

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που υποβλήθηκαν σε μη χειρουργική θεραπεία για αποκατάσταση ορθοπεδικών παθήσεων στο Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΚΟΥΝΑΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΚΟΥΛΗΚΑΡΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΣΚΥΒΑΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΖΩΓΡΑΦΑΚΗΣ –ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1. Εισαγωγή	8
Βιβλιογραφία	12
2. Ποιότητα ζωής	13
2.1. Ο ορισμός της ποιότητας ζωής	14
2.2. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	14
2.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής.....	15
2.4. Δείκτες ποιότητας ζωής (κοινωνικοί και ατομικοί).....	16
2.5. Η ποιότητα ζωής και τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης ως παράμετροι μέτρησης της υγείας	18
2.6. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και προβλήματα	19
Βιβλιογραφία	20
3. Μέθοδοι και συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	23
3.1. Συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	24
3.2. Γενικά και ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	24
3.3. QUALYs (Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης).....	25
3.4. Εφαρμογές και κριτήρια των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής....	26
Βιβλιογραφία	28
4. Οσφυαλγία	30
4.1. Ο ορισμός της οσφυαλγίας	31
4.2. Ανατομία της οσφυϊκής μοίρας ΣΣ.....	32
4.3. Παθογένεια της οσφυαλγίας	35
4.4. Ποιότητα ζωής και οσφυαλγία.....	36
4.5. Οσφυαλγία και απεικόνιση	38
Βιβλιογραφία	42
5. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής: SF – 36	47
5.1. Επισκόπηση Υγείας SF – 36	48
5.1.1. Αναλυτική παρουσίαση του ερωτηματολογίου SF – 36.....	48
Βιβλιογραφία	54

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... 55

6. Μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με οσφυαλγία που αντιμετωπίστηκαν με συντηρητική θεραπεία56

6.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....57

6.2. Η διαδικασία της έρευνας57

6.2.1. Δείγμα της έρευνας58

6.2.2. Μεθοδολογία της έρευνας.....58

6.3. Βιοηθική διάσταση της έρευνας59

6.4. Στατιστική ανάλυση του δείγματος των ασθενών59

6.4.1. Ανάλυση των δεδομένων συλλογής του δείγματος59

6.4.2. Έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητα της έρευνας60

6.4.3. Αποτελέσματα της έρευνας.....61

7. Συμπεράσματα – Συζήτηση 69

.....69

Βιβλιογραφία 75

.....75

Παράρτημα Ι.....78

Παράρτημα ΙΙ.....91

Παράρτημα ΙΙΙ96

Παράρτημα ΙV.....105

Παράρτημα V117

Αντί προλόγου.....

Η δημιουργία αυτής της διπλωματικής εργασίας, όπως κάθε ερευνητική προσπάθεια δεν είναι αποτέλεσμα ενός και μόνο ανθρώπου. Είναι η μορφοποίηση μιας ευρύτερης συλλογικής προσπάθειας, στην οποία συνεισέφεραν πολλοί, σε διάφορες χρονικές περιόδους, άλλος λιγότερο και άλλος περισσότερο.

Στα πλαίσια αυτής της διαπίστωσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Ζωγραφάκη- Σφακιανάκη Μιχάλη που μας τίμησε με την ανάθεση του συγκεκριμένου θέματος της ποιότητας ζωής των ασθενών, ένα θέμα τόσο σημαντικό στην εποχή μας που απασχολεί όλους τους εμπλεκόμενους φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, τους επιστήμονες της ζωής και κυρίως τους ίδιους τους πολίτες και μας καθοδήγησε κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.

Ευχαριστούμε θερμά επίσης τον Δ/ντή της Ορθοπαιδικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου, που με ιδιαίτερη χαρά μας επέτρεψε τη δειγματοληψία μεταξύ των ασθενών. Βεβαίως ένα ευχαριστώ χρωστάμε και στους ασθενείς που παρά τα προβλήματά τους δέχτηκαν με χαρά να συμμετάσχουν στην έρευνά μας. Όλοι αυτοί συνέβαλλαν προκειμένου να φτάσουμε στο τέλος αυτής της προσπάθειας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ θα θέλαμε να εκφράσουμε ιδιαίτερα σε μια καλή φίλη, Ιατρό Χειρουργό Επιμελήτρια Β΄του Νοσοκομείου μας, την κ. Φραγκιαδάκη Ελισάβετ,Mac, όχι μόνο γιατί μας στήριξε στο ερευνητικό μέρος της μελέτης αυτής, αλλά και για την αμέριστη βοήθεια που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας, για την παρότρυνση της και για την ηθική υποστήριξη του όλου εγχειρήματος. Η αγάπη της και η επιμονή της για το σημαντικότερο αυτό θέμα και την εξέλιξή του τροφοδότησαν την προσπάθεια μας με τον απαιτούμενο ενθουσιασμό για να τα καταφέρουμε. Αποτέλεσε συγκεκριμένα φρουρό των ονείρων μας όταν η καθημερινότητα ήταν αμείλικτη και ο ενθουσιασμός γινόταν παροδικά απογοήτευση.

Επίσης ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον κ. Μηνά Σουσαμλή, Ηλεκτρολόγο Μηχανικό, κάτοχο ΜΔΕ στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και υποψήφιο διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αιγαίου για τις εύστοχες παρατηρήσεις του στα θέματα της ποιότητας ζωής, στην ανάλυση και μεθοδολογία της έρευνας καθώς και για τη βοήθεια του στη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία του δείγματος.

Η ενθάρρυνση όλων των αναφερομένων και κυρίως η αντοχή τους να μας ακούνε στις δύσκολες στιγμές ελάττωνε το άγχος μας και μας φόρτιζε με πάθος για νέα προσπάθεια. Για το λόγω αυτό τους αφιερώνουμε αυτή την πτυχιακή εργασία ελπίζοντας να φανούμε αντάξιες στην εμπιστοσύνη που μας έδειξαν.

*Κουναλάκη Ελένη
Σκουληκάρη Καλλιόπη
Σκοβάλου Βασιλική*

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (health related quality of life) βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Κρατικοί φορείς, φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, επιστήμονες από το χώρο της υγείας, της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας ασχολούνται εντατικά με το θέμα της ποιότητας ζωής.

Καθώς η ασθένεια επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής, τις φυσικές λειτουργίες, τη συναισθηματική ισορροπία, την κοινωνική ανάπτυξη και τη γενικότερη ευημερία του ανθρώπου, η μέτρηση της ποιότητας ζωής αναδεικνύεται σε σημαντικό παράγοντα αποτύπωσης της αντικειμενικής και υποκειμενικής κατάστασης της υγείας του ανθρώπου.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η μέτρηση της ποιότητας ζωής , στον βαθμό που η φυσική λειτουργία ενός ατόμου έχει επιπτώσεις στην κοινωνική, συναισθηματική και την γενική ευημερία του. Η βάση πληροφοριών που θα προκύψει, θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για το ιατρικό, νοσηλευτικό σώμα και την πολιτική ηγεσία της χώρας και θα συμβάλλει στην γενική προαγωγή υγείας. Στόχος της μελέτης είναι η πραγματική αποτύπωση της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής υγείας του δείγματος σε αντιδιαστολή με την μέχρι τώρα μονοδιάστατη προσέγγιση των ιατρικών εκβάσεων με βάση τα κλινικά συμπτώματα.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην αξιολόγηση του επιπέδου υγείας ασθενών με οσφυαλγία που αποτελούν ικανό μέρος των εισαγωγών μιας ορθοπεδικής κλινικής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς της ορθοπεδικής κλινικής του Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης κατά το τελευταίο εξάμηνο του 2008. Το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο SF – 36.

Στόχος της έρευνας είναι η μέτρηση της σωματικής, πνευματικής, κοινωνικής και γενικής κατάστασης της υγείας των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, καθώς και ένα μήνα μετά την έξοδό τους, προκειμένου να διαπιστωθεί η μεταβολή της ποιότητας των υπό μελέτη διαστάσεων της ζωής των ασθενών, μετά την εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής, τόσο εντός όσο και εκτός του νοσοκομείου.

Η χρησιμοποιηθείσα μέθοδος είναι διεθνώς επικυρωμένη, με 36 σύντομης μορφής ερωτήσεων (SF – 36), ενώ πολύτιμο υλικό αποτέλεσαν τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους και κατά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο καθώς και ένα μήνα μετά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας για την ποιότητα ζωής των ασθενών και όχι μόνο για την ύπαρξη ή μη νόσου, έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία 20 χρόνια. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στην ιατρική βιβλιογραφία, από το 1966 μέχρι το 1974, 40 φορές σε σχέση με τις 10.000 αναφορές που καταγράφονται, στην περίοδο 1986 έως 1994. Δεν υπάρχει λοιπόν αμφιβολία ότι η έννοια της «ποιότητας ζωής» συνυφασμένης με θέματα υγείας αποτελεί θέμα με τεράστιο ενδιαφέρον¹.

Η συνειδητοποίηση και η αποδοχή της ανάγκης για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε σχέση με τις προτεινόμενες θεραπείες είναι πια γεγονός. Υπάρχουν εξειδικευμένα περιοδικά και ομάδες ατόμων από τα επαγγέλματα υγείας που μελετούν την επίδραση των προτεινόμενων θεραπειών, ειδικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Παρά ότι ο όρος έχει τόσο μεγάλη εξάπλωση και προκαλεί το ενδιαφέρον, στην πράξη η καταγραφή της ποιότητας ζωής σε σχέση με τα θέματα υγείας, αποτελεί ακόμα μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αντικειμενικών επιπέδων της κατάστασης της υγείας, φιλτραρισμένα όμως από την υποκειμενική αντίληψη και προσδοκία των ίδιων των ατόμων. Η αποτίμηση των διαφόρων διαστάσεων της υγείας επιτελείται από την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων που εκπροσωπούν το φάσμα της ζωής των ανθρώπων, δηλαδή τις σωματικές, τις ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Τα «εργαλεία καταγραφής» της ποιότητας ζωής, έχουν σχεδιαστεί ειδικά, με στόχο να ανιχνεύσουν διαφορετικούς τομείς το καθένα.

Μερικά επικεντρώνουν στο να περιγράψουν το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο την κατάσταση της υγείας του, έτσι ώστε να καταλάβουμε τις ανάγκες του, τις επιθυμίες του, τις προτιμήσεις του και τις προσδοκίες με τελικό στόχο την παροχή ανάλογων ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών. Άλλα εστιάζουν στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γένος, κοινωνική υποστήριξη και το βαθμό επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών.

Σε κάθε περίπτωση ο καθορισμός της ποιότητας ζωής σε σχέση με θέματα υγείας αναγνωρίζεται ως σημαντικό εργαλείο για την εκτίμηση του αντίκτυπου που θα έχουν νέες θεραπευτικές μέθοδοι σχετικά με διάφορες ασθένειες.

Με βάση τα παραπάνω, αντιλαμβάνεται κανείς ότι ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί πλέον ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και στη δημιουργία νέων φαρμακευτικών ή τεχνολογικών βοηθημάτων.

Επίσης παρά το γεγονός ότι ο όρος ποιότητα ζωής θεωρείται από τους περισσότερους αυτονόητος ως προς τη σημασία του, μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας ασχολείται με τον ακριβή προσδιορισμό του έννοιας.

Προκειμένου να διαχωριστεί αυτή η γενική τοποθέτηση από τον καθορισμό του όρου σε σχέση με θέματα που αφορούν στην υγεία, εισήχθη η έννοια της Health-related quality of life δηλαδή της με την υγεία συνυφασμένης ποιότητας ζωής. Έτσι λοιπόν στον ιατρικό χώρο η ποιότητα ζωής ορίζεται σαν μια έννοια που περικλείει ένα μεγάλο εύρος σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών και περιορισμού, που περιγράφουν την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί και να αποκομίζει ικανοποίηση από του λειτουργία.

Παρά το ότι δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον ορισμό, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο ότι: η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και περικλείει την αίσθηση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας. Θα πρέπει να εκφράζει την υποκειμενική εκτίμηση του ίδιου του ασθενούς και όχι την άποψη του θεράποντος. Είναι συγκεκριμένα πολυπαραγοντική έννοια και εξαρτάται από το βιοτικό επίπεδο, το πολιτιστικό επίπεδο (αξίες, συμπεριφορά, εμπειρίες, κοινωνική οργάνωση του πληθυσμού, η οποία σχετίζεται με τη μορφή του πολιτεύματος, τη διάρθρωση των κρατικών υπηρεσιών, το σύστημα της οικονομίας, την προστασία της υγείας, του περιβάλλοντος κ.ά.), τις διεθνείς σχέσεις του πληθυσμού και τέλος τις ευκαιρίες δημιουργικής έκφρασης και προσωπικής εξέλιξης των ατόμων². Η ποιότητα ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με τη δημόσια υγεία, αφού δεν μπορεί να νοηθεί οικονομική και κοινωνική πρόοδος χωρίς τον παράγοντα υγεία.

Επίσης παρά το γεγονός ότι ο όρος ποιότητα ζωής θεωρείται από τους περισσότερους αυτονόητος ως προς τη σημασία του, μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας ασχολείται με τον ακριβή προσδιορισμό του έννοιας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (θετικός ορισμός), ο οποίος εστιάζει στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και συμπεριλαμβάνει εκτός από τη σωματική υγεία και άλλους παράγοντες, όπως ψυχικούς και κοινωνικούς που θεωρούνται εξίσου

σημαντικοί για υγεία υψηλού επιπέδου. Απαγκιστρώνεται δηλαδή από την έννοια της αρρώστιας επιδιώκοντας να αποδώσει το συνολικό εύρος της υγείας².

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, ο WHO χρησιμοποιεί ορισμένα κριτήρια, όπως η σωματική υγεία, οι ψυχικές λειτουργίες, το επίπεδο ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.

Οι δείκτες υγείας αποτελούν αρωγούς στον τρόπο μέτρησης και αποτίμησης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Στους αρνητικούς δείκτες υγείας περιλαμβάνονται οι δείκτες θνησιμότητας, και οι δείκτες νοσηρότητας.

Όσον αφορά τη θετική υγεία τώρα, αυτή μπορεί να εκφραστεί ως υποκειμενική συμπεριφορά και ως αντικειμενική πραγματικότητα. Αντικειμενικοί δείκτες υγείας είναι οι δείκτες γεννητικότητας, οι οποίοι αφορούν στην καταγραφή των γεννήσεων και το προσδόκιμο επιβίωσης, που αναφέρεται στον αριθμό των ετών, τα οποία υπολογίζεται να ζήσει κατά μέσο όρο το άτομο κατά τη γέννησή του. Υποκειμενικοί δείκτες θετικής υγείας αποτελούν οι δείκτες λειτουργικής ικανότητας, οι δείκτες καλής ψυχολογικής κατάστασης, οι δείκτες κοινωνικής ισορροπίας, οι δείκτες ποιότητας ζωής, το γενικό προφίλ υγείας. Σύμφωνα με τα αναφερόμενα η δημιουργία των αναφερόμενων δεικτών αντανάκλα την αντίληψη ότι η παροχή της ιατρικής φροντίδας έχει στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Γι' αυτό έχει επικρατήσει αυτοί οι δείκτες να ονομάζονται δείκτες «ποιότητας ζωής». Συνεπώς τέτοιοι δείκτες αποτελούν βασικό στοιχείο αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, διαφορετικών θεραπειών, επεμβάσεων κ.λ.π.³ Ο WHO έδωσε θεσμική υπόσταση σε αυτή την πρακτική περιλαμβάνοντας στον ορισμό της υγείας παράγοντες πέραν των βιολογικών και καταστάσεις εντελώς άσχετες με την ασθένεια. Στη διακήρυξη «Υγεία για όλους» από το Ευρωπαϊκό γραφείο του WHO⁴ ξαναδιατυπώνεται η θέση ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωή που τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά. Επίσης ο χάρτης της Ottawa^{5,6} για την προαγωγή υγείας, ήταν το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής. Ο ορισμός της υγείας δηλαδή καλύπτει τον ορισμό της ευτυχίας. Όποιες αντιρρήσεις ή επιφυλάξεις κι αν υπάρχουν για αυτή την επικάλυψη, ή αλληλεπίδραση της υγείας και ευτυχίας δεν αμφισβητείται από κανένα. Έτσι στόχος των ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι πια η θεραπεία της αρρώστιας, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής για τον εξυπηρετούμενο ποιότητα ζωής⁷

Βιβλιογραφία

1. www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab167.htm
2. WHO. Revised Targets for Health for All in Europe. WHO, 1991.
3. Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδη Α, Μάντη Π, Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.
4. WHO (1991). Στόχοι για «Υγεία για Όλους». Πολιτική υγείας για την Ευρώπη. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe.
5. WHO(1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO.
6. WHO (1992). The Ottawa Charter for Health Promotion. In Kaplum A (ed): Health Promotion and Chronic Iiiness. Discovering a New Quality of Heallth. Copenhagen: WHO Regional Office for Eurore.
7. Wever C (1996). Management Ολικής Ποιότητας. Αθήνα: Anubis

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

2.1. Ο ορισμός της ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής απαντάται ήδη από το Αριστοτέλη¹, ο οποίος αναφέρει ότι...τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία... Ωστόσο συνεχίζει ο Αριστοτέλης, υπάρχει διαφωνία σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής, καθώς και με τον τρόπο και τους παράγοντες εκτίμησής της, τόσο μεταξύ των ανθρώπων όσο και στον ίδιο τον άνθρωπο ανάλογα με τις καταστάσεις και τα γεγονότα της ζωής του.

Η αναζήτηση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Οι Gill και Feinstein² έχουν ορίσει την ποιότητα ζωής ως τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές πλευρές της ζωής τους. Ο ορισμός αυτός αντανακλά μια κλινική προσέγγιση και δεν έχει μεγάλη πρακτική σημασία.

Ένας άλλος ορισμός είναι ο εξής: Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι η αξία που διανέμεται στη διάρκεια της ζωής, όπως τροποποιείται από τα ελαττώματα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία, ή πολιτική υγείας³. Ο ορισμός αυτός προέρχεται από το χώρο της δημόσιας υγείας, εστιάζει στη σχέση μεταξύ ποσότητας και ποιότητας της ζωής και δίνει έμφαση στις πιθανές επιδράσεις της αρρώστιας, των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των πολιτικών υγείας στην ποιότητα ζωής.

Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αναφέρθηκε παραπάνω, εστιάζει στον πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας της ποιότητας ζωής, καθώς και στην περιβαλλοντική⁴ και πολιτισμική^{5,6} διάσταση της υγείας, που επηρεάζουν τις ατομικές αντιδράσεις στην αρρώστια,

Από όλα τα αναφερόμενα είναι εμφανές ότι δεν έχει βρεθεί ακόμα ένας ορισμός, αποδεκτός από όλες της επιστήμες της ζωής, ο οποίος να περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις τους παράγοντες και τις μεταβλητές της ποιότητας της ζωής.

2.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της υγειονομικής περίθαλψης, ο όρος ‘‘σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής προτιμάται από τον όρο ‘‘ποιότητα ζωής’’, επειδή ο πρώτος καθιστά σαφές το γεγονός ότι εστιάζει στην υγεία, αν και χάριν συντομίας περισσότερο συχνά χρησιμοποιείται ο δεύτερος.

Η σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής παρέχει ένα κοινό συγκριτικό τρόπο μέτρησης, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της επίδρασης διαφορετικών θεραπειών μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων υγείας⁷.

Με τον τρόπο αυτό, τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς, έχουν σταδιακά εξελιχθεί με σκοπό την καλύτερη χρήση τους στην αξιολόγηση της επίδρασης της ασθένειας, της θεραπείας, που έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής. Τα εργαλεία αυτά παρέχουν μια αξιολόγηση της υποκειμενικής εκτίμησης του ασθενούς, όσον αφορά στα προβλήματα της υγείας του σε τομείς, όπως οι φυσικές λειτουργίες, η συναισθηματική κατάσταση, η κοινωνική δραστηριότητα, η ανταπόκριση στο ρόλο, ο πόνος και η κόπωση.

Κατά συνέπεια η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως κατάσταση υγείας και να αντιμετωπιστεί ως συνέχεια ή σύνθεση των ολόενα και περισσότερων παραγόντων ή μεταβλητών της έκβασης της υγείας των ασθενών, όπως είναι οι βιολογικοί/φυσικοί παράγοντες, τα συμπτώματα, η γενική αντίληψη για την υγεία και η γενική ευημερία ή ποιότητα ζωής τελικά⁸.

Οι διαφορετικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής θα συζητηθούν, κάνοντας αναφορά τόσο στις γενικές μελέτες που βασίζονται στον φυσιολογικό πληθυσμό όσο και στις ειδικές που αποσκοπούν στην αξιολόγηση των σταδίων εξέλιξης μιας νόσου, καθώς και στη διερεύνηση της συμβολής εναλλακτικών θεραπειών ή ιατρικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού. Η έννοια των Ποιοτικών Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης (QUALYs) έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ιατρών και των οικονομολόγων κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, διότι ουσιαστικά συνδυάζει την ποσότητα, μετρούμενη με το δείκτη του προσδόκιμου επιβίωσης, με την έννοια της ποιότητας, σταθμισμένη σε ποιοτικά χρόνια επιβίωσης.

2.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής

Γενικά τόσο η υγεία όσο και η ποιότητα ζωής θεωρείται μια πολυπαραγοντική έννοια η οποία επηρεάζεται από πάρα πολλούς παράγοντες⁹ εκ των οποίων οι σημαντικότεροι εμφανίζονται να είναι οι εξής¹⁰:

1. Οι οικονομικοί-πολιτικοί παράγοντες: επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των τομέων της οικονομίας.

2. Η κοινωνικο-οικονομική δομή και η λειτουργία της κοινωνίας: τρόπος παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
3. Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, όπως ο τρόπος ζωής, η κατοικία, οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες.
4. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες: επίπεδο οικολογικής προστασίας, βαθμός μόλυνσης και καταστροφής των οικοσυστημάτων.
5. Οι ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: ήθη και έθιμα, αναλφαβητισμός, εκπαιδευτικό σύστημα, νοοτροπίες, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά, άσκηση κοινωνικών ρόλων.
6. Οι γεωφυσικοί παράγοντες; Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, οι κλιματολογικές συνθήκες.
7. Οι δημογραφικοί παράγοντες: ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, μετανάστευση, σύνθεση κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.ά.
8. Οι υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες, επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών. Ο σύγχρονος ιατρός καλείται πλέον να εφαρμόσει Ιατρική Βασισμένη σε Ενδείξεις, δηλαδή σε γνώσεις που προέρχονται από επιστημονικά τεκμηριωμένες σύγχρονες επιστημονικές έρευνες. Για να εκτιμηθούν με αντικειμενικά κριτήρια η έκβαση, η αποτελεσματικότητα, οι οικονομικές διαστάσεις, οι κοινωνικές διαστάσεις, απαιτούνται δείκτες μέτρησης και σταθμισμένα εργαλεία. Λίγοι αμφισβητούν αυτές τις απόψεις αλλά και λίγοι τις εφαρμόζουν στην κλινική. Πρακτικά η Βασισμένη σε Ενδείξεις Ιατρική κερδίζει έδαφος στον ακαδημαϊκό χώρο, στην επιδημιολογία και στην έρευνα σε αντίθεση με την ιατρική σε επίπεδο κλινικού ιατρού που προχωρεί πολύ αργά¹¹.

2.4. Δείκτες ποιότητας ζωής (κοινωνικοί και ατομικοί)

Οι δείκτες ποιότητας ζωής διακρίνονται τόσο σε αντικειμενικούς και κοινωνικούς δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης όσο και σε υποκειμενικούς και ατομικούς δείκτες σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Οι δείκτες αυτοί αποτυπώνουν την κοινωνική και ατομική πραγματικότητα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής¹².

Οι κοινωνικοί αυτοί δείκτες αποτυπώνουν τη συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους υγειονομικούς παράγοντες και τους δείκτες υγείας ενός πληθυσμού. Η χρησιμότητά τους έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και συνεπώς συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων.

Μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει εφικτό να δημιουργηθεί ένας παγκόσμιος, ιδεώδης, πρότυπος δείκτης υγείας, αν και οι πρώτες προσπάθειες σχεδιασμού τους¹³ ανάγονται στη δεκαετία του 1930. Όμως, έχουν δημιουργηθεί κατά καιρούς και χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες, όπως οι δείκτες υγείας, θετικοί και αρνητικοί, οι δείκτες συνθηκών υγιεινής και περιβάλλοντος, οι δείκτες των διατιθέμενων πόρων για την υγεία, οι δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και άλλοι.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για την κατασκευή ενός σύνθετου δείκτη¹⁴ με το συνδυασμό διαφόρων υπάρχοντων δεικτών, αν και ένας τέτοιος δείκτης ίσως υπόκειται σε αρκετούς περιορισμούς. Μια ενδιαφέρουσα νέα προσέγγιση είναι ο δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης, ο οποίος περιλαμβάνει το κατά κεφαλή ΑΕΠ, το προσδόκιμο επιβίωσης και την εκπαιδευτική κατάσταση. Συγκεκριμένα ο δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης δείχνει εάν και κατά πόσο ένας πληθυσμός οδηγείται σε μακρόχρονη και υγιή ζωή, σε ικανοποιητικό μορφωτικό επίπεδο και απολαμβάνει μια αξιοπρεπή ζωή και όρους ύπαρξης και διαβίωσης^{15,16}.

Όσον αφορά τους ατομικούς δείκτες ποιότητας ζωής η προσπάθεια μέτρησης της κινείται σε τρεις κυρίως διαστάσεις και συγκεκριμένα στη μέτρηση, (α) της σωματικής ευεξίας, (β) της ψυχικής ευεξίας και (γ) της κοινωνικής ευεξίας¹⁷.

Στον τομέα της σωματικής ευεξίας εξετάζεται συνήθως η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο της σωματικής λειτουργίας. Στον τομέα της ψυχικής ευεξίας διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ασθενούς, ενώ τυπικές καταστάσεις που εξετάζονται είναι η ύπαρξη άγχους, κατάθλιψης, η ικανότητα προσαρμογής στην αρρώστια κλπ. Στον τομέα της κοινωνικής ευεξίας περιλαμβάνονται η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και η άσκηση κοινωνικών ρόλων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η διάθεση του ελεύθερου χρόνου κλπ. Τέλος, στον επαγγελματικό τομέα εξετάζεται η ικανότητα για αμειβόμενη εργασία, καθώς και η ικανότητα εκτέλεσης οικιακών εργασιών.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της αντίληψης για την καλή υγεία αποτελεί το γεγονός ότι αυτή προσδιορίζεται περισσότερο από την απουσία της παρά από την παρουσία της. Έχει παρατηρηθεί ότι η ευχαρίστηση για τη ζωή αυξάνεται μετά την αποδρομή μιας

σοβαρής ασθένειας, πράγμα που σημαίνει ότι η βαθύτερη αντίληψη για την υγεία είναι συνήθως δυνατή και εφικτή, μόνο εφόσον βιώνεται η εμπειρία της απώλειάς της ¹⁸.

2.5. Η Ποιότητα ζωής και τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης ως παράμετροι μέτρησης της υγείας

Η μέτρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας από τους επιδημιολόγους, τους δημογράφους, τους στατιστικούς αναλυτές, τους ψυχολόγους και τους οικονομολόγους. Στην επιστημονική έρευνα χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές προσεγγίσεις που απέβλεπαν στον εννοιολογικό προσδιορισμό της κατάστασης υγείας και στην περαιτέρω ανάλυση της ποιότητας ζωής.

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός και η μέτρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού αποτέλεσαν τις τελευταίες τρεις δεκαετίες τον πυρήνα της διεπιστημονικής συνεργασίας στον τομέα υγείας. Κλινικοί και γενικοί γιατροί, επιδημιολόγοι, οικονομολόγοι και επιχειρησιακοί ερευνητές προσπάθησαν με διαφορετικές μεθόδους της κλινικής και κοινωνικής έρευνας να αξιολογήσουν και να προσμετρήσουν την κατάσταση της υγείας μιας χώρας ή συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. Στον τομέα της επιδημιολογίας οι κύριες προσεγγίσεις βασίστηκαν στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας. Στον τομέα των οικονομικών της υγείας οι δείκτες αυτοί συνδυάστηκαν με οικονομικά μεγέθη και αναπτύχθηκαν οι μέθοδοι κόστους-οφέλους, κόστους – αποτελεσματικότητας και κόστους-ωφελιμότητας, προκειμένου να αξιολογηθεί η οικονομική αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με την κλινική αποδοτικότητα. Ο κύριος στόχος των κλινικών και οικονομικών ερευνών ήταν η διερεύνηση της υπόθεσης του κατά πόσον επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού με την άριστη ή καλύτερη δυνατή χρήση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού σε συνδυασμό με τη διαθέσιμη τεχνολογική υποδομή.

Η υγεία, ωστόσο είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που περιλαμβάνει όχι μόνο ιατρικές και κλινικές διαστάσεις, αλλά κυρίως και άλλες πτυχές που συνδέονται με τη φυσική κατάσταση του ατόμου, την ψυχολογική του διάθεση, την κοινωνική ένταξη και συμμετοχή.

Η έννοια των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης (QUALYs) έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ιατρών και των οικονομολόγων κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, διότι ουσιαστικά συνδυάζει την ποσότητα, μετρούμενη με το δείκτη του προσδόκιμου επιβίωσης, με την έννοια της ποιότητας, σταθμισμένη σε ποιοτικά χρόνια επιβίωσης.

2.6. Ποιότητα ζωής και προβλήματα από την εκτίμησή της

Η πληθώρα των εννοιολογικών προσεγγίσεων και των μεθοδολογικών εργαλείων αποτίμησης της ποιότητας της ζωής δείχνει την προσπάθεια των ερευνητών να συγκεκριμενοποιήσουν την αφηρημένη αυτή έννοια. Από τη δεκαετία του 1980 έχει καταγραφεί η εννοιολογική σύγχυση όσον αφορά στους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, η αυθαιρεσία της επιλογής των προς μέτρηση παραμέτρων και η έλλειψη αξιόπιστων συσχετίσεων¹⁹.

Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η αναγκαιότητα εκτίμησης και αξιολόγησης των αντικειμενικών παραμέτρων σε συνάρτηση με τις υποκειμενικές παραμέτρους και κυρίως με τη διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων. Οι αξιολογήσεις αυτές και οι πιθανές συσχετίσεις πρέπει να γίνονται σε διαχρονική βάση. Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι οι μελέτες σύγκρισης διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων είναι καλύτερα σχεδιασμένες από τις μελέτες που αφορούν στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από μια συγκεκριμένη θεραπευτική πράξη²⁰⁻²².

Ένα άλλο επίσης σημαντικό πρόβλημα είναι το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος που μελετάται κάθε φορά. Το μικρό μέγεθος δείγματος αφαιρεί το πλεονέκτημα της εις βάθος διερεύνησης των παραμέτρων της ποιότητας της ζωής. Συγκεκριμένα έρευνα που αφορούσε σε μελέτες ποιότητας ζωής κατά την περίοδο 1981 - 1995 έδειξε ότι ο μέσος όρος του δείγματος ήταν 83 συμμετέχοντες⁸. Επιπλέον, η έλλειψη ενός καθολικά αποδεκτού μεθοδολογικού πλαισίου έχει οδηγήσει σε πληθώρα χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, μερικά από τα οποία εφαρμόζονται ελάχιστες φορές ή ακόμα και μια μόνο φορά², με αποτέλεσμα το σημαντικό περιορισμό της συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων.

Ωστόσο, η δημιουργία εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής φαίνεται να μειώνεται τα τελευταία χρόνια, ενώ ορισμένα εργαλεία αρχίζουν να καθιερώνονται ως μέθοδοι επιλογής μέτρησης της ποιότητας ζωής, όπως είναι The Sickness Impact Profile (SIP) και SF -36 Health Survey.

Τέλος, η ασυμβατότητα ανάμεσα στις αντικειμενικές και υποκειμενικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής μειώνει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των μετρήσεων, καθώς και τη διαχρονική χρήση και συγκρισιμότητάς τους.

Βιβλιογραφία

1. Αριστοτέλης (1993). Άπαντα. Ηθικά Νικομάχεια (μετ:Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου)
Αθήνα: Κάκτος.
2. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life measurements. J Am Med Ass 1994,272:619-626.
3. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement. Soc Sci Med 1995,41: 1383 -1394.
4. Rogerson RJ. Environmental and health- related quality of life: Soc Sci Med 1995,41: 1373-1382.
5. Kuylen W,Orley J, Hudelson P, Sartorius N. Quality of life assessment across cultures. Int J Mental Healt 1994, 23: 5 – 14.
6. Guarnaccia PJ (1996). Anthropological perspectives: The importance of culture in thw assesment of quality of life. In: Spilker B (ed). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2nd ed). Philadelrhia: Lippincott – raven.
7. Thompson DR, Roebuck A. The measurement of health- related quality of life in patients with coronary heart disease. J Cardiovasc Nurs 2001, 16:28-33.
8. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with healt-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995,273:59-65.
9. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ (1997). Συστήματα υγεία και ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα: εκδ. ιδίων συγγραφέων.Σαρρής Μ (1999). Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
10. Σαρρής Μ (1999). Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.

13. Simmons RG, Anderson CR, Abress LK. Quality of life and rehabilitation differences among four end-stage renal disease therapy groups. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1990, 131:7-22.
11. Σούλης Σ (1991). *Δημογραφία και Υγεία*. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.
12. Stauman K, Falk IS (1936). Health Indices. *Bulletin of Health Organization of the League of Nations*, Vol 5, p 916. In: Jazairi NT. *Defferentes Approchespour l' Elaboration d' Indicateurs de Sante*. OECD, Paris.
13. Σκούτζος Θ (1990). *Στρατηγική Οικονομικής Ανάπτυξης*. Αθήνα: Σταμούλης.
14. Σούλης Σ (1999). *Οικονομία και Ανθρώπινη Ανάπτυξη. Η θέση της Ελλάδας στην Παγκόσμια Πραγματικότητα*. Αθήνα.
15. Samuelson PA, Nordhaus WD, (2000). *Οικονομική*. Αθήνα. Παπαζήση.
16. Σαρρής Μ (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα ζωής*. Αθήνα: εκδ Παπαζήση.
17. Σαρρής Μ (1999). *Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.
18. Najman K, Levine M. Evaluating the Impact of Medical Care and Technologies on the Quality of Life: A review and Critique. *Soc Sci Med* 1981, 15F: 107-115.
19. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985,312:553-559.
20. Simmons RG, Anderson CR, Abress LK. Quality of life after kidney transplantation: A retrospective, randomized comparison of cyclosporine and conventional immunosuppressivw therapy. *Transplantation* 1988, 45:415-421.

21. Simmons RG, Anderson CR, Abress LK. Quality of life and rehabilitation differences among four end-stage renal disease therapy groups. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1990, 131:7-22.

22. Joralemon D, Fujinaga KM. Studing the quality of life after organ transplantation; Research problems and solutions. *Soc Sci Med* 1996, 44:1259-1269.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

3.1. Συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμολογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής¹. Έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης, ικανοποίησης του ασθενούς από την έκβαση της ασθένειας και την παροχή υπηρεσιών. Άλλα στοχεύουν στην εκτίμηση μίας μόνο δραστηριότητας, στην έκβαση ενός συγκεκριμένου νοσήματος ή μιας παρέμβασης. Άλλα είναι πολυδιάστατα, αφορούν στη γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα. Πολλά σχεδιάστηκαν για κοινή χρήση, άλλα για να χρησιμεύσουν σε μία μόνο έρευνα ή σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Καθένα έχει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς.

Παρά το γεγονός όμως ότι η μέτρηση της ποιότητας της ζωής αποκτά συνεχώς νέα εργαλεία για την επίτευξή της, είναι εμφανές ότι εξακολουθεί να στερείται μιας ικανοποιητικής θεωρητικής θεμελίωσης της ποιότητας ζωής. Η ύπαρξη θεωρητικού υποβάθρου είναι απαραίτητη για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό των εργαλείων προσέγγισης της ποιότητας ζωής^{2,3}.

3.2. Γενικά και ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Στο χώρο της υγείας τα προτεινόμενα εργαλεία ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες³, τα όργανα δε μέτρησης της ποιότητας ζωής αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία είναι πολλά⁴.

A. Τα εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα για να μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών, ανικανοτήτων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών. Ενδεικτικά, ορισμένα από αυτά τα όργανα είναι τα παρακάτω: SF – 36, EQ -15D, EQ – 5D. B.

B. Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments) είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων σε συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Είναι πολύ ευαίσθητα, ώστε να συλλαμβάνουν τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας ή στα στάδια κάποιων συγκεκριμένων ασθενειών, όπως ο διαβήτης, η αρθρίτιδα, το άσθμα κλπ. Τα εργαλεία ποικίλλουν

σημαντικά με ότι αφορά τη χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και την πολυπλοκότητα της εφαρμογής τους.

Συμπερασματικά όμως κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής το σημαντικότερο ίσως είναι , το επιλεγμένο εργαλείο να μετρά τις διαστάσεις της υγείας, που σχετίζονται με το συγκεκριμένο προς μελέτη σύνολο των ασθενών^{5,6} .

Οι βασικές προϋποθέσεις που θα πρέπει να τηρούνται κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής με τα εργαλεία ανάλυσής μας είναι οι εξής⁴ :

A. Η επιλογή των διαστάσεων μέτρησης.

B. Η επιλογή των επιπέδων μέσω των οποίων θα αξιολογηθούν οι παραπάνω διαστάσεις.

Γ. Ο προσδιορισμός των αξιών κάθε διάστασης.

Η επιλογή της διάστασης και της μέτρησης της κατάστασης της υγείας, όπως και η μέθοδος συνδυασμού διαφορετικών διαστάσεων της υγείας και ο προσδιορισμός αξιών σε αυτούς τους συνδυασμούς απαιτούν την αναγνώριση και αξιολόγηση κάποιων αξιολογικών κρίσεων.

3.3. QUALYs (Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης)

Την τελευταία εικοσαετία, η φυσική, η ψυχολογική και η κοινωνική διάσταση της υγείας αποτέλεσαν το έναυσμα αξιολόγησης και μέτρησης της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού με την ανάπτυξη διεπιστημονικών προσεγγίσεων που δεν περιορίζονται στην «στατική μέτρηση» με δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, αλλά επεκτείνονται σε «δυναμικές» και «πολυπαραγοντικές αναλύσεις» που εστιάζονται στη μέτρηση του κλινικού και κοινωνικού αποτελέσματος μιας θεραπείας ή μιας χειρουργικής επέμβασης.

Οι μέθοδοι αυτές συνδυάζουν την κλινική απόφαση (clinical decision making) κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας ή κινδύνου (uncertainty or risk) με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο συνδυασμός των μεθόδων αυτών εκφράζεται με το δείκτη των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης και αντικατοπτρίζεται στα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Επιβίωσης του ατόμου (QUALYs) (Quality Adjusted Life Years)^{7,8}. Δύο είναι οι βασικές παράμετροι που επηρεάζουν αυτούς τους σταθμισμένους δείκτες:

(α) ο χρόνος επιβίωσης του ατόμου και

(β) η ποιότητα ζωής.

Ο κύριος σκοπός δηλ. των δεικτών QUALYs είναι η επινόηση ενός σύνθετου δείκτη βασισμένου σε δύο συστατικά που αντιπροσωπεύουν την ποσότητα και την ποιότητα ζωής αντίστοιχα.

3.4. Εφαρμογές και κριτήρια των οργάνων μέτρησης της ποιότητας ζωής

Σκοπός της ενότητας αυτής είναι να παρουσιάσει συνοπτικά της εφαρμογές κάθε οργάνου που αποβλέπει στη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η εφικτότητα κάθε οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής αναπτύσσεται σε επιμέρους στάδια:

(1) Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στη μετάφραση του συγκεκριμένου εργαλείου από την αγγλική γλώσσα σε μια άλλη.

(2) Το δεύτερο στάδιο αποσκοπεί στη μέγιστη δυνατή «πολιτιστική απόδοση» των όρων που χρησιμοποιούνται από το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής.

(3) Το τρίτο στάδιο αποτελεί την εφαρμογή των ψυχομετρικών μεθόδων για τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων κάθε οργάνου με ειδική αναφορά στις:

Αξιοπιστία, εγκυρότητα, ειδικότητα, ευαισθησία, λειτουργικότητα και δεοντολογία

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης αποτελεί σημαντική προϋπόθεση της σωστής ερμηνείας των αποτελεσμάτων της μέτρησης. Εξασφαλίζει ότι το εργαλείο αυτό μετρά με ακρίβεια και συνέπεια αυτό που κατασκευάστηκε να μετρά και δεν επηρεάζεται από τυχαίους παράγοντες^{9,10}. Αξιολογείται φυσιολογικά με δύο τρόπους την εσωτερική συνέπεια και την αξιοπιστία δοκιμής – επανελέγχου^{9,10}.

Η εγκυρότητα προσδίδει τη δυνατότητα στο εργαλείο μέτρησης να ποσοτικοποιεί το στοιχείο ή τη διάσταση που αυτό μετρά. Ο έλεγχος της εγκυρότητας ακολουθεί αυτόν της αξιοπιστίας και θεωρείται σημαντικότερος από τον δεύτερο².

Διακρίνεται σε τέσσερεις τύπους: εγκυρότητα έκφρασης (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), σχετιζόμενη με κριτήριο εγκυρότητα (criterion validity) και τη δόκιμη εγκυρότητα (construct validity).

Και οι δύο αυτές ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων μέτρησης πρέπει να επαναπροσδιορίζονται όταν το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται σε σύνολα ασθενών που ανήκουν σε διαφορετικούς πληθυσμούς ή διαφορετικούς πολιτισμούς.

Η ειδικότητα έχει σχέση με τη δυνατότητα ενός εργαλείου μέτρησης να προσδιορίζει σωστά τους διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών και πρέπει να δύναται να

διακρίνει μεταξύ ασθενών με καλή ποιότητα ζωής έναντι εκείνων με κακή ποιότητα ζωής².

Η ευαισθησία αποδίδει το βαθμό ακρίβειας της μέτρησης, ούτως ώστε να μην διαφεύγουν πιθανές αλλαγές ή διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας, η ψυχολογική εξάρτηση από τη νόσο².

Τα δημοφιλέστατα ερωτηματολόγια SF-36 (Short Form Questionnaire-36) δημιουργήθηκαν στη Βοστώνη το 1992 από τους Ware και Shelbourne^{11,12}. Αποτελούνται από 36 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε 8 θεματικές κλίμακες(8 διαφορετικές έννοιες υγείας): σωματικές λειτουργίες, κοινωνικές λειτουργίες, πόνος, γενική ψυχική υγεία, περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων, περιορισμοί ρόλου λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, ζωτικότητα, ζωντάνια και γενική αντίληψη για την υγεία. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αξιολογούνται σε κλίμακα από το 1 έως το 5 όπου το 1 είναι χειρότερη ποιότητα και το 5 καλύτερη. Παράγουν ένα σχεδιάγραμμα απεικόνισης της ευημερίας, που αναδεικνύει την μεταβολή του επιπέδου της φυσικής και αναλυτικής υγείας του ασθενούς πριν και μετά την παραπομπή του στο σύστημα υγείας.

Το SF - 36 εφαρμόζεται σήμερα στον τομέα των χρόνιων νοσημάτων όπως η ΧΝΑ, σε χειρουργικές, καρδιολογικές καθώς και πνευμονολογικές παθήσεις γιατί καταγράφει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητα Ζωής, με τρόπο, σχετικά σύντομο και εύκολο στη χρήση του. Επίσης καλύπτει θετικές αλλά και αρνητικές πλευρές της υγείας, γεγονός που θεωρείται σημαντικό πλεονέκτημα για ένα σύστημα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής¹³. Αυτό έχει επιτευχθεί διότι από το 1988 οι ερευνητές που το χρησιμοποίησαν προκειμένου να σχεδιάσουν ένα πρωτοποριακό εργαλείο μέτρησης της θέσης της υγείας επέλεξαν τα αντικείμενα του ερωτηματολογίου, ώστε να αντιπροσωπεύουν πολλαπλάσιους λειτουργικούς δείκτες υγείας όπως: η λειτουργία και δυσλειτουργία συμπεριφοράς, κίνδυνος και ευημερία, αντικειμενικές κρίσεις και υποκειμενικές εκτιμήσεις, ευνοϊκές και δυσμενείς ατομικές αξιολογήσεις της γενικής κατάστασης της υγείας.

Βιβλιογραφία

1. Wilkin D, Hallam L, Doggett M-A. Measures of Need and Outcome for Primary Health Care. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo, 1994.
2. Σαρρής Μ (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Παπαζήση.
3. Thomas M, Gill MD, Alvan R, Feinstein MD. A critical appraisal of the quality of Quality of life measurements. JAMA 1994,272:618-626.
4. Υφαντόπουλος Γ (2005). Τα οικονομικά της Υγείας. Εκδ. Τυπωθήτω. Αθήνα
5. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995, 273:59-65.
6. McDowell I, Newell C. (1996). Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires (2nd). New York: Oxford University Press.
7. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3) 218-229.
8. Υφαντόπουλος J. (2001). Quality of life and QALYs in the measurement of health. Archives of Hellenic Medicine, Volume 18, no 2 – no 3, pp.114-130.
9. McDowell I, Newell C (1996). Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire (2nd). New York: Oxford University Press.
10. Jenkinson C, McGee H (1998). Health status measurement: a brief but critical introduction. Oxford: Radcliffe Medical Press.
11. Ware JE, Kosinski M, Kellers D. (1996). A 12-item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary test of reliability and validity. Med Care.

12. Ware JE, Kosinski M, Kellers D. (1995). SF -12: How to Score the SF – 12 Physical and Mental Health Summary Scales. Boston, MA, The Health Institute. New England Medical Center.

13. Yfantopoulos J. (2001). Quality of life and QUALYs in the measurement of health. Archives of Hellenic Medicine, Volume 18, no 2 – no 3, pp.114-130.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

4.1 Οσφυαλγία

Η οσφυαλγία (low back pain) είναι μια σύνθετη λέξη με πρώτο συνθετικό τη λέξη «οσφύς» που σημαίνει «κατά τους νεφρούς» και υπονοεί τη μέση και με δεύτερο συνθετικό το «άλγος» που σημαίνει πόνος. Οξεία οσφυαλγία σημαίνει την αιφνίδια εγκατάσταση του πόνου στην περιοχή της μέσης, ενώ η οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ως χρόνια αν υπερβεί σε διάρκεια τους 3 μήνες.

Η οσφυαλγία είναι ένα πολύ διαδεδομένο και με αυξημένο κόστος πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες¹. Είναι μια κατάσταση, η οποία κάποια στιγμή θα επηρεάσει το 70% με 80% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια της ζωής τους². Η οσφυαλγία είναι η πιο συχνή αιτία περιορισμού των δραστηριοτήτων μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας κάτω των 45 ετών και η δεύτερη πιο συχνή αιτία απουσίας από τη δουλειά, μετά από το κοινό κρυολόγημα^{3,4}. Είναι το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα, μετά τα ενοχλήματα από λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, που αναγκάζει κάποιον να επισκεφτεί έναν οποιονδήποτε ιατρό^{5,6}. Εμφανίζεται να επηρεάζει το ίδιο τους άνδρες και τις γυναίκες, με την έναρξη των ενοχλημάτων στην ηλικία μεταξύ 30 και 50 ετών⁷. Σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, σχεδόν το 10% των ενηλίκων στις Η.Π.Α. αναφέρει ότι πάσχει από οξεία οσφυαλγία και το ένα τρίτο από αυτούς τους ασθενείς θα έχουν το σύμπτωμα αυτό μετά από 6 μήνες, θα έχουν αναπτύξει δηλαδή χρόνια οσφυαλγία⁸. Επίσης στις Η.Π.Α., σχεδόν το 2% του συνολικού πληθυσμού θεωρείται εντελώς ανήμπορο εξαιτίας της οσφυαλγίας και ένα άλλο 5% θεωρείται μερικώς ανήμπορο⁹. Η δυσκολία αυτή που σχετίζεται με την οσφυαλγία είναι επιπλέον πρωταρχική αιτία για αναζήτηση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας⁵, η πέμπτη πιο συχνή αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο⁵ και η τρίτη πιο συχνή αιτία για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης¹⁰.

Εκτός από ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας, η οσφυαλγία, έχει μεγάλες οικονομικές επιπτώσεις σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες του σύγχρονου κόσμου κυρίως μέσω των χαμένων εργατοωρών αλλά και της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας φαρμάκων. Είναι άξια προσοχής η μεγάλη ποικιλία των φαρμακευτικών σκευασμάτων που υπάρχουν στην αγορά για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας καθώς και ο έντονος ανταγωνισμός των εταιριών για την κατάκτηση του μεγαλύτερου μεριδίου της. Εκτιμήσεις για το κόστος (άμεσο και έμμεσο) που σχετίζεται με την οσφυαλγία στις Η.Π.Α. ποικίλουν από 20 δισεκατομμύρια δολάρια μέχρι πάνω από 100 δις δολάρια ετησίως^{11,12}, με τη χρόνια οσφυαλγία να έχει τη μεγάλη αναλογία του κόστους αυτού για την κοινωνία^{2,13}.

Σε μια άλλη έρευνα στην Ολλανδία το κόστος της οσφυαλγίας εκτιμήθηκε στο 1,7% του Α.Ε.Π. το 1991¹⁴. Επιπλέον το ένα τρίτο του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας και

το ένα δεύτερο του κόστους των απουσιών από τη δουλειά που οφείλεται σε παθήσεις του μυοσκελετικού, έχει ως βάση την οσφυαλγία¹⁴. Το ολικό άμεσο ιατρικό κόστος από την οσφυαλγία εκτιμάται σε 367.6 εκατ. Δολάρια¹⁴.

Ευτυχώς, οι περισσότερες περιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων και αυτών χωρίς εμφανές αίτιο, είναι γενικά αυτοπεριοριζόμενες και οδηγούν σε μη μόνιμες βλάβες τον ασθενή³. Μόνο 1% των ασθενών απαιτούν επείγουσα ιατρική παρέμβαση για θεραπεία¹⁵ ενώ η πλειοψηφία των πασχόντων εμφανίζουν βελτίωση σε 4 εβδομάδες, ανεξαρτήτως φαρμακευτικής αγωγής ή οποιαδήποτε άλλης θεραπείας^{11,16}. Από την άλλη βέβαια το ποσοστό υποτροπής είναι ιδιαίτερα υψηλό καθώς το πρώτο επεισόδιο τις περισσότερες φορές δεν είναι και το τελευταίο.

4.2 Ανατομία της οσφυϊκής μοίρας ΣΣ

Για την πληρέστερη κατανόηση των προβλημάτων της οσφύς κρίνεται απαραίτητη μια μικρή αναφορά σε ανατομικά στοιχεία της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από 33-34 σπονδύλους, ταξινομημένοι ανάλογα με την περιοχή που βρίσκονται στο ανθρώπινο σώμα. Έτσι υπάρχουν 7 αυχενικοί, 12 θωρακικοί, 5 οσφυϊκοί, 5 ιεροί (είναι συνοστεωμένοι και αποτελούν το ιερό οστό) και 4-5 κοκκυγικοί (είναι συνοστεωμένοι και αποτελούν τον κόκκυγα)¹⁷. Γενικά, οι σπόνδυλοι κάθε μοίρας διαφέρουν μεταξύ τους, έχουν όμως και ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που ονομάζονται κοινά γνωρίσματα των σπονδύλων. Αυτά είναι:

α) **το σπονδυλικό σώμα** : είναι το ογκωδέστερο τμήμα του σπονδύλου. Το σχήμα του είναι κυλινδρικό και έχει δύο επιφάνειες, την επάνω και την κάτω, καθώς και μια περιφέρεια. Οι επιφάνειες αυτές συντάσσονται, με τη παρεμβολή του μεσοσπονδύλιου δίσκου, με τα σώματα του υπερκείμενου και του υποκείμενου σπονδύλου αντίστοιχα.

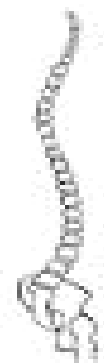
β) **το σπονδυλικό τόξο** : αρχίζει από κάθε πλευρά, από το επάνω μέρος της περιφέρειας του σπονδυλικού σώματος με μια στενότερη μοίρα που ονομάζεται **αυχέννας** και η οποία παρουσιάζει την επάνω και την κάτω **σπονδυλική εντομή**. Ανάμεσα στο δεξιό και αριστερό αυχένα βρίσκεται το **πέταλο του σπονδύλου**. Η κάτω σπονδυλική εντομή του ενός σπονδύλου με την επάνω του από κάτω συμπληρώνεται σε τμήμα, το μεσοσπονδύλιο τμήμα, απ' όπου περνάει το σύστοιχο νωτιαίο νεύρο.

γ) **το σπονδυλικό τμήμα** : έχει ως όρια εμπρός το σπονδυλικό σώμα και πίσω το σπονδυλικό τόξο. Το σχήμα και το μέγεθος του σπονδυλικού τμήματος αλλάζει ανάλογα

με τις διάφορες μοίρες της σπονδυλικής στήλης. Όταν οι σπόνδυλοι είναι ενωμένοι τα διαδοχικά σπονδυλικά τμήματα σχηματίζουν το **σπονδυλικό σωλήνα**.

δ) **οι σπονδυλικές αποφύσεις** : είναι επτά. Από αυτές οι τρεις ονομάζονται μυϊκές και χρησιμεύουν για την πρόσφυση μυών και οι τέσσερις αρθρικές. Οι μυϊκές αποφύσεις είναι η ακανθώδης απόφυση που βρίσκεται στη μέση του τόξου και έχει κατεύθυνση προς τα πίσω και οι δύο εγκάρσιες αποφύσεις που βρίσκονται στα πλάγια του σπονδυλικού τόξου, κοντά στον αυχένα, και έχουν κατεύθυνση προς τα πλάγια. Οι αρθρικές αποφύσεις είναι τέσσερις, δύο επάνω και δύο κάτω.

Όταν οι σπόνδυλοι βρίσκονται στη φυσιολογική τους θέση οι κάτω αποφύσεις του επάνω σπονδύλου διαρθρώνονται με τις επάνω αποφύσεις του κάτω σπονδύλου. Οι αρθρικές αυτές αποφύσεις δεν έχουν τον ίδιο προσανατολισμό στις διάφορες μοίρες της σπονδυλικής στήλης και από αυτό εξαρτάται η κινητικότητα της κάθε μοίρας. Μεγαλύτερη κινητικότητα υπάρχει στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα, μικρότερη στη θωρακική, ενώ στην ιερή και κοκκυγική μοίρα καμία κινητικότητα.



Ειδικότερα οι οσφυϊκοί σπόνδυλοι (O1- O5) είναι οι ογκωδέστεροι απ' όλους τους σπονδύλους. Τα πέταλά τους είναι κοντά και παχιά, με βαθιά την κάτω σπονδυλική εντομή. Οι ακανθώδεις αποφύσεις τους έχουν σχήμα τετράπλευρο και δε σκεπάζουν η μία την άλλη.

Η διάταξη αυτή επιτρέπει εύκολα να περάσει βελόνα παρακέντησης ανάμεσα στο τόξο και την ακανθώδη απόφυση δύο παρακείμενων οσφυϊκών σπονδύλων κατά τη διάρκεια της ραχιαίας αναισθησίας ή όταν θέλουμε να κάνουμε λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού για διαγνωστικούς λόγους.

Σημαντική ανατομική δομή της σπονδυλικής στήλης είναι ο μεσοσπονδύλιος δίσκος. Αποτελείται περιφερικά από τον ινώδη δακτύλιο και κεντρικά από τον πηκτοειδή πυρήνα, μια ζελατινώδη, εύπλαστη αλλά ασυμπιέστη μάζα.

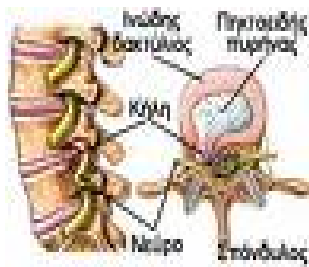


Ο φυσιολογικός ρόλος των δίσκων είναι : 1) να κατανέμουν ομοιομερώς και να αμβλύνουν- όπως το αμορτισέρ του αυτοκινήτου- τις πιέσεις που ασκούνται καθημερινά πάνω στη σπονδυλική στήλη και 2) να σταθεροποιούν τη σπονδυλική στήλη συνδέοντας τον ένα σπόνδυλο με τον άλλο. Το ύψος του δίσκου αλλάζει κατά τη διάρκεια της ημέρας και είναι μεγαλύτερο το πρωί μετά τον ύπνο ενώ μειώνεται με το πέρασμα της ημέρας από τις συνεχείς πιέσεις που δέχεται.

Στη δισκοπάθεια αλλοιώνεται η βιοχημική σύνθεση τόσο του πηκτοειδή πυρήνα όσο και του ινώδη δακτυλίου. Στην ηπιότερη μορφή, ο πηκτοειδής πυρήνας ασκεί πίεση δια μέσου του ινώδη δακτυλίου πάνω στον οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο και τις μήνιγγες και προκαλεί οσφυαλγία.



Σε αλλοιώσεις μέσης βαρύτητας, ο ινώδης δακτύλιος παθαίνει μερική ρήξη, μέσα από την οποία μπαίνει ένα μέρος του πηκτοειδή πυρήνα, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη προβολή και πίεση στις ρίζες των νεύρων (οσφυοϊσχιαλγία). Τέλος, σε βαρύτερες αλλοιώσεις του δίσκου, ο ινώδης δακτύλιος παθαίνει τέλεια ρήξη και ο πηκτοειδής πυρήνας μπαίνει μέσα στο ωτιαίο σωλήνα (κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου) και προκαλεί πίεση της ρίζας του νεύρου στο ίδιο ύψος με τη βλάβη ή σε κατώτερο απ' αυτή (οσφυοϊσχιαλγία). Στις τελευταίες περιπτώσεις η πίεση προκαλεί οίδημα ή και άσηπτη τοπική φλεγμονή της ρίζας¹⁸.



4.3 Παθογένεια της οσφυαλγίας

Η οσφυαλγία δεν είναι νόσος, είναι ένα σύμπτωμα. Υπάρχουν πολλές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, αλλά και των γειτονικών οργάνων που έχουν ως κύρια ενόχληση την οσφυαλγία. Είναι δύσκολο να απαριθμήσει κανείς όλες αυτές τις παθήσεις, κάθε μια από τις οποίες ίσως χρειάζεται και διαφορετική θεραπεία.

Από αυτές η δισκοπάθεια είναι η πιο συχνή που καλύπτει το 70% των περιπτώσεων, ενώ σ' ένα σημαντικό ποσοστό αρρώστων ψυχολογικά αίτια μπορεί να κρύβονται πίσω από μία οσφυαλγία ή να επιδεινώνουν μία ήδη υπάρχουσα¹⁸. Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου αποτελεί την πιο χαρακτηριστική δισκοπάθεια, με ξαφνική έναρξη άλγους στην οσφύ, με ή χωρίς ισχιαλγία, μετά από απότομη κίνηση, άρση βάρους ή ακόμα και φτάρνισμα ή βήχα. Μια προσπάθεια ομαδοποίησης των παθήσεων που μπορεί να εκδηλώσουν οσφυαλγία έχει ως εξής:

A) Παθήσεις της σπονδυλικής στήλης

1. *Εκφυλιστικές - μηχανικές* : σπονδυλαρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, εκφυλιστική σπονδυλολίσηση, στενός σπονδυλικός σωλήνας, σκολίωση ενηλίκων, μυϊκός σπασμός

2. *Τραυματικές* : διάταση ή ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων, υπερξαρθρήματα των σπονδυλικών αρθρώσεων, παλαιά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, τραυματική σπονδυλόλυση – σπονδυλολίσηση

3. *Φλεγμονώδεις – μικροβιακές* : σπονδυλοδισκίτιδα, οστεομυελίτιδα, φυματιώδης σπονδυλίτιδα, ιερολαγονίτιδα

4. *Νεοπλασίες* : οστεοειδές οστέωμα, οστεοβλάστωμα, οστεοχόνδρομα, γιγαντοκυτταρικός όγκος, πολλαπλούν μυέλωμα, νευρίνωμα, διάφορες μεταστατικές εστίες από άλλα πρωτοπαθή νεοπλάσματα (μαστός, προστάτης κ.α.)

5. *Συγγενείς ανωμαλίες* : ιεροποίηση του Ο5 σπονδύλου

6. *Ρευματολογικές* : αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, σύνδρομο Reiter, ψωριασική αρθρίτιδα, ρευματική πολυμυαλγία

7. *Ενδοκρινολογικές* : οστεοπόρωση, οστεομαλακία, παθήσεις παραθυρεοειδών αδένων

B) Παθήσεις των γειτονικών οργάνων (αντανακλαστική οσφυαλγία)

1. *Ιερολαγόνιες αρθρώσεις – λεκάνη – ισχία* : φλεγμονές, όγκοι, εκφυλιστική αρθρίτιδα

2. *Νεφροί – ουρητήρες* : λιθιάσεις, φλεγμονές, όγκοι

3. *Ωοθήκες – μήτρα – προστάτης* : φλεγμονές, όγκοι

4. *Έντερο* : φλεγμονές, όγκοι

5. *Αορτή – λαγόνιες αρτηρίες* : ανεύρυσμα, απόφραξη

Στους ασθενείς με «εκφυλιστική - μηχανική» οσφυαλγία, η νευρολογική εξέταση, τυπικά, δεν αποκαλύπτει κάποια παθολογία και τα αντανακλαστικά τέστ είναι φυσιολογικά. Σε μερικές περιπτώσεις τα αποτελέσματα της νευρολογικής εξέτασης μπορεί να είναι παθολογικά εξαιτίας κάποιας συνυπάρχουσας ασθένειας (π.χ. διαβητική νευροπάθεια). Σοβαρότερες συστηματικές παθήσεις, όπως πρωτοπαθής ή μεταστατική κακοήθεια, λοίμωξη του νωτιαίου μυελού ή αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα αποτελούν περίπου το 10% των περιπτώσεων. Στο 85% περίπου των ασθενών με οσφυαλγία δε μπορεί να τεθεί κατηγορηματική διάγνωση¹⁹. Σε αυτή την περίπτωση ο σκοπός της αρχικής επίσκεψης στο γιατρό είναι η ανακάλυψη κάποιας σοβαρής παθολογικής ή νευρολογικής βλάβης και η ταυτοποίηση του πιθανού κοινωνικού ή ψυχολογικού παράγοντα ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε παράταση των συμπτωμάτων¹⁹.

4.4. Ποιότητα ζωής και οσφυαλγία

Εξ ορισμού, ο πόνος είναι το πρωταρχικό σύμπτωμα σε ασθενείς με οσφυαλγία²⁰. Ο πόνος είναι μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία η οποία μπορεί να έχει συντριπτικά αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής ενός ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής του υπόστασης και της ικανότητας του να ανταποκριθεί στον καθημερινό, κοινωνικό του ρόλο. Έρευνες έχουν δείξει ότι άνθρωποι που ζουν με μόνιμο πόνο είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος και παραπάνω από δύο φορές πιο πιθανό να αναφέρουν δυσκολία ανταπόκρισης στη δουλειά τους, σε σχέση μ' αυτούς χωρίς πόνο²¹.

Άλλοι ερευνητές έχουν δείξει επίσης ότι ο πόνος επιδρά αρνητικά σε πολλούς τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (health-related quality of life), συμπεριλαμβανομένης της φυσικής λειτουργίας, του κοινωνικού ρόλου, των καθημερινών δραστηριοτήτων, της ενέργειας και της κούρασης καθώς και των συναισθηματικών λειτουργιών^{22,23,24,25}.

Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι η έκταση κατά την οποία ο πόνος επιδρά στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής εξαρτάται εν μέρη από την ένταση, τη διάρκεια και την έκτασή του. Ασθενείς με πιο δυνατό, μεγαλύτερης διάρκειας και επέκτασης πόνο έδειξαν μεγαλύτερη μείωση στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής, συγκρινόμενοι με ασθενείς με πιο ήπιο, μικρότερης διάρκειας και πιο εντοπισμένο πόνο²⁶.

Είναι γνωστό ότι στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, η παθολογία και τα κλινικά σημεία πολλές φορές δεν συνδέονται με την υποκειμενική φυσική ικανότητα και τη συμπεριφορά του πόνου. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι ίδιοι ασθενείς βιώνουν μεγάλους περιορισμούς σε δημιουργικές δραστηριότητες, στις κοινωνικές τους συναναστροφές και γενικά στην καθημερινότητά τους²⁷. Σε μια έρευνα, οι ασθενείς με οσφυαλγία και πολλαπλές αντανάκλασεις του πόνου βιώνουν κυρίως λειτουργικούς περιορισμούς. Οι γυναίκες ανέφεραν πιο πολύ πόνο, πιο καταστροφικές σκέψεις σχετικά με τον πόνο, μεγαλύτερη ανικανότητα και χαμηλότερη ενεργητικότητα και γενική υγεία²⁸. Οι αρνητικές αντιλήψεις για τον πόνο εμφανίζονται να είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής. Ιδιαίτερα ο κοινωνικός ρόλος, η ζωτικότητα, η πνευματική και η γενική υγεία σχετίζονται άμεσα με την επίδραση του πόνου²⁸.

Γενικά, ο χρόνιος πόνος, όταν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση σε όλους τους τομείς της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία αναφέρουν χαμηλότερες επιδόσεις σε όλες τις διαστάσεις της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής συγκρινόμενοι με υγιείς ή με άλλες ομάδες ασθενών ενώ το φύλο, η διάρκεια και η ένταση του πόνου είναι προγνωστικοί παράγοντες της φυσικής διάστασης της υγείας²⁹.

Επιπλέον, οι ασθενείς με οσφυαλγία εμφανίζουν μεγάλη δυσκολία να περιγράψουν και να ποσοτικοποιήσουν την ένταση του πόνου. Μπορούν να διαχωρίσουν ποιοτικά τον πόνο χρησιμοποιώντας πολύ συχνά παρομοιώσεις για να δώσουν έμφαση αλλά ελάχιστοι έχουν την ικανότητα να τον ποσοτικοποιήσουν³⁰. Πολλές φορές σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η προέλευση του πόνου, ποιά δηλαδή στοιχεία πάσχουν και προκαλούν την οσφυαλγία. Έτσι, έχει βρεθεί ότι ενώ το επίπεδο και η διάρκεια του πόνου είναι ίδια, οι ασθενείς με διάγνωση δισκογενούς προέλευσης πόνου (βλάβη μεσοσπονδυλίου δίσκου) έχουν φτωχότερο λειτουργικό και ψυχικό επίπεδο

συγκρινόμενοι με άλλους με χρόνια οσφυαλγία από σπονδυλολίσθηση ή χρόνια πυογενή οστεομυελίτιδα³¹.

Παράλληλα, μια σχετική βελτίωση στον πόνο μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαίσθητη αλλαγή στη μέχρι τότε ανικανότητα και στην ποιότητα ζωής. Η επίδραση του πόνου και της ανικανότητας στην ποιότητα ζωής είναι προοδευτική και διπλασιάζεται σε δύο περίπου εβδομάδες³².

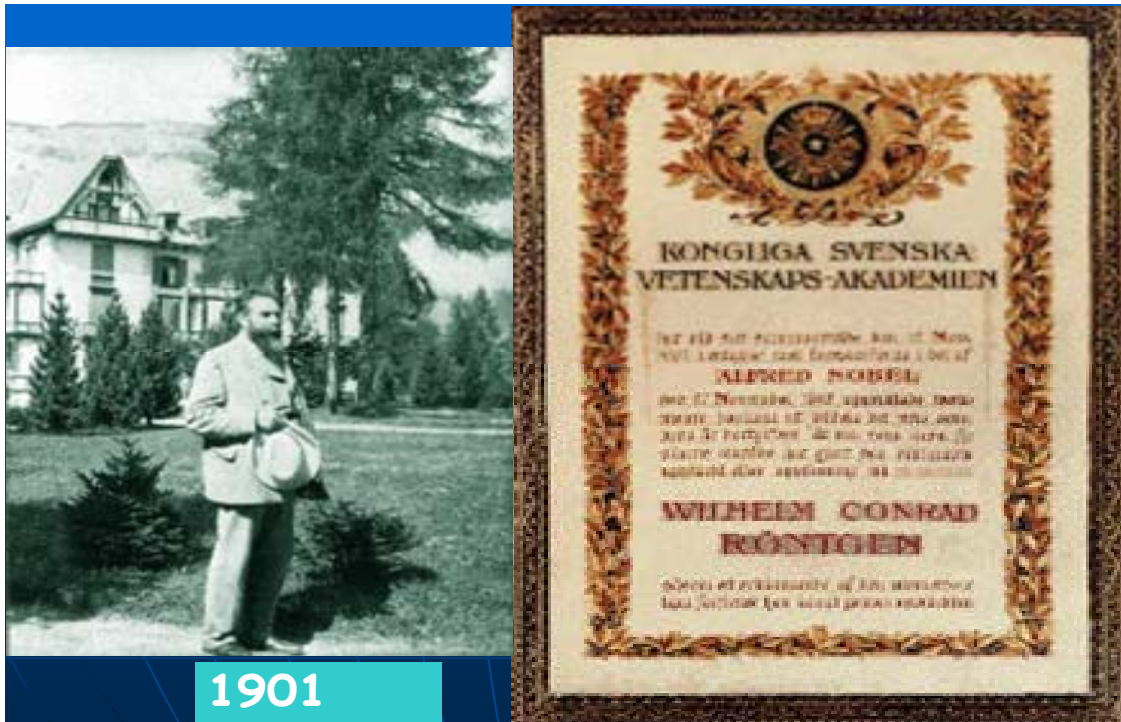
Μια άλλη μελέτη υπογραμμίζει το βασικό ρόλο των σχετικών με τη δουλειά παραγόντων, όπως επίσης και της αρχικής σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής στην πρόγνωση της οσφυαλγίας. Υποστηρίζει ότι η οσφυαλγία επιδρά στην ποιότητα ζωής κυρίως μέσω μιας ανεπαρκούς ιατρικής φροντίδας- αντιμετώπισης και της αποζημίωσης που προσφέρεται από τη δουλειά, τα οποία με τη σειρά τους συμβάλλουν στη χρονιότητα του φαινομένου³³.

Σε μια έρευνα που έλαβαν μέρος 232 ασθενείς με οσφυαλγία τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής με την ένταση και τη διάρκεια του πόνου καθώς και την κλίμακα ανικανότητας. Οι πιο αξιόλογοι προγνωστικοί παράγοντες ήταν η φυσική και ψυχική υπόσταση, η ένταση του πόνου και το οικογενειακό εισόδημα. Αλλαγές στο περιβάλλον εργασίας, στο μορφωτικό επίπεδο, η μείωση της διάρκειας του πόνου και η χρήση φυτικών φαρμάκων και φυσικοθεραπείας επιδρούσαν καταλυτικά στην ποιότητα ζωής³⁴.

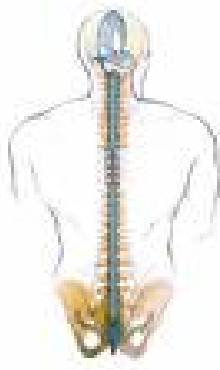
Τέλος, υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν τη μεγάλη επίδραση των φυσικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία³⁵, όπως επίσης και την αρνητική επίδραση ψυχολογικών παραγόντων και μιας συναισθηματικής αστάθειας στο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα ασθενών με δισκογενή, χρόνια οσφυαλγία, μέσω της επίδρασης στο SF-36³⁶.

4.5. Οσφυαλγία και απεικόνιση

Όπως γνωρίζουμε, η συμβολή της ακτινολογίας στη μελέτη του μυοσκελετικού συστήματος υπήρξε βασική από την εποχή της ανακάλυψης των ακτίνων Roentgen θέτοντας σε πολλές περιπτώσεις τη διάγνωση χωρίς περιθώρια αμφισβήτησης.



Κατά την εξέταση ενός ασθενούς με οσφυαλγία ζητάμε πολύ συχνά τη βοήθεια μιας απεικονιστικής μεθόδου. Η λογική, αλλά και τα περισσότερα πρωτόκολλα αναφέρουν την απλή ακτινογραφία της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ως την πρωταρχική εξέταση.



Θα μας δώσει πληροφορίες για τις οστικές δομές (σπόνδυλοι) αλλά και το εύρος των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων. Στη συνέχεια υπάρχει η Αξονική Τομογραφία (Computed Tomography – C.T.) η οποία, εκτός από τα οστά, επιτρέπει και τη μελέτη των μαλακών μορίων. Οι τομές γίνονται κατά ένα επίπεδο, το εγκάρσιο, ενώ υπάρχει η δυνατότητα τρισδιάστατης ανασύνθεσης των εικόνων (3D). Υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία στη μελέτη της δισκογενούς οσφυαλγίας όπου φαίνεται η προβολή του μεσοσπονδύλιου δίσκου στο εγκάρσιο επίπεδο αλλά ταυτόχρονα γίνεται μελέτη για τον

αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών της οσφυαλγίας, είτε προέρχονται από τη σπονδυλική στήλη είτε από τα γειτονικά όργανα.

Τέλος, ο μαγνητικός συντονισμός (Magnetic Resonance Imaging –M.R.I.) αποτελεί την πιο σύγχρονη και λεπτομερέστερη μέθοδο απεικόνισης ασθενών με οσφυαλγία. Εδώ υπάρχει δυνατότητα απεικόνισης στα τρία επίπεδα του χώρου (αξονικό ή εγκάρσιο, μετωπιαίο ή στεφανιαίο και οβελιαίο) ενώ απουσιάζει η ακτινοβολία που είναι συνυφασμένη με τη χρησιμοποίηση των δύο άλλων απεικονιστικών μεθόδων. Μπορούν να ελεγχθούν με λεπτομέρεια ο σπονδυλικός σωλήνας και ο νωτιαίος μυελός καθώς και η πορεία των νεύρων και των ριζών στα μεσοσπονδύλια τρήματα. Κατά συνέπεια οποιαδήποτε πίεση ή παρέκκλιση θα γίνει αμέσως εμφανής. Αν και η αξία της απλής ακτινογραφίας είναι αναμφισβήτητη, θα δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα στην αξονική και κυρίως στη μαγνητική τομογραφία, αφού αυτές χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας.

Γενικά, τα πιο πολλά παθολογικά σημεία βρίσκονται στους τελευταίους οσφυϊκούς σπονδύλους (O4-O5, O5-I1). Ανώμαλο σχήμα του πηκτοειδή πυρήνα και ελάττωση του μεσοσπονδύλιου διαστήματος είναι κοινά στο περισσότερο από το 50% των ενηλίκων³⁷. Εξαιτίας της μεγάλης ευαισθησίας της μαγνητικής τομογραφίας στην ανεύρεση αρχόμενων βλαβών, είναι συχνή η ύπαρξη παθολογικών ευρημάτων σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Έτσι σε μια έρευνα σε 98 ασυμπτωματικούς ανθρώπους μόνο το 36% είχαν φυσιολογικούς δίσκους σε όλα τα επίπεδα. Το 52% είχε μια αρχόμενη προβολή δίσκου σε ένα τουλάχιστον επίπεδο, το 27% είχε πρόπτωση δίσκου και το 1% ευμεγέθης κήλη με πειστικά φαινόμενα. Το 38% είχε παθολογικά ευρήματα σε περισσότερα από ένα μεσοσπονδύλια διαστήματα³⁸.

Επιπλέον, κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου ίδιου μεγέθους μπορεί να είναι ασυμπτωματικές σ' έναν ασθενή και να προκαλέσουν σοβαρή πίεση νεύρων σε κάποιον άλλο. Τα πορίσματα της μαγνητικής τομογραφίας συνήθως επικεντρώνονται στη μορφολογία και την έκταση της προβολής του δίσκου. Η επίδραση της κήλης του μεσοσπονδύλιου δίσκου εξαρτάται από τη θέση και την έκτασή της σε σχέση με τη διάμετρο του σπονδυλικού σωλήνα. Έτσι, ένας στενός σπονδυλικός σωλήνας προδιαθέτει σε σοβαρότερη κλινική εικόνα αφού τα νωτιαία νεύρα θα συμπιεστούν ακόμα και με μικρή προβολή του δίσκου^{39,40}.

Το παθογνωμονικό στοιχείο στις μαγνητικές τομογραφίες, που σχετίζεται περισσότερο με τον πόνο, είναι η παρουσία πίεσης του οσφυϊκού νεύρου κατά την έξοδό του από το νωτιαίο μυελό και την πορεία του στο μεσοσπονδύλιο τρήμα. Ένα τέτοιο εύρημα, είναι πολύ πιο αξιόπιστο σε σχέση με τη μορφολογική περιγραφή της απλής, προς τα πίσω προβολής του μεσοσπονδύλιου δίσκου^{41,42}.

Σε μια άλλη μελέτη που σύγκρινε ασθενείς με οσφυαλγία και ασυμπτωματικούς με τα ίδια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, βρήκε ότι ασθενείς με μικρής έκτασης προβολές του δίσκου δε μπορούν να στηριχτούν στα απεικονιστικά ευρήματα της μαγνητικής για την αιτιολόγηση του πόνου τους καθώς ένα πολύ υψηλό ποσοστό (63%) ασυμπτωματικών είχαν παρόμοια μορφολογικά ευρήματα⁴³.

Ταυτόχρονα, σε μια μελέτη που διήρκησε 7 χρόνια σχετικά με την προγνωστική αξία της μαγνητικής τομογραφίας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς διαπιστώθηκε ότι τα ευρήματα δεν ήταν προγνωστικά της ανάπτυξης και της διάρκειας της οσφυαλγίας. Η κλινική συσχέτιση, όπως συμβαίνει τις περισσότερες φορές, ήταν απαραίτητη για τον καθορισμό της βαρύτητας των παθολογικών απεικονιστικών ευρημάτων³.

Άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι αν και η μαγνητική τομογραφία είναι μια άριστη τεχνική εκτίμησης της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, δεν αποτελεί ευαίσθητη μέθοδο ανίχνευσης των εργαζομένων που είναι σε κίνδυνο ανάπτυξης οσφυαλγίας στο μέλλον εξαιτίας της δουλειάς τους⁴⁴. Έχει ακόμα αποδειχτεί ότι για τους εργαζομένους, τα φυσικά χαρακτηριστικά της δουλειάς και η ψυχολογική τους διάθεση ήταν πιο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της ανάγκης για θεραπεία της οσφυαλγίας σε σχέση με τα παθολογικά ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας⁴⁵. Σχετικά με τα περιστατικά οσφυαλγίας εκφυλιστικής αιτιολογίας η μαγνητική τομογραφία είναι μια ασφαλής και ευαίσθητη μέθοδος για την πιστοποίησή τους καθώς έχει τη δυνατότητα αναγνώρισης ακόμα και αρχόμενων μορφών⁴⁶.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας στους ασθενείς με οσφυαλγία είναι αμφιλεγόμενη. Η εξέταση αυτή έχει μεγάλη τεχνική ικανότητα να ανιχνεύσει εκφυλιστικές αλλοιώσεις των μεσοσπονδυλίων δίσκων, προβολές ή κήλες δίσκου, καθώς επίσης και πιέσεις στον μυελικό σάκκο και στην πορεία των νωτιαίων νεύρων. Όμως αυτή η διαγνωστική ακρίβεια συνδέεται σε μικρό ή άγνωστο βαθμό με τη συμπτωματολογία του κάθε ασθενούς. Με άλλα λόγια τα απεικονιστικά ευρήματα, αν και αναμφισβήτητης ακρίβειας, θα πρέπει πάντα να σχετίζονται με το ιστορικό και την κλινική εξέταση του κάθε ασθενούς, γιατί αλλιώς μπορεί να παραπλανήσουν τον ιατρό και να οδηγήσουν σε λάθος αντιμετώπιση του προβλήματος⁴⁷.

Βιβλιογραφία

1. Mainiadaakis N., Gray A. The economic burden of back pain in the U.K. *Pain*, 2000; 84: 95-108 .
2. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *New England Medical Journal*, 1998; 318: 291-300.
3. Borenstein DG, O'Mara JW, Boden SD, Lauerman WC, Jacobson A, Platenberg C, Schellinger D, Wiesel SW. The Value of Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine to Predict Low-Back Pain in Asymptomatic Subjects. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 2001; 83:1306-1311.
4. Mayer TG, Gatchel RJ, . Functional restoration for spinal disorders: the sports medicine approach. Philadelphia (PA): Williams and Wilkins ; 1988.
5. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a US national survey. *Spine* 1995;20: 11-9.
6. Andersson GP. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet* 1999;354:581-5.
7. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *New England Medical Journal*, 2001; 344: 363-70.
8. Deyo AA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *New England Journal Of Medicine*. 1986; 315(17): 1064-1070.
9. Pope MH, Fleming B. Biomechanics of low back pain. *Surgical Rounds Orthopedics* 1990; 4(10):35-42.
10. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD. An international comparison of back surgery

rates. *Spine* 1994;19 (11):1201.

11. Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991;22: 263-71.

12. Frymoyer JW, Durett C. The economics of spinal disorders. In: Frymoyer JW, editor. *The adult spine: principles and practice*, 2nd ed. Philadelphia(PA) : Lippincott-Raven Press; 1997.

13. Hashemi L, Webster BS, Clancy EA. Trends in disability duration and cost of workers' compensation low back pain claims (1988-1996). *J Occup Environ Med* 1998;40:1110-9.

14. Maurits W. van Tulder, Bart W. Koes, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995;62: 233-240.

15. Waddell G. *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.

16. Cary B. Back magic. *Health* 1998 ; (May/June):108-12.

17. Πολυζώνης ΜΚ, Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου, Κινητικό Σύστημα, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 1982- Ανατύπωση 1991-92.

18. Συμεωνίδης ΠΠ. Ορθοπαιδική-κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996.

19. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268: 760-5.

20. Deyo RA. Low back pain. *Sci Am* 1998;279(2):48-53.

21. Cureje O, Von Korff M, Simon GE, et al. Persistent pain and well being: a World Health Organisation study in primary care. *J Am Med Assoc* 1998;280: 147-51.

22. Becker N, Thomsen AB, Sjørgen P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;73:393-400.
23. Won A, Lapane K, Gambassi G, et al. Correlates and management of non-malignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1999;47: 936-42.
24. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* 2000;57: 235-9.
25. Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression towards a cognitive-behavioral model. *Pain* 1988; 35: 129-40.
26. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life using WHOQOL. *Pain* 1998;76: 395-406.
27. Bendix AF, Bendix T, Labriola, M, Børggaard P. Functional restoration for chronic low back pain. Two-year follow-up study of two randomized clinical trials. *Spine* 1998;23:717-25.
28. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9 (1):15-24.
29. Dysvik E, Lindstrom TC, Eikeland OJ, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2004; 5(2):66-74.
30. De Sousa LH, Frank AO. Subjective pain experience of people with chronic back pain. *Physiother Res Int*. 2000; 5(4):207-19. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987;12: 264-8.

31. Carragee EJ. Psychological and functional profiles in select subjects with low back pain. *Spine J.* 2001 May-Jun;1(3):198-204.
32. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Fernandez C, Bauza JR et al. Correlation between pain, disability and quality of life in patients with common low back pain. *Spine.* 2004 Jan 15; 29(2):206-10.
33. Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. *Arthritis Rheum.* 2004 Apr 15;51(2):168-76.
34. Horng, Yi-Shiung MD, Hwang, Yaw-Huei, Hsin-Chi MD, Liang, Huey-Wen, Yuh Jang, Fuh-Chour, Wang, Jung-Der. Predicting Health-Related Quality of Life in Patients With Low Back Pain. *Spine.* March 1, 2005; 30(5):551-555.
35. Nickel R, Egle UT. Predictors of quality of life after orthopedic treatment of lower back pain due to lumbar intervertebral disc disorders. *Z Psychosom Med Psychother.* 2003;49(1):49-62.
36. Derby R, Lettice JJ, Kula TA, Lee SH, Seo KS, Kim BJ. Single-level lumbar fusion in chronic discogenic low-back pain: psychological and emotional status as a predictor of outcome measured using the SF-item Short Form. *J Neurosurg Spine.* 2005 Oct;3(4):255-61.
37. Kjaer P, Leboeuf-Yde C, Korsholm L, Sorensen JS, Bendix T. Magnetic resonance imaging and low back pain in adults: a diagnostic imaging study of 40-year-old men and women. *Spine.* 2005 May 15;30(10):1173-80.
38. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in People without Back Pain. *The New England Journal of Medicine.* 1994, July 14;331(2):69-73.
39. Porter RW, Hibbert CS, Wicks M. The spinal canal in symptomatic lumbar disk lesions. *J Bone Joint Surg Br* 1978; 60-B: 485-487.

40. Heliovaara M, Vanharanta H, Korpi J, Troup JD. Herniated lumbar disk syndrome and vertebral canals. *Spine* 1986; 11:433-435.
41. Debois V, Herz R, Berghmans D, Hermans B, Herregodts P. Soft cervical disk herniation: influence of cervical spinal canal measurements on development of neurologic symptoms. *Spine* 1999; 24: 1996- 2002.
42. Beattie PF, Meyers SP, Stratford P, Millard RW, Hollenberg GM. Associations between patient report of symptoms and anatomic impairment visible on lumbar magnetic resonance imaging. *Spine* 2000; 25:819-828.
43. Boos N, Rieder R, Schade V, Spratt KF, Semmer N, Aebi M. 1995 Volvo Award in clinical sciences. The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniations. *Spine* 1995 Dec 15;20(24):2613-25.
44. Savage RA, Whitehouse GH, Roberts N. The relationship between the magnetic resonance imaging appearance of the lumbar spine and low back pain, age and occupation in males. *Eur Spine J.* 1997;6(2):106-14.
45. Boos N, Semmer N, Elfering A, Schade V, Gal I, Zanetti M, Kissling R, Buchegger N, Hodler J, Main CJ. Natural history of individuals with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging: predictors of low back pain-related medical consultation and work incapacity. *Spine.* 2000 Jun 15;25(12):1484-92.
46. Paajanen H, Erkontalo M, Kuusela T, Dahlstrom S, Kormanio M. Magnetic resonance study of disc degeneration in young low-back pain patients. *Spine.* 1989 Sep;14(9):982-5.
47. Beattie PF, Meyers SP. Magnetic resonance imaging in low back pain: general principles and clinical issues. *Phys Ther.* 1998 Jul;78 (7):738-53.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
SF – 36

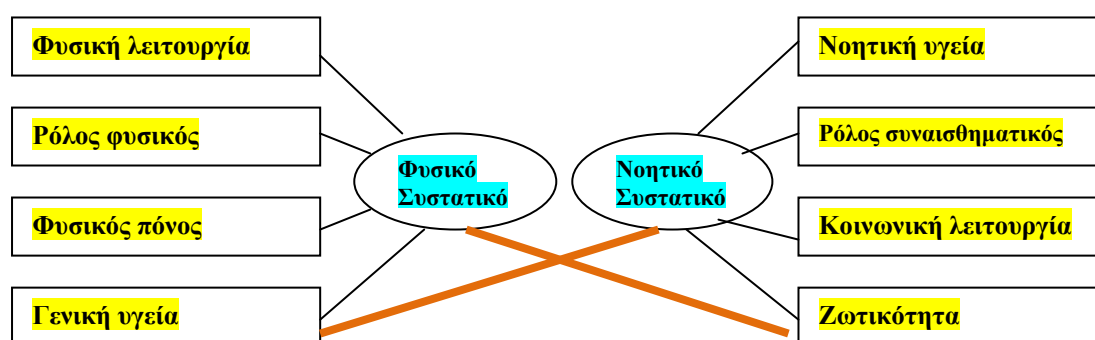
5.1 Η επισκόπηση Υγείας SF 36

5.1.1. Αναλυτική παρουσίαση του ερωτηματολογίου SF-36

Η επισκόπηση Υγείας SF 36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware¹, προκειμένου να επιτευχθούν οι ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας αρρώστιας ή θεραπείας.

Το ερωτηματολόγιο SF36 αποτελεί ένα μέτρο θέσης υγείας το οποίο κατασκευάστηκε προκειμένου να εκφράσει στην κλινική πρακτική την άποψη των ενηλίκων καταναλωτών υγείας σε σχέση με την έκβαση της υγείας τους, σε 2 τουλάχιστον ή περισσότερα στάδια. Συνήθως εκφράζει την άποψη πριν, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας. Είναι χρησιμότερο εργαλείο μέτρησης στην κλινική πρακτική, στην έρευνα, στην αξιολόγηση των πολιτικών υγείας καθώς και στις γενικές πληθυσμιακές έρευνες². Οι κλίμακες αξιολόγησης που περιλαμβάνει είναι 8 και κάθε μια εξ αυτών αξιολογείται με μια βαθμολογική κλίμακα από 0-100³. Σχήμα 1:

Σχήμα 1: Οι κλίμακες του Φυσικού και του Νοητικού ρόλου της Υγείας



Όταν προκύπτει αποτέλεσμα < 50 σημαίνει ότι η υγεία του ασθενή είναι κάτω από το μέσο όρο⁴.

Οι έννοιες της υγείας οι οποίες ερευνούνται στα πλαίσια της βαθμολογικής τους κλίμακας είναι:

1. Η φυσική λειτουργία (Physical Functioning-PF)
2. Ο σωματικός πόνος (Bodily Pain-BP)

3. Ο φυσικός ρόλος (Role Physical- RF)
4. Η γενική υγεία
5. Η ζωτικότητα
6. Η κοινωνική λειτουργία
7. Ο συναισθηματικός ρόλος
8. Η διανοητική υγεία

⇒ **Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας:**

Περιλαμβάνει τις έννοιες της φυσικής λειτουργίας, του φυσικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας και της ζωτικότητας. (Σχήμα 1)

⇒ **Συνοπτική κλίμακα διανοητικής υγείας:**

Περιλαμβάνει τις έννοιες της ζωτικότητας, της γενικής υγείας, της κοινωνικής λειτουργίας, του συναισθηματικού ρόλου και της διανοητικής υγείας⁵.

Όπως είναι φυσικό σε κάθε ειδική και συνοπτική κλίμακα αξιολόγησης αντιστοιχεί συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων που αντιστοιχούν σε αντίστοιχες επιλογές απαντήσεων. Αναλυτικότερα η ταξινόμηση των αντικειμένων και των εννοιών που επεξεργάζονται τα SF-36 γίνεται σε τρία επίπεδα:

1. ερωτήσεις ή αντικείμενα που κυμαίνονται σε 5 διαβαθμίσεις απάντησης (από πολύ καλύτερα έως πολύ χειρότερα)
2. οκτώ κλίμακες αξιολόγησης υγείας που περιλαμβάνουν 2-10 αντικείμενα η κάθε μία
3. δύο συνοπτικές κλίμακες που απορρέουν από τις προαναφερόμενες κλίμακες αξιολόγησης

Πίνακας 1:

SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Πηγή: (IQOLA SF-36 Greek(Greece) Acute Version 1.0)

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

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

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

(Βάλτε έναν κύκλο)

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

2. Σε σύγκριση με μία εβδομάδα πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα:

(Βάλτε έναν κύκλο)

5. Την τελευταία βδομάδα, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος):
(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	1	2
Β. Επιτέλεσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;	1	2
Γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως;	1	2

6. Την τελευταία βδομάδα, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;
(βάλτε έναν κύκλο)

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

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε την τελευταία βδομάδα;
(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....1
Πολύ ήπιο.....2
Ήπιο.....3
Μέτριο.....4
Έντονο.....5
Πολύ έντονο.....6

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου	
Α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
Β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
Γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι	1	2	3	4	5	6
Δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
Η. Ήσαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
Θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

8. Την τελευταία βδομάδα, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

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

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας την τελευταία βδομάδα. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Την τελευταία βδομάδα, για πόσο χρονικό διάστημα;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές		Μικρό διάστημα	Καθόλου
Α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
Β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
Γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι	1	2	3	4	5	6
Δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
Η. Ήσαστε ευτυχημένος/ευτυχημένη;	1	2	3	4	5	6
Θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Την τελευταία βδομάδα, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κ.λ.π.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς.....1
 Το μεγαλύτερο διάστημα.....2
 Μερικές φορές.....3
 Μικρό διάστημα.....4
 Καθόλου.....5

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

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
-----------------	----------------	----------	-------------	--------------

φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
Β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι	1	2	3	4	5

γνωστοί μου					
Γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

Οι 35 από τις 36 ερωτήσεις του μοντέλου μέτρησης υγείας αντιστοιχούν μοναδικά σε κάθε κλίμακα υγείας (Πίνακας 2). Μια μόνο ερώτηση δεν συμβάλλει στην εκτίμηση κανενός υγειονομικού αντικειμένου και θεωρείται γενική. Συγκεκριμένα πρόκειται για την ερώτηση 2, όπου οι καταναλωτές υγείας εκτιμούν αν βελτιώθηκε ή χειροτέρευσε το επίπεδο υγείας τους συγκριτικά με ένα χρόνο πριν.

Πίνακας 2: Πληροφορίες για τις ειδικές και για τις γενικές κλίμακες υγείας των sf36 στα

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ Ή ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	ΧΑΜΗΛΟ ΠΙΘΑΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΥΨΗΛΟ ΠΙΘΑΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
Φυσική λειτουργία (Physical Functioning-PF)	3α, 3β, 3γ, 3δ, 3ε, 3στ, 3ζ, 3 ^η , 3θ, 3ι	Αναφέρονται στις καθημερινές δραστηριότητες (τρέξιμο, παιχνίδι, περπάτημα, σκύψιμο κλπ) και πόσο αυτές περιορίζονται λόγω προβλημάτων υγείας	Μεγάλος περιορισμός στην εκτέλεση όλων των φυσικών δραστηριοτήτων π.χ περπάτημα	Εκτέλεση όλων των τύπων φυσικών δραστηριοτήτων συμπεριλαμβανομένων και των εντονότερων χωρίς περιορισμούς
Φυσικός ρόλος (Role Physical-RP)	4α, 4β, 4γ, 4δ	Αναφέρονται στο διάστημα των τελευταίων 4 εβδομάδων και στο πόσο συχνά εμφανίστηκαν προβλήματα στην εργασία ή καθημερινές δραστηριότητες ως απόρροια του επιπέδου φυσικής υγείας	Προβλήματα στην εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας	Κανένα πρόβλημα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες
Σωματικός πόνος (Bodily Pain - BP)	7, 8	Αναφέρονται σε εκτιμήσεις ύπαρξης σωματικού πόνου στο διάστημα των τελευταίων 4 εβδομάδων και σε ποιο βαθμό αυτό επηρέασε τις καθημερινές δραστηριότητες	Πολύ έντονος και εξαιρετικά περιοριστικός πόνος σε όλες τις δραστηριότητες	Κανένας πόνος ή περιορισμός οφειλόμενος σε πόνο
Γενική υγεία (General Health - GH)	1, 11α, 11β, 11γ, 11δ	Αναφέρονται σε προσωπικές εκτιμήσεις του επιπέδου γενικής υγείας	Το επίπεδο υγείας αξιολογείται χαμηλό και πιθανολογείται επιδείνωση άμεσα	Η προσωπική υγεία αξιολογείται ως άριστη

αποτελέσματα της αναφερόμενης έρευνας επιβεβαιώνονται από κλινικούς διαγνωστικούς δείκτες και τεκμηριώνονται από πληθώρα δημοσιεύσεων⁶

Βιβλιογραφία

1. Ware JE. The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, 1993.
2. Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2004, 21(5)451-462.
3. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.
4. www.sf-36.com.
5. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short- Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30(6):473-483.
6. Kravitz RL, Greenfield S, Rogers WH, Manning WG, Zubkoff M, Nelson E, Tarlov AR, Ware JE. Differences in the mix of patients among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. Journal of the American Medical Association 1992;267(12):1617-1623.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ**

6.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση της εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μη χειρουργική θεραπεία για αποκατάσταση ορθοπαιδικών παθήσεων δυο νοσολογικές οντότητες που επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες κινδύνου και επηρεάζουν με τη σειρά τους διάφορους τομείς της ζωής των ασθενών, μεταβάλλοντας την ποιότητά της.

Οι στόχοι της συγκεκριμένης έρευνας είναι κοινοί με τους στόχους όλων των προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίοι είναι τρεις: η αύξηση της μακροβιότητας, η μείωση της νοσηρότητας και η ευεξία των ασθενών. Οι κύριοι λόγοι, που οδηγούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής ατόμων ή ομάδων ατόμων, περιλαμβάνουν:

- την εκτίμηση των προσωπικών αναγκών υγείας
- την ανίχνευση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων
- την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- την αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας
- τη σύγκριση εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων
- τις κλινικές δοκιμές (clinical trials)
- την ανάλυση κόστους-οφέλους
- τον οικονομικό έλεγχο.

6.2. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η διαδικασία της έρευνας περιλαμβάνει μια σειρά από ξεχωριστές ενέργειες από τη στιγμή που αρχίζει η έρευνα μέχρι τη στιγμή που τα αποτελέσματά της καθίστανται προσιτά σε γραπτή μορφή. Οι ενέργειες που ακολουθούνται υπό κανονικές συνθήκες είναι οι εξής:

- (α) διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος
- (β) ανασκόπηση των πληροφοριών
- (γ) ακριβής προσδιορισμός του θέματος
- (δ) επεξεργασία του σχεδίου
- (ε) διεξαγωγή της έρευνας
- (στ) ερμηνεία των αποτελεσμάτων

(ζ) παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

6.2.1. Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε τους ασθενείς με υποβλήθηκαν σε μη χειρουργική θεραπεία για αποκατάσταση ορθοπεδικών παθήσεων, που νοσηλεύτηκαν στην Ορθοπεδική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου Κρήτης και δέχτηκαν ελεύθερα, μετά από πλήρη ενημέρωση, να συμμετέχουν στην έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 1/07/2008 έως 1/12/2008.

6.2.2. Μεθοδολογία έρευνας

Η υλοποίηση της μελέτης έλαβε χώρα σε τρία στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, πραγματοποιήθηκε η πρώτη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων SF-36 των ασθενών. Τα ερωτηματολόγια ήταν τυποποιημένα ή κλειστού τύπου με συγκεκριμένες απαντήσεις δυο ή περισσότερων επιλογών. Η συμπλήρωση έγινε κατά την ημέρα εισαγωγής των ασθενών στην Ορθοπεδική Κλινική. Το ρόλο του ερευνητή, που ελάμβανε τη συνέντευξη, έπαιξε η ομάδα που διεξάγει την έρευνα η οποία και γνωρίζει σε βάθος την διαδικασία του εγχειρήματος. Η διαδικασία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν σχετικά σύντομη και σπάνια υπερέβη τα 15 λεπτά. Οι ασθενείς, μετά την ενημέρωση που έλαβαν για τη διεξαγωγή της έρευνας, έδειξαν μεγάλη προθυμία για τη συμμετοχή τους και δεν παρατηρήθηκε κανένα περιστατικό άρνησης σε αυτό το πρώτο στάδιο της μελέτης.

Το δεύτερο στάδιο της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από το άτομο της ερευνητικής ομάδας. Επειδή δεν παρατηρήθηκαν διακομιδές των περιστατικών, όλα τα δελτία συμπληρώθηκαν κανονικά.

Το τρίτο στάδιο πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων 4 εβδομάδες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η συμπλήρωση έγινε από το ίδιο άτομο της ομάδας και η επικοινωνία με τους ασθενείς ήταν τηλεφωνική. Η διάρκεια της συμπλήρωσης ήταν παρόμοια με αυτή στο πρώτο στάδιο της μελέτης. Οι απώλειες συμμετοχής δεν υπήρξαν.

6.3. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εφαρμογή του ερωτηματολογίου στους ασθενείς συνοδεύτηκε από μια προσωπική για τον καθένα επιστολή η οποία και αναγνώστηκε σε όσους δεν μπορούσαν να αναγνώσουν και η οποία περιλάμβανε το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, τον τρόπο διεξαγωγής και τη χρήση των αποτελεσμάτων. Οι συμμετέχοντες ασθενείς έλαβαν τη διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας τόσο των ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων όσο και των ατομικών τους απαντήσεων στο πλαίσιο της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Οι ερωτώμενοι διατήρησαν το δικαίωμα της απόσυρσης από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της.

Αντίγραφο των αποτελεσμάτων της έρευνας, μετά τη στατιστική ανάλυση και την επεξεργασία τους, καθώς και των συμπερασμάτων παραδόθηκε στον α/α Διευθυντή της Ορθοπαιδικής Κλινικής, προκειμένου να ληφθούν υπόψη και να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον προς όφελος των ασθενών της Κλινικής.

6.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

6.4.1. Ανάλυση των δεδομένων συλλογής του δείγματος

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς και στα τρία στάδια της έρευνας, αποτυπώνονται στους πίνακες του παραρτήματος IV.

Ο τρόπος υπολογισμού των Μέσων Όρων των Κλιμάκων SF36 και των Συνοπτικών Κλιμάκων Φυσικής και Διανοητικής Υγείας φαίνονται στο Παράρτημα II.

Τα Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών καθώς και άλλα βοηθητικά στοιχεία της έρευνας, η ανάλυση τους και τα αποτελέσματα τους αποτυπώνονται στο Παράρτημα III.

Συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων δημογραφικών και άλλων παραμέτρων με τις Κλίμακες Υγείας SF 36 πραγματοποιούνται στο Παράρτημα V.

Οι στατική επεξεργασία και η απεικόνιση διαγραμμάτων έγινε με την βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 14 και του προγράμματος επεξεργασίας φύλλων MS Excel από εξειδικευμένο σε τέτοιου είδους αναλύσεις άτομο.

6.4.2. Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας

Εκείνο όμως που θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό και πρέπει να αναλύσουμε εδώ είναι ο έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας μας. Λεπτομέρειες για τους δύο αυτούς δείκτες αναφέρονται χαρακτηριστικά στο παράρτημα Ι.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας εξετάζονται οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής και συσχέτισης κλιμάκων, η εσωτερική συνέπεια και η διακριτή εγκυρότητα τους, ο συντελεστής συσχέτισης ερώτησης με την υποτιθέμενη κλίμακα, ο συντελεστής Cronbach's alpha, ο συντελεστής Pearson και άλλες παράμετροι όπως αναλυτικά εκτίθενται στο παράρτημα Ι.

Ας δούμε όμως πόσο σημαντικό είναι να διαθέτει μια έρευνα υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Εάν υποθέσουμε ότι η έρευνα μας είχε γίνει με προχειρότητα ή έστω ότι οι ασθενείς μας δεν είχαν διάθεση συνεργασίας και οι απαντήσεις τους ήταν αβασάνιστες και επιπόλαιες, τότε θα υπήρχαν αρκετά αντιφατικά στοιχεία στην έρευνα τα οποία και θα μείωναν την αξιοπιστία της. Για παράδειγμα, θα ήταν τελείως αντιφατικό, εάν κάποιος ασθενής δήλωνε στην ερώτηση 7 ότι την τελευταία εβδομάδα υπέφερε από πολύ έντονο πόνο και συγχρόνως στην ερώτηση 3α να απαντούσε ότι δεν επηρεάστηκε καθόλου η δυνατότητα συμμετοχής του σε πολύ κουραστικές δραστηριότητες όπως τα δυναμικά σπορ.

Θα ήταν επίσης πολύ αντιφατικό εάν στην ερώτηση 3α ο ασθενής απαντούσε ότι η κατάσταση της υγείας του πριν τη θεραπεία, δεν τον εμπόδιζε καθόλου να συμμετέχει σε πολύ δυναμικά σπορ, ενώ στην ερώτηση 3θ μετά τη θεραπεία, απαντούσε ότι η υγεία του ήταν τέτοια που δε μπορούσε να βαδίσει μια απόσταση 100 μέτρων. Εάν δηλαδή οι απαντήσεις είχαν δοθεί ασυλλόγιστα, χωρίς να έχουν μελετηθεί και αξιολογεί σωστά οι ερωτήσεις, τότε θα υπήρχαν τέτοιου είδους αντιφατικές απαντήσεις που η έρευνα μας δεν θα είχε καμία αξία.

Γίνεται επίσης έλεγχος κατά πόσο οι ερωτήσεις είναι συγκεκριμένες, ξεκάθαρες και με διαφορετικό νόημα η μία από την άλλη (ετερογένεια). Σε αντίθετη περίπτωση οι ασθενείς μη αντιλαμβανόμενοι το ακριβές νόημα της ερώτησης και συγχέοντας τη μία με την άλλη, μπορεί να έδιναν λανθασμένες απαντήσεις.

Ελέγχθηκε επίσης κατά πόσο σχετίζεται η βαθμολογία μιας απάντησης με τη συνολική βαθμολογία της συγκεκριμένης κλίμακας που ανήκει. Για

παράδειγμα, θα είναι αντιφατικό ένας ασθενής να έχει λάβει πολύ καλή βαθμολογία στην κλίμακα φυσικής λειτουργίας και στην επιμέρους ερώτηση 3γ: «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά;», να απαντήσει “πάρα πολύ” και να λάβει βαθμολογία 0.

Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των ελέγχων είναι ότι η συγκεκριμένη έρευνα διαθέτει πολύ υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

6.4.3 Αποτελέσματα της έρευνας

Πρώτο στάδιο έρευνας

Πίνακας 1: Μέση τιμή των επιμέρους κλιμάκων υγείας του SF-36 στους ασθενείς **Στάδιο Α'**

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning-PF)	ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical-RP)	ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain – BP)	ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health – GH)
25,94	10,63	15,98	40,90
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality – VT)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Social Functioning –SF)	ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ (Role Emotional-RE)	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health - MH)
20,75	28,59	16,25	22,30

Στον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο με ορθοπεδικά μη χειρουργήσιμα περιστατικά, δηλώνουν σε γενικές γραμμές πολύ χαμηλό επίπεδο υγείας. (κλίμακα 0-100). Αυτό είναι αναμενόμενο αφού οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα υγείας είναι σε μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένοι οπότε έχουν και συνοδά προβλήματα υγείας ή είναι νεώτεροι ασθενείς που λόγω του χρόνιου πόνου ή των επαναλαμβανόμενων συχνά κρίσεων του σωματικού πόνου μειώνεται και η σωματική τους λειτουργικότητα και ζωτικότητα, ο κοινωνικός και συναισθηματικός τους ρόλος, αντανακλώντας πολλές φορές τόσο στη γενική όσο και στην ψυχική τους υγεία.

Δεύτερο στάδιο έρευνας

Αντίστοιχα, οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς στο δεύτερο στάδιο της έρευνας, αποτυπώνονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Μέση τιμή των επιμέρους κλιμάκων υγείας του SF-36 **Στάδιο Β'**

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning-PF)	ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical-RP)	ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain – BP)	ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health – GH)
64,06	57,81	54,14	58,68
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality – VT)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Social Functioning –SF)	ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ (Role Emotional-RE)	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health - MH)
60,06	64,22	74,17	63,75

Στον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι οι ασθενείς δηλώνουν σαφή βελτίωση του επιπέδου υγείας τους μετά από μια βδομάδα θεραπείας.

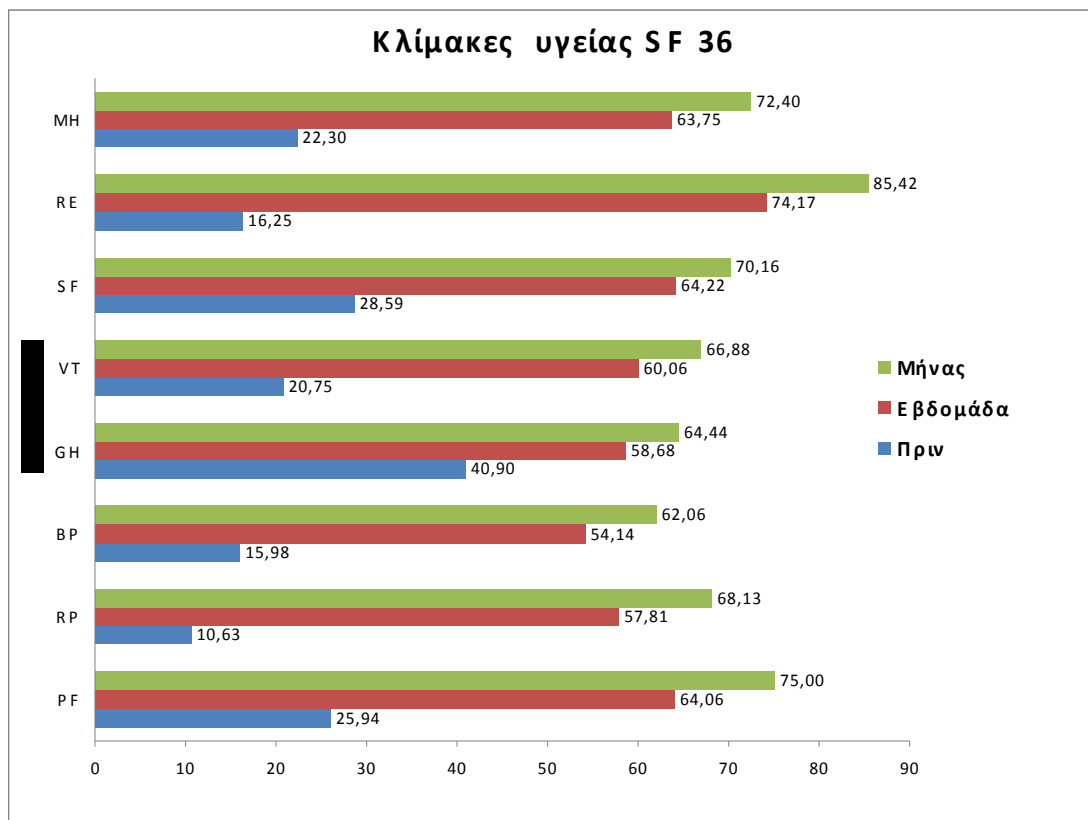
Τρίτο στάδιο έρευνας

Αντίστοιχα οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς στο τρίτο στάδιο της έρευνας, αποτυπώνονται στον Πίνακα 3.

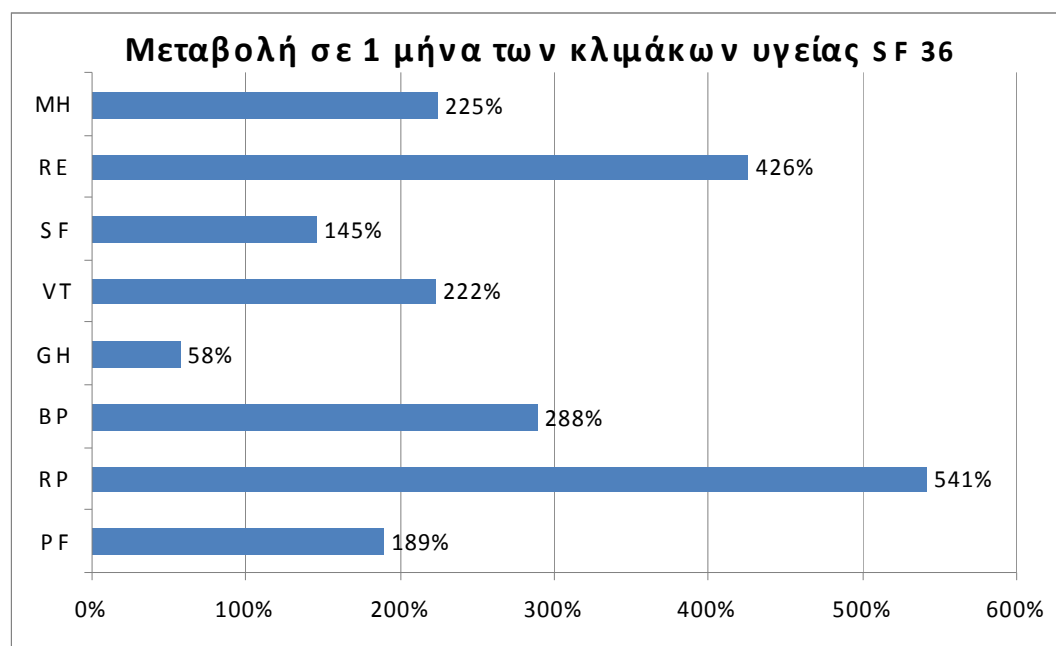
Πίνακας 3: Μέση τιμή των επιμέρους κλιμάκων υγείας του SF-36 σε ασθενείς **Στάδιο Γ'**

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning-PF)	ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical-RP)	ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain – BP)	ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health – GH)
75,00	68,13	62,06	64,44
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality – VT)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Social Functioning –SF)	ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ (Role Emotional-RE)	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health - MH)
66,88	70,16	85,41	72,40

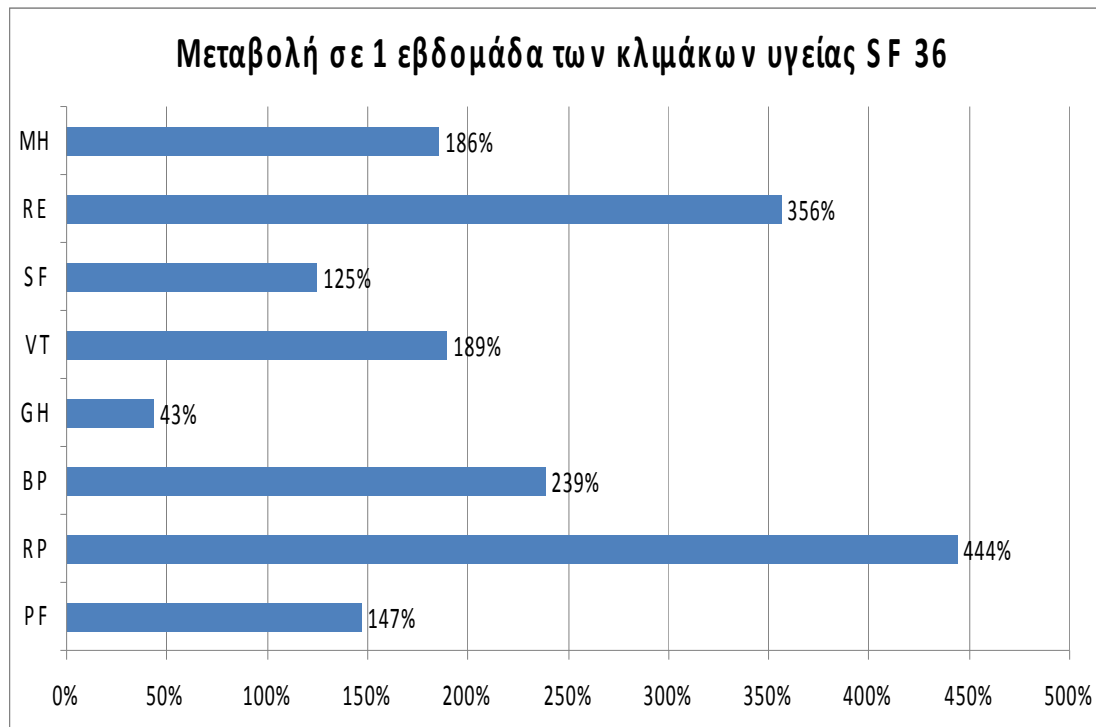
Γράφημα 1: Κλίμακες υγείας SF 36 για τα τρία στάδια



Γράφημα 2: Η ποσοστιαία μεταβολή των επιμέρους κλιμάκων



Γράφημα 3: Η ποσοστιαία μεταβολή των επιμέρους κλιμάκων

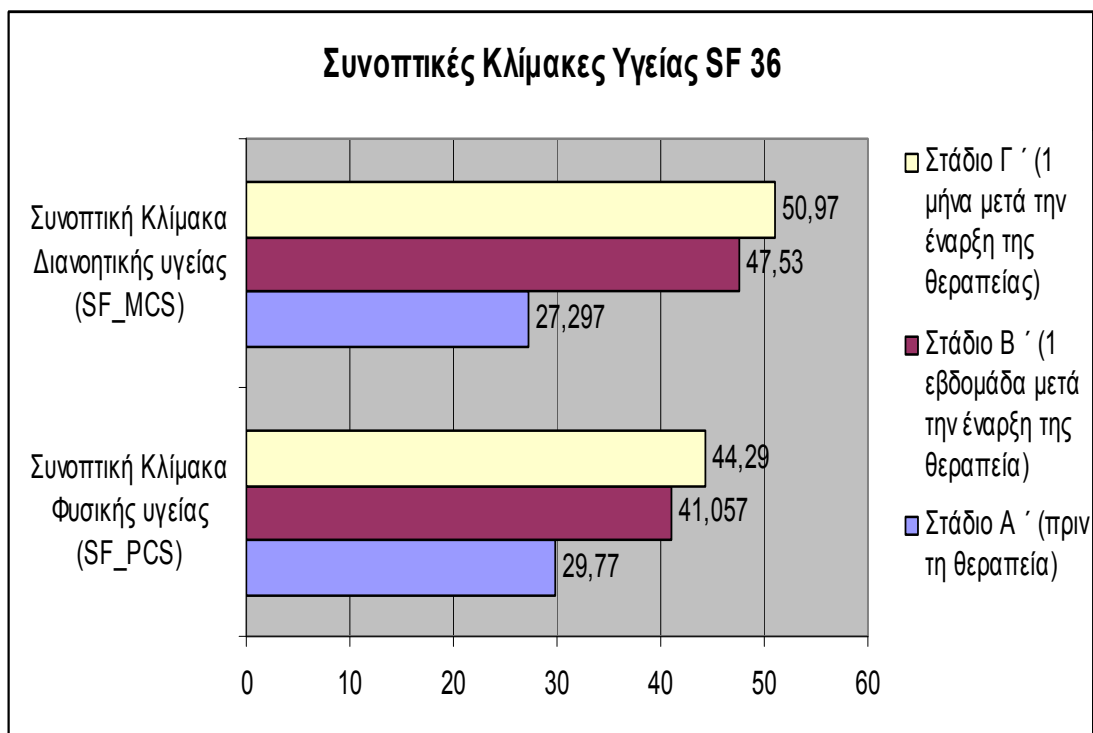


Οι συνοπτικές κλίμακες Φυσικής και Διανοητικής υγείας

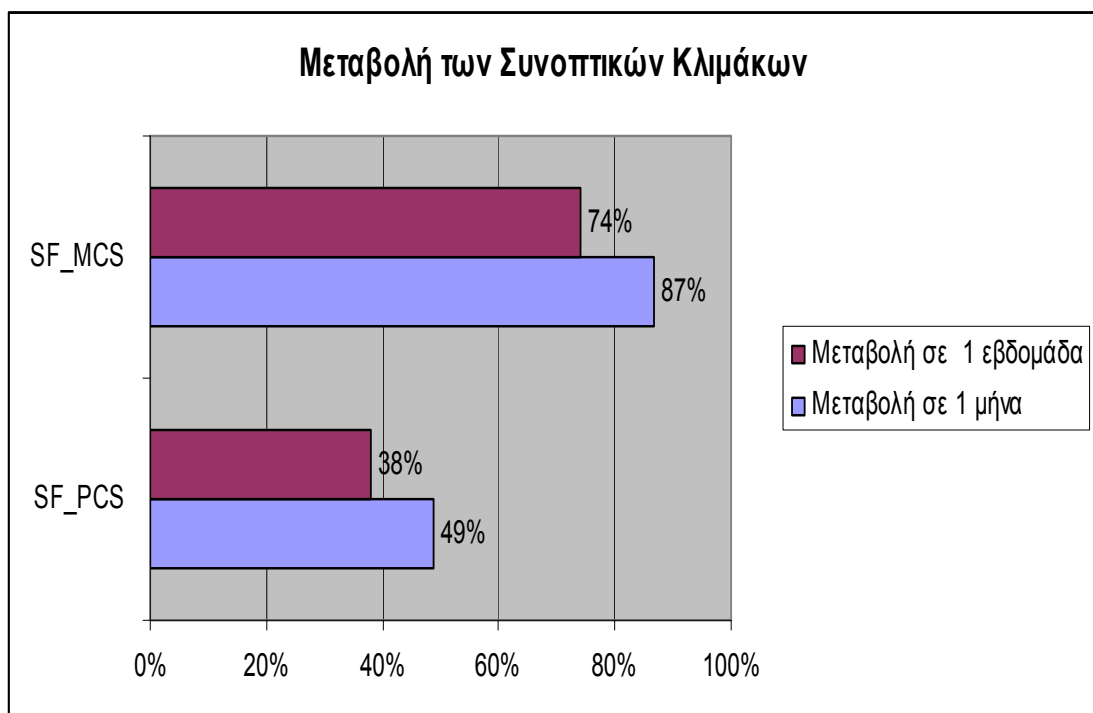
Πίνακας 4: Μέση τιμή των επιμέρους συνοπτικών κλιμάκων υγείας

	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής υγείας (SF_PCS)	Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής υγείας (SF_MCS)
Στάδιο Α (πριν τη θεραπεία)	29,77	27,297
Στάδιο Β (1 εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας)	41,057	47,53
Στάδιο Γ (1 μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας)	44,29	50,97

Γράφημα 4: Βαθμολόγηση συνοπτικών κλιμάκων των ασθενών



Γράφημα 5: Μεταβολή των συνοπτικών κλιμάκων των ασθενών

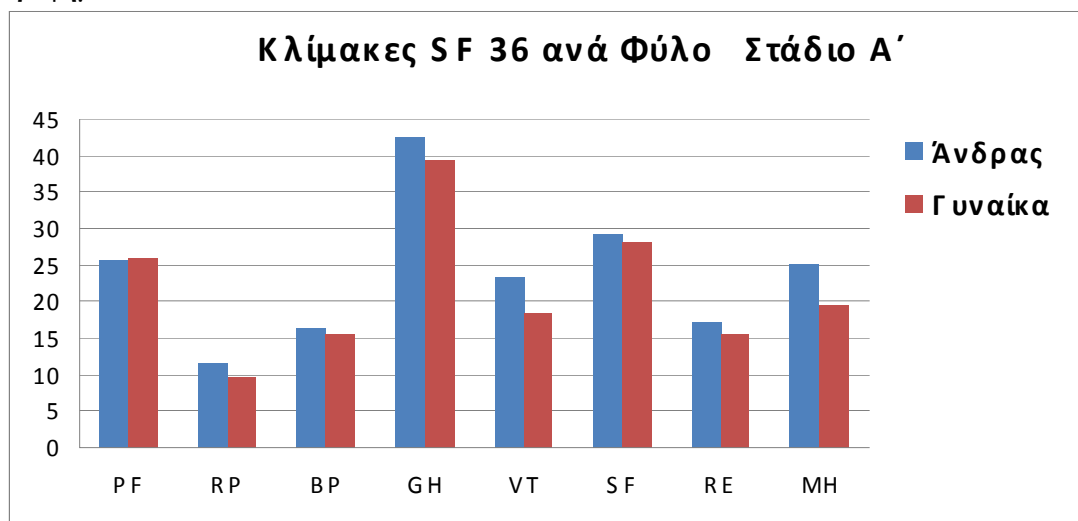


Κλίμακες SF 36 ανά φύλο και Στάδιο

Πίνακας 5: Στάδιο Α΄

Φύλο	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Άνδρας	25,77	11,54	16,44	42,62	23,21	29,17	17,09	25,13
Γυναίκα	26,10	9,76	15,54	39,27	18,41	28,05	15,45	19,61

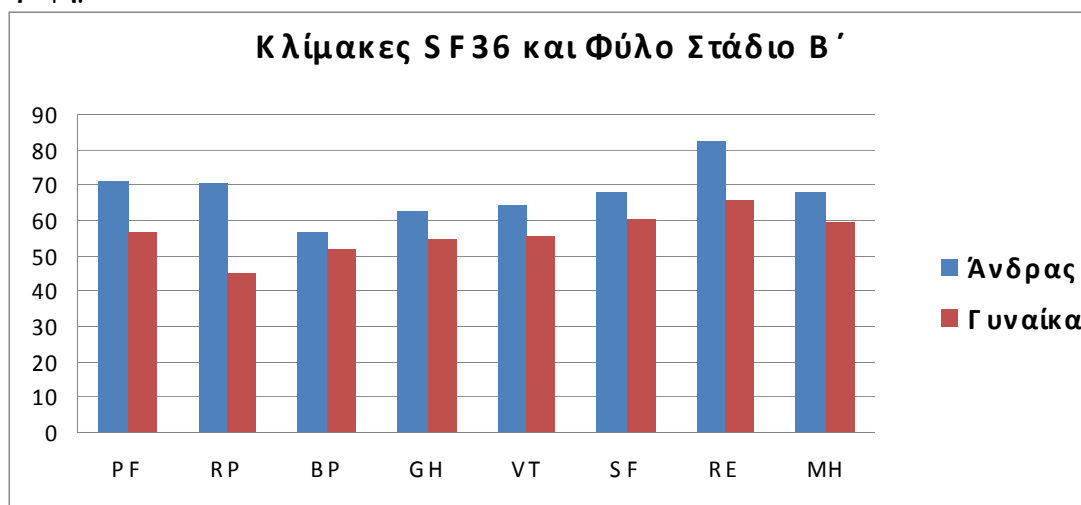
Γράφημα 6



Πίνακας 6: Στάδιο Β΄

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Άνδρας	71,38	70,63	56,58	62,48	64,50	68,13	82,50	67,8
Γυναίκα	56,75	45,00	51,70	54,88	55,63	60,31	65,83	59,7

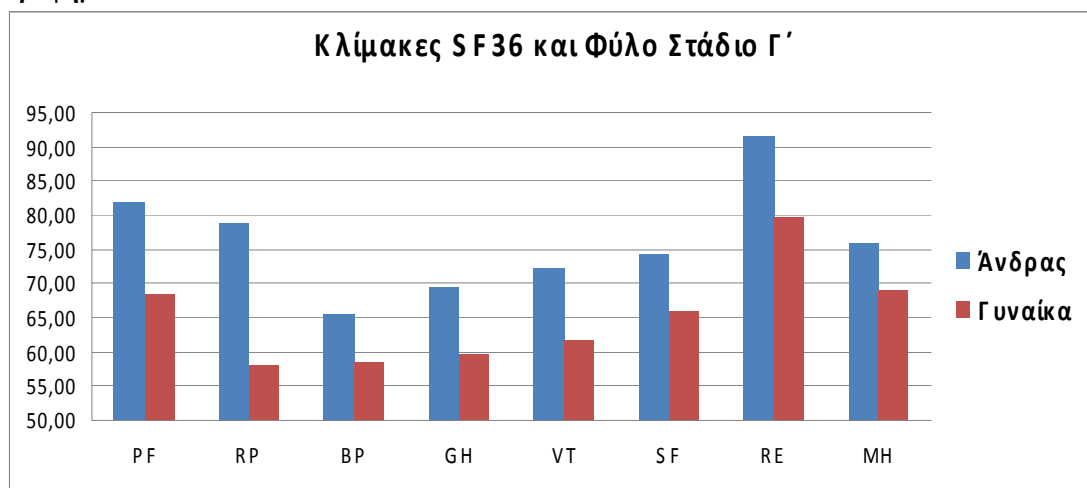
Γράφημα 7



Πίνακας 7: Στάδιο Γ΄

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Άνδρας	81,92	78,85	65,64	69,49	72,31	74,36	91,45	76,00
Γυναίκα	68,41	57,93	58,66	59,63	61,71	66,16	79,67	68,98

Γράφημα 8

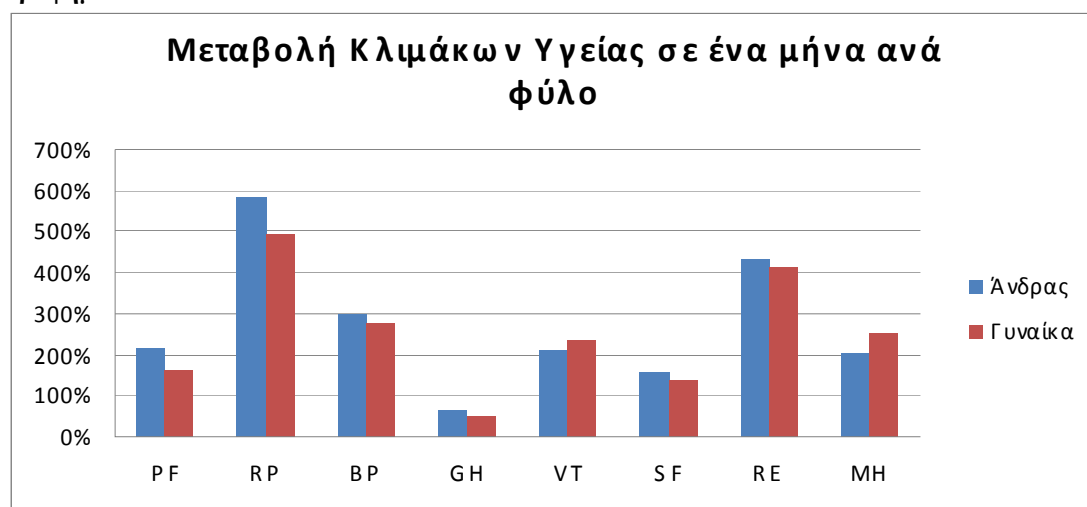


Πίνακας 8: Μεταβολή των κλιμάκων SF 36 ανά φύλο σε 1 μήνα

Μεταβολή Γ-A

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Άνδρας	218%	583%	299%	63%	212%	155%	435%	202%
Γυναίκα	162%	494%	278%	52%	235%	136%	416%	252%

Γράφημα 9



Οι άνδρες αναφέρουν μεγαλύτερη βελτίωση για PF, RP, BP, GH, SF, RE ενώ οι γυναίκες για VT και MH.

Συσχετίσεις Φύλου και κλιμάκων SF 36

Πίνακας 9: Προ της θεραπείας

Correlations

		Φύλο	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Φύλο	Pearson Correlation	1	,008	-,038	-,029	-,103	-,100	-,029	-,026	-,119
	Sig. (2-tailed)		,945	,740	,799	,363	,376	,802	,821	,292
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 10: Κατά την έξοδο των ασθενών

Correlations

		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Φύλο
Φύλο	Pearson Correlation	-	-,311(**)	-	-,234(*)	-,164	-,142	-,226(*)	-,154	1
	Sig. (2-tailed)	,039	,005	,377	,037	,146	,209	,044	,174	
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 11: 1 μήνα μετά την έξοδο των ασθενών

Correlations

		Φύλο	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Φύλο	Pearson Correlation	1	-,226(*)	-,259(*)	-,153	-,224(*)	-,200	-,172	-,175	-,138
	Sig. (2-tailed)		,044	,020	,175	,046	,075	,127	,121	,221
	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας τουλάχιστον 0.05 μεταξύ φύλου και κλιμάκων υγείας (PF, RP, GH, RE) μετά την θεραπεία, πράγμα που υποδηλώνει ότι η υγεία των ανδρών βελτιώνεται περισσότερο σε αυτό το χρονικό διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στον τομέα της ορθοπεδικής υπάρχει μια μακρά παράδοση αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των συντηρητικών και μη παρεμβατικών τεχνικών. Οι αξιολογήσεις αυτές εστιάζουν στη μέτρηση του αποτελέσματος, έτσι όπως αυτό εκφράζεται με τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την κλινική λειτουργία. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αυξημένη προσπάθεια και εφαρμογή της χρήσης μεθόδων και τεχνικών μέτρησης της ιατρικής έκβασης σε όλο και περισσότερους ασθενείς, κυρίως στο επίπεδο της ποιότητας ζωής¹.

Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής μπορεί να αφορά τη νόσο(ή την κατάσταση) με ειδικό ή γενικό τρόπο². Μια πιο πρόσφατη προσέγγιση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι η ανάπτυξη της «εξατομικευμένης» μέτρησης. Αυτές οι μετρήσεις επιτρέπουν στους ασθενείς να καθορίζουν, από τη δική τους πλευρά, τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν, περισσότερο από οποιουσδήποτε άλλους παράγοντες την ποιότητα της ζωής τους³.

Η παρουσία ή η απουσία νόσου ή ακόμη και συμπτωμάτων δεν αποτελεί πλέον το μοναδικό κριτήριο για την εξαγωγή ακριβούς συμπεράσματος σχετικά με το επίπεδο της υγείας ενός ατόμου. Το πολυδιάστατο εργαλείο αξιολόγησης της «σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής» SF-36 αποτυπώνει την αίσθηση ευεξίας του ασθενή μέσα από την καταγραφή της ψυχολογικής, κοινωνικής και φυσικής λειτουργίας του.

Η βαθμολογία των κλιμάκων υγείας όπως αναδείχθηκε από την έρευνα είναι χρήσιμη για την αποτύπωση της εκτίμησης του ασθενούς για το επίπεδο της υγείας του. Με τον τρόπο αυτό χρησιμοποιώντας τις ως βάση δεδομένων είναι δυνατή η λήψη πληροφοριών για το μέσο επίπεδο υγείας κάθε δείγματος ασθενών σε κάθε στάδιο της έρευνας.

Όσον αφορά το συγκεκριμένο πρόβλημα της έρευνας, την οσφυαλγία, είναι πολύ συνηθισμένο. Στις Η.Π.Α. ,εκτιμάται ότι το 15% με 20% του πληθυσμού και σχεδόν οι μισοί εργαζόμενοι ενήλικες έχουν ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κάθε χρόνο. Από αυτούς το 10% περίπου θα αναπτύξει χρόνια οσφυαλγία⁴.

Όπως αναφέρθηκε, σκοπός της διπλωματικής αυτής εργασίας ήταν η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία με τη βοήθεια της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας ,η λεπτομερής στατιστική ανάλυση και εγκυρότητα αυτής (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.ΙΙ,ΙΙΙ,ΙV,ΙV), οι συσχετίσεις μεταξύ παραμέτρων και κλιμάκων sf36 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V) δείχνουν την αναμφισβήτητη επίδραση της χρόνιας οσφυαλγίας τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχολογική διάσταση των ασθενών, αφού το σύνολό τους είχε μικρότερο σκορ και

στις οχτώ κατηγορίες του SF-36 σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Με άλλα λόγια, η χρόνια οσφυαλγία βιώνεται ως μια οντότητα με αρνητική επίδραση στις δημιουργικές δραστηριότητες, τις κοινωνικές συναναστροφές, την καθημερινότητα και τη ψυχική – συναισθηματική υπόσταση του ατόμου.

Ακόμα, δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III) φαίνεται ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Βέβαια, όπως είναι γνωστό, η χρόνια οσφυαλγία αποτελεί μια πολυπαραγοντική πάθηση με μεγάλο εύρος αιτιοπαθογένειας, η οποία δυσκολεύει πολλές φορές τον κλινικό ιατρό τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπισή της. Μια σειρά ερευνών έχουν δείξει ότι φυσικοί και ψυχοκοινωνικοί παράμετροι ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην επιτυχία της θεραπείας απ' ό,τι τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα ή ακόμα και η έκταση της δισκογενούς βλάβης⁵. Το γεγονός αυτό είναι σε άμεση συνάφεια με την αντίληψη της σχετικότητας του πόνου και τη διαμόρφωση της ατομικής στάσης απέναντί του, ανάλογα με τις αντιλήψεις, τα βιώματα αλλά και τις προσδοκίες του κάθε ασθενούς⁶.

Η αντίληψη της πολυπαραγοντικής φύσης της χρόνιας οσφυαλγίας, η μεγάλη συχνότητά της στον πληθυσμό και οι πολλαπλές της προεκτάσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, εστίασε το επιστημονικό ενδιαφέρον στην αμεσότερη και αρτιότερη αντιμετώπισή της. Αρχικά, η θεραπευτική προσπάθεια ήταν καθαρά σωματική και αποσκοπούσε στην προσωρινή εξάλειψη του πόνου είτε μέσω μιας φαρμακευτικής αγωγής είτε με χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα όμως δεν ήταν τα αναμενόμενα. Συνεχώς καινούρια φάρμακα βγαίνουν στην αγορά, ο ασθενής καταλήγει να παίρνει και διαφορετικό σκεύασμα από κάθε ιατρό που επισκέπτεται, χωρίς να έχει την επιθυμητή βελτίωση. Όμως και το χειρουργείο έχει αποδειχτεί κατώτερο των αρχικών προσδοκιών. Μια μεγάλη έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία έδειξε ότι η σπονδυλοδεσία της οσφυϊκής μοίρας σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία δε φαίνεται να προσφέρει κανένα παραπάνω όφελος σε σχέση με τη συντηρητική θεραπεία φυσικής άσκησης και συμπεριφοράς. Μάλιστα οι ασθενείς που υποβλήθηκαν στην επέμβαση είχαν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, υψηλότερο ιατρικό κόστος και καμία διαφορά στην ποιότητα ζωής τους μετά 2 χρόνια⁷.

Τα τελευταία χρόνια, πάρα πολλές έρευνες έχουν καταδείξει την ανάγκη για ένα πρόγραμμα αποκατάστασης που υπολογίζει και εκτιμά όχι μόνο τον πόνο αλλά κυρίως την ανάγκη του ατόμου για βελτίωση της ποιότητας ζωής του⁸. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με την αναμφισβήτητα αρνητική επίδραση της χρόνιας οσφυαλγίας

στην ποιότητα ζωής του ατόμου, που επιβεβαιώθηκε και στη δική μας εργασία. Πρωταρχικός στόχος πάντως είναι η αποφυγή μετάπτωσης του προβλήματος σε χρόνια και σε αυτό φαίνεται ότι μπορούν να βοηθήσουν θεραπείες συμπεριφοράς⁹.

Η τάση λοιπόν στις μέρες μας είναι η εφαρμογή ενός πολυπαραγοντικού προγράμματος που θα αντιμετωπίζει τον ασθενή με οσφυαλγία ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα αφού τέτοια είναι τις περισσότερες φορές και η αιτιολογία του προβλήματος. Ο Lang και συνεργάτες σε μια μελέτη τους έδειξαν ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα φαίνεται να βελτιώνει τον πόνο και την ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια οσφυαλγία¹⁰. Μια άλλη έρευνα, αρχικά διαπιστώνει ότι η χρόνια οσφυαλγία ανθίσταται στη θεραπεία και η μη χειρουργική αντιμετώπισή της καθιστά ικανούς τους ασθενείς να επιστρέψουν στη δουλειά τους. Στη συνέχεια συμπεραίνει ότι ένα πολυεπίπεδο, βιοψυχοκοινωνικό πρόγραμμα αποκατάστασης επιδρά θετικά στον ασθενή και τον επαναφέρει γρηγορότερα στις κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες. Το πρόγραμμα αυτό αποσκοπεί στην ελάττωση του πόνου και στην άμεση λειτουργική του αποκατάσταση¹¹.

Αυτή είναι και η τάση που επικρατεί τα τελευταία χρόνια, η γρήγορη δηλαδή επανένταξη του ατόμου με χρόνια οσφυαλγία και η μικρότερη παραμονή του στο κρεβάτι. Ο Deyo και συνεργάτες σε μια έρευνα απέδειξαν ότι δύο μέρες ανάπαυσης στο κρεβάτι ασθενών με οσφυαλγία έφερε τα ίδια αποτελέσματα με ανάπαυση στο κρεβάτι για επτά ημέρες. Αυτό το γεγονός οδήγησε τους ερευνητές να εισηγηθούν την αποφυγή της κατάκλισης στο κρεβάτι ως μεθόδου αντιμετώπισης της οσφυαλγίας¹². Η παραπάνω διαπίστωση επανεξετάστηκε από τους Atlas και Volin οι οποίοι με δική τους έρευνα αποφάνθηκαν ότι λιγότερη ανάπαυση στο κρεβάτι και περισσότερη σωματική δραστηριότητα είναι ο καλύτερος συνδυασμός για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας¹³. Μια νέα μελέτη με σύγκριση μεταξύ της κατάκλισης στο κρεβάτι και της άσκησης των μυών της πλάτης έδειξε ότι οι ασθενείς που παρέμειναν κατακεκλιμένοι χρειάστηκαν 42% περισσότερο χρόνο να αναρρώσουν από εκείνους που έκαναν ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της πλάτης ($P=0,0004$). Επιπλέον η ομάδα των ασθενών που έκανε ασκήσεις σταμάτησαν τη λήψη φαρμάκων σε 46% λιγότερο χρόνο σε σχέση με αυτούς που ήταν στο κρεβάτι ($P=0,048$)¹⁴.

Τέλος, εκτός της άμεσης κινητοποίησης του ατόμου με οσφυαλγία και την ελάχιστη δυνατή παραμονή του στο κρεβάτι, ο ασθενής θα πρέπει να υποστηριχτεί γενικά ως υπόσταση και προσωπικότητα και να γίνει προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας ζωής του. Αυτό είναι πολύ σημαντικό αφού έχει αποδειχτεί ότι σε ασθενείς

με χρόνια οσφυαλγία και χαμηλό αποτέλεσμα στην Επισκόπηση Υγείας SF-36 καθυστερούσε αρκετά η αποθεραπεία τους¹⁵.

Επιχειρώντας να συνοψίσουμε τα συμπεράσματα της μελέτης μας μπορούμε να πούμε ότι οι παράγοντες χρόνια οσφυαλγία και ποιότητα ζωής είναι στενά συνυφασμένοι και ο κλινικός ιατρός οφείλει να το λαμβάνει υπόψιν του.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια οσφυαλγία με τη χρήση του ερωτηματολογίου της Επισκόπησης Υγείας SF-36 μπορεί στο μέλλον να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης ελέγχου της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας, όποια μορφή και αν έχει αυτή (συντηρητική ή χειρουργική). Παρόμοιες εργασίες θα ισχυροποιούν την παραπάνω πρόταση και θα τη θέσουν σε εφαρμογή σε κλινικό επίπεδο με δεδομένο ότι κάθε ασθενής είναι μια ιδιαίτερη και ολοκληρωμένη προσωπικότητα και με τον τρόπο αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Ως εκ τούτου, η βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι πρωταρχικής σημασίας στη διαδικασία λήψης μη παρεμβατικών και κλινικών αποφάσεων στον καθορισμό του καλύτερου δυνατού θεραπευτικού οφέλους¹⁶. Επιπλέον, καθώς οι μετρήσεις αυτές περιγράφουν ή χαρακτηρίζουν τις εμπειρίες των ασθενών ως συνέπεια της φροντίδας υγείας, είναι χρήσιμα και σημαντικά βοηθήματα στις παραδοσιακές μετρήσεις των φυσιολογικών και βιολογικών παραμέτρων της κατάστασης υγείας¹⁷.

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας με τη χρήση ψυχομετρικών δεικτών διερευνά στην προέκταση της την προαγωγή του αγαθού υγεία και συμβάλλει στην αντικειμενική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και του συστήματος υγείας. Τα ερωτηματολόγια SF-36 έρχονται να καλύψουν τις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ ασθενή και ιατρικής επιστήμης. Δίνουν πολύπλευρη διάσταση στην υγεία και αναδεικνύουν την άποψη του ασθενή ως βασικό παράγοντα στην συλλογή πληροφοριών για το βαθμό αποτελεσματικότητας κάθε θεραπείας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η χρησιμότητα τους είναι αδιαμφισβήτητη εφόσον παρέχουν πολυεπίπεδη δυνατότητα εφαρμογής

α) είτε σε μικροεπίπεδο κλινικής ή νοσοκομείου ως βάση δεδομένων για την άντληση στοιχείων που αφορούν την φυσική, ψυχολογική και διανοητική υγεία των ασθενών συγκεκριμένων παθήσεων πριν και μετά την υποβολή τους σε θεραπευτική αγωγή

β) είτε σε μακροεπίπεδο (π.χ. αξιολόγηση της ωφέλειας των ασθενών σε 2 ή περισσότερα στάδια από την χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων νόσων σε συνδυασμό με το κόστος τους) για την χάραξη αποτελεσματικής πολιτικής υγείας.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι τελικά ένα σημαντικότερο εργαλείο στην κλινική επιλογή και λήψη αποφάσεων, κυρίως όσον αφορά στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Οι μετρήσεις των φυσιολογικών παραμέτρων παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες στους κλινικούς, ωστόσο μπορεί να είναι περιορισμένου ενδιαφέροντος για τους ασθενείς, καθώς παρουσιάζουν πτωχή συσχέτιση με τη λειτουργική ικανότητα και την ευημερία, τις κύριες περιοχές ενδιαφέροντος των ασθενών.

Ένας επιπλέον λόγος, για τον οποίο η μέτρηση της σχετιζόμενης με τη υγεία ποιότητας ζωής είναι σημαντική είναι το φαινόμενο που παρατηρείται συχνά, κατά το οποίο δυο ασθενείς με τα ίδια κλινικά κριτήρια έχουν δραματικά διαφορετική ανταπόκριση. Έτσι ορισμένοι ασθενείς συνεχίζουν να εργάζονται χωρίς συναισθηματική φόρτιση, ενώ άλλοι ανταποκρίνονται με δυσκολία στις εργασιακές απαιτήσεις έχοντας μείζονα κατάθλιψη.

Αυτές οι σκέψεις εξηγούν γιατί τόσο οι ασθενείς όσο και οι κλινικοί και οι διοικητές ιατρικής φροντίδας έχουν μεγάλο ενδιαφέρον για τις επιδράσεις των ιατρικών παρεμβάσεων στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής¹⁸. Η διοίκηση των φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την ποιότητα ζωής, δεδομένου ότι οι μετρήσεις της αντανακλούν την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και της κλινικής αποτελεσματικότητας και συμβάλλουν στη λήψη οικονομικών αποφάσεων.

Τέλος είναι φανερό ότι αν και η μελέτη της ποιότητας της ζωής έχει τις ρίζες της στις κοινωνικές επιστήμες, έχει γίνει πλήρως αποδεκτή από τους κλινικούς, καθώς δίνει απαντήσεις σε ερωτήματα, που σχετίζονται άμεσα με τα κλινικά προγράμματα και τις θεραπευτικές επιλογές¹⁷. Ως εκ τούτου, προκειμένου να απαντήσει σε αυτές και άλλες παρόμοιες ερωτήσεις, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να συνδέσει τις ιατρικές παρεμβάσεις με τις κλινικές και φυσιολογικές μεταβολές και την ποιότητα ζωής¹⁸.

Όταν ο J.R.Elkinton χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο ποιότητα ζωής στο ιατρικό περιοδικό Annals of Internal Medicine το 1996, έκανε ιδιαίτερη μνεία στην άποψη του Francis Bacon ότι η ιατρική ρυθμίζει όχι μόνο τη σχέση του ανθρώπου με τον εαυτό του, αλλά και με το περιβάλλον του. Αυτός είναι ίσως ο πιο ικανοποιητικός ορισμός της ποιότητας ζωής, δεδομένου ότι περιλαμβάνει όχι μόνο την ευεξία και την ευημερία του ατόμου, αλλά και την αρμονία με τον κόσμο του¹⁹. Μια τέτοια προσέγγιση έχει ιδιαίτερη σημασία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα όπως είναι η οσφυαλγία, όπου όλοι οι τομείς της ζωής επηρεάζονται από το συγκεκριμένο πρόβλημα.²⁰

Βιβλιογραφία

1. Guyatt GH, Naylor DC, Juniper E, et al. User's guides to the medical literature XII. How to use articles about health – related quality of life. JAMA 1997, 227: 1232 - 1237.
2. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures an assessing health status and quality of life. Med Care 1989,27:S217 –S232.
3. Hickey AM, Bury G, O'boyle CA, et al. Anew short form individual quality of life measure (SEIQoL –DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. BMJ 1996, 313: 29 -33.
4. Bartleson JD.,Low Back Pain. Curr Treat Options Neurol.2001 Mars;3(2):159-168.
5. Nickel R, Egle UT, Eysel P, Rompe JD, Zollner J, Hoffmann SO. Health-related quality of life and somatization in patients with long-term low back pain: a prospective study with 109 patients. Spine.2001 Oct 15;26(20):2271-7.
6. Sanders SH, Brena SF, Spier CJ, Beltrutti D, McConnell H, Quintero O: Chronic low back pain patients around the world: cross-cultural similarities and differences. Clin J Pain 1992;8: 317-23.
7. Bhandari M., Petrisor B., Busse J., Drew B. Does lumbar surgery for chroniclow-back pain make a difference? CMAJ, August 16, 2005; 173(4). Doi : 10.1503/cmaj.050884.
8. Raak R, Wikblad K, Raak A Sr, Carlsson M, Wahren LK. Catastrophizing and health- related quality of life: a 6-year follow up of patients with chronic low back pain. Rehabil Nurs.2002 May-June;27(3):110-116;discussion 117.
9. Koleck M, Mazaux JM, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. Eur J Pain.2006 Jan;10(1):1-11.

10. Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundorfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J.* 2003 Jul-Aug; 3(4): 270-6.
11. Guzman J., Esmail R., Karjalainen K., Malmivaara A., Irvin E., Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ.* 2001 June 23; 322(7301):1511-1516.
12. Deyo AA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *New England Journal Of Medicine.* 1986; 315(17): 1064- 1070.
13. Atlas S. Volinn E. Classics from the spine literature revisited: A randomized 2 versus 7 days of recommended bed rest for acute low back pain. *Spine* 1997; 22(20):2331-2337.
14. Evans C, Gilbert JR, Taylor W, Hildebrand A. A randomised controlled trial of flexion exercises, education and bed rest for patients with acute low back pain. *Physiotherapy Canada* 1987; 39(2) : 96-100.
15. Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. *Arthritis Rheum.* 2004 Apr 15; 51(2):168-76.
16. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health – related quality of life. A conceptual model of patients outcomes. *JAMA* 1995; 273:59-65.
17. Fallowfield L (1990). *The Quality of life: The Missing Link in Health Care.* London: Souvenir Press.
18. Lehtinen V, Sohlam B, Kovess – Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epid Ment Health* 2005; 1:9.

19. 14.Katsching H (1997). How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of life in Mental Disorders. Chichester: Wiley, pp. 3-16.

20. Bowling A (1997). Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Ανάλυση αξιοπιστίας της έρευνας

Στάδιο Α΄

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Πίνακας 12: Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	80	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Συντελεστής Cronbach's Alpha

Πίνακας 13: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,884	,893	8

Πίνακας 14: Συντελεστές εσωτερικής συνοχής και συσχέτισης κλιμάκων.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	,872							
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	,568	,862						
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	,584	,659	,873					
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	,156	,300	,277	,891				
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	,614	,573	,569	,449	,847			
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	,721	,550	,683	,261	,741	,860		
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	,257	,624	,291	,300	,578	,388	,894	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	,583	,515	,568	,396	,911	,743	,448	,855

All the Correlations is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Οι συντελεστές Cronbach's alpha παρουσιάζονται στη διαγώνιο και έχουν υπολογιστεί ο κάθε ένας χωριστά όπως βλέπουμε στον πίνακα 2. Είναι αρκετά μεγαλύτεροι του 0.7 που θέτει το κριτήριο αξιοπιστίας.

Πίνακας 15: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ Α	155,39375	14345,848	,635	,620	,872
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	170,70625	13429,382	,724	,683	,862
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	165,35625	15174,134	,668	,622	,873
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	140,43125	16099,408	,391	,243	,891
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	160,58125	12739,756	,862	,885	,847
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	152,73750	14018,390	,767	,727	,860
7. ΠΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	165,08125	12967,307	,542	,591	,894
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	159,03125	13213,346	,790	,850	,855

Πίνακας 16: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των οκτώ κλιμάκων

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N Valid	80	80	80	80	80	80	80	80
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	25,938	10,625	15,975	40,900	20,750	28,594	16,250	22,300
Std. Error of Mean	2,352	2,660	1,746	1,827	2,685	2,203	3,607	2,604
Std. Deviation	21,035	23,792	15,618	16,343	24,013	19,708	32,259	23,287
Variance	442,464	566,060	243,923	267,078	576,646	388,425	1040,612	542,289
Skewness	0,647	2,389	1,059	0,544	1,290	0,821	1,798	1,230
Std. Error of Skewness	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269
Kurtosis	-0,31	5,077	1,086	0,08	0,973	0,198	1,775	0,664
Std. Error of Kurtosis	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532
Range	80	100	72	77	100	75	100	88
Minimum	0	0	0	10	0	0	0	0
Maximum	80	100	72	87	100	75	100	88

Πίνακας 17: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των συνοπτικών κλιμάκων.

Statistics

		A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
N	Valid	80	80
	Missing	0	0
Mean		29,76972	27,29039
Std. Deviation		6,070428	11,267638
Variance		36,850	126,960
Skewness		,648	1,212
Std. Error of Skewness		,269	,269
Kurtosis		1,687	,536
Std. Error of Kurtosis		,532	,532
Range		35,794	43,962
Minimum		15,975	14,509
Maximum		51,769	58,471

Περιγραφική στατιστική ανάλυση των κλιμάκων

Το μέγιστο εύρος βαθμολογιών 0-100 παρατηρείται στις κλίμακες σωματικός ρόλος, ζωτικότητα και συναισθηματικός ρόλος (πίν. 3). Ο χαμηλός μέσος όρος που παρατηρείται σε όλες τις κλίμακες είναι αναμενόμενος, εφόσον αφορά σε πληθυσμό με αυτού του είδους προβλήματα. Η θετική ασυμμετρία (skewness) – εκτός του PF - είναι ενδεικτική της κατανομής των τιμών προς το αρνητικό άκρο. Οι περισσότεροι ασθενείς, δηλαδή, δηλώνουν επίπεδο υγείας μεταξύ μέσου όρου και απόλυτα ασθενούς.

Πίνακας 18: Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση, Συσχετίσεις Pearson ερωτήσεων -κλιμάκων.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF	25,938	21,035								
sf3a	1,088	0,284	0,526							
sf3β	1,550	0,571	0,778							
sf3γ	1,500	0,616	0,847							
sf3δ	1,375	0,560	0,744							
sf3ε	1,663	0,615	0,822							
sf3σ	1,213	0,412	0,598							
sf3ζ	1,413	0,544	0,740							
sf3η	1,663	0,594	0,775							
sf3θ	1,900	0,628	0,855							
sf3ι	1,825	0,652	0,802							
RP	10,625	23,792								
sf4a	1,150	0,359		0,811						
sf4β	1,100	0,302		0,819						
sf4γ	1,125	0,333		0,789						
sf4δ	1,050	0,219		0,685						
BP	15,975	15,618								
sf7	5,275	0,779			-0,946					
sf8	4,225	0,826			-0,932					
GH	40,900	16,343								
sf1	3,688	0,836				-0,692				
sf11a	2,863	0,990				0,708				
sf11β	3,050	0,745				-0,688				
sf11γ	2,588	0,774				0,733				
sf11δ	3,663	0,941				-0,861				
VT	20,750	24,013								
sf9a	5,050	1,157					-0,858			
sf9ε	5,163	1,267					-0,930			
sf9ζ	2,188	1,493					0,944			
sf9θ	2,175	1,412					0,866			
SF	28,594	19,708								
sf6	3,950	0,899						-0,901		
sf10	2,238	0,860						0,891		
RE	16,250	32,259								
sf5a	1,188	0,393							0,889	
sf5β	1,150	0,359							0,879	
sf5γ	1,150	0,359							0,843	
MH	22,300	23,287								
sf9β	2,013	1,164								0,871
sf9γ	2,275	1,396								0,879
sf9δ	5,188	1,137								-0,879
sf9σ	2,425	1,565								0,894
sf9η	4,950	1,301								-0,908

Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($P < 0.01$). Οι έγχρωμοι αριθμοί δηλώνουν συσχετίσεις ερωτήσεων με την κλίμακα τους και πληρούν το κριτήριο > 0.4 σε απόλυτους αριθμούς.

Έλεγχοι εσωτερικής συνέπειας και διακριτής εγκυρότητας

Σημαντικά υψηλές συσχετίσεις παρατηρούνται (Πίν. 9,10,11) μεταξύ των ερωτήσεων και των κλιμάκων στις οποίες ανήκουν, (έλεγχος εσωτερικής συνέπειας), ικανοποιώντας παράλληλα και το κριτήριο 0,40, αφού όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι υψηλότεροι από την τιμή αυτή. Κατά τον έλεγχο της διακρίνουσας εγκυρότητας (ο συντελεστής συσχέτισης ερώτησης με την υποτιθέμενη κλίμακά της πρέπει να είναι μεγαλύτερος κατά δύο τυπικά σφάλματα) και εφόσον έχει γίνει διόρθωση για επικάλυψη -correction for overlap- (κατά τη συσχέτιση ερώτησης με την κλίμακά της, η ίδια η ερώτηση έχει αφαιρεθεί, παρατηρείται επιτυχία για όλες τις κλίμακες.

Αναφορικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές μέθοδοι, τόσο σε επίπεδο ερώτησης όσο και σε επίπεδο κλίμακας. Οι ερωτήσεις διακρίνονται καλά στις κλίμακες. Ο συντελεστής Cronbach's alpha (Πίν. 13) υπερβαίνει το 0,70 στις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων, αποδεικνύοντας την ετερογένεια και την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων. Επίσης, οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων ήταν πάντα χαμηλότερες από το συντελεστή αξιοπιστίας εκτός μιας συσχέτιση – Ψυχικής υγείας και Ζωτικότητας-, ικανοποιώντας το βασικό κριτήριο(Πίν. 14,15). Παρουσιάστηκαν αναμενόμενες διαφοροποιήσεις με βάση το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση. Οι άνδρες αναφέρουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τις γυναίκες, η ηλικία είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει κυρίως τη Σωματική Λειτουργικότητα (PF) και την Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας, άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζουν κακή υγεία. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να μελετηθούν αυτές οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, κάτι όμως που δεν περιλαμβανόταν στους στόχους της παρούσας έρευνας.

Πίνακας 19: Συσχέτιση Ηλικίας και κλιμάκων υγείας στο Β' Στάδιο της έρευνας

		Ηλικία	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	SF PCS	SF MCS
Ηλικία	Pearson Correlation	1	-,321(**)	,175	,098	,143	,066	,076	,089	,031	,319(**)	-,002

Sig. tailed)	(2-		,004	,120	,388	,205	,559	,504	,431	,782	,004	,985
N		80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στάδιο Β'

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Πίνακας 20: Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	80	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Συντελεστής Cronbach's Alpha

Πίνακας 20: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,934	,947	8

Πίνακας 21: Συντελεστές εσωτερικής συνοχής και συσχέτισης κλιμάκων.

Inter-Item Correlation Matrix

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	,917							
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	,794	,926						
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	,718	,665	,925					
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	,659	,659	,562	,934				
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	,841	,792	,779	,709	,916			
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	,768	,702	,862	,598	,825	,921		
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	,567	,565	,443	,468	,549	,465	,944	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	,836	,745	,775	,654	,952	,837	,511	,918

All the Correlations is significant at the 0.01 level (2-tailed). Οι συντελεστές Cronbach's alpha παρουσιάζονται στη διαγώνιο και έχουν υπολογιστεί ο κάθε ένας χωριστά δεξ πίνακα 2.

Πίνακας 22: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	432,82292	28883,964	,875	,780	,917
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	439,07292	26521,606	,823	,708	,926
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	442,74792	31810,298	,794	,758	,925
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	438,21042	34753,495	,711	,539	,934
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	436,82292	29972,192	,917	,929	,916
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	432,66667	30484,025	,838	,818	,921
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	422,71875	30453,423	,581	,368	,944
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	433,13542	30414,534	,890	,919	,918

Πίνακας 23: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των οκτώ κλιμάκων

Statistics ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΜΕΤΑ									
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N	Valid	80	80	80	80	80	80	80	80
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	64,063	57,813	54,138	58,675	60,063	64,219	74,167	63,750
	Std. Error of Mean	3,556	4,634	2,739	1,826	3,043	3,095	4,150	2,966
	Std. Deviation	31,803	41,452	24,503	16,330	27,218	27,684	37,117	26,528
	Variance	1011,452	1718,256	600,373	266,678	740,819	766,391	1377,637	703,734
	Skewness	-0,381	-0,294	-0,157	-0,337	-0,787	-0,35	-1,138	-0,714
	Std. Error of Skewness	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269
	Kurtosis	0,178	-1,517	-0,779	-0,319	-0,296	-0,8	-0,23	-0,591
	Std. Error of Kurtosis	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532
	Range	100	100	100	70	100	100	100	100
	Minimum	0	0	0	25	0	0	0	0
	Maximum	100	100	100	95	100	100	100	100

Πίνακας 24: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των συνοπτικών κλιμάκων.

		A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
N	Valid	80	80
	Missing	0	0
	Mean	41,05222	47,52811
	Std. Deviation	10,182991	11,543766
	Variance	103,693	133,259
	Skewness	-,451	-,996
	Std. Error of Skewness	,269	,269
	Kurtosis	-1,035	,324
	Std. Error of Kurtosis	,532	,532
	Range	40,588	48,707
	Minimum	17,663	15,133
	Maximum	58,251	63,841

Περιγραφική στατιστική ανάλυση των κλιμάκων

Το μέγιστο εύρος βαθμολογιών 0-100 παρατηρείται σε 7 κλίμακες.

Παρατηρείται θεαματική αύξηση του Μέσου Όρου σε όλες τις κλίμακες Η αρνητική πλέον ασυμμετρία (skewness) είναι ενδεικτική της κατανομής των τιμών προς το θετικό άκρο. Οι περισσότεροι ασθενείς, δηλαδή, δηλώνουν επίπεδο υγείας μεταξύ μέσου όρου και απόλυτα υγιούς.

Πίνακας 25: Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση, Συσχετίσεις Pearson ερωτήσεων -κλιμάκων.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF	64,063	31,803								
sf3α	1,863	0,590	0,766							
sf3β	2,250	0,684	0,805							
sf3γ	2,213	0,774	0,830							
sf3δ	2,088	0,750	0,827							
sf3ε	2,450	0,710	0,860							
sf3στ	1,975	0,636	0,756							
sf3ζ	2,200	0,753	0,835							
sf3η	2,375	0,736	0,843							
sf3θ	2,613	0,606	0,760							
sf3ι	2,788	2,380	0,544							
RP	57,813	41,452								
sf4α	1,638	0,509		0,855						
sf4β	1,575	0,497		0,884						
sf4γ	1,513	0,503		0,747						
sf4δ	1,588	0,495		0,822						
BP	54,138	24,503								
sf7	3,238	1,314			-0,549					
sf8	2,625	1,060			-0,551					
GH	58,675	16,330								
sf1	2,950	0,870				-0,732				
sf11α	3,550	0,794				0,692				
sf11β	2,688	0,789				-0,700				
sf11γ	3,238	0,860				0,776				
sf11δ	2,675	0,854				-0,872				
VT	60,063	27,218								
sf9α	3,100	1,393					-0,922			
sf9ε	3,213	1,548					-0,943			
sf9ζ	4,238	1,452					0,945			
sf9θ	4,088	1,434					0,926			
SF	64,219	27,684								
sf6	2,500	1,191						-0,934		
sf10	3,638	1,183						0,933		
RE	74,167	37,117								
sf5α	1,800	0,403							0,864	
sf5β	1,750	0,436							0,874	
sf5γ	1,675	0,471							0,816	
MH	63,750	26,528								
sf9β	4,088	1,380								0,926
sf9γ	4,338	1,432								0,936
sf9δ	3,100	1,428								-0,939
sf9στ	4,600	1,411								0,923
sf9η	2,988	1,454								-0,944

Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($P < 0.01$). Οι έγχρωμοι αριθμοί δηλώνουν συσχετίσεις ερωτήσεων με την κλίμακα τους και πληρούν το κριτήριο > 0.4 σε απόλυτους αριθμούς.

Έλεγχοι εσωτερικής συνέπειας και διακριτής εγκυρότητας

Σημαντικά υψηλές συσχετίσεις παρατηρούνται (πίν. 4) μεταξύ των ερωτήσεων και των κλιμάκων στις οποίες ανήκουν, (έλεγχος εσωτερικής συνέπειας), ικανοποιώντας παράλληλα και το κριτήριο 0,40, αφού όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι υψηλότεροι από την τιμή αυτή.

Κατά τον έλεγχο της διακρίνουσας εγκυρότητας (ο συντελεστής συσχέτισης ερώτησης με την υποτιθέμενη κλίμακά της πρέπει να είναι μεγαλύτερος κατά δύο τυπικά σφάλματα) και εφόσον έχει γίνει διόρθωση για επικάλυψη -correction for overlap- (κατά τη συσχέτιση ερώτησης με την κλίμακά της, η ίδια η ερώτηση έχει αφαιρεθεί, παρατηρείται επιτυχία για όλες τις κλίμακες.

Αναφορικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές μέθοδοι, τόσο σε επίπεδο ερώτησης όσο και σε επίπεδο κλίμακας. Οι ερωτήσεις διακρίνονται καλά στις κλίμακες.

Ο συντελεστής Cronbach's alpha υπερβαίνει το 0,70 στις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων, αποδεικνύοντας την ετερογένεια και την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων.

Επίσης, οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων ήταν πάντα χαμηλότερες από το συντελεστή αξιοπιστίας εκτός μιας συσχέτιση – Ψυχικής υγείας και Ζωτικότητας-, ικανοποιώντας το βασικό κριτήριο.

Παρουσιάστηκαν αναμενόμενες διαφοροποιήσεις με βάση το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση. Οι άνδρες αναφέρουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τις γυναίκες, η ηλικία είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει όλες τις κλίμακες υγείας. Είναι σαφές ότι τα νεότερα άτομα αναφέρουν μεγαλύτερη βελτίωση στην υγεία τους.

Πίνακας 26: Συσχέτιση Ηλικίας και κλιμάκων υγείας στο Β' Στάδιο της έρευνας

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Ηλικία
Ηλικία	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Pearson Correlation	,679(**)	,665(**)	,568(**)	,739(**)	,654(**)	,594(**)	,382(**)	,603(**)	
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στάδιο Γ'

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Πίνακας 27: Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded (a)	0	,0
	Total	80	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Πίνακας 27: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,958	,967	8

Πίνακας 28: Inter-Item Correlation Matrix

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	,947							
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	,880	,958						
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	,822	,772	,952					
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	,824	,732	,767	,955				
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	,896	,809	,907	,821	,947			
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	,803	,754	,876	,736	,873	,952		
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	,711	,663	,584	,637	,712	,619	,962	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	,865	,785	,886	,781	,946	,874	,701	,948

Πίνακας 29: Item-Total Statistics

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	489,47292	30534,274	,928	,886	,947
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	496,34792	27992,125	,852	,787	,958
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	502,41042	33306,739	,880	,867	,952
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	500,03542	33933,018	,831	,718	,955
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	497,59792	31531,476	,946	,936	,947
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	494,31667	33059,288	,867	,816	,952
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	479,05625	31408,449	,720	,579	,962
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	492,07292	32099,664	,923	,908	,948

Πίνακας 30: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των οκτώ κλιμάκων

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
N	Valid	80	80	80	80	80	80	80
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		75	68,13	62,06	64,44	66,88	70,16	85,42
Std. Deviation		30,105	40,561	22,938	22,130	26,665	23,990	33,896
Variance		906,329	1645,174	526,135	489,743	710,997	575,529	652,395
Skewness		-1,243	-0,726	-0,259	-0,719	-1,008	-0,331	-2,063
Std. Error of Skewness		0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269	0,269
Kurtosis		0,274	-1,2	-1,043	-0,027	0,068	-1,04	2,501
Std. Error of Kurtosis		0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532	0,532
Range		100	100	78	95	100	75	100
Minimum		0	0	22	5	0	25	0
Maximum		100	100	100	100	100	100	100

Πίνακας 31: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των συνοπτικών κλιμάκων

	A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
N	Valid	80
	Missing	0
Mean		44,29046
Std. Deviation		10,790477
Variance		116,434
Skewness		-,861
Std. Error of Skewness		,269
Kurtosis		-,461
Std. Error of Kurtosis		,532
Range		39,627
Minimum		18,245
Maximum		57,872

Περιγραφική στατιστική ανάλυση των κλιμάκων

Το μέγιστο εύρος βαθμολογιών 0-100 παρατηρείται σε όλες τις κλίμακες. Παρατηρείται θεαματική αύξηση του Μέσου Όρου σε όλες τις κλίμακες.(Πιν 30). Η αρνητική πλέον ασυμμετρία (skewness)(Πιν. 30,31) είναι ενδεικτική της κατανομής των τιμών προς το θετικό άκρο. Οι περισσότεροι ασθενείς, δηλαδή, δηλώνουν επίπεδο υγείας μεταξύ μέσου όρου και απόλυτα υγιούς.

Στη συνοπτική κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Πιν. 31) ξεπέρασε τον Μ.Ο. του 50 (προσαρμοσμένος στο Μ.Ο. του Αμερικάνικου πληθυσμού ΗΠΑ).

Πίνακας 32: Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση, Συσχετίσεις Pearson ερωτήσεων -κλιμάκων.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF	75,000	30,105								
sf3α	2,213	0,724	0,839							
sf3β	2,625	0,663	0,913							
sf3γ	2,450	0,710	0,897							
sf3δ	2,300	0,753	0,902							
sf3ε	2,650	0,638	0,922							
sf3στ	2,300	0,736	0,877							
sf3ζ	2,475	0,779	0,934							
sf3η	2,538	0,745	0,931							
sf3θ	2,788	0,469	0,874							
sf3ι	2,663	0,526	0,811							
RP	68,125	40,561								
sf4α	1,688	0,466		0,822						
sf4β	1,675	0,471		0,891						
sf4γ	1,688	0,466		0,872						
sf4δ	1,675	0,471		0,875						
BP	62,063	22,938								
sf7	2,813	1,213			-0,970					
sf8	2,300	0,986			-0,954					
GH	64,438	22,130								
sf1	2,738	0,838				-0,732				
sf11α	3,713	1,081				0,856				
sf11β	2,475	1,031				-0,778				
sf11γ	3,638	1,128				0,866				
sf11δ	2,550	1,146				-0,912				
VT	66,875	26,665								
sf9α	2,650	1,360					-0,910			
sf9ε	2,850	1,468					-0,957			
sf9ζ	4,538	1,492					0,957			
sf9θ	4,338	1,340					0,942			
SF	70,156	23,990								
sf6	2,225	1,043						-0,949		
sf10	3,838	0,987						0,942		
RE	85,417	33,896								
sf5α	1,850	0,359							0,961	
sf5β	1,850	0,359							0,961	
sf5γ	1,863	0,347							0,941	
MH	72,400	25,542								
sf9β	1,850	0,359								0,929
sf9γ	1,850	0,359								0,953
sf9δ	1,863	0,347								-0,923
sf9στ	1,850	0,359								0,933
sf9η	1,850	0,359								-0,896

Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($P < 0.01$). Οι έγχρωμοι αριθμοί δηλώνουν συσχετίσεις ερωτήσεων με την κλίμακα τους και πληρούν το κριτήριο > 0.4 σε απόλυτους αριθμούς.

Έλεγχοι εσωτερικής συνέπειας και διακριτής εγκυρότητας

Πάρα πολύ υψηλές συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ των ερωτήσεων και των κλιμάκων στις οποίες ανήκουν, (έλεγχος εσωτερικής συνέπειας), ικανοποιώντας παράλληλα και το κριτήριο 0,40, αφού όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι υψηλότεροι από την τιμή αυτή. Κατά τον έλεγχο της διακρίνουσας εγκυρότητας (ο συντελεστής συσχέτισης ερώτησης με την υποτιθέμενη κλίμακά της πρέπει να είναι μεγαλύτερος κατά δύο τυπικά σφάλματα) και εφόσον έχει γίνει διόρθωση για επικάλυψη -correction for overlap- (κατά τη συσχέτιση ερώτησης με την κλίμακά της, η ίδια η ερώτηση έχει αφαιρεθεί, παρατηρείται επιτυχία για όλες τις κλίμακες.

Αναφορικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές μέθοδοι, τόσο σε επίπεδο ερώτησης όσο και σε επίπεδο κλίμακας. Οι ερωτήσεις διακρίνονται καλά στις κλίμακες. Ο συντελεστής Cronbach's alpha υπερβαίνει το 0,70 στις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων, αποδεικνύοντας την ετερογένεια και την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων. Επίσης, οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων ήταν πάντα χαμηλότερες από το συντελεστή αξιοπιστίας, ικανοποιώντας το βασικό κριτήριο. Παρουσιάστηκαν αναμενόμενες διαφοροποιήσεις με βάση το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση. Οι άνδρες αναφέρουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τις γυναίκες, η ηλικία είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει όλες τις κλίμακες υγείας. Είναι σαφές ότι τα νεότερα άτομα αναφέρουν μεγαλύτερη βελτίωση στην υγεία τους.

Πίνακας 32

		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Ηλικία
Ηλικία	Pearson Correlation	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Sig. (2-tailed)	,727(**)	,640(**)	,731(**)	,740(**)	,712(**)	,672(**)	,461(**)	,676(**)	
	N	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
		80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Τρόπος βαθμολόγησης – εξαγωγή του σκορ

Η βαθμολογία των απαντήσεων κυμαίνεται σε μία κλίμακα 0-100. Όταν οι πιθανές απαντήσεις σε μία ερώτηση είναι δύο, η μία βαθμολογείται με 0 και η άλλη με 100. Όταν οι απαντήσεις είναι τρεις η βαθμολογίες είναι 0, 50 και 100, ενώ όταν οι απαντήσεις είναι πέντε οι βαθμολογίες είναι 0, 25, 50, 75 και 100 και ούτω καθεξής.

Η βαθμολογία που δίνεται σε κάθε απάντηση εξαρτάται από το είδος της ερώτησης. Έτσι σε ερωτήσεις που οι απαντήσεις τους έχουν αρνητικό χαρακτήρα για την υγεία, η βαθμολόγηση ξεκινά από 0 και φθάνει στο 100.

Παράδειγμα μιας τέτοιας βαθμολόγησης έχουμε στην ερώτηση 10.

Ερώτηση 10. Την τελευταία βδομάδα, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κ.λ.π.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Συνεχώς.....	1
Το μεγαλύτερο διάστημα.....	2
Μερικές φορές.....	3
Μικρό διάστημα.....	4
Καθόλου.....	5

Οι απαντήσεις 1, 2, 3, 4 και 5 βαθμολογούνται αντίστοιχα με 0, 25, 50, 75 και 100.

Αντιθέτως, όταν οι απαντήσεις των ερωτήσεων έχουν θετικό χαρακτήρα για την υγεία, τότε η βαθμολόγηση ξεκινά από 100 και καταλήγει στο 0. Παράδειγμα μιας τέτοιας βαθμολόγησης έχουμε στην ερώτηση 8.

Ερώτηση 8. Την τελευταία βδομάδα, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

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

Οι απαντήσεις 1, 2, 3, 4 και 5 βαθμολογούνται αντίστοιχα με 100, 75, 50, 25 και 0.
Πίνακας 33: Αναλυτική απεικόνιση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου SF 36 σε σχέση με την βαθμολογική κλίμακα.

Σκορ απαντήσεων			
Ερωτήσεις	1	2	3
3Α,3Β,3Γ,3Δ,3Ε,3ΣΤ,3Ζ,3Η,3Θ,3Ι	0	50	100

Πηγή: Mark et al, 2002

Πίνακας 34: Αναλυτική απεικόνιση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου sf36 σε σχέση με την βαθμολογική κλίμακα.

Σκορ απαντήσεων					
Ερωτήσεις	1	2	3	4	5
7, 4Α,4Β,4Γ,4Δ,5Α,5Β,5Γ,9Β,9ΣΤ,9Ζ,9Θ,10,11Α,11Γ	0	25	50	75	100

Πηγή: Mark et al, 2002

Πίνακας 35: Αναλυτική απεικόνιση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου sf36 σε σχέση με την βαθμολογική κλίμακα.

Σκορ απαντήσεων					
Ερωτήσεις	1	2	3	4	5
1,2,6,8,9Α,9Δ,9Ε,9Η,11Β,11Δ	100	75	50	25	0

Πηγή: Mark et al, 2002

Μαθηματικός τύπος εξαγωγής του σκορ, κάθε κλίμακας του SF-36

Η αξιολόγηση των κλιμάκων του SF-36 και η εξαγωγή των σκορ γίνεται με τους μαθηματικούς τύπους που ακολουθούν, αφού πραγματοποιηθεί η επανακωδικοποίηση των sf1r, sf6r, sf7r, sf8r, sf9ar, sf9dr, sf9er, sf9hr, sf11br, sf11dr.

- Κλίμακα Φυσικής Λειτουργίας (Physical Functioning, PF) = $((sf3\alpha + sf3\beta + sf3\gamma + sf3\delta + sf3\epsilon + sf3\sigma\tau + sf3\zeta + sf3\eta + sf3\theta + sf3\iota) - 10) / (30 - 10) * 100$.
- Κλίμακα Φυσικού Ρόλου (Role Physical, RP) = $((sf4\alpha + sf4\beta + sf4\gamma + sf4\delta) - 4) / (8 - 4) * 100$.
- Κλίμακα Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP) = $((sf7r + sf8r) - 2) / (12 - 2) * 100$.
- Κλίμακα Γενικής Υγείας (General Health, GH) = $((sf11\alpha + sf11\beta r + sf11\gamma + sf11\delta r + sf1r) - 5) / (25 - 5) * 100$.

- Κλίμακα Ζωτικότητας (Vitality, VT) = $((sf9ar + sf9er + sf9ζ + sf9θ) - 4) / (24 - 4) * 100$.
- Κλίμακα Κοινωνικής Λειτουργίας (Social Functioning, SF) = $((sf6r + sf10) - 2) / (10 - 2) * 100$.
- Κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE) = $((sf5α + sf5β + sf5γ) - 3) / (6 - 3) * 100$.
- Διανοητική υγεία (Mental Health, MH) = $((sf9β + sf9γ + sf9δr + sf9στ + sf9ηr) - 5) / (30 - 5) * 100$

Αλγόριθμος υπολογισμού Συνοπτικών Δεικτών (SPSS syntax)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ' .

ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ' .

*****ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ***.**

*do if not missing(SF_1) and not missing (SF_2) and not missing(SF_3) and not missing(SF_4)

* and not missing(SF_5) and not missing(SF_6) and not missing(SF_7) and not missing(SF_8).

*compute SF_SP = (SF_1 * 0.504 + SF_2 * 0.384 + SF_3 * 0.279 + SF_4 * 0.328 + SF_5 * 0.017

* - SF_6 * 0.051 - SF_7 * 0.160 - SF_8 * 0.345+ 55.6) / 206.8 * 100.

*compute SF_SM = (-SF_1 * 0.298 - SF_2 * 0.176 - SF_3 * 0.079 - SF_4 * 0.107 + SF_5 * 0.236

* + SF_6 * 0.302 + SF_7 * 0.392 + SF_8 * 0.584+66)/217.4*100.

*end if.

*variable labels SF_SP 'A. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ'.

*variable labels SF_SM 'B. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ'.

execute.

do if not missing(SF_1).

compute PF_Z = (SF_1-84.52404)/22.89490.

end if.

do if not missing(SF_2).

compute RP_Z = (SF_2 - 81.19907)/33.79729.

end if.

do if not missing(SF_3).

compute BP_Z = (SF_3 - 75.49196)/23.55879.

end if.

do if not missing(SF_4).

compute GH_Z = (SF_4 - 72.21316)/20.16964.

end if.

do if not missing(SF_5).

compute VT_Z=(SF_5-61.05453)/20.86942.

end if.

do if not missing(SF_6).

compute SF_Z = (SF_6 - 83.59753)/22.37642.

end if.

do if not missing(SF_7).

compute RE_Z = (SF_7 - 81.29467)/33.02717.

end if.

do if not missing(SF_8).

compute MH_Z = (SF_8 - 74.84212)/18.01189.

end if.

execute.

do if NVALID(PF_Z, RP_Z, BP_Z, GH_Z, VT_Z, SF_Z,RE_Z, MH_Z) = 8.

compute AGG_PHYS= PF_Z * 0.42402 + RP_Z * 0.35119 + BP_Z * 0.31754

```

+ GH_Z * 0.24954 + VT_Z * 0.02877 - SF_Z * 0.00753 - RE_Z * 0.19206 - MH_Z
* 0.22069.
compute AGG_MENT= - PF_Z * 0.22999 - RP_Z * 0.12329 - BP_Z * 0.09731
- GH_Z * 0.01571 + VT_Z * 0.23534 + SF_Z * 0.26876 + RE_Z * 0.43407 + MH_Z
* 0.48581.
else.
compute AGG_PHYS=999.
compute AGG_MENT=999.
end if.
recode AGG_PHYS (999=SYSMIS).
recode AGG_MENT (999=SYSMIS).
do if not missing(AGG_PHYS).
compute SF_PCS = 50 + AGG_PHYS * 10.
end if.
do if not missing(AGG_MENT).
compute SF_MCS = 50 + AGG_MENT * 10.
end if.
variable labels SF_PCS 'Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ'.
variable labels SF_MCS 'Β. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ'.
execute.

```


ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

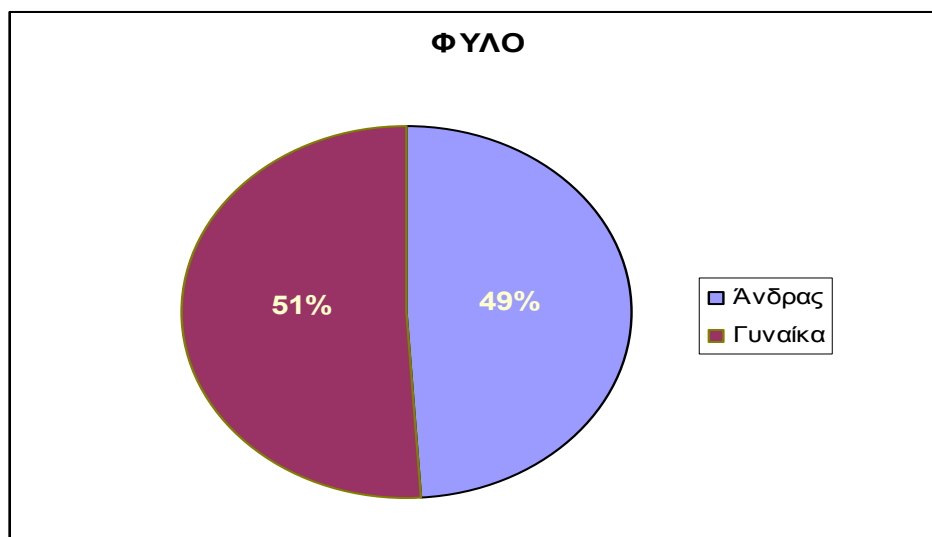
Πίνακες & Γραφήματα δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος

Πίνακας 36: Φύλο δείγματος

Gender 1: Άνδρας 2: Γυναίκα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνδρας	39	48,8	48,8	48,8
	Γυναίκα	41	51,3	51,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

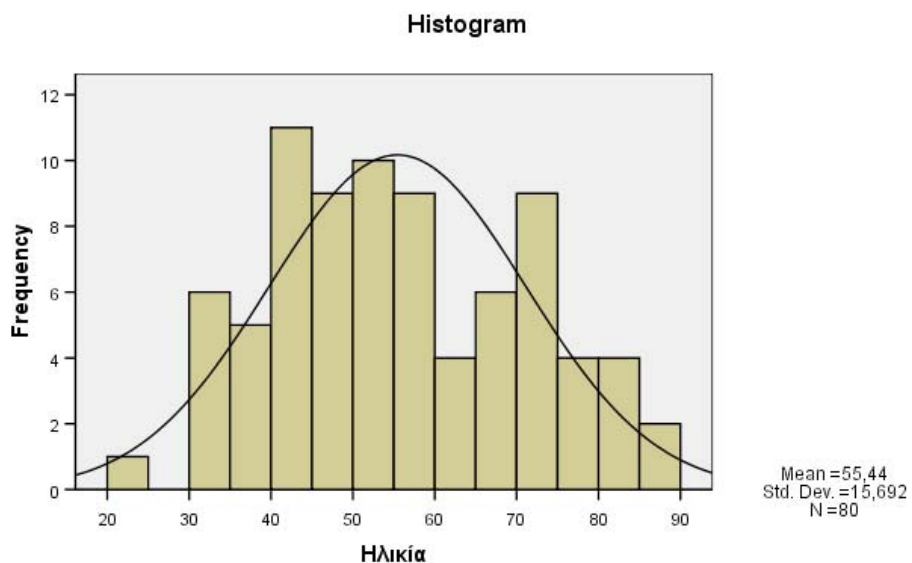
Γράφημα 10: Κατανομή φύλου του δείγματος



Πίνακας 37: Ηλικία ασθενών δείγματος

N	Valid	80
	Missing	0
Mean		55,44
Std. Error of Mean		1,754
Std. Deviation		15,692
Variance		246,249
Skewness		,260
Std. Error of Skewness		,269
Kurtosis		-,833
Std. Error of Kurtosis		,532
Range		66
Minimum		23
Maximum		89

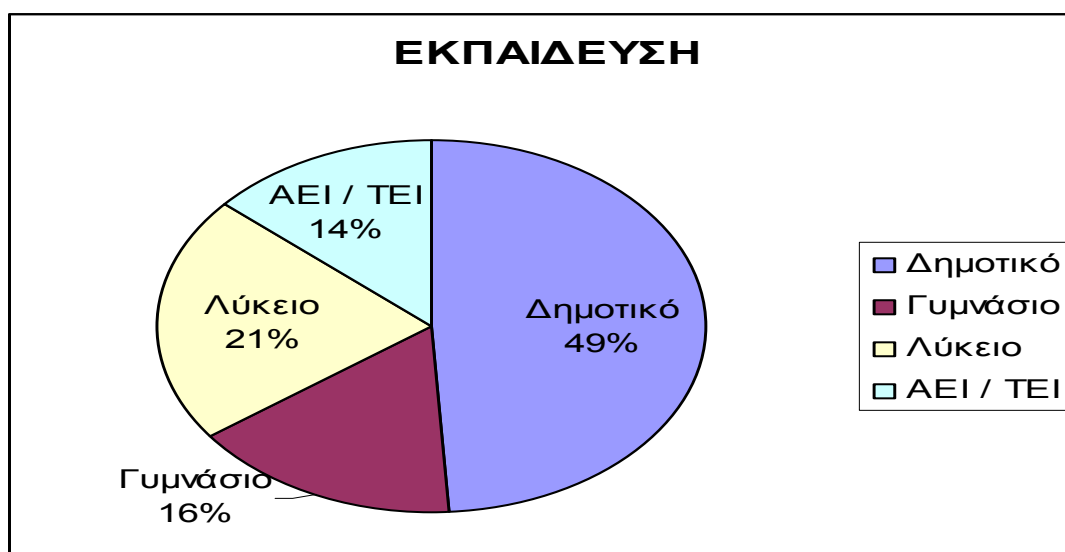
Γράφημα 11: Ιστόγραμμα ηλικίας δείγματος ασθενών



Πίνακας 38: Επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος

	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Valid Δημοτικό	39	48,8	48,8	48,8
Γυμνάσιο	13	16,3	16,3	65,0
Λύκειο	17	21,3	21,3	86,3
ΑΕΙ / ΤΕΙ	11	13,8	13,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0	100,0	

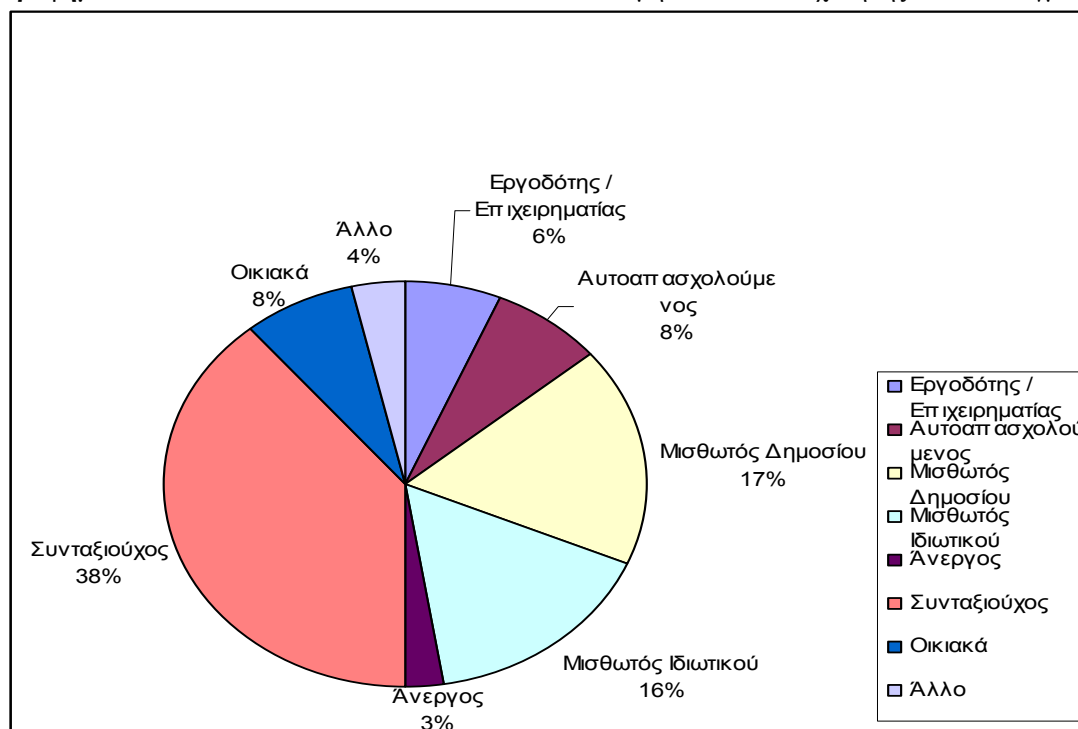
Γράφημα 12: Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος



Πίνακας 39: Απασχόληση δείγματος ασθενών

	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent %
Valid Εργοδότης / Επιχειρηματίας	5	6,3	6,3	6,3
Αυτοαπασχολούμενος	6	7,5	7,5	13,8
Μισθωτός Δημοσίου	14	17,5	17,5	31,3
Μισθωτός Ιδιωτικού	13	16,3	16,3	47,5
Άνεργος	2	2,5	2,5	50,0
Συνταξιούχος	31	38,8	38,8	88,8
Οικιακά	6	7,5	7,5	96,3
Άλλο	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

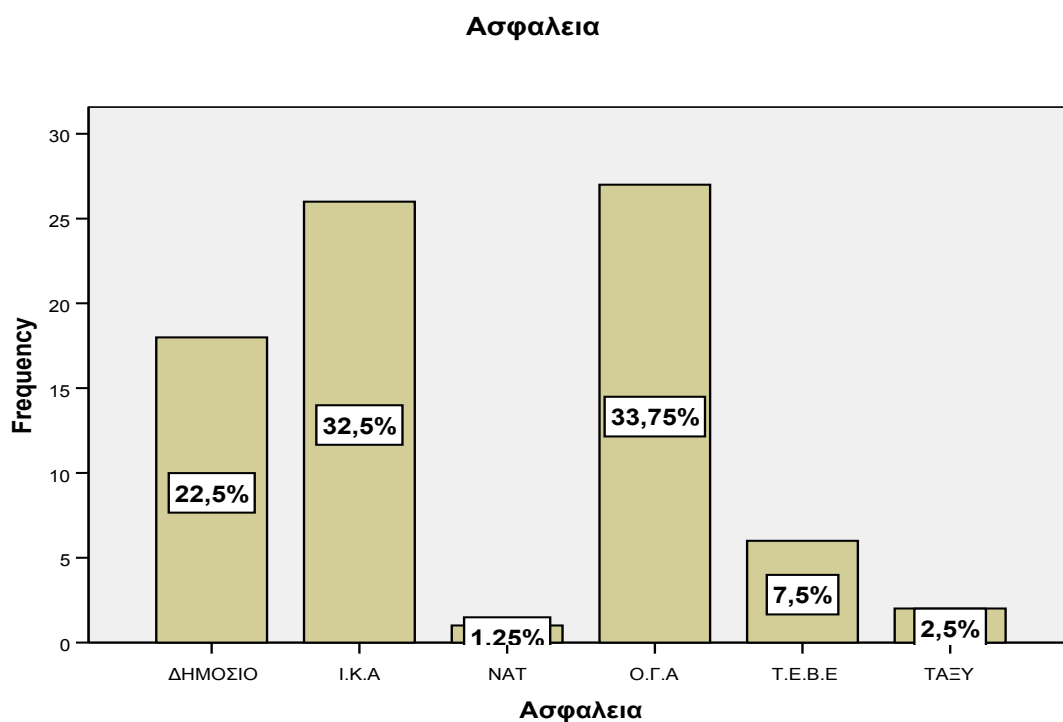
Γράφημα 13: Ποσοστιαία κατανομή απασχόλησης δείγματος



Πίνακας 40: Ασφαλιστικό Ταμείο Δείγματος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΜΟΣΙΟ	18	22,5	22,5	22,5
I.K.A	26	32,5	32,5	55,0
NAT	1	1,3	1,3	56,3
O.G.A	27	33,8	33,8	90,0
T.E.B.E	6	7,5	7,5	97,5
ΤΑΕΥ	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Γράφημα 14: Ποσοστιαία κατανομή απασχόλησης δείγματος



Πίνακας 41: Ύπαρξη Ιδιωτικής Ασφάλισης Δείγματος ασθενών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	14	17,5	17,5	17,5
	OXI	66	82,5	82,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Γράφημα 15: Κατανομή ύπαρξης Ιδιωτικής Ασφάλισης Δείγματος ασθενών

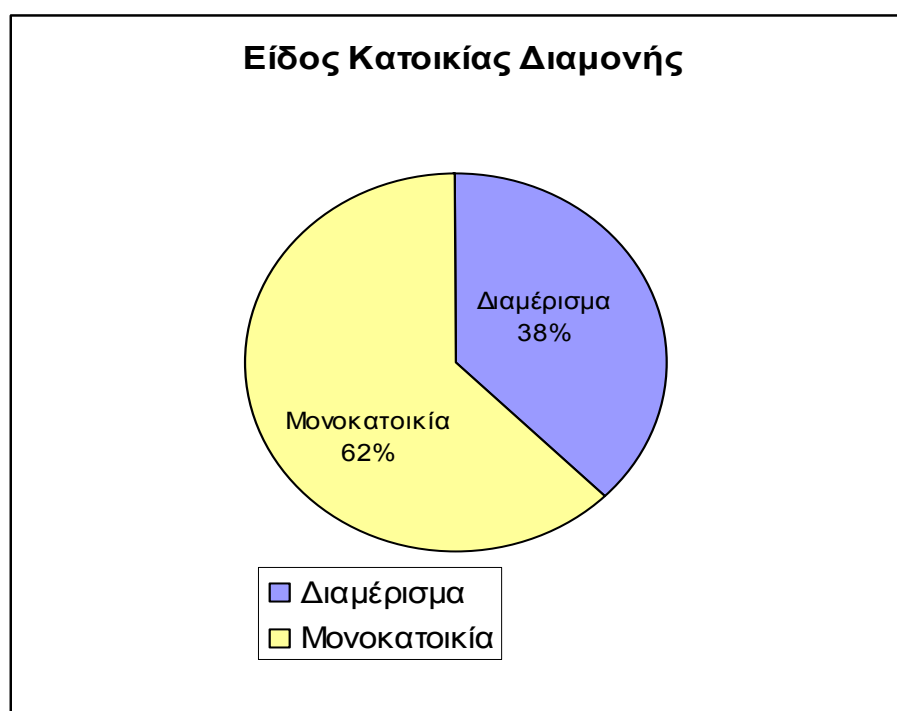


Κατοικία Διαμονής Δείγματος Ασθενών

Πίνακας 42: Είδος Κατοικίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διαμέρισμα	30	37,5	37,5	37,5
Μονοκατοικία	50	62,5	62,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Γράφημα 16: Κατανομή ύπαρξης Ιδιωτικής Ασφάλισης Δείγματος ασθενών



Ιδιοκτησιακό καθεστώς κατοικίας διαμονής

Πίνακας 43: Ιδιοκτησιακό καθεστώς κατοικίας διαμονής

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ιδιόκτητη	55	68,8	68,8	68,8
Ενοικιζόμενη	19	23,8	23,8	92,5
Δωρεάν Παραχώρηση	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Γράφημα 17: Ιδιοκτησιακό καθεστώς κατοικίας διαμονής

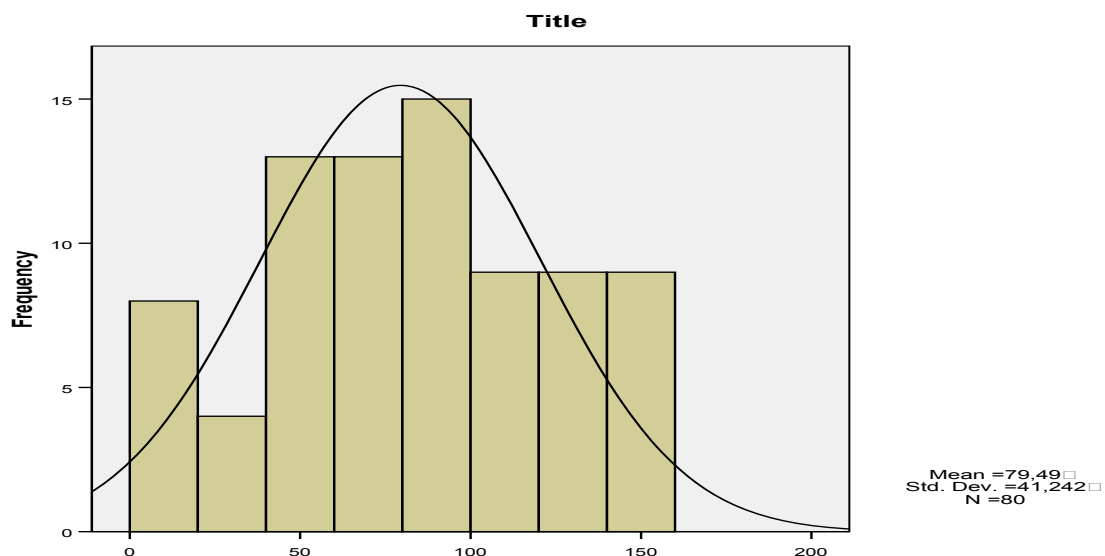


Μέγεθος κατοικίας σε τετραγωνικά μέτρα

Πίνακας 44: Μέγεθος κατοικίας σε τετραγωνικά μέτρα

N	Valid	80
	Missing	0
Mean		79,49
Std. Deviation		41,242
Variance		1700,886
Skewness		,121
Std. Error of Skewness		,269
Kurtosis		-,547
Std. Error of Kurtosis		,532
Range		151
Minimum		9
Maximum		160

Γράφημα 18: Μέγεθος κατοικίας σε τετραγωνικά μέτρα - Ιστόγραμμα



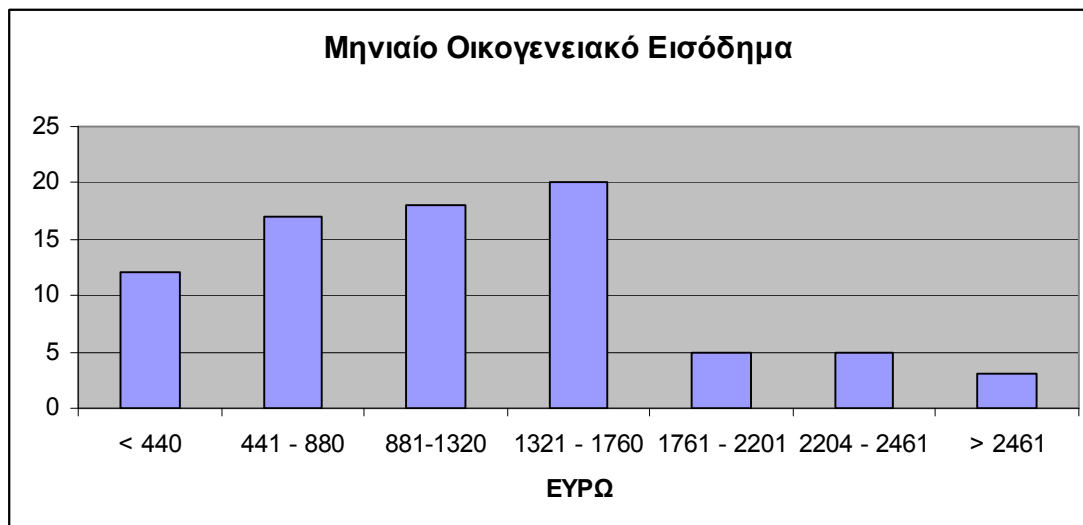
Μηνιαίο Οικογενειακό εισόδημα δείγματος ασθενών

Πίνακας 45: Μηνιαίες Οικογενειακές οικονομικές απολαβές

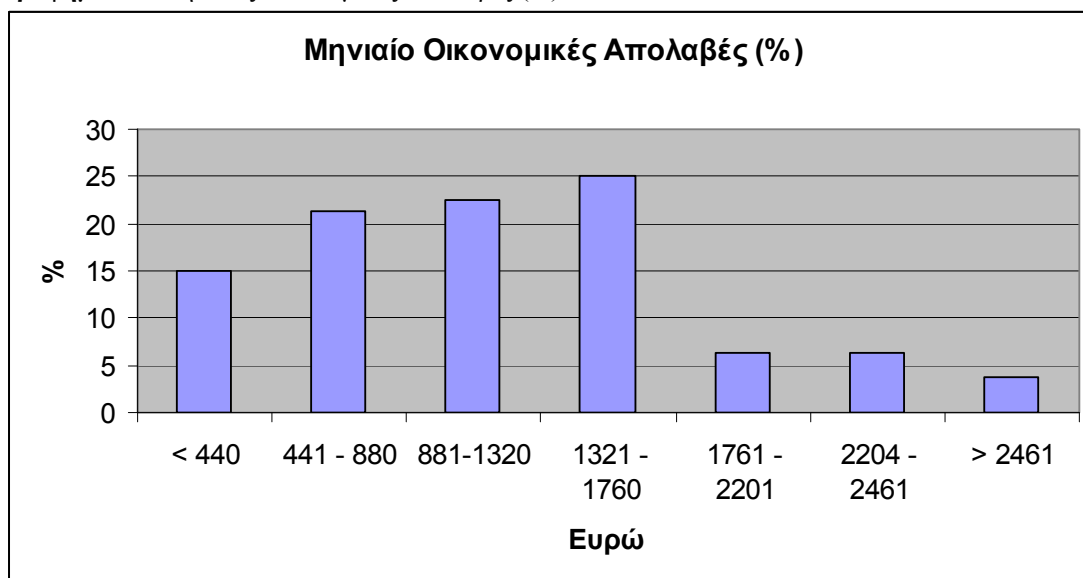
N	Valid	80
	Missing	0
Mean		3,20
Std. Deviation		1,570
Variance		2,466
Skewness		,525
Std. Error of Skewness		,269
Kurtosis		-,175
Std. Error of Kurtosis		,532
Range		6
Minimum		1
Maximum		7

Πίνακας 45: Κατανομή οικονομικών απολαβών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 440	12	15,0	15,0	15,0
441 - 880	17	21,3	21,3	36,3
881-1320	18	22,5	22,5	58,8
1321 - 1760	20	25,0	25,0	83,8
1761 - 2201	5	6,3	6,3	90,0
2204 - 2461	5	6,3	6,3	96,3
> 2461	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	



Γράφημα 20: Μηνιαίες Οικονομικές Απολαβές (%)

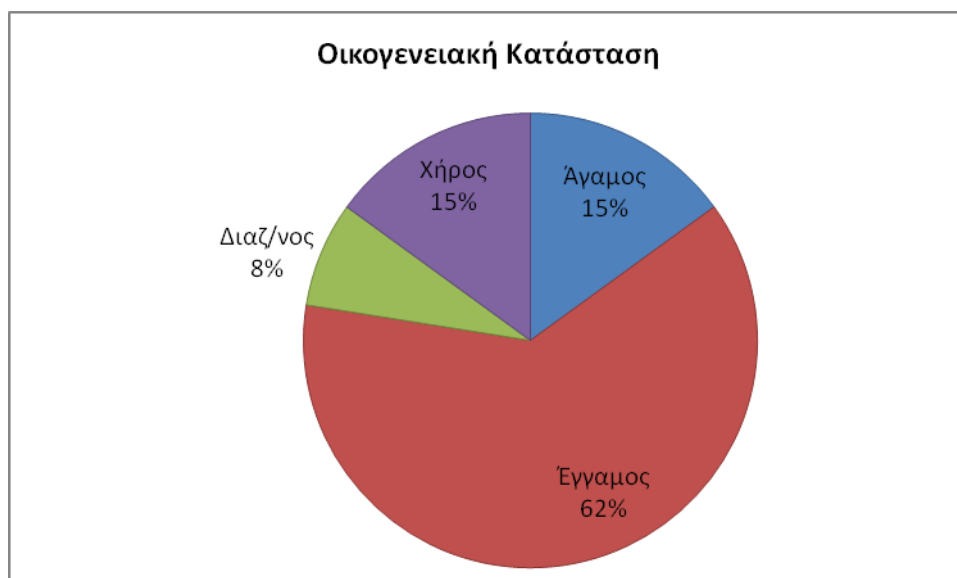


Οικογενειακή Κατάσταση δείγματος

Πίνακας 46: Οικογενειακή Κατάσταση δείγματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος	12	15,0	15,0	15,0
	Έγγαμος	50	62,5	62,5	77,5
	Διαζ/νος	6	7,5	7,5	85,0
	Χήρος	12	15,0	15,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Γράφημα 21: Οικογενειακή Κατάσταση δείγματος

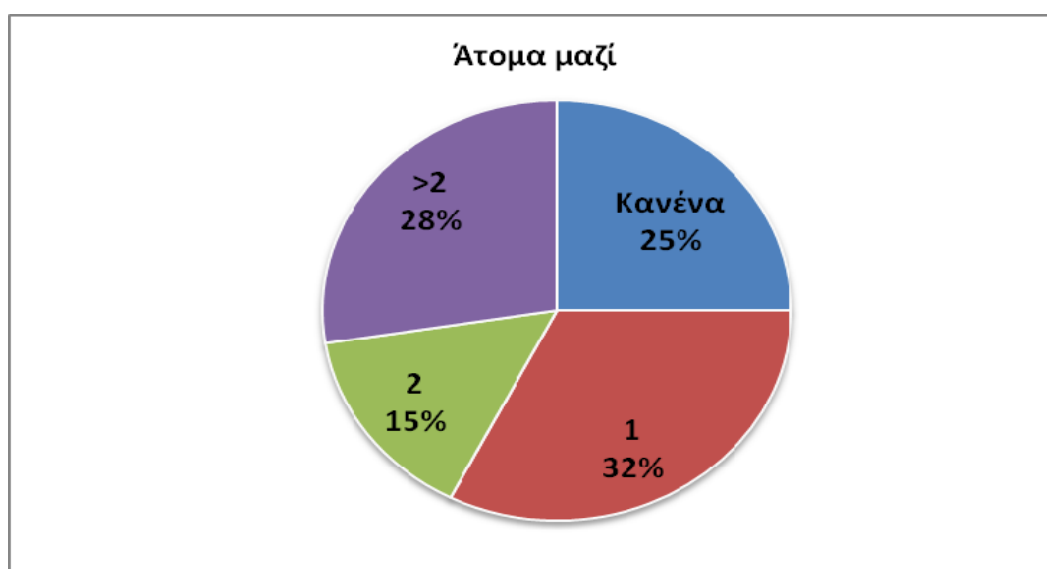


Άτομα που ζούν μαζί με το δείγμα

Πίνακας 47: Άτομα που ζούν μαζί με το δείγμα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κανένα	20	25,0	25,0	25,0
1	26	32,5	32,5	57,5
2	12	15,0	15,0	72,5
Περισσότερα	22	27,5	27,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Γράφημα 22: Άτομα που ζούν μαζί με το δείγμα



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV.

Στατιστικά στοιχεία απαντήσεων ερωτήσεων

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Πίνακας 48: Ηλικία Δ.1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	1	1,3	1,3	1,3
	30	1	1,3	1,3	2,5
	31	1	1,3	1,3	3,8
	32	2	2,5	2,5	6,3
	34	2	2,5	2,5	8,8
	37	1	1,3	1,3	10,0
	38	3	3,8	3,8	13,8
	39	1	1,3	1,3	15,0
	40	3	3,8	3,8	18,8
	41	2	2,5	2,5	21,3
	42	2	2,5	2,5	23,8
	43	1	1,3	1,3	25,0
	44	3	3,8	3,8	28,8
	45	2	2,5	2,5	31,3
	46	1	1,3	1,3	32,5
	47	1	1,3	1,3	33,8
	48	3	3,8	3,8	37,5
	49	2	2,5	2,5	40,0
	50	5	6,3	6,3	46,3
	51	3	3,8	3,8	50,0
	52	1	1,3	1,3	51,3
	53	1	1,3	1,3	52,5
	55	1	1,3	1,3	53,8
	56	2	2,5	2,5	56,3
	57	1	1,3	1,3	57,5
	58	3	3,8	3,8	61,3
	59	2	2,5	2,5	63,8
	60	2	2,5	2,5	66,3
	61	1	1,3	1,3	67,5
	63	1	1,3	1,3	68,8
	66	1	1,3	1,3	70,0
	68	2	2,5	2,5	72,5
	69	3	3,8	3,8	76,3
	70	1	1,3	1,3	77,5
	71	3	3,8	3,8	81,3
	72	1	1,3	1,3	82,5
	73	1	1,3	1,3	83,8
	74	3	3,8	3,8	87,5
	75	1	1,3	1,3	88,8
	77	1	1,3	1,3	90,0
	79	2	2,5	2,5	92,5

82	3	3,8	3,8	96,3
84	1	1,3	1,3	97,5
87	1	1,3	1,3	98,8
89	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 49: Φύλο 1: Άνδρας 2: Γυναίκα Δ.2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	39	48,8	48,8	48,8
2	41	51,3	51,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 50: Εκπαίδευση Δ.3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	39	48,8	48,8	48,8
2	13	16,3	16,3	65,0
3	17	21,3	21,3	86,3
4	11	13,8	13,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 51: Οικογενειακή Κατάσταση Δ.4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	15,0	15,0	15,0
2	50	62,5	62,5	77,5
3	6	7,5	7,5	85,0
4	12	15,0	15,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 52: Άτομα που ζουν μαζί Δ.5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	20	25,0	25,0	25,0
2	26	32,5	32,5	57,5
3	12	15,0	15,0	72,5
4	22	27,5	27,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 53: Απασχόληση Δ.6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	6,3	6,3	6,3
2	6	7,5	7,5	13,8

4	14	17,5	17,5	31,3
5	13	16,3	16,3	47,5
6	2	2,5	2,5	50,0
7	31	38,8	38,8	88,8
8	6	7,5	7,5	96,3
12	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 54: Ασφαλιστικό Ταμείο Δ.7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΜΟΣΙΟ	18	22,5	22,5	22,5
	I.K.A	26	32,5	32,5	55,0
	NAT	1	1,3	1,3	56,3
	O.Γ.Α	27	33,8	33,8	90,0
	T.E.B.E	6	7,5	7,5	97,5
	ΤΑΞΥ	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 55: Ιδιωτική Ασφάλιση Δ.8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	14	17,5	17,5	17,5
	2	66	82,5	82,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 56: Είδος Κατοικίας Δ.9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	30	37,5	37,5	37,5
	2	50	62,5	62,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 57: Καθεστώς ιδιοκτησίας Δ.10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	55	68,8	68,8	68,8
	2	19	23,8	23,8	92,5
	3	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 58: Εμβαδόν Κατοικίας Δ.11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	8	10,0	10,0	10,0
	30	4	5,0	5,0	15,0
	40	3	3,8	3,8	18,8
	45	2	2,5	2,5	21,3
	50	6	7,5	7,5	28,8
	54	1	1,3	1,3	30,0
	55	1	1,3	1,3	31,3
	60	3	3,8	3,8	35,0
	70	5	6,3	6,3	41,3
	75	4	5,0	5,0	46,3
	76	1	1,3	1,3	47,5
	80	9	11,3	11,3	58,8
	85	1	1,3	1,3	60,0
	90	2	2,5	2,5	62,5
	92	1	1,3	1,3	63,8
	95	2	2,5	2,5	66,3
	100	7	8,8	8,8	75,0
	104	1	1,3	1,3	76,3
	110	1	1,3	1,3	77,5
	120	8	10,0	10,0	87,5
	125	1	1,3	1,3	88,8
	140	2	2,5	2,5	91,3
	150	2	2,5	2,5	93,8
	156	1	1,3	1,3	95,0
	160	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 59: Μηνιαίο Οικονομικό Εισόδημα Δ.12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	15,0	15,0	15,0
	2	17	21,3	21,3	36,3
	3	18	22,5	22,5	58,8
	4	20	25,0	25,0	83,8
	5	5	6,3	6,3	90,0
	6	5	6,3	6,3	96,3
	7	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

B. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ SF 36

Πίνακας 60: sf1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3	1,3
2	6	7,5	7,5	8,8
3	20	25,0	25,0	33,8
4	43	53,8	53,8	87,5
5	10	12,5	12,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 61: sf2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	2,5	2,5	2,5
2	13	16,3	16,3	18,8
3	23	28,8	28,8	47,5
4	24	30,0	30,0	77,5
5	18	22,5	22,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 62: sf3α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	73	91,3	91,3	91,3
2	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 63: sf3β

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	39	48,8	48,8	48,8
2	38	47,5	47,5	96,3
3	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 64: sf3γ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	45	56,3	56,3	56,3
2	30	37,5	37,5	93,8
3	5	6,3	6,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 65: sf3δ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	53	66,3	66,3	66,3
	2	24	30,0	30,0	96,3
	3	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 66: sf3ε

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	33	41,3	41,3	41,3
	2	41	51,3	51,3	92,5
	3	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 67: sf3στ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	63	78,8	78,8	78,8
	2	17	21,3	21,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 68: sf3ζ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	49	61,3	61,3	61,3
	2	29	36,3	36,3	97,5
	3	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 69: sf3η

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	32	40,0	40,0	40,0
	2	43	53,8	53,8	93,8
	3	5	6,3	6,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 70: sf3θ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	20	25,0	25,0	25,0
	2	48	60,0	60,0	85,0
	3	12	15,0	15,0	100,0

Total	80	100,0	100,0	
--------------	----	-------	-------	--

Πίνακας 71: sf3t

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	25	31,3	31,3	31,3
	2	44	55,0	55,0	86,3
	3	11	13,8	13,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 72: sf4a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	68	85,0	85,0	85,0
	2	12	15,0	15,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 73: sf4β

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	72	90,0	90,0	90,0
	2	8	10,0	10,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 74: sf4γ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	70	87,5	87,5	87,5
	2	10	12,5	12,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 75: sf4δ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	76	95,0	95,0	95,0
	2	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 76: sf5a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	65	81,3	81,3	81,3
	2	15	18,8	18,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 77: sf5β

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	68	85,0	85,0	85,0
2	12	15,0	15,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 78: sf5γ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	68	85,0	85,0	85,0
2	12	15,0	15,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 79: sf6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	8,8	8,8	8,8
3	13	16,3	16,3	25,0
4	37	46,3	46,3	71,3
5	23	28,8	28,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 80: sf7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	2	2,5	2,5	2,5
4	10	12,5	12,5	15,0
5	32	40,0	40,0	55,0
6	36	45,0	45,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 81: sf8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,3	1,3	1,3
2	1	1,3	1,3	2,5
3	11	13,8	13,8	16,3
4	33	41,3	41,3	57,5
5	34	42,5	42,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 82: sf9α

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,3	1,3	1,3
	2	3	3,8	3,8	5,0
	3	4	5,0	5,0	10,0
	4	11	13,8	13,8	23,8
	5	25	31,3	31,3	55,0
	6	36	45,0	45,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 83: sf9β

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	34	42,5	42,5	42,5
	2	27	33,8	33,8	76,3
	3	6	7,5	7,5	83,8
	4	10	12,5	12,5	96,3
	5	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 84: sf9γ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	28	35,0	35,0	35,0
	2	28	35,0	35,0	70,0
	3	9	11,3	11,3	81,3
	4	8	10,0	10,0	91,3
	5	3	3,8	3,8	95,0
	6	4	5,0	5,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 85: sf9δ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6	7,5	7,5	7,5
	3	1	1,3	1,3	8,8
	4	6	7,5	7,5	16,3
	5	26	32,5	32,5	48,8
	6	41	51,3	51,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 86: sf9ε

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,3	1,3	1,3
	2	5	6,3	6,3	7,5

3	3	3,8	3,8	11,3
4	9	11,3	11,3	22,5
5	15	18,8	18,8	41,3
6	47	58,8	58,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 87: sf9στ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	27	33,8	33,8	33,8
	2	29	36,3	36,3	70,0
	3	4	5,0	5,0	75,0
	4	9	11,3	11,3	86,3
	5	5	6,3	6,3	92,5
	6	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 88: sf9ζ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	37	46,3	46,3	46,3
	2	21	26,3	26,3	72,5
	3	4	5,0	5,0	77,5
	4	9	11,3	11,3	88,8
	5	6	7,5	7,5	96,3
	6	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 89: sf9η

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,3	1,3	1,3
	2	6	7,5	7,5	8,8
	3	5	6,3	6,3	15,0
	4	8	10,0	10,0	25,0
	5	24	30,0	30,0	55,0
	6	36	45,0	45,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 90: sf9θ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	34	42,5	42,5	42,5
	2	24	30,0	30,0	72,5
	3	7	8,8	8,8	81,3
	4	6	7,5	7,5	88,8
	5	7	8,8	8,8	97,5

6	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 91: sf10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	15,0	15,0	15,0
	2	46	57,5	57,5	72,5
	3	14	17,5	17,5	90,0
	4	7	8,8	8,8	98,8
	5	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 92: sf11α

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	5,0	5,0	5,0
	2	30	37,5	37,5	42,5
	3	22	27,5	27,5	70,0
	4	21	26,3	26,3	96,3
	5	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 93: sf11β

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	2,5	2,5	2,5
	2	13	16,3	16,3	18,8
	3	45	56,3	56,3	75,0
	4	19	23,8	23,8	98,8
	5	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 94: sf11γ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	3,8	3,8	3,8
	2	37	46,3	46,3	50,0
	3	31	38,8	38,8	88,8
	4	8	10,0	10,0	98,8
	5	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 95: sf11δ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,3	1,3	1,3
	2	9	11,3	11,3	12,5
	3	20	25,0	25,0	37,5
	4	36	45,0	45,0	82,5
	5	14	17,5	17,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Συσχετίσεις μεταξύ παραμέτρων και κλιμάκων sf36

Στάδιο Α΄

Κλίμακες SF 36 και φύλο

Πίνακας 96: Mean

	1. ΣΩΜΑ ΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟ ΥΡΓΙΚ ΟΤΗΤ Α	2. ΣΩΜΑ ΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑ ΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟ Σ	4. ΓΕΝ ΙΚΗ ΥΓΕ ΙΑ	5. ΖΩΤΙΚ ΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩ ΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗ ΜΑΤΙΚΟΣ	8. ΨΥΧ ΙΚΗ ΥΓΕ ΙΑ
Gender 1: Άνδρας 2: Γυναίκα								
Άνδρας	25,7692 3	11,5384 6	16,4359 0	42,61 538	23,20513	29,16667	17,09402	25,12 821
Γυναίκα	26,0975 6	9,75610	15,5365 9	39,26 829	18,41463	28,04878	15,44715	19,60 976
Total	25,9375 0	10,6250 0	15,9750 0	40,90 000	20,75000	28,59375	16,25000	22,30 000

Πίνακας 97: Correlations

		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Φύλο	Φύλο								
Pearson Correlation	1	,008	-,038	-,029	-,103	-,100	-,029	-,026	-,119
Sig. (2-tailed)		,945	,740	,799	,363	,376	,802	,821	,292
N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας τουλάχιστον .05 μεταξύ Φύλου και Κλιμάκων SF36 στο στάδιο Α΄. Δηλαδή δεν συσχετίζονται οι κλίμακες υγείας και το φύλο για τους ασθενείς που εισάγονται για θεραπεία για μη χειρουργήσιμα ορθοπεδικά περιστατικά.

Κλίμακες SF 36 και Ηλικία

Πίνακας 98: Correlations

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Ηλικία
Ηλικία									
Pearson Correlation	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sig. (2-tailed)	,321(**)	,175	,098	,143	,066	,076	,089	,031	
N	,004	,120	,388	,205	,559	,504	,431	,782	
	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στο **Στάδιο Α'** υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας .01 μόνο μεταξύ **Σωματικής Λειτουργικότητας και Ηλικίας**

Επίπεδο Εκπαίδευσης και Κλίμακες Υγείας SF36

Πίνακας 99: Correlations

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	Εκπαίδευση
Εκπαίδευση Pearson Correlation	,123	,000	-,024	,160	-,028	-,036	-,035	-,025	1
Sig. (2-tailed)	,277	1,000	,834	,157	,804	,753	,759	,825	
N	80	80	80	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας τουλάχιστον .05 μεταξύ Κλιμάκων SF36 και Επιπέδου Εκπαίδευσης στο στάδιο Α'. Δηλαδή δεν συσχετίζονται οι κλίμακες υγείας και το Επίπεδο Εκπαίδευσης για τους ασθενείς που εισάγονται για θεραπεία για μη χειρουργήσιμα ορθοπεδικά περιστατικά.

Οικογενειακή Κατάσταση και Κλίμακες Υγείας SF36

Πίνακας 100: Mean

Οικογ Κατ	1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
Άγαμος	43,75000	22,91667	15,75000	41,41667	30,00000	38,54167	27,77778	32,66667
Έγγαμοι	26,80000	10,00000	16,90000	40,98000	20,10000	27,25000	14,00000	21,76000
Διαζ/νος	19,16667	4,16667	21,50000	32,83333	20,00000	31,25000	,00000	21,33333
Χήρος	7,91667	4,16667	9,58333	44,08333	14,58333	22,91667	22,22222	14,66667
Total	25,93750	10,62500	15,97500	40,90000	20,75000	28,59375	16,25000	22,30000

Οι διαζευγμένοι παρουσιάζουν χαμηλό σκορ σε Σωματικό Ρόλο, Ζωτικότητα, Συναισθηματικό Ρόλο, Σωματική Λειτουργία. Αντίστοιχα χαμηλά σκορ παρουσιάζουν και οι χήροι, που πιθανό όμως να σχετίζεται και με την ηλικία τους. Τα μεγέθη όμως των δύο αυτών κατηγοριών είναι σχετικά μικρά N=6 και N=12 για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Πίνακας 101: Mean

Οικογ Κατ		1. ΣΩΜΑΤΙ ΚΗ ΛΕΙΤΟΥ ΡΓΙΚΟΤ ΗΤΑ	2. ΣΩΜΑ ΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑ ΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟ Σ	4. ΓΕΝ ΙΚΗ ΥΓΕ ΙΑ	5. ΖΩΤΙΚ ΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩ ΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘ ΜΑΤΙΚΟΣ	8. ΨΥΧ ΙΚΗ ΥΓΕ ΙΑ
Άγαμος	M e a n N	43,75000	22,9166 7	15,7500 0	41,4 1667	30,00000	38,54167	27,77778	32,66 667
Έγγαμο ς	M e a n N	12	12	12	12	12	12	12	12
Διαζ/νος	M e a n N	26,80000	10,0000 0	16,9000 0	40,9 8000	20,10000	27,25000	14,00000	21,76 000
	M e a n N	50	50	50	50	50	50	50	50
Χήρος	M e a n N	19,16667	4,16667	21,5000 0	32,8 3333	20,00000	31,25000	,00000	21,33 333
	M e a n N	6	6	6	6	6	6	6	6
Total	M e a n N	7,91667	4,16667	9,58333	44,0 8333	14,58333	22,91667	22,22222	14,66 667
	M e a n N	12	12	12	12	12	12	12	12
	M e a n N	25,93750	10,6250 0	15,9750 0	40,9 0000	20,75000	28,59375	16,25000	22,30 000
	M e a n N	80	80	80	80	80	80	80	80

Άτομα που ζουν μαζί με το δείγμα και Κλίμακες Υγείας

Πίνακας 102: Mean

Άτομα μαζί		1. ΣΩΜΑΤΙΚ Η ΛΕΙΤΟΥΡ ΓΙΚΟΤΗΤ Α	2. ΣΩΜΑ ΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟ Σ	3. ΣΩΜΑ ΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟ Σ	4. ΓΕΝ ΙΚΗ ΥΓΕ ΙΑ	5. ΖΩΤΙΚ ΟΤΗΤ Α	6. ΚΟΙΝΩ ΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟ Σ	7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘ ΗΜΑΤΙΚΟ Σ	8. ΨΥ ΧΙΚ Η ΥΓΕ ΙΑ
Κανένα	M e a n N	18,00000	7,50000	13,1500 0	40,6 5000	20,2500 0	26,2500 0	20,00000	19,8 0000
1	M e a n N	20	20	20	20	20	20	20	20
	M e a n N	25,19231	14,4230 8	19,0384 6	39,0 3846	19,6153 8	30,2884 6	15,38462	21,8 4615
2	M e a n N	26	26	26	26	26	26	26	26
	M e a n N	28,75000	4,16667	14,6666 7	40,6 6667	24,1666 7	29,1666 7	16,66667	22,6 6667
	M e a n N	12	12	12	12	12	12	12	12

Περισσ ότερα	M e a n N	32,50000	12,5000 0	15,6363 6	43,4 5455	20,6818 2	28,4090 9	13,63636	24,9 0909
Total	M e a n N	22	22	22	22	22	22	22	22
		25,93750	10,6250 0	15,9750 0	40,9 0000	20,7500 0	28,5937 5	16,25000	22,3 0000
		80	80	80	80	80	80	80	80

Πίνακας 103: Correlations

	1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ
Ατομα μαζί						
Pearson Correlation	,253(*)	,031	,018	,077	,022	,026
Sig. (2-tailed)	,024	,783	,872	,495	,846	,822
N	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 μεταξύ αριθμού Ατόμων που ζουν μαζί με το δείγμα ασθενών και την κλίμακα Σωματική Λειτουργικότητα.

Κλίμακες Υγείας και Εμβαδόν σπιτιού

Πίνακας 104: Correlations

	1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ
Δ11						
Pearson Correlation	,228(*)	-,169	-,132	-,059	-,013	-,004
Sig. (2-tailed)	,042	,135	,244	,601	,906	,975
N	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Υπάρχει μικρή συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 μεταξύ Εμβαδού κατοικίας και της κλίμακας Σωματική Λειτουργικότητα.

Κλίμακες Υγείας και είδος κατοικίας (Διαμέρισμα / μονοκατοικία)

Πίνακας 105: Correlations

	1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ
Είδος Κατοικ						
Pearson Correlation	,016	-,171	-,209	-,149	-,014	-,006
Sig. (2-tailed)	,886	,130	,063	,186	,905	,957

N	80	80	80	80	80	80
---	----	----	----	----	----	----

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας τουλάχιστον .05 μεταξύ Κλιμάκων SF36 και είδους κατοικίας.

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και κλίμακες υγείας

Πίνακας 106: Mean

Οικον. Απολαβ	1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ
1	17,08333	12,50000	12,16667	41,75000	21,66667	29,16667
2	16,76471	10,29412	16,82353	42,52941	15,29412	26,47059
3	29,72222	8,33333	15,27778	36,88889	20,00000	25,69444
4	29,75000	10,00000	15,40000	36,75000	20,00000	29,37500
5	34,00000	15,00000	23,00000	45,40000	27,00000	35,00000
6	31,00000	,00000	6,40000	45,60000	28,00000	32,50000
7	43,33333	33,33333	38,66667	64,66667	35,00000	33,33333
Total	25,93750	10,62500	15,97500	40,90000	20,75000	28,59375

Πίνακας 107: Correlations

	1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ
Οικον. Απολαβ						
Pearson Correlation	,310(**)	,036	,136	,133	,134	,089
Sig. (2-tailed)	,005	,754	,227	,240	,237	,433
N	80	80	80	80	80	80

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Υπάρχει συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 μεταξύ Μηνιαίου οικονομικού εισοδήματος και της κλίμακας Σωματική Λειτουργικότητα.