήχθη μια πρωτογενή έρευνα (τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες ασθενείς) και μια δευτερογενή έρευνα (η ανάλυση και αξιολόγηση των δεδομένων που λήφθηκαν από την πρωτογενή έρευνα), έτσι ώστε να συγκεντρωθούν όλα τα σχετικά δεδομένα και να προκύψουν συμπεράσματα σε σχέση με τα ζητούμενα.

Όπως προέκυψε από την ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας, στα πλαίσια της εργασίας αυτής, οι απεικονιστικές μέθοδοι, όπως είναι η αξονική τομογραφία αποτελούν σήμερα εξετάσεις αιχμής για τη διάγνωση ποικίλων και σοβαρών παθήσεων. Η αξονική τομογραφία θα πρέπει να γίνεται με αυστηρές ιατρικές ενδείξεις για τον κάθε ασθενή ενώ την ίδια στιγμή, η εφαρμογή της θεωρείται απαραίτητη ειδικά σε περίπτωση που εντοπίζεται πραγματική ανάγκη και εφόσον η διαδικασία αποφέρει ένα όφελος που αντισταθμίζει τον κίνδυνο που μπορεί να προέρχεται από την ακτινοβολία που δέχεται ο ασθενής. Στα πλαίσια αυτά, θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντικό να αξιολογηθεί το επίπεδο υγείας των ατόμων που προσέρχονται για αξονική τομογραφία.

Η αποτίμηση του επιπέδου της υγείας των ατόμων αλλά και διαθεσιμότητα ορισμένων αντιπροσωπευτικών στοιχείων που βασίζονται στις αντιλήψεις του εκάστοτε πληθυσμού, αποτελεί μία ιδιαίτερα σημαντική προϋπόθεση για τον τελικό προσδιορισμό και την κατανόηση της γενικότερης κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Παράλληλα, η συλλογή των δεδομένων αυτών από τη συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να βοηθήσει τον προγραμματισμό αλλά και την αξιολόγηση των επιλογών στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ την ίδια στιγμή δίνει τη δυνατότητα για την εφαρμογή διεθνών συγκριτικών μελετών. Η αξιολόγηση του γενικότερου επιπέδου της υγείας των ατόμων αποτελεί μία δυναμική έννοια η οποία μεταβάλλεται ταυτόχρονα με το επίπεδο της υγείας, το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων και την ικανοποίησή τους από τη ζωή. Ειδικά για τους ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κάποιο νόσημα, η έρευνα έδειξε ότι το επίπεδο της

υγείας τους και η άμεσα συνδεδεμένη με αυτό ποιότητα ζωής τους, μπορεί να επηρεαστεί από διάφορες καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας.

Αξιολογώντας τα στοιχεία της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι η υγεία των ασθενών οι οποίοι προσήλθαν για αξονική τομογραφία ήταν μέτρια έως και χαμηλή συγκριτικά με το προηγούμενο έτος. Αυτό είναι λογικό επακόλουθο εφόσον τα άτομα τα οποία πάσχουν από κάποιο σοβαρό νόσημα ή τραυματισμό, έχουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό. Οι βασικότεροι περιορισμοί που βίωσαν στην καθημερινότητα τους ήταν οι κουραστικές δραστηριότητες και οι μέτριες έντασης δραστηριότητες. Αντίθετα δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτεροι περιορισμοί στο μπάνιο, στο ντύσιμο και στο περπάτημα. Αναφορικά με το επίπεδο της ποιότητας ζωής διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής σε σχέση με την κοινωνικότητα και την εργασία τους ήταν σε μέτρια-χαμηλά επίπεδα καθώς το τελευταίο τρίμηνο οι κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια επηρεάστηκαν μέτρια ή ελάχιστα, οι δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον αρκετά, υπήρξε έντονη εμφάνιση σωματικού πόνου και ο πόνος επηρέασε αρκετά τη συνηθισμένη εργασία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Παράλληλα με τα παραπάνω, διαπιστώθηκε κούραση, ψυχολογική πτώση αλλά όχι απελπισία και εξάντληση. Η ψυχική τους κατάσταση ήταν σε υψηλά επίπεδα καθώς ένιωθαν γαλήνη και ηρεμία αρκετά συχνά αλλά όχι ευτυχία και ζωντάνια σε παρόμοιο βαθμό.

Παράλληλα, ένα σημαντικό εύρημα για το επίπεδο υγείας των ατόμων ήταν ότι παρουσίαζαν μια τάση έκφρασης μεγαλύτερης φιλασθένειας αλλά και χαμηλή εκτίμηση της υγείας τους. Γι' αυτό το λόγο, όπως αναφέρεται και στη σχετική βιβλιογραφία οι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν τα προηγούμενα χαρακτηριστικά ίσως να μην έχουν τη δυνατότητα να κρίνουν αντικειμενικά το επίπεδο της υγείας τους και κατά συνέπεια, το αν χρειάζονται αξονική τομογραφία ή όχι. Αυτή η διαπίστωση κάνει το ρόλο του ιατρικού προσωπικού πολύ σημαντικό καθώς θα πρέπει να κρίνει αν έχει σοβαρές ενδείξεις για να παραπέμψει τους ασθενείς στη συγκεκριμένη εξέταση και όχι για να καθησυχαστούν οι φοβίες τους.

Εκτός από το επίπεδο της υγείας των ασθενών οι οποίοι προσέρχονται για αξονική τομογραφία, ιδιαίτερα σημαντικό είναι να εξετάζονται και τα χαρακτηριστικά του προφίλ τους και να συγκρίνονται με αυτά του τυπικού πληθυσμού και κυρίως να συγκρίνονται με του λοιπούς εξεταζόμενους και νοσηλευόμενους οι οποίοι δε παραπέμπονται για αξονική τομογραφία. Γενικότερα, τα άτομα τα οποία προσέρχονται για αξονική τομογραφία αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα που έχουν να κάνουν με τραυματισμούς, ασθένειες του αίματος, μυοσκελετικές ή εγκεφαλικές κακώσεις ή και άλλες σοβαρές παθήσεις και

νόσους όπως είναι ο καρκίνος. Όσον αφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται πως η χρήση αξονικής τομογραφίας παρατηρήθηκε πως ήταν μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο και ασθενείς που διέμεναν σε μεγάλα αστικά κέντρα. Επίσης τα άτομα τα οποία έχουν κάποιον τραυματισμό στο κεφάλι προσέρχονται συχνότερα για αξονική τομογραφία, λόγω κυρίως της ανησυχίας τους για περεταίρω συνέπειες.

Στην σχετική έρευνα που διεξήχθη αξιολογήθηκαν τα ατομικά στοιχεία του προφίλ των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα και **σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία**, προέκυψε ότι οι ασθενείς εκείνοι που προσέρχονται για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της Λέσβου ηλικιακά ήταν νεότεροι, εφόσον ανήκαν στο ηλικιακό γκρουπ 36 - 55 ετών. Επίσης, όπως παρατηρήθηκε από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, τα άτομα που προσήλθαν για αξονική τομογραφία έπασχαν από σοβαρά ογκολογικά (31,31%), παθολογικά (24,24%) και ορθοπεδικά (14,14%) προβλήματα.

Σημαντικό πεδίο που διερευνήθηκε στα πλαίσια της εργασίας αυτής, εκτός από το επίπεδο και το προφίλ υγείας των ασθενών που προσέρχονται για αξονική τομογραφία, ήταν το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους που σχετίζεται με την υγεία τους. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός καλού επιπέδου ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία διαδραματίζουν και οι προσδοκίες των ασθενών για τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες που τους δίνονται, οι επιθυμίες τους για τη βελτίωση της λειτουργικότητας τους αλλά και οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται και επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το επίπεδο της υγείας τους.

Οι συνθήκες του σημερινού περιβάλλοντος, στα πλαίσια της λειτουργίας του τομέα της υγείας επιβάλουν την εφαρμογή νέων δεικτών για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ατόμων. Τα αποτελέσματα αυτών των δεικτών καθορίζουν τις κλινικές αποφάσεις οι οποίες πλέον πρέπει να βασίζονται στην ωφελιμότητα της παρεχόμενης θεραπευτικής στρατηγικής. Παράλληλα, η σύγχρονη ιατρική κοινότητα θα πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνο το αποτέλεσμα που έχουν οι ιατρικές πράξεις αλλά και στις συνολικές επιπτώσεις που έχουν οι πράξεις αυτές στην καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς όπως αυτή που εξετάσαμε στην έρευνα μας.

Όσον αφορά στα άτομα τα οποία προσέρχονται για αξονική τομογραφία, όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων σχετικών ερευνών, ο έλεγχος της αξονικής τομογραφίας δεν είχε αρνητικό αντίκτυπο στο επίπεδο της ποιότητας ζωής σχετιζόμενο με την υγεία των

ασθενών, ωστόσο οι ασθενείς μπορεί να επιδείξουν κάποια δυσαρέσκεια ή ψυχολογική φόρτιση. Από τα πρωτογενή δεδομένα της έρευνας μας προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο πόνος των ασθενών ήταν ο βασικός λόγος που επηρεάστηκε η ποιότητα της ζωής τους σε μεγάλο βαθμό, ο οποίος συνοδεύονταν από ψυχολογική κόπωση και κούραση.

Συνολικά, μέσα από την αξιολόγηση όλων των δεδομένων της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι το επίπεδο υγείας των ατόμων που προσέρχονται για αξονική τομογραφία είναι μέτριο, εφόσον σε πολλές περιπτώσεις έχουν να αντιμετωπίσουν πόνο, δυσφορία και κακή ψυχολογική κατάσταση. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι αν και στη βιβλιογραφία το προφίλ της υγείας των ατόμων φανερώνει πως ανήκουν σε μεγαλύτερο ηλικιακό γκρουπ, οι ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ανήκουν σε σχετικά νέο πληθυσμό. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που επισκέφθηκαν το τμήμα αξονικής τομογραφίας αντιμετώπιζαν σε μεγαλύτερα ποσοστά ογκολογικά, παθολογικά και ορθοπεδικά προβλήματα ενώ όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις παρουσίασαν παρόμοια χαμηλά ποσοστά.

6.2 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν να προσεγγίσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και να διερευνήσει το προφίλ των ατόμων οι οποίοι προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας το νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Η μελέτη όλων των χαρακτηριστικών και η συγκέντρωση όλων των δεδομένων συνέβαλαν στη διαμόρφωση ενός προφίλ αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών και συγκεκριμένα στην αξιολόγηση του προφίλ των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου για αξονική τομογραφία. Στα πλαίσια αυτά, η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών ήταν επίσης πολύ σημαντική διότι καθορίζει και την ποιότητα ζωής τους εφόσον η νόσος που αντιμετωπίζουν αλλά και η στάση τους προς τη νόσο ασκεί πολύ σημαντική επίδραση στην κοινωνική, ψυχολογική και προσωπική τους κατάσταση.

Όπως έχει προκύψει και από σχετικές έρευνες, οι τρεις σημαντικότεροι παράγοντες οι οποίοι είναι καθοριστικοί της αντίληψης του ατόμου για το επίπεδο της ποιότητας ζωής του, συμπεριλαμβάνουν τις προσωπικές του αντιλήψεις για το αν είναι υγιής, τη βαθμολόγηση της λειτουργικότητας του στο πλαίσιο της καθημερινή του ζωής και τις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις στα πλαίσια της εργασίας του ή των κοινωνικών του σχέσεων (Dumas et al., 2020; Lin, Lin and Fan, 2013). Παράλληλα, όπως αναφέρθηκε και στη σχετική θεωρία, η υγεία συνδέεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως η έννοια αυτή μπορεί να

γίνει κατανοητή από το κάθε άτομο και να προσδιοριστεί αναλόγως των πεποιθήσεών του, των δυνατοτήτων του και των κοινωνικών του αξιών (Καραδήμας, 2005).

Στη παρούσα έρευνα όπως διαπιστώθηκε, οι βασικότεροι περιορισμοί λόγω υγείας που βίωσαν οι ασθενείς στην καθημερινότητα τους ήταν οι κουραστικές δραστηριότητες και οι μέτριας έντασης δραστηριότητες. Αντίθετα δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτεροι περιορισμοί στο μπάνιο, στο ντύσιμο και στο περπάτημα. Επίσης, η συγκριτική αυτοδιάγνωση έδειξε αδυναμία σύγκρισης της κατάστασης υγείας τους με άλλους ανθρώπους περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αναφέρθηκαν σε καταστάσεις χαμηλότερης υγείας, μεγαλύτερης φιλασθένειας αλλά και χαμηλή εκτίμηση της υγείας τους γενικότερα. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι ασθενείς που προσήλθαν για αξονική τομογραφία είχαν μια αρνητική αντίληψη για το επίπεδο υγείας τους, ωστόσο η αντίληψη αυτή ενδεχομένως να μην είναι αντικειμενική εφόσον παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φιλασθένειας.

Σε μίαν άλλη σχετική μελέτη των Van den Bergh et al., (2010), εξετάστηκε η κατάσταση της υγείας των ατόμων που προσέρχονται για αξονική τομογραφία και πως αυτή επιδρά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Όπως προέκυψε, μακροχρόνια, η διενέργεια αξονικής τομογραφίας δεν είχε κάποια επίπτωση στην αντίληψη των ατόμων σε σχέση με την υγεία τους. Παράλληλα, οι ίδιοι ανέφεραν ότι η μόνη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων ήταν μια προσωρινή αύξηση των επιπέδων της δυσφορίας.

Επίσης αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του προφίλ των ατόμων αυτών, όπως έχει αναφερθεί σε σχετική έρευνα, οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους τα άτομα πραγματοποιούν αξονική τομογραφία είναι για να εξετασθούν για στεφανιαία νόσο, καρκίνο του πνεύμονα και καρκίνο του παχέος εντέρου. Επιπλέον, μέσω της αξονικής τομογραφίας ως επί το πλείστον διερευνώνται ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής και κοιλιακοί όγκοι, εκτός από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Hunink and Gazelle, 2003). Στη παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι η κύρια αιτία επίσκεψης του αξονικού τομογράφου στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου ήταν τα ογκολογικά τα παθολογικά και τα ορθοπεδικά προβλήματα.

Επιπλέον από την έρευνα προέκυψε, ότι τα άτομα που προσήλθαν για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου ανήκαν σε πιο μικρό ηλικιακό γκρουπ των 35-55 ετών. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση σε σχέση με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία

στην οποία αναφέρεται ότι ως επί τω πλείστων, τα άτομα τα οποία προσέρχονται για αξονική τομογραφία είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτή η διαφορά που εντοπίστηκε ανάμεσα στα ηλικιακά γκρουπ των ατόμων που προσέρχονται για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της Λέσβου και στα άτομα του γενικού πληθυσμού πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 όπου για λόγους προστασίας και ασφάλειας η προσέλευση των ηλικιωμένων ασθενών και προγραμματισμένων εξωτερικών ασθενών είχε μειωθεί ενώ παράλληλα προτεραιότητα στην ιατρική φροντίδα δινόταν σε επείγοντα περιστατικά και σε νεότερους ασθενείς που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα υγείας με επιδείνωση το τελευταίο διάστημα.

Τέλος μελετήθηκε το επίπεδο της ποιότητας ζωής συσχετιζόμενο με την υγεία, των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου. Διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής σε σχέση με την κοινωνικότητα και την εργασία τους ήταν σε μέτρια-χαμηλά επίπεδα ενώ παράλληλα εμφανίστηκε σωματικός πόνος ο οποίος αποτελούσε τη βασικότερη αιτία της επιδείνωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων.

Παρ' όλο που διαπιστώθηκε πως υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να συνδράμουν στη μείωση της ποιότητας ζωής των ατόμων, παρατηρήθηκε μέσα από την έρευνα ότι οι τα άτομα τα οποία εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ανήκουν σε πιο μικρό ηλικιακό γκρουπ. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με έρευνα των Etcheberria, Urdaneta and Galdona, (2019), οι οποίοι υποστήριξαν ότι το μεγαλύτερο ηλικιακό μέρος του δείγματος της έρευνά τους παρουσίαζε πιο φτωχό επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με τους νεότερους, εξετάζοντας παράλληλα σωματικά και διανοητικά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα εμφανίστηκαν διαφορές μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων της ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία για τους νέους και τους ηλικιωμένους, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτές οι συσχετίσεις μεταβάλλονται ανάλογα με το ηλικιακό γκρουπ.

Γενικότερα, μέσα από την ανάλυση όλων των δεδομένων της έρευνας προέκυψε ότι τα πρωτογενή δεδομένα που συλλέχθηκαν και αξιολογήθηκαν έρχονται σε συμφωνία με τα θεωρητικά ευρήματα της έρευνας. Ωστόσο, ένα σημαντικό ζήτημα είναι η διαφορά που εντοπίστηκε ανάμεσα στα ηλικιακά γκρουπ των ατόμων που προσέρχονται για αξονική τομογραφία στο νοσοκομείο της Λέσβου και στα άτομα του γενικού πληθυσμού και θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

6.3 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε κατά τη διάρκεια μιας ιδιαίτερα δύσκολης περιόδου, αυτή της πανδημίας του Covid-19 στα πλαίσια της οποίας η λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων έχει μεταβληθεί σε μεγάλο βαθμό και έχουν ληφθεί πολύ αυστηρά μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης. Ειδικότερα, υπάρχουν απαγορεύσεις προσέλευσης εξωτερικών ασθενών για μεγάλα χρονικά διαστήματα, που οδηγούν στη μείωση και μεταβολή των εισαγωγών.

Παράλληλα, η προσέγγιση των ήδη νοσηλευόμενων ασθενών ήταν ιδιαίτερα δύσκολη στην περίπτωση αυτή και το γεγονός αυτό οδήγησε στη δημιουργία ακόμη μεγαλύτερων δυσκολιών στον τομέα της συνεργασίας λόγω της γενικότερης κατάστασης τους αλλά και λόγω του πιθανού άγχους το οποίο προκαλεί η νοσηλεία τους στη μονάδα υγείας.

6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η συγκέντρωση δεδομένων και στη συνέχεια η αξιολόγηση τους έτσι ώστε να διαπιστωθεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών που σχετίζεται με την υγεία, είναι μία ιδιαίτερα σημαντική διαδικασία. Κάποιες μελλοντικές προτάσεις, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να αξιολογήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό την κατάσταση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία εστιάζουν περισσότερο στην μελέτη της ψυχοσυναισθηματικής τους κατάστασης. Στα πλαίσια αυτά, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα μεγαλύτερο δείγμα μελέτης το οποίο θα επικεντρώνεται κυρίως στους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Μία άλλη πρόταση, θα εστίαζε στη μελέτη της πάθησης των ασθενών που προσέρχονται για αξονική τομογραφία ξεχωριστά, εστιάζοντας σε κάθε κατηγορία νοσήματος. Έτσι, μέσα από αυτή τη μεθοδολογία θα ήταν πιο εύκολο να αναδειχθούν οι διαφορές όσον αφορά στο πεδίο της συνεργασίας, το επίπεδο της ποιότητας ζωής αλλά και στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση κατά τη διενέργεια μιας αξονικής τομογραφίας στους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Δημητρόπουλος, Χ. Νταγάνου. & Μ. Αλεξιάς Γ. (2008) Σχετιζόμενη με την Υγεία

ποιότητα ζωής, από τη θεωρία στην πράξη. *Info Respiratory medicine and internal*,
49: 31-41

Δρόλαπας, Δ. (2015). *Συγκριτική αξιολόγηση ιατρικών απεικονιστικών μεθόδων υψηλού κόστους CT & MRI σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση* (Διπλωματική εργασία).

Retrieved from

<https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6316/Drolapas.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ελληνική Ακτινολογική Εταιρεία. (2011). *Διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα στην ακτινολογία* (1st ed.). ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ.

Κάβουρα, Μ. Κυριόπουλος, Γ. Γείτονα, Μ. & Βανδώρου, Χ. (2003). *Ποιότητα ζωής*.
Αθήνα: Εκδ. JANSSEN-CILAG.

Καραδήμας, Ε. (2005): *Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη*, Τυπωθήτω,
Αθήνα

Κατσάνος, Κ.Χ. & Τσιάνος, Ε.Β. (2001). Βασικές Αρχές μελέτης με ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής στην ηπατίτιδα C, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 272-278,.

Κυριόπουλος, Γ. Γείτονα, Μ. Σκουρολιάκου, Μ. (1996). *Φαρμακοοικονομία. Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*. Εκδόσεις «ΕΞΑΝΤΑΣ». Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. Βανδώρου, Χ. Γείτονα, Μ. Κάβουρα, Μ. (2003). *Ποιότητα ζωής*. 1η Έκδοση. Ιατρικό Τμήμα JanssenCilag. Αθήνα.

Μονοπώλη, Σ. Μωραΐτη Ι. Κούβαρη Μ. (1979). Υγεία, ανθρωπιστική ιατρική και ιατρική εκπαίδευση, *Materia Medica Greca*, 7(3): 284-292.

- Μορφονιός, Α., Καϊτελίδου, Δ., Μπαλτόπουλος, Γ., Μυριανθεύς, Π. (2011). Ιατρο-κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της αξονικής τομογραφίας και η εξέλιξη των πολυτομικών αξονικών τομογράφων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 28(6):767-776
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 254-266
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 254-266.
- Ξάνθης, Α. (2020). *Καταγραφή και πρόγνωση των ΑΕΕ στο νοσοκομείο Δράμας* (Βασισμένη σε νοσοκομειακά δεδομένα). (Διπλωματική εργασία).
- Οικονόμου Μ. Κοκκώση Μ. Τριανταφύλλου Ε. & Χριστοπούλου Γ. (2001). Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία: Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, (3), 239-253.
- Σαρρής, Μ (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα
- Σουρτζή, Π. (1998). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, *Προαγωγή Υγείας*, 10(4):179- 185
- Σπάρος, Λ. (2001). Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα-Η έννοια της νοσηρότητας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):303-311
- Τούντας, Γ. (2001). *Κοινωνία και Υγεία*. 2η Έκδοση. Εκδόσεις “ΟΔΥΣΣΕΑΣ”. Αθήνα, 2001.
- Τσατσαράγκου, Α. (2018). *Κόστος αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στο γενικό παναρακαδικό νοσοκομείο Τρίπολης*. (Διπλωματική Εργασία), Retrieved from <https://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/4316>
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, том 24, σελ 6-18. Αθήνα

Ξενόγλωση

- Azzouz M, Rømsing J, Thomsen HS (2013). Acute nonrenal adverse events after unenhanced and enhanced computed tomography and magnetic resonance imaging. *Open J Clin Diagn*, 3: 85-93.
- Bergner, M. Bobbit, R. Carter, W. Glison, B. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care*, 19: 787-805.
- Beutel, J. Kundel, H. L. Van, M. R. L. & Society of Photo-optical Instrumentation Engineers. (2000). *Handbook of medical imaging*: Volume 1. Bellingham, Wash: SPIE. 537 – 40.
- Bonomo, L. Foley, D. Imhof, H. and Rubin, G. (2003). *Multidetector computed tomography technology: Advances in imaging techniques*. 1st ed. Royal Society of Medicine Press Ltd, London
- Brace, I. (2018). *Questionnaire Design : How to Plan, Structure and Write Survey Material for Effective Market Researc*. London: Kogan Page.
- Brace, I. (2018). *Questionnaire design: How to plan, structure and write survey material for effective market research*. Kogan Page Publishers.
- Bullinger, M. Anderson, R. Celia, D. & Aaronson, N. (1999). Instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of life Research*, 2: 451-459.
- Denton, J.A. (1978). *Subjective Distribution of Illness: Which People Think They are ill?, Which People Seek Gare?* In: Medical Sociology. Houghton Mifflin Company ed, Boston, Dallas, Geneva, Illinois, Hopewell, New Jersey, Palo Alto, London.
- Dumas, S.E., Dongchung, T.Y., Sanderson, M.L., Bartley, K. and Levanon Seligson, A. (2020). A comparison of the four healthy days measures (HRQOL-4) with a single measure of self-rated general health in a population-based health survey in New York

- City. *Health and Quality of Life Outcomes*, [online] 18(1). Available at: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01560-4>
- Ettxeberria, I., Urdaneta, E. and Galdona, N. (2019). Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Quality of Life Research*, [online] 28(8), pp.2221–2231. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-019-02182-0>
- Fähling M, Seeliger E, Patzak A et al. (2017) Understanding and preventing contrast-induced acute kidney injury. *Nat Rev Nephrol*, 13: 169-80.
- Fähling, M. Seeliger, E. Patzak, A. & Persson, P. B. (2017). Understanding and preventing contrast-induced acute kidney injury. *Nature reviews. Nephrology*, 13(3), 169–180. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2016.196>
- Fayers, P.M. & Sprangers, A.G.M. (2002). Understanding self-rated health. *Lancet*, 359: 187-188.
- Fayers, P. M. and Machin, D. (2000). *Quality of Life-Assessment, Analysis and Interpretation*. West Sussex, England: John Wiley and Sons, Ltd.
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS 5th ed.* London: Sage.
- Goh, K.K.K., Lai, P.S.M. & Lim, S.K. (2019). Cross cultural adaptation and validation of the Malay Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36™). *BMC Nephrol* 20, 226 DOI: 10.1186/s12882-019-1397-8
- Goldberg, D. (1972). *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press. Oxford.
- Hays, R. D. Kallich, J. D. Mapes, D. L. Coons, S. J. & Carter, W. B. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) Instrument. *Quality of Life Research*, 3(5), 329–338. <https://doi.org/10.1007/bf00451725>
- Hlatky, M.A., De Bruyne, B., Pontone, G., Patel, M.R., Norgaard, B.L., Byrne, R.A., Curzen, N., Purcell, I., Gutberlet, M., Rioufol, G., Hink, U., Schuchlenz, H.W., Feuchtner, G., Gilard, M., Andreini, D., Jensen, J.M., Hadamitzky, M., Wilk, A.,

- Wang, F. and Rogers, C. (2015). Quality-of-Life and Economic Outcomes of Assessing Fractional Flow Reserve With Computed Tomography Angiography. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(21), pp.2315–2323.
- Hunink, M.G.M. and Gazelle, G.S. (2003). CT screening: a trade-off of risks, benefits, and costs. *Journal of Clinical Investigation*, [online] 111(11), pp.1612–1619. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC156117/>
- Hunt, S. M. et al. (1981). The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med*, 15: 16-18.
- Kaplan, R.M. & Bush, J.W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis, *Health Psychology*, 61-80.
- Karnofsky, D. A. Burchenal, J.H. (1949). *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents*. In: McLeod (ed) Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia University Press. New York.
- Katz, S. T. Ford, A. B. Mosowitz, R. W. Jackson, B. A. Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. *JAMA*, 185: 914- 919.
- KDQOL, (2020). *Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF™)*. Ανακτήθηκε 15/1/2021 από https://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/surveys_tools/kdqol/Greek-KDQOL.pdf
- Kiel horn A. Graf von der Schelenburg J.-M. (2000). *The Health Economics Handbook*. Adis.
- Larson, D.B., Johnson, L.W., Schnell, B.M., Salisbury, S.R. and Forman, H.P. (2011). National Trends in CT Use in the Emergency Department: 1995–2007. *Radiology*, 258(1), pp.164–173.

- Lin, X.-J., Lin, I-Mei. and Fan, S.-Y. (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, [online] 25(1), pp.8–12. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1016319012000961>
- Lusic, H. & Grinstaff, M. W. (2013). X-ray-computed tomography contrast agents. *Chemical reviews*, 113(3), 1641–1666. <https://doi.org/10.1021/cr200358s>
- Malone, J., del Rosario Perez, M., Friberg, E.G., Prokop, M., Jung, S.E., Griebel, J. and Ebdon-Jackson, S. (2016). Justification of CT for Individual Health Assessment of Asymptomatic Persons: A World Health Organization Consultation. *Journal of the American College of Radiology*, 13(12), pp.1447-1457.e1.
- Manju L, Joseph J., Beevi N. (2020). Validation of kidney disease quality of life short form 36 (KDQOL-SF™) in malayalam among patients undergoing haemodialysis in South Kerala. 90(5): 316-320
- McCollough, C.H. (2016). To Scan or not to Scan. *Health Physics*, 110(3), pp.287–290.
- Melzack, R. Torgerson, W. S. (1971). On the language of pain. *Anaesthesiology*, 34: 50-59.
- Morrow, G. R. Chiarello, R. J. Derogatis, L. R. (1978). A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. *Psychol Med*, 8: 605-610.
- Okunad, A. and Murthy, V. (2002). Technology as a major driver of health care costs: A cointegration analysis of the Newhouse conjecture. *J Health Econ*, 21:147–159 2.
- Pappas, A. Toutouni, H. Gourgiotis, S. Seretis, C. Koukoutsis, I. Chrysikos, I. Gemenetis, G. Matzoukas, I. Karavitis, G. and Lagoudianakis, E. (2013). Comparative approach to non-traumatic acute abdominal pain between elderly and non-elderly in the emergency department: a study in rural Greece. *Journal of clinical medicine research*, 5(4), pp.300-304.
- Parsons, T. (1950). *The social system*. Ney York: The Free Press.
- Peipert, J. D., Nair, D., Klicko, K., Schatell, D. R., & Hays, R. D. (2019). Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short Form Survey (KDQOL-36) Normative Values for the

United States Dialysis Population and New Single Summary Score. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 30(4), 654–663.

<https://doi.org/10.1681/ASN.2018100994>

Power, S. P. Moloney, F. Twomey, M. James, K. O'Connor, O. J. & Maher, M. M. (2016).

Computed tomography and patient risk: Facts, perceptions and uncertainties. *World journal of radiology*, 8(12), 902–915. <https://doi.org/10.4329/wjr.v8.i12.902>

Prokop, M. & Galanski, M. (2002). Spiral and Multislice Computed Tomography of the Body. *THIEME*: 2- 41, 70- 82, 84- 108.

Romans, L. E. & Romans, L. R. (2011). *Computed Tomography for Technologists*. Kluwer.

Rydberg, J. Buckwalter, K. A. Caldemeyer, K. S. Phillips, M. D. Conces, D. J. Jr, Aisen, A. M. Persohn, S. A. & Kopecky, K. K. (2000). Multisection CT: scanning techniques and clinical applications. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 20(6), 1787–1806.
<https://doi.org/10.1148/radiographics.20.6.g00nv071787>

Schuessler, K.F. Fisher, G.A. (1985). Quality of life research and sociology. *Annual Review of Sociology*, 11: 129-149.

Sia, S. (2009). Justification and radiology: some ethical considerations. *Radiation Protection Dosimetry*, 135(2), pp.128–133.

Slikkerveer, L.J. (1990). Theoretical Orientation and Analetical Model In: Plural Medical Systems in the Horn of Africa. *African Studies Centre, Leiden*, . 37

Spitzer, W. O. Dobson, A. J. Hall, J. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *J Chron Dis*, 34: 595-597.

Stanescu, G., Rosca-Fartat, G. and Stanescu, D. (2015). Justification of CT scans using referral guidelines for imaging. *Radiation Protection Dosimetry*, 165(1-4), pp.43–46.

- Strickland N. H. (2000). PACS (picture archiving and communication systems): filmless radiology. *Archives of disease in childhood*, 83(1), 82–86.
<https://doi.org/10.1136/adc.83.1.82>
- Sun, Z., Ng Kh and Anushya Vijayananthan (2010). *Is utilisation of computed tomography justified in clinical practice? Part I: Application in the emergency...* [online] ResearchGate. Available at:
https://www.researchgate.net/publication/43352708_Is_utilisation_of_computed_tomography_justified_in_clinical_practice_Part_I_Application_in_the_emergency_department [Accessed 21 Apr. 2021].
- Van den Bergh, K.A.M., Essink-Bot, M.L., Borsboom, G.J.J.M., Scholten, E.T., van Klaveren, R.J. and de Koning, H.J. (2010). Long-term effects of lung cancer computed tomography screening on health-related quality of life: the NELSON trial. *European Respiratory Journal*, [online] 38(1), pp.154–161. Available at: <https://erj.ersjournals.com/content/38/1/154>
- Waganekar, A., Sadasivan, J., Prabhu, As. and Harichandrakumar, K. (2018). Computed Tomography Profile and its Utilization in Head Injury Patients in Emergency Department: A Prospective Observational Study. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 11(1), p.25.
- Ware, J. E. (1993). *The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Center. Boston.
- Whinney, M. (1981). *A Textbook of Family Medicine*. chapter 3.
- WHO-EURO, (1985). *Targets for Health for all: the health policy for Europe*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organisation, Annex Constitution of the WHO: The First Ten Years of WHO. WHO, Geneva, 1984.
- World Health Organization (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. WHO Offset Publ. No 48. Geneva.
- Yfantopoulos, J. (2001). Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 114-130

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο διανέμεται στο πλαίσιο της έρευνας που αφορά τη Διπλωματική Εργασία με τίτλο **«Διερεύνηση του προφίλ και του επιπέδου υγείας των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση αξονικής τομογραφίας στο νοσοκομείο της νήσου Λέσβου»** του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ) του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

Συμπληρώνοντας και υποβάλλοντας το ερωτηματολόγιο, συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική και έχετε τη δυνατότητα να απέχετε από την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο επιθυμείτε.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς και ερευνητικούς σκοπούς.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο

- ☐ Άντρας
☐ Γυναίκα

Ηλικία

- ☐ 18- 25
☐ 26 - 35
☐ 36 - 45
☐ 46 - 55
☐ 56 -65
☐ 66 -75
☐ 76 - 85
☐ Άνω των 85

Επίπεδο Εκπαίδευσης

- ☐ Απόφοιτος Δημοτικού
☐ Απόφοιτος Γυμνασίου
☐ Απόφοιτος Λυκείου
☐ Κάτοχος πτυχίου
☐ Κάτοχος μεταπτυχιακού
☐ Κάτοχος PhD

Εργασιακή προϋπηρεσία

- ☐ Κάτω από 5 χρόνια
☐ Μεταξύ 5-10 ετών
☐ Μεταξύ 11-15 ετών
☐ Μεταξύ 16-20 ετών
☐ Μεταξύ 21-25 ετών
☐ Άνω των 25 ετών

Απασχόληση

- ☐ Ιδιωτικός υπάλληλος
- ☐ Δημόσιος υπάλληλος
- ☐ Ελεύθερος επαγγελματίας
- ☐ Αγρότης
- ☐ Φοιτητής
- ☐ Οικιακά
- ☐ Συνταξιούχος
- ☐ Άνεργος

Για ποιο λόγο ήρθατε να κάνετε αξονική τομογραφία;

- ☐ Παθολογικό πρόβλημα
- ☐ Ορθοπεδικό πρόβλημα
- ☐ Ογκολογικό πρόβλημα
- ☐ Χρόνιο πρόβλημα
- ☐ Μη χρόνιο πρόβλημα
- ☐ Τροχαίο ατύχημα
- ☐ Άλλο

Εάν δεν υπήρχε ο Covid-19 θα κάνατε νωρίτερα την εξέταση;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Πιθανώς
- ☐ Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Παρακαλείστε να επιλέξετε σε κάθε ερώτηση την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στην περίπτωση σας.

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

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή

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

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν

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

	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου	Δεν κάνω καμία από τις δραστηριότητες που αναφέρονται
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή δραστηριότητες δύσκολων αθλημάτων				
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία				
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά				
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες				
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα				
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο				
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο				
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα				
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα				
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε				

- 4. Το τελευταίο τρίμηνο, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;**

	Ναι	Όχι
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε		
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας		
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας.		

- 5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;**

Πάρα πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου

- 6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ.);**

Πάρα πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου

- 7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;**

Πολύ έντονο	Έντονο	Μέτριο	Ήπιο	Πολύ ήπιο	Καθόλου

8. Με βάση την απάντησή σας στην ερώτηση 6, το τελευταίο τρίμηνο, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Πάρα πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας το τελευταίο τρίμηνο. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο.

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;						
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;						
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/ πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;						
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;						
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;						
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;						
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;						
η. Είσατε ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;						
θ. Αισθανόσαστε κούραση;						

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

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους					
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου					
γ. Η υγεία μου είναι σχετικά καλή.					

11. Το τελευταίο τρίμηνο κατά πόσο ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα:

	Δεν ενοχλήθηκα καθόλου	Ενοχλήθηκα κάπως	Ενοχλήθηκα μέτρια	Ενοχλήθηκα πάρα πολύ	Ενοχλήθηκα υπερβολικά
α. Πόνους στους μύες;					
β. Πόνους στο στήθος;					
γ. Λαχάνιασμα;					
δ. Λιποθυμία ή ζαλάδα;					
ε. Έλλειψη όρεξης;					
στ. Εξασθένηση ή υπερβολική κόπωση;					
ζ. Ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;					
η. Κεφαλαλγία;					
θ. Άλγος κοιλίας;					

12. Ορισμένοι ενοχλούνται από τις επιπτώσεις της πάθησής τους στη καθημερινή τους ζωή ενώ άλλοι όχι. Κατά πόσο επηρεάζει αρνητικά η δική σας πάθηση τους ακόλουθους τομείς της ζωής σας; Εάν δεν υποφέρετε από κάποια πάθηση, παραλείψτε την ερώτηση.

	Εξαιρετικά πολύ	Πάρα πολύ	Μέτρια	Κάπως	Καθόλου
α. Περιορισμοί στη διατροφή;					
β. Την ικανότητά σας να κάνετε δουλειές στο σπίτι;					
γ. Την ικανότητά σας να ταξιδεύετε;					
δ. Εξάρτηση από γιατρούς και ιατρικό προσωπικό;					
ε. Άγχος ή ανησυχίες λόγω της ασθένειάς σας;					

13. Στην επόμενη ερώτηση παρακαλούμε βαθμολογήσετε τον ύπνο σας από 0 έως 10. Το 0 αντιστοιχεί σε “πολύ άσχημο” και το 10 σε “πολύ καλό”. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;

Πολύ άσχημος										Πολύ καλός
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Όσον αφορά στο στενό σας περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι), πόσο ικανοποιημένος είστε με:

	Πολύ δυσανεστη- μένος/η	Λίγο δυσανεστη- μένος/η	Λίγο ευχαριστη- μένος/η	Πολύ ευχαριστη- μένος/η
α. Τον χρόνο που μπορείτε να περάσετε με την οικογένεια και τους φίλους σας;				
β. Την υποστήριξη που σας προσφέρουν η οικογένεια και οι φίλοι σας				

15. Το τελευταίο τρίμηνο εργαστήκατε;

Ναι	Όχι

16. Εάν απαντήσατε αρνητικά στην ερώτηση 15, η κατάσταση της υγείας σας σας εμποδίζει να εργασθείτε;

Ναι	Όχι

17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;

Χείριστη										Καλύτερη δυνατή
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Παράρτημα Β: Αποτελέσματα εξέτασης μέσω των τιμών

Αποτελέσματα εξέτασης μέσω των τιμών

1. Φύλο

Test Statistics ^a		
	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	1154,500	,718
6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	1146,000	,675
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	1139,000	,637
13. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;	1004,500	,196
17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;	1178,000	,853

a. Grouping Variable: Φύλο

2. Ηλικία

Test Statistics ^{a,b}			
	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	13,342	7	,064
6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	15,318	7	,032
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	6,669	7	,464
13. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;	18,992	7	,008
17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;	43,655	7	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Ηλικία

3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Test Statistics ^{a,b}			
	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	14,749	5	,011
6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	10,470	5	,063
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	4,958	5	,421
13. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;	7,046	5	,217
17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;	24,916	5	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Επίπεδο Εκπαίδευσης

4. Απασχόληση

Test Statistics ^{a,b}			
	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	11,688	7	,111
6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	13,743	7	,056
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	9,409	7	,225
13. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;	13,124	7	,069
17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;	30,592	7	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Απασχόληση

5. Αιτία επίσκεψης

Test Statistics ^{a,b}			
	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
5. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια;	19,031	6	,004
6. Το τελευταίο τρίμηνο, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με το στενό περιβάλλον, εκτός οικογένειας (φίλους κλπ);	19,232	6	,004
7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε το τελευταίο τρίμηνο;	10,731	6	,097
13. Σε κλίμακα από 0 έως 10, τι βαθμό θα δίνετε για τον ύπνο σας συνολικά;	20,275	6	,002
17. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την υγεία σας;	41,082	6	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Για ποιο λόγο-πρόβλημα ήρθατε να κάνετε αξονική τομογραφία

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.