



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής
των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Κουρέας Άνθος

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2009



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής
των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Κουρέας Άνθος

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2009

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	4
Ευχαριστίες.....	8
Περίληψη	9
Αγγλική περίληψη	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εισαγωγή.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο : Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	17
2.1 Ιστορική αναδρομή στην ποιότητα ζωής.....	21
2.2 Έννοια και ορισμός της ποιότητας ζωής	23
2.3 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life, HRQoL).....	26
2.3.1 Η χρησιμότητα της έννοιας «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής».....	28
2.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας και ποιότητας ζωής	29
2.5 Δείκτες ποιότητας ζωής	30
2.5.1 Κοινωνικοί δείκτες ποιότητας ζωής: Δείκτες υγείας και ανθρώπινης ανάπτυξης.....	30
2.5.2 Ατομικοί δείκτες ποιότητας ζωής: Δείκτες σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας.....	32
2.6 Περιορισμοί και προβλήματα εκτίμησης της ποιότητας ζωής	33
Κεφάλαιο 3 ^ο : Μέθοδοι μέτρησης ποιότητας ζωής.....	34
3.1 Εισαγωγή στη μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής	35
3.2 Στάδια ερευνητικής προσέγγισης στη μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής	36
3.3 Μεθοδολογικά προβλήματα.....	36
3.3.1 Πολλαπλή προσέγγιση και μέτρηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής	37
3.3.2 Χρήση συνδυασμού εργαλείων μέτρησης.....	38
3.3.3 Χρήση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης	38
3.4 Βασικές αρχές και κριτήρια χρήσης των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	39
3.4.1. Αξιοπιστία (Reliability)	39
3.4.2 Εγκυρότητα (Validity)	40
3.4.3 Ειδικότητα (specificity)	41
3.4.4 Ευαισθησία (sensitivity)	41
3.4.5 Ανταποκρισιμότητα (Responsiveness)	41
3.5 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	41
3.5.1 Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής.....	42
3.5.2 Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski.....	42
3.5.3 Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο	43
3.5.4 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας	43
3.5.5 Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.....	43
3.5.6 Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής	43
3.5.7 Επισκόπηση Υγείας του Nottingham.....	44
3.5.8 Επισκόπηση της Επίδρασης της Απώστιας	44
3.5.9 Επισκόπηση Υγείας SF-36.....	45
3.5.10 Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol)	45
3.6 Γενικά και ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής	46

Κεφάλαιο 4^ο: Ποιότητα ζωής ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και στεφανιαία νόσο.....47

4.1 Εισαγωγή στην ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και στεφανιαία νόσο.....	48
4.2 Περιφερική αρτηριακή νόσος.....	51
4.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	51
4.2.2 Παθοφυσιολογία.....	52
4.2.3 Παράγοντες κινδύνου.....	52
4.2.4 Κλινική εικόνα.....	53
4.2.5 Διάγνωση.....	56
4.2.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	58
4.2.6.1 Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου.....	58
4.2.6.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	58
4.2.6.3 Επεμβατικές μέθοδοι επαναγγείωσης.....	59
4.3 Στεφανιαία νόσος.....	59
4.3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	60
4.3.2 Παράγοντες κινδύνου.....	60
4.3.3 Κλινική εικόνα.....	60
4.3.4 Διάγνωση.....	61
4.3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	62
4.4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	62
4.4.1 Βιβλιογραφικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	62
4.4.2 Βιβλιογραφικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο.....	65

Κεφάλαιο 5^ο: Επισκόπηση Υγείας SF-36.....67

5.1 Εισαγωγή στην επισκόπηση υγείας SF-36.....	68
5.2 Κατασκευή του SF-36.....	68
5.3 Περιγραφή του SF-36.....	70
5.3.1. Κανονική (standard) και οξεία (acute) έκδοση του SF-36.....	73
5.3.2 SF-36 Έκδοση 2.0 (SF-36 version 2.0).....	73
5.4 Εφαρμογή και χρήση του SF-36.....	74
5.5 Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του SF-36.....	75
5.5.1 Η αξιοπιστία των μετρήσεων του SF-36.....	76
5.5.2 Η εγκυρότητα των μετρήσεων του SF-36.....	77
5.6 Η αξιολόγηση της επισκόπησης υγείας SF-36 και η εξαγωγή του σκορ.....	79
5.7 Βιβλιογραφικά δεδομένα για το SF-36.....	80
5.7.1 Η χρήση του SF-36 στον ελληνικό χώρο.....	81

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....82

Κεφάλαιο 6^ο: Σχεδιασμός και Μεθοδολογία.....83

6.1 Αντικείμενο και στόχοι της μελέτης.....	84
6.2 Μεθοδολογία.....	86
6.2.1 Κριτήρια συμμετοχής στο δείγμα.....	86
6.2.1.1 Βιοηθική διάσταση της μελέτης.....	86
6.2.1.2 Έντυπο συγκατάθεσης.....	87

6.2.1.3 Διατήρηση προσωπικών δεδομένων και δικαίωμα απόσυρσης.....	87
6.2.2 Ερευνητικά εργαλεία	87
6.2.2.1 Ερωτηματολόγιο ασθενούς.....	88
6.2.2.2 Ερωτηματολόγιο ιατρού	89
6.2.2.3 Επισκόπηση Υγείας SF-36.....	90
6.2.3 Σχεδιασμός της μελέτης.....	90
6.2.4 Διάρκεια εγγραφής ασθενών – Πληθυσμός μελέτης.....	90
6.2.5 Στατιστική ανάλυση.....	92
6.2.6 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής.....	92

Κεφάλαιο 7^ο: Αποτελέσματα εκτίμησης της ποιότητας ζωής.....93

7.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	94
7.1.1 Ανάλυση δείγματος.....	Error! Bookmark not defined.
7.1.2 Φύλο ασθενών δείγματος.....	94
7.1.3 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος	94
7.1.4 Εργασιακή κατάσταση ασθενών	96
7.1.5 Οικογενειακή κατάσταση ασθενών	96
7.1.6 Τόπος διαμονής ασθενών.....	97
7.1.7 Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών	97
7.1.8 Οικονομική κατάσταση ασθενών	98
7.1.9 Κάπνισμα	98
7.1.10 Άσκηση	99
7.2 Ατομικό ιστορικό του δείγματος των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	99
7.2.1 Παράγοντες κινδύνου – συνυπάρχουσες παθήσεις.....	100
7.2.2 Προηγούμενες επεμβάσεις.....	100
7.2.3 Κλινική κατάταξη ασθενών	101
7.2.4 Μετρήσεις σφυροβραχιόνιου δείκτη πίεσης.....	102
7.2.5 Αντιμετώπιση ασθενών.....	102
7.3 Αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 του δείγματος των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο	102
7.3.1 Κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας (Physical Functioning, PF).....	103
7.3.2 Κλίμακα Σωματικού Ρόλου (Role Physical, RP).....	104
7.3.3 Κλίμακα Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP)	105
7.3.4 Κλίμακα Γενικής Υγείας (General Health, GH).....	106
7.3.5 Κλίμακα Ζωτικότητας (Vitality, VT)	107
7.3.6 Κλίμακα Κοινωνικής Λειτουργικότητας (Social Functioning, SF).....	108
7.3.7 Κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE).....	109
7.3.8 Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Mental Health, MH).....	110
7.3.9 Αναφερόμενη Αλλαγή Υγείας (Reported Health Transition, HT)	111
7.3.10 Συνολικά αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 στο δείγμα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	112
7.3.11 Συνολικά αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 στην υποομάδα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης	114
7.4 Αποτελέσματα εκτίμησης ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο	116
7.4.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ασθενών με στεφανιαία νόσο	116
7.4.2 Ατομικό ιστορικό του δείγματος ασθενών με στεφανιαία νόσο.....	117

7.4.3 Αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 του δείγματος των ασθενών με στεφανιαία νόσο.....	118
Κεφάλαιο 8^ο: Στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	120
8.1 Σύγκριση δείγματος ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια με το γενικό πληθυσμό ως προς την ποιότητα ζωής.....	121
8.2 Διερεύνηση της σχέσης του σφυροβραχιόνιου δείκτη με την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	122
8.3 Διερεύνηση της σχέσης των κλινικών σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας με την ποιότητα ζωής των ασθενών.....	124
8.4 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και περιφερική αρτηριοπάθεια.....	127
8.5 Σύγκριση ποιότητας ζωής ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και ασθενών με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση.....	129
Κεφάλαιο 9^ο: Συζήτηση.....	132
9.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	133
9.1.1 Συζήτηση δημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων του ατομικού ιστορικού των ασθενών του δείγματος.....	133
9.1.2 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της επισκόπησης υγείας SF-36 στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	136
9.1.3 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σχέσης μεταξύ σφυροβραχιόνιου δείκτη και ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	139
9.1.4 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σχέσης μεταξύ κλινικών σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας και ποιότητας ζωής των ασθενών.....	141
9.1.5 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών και ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.....	142
9.2 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σύγκρισης ποιότητας ζωής ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και ασθενών με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση.....	144
9.3 Προβλήματα και περιορισμοί της μελέτης.....	147
9.4 Συμπεράσματα.....	148
Βιβλιογραφία.....	151
Παραρτήματα.....	162
Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-36.....	163
Παράρτημα II: Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του SF-36.....	168
Παράρτημα III: Ερωτηματολόγιο ασθενούς – Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία.....	171
Παράρτημα IV: Ερωτηματολόγιο ιατρού – Ατομικό ιστορικό ασθενή.....	173

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Μάμα Θεοδώρου για την καθοδήγηση, την κριτική και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ'όλη τη διάρκεια της μελέτης. Ευχαριστώ επίσης, τον φίλο και συνάδελφο Δρ. Αλέξη Σαμούτη για τις εποικοδομητικές συζητήσεις και τα πολύτιμα σχόλια του. Θερμές ευχαριστίες στη φίλη Λουκία Μακρή για τις ώρες που αφιέρωσε και την βοήθεια στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στη σύζυγο μου Μαρία για την αμέριστη συμπαράσταση της. Σε αυτήν και τη μικρή κορούλα μας Ελευθερία, αφιερώνω την παρούσα διατριβή, ζητώντας συγγνώμη για τις ώρες που τους στέρησα.

Περίληψη

Εισαγωγή:

Η περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων, αποτελεί συχνό κλινικό σύνδρομο που οφείλεται στις χρόνιες εκφυλιστικές βλάβες των αρτηριών που αιματώνουν τα άκρα, με ιστολογικό υπόστρωμα κυρίως την αθηροσκλήρωση. Με δεδομένη την αύξηση των ασθενών, τη βελτίωση της πρόγνωσης με τη χρήση σύγχρονων θεραπευτικών επιλογών, αλλά και τη συχνή ανεπάρκεια των κλινικοεργαστηριακών κριτηρίων να αποδώσουν την πραγματική επίδραση της νόσου, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής αποτελεί μια σύγχρονη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός:

Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και η διερεύνηση των σχέσεων και συσχετίσεων με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα αντικειμενικά κριτήρια της νόσου, με παράλληλη καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Επιπλέον, η ομάδα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση, συγκρίνεται με την αντίστοιχη ομάδα ασθενών με στεφανιαία νόσο ως προς την ποιότητα ζωής.

Μέθοδος:

Η μελέτη έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και περιελάμβανε 125 συμπτωματικούς ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω άκρων και 41 ασθενείς με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Το ερωτηματολόγιο SF-36 χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ επιπρόσθετα ερωτηματολόγια κατέγραψαν τόσο τα κοινωνικοοικονομικά-δημογραφικά όσο και τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Αποτελέσματα:

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια παρουσιάζεται σημαντικά μειωμένη σε όλους τους τομείς, φτάνοντας στα ίδια ή και χαμηλότερα επίπεδα από τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Τα συμπτώματα και τα κλινικά κριτήρια της νόσου δεν αντανακλούν επαρκώς την επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς παρουσιάζουν μέτριες συσχετίσεις με τις κλίμακες του SF-36.

Συμπέρασμα:

Η περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων παρουσιάζει σημαντική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών, κοινωνικών και ψυχικών παραμέτρων της υγείας. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε συνδυασμό με τα αντικειμενικά κριτήρια της νόσου οδηγεί σε καλύτερη κατανόηση των επιδράσεων και ορθότερη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, ώστε πέραν από την επιτυχή ιατρικά έκβαση, να εκπληρώνεται και η ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά:

Περιφερική αρτηριακή νόσος, ποιότητα ζωής, στεφανιαία νόσος, SF-36

Αγγλική περίληψη

Abstract

Background:

The peripheral arterial disease of the lower extremities, constitutes a frequent clinical syndrome that is owed in the chronic degenerative damage of arteries supplying the limbs, with histological substrate mainly atherosclerosis. With given the increase of patients, the improvement of prognosis with the use of modern therapeutic choices, but also the frequent insufficiency of clinical criteria to attribute the real effect of illness, the assessment of quality of life constitutes a modern challenge for health professionals.

Purpose:

The purpose of this study is the assessment of health related quality of life in patients with peripheral arterial disease and the investigation of relations and correlations with the clinical characteristics and the objective criteria of illness, with parallel registration of the socio-economic and demographic characteristics of the patients. Moreover, the group of patients with peripheral arterial disease who were programmed for surgical intervention is compared with the corresponding team of patients with coronary artery disease, as for the quality of life.

Methods:

The study was undertaken in the General Hospital of Nicosia and it recruited 125 symptomatic patients with peripheral arterial disease of the lower extremities and 41 patients with coronary artery disease who were programmed for surgical intervention of aortocoronary bypass. SF-36 questionnaire was used to evaluate the quality of life, while additional questionnaires registered the socio-economic-demographic and clinical characteristics of illness.

Results:

The quality of life in patients with peripheral arterial disease is presented considerably decreased in all the sectors, reaching in the same or even lower levels than the patients with coronary artery disease. The symptoms and the clinical criteria of illness do not reflect sufficiently the effect in the quality of life of patients, as they present modest correlations with the subscales of SF -36.

Conclusion:

The peripheral arterial disease of lower extremities presents important negative effect in the quality of life of patients, included physical, social and mental parameters of health. The evaluation of quality of life in combination with the objective criteria of illness leads to better comprehension of effects and more correct making of therapeutic decisions, in order to achieve both successful medical results and satisfaction of patient's perceptions.

Key words:

Peripheral arterial disease, quality of life, coronary artery disease, SF-36

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιφερική αρτηριακή νόσος ή περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων, αποτελεί ένα συχνό κλινικό σύνδρομο που οφείλεται στις χρόνιες εκφυλιστικές βλάβες των αρτηριών μέσου και μεγάλου μεγέθους που αιματώνουν τα άκρα, με ιστολογικό υπόστρωμα κυρίως την αθηροσκλήρωση. Η επίπτωση της περιφερικής αρτηριακής νόσου είναι 3-10% στο γενικό πληθυσμό και αυξάνεται στο 15-20% στον πληθυσμό άνω των 70 ετών. Αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και η παρουσία της αποτελεί σημείο γενικευμένης αρτηριοσκλήρυνσης, με διάχυτη προσβολή του αρτηριακού δένδρου, επηρεάζοντας εκτός από τις αρτηρίες των κάτω άκρων, τις αρτηρίες του εγκεφάλου και τα στεφανιαία αγγεία.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία. Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων ποικίλει και οι ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί, να παρουσιάζουν διαλείπουσα χωλότητα (άλγος κατά τη βάδιση), άλγος ηρεμίας, ή σοβαρή ισχαιμία με εξελκώσεις και γάγγραινα των κάτω άκρων.

Η μεγάλη ανάπτυξη στον τομέα των θεραπευτικών επιλογών τα τελευταία χρόνια, έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Καθώς αποτελεί χρόνια νόσο χωρίς οριστική ίαση, σκοπός της θεραπείας είναι η πρόληψη των καρδιαγγειακών επιπλοκών, η διάσωση του σκέλους (αποτροπή ακρωτηριασμών) και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Παρόλα αυτά, συχνά υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην αντίληψη της ποιότητας ζωής από τους ίδιους τους ασθενείς, σε σχέση με την ποιότητα ζωής που οι ιατροί εκτιμούν ότι έχουν οι ασθενείς τους, βασισμένοι σε κλινικά κριτήρια. Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως εστιάζουν την προσοχή τους στις ανατομικές και φυσιολογικές ανωμαλίες των αρτηριών που μπορεί να οδηγήσουν σε νοσηρότητα, ενώ οι ασθενείς ανησυχούν περισσότερο για τη γενικότερη αίσθηση της ποιότητας ζωής, που μόνο μερικώς συνδέεται με την κλινική κατάσταση της υγείας τους. Οι διαγνωστικές μετρήσεις και τα κλινικά κριτήρια μπορούν απλά να αναγνωρίσουν την ύπαρξη και τη σοβαρότητα της περιφερικής αρτηριοπάθειας. Δεν μπορούν να δώσουν λεπτομέρειες για το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής την κατάσταση της υγείας του, για την λειτουργικότητα και την ευεξία του ή για τη γενικότερη επίδραση της νόσου στον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Στην πραγματικότητα, πολλές είναι οι περιπτώσεις ασθενών που μπορεί να μην έχουν κανένα όφελος από την εφαρμοζόμενη θεραπεία (συντηρητική ή χειρουργική), με βάση τα παραδοσιακά κλινικά κριτήρια, αλλά να παρουσιάζουν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους, όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται. Ταυτόχρονα, δεν είναι λίγες οι

περιπτώσεις που παρατηρείται ακριβώς το αντίθετο φαινόμενο. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι για να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν καλύτερα την πορεία της νόσου και να επιλέξουν την ενδεδειγμένη θεραπεία για κάθε ασθενή, είναι απαραίτητο να συνεκτιμούν τα κλινικά στοιχεία και μετρήσεις με πληροφορίες που αφορούν τις απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του. Στα πλαίσια αυτά βρίσκονται και οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριοπάθειας. Η αξιόπιστη και έγκυρη εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής θεωρείται αναγκαία, τόσο για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, όσο και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων μετά την εφαρμογή της.

Η χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 στους ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο, που γίνεται στην παρούσα μελέτη, σκοπό έχει την αποτύπωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής της ομάδας αυτής ασθενών και τη διερεύνηση των σχέσεων και συσχετίσεων με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα αντικειμενικά κριτήρια της νόσου. Ταυτόχρονα, η καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών θα οδηγήσει σε συμπεράσματα για την επίδραση των παραγόντων αυτών στην ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Τα αποτελέσματα και η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, αναμένεται να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες, η αξιοποίηση των οποίων θα οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας στην καλύτερη κατανόηση των επιδράσεων της περιφερικής αρτηριοπάθειας στους ασθενείς και στην ορθότερη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου.

Οι κοινοί παράγοντες κινδύνου και η κοινή παθογένεια της περιφερικής αρτηριακής νόσου με την στεφανιαία νόσο, προσδίδουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη δυνατότητα σύγκρισης των δύο αυτών ομάδων ασθενών, όσον αφορά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Με σκοπό την εξαγωγή χρήσιμων και αξιόπιστων συμπερασμάτων το ερωτηματολόγιο SF 36 χρησιμοποιήθηκε παράλληλα στην υποομάδα των ασθενών με στεφανιαία νόσο, που παραπέμπονται για εγχείρηση. Η τελική σύγκριση γίνεται ανάμεσα στην υποομάδα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που παραπέμπονται για επέμβαση περιφερικής αρτηριακής παράκαμψης στα κάτω άκρα, με την υποομάδα ασθενών με στεφανιαία νόσο που παραπέμπονται για αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

Κεφάλαιο 2^ο

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Εισαγωγή

Η ανθρώπινη αναζήτηση για την ποιότητα ξεκινά από την αρχαιότητα, όπου ήταν συνώνυμη με τη συνεχή βελτίωση και την αρετή. Αντικειμενικός σκοπός και στόχος της ζωής του ανθρώπου ήταν πάντοτε η ποιότητα. Όπως προκύπτει από τις εργασίες πολλών ερευνητών και αρχαιολόγων, η έννοια της ποιότητας δεν αποτελεί σύγχρονη ανακάλυψη του τεχνικού μας πολιτισμού, αλλά έχει τις ρίζες της στην πολύ μακρινή αρχαιότητα και αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα κοινωνιών με υψηλό πολιτιστικό επίπεδο.^{1,2} Από τότε μέχρι σήμερα, εξακολουθεί να είναι ευρέως διαδεδομένη η άποψη ότι η ποιότητα δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό, καθώς έχει να κάνει με κάτι αστάθμητο που δεν μπορεί να μετρηθεί. Ως πολυδιάστατη έννοια, μπορεί να έχει διαφορετικές προσεγγίσεις και συχνά προκαλεί σύγχυση καθώς εξαρτάται από το λόγο για τον οποίο χρησιμοποιείται. Στην πραγματικότητα όμως, το περιεχόμενο της ποιότητας διαμορφώνεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής, ενώ σε όλες τις πολύπλευρες και διαφορετικές θεωρίες και προσεγγίσεις, ορίζεται πάντα σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου, πρέπει να ικανοποιηθούν.³ Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization, ISO) (1987), ορίζει ως ποιότητα «το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας (άτομο, επιχείρηση ή κοινωνία), τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες».⁴

Τις τελευταίες δεκαετίες διατυπώθηκε ο πολυσυζητημένος όρος «ποιότητα ζωής». Αρχικά, με την οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η ποιότητα ζωής συνδέθηκε με την απόκτηση καταναλωτικών αγαθών και χρήματος, ενώ στη συνέχεια η έννοια του όρου επεκτάθηκε, περιλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, την ψυχαγωγία, την οικογένεια, την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ισορροπία, ξεφεύγοντας οριστικά από τα στενά πλαίσια της απλής αφθονίας υλικών αγαθών.⁵ Το ανθρώπινο αγαθό της ποιότητας ζωής αποτελεί ουσιαστικά την αξία της ζωής για το άτομο που την ζει. Έτσι, η ποιότητα δεν είναι διαδικασία αλλά τρόπος ζωής και είναι προφανές ότι η έννοια του όρου για κάθε άτομο είναι διαφορετική και άκρως υποκειμενική.⁶

Η ποιότητας ζωής έχει μια ευρύτατη και πολυδιάστατη έννοια, που απασχολεί, ορίζεται και χρησιμοποιείται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία. Φιλόσοφοι,

ψυχολόγοι, θεολόγοι, πολιτικοί, οικονομολόγοι και επιστήμονες, από όλους σχεδόν τους τομείς της εφαρμοσμένης έρευνας, προσεγγίζουν το θέμα με τη δική τους οπτική, παρά το γεγονός ότι θεωρητικά η ποιότητα ζωής εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου.⁷ Βασική προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής αποτελεί η υγεία. Ανάμεσα στις πλέον αξιόλογες καταστάσεις ύπαρξης του ανθρώπου, η καλή υγεία αξιολογείται από το ίδιο το άτομο ως η σημαντικότερη και πιο επιθυμητή.⁸ Στις κλινικές έρευνες, η προσέγγιση του ορισμού και της μέτρησης της ποιότητας ζωής, λαμβάνει μια πιο περιορισμένη, σαφή και ακριβή έννοια. Δεν αφορά την ευτυχία, την ικανοποίηση, τις συνθήκες διαβίωσης, τις κλιματολογικές συνθήκες και το περιβάλλον, αλλά την υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία.⁹ Στα πλαίσια αυτά, το 1982 οι Kaplan και Bush πρότειναν τον όρο «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» (Health Related Quality of Life), προκειμένου να διαχωρίσουν από τον γενικό όρο της Ποιότητας Ζωής, τις πλευρές που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου. Ο συγκεκριμένος όρος ενσωματώνει τρεις βασικούς τομείς: την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην λειτουργικότητα του ατόμου και τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι, ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής.¹⁰

Τα τελευταία χρόνια η έννοια της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» είναι πιο επίκαιρη από ποτέ. Η ιατρική επιστήμη φαίνεται να διαφοροποιείται, μερικώς τουλάχιστον, από την προσέγγιση της υγείας και της νόσου μέσα από το μηχανιστικό βιοϊατρικό μοντέλο.¹¹ Η αναγνώριση της επίδρασης του κοινωνικού περιβάλλοντος στο ανθρώπινο σώμα και της πολυπαραγοντικότητας των ασθενειών, αντικατοπτρίζεται και στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά τον οποίο «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας».¹²

Η ραγδαία ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης τις τελευταίες δεκαετίες, με τη βοήθεια των σύγχρονων ιατρικών ανακαλύψεων και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, οδήγησε σε σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Παρόλα αυτά, η προσπάθεια αύξησης του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης, κυρίως σε ασθενείς με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις, είχε ως στόχο την κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών, αγνοώντας βασικές ανθρώπινες ανάγκες των ασθενών, όπως είναι η

ψυχική ευεξία, η αυτονομία και η συμμετοχή του ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο. Η αυξανόμενη δυσαρέσκεια των χρηστών υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις επιπτώσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ζωή των ασθενών, προσανατόλισε το ενδιαφέρον των επιστημόνων και της κοινωνίας στις συνεπαγόμενες προεκτάσεις στην ποιότητα ζωής των πασχόντων ατόμων.¹³ Η διερεύνηση των κινδύνων, του οφέλους και των επιπτώσεων των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ζωή των ασθενών, έχει ως σκοπό να δώσει απαντήσεις στο ερώτημα αν και κατά πόσον αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία και ελεύθερα συμπτώματα, ή αν τελικά η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα. Στα πλαίσια αυτά, οι παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς και η αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων σε σχέση με την υποχώρηση των συμπτωμάτων και την επιβίωση, θεωρούνται τουλάχιστον ανεπαρκείς.¹⁴

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναγνωρίζοντας την κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου της υγείας στην ιατρική πράξη και περίθαλψη, επαναδιατυπώνει στη διακήρυξη «Υγεία για όλους» με τρόπο σαφή, τη θέση ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν μια ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, ψυχικά και οικονομικά.¹⁵ Έτσι, ο στόχος των ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι πια η θεραπεία της αρρώστιας και η ανακούφιση από τα συμπτώματα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή και η εξασφάλιση ικανοποιητικής ποιότητας ζωής. Ο ιατρός καλείται να στηρίξει τις αποφάσεις του, όχι μόνο σε έννοιες όπως ο θάνατος, η αρρώστια, το σύμπτωμα, για τις οποίες έχει σαφή αντίληψη και κοινά αποδεκτούς δείκτες και εργαλεία μέτρησης. Επιβεβλημένη θεωρείται ταυτόχρονα, η μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, αφενός ως εκτίμηση της προσωπικής, υποκειμενικής εμπειρίας του πάσχοντος ατόμου και αφετέρου ως εκτίμηση των εξωτερικών και αντικειμενικών παραμέτρων που επηρεάζουν την υγεία και τη ζωή του, έννοιες πολυδιάστατες, χωρίς σαφή ορισμό και χωρίς κοινά αποδεκτούς τρόπους μέτρησης.¹⁶

2.1 Ιστορική αναδρομή στην ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής βρίσκεται διαχρονικά στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Η ανάγκη των ανθρώπων να βελτιώσουν κάθε διάσταση της ανθρώπινης ζωής δεν είναι σημερινή, όσο σύγχρονη και αν θεωρείται στις μέρες μας η έννοια της ποιότητας ζωής, αλλά έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από τους αρχαιοτάτους χρόνους. Η πρώτη καταγεγραμμένη αναφορά γίνεται από τον Πλάτωνα, ο οποίος περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα της ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα.^{17,18} Ο Αριστοτέλης, ένας από τους μεγαλύτερους φιλόσοφους της αρχαιότητας, με τη λέξη «ευδαιμονία» αποδίδει ως ένα βαθμό το σύγχρονο νόημα της έννοιας «ποιότητα ζωής». Θεωρεί την ευδαιμονία ως δραστηριότητα της ψυχής σύμφωνα με την αρετή και την αναγάγει ως το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό», στην κατάκτηση του οποίου στοχεύουν όλες οι πράξεις του ανθρώπου. Για τον Αριστοτέλη, οι περισσότεροι άνθρωποι συμφωνούν ότι η ευδαιμονία ως το σπουδαιότερο αγαθό, έχει την ίδια έννοια με το ‘ευ ζην’ (ποιότητα ζωής) και το ‘ευ πράττειν’ (ευημερία).^{17,19}

Στη σύγχρονη ιστορία, το περιεχόμενο της ποιότητας ζωής άρχισε να απασχολεί τους ερευνητές μόλις στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα. Πριν από τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, η έννοια της ποιότητας ζωής δεν αποτελούσε ξεχωριστό αντικείμενο έρευνας, καθώς επικρατούσε η αντίληψη ότι η διάδοση της δημοκρατίας, η βελτίωση των οικονομικών συνθηκών και η κοινωνική ευημερία θα οδηγούσαν σε καλύτερευση της ποιότητας ζωής.²⁰ Από τη δεκαετία του 60΄, η αντίληψη αυτή άρχισε να αμφισβητείται και να θεωρείται ανεπαρκής. Η οικονομική επιστήμη δεν μπορούσε να καλύψει τις ανάγκες της ατομικής ευζωίας και η κοινωνική πολιτική όφειλε να είναι προσανατολισμένη στη βελτίωση των κοινωνικών δεικτών. Έτσι, η προσέγγιση στο θέμα έγινε πιο ατομοκεντρική και η ευημερία των ανθρώπων και όχι των αριθμών βρέθηκε στο προσκήνιο, μέσα από μια ευρύτερη οπτική γωνία, που περιλάμβανε το σεβασμό στο υποκείμενο ως φορέα πεποιθήσεων, αναγκών, επιθυμιών, αξιών και αισθημάτων.²¹

Στα πλαίσια του ενδιαφέροντος των κοινωνικών επιστημόνων αλλά και των πολιτικών, για το βιοτικό επίπεδο των πληθυσμών τις δεκαετίες του 60΄ και 70΄, αναπτύχθηκε αρχικά ο όρος «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αφορούσε κυρίως την άνιση κατανομή των πόρων, τα προβλήματα που δημιουργούνταν από την προοδευτική αύξηση των πληθυσμών στη γη και τη γενικότερη ευημερία της κοινωνίας. Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας οδήγησε στην

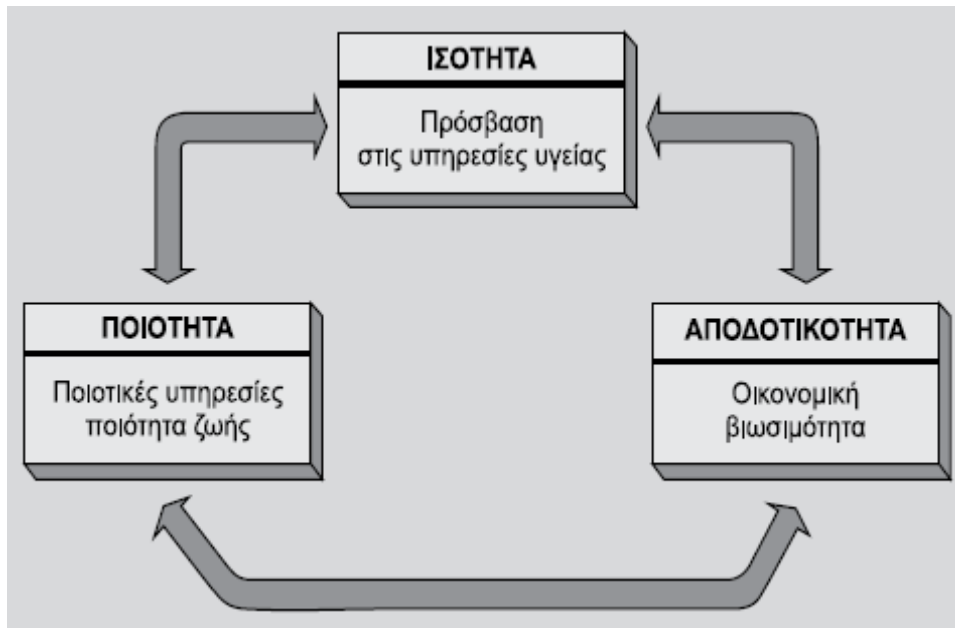
ανάγκη κάλυψης των κοινωνικών αναγκών και παράλληλα στη δημιουργία και χρήση κοινωνικών δεικτών με σκοπό την αποτύπωση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που σχετίζονται με το κοινωνικό 'ευ ζην'.²² Η εμφάνιση του όρου «ποιότητα ζωής» στο χώρο των κοινωνικών επιστημών στις αρχές της δεκαετίας του 70', έγκειται στην εκτίμηση του αθροίσματος των υποκειμενικών και αντικειμενικών πτυχών της ανθρώπινης ύπαρξης και εκφράζει το επιθυμητό αποτέλεσμα κοινωνικών πολιτικών και προγραμμάτων.²³

Σήμερα, η έννοια της ποιότητας ζωής λαμβάνει μια ευρύτερη ερμηνεία περιλαμβάνοντας κοινωνικές, περιβαλλοντικές, οικονομικές, ψυχολογικές και υποκειμενικές παραμέτρους. Το ενδιαφέρον για την μελέτη της ποιότητας ζωής αυξάνεται συνεχώς, ενώ επιστήμονες και διεθνείς οργανισμοί (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, κ.α.), πραγματοποιούν ποικίλες μελέτες με σκοπό την αξιολόγηση της ευημερίας των πληθυσμών, χρησιμοποιώντας ως κύρια συνιστώσα τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.¹³

Η αναγνώριση της καθοριστικής σημασίας που ασκεί η υγεία στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, αλλά και η ποιότητα ζωής στον προσδιορισμό της υγείας, δημιούργησε μια στενή σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλόδρασης των δύο εννοιών. Στο πλαίσιο αυτό, ο όρος «ποιότητα ζωής» εισήχθη στο ιατρικό ευρετήριο και έγινε αποδεκτός από τα διάφορα επιστημονικά σώματα στα τέλη της δεκαετίας του 70'. Λίγα χρόνια αργότερα, ακολούθησε η καθιέρωση της έννοιας «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής», ικανοποιώντας την ανάγκη μιας πιο εξειδικευμένης προσέγγισης στους παράγοντες της υγείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.²⁴

Τα τελευταία 20 χρόνια, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην περίφημη στρατηγική του «Υγεία για Όλους»¹⁵, πέραν από τους στόχους που προσθέτουν 'χρόνια στη ζωή', δίνει ιδιαίτερη έμφαση, ιεραρχώντας μάλιστα υψηλότερα, τους στόχους που προσθέτουν 'ζωή στα χρόνια', προσανατολίζοντας το ενδιαφέρον καταρχήν στην ποιότητα και μετά στην ποσότητα. Αποτέλεσμα της ίδιας πολιτικής και φιλοσοφίας ήταν και Χάρτης της Ottawa για την προαγωγή υγείας²⁵. Στις Η.Π.Α. η εφαρμογή του προγράμματος "Healthy People 2010", που ξεκίνησε το 2000, έχει ως πρώτο στόχο να βοηθήσει τα άτομα όλων των ηλικιών να αυξήσουν το προσδόκιμο επιβίωσης και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.²⁶ Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Goettenborg αναγνωρίζοντας τις σύγχρονες

προκλήσεις της υγειονομικής περίθαλψης, προτείνει το 2001, μια ενιαία υγειονομική πολιτική για την Ευρώπη, επικεντρωμένη σε τρεις θεμελιώδεις άξονες-στόχους που ικανοποιούν το γενικότερο ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο (Εικόνα 2.1)²⁷. Με αυτό τον τρόπο σηματοδοτείται μια νέα πολιτική στον τομέα της υγείας, η οποία βασίζεται στην άμεση συνεργασία και αλληλεξάρτηση της φιλοσοφίας της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας.



Εικόνα 2.1: Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο
Πηγή: Υφαντόπουλος, 2006.

2.2 Έννοια και ορισμός της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η μελέτη που ξεκίνησε τις τελευταίες δεκαετίες και συνεχίζεται μέχρι σήμερα, έχει ως σκοπό να αποτυπώσει την επίδραση που έχουν στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων οι διαφορετικές καταστάσεις που βιώνουν. Η ενασχόληση και η συστηματική ανάλυση του αντικειμένου από πολλές ειδικότητες, όπως των κοινωνικών επιστημών, της δημογραφίας, της επιδημιολογίας, της νομικής, των οικονομικών, της ιατρικής και άλλων, καθώς και ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας της ποιότητας ζωής, έχει οδηγήσει σε πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς.²⁸ Ο σαφής και ακριβής προσδιορισμός της σύνθετης αυτής έννοιας, βρίσκεται ουσιαστικά σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης, χωρίς να έχει ακόμα καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο, ομοιόμορφο και κοινά αποδεκτό τρόπο, ειδικά αφού

βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας.²⁹ Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής είναι τελικά υποκειμενική, άλλα πολλοί είναι αυτοί που εκτιμούν ότι οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι ίσης σημασίας. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της φαίνεται να γίνεται αποδεκτός από την μεγάλη πλειοψηφία, αν και μερικοί υποστηρίζουν ότι αυτό δεν αποκλείει την μονοδιάστατη έκφρασή της. Στα πλαίσια αυτά έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί πολλές διαφορετικές απόψεις και ορισμοί που αφορούν την ποιότητα ζωής.²⁴

Η προσπάθεια να εξισωθεί η ποιότητα ζωής με το αρχαιοελληνικό αντίστοιχο, δηλαδή την αριστοτελική έννοια της ευδαιμονίας, σίγουρα δεν μπορεί να καλύψει τον πολύπλευρο, σύγχρονο χαρακτήρα της έννοιας. Κι αυτό γιατί η ταύτιση της ευδαιμονίας με την ευζωία και την ευπραξία, θα σήμαινε ότι η καλή ή η κακή ποιότητα ζωής ενός ατόμου, συναρτάται με το πόσο ενάρετο και ηθικό είναι το άτομο. Όσον αφορά την σχέση ποιότητας ζωής και ευτυχίας, είναι τουλάχιστον εμφανές ότι πρόκειται για διακριτές έννοιες. Χωρίς αμφιβολία η καλή ποιότητα ζωής αποτελεί συνήθως παράγοντα ευτυχίας, αν και σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αισθάνονται ευτυχή παρόλο που διαβιούν υπό συνθήκες εξαθλίωσης, ή και το αντίθετο.²¹

Η αναζήτηση ενός σύγχρονου ορισμού για την ποιότητα ζωής θα πρέπει να στραφεί στους χώρους των κοινωνικών επιστημών και της ιατρικής από όπου και προέρχεται και όχι στο χώρο της φιλοσοφίας.²¹ Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και τη διατήρηση της υγείας.³⁰

Σύμφωνα με τον Campbell (1976), η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης. Διάφοροι προσδιοριστικοί παράγοντες όπως ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, η εργασία, η αστική ή αγροτική ζωή, η κατοικία, η εκπαίδευση, το βιοτικό επίπεδο, μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό ικανοποίησης στη ζωή.³¹ Οι Young και Longman (1983), συμφωνούν με την παραπάνω άποψη και υποστηρίζουν ότι «η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός ικανοποίησης σύμφωνα με τις παρούσες συνθήκες ζωής, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άνθρωπος».³² Για τον Bowling (1991), ποιότητα

ζωής «είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και η ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του».³³ Ο Fallowfield (1990), προτείνει τέσσερις κυρίαρχες διαστάσεις που συνυπάρχουν στην έννοια της ποιότητας ζωής. Την ψυχολογική (π.χ. κατάθλιψη), την κοινωνική (π.χ. συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και ελεύθερος χρόνος), την επαγγελματική (π.χ. δυνατότητα να εκτελεσθεί πληρωμένη και οικιακή εργασία) και την φυσική (π.χ. πόνος, ύπνος, κινητικότητα).³⁴

Σύμφωνα με τον Κονταράτο (1983), η ποιότητα ζωής μιας πληθυσμιακής ομάδας σχετίζεται με το βιοτικό επίπεδο, το πολιτισμικό επίπεδο (στο οποίο περιλαμβάνονται οι αξίες, η συμπεριφορά και οι εμπειρίες, η κοινωνική οργάνωση της ομάδας που σχετίζεται με τη μορφή του πολιτεύματος, τη διάρθρωση των κρατικών υπηρεσιών, το σύστημα της οικονομίας, την προστασία της υγείας και του φυσικού περιβάλλοντος κ.α.), τις διεθνείς σχέσεις της πληθυσμιακής ομάδας και τέλος τις ευκαιρίες δημιουργικής έκφρασης και προσωπικής εξέλιξης των ατόμων.³⁵ Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερεύνητους.³⁶

Η προστασία της υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας ζωής, καθώς δε μπορεί να νοηθεί οικονομική και κοινωνική πρόοδος χωρίς τη συμβολή του παράγοντα υγεία. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ βιοτικού επιπέδου και επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, που οφείλεται στη βελτίωση της διατροφής, της υγιεινής και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι συσχετίσεις αυτές αποδεικνύονται τόσο μεταξύ ανεπτυγμένων και υπό ανάπτυξη χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών σε εθνικό επίπεδο.³⁷ Με βάση αυτή τη διαπίστωση, οι ρίζες του όρου ποιότητα ζωής μπορεί να αναζητηθούν στον ορισμό της υγείας. Στα πλαίσια αυτά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδωσε το δικό του ορισμό σύμφωνα με τον οποίο «η ποιότητα ζωής είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους. Είναι μια ευρέως φάσματος έννοια που επηρεάζεται με ένα πολύπλοκο τρόπο από την φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με τα

χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του». Πρόκειται για ένα υποκειμενικό ορισμό, αφού δίνεται έμφαση στον τρόπο που το ίδιο το άτομο αξιολογεί την ποιότητα της ζωής του.³⁸

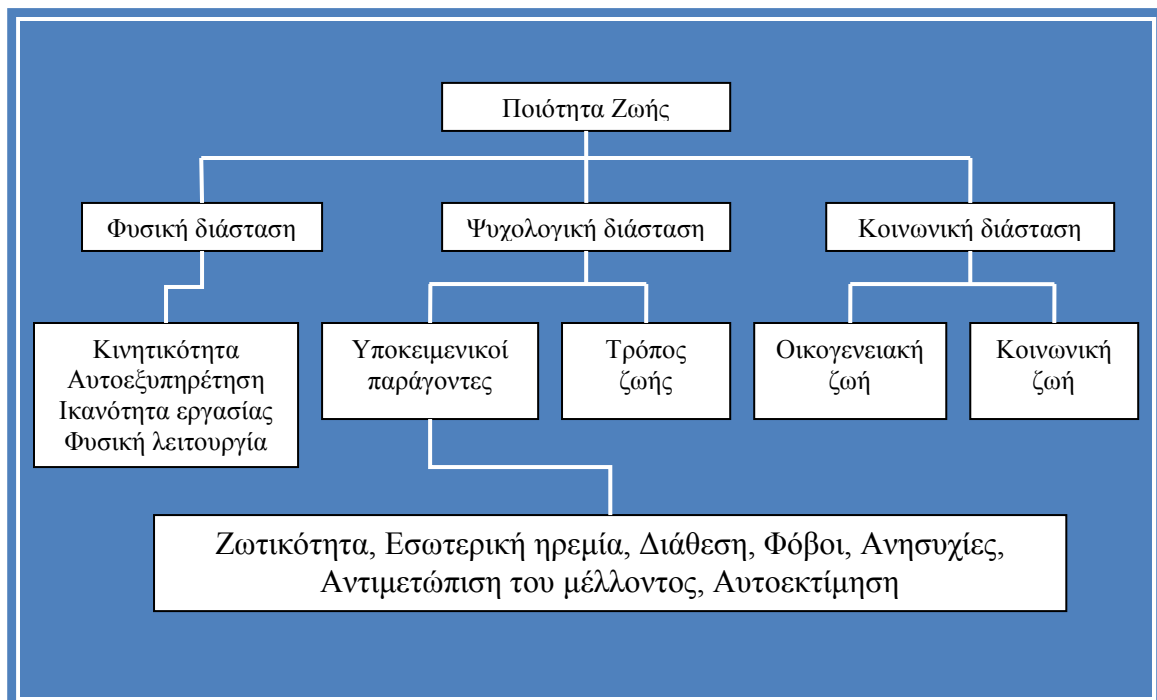
2.3 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life, HRQoL)

Με σκοπό να διαχωριστεί η ποιότητα ζωής με τη γενική της έννοια, από την ποιότητα ζωής που αφορά το αγαθό της υγείας, χρησιμοποιείται ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής». Η «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται οι πλευρές της ζωής των ατόμων που επηρεάζονται από την προσωπική υγεία και τις δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης που στοχεύουν στη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας. Πρόκειται για ένα επιστημονικό δημιούργημα που εστιάζει στην υγεία, καθώς δεν αναφέρεται γενικά στην ευτυχία, την ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, του κλίματος ή του περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Πρόκειται για μια δυναμική, πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία.^{14,28}

Η προσπάθεια εννοιολογικής προσέγγισης του όρου έχει οδηγήσει στην έκφραση πολλών και διαφορετικών ορισμών, χωρίς να υπάρχει κοινή συναίνεση. Κατά μία άποψη, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής «είναι η ανάλυση εκείνη η οπού μετρά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική προσέγγιση της ζωής».²⁸ Στα πλαίσια του χώρου της Δημόσιας Υγείας και σε συνάρτηση με την πολιτική υγείας οι Patrick και Erickson ορίζουν της σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ως «την αξία που σχετίζεται με τη διάρκεια της ζωής, όπως αυτή διαμορφώνεται από τη λειτουργική κατάσταση, τις προσωπικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από την ασθένεια, τον τραυματισμό, τη θεραπεία και την πολιτική υγείας».³⁹ Οι Wilson και Cleary υποστηρίζουν ότι πρόκειται για την ικανοποίηση ή την ευτυχία ενός ατόμου από τις παραμέτρους της ζωής του, στο μέτρο που έχουν επιπτώσεις ή επηρεάζονται από την υγεία. Η «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» μπορεί να διακριθεί από την «ποιότητα ζωής» δεδομένου ότι ασχολείται πρώτιστα με εκείνους τους παράγοντες που εμπíπτουν στα πλαίσια των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.⁴⁰

Συνεπώς, η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life), που έχει περιγραφεί ως μια αποκλειστικά προσωπική αντίληψη, αναφέρεται ουσιαστικά στην επίδραση που επιφέρει στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής ενός ατόμου, η νόσος από την οποία πάσχει, και το βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση με τις συνθήκες ζωής του. Ως εκ τούτου, στη διαμόρφωση της έννοιας της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, εμπλέκονται μια σειρά καταστάσεων όπως η φυσική υγεία και λειτουργικότητα, η κοινωνική ευημερία και η ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία.⁴¹

Αναλυτικότερα, οι τρεις κύριες διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι: (Εικόνα 2.2)



Εικόνα 2.2: Οι κύριες διαστάσεις της ποιότητας ζωής
 Πηγή: Yfantopoulos, 2001

1. Η σωματική διάσταση: Η αντίληψη ως υγιούς ή ασθενούς, η προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας στις καθημερινές δραστηριότητες,
2. Η ψυχολογική-συναισθηματική διάσταση: Ο αυτοσεβασμός, η ευτυχία και η ικανοποίηση
3. Η κοινωνική διάσταση: Η συζυγική, η κοινωνική και η επαγγελματική προσαρμογή.

2.3.1 Η χρησιμότητα της έννοιας «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής»

Η άσκηση της παραδοσιακής ιατρικής, που αποτέλεσε το βασικό έργο των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα, δεν αρκεί για να αντιμετωπιστούν οι σύγχρονες προκλήσεις της σημερινής εποχής. Το ενδιαφέρον των προμηθευτών και χρηστών υπηρεσιών υγείας επικεντρώνεται πλέον στη σύγχρονη και πολυδάπανη βιοϊατρική και φαρμακευτική τεχνολογία και την κάλυψη των αυξημένων προσδοκιών και πολύπλευρων κοινωνικών αιτημάτων. Η αναγκαιότητα ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων και η αναζήτηση των αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων επιλογών απασχολούν διεθνώς όλους τους εμπλεκόμενους στο χώρο της υγείας.⁴² Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η παράλληλη αύξηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, έφερε τους επαγγελματίες υγείας αντιμέτωπους με καταστάσεις που απαιτούν ένα ευρύτερο ορισμό της υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των σωματικών, κοινωνικών και ψυχικών λειτουργιών του ασθενούς και δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπεία των βιολογικών εκδηλώσεων της ασθένειας.¹⁴

Στα πλαίσια αυτά, χρησιμοποιείται μια θετική και διευρυμένη ορολογία, πέραν των παραδοσιακών αρνητικών δεικτών υγείας, που περιλαμβάνει την ποιοτική διάσταση της ζωής του ασθενούς. Η αναγνώριση και ανάπτυξη του επιστημονικού πεδίου της ποιότητας ζωής σε συνάρτηση με την υγεία και η ανάδειξη της αξίας της υποκειμενικής διάστασης στις αξιολογήσεις, αποτυπώνει μια νέα αντίληψη για την κλινική πρακτική και την έρευνα στην ιατρική.¹³ Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, παρέχει ένα κοινό συγκριτικό τρόπο μέτρησης, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της επίδρασης διαφορετικών θεραπειών της ίδιας κατάστασης υγείας ή την επίδραση διαφορετικών θεραπειών μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων υγείας, απεικονίζοντας ουσιαστικά το πολυπαραγοντικό φορτίο που επωμίζεται ο ασθενής λόγω της κλινικής του κατάστασης. Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής έχουν σταδιακά εξελιχθεί με σκοπό την καλύτερη χρήση τους στην αξιολόγηση της ασθένειας, της θεραπείας και των άλλων μεταβλητών που έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής.⁴³ Είναι πλέον αναγκαίο, η επιβεβαίωση των νέων θεραπειών να γίνεται όχι μόνο με τη μέτρηση του κόστους προς το όφελος, αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς για την γενική του κατάσταση. Ο καθορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών

βοηθημάτων, συνεισφέροντας ταυτόχρονα στη διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών και δράσεων που οδηγούν στη συνεχή βελτίωση της ζωής του πολίτη.

Ενώ, λοιπόν, οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται κυρίως για τις αλλαγές στις αντικειμενικές φυσικές μετρήσεις, οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας τους ενδιαφέρονται εξίσου, ή και περισσότερο, για το εάν και κατά πόσο μια θεραπεία ή παρέμβαση επηρεάζει τα συμπτώματα τους, τις φυσικές τους λειτουργίες αλλά και τον κοινωνικό τους ρόλο. Ως εκ τούτου, τα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής αναπτύχθηκαν έτσι ώστε να επικεντρώνονται στους τομείς που οι ίδιοι οι ασθενείς επιδεικνύουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Επομένως παρέχουν μια αξιολόγηση της υποκειμενικής εκτίμησης του ασθενή, 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. Συνεπώς, τα εργαλεία αυτά περιγράφουν ή χαρακτηρίζουν την κατάσταση της ζωής του ασθενούς ως αποτέλεσμα της εφαρμοζόμενης θεραπείας και είναι ιδιαιτέρως χρήσιμα και σημαντικά ως συμπληρωματικά στις παραδοσιακές, φυσικές και βιολογικές παραμέτρους εκτίμησης της κατάστασης της υγείας.⁴⁰

2.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας και ποιότητας ζωής

Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, οι σημαντικότεροι προσδιοριστές του οποίου αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου.²⁴ Συνοψίζοντας τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων και ομάδων πληθυσμού, είναι δυνατή η ομαδοποίησή τους στις ακόλουθες κατηγορίες:^{24,44}

(α) Κοινωνικοοικονομική δομή και η λειτουργία της κοινωνίας: τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

(β) Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες: επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των τομέων της οικονομίας.

(γ) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: τρόπος ζωής, κατοικία, κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες.

(δ) Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: ήθη και έθιμα, αναλφαβητισμός, εκπαιδευτικό σύστημα, νοοτροπίες, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά, άσκηση κοινωνικών ρόλων.

(ε) Περιβαλλοντικοί παράγοντες: επίπεδο οικολογικής προστασίας, βαθμός μόλυνσης και καταστροφής των οικοσυστημάτων.

(στ) Γεωφυσικοί παράγοντες: φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, κλιματολογικές συνθήκες.

(ζ) Δημογραφικοί παράγοντες: ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, μετανάστευση, σύνθεση κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.α.

(η) Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

2.5 Δείκτες ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής ως πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο, αποτελεί μέγεθος τόσο με ποσοτικά όσο και ποιοτικά γνωρίσματα. Περιλαμβάνει τόσο τους αντικειμενικούς και κοινωνικούς δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης και κοινωνικής ευημερίας, όσο και τους υποκειμενικούς ατομικούς δείκτες της σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να αποτυπώσουν την κοινωνική και ατομική πραγματικότητα που επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και αποτελούν χρήσιμα μεθοδολογικά εργαλεία εκτίμησης της ανθρώπινης ανάπτυξης και ποιότητας ζωής.²⁴

2.5.1 Κοινωνικοί δείκτες ποιότητας ζωής: Δείκτες υγείας και ανθρώπινης ανάπτυξης

Οι κοινωνικοί δείκτες ποιότητας ζωής αποτυπώνουν τη συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους υγειονομικούς παράγοντες και τους δείκτες υγείας ενός πληθυσμού. Η αξιοποίησή τους δίνει τη δυνατότητα μακροχρόνιας παρακολούθησης της εξέλιξης ενός φαινομένου και συμβάλλει στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων. Οι προσπάθειες διαμόρφωσης και χρήσης παγκόσμια αποδεκτών και διαχρονικών δεικτών υγείας συνεχίζεται εδώ και σχεδόν ένα αιώνα, χωρίς να είναι ακόμα εφικτή η καθιέρωση ενός πρότυπου, ιδεώδη δείκτη υγείας.^{24,37}

Λαμβάνοντας υπόψη την έννοια της υγείας, όπως αυτή καθορίζεται από τον ορισμό που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθετεί και το πρότυπο της δημόσιας υγείας που πρώτος ο Marc Lalondeⁱ εισήγαγε, η Ευρωπαϊκή Ένωση με το πρόγραμμα ECHI-1⁴⁶ και ECHI-2⁴⁷ επιχείρησε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση καθιερώνοντας ένα κατάλογο με επιλεγμένους δείκτες υγείας.

Οι κατηγορίες στις οποίες διακρίνονται οι δείκτες υγείας αφορούν τα εξής:

1. Κατάσταση της Υγείας
2. Καθοριστικοί παράγοντες Υγείας
3. Υγειονομικές Υπηρεσίες
4. Προαγωγή Υγείας
5. Δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Οι δείκτες που απεικονίζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί δείκτες, όπως οι δείκτες γεννητικότητας, γονιμότητας και προσδόκιμο επιβίωσης, αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Οι αρνητικοί δείκτες, όπως οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (νεογνικής, μητρικής, περιγεννητικής κ.α.), είναι οι πλέον εύχρηστοι και χρησιμοποιούνται ως μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής μεταξύ διαφόρων χωρών.

Οι δείκτες των καθοριστικών παραγόντων υγείας αναφέρονται έξω από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνουν τους προσωπικούς και βιολογικούς παράγοντες, τις συμπεριφορές υγείας (παράγοντες τρόπου ζωής) και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, που αντανακλούν την ποιότητα ζωής.

Οι δείκτες που αφορούν τις Υγειονομικές Υπηρεσίες αποτελούν χρήσιμους τρόπους αξιολόγησης των συστημάτων υγείας σαν σύνολο. Σε αυτούς περιλαμβάνονται δείκτες για τις νοσοκομειακές κλίνες, τους εισαχθέντες ασθενείς, τον αριθμό των ιατρών και

ⁱ Ο Lalonde εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου: οι ανεπάρκειες των υπαρχόντων συστημάτων υγείας, ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες (Lalonde, 1974).⁴⁵

νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό που εξυπηρετούν, τη μέση διάρκεια νοσηλείας, τη μέση ημερήσια κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών κτλ.

Οι δείκτες για την προαγωγή υγείας αφορούν την πρόληψη, την προστασία και την προώθηση της υγείας, τόσο μέσω των υγειονομικών υπηρεσιών (προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του μαστού, εμβολιασμών σε παιδιά κτλ), όσο και μέσω τη γενικότερης πολιτικής κάθε χώρας (π.χ. νόμοι για τις ζώνες ασφαλείας, τα κράνη, την πώληση τσιγάρων και αλκοόλ).

Οι δείκτες που αφορούν τους δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, παρέχουν μια γενική εικόνα της κατάστασης σε μια χώρα ή μια περιοχή, και ένα πλαίσιο αναφοράς για πολλούς από τους άλλους δείκτες υγείας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται δεδομένα που αφορούν την εκπαίδευση, την ανεργία, τη φτώχεια, την εργασία κ.α.^{46,47}

2.5.2 Ατομικοί δείκτες ποιότητας ζωής: Δείκτες σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας

Η ποιότητα ζωής σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνει ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας, που αφορά τις διαστάσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, παραπέμποντας ταυτόχρονα στην έννοια της υγείας.

Η σωματική ευεξία αναφέρεται στην εκτίμηση του ασθενή για την υγεία του και το επίπεδο της σωματικής του κατάστασης και λειτουργίας, όπως αυτό καθορίζεται από παράγοντες όπως ο πόνος και η νοσηρότητα. Η ψυχική ευεξία αφορά τη ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ασθενούς και επηρεάζεται από καταστάσεις που έχουν να κάνουν με το άγχος, την κατάθλιψη, την αυτοεκτίμηση, την ικανότητα προσαρμογής στην αρρώστια κ.α. Στην κοινωνική ευεξία σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και η άσκηση κοινωνικών ρόλων. Η ικανότητα για οικιακή ή αμειβόμενη εργασία αποτελεί ένα από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες στον τομέα αυτό.²⁴

2.6 Περιορισμοί και προβλήματα εκτίμησης της ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί σήμερα μια σύγχρονη πρόκληση. Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται ολοένα και περισσότερες έρευνες που επιχειρούν να μετρήσουν και να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ακόμα πολλά προβλήματα και αδυναμίες στις περισσότερες περιπτώσεις. Η εννοιολογική σύγχυση που καταγράφηκε πριν από τρεις δεκαετίες εξακολουθεί να υφίσταται σε μεγάλο βαθμό. Οι διαφορετικές αντιλήψεις και ορισμοί για την ποιότητα ζωής, σε συνδυασμό με τις πολλές και συχνά αυθαίρετες αλληλοσυσχετίσεις και διασυνδέσεις των προσδιοριστικών παραγόντων, αποτελούν ένα από τους κυριότερους περιορισμούς.⁴⁸ Οι βάσεις για την επίλυση του προβλήματος αυτού φαίνεται να έχουν τεθεί, τουλάχιστον τα τελευταία χρόνια. Σήμερα υπάρχει σύγκλιση και κοινή αποδοχή από τους περισσότερους ερευνητές ότι στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο οι υποκειμενικές παράμετροι (π.χ. ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ευεξία), όσο και οι αντικειμενικές παράμετροι (π.χ. σωματική λειτουργικότητα, συμπτώματα, αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων).⁴⁹

Η απουσία θεωρητικής θεμελίωσης της ποιότητας ζωής οδηγεί αναπόφευκτα σε δυσχερή σχεδιασμό των οργάνων μέτρησης. Το αποτέλεσμα είναι η εφαρμογή πολλών και ανομοιογενών μεθοδολογικών προσεγγίσεων και εργαλείων μέτρησης που περιορίζουν σημαντικά τη συγκρισιμότητα 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 (π.χ. The Sickness Impact Profile (SIP), SF-36 Health Survey).^{24, 50}

Μια ακόμα σημαντική διαπίστωση που παρουσιάζεται σε πολλές μελέτες και δημιουργεί προβλήματα στην ερμηνεία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, είναι η ασυμβατότητα και αναντιστοιχία των εκτιμήσεων μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών παραμέτρων της ποιότητας ζωής. Σε πολλούς ασθενείς η βελτίωση της σωματικής τους υγείας, δεν συμβαδίζει με αντίστοιχη βελτίωση της γενικής τους υγείας.²⁴

Κεφάλαιο 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 Εισαγωγή στη μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η επέκταση και επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, σε συνδυασμό με τον παρατεταμένο χρόνο παροχής ιατρικής φροντίδας που απαιτούν, οδήγησε τους επιστήμονες υγείας στην αναζήτηση τρόπων μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη ενδιαφέρεται τόσο για τα αποτελέσματα των θεραπευτικών ιατρικών πράξεων στην αποκατάσταση ή βελτίωση της υγείας και στην παράταση της ζωής, όσο και για τους κινδύνους, τα οφέλη και τις επιπτώσεις τους στη ζωή των ασθενών.^{37, 51}

Στα πλαίσια αυτά, η έρευνα για την ποιότητα ζωής καταγράφει και αξιολογεί το συνδυασμό δύο διαστάσεων: Την υποκειμενική διάσταση που αφορά την προσωπική, υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς για τη ζωή του και την αντικειμενική διάσταση που εστιάζει στην εκτίμηση των εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του.³⁷

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες με στόχο την αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Πίνακες και ερωτηματολόγια έχουν σχεδιαστεί και σταθμιστεί, ενώ γενικοί και ειδικοί δείκτες έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση των λειτουργιών και δραστηριοτήτων και της ικανοποίησης των ασθενών ως προς την έκβαση της ασθένειας.⁵² Μεταξύ των πρώτων προσπαθειών για την εκτίμηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ήταν αυτή του Kamofski ο οποίος κατασκεύασε ένα πίνακα επιδόσεων ειδικά σχεδιασμένο, ώστε να εφαρμόζεται σε καρκινοπαθείς από τον ιατρό, ο οποίος συγχρόνως βαθμολογούσε τις επιδόσεις του ασθενή.⁵³ Πιο πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, ικανό να εφαρμόζεται σε διάφορους πληθυσμούς και ποικίλες καταστάσεις. Το εργαλείο αυτό, που καλείται WHOQOLⁱⁱ (World Health Organization Quality of Life), είναι ειδικά διαμορφωμένο, ώστε να εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα πολιτιστικά πλαίσια και να παρέχει συγκρίσιμα αποτελέσματα.³⁸

ⁱⁱ Οι σημαντικότεροι παράγοντες της ποιότητας ζωής που περιλαμβάνονται αφορούν τη σωματική υγεία, τις ψυχικές λειτουργίες, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.^{38, 53}

3.2 Στάδια ερευνητικής προσέγγισης στη μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η βασική μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής για την εκτίμηση των υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων της ποιότητας, με τη χρήση ερωτηματολογίων, οφείλει να ακολουθεί τα ακόλουθα στάδια:^{24, 49, 54}

- 1) **Ορισμός της ποιότητας ζωής**, ο οποίος πρέπει να είναι ευκρινής και σαφώς διατυπωμένος ώστε να αποφεύγεται η πιθανότητα παρανόησης των ερωτήσεων ή παρερμηνείας των αποτελεσμάτων.
- 2) **Η φιλοσοφία της ανθρώπινης ζωής**, από την οποία προκύπτει ο ορισμός της ποιότητας ζωής, πρέπει να χαρακτηρίζεται από συνοχή και ειρμό. Η έλλειψη της μπορεί να υποκρύπτει αυθαιρεσία, σύγχυση ή κοινωνική προκατάληψη.
- 3) **Η θεωρία που πηγάζει από τη φιλοσοφία αυτή**, οφείλει να προσδώσει ευκρίνεια στις διαστάσεις της ζωής και να επιτρέψει τη λεπτομερή διερεύνησή τους, δημιουργώντας ερωτήματα σαφή και σταθμισμένα.
- 4) **Εναλλακτικές απαντήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας**, που μπορούν να ερμηνευτούν ποσοτικά σύμφωνα με τη θεωρία που χρησιμοποιείται και καθιστούν δυνατή τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων.
- 5) **Η ύπαρξη και εφαρμογή τεχνικών ελέγχων της έρευνας**, που αφορούν στην αξιοπιστία, την εγκυρότητα και άλλες παραμέτρους της έρευνας.
- 6) **Η εγκυρότητα περιεχομένου, ερμηνείας και σημασίας**, είναι πολύ σημαντικά τόσο για τους ερευνητές, όσο και για το σύνολο των ασθενών που συμμετέχουν στην έρευνα.
- 7) **Η αισθητική παρουσίαση του ερωτηματολογίου**, εκτός από το περιεχόμενό του, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η διατύπωση, η σύνθεση, η σειρά των ερωτήσεων, η επιλογή των λέξεων, οι οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, πρέπει να είναι απλά και κατανοητά για τον πληθυσμό που απευθύνονται.

3.3 Μεθοδολογικά προβλήματα

Όπως γίνεται κατανοητό, η ποιότητα ζωής αποτελεί μια αφηρημένη και πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της οποίας μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Οι πολλαπλές και αλληλεπιδρώμενες διαστάσεις που

συμμετέχουν στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, καθιστούν περίπλοκη και δυσχερή κάθε τέτοια προσπάθεια.

3.3.1 Πολλαπλή προσέγγιση και μέτρηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής

Το μείζον ζήτημα που πάντα τίθεται, είναι το πώς μπορεί ακριβέστερα και πληρέστερα να μελετηθεί κάθε ιδιαίτερη διάσταση της ζωής, συμβατή με τους στόχους της έρευνας. Μία μόνο ερώτηση δεν αρκεί και περιορίζει το εύρος και βάθος της διάστασης προς μελέτη. Εάν δεν χρησιμοποιηθούν πολλαπλές μετρήσεις της ίδιας διάστασης με διαφορετικές προσεγγίσεις, το αποτέλεσμα της μέτρησης πιθανότατα να μην εκφράζει αυτό που επιζητείται, να μην είναι έγκυρο και να συγχέεται με άλλες διαστάσεις.^{24, 49} Η επιλογή του στόχου της έρευνας καθορίζει τις ποιοτικές και ποσοτικές ανάγκες της μέτρησης της ποιότητας ζωής. Η ακόλουθη εξίσωση συσχετίζει τη μέτρηση μιας διάστασης της ποιότητας ζωής με τα ερωτήματα που συμβάλλουν στην υψηλή ακρίβεια και εγκυρότητα της μέτρησης.⁵⁵

$$X = C_1 + C_2 + C_3 + E$$

όπου X είναι η επιζητούμενη μέτρηση μιας διάστασης της ποιότητας ζωής,

C₁ είναι το κεντρικό ερώτημα,

C₂, C₃...C_n είναι άλλα ερωτήματα που συμβάλλουν στην πληρέστερη ακρίβεια της μέτρησης,

E είναι ένας βαθμός σφάλματος της μέτρησης.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των επιπλέον ερωτήσεων C₂, C₃...C_n, τόσο περισσότερο μειώνεται η πιθανότητα επίδρασης του σφάλματος E στην τελική μέτρηση της συγκεκριμένης διάστασης της ποιότητας ζωής και τόσο περισσότερο το X αποτελεί μια αξιόπιστη μέτρηση του C₁. Η χρήση πολλαπλών μετρήσεων βελτιώνει την εγκυρότητα για κάθε διάσταση της ποιότητας ζωής και στα πλαίσια αυτά η επιλογή οργάνων που περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε διάσταση της ποιότητας ζωής, κρίνεται μεθοδολογικά επιβεβλημένη.²⁴

3.3.2 Χρήση συνδυασμού εργαλείων μέτρησης

Τα περισσότερα όργανα μέτρησης έχουν κατασκευαστεί για γενική χρήση, με σκοπό την εφαρμογή τους σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Ωστόσο, τα εργαλεία αυτά μπορεί να μην ανταποκρίνονται στις ανάγκες μιας έρευνας, που εστιάζει σε ιδιαίτερες εκφάνσεις της ζωής μιας κατηγορίας ασθενών με συγκεκριμένη νόσο. Η μεγάλη ποικιλία που υπάρχει σήμερα σχετικά με την επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης, έχει οδηγήσει στη χρήση επιμέρους τμημάτων από διάφορα εργαλεία μέτρησης. Ανάλογα με τους στόχους, το χρόνο και το κόστος της έρευνας, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Πλεονέκτημα αυτής της πρακτικής είναι η πληρέστερη και ακριβέστερη εκτίμηση της διάστασης προς μελέτη. Πιθανόν μειονέκτημα είναι ότι καθίσταται πιο δύσκολη η σύγκριση των μετρήσεων μεταξύ συναφών μελετών της ποιότητας ζωής.^{24, 54}

3.3.3 Χρήση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης

Οι κύριες πηγές των πληροφοριών για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι οι ίδιοι οι ασθενείς, οι θεράποντες ιατροί ή άλλοι επαγγελματίες υγείας. Η επιλογή της πηγής πληροφόρησης εξαρτάται από τους γενικούς και ειδικούς στόχους της έρευνας, την εννοιολογική προσέγγιση και το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, το εύρος και το βάθος των προς μέτρηση διαστάσεων της ποιότητας ζωής, καθώς και το χρόνο και το κόστος της έρευνας. Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι ασθενείς εκφράζουν μια υποκειμενική εκτίμηση, ενώ οι επαγγελματίες υγείας μια αντικειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Όταν κάποιες απαντήσεις – αποτελέσματα τόσο από ασθενείς όσο και από τους άμεσα θεράποντες ιατρούς, δημιουργήσουν σύγχυση, τότε διερευνάται η δυνατότητα χρησιμοποίησης τρίτων πηγών όπως είναι τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος και οι ιατρικοί φάκελοι.⁴⁹

Ιδιαίτερα σημαντική για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, είναι η διάκριση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων, καθώς επίσης ο καθορισμός του συγκριτικού σημείου αναφοράς της έρευναςⁱⁱⁱ, με βάση το οποίο θα αξιολογηθεί η κατάσταση υγείας ή η ποιότητα ζωής του ασθενή. Τέλος, ουσιαστικό ζήτημα, είναι και ο τρόπος επιλογής των στοιχείων-πληροφοριών σύμφωνα με τους στόχους, το χρόνο και το κόστος της έρευνας. Οι

ⁱⁱⁱ Το συγκριτικό σημείο αναφοράς μπορεί να είναι ο γενικός πληθυσμός ή άλλοι ασθενείς της ίδιας ή διαφορετικής ομάδας. Επίσης, μπορεί να είναι ο ίδιος ο ασθενής όταν ήταν πιο υγιής ή πιο άρρωστος.

συνηθέστεροι τρόποι συλλογής στοιχείων είναι το ερωτηματολόγιο, η προσωπική συνέντευξη και η τηλεφωνική έρευνα^{iv}, των οποίων ο συνδυασμός παρουσιάζει τα περισσότερα πλεονεκτήματα.⁴⁹

Συμπερασματικά, η χρήση πολλαπλών μετρήσεων των διαστάσεων της ζωής, ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων, αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών, καθιστά πιο συγκεκριμένη την αφηρημένη έννοια της ποιότητας ζωής.

3.4 Βασικές αρχές και κριτήρια χρήσης των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής

Παρά την ύπαρξη πολλών και διαφορετικών προσεγγίσεων και θεωριών, ο σχεδιασμός και η επιλογή κάθε εργαλείου μέτρησης οφείλει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις και συνθήκες, προκειμένου τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να μπορούν να ερμηνευτούν. Οι βασικές αυτές συνθήκες είναι: η αξιοπιστία, η εγκυρότητα, η ειδικότητα, η ευαισθησία και η ανταποκρισιμότητα.^{14, 24, 28, 49, 56}

3.4.1. Αξιοπιστία (Reliability)

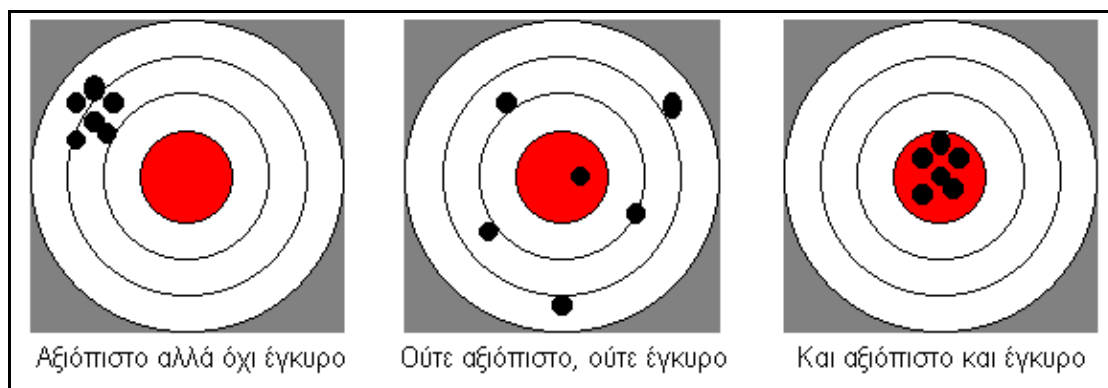
Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής εξασφαλίζει ότι το εργαλείο αυτό μετρά με ακρίβεια και συνέπεια αυτό που κατασκευάστηκε να μετρά και δεν επηρεάζεται από την πλειονότητα των τυχαίων παραγόντων της ζωής των ατόμων, που μπορούν να παρεμβάλλονται κατά τη διάρκεια της μέτρησης. Δηλαδή τα ευρήματα της μέτρησης είναι σταθερά, σε κάθε επανάληψη χρήσης του εργαλείου κάτω από τις ίδιες προϋποθέσεις και συνθήκες.⁵⁷ Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης αξιολογείται με διάφορους τρόπους. Ο πιο συνηθισμένος αποτελεί την εκτίμηση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) με τη χρήση του συντελεστή άλφα του Cronbach.⁵⁸ Όσο πιο κοντά στο 1 είναι ο συντελεστής, τόσο μεγαλύτερη είναι η ομοιογένεια μεταξύ των στοιχείων και επομένως, τόσο μεγαλύτερη η εμπιστοσύνη που μπορεί να αποδοθεί στα στοιχεία που αφορούν τον υπό

^{iv} Το ερωτηματολόγιο θα μπορούσαμε να το κατατάξουμε στις ποσοτικές μετρήσεις. Οι ποσοτικές μετρήσεις βασίζονται στην υπόθεση ότι η πραγματικότητα υπάρχει και ότι μπορεί να μετρηθεί με αριθμητικούς όρους, συνήθως χρησιμοποιώντας τυποποιημένες, γενικά αποδεκτές μετρήσεις π.χ. ερωτηματολόγια, που έχουν δοκιμαστεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους. Την προσωπική συνέντευξη θα μπορούσαμε να την κατατάξουμε στις ποιοτικές μετρήσεις. Οι ποιοτικές μετρήσεις εστιάζονται στην αναγνώριση σημαντικών δεδομένων.

έρευνα τομέα της υγείας. Συνήθως, ένα καλό εργαλείο μέτρησης έχει συντελεστή, που κυμαίνεται μεταξύ 0,70 και 0,90. Ωστόσο, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, δεδομένου ότι οι alpha συντελεστές, που είναι μεγαλύτεροι του 0,95 μπορεί να μετρούν στοιχεία, τα οποία στην πραγματικότητα είναι ταυτόσημα. Η αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης αποτελεί προϋπόθεση της σωστής ερμηνείας των αποτελεσμάτων της μέτρησης. Εάν ο συντελεστής αξιοπιστίας ενός οργάνου μέτρησης δεν είναι γνωστός, τότε η βελτίωση ή η επιδείνωση της ποιότητας ζωής ενός αρρώστου μπορεί να αποδίδεται στη συγκεκριμένη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ στην πραγματικότητα πιθανόν να οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

3.4.2 Εγκυρότητα (Validity)

Η εγκυρότητα αναφέρεται στη δυνατότητα του εργαλείου να μετρά αυτό που κατασκευάστηκε να μετρά, ποσοτικοποιώντας το στοιχείο ή τη διάσταση αυτή. Ο έλεγχος της εγκυρότητας είναι πιο σημαντικός από την αξιοπιστία, καθώς ένα εργαλείο με χαμηλή αξιοπιστία χαρακτηρίζεται και από μειωμένη εγκυρότητα, ενώ ένα έγκυρο εργαλείο είναι εξ' ορισμού και αξιόπιστο. Η εκτίμηση της εγκυρότητας είναι πιο δύσκολη από την εκτίμηση της αξιοπιστίας καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.⁴⁹



Εικόνα 3.1: Η σχέση αξιοπιστίας και εγκυρότητας

Πηγή: Χατζηνεοφύτου, 2006

Η εγκυρότητα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους: εγκυρότητα έκφρασης (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion validity) και δομική εγκυρότητα (construct validity). Η εγκυρότητα έκφρασης εξετάζει αν τα θέματα ενός εργαλείου αφορούν θέματα που σχετίζονται άμεσα με το σκοπό της δοκιμασίας, είναι εύκολα κατανοητά και έχουν αντικειμενικά προφανή έννοια. Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στο εάν τα βασικά θέματα που αφορούν το σκοπό της έρευνας

έχουν επιλεγεί σωστά, είναι κατάλληλα και έχουν συμπεριληφθεί στην κατασκευή του εργαλείου. Η εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο εξετάζει τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων με τη χρήση άλλων εργαλείων μέτρησης - κριτηρίων, που υπολογίζουν την ίδια μεταβλητή. Από τη συσχέτιση αυτή προκύπτει ο συντελεστής εγκυρότητας. Η δομική εγκυρότητα είναι η δυνατότητα του εργαλείου μέτρησης να διακρίνει και να καταγράφει διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων.^{14, 24, 59}

3.4.3 Ειδικότητα (specificity)

Η ειδικότητα ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής του προσδίδει την ικανότητα να διακρίνει διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής, τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές υπό έρευνα ομάδες.²⁸

3.4.4 Ευαισθησία (sensitivity)

Η ευαισθησία εκφράζει την ακρίβεια της κλίμακας μέτρησης και το κατά πόσο διαπιστώνονται από τη χρήση της κλίμακας τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας ή η ψυχολογική εξάρτηση από τη νόσο.^{14,24}

3.4.5 Ανταποκρισιμότητα (Responsiveness)

Η έννοια της ανταποκρισιμότητας αποδίδει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει αλλαγές στο φυσικό, το ψυχικό και το κοινωνικό επίπεδο υγείας. Η ανταποκρισιμότητα έχει ιδιαίτερη σημασία στη διαδικασία μέτρησης του επιπέδου υγείας, όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.²⁸

3.5 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Τα τελευταία 30 χρόνια έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί ποικίλα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής στα πλαίσια πολυάριθμων ερευνητικών προσπαθειών για τη μέτρηση των διαφορετικών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Έχουν σταθμιστεί γενικοί και ειδικοί δείκτες μέτρησης, που εστιάζουν σε συγκεκριμένες διαστάσεις της

ποιότητας ζωής ή στο σύνολο της ανθρώπινης ζωής, χρησιμοποιούν κλίμακες μέτρησης διαφόρων βαθμίδων ή ποσοστιαίες κλίμακες και συμπληρώνονται από τους ασθενείς ή τους επαγγελματίες υγείας. Έχοντας ως σκοπό να συμπληρώσουν τις παραδοσιακές κλινικές μετρήσεις, τα συμπεράσματά τους παρέχουν μια αδρή ή πιο λεπτομερή αποτίμηση της ποιότητας ζωής.^{28, 60} Ορισμένα από τα πλέον διαδεδομένα και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής περιγράφονται παρακάτω.

3.5.1 Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής

Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής⁶¹ (Katz Index of Activities of Daily Living) σχεδιάστηκε το 1963, αρχικά για την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης ηλικιωμένων ατόμων σε ιδρύματα. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 ερωτήσεις, που αφορούν στην ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων και διατάσσονται κατά βαθμίδα δυσκολίας. Συμπληρώνεται από το γιατρό ή το νοσηλευτή και οι ασθενείς βαθμολογούνται ανάλογα με το επίπεδο εξάρτησης ή ανεξαρτησίας τους σε συγκεκριμένα θέματα της καθημερινής φροντίδας. Ο Δείκτης Katz χαρακτηρίζεται από καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία όταν εφαρμόζεται σε ηλικιωμένα άτομα, αλλά δεν θεωρείται κατάλληλος σε μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής.⁴⁹

3.5.2 Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski⁶² (The Karnofski Performance Index, KPI) σχεδιάστηκε το 1969 έχοντας σαν στόχο την εκτίμηση των διαστάσεων των σωματικών λειτουργιών, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε 10 επίπεδα με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους, ενώ δεν περιλαμβάνει καθόλου ερωτήσεις για την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ατόμου. Η συμπλήρωση γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας σε μια ποσοστιαία κλίμακα από το 0 μέχρι το 100, που αντιστοιχεί στις διάφορες διαβαθμίσεις της καλής και κακής υγείας. Παρά τη συχνή του χρήση, το εργαλείο αυτό μέτρησης δεν σχεδιάστηκε με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και ως εκ τούτου αποφέρει μόνο μια πολύ αδρή εκτίμηση αυτής.²⁴

3.5.3 Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο

Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο⁶³ (The McGill Pain Questionnaire) σχεδιάστηκε το 1971 και αποτελεί την πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης του πόνου. Τρεις κατηγορίες ομαδοποιημένων απαντήσεων περιγράφουν τον πόνο ως προς τον τρόπο που ο ασθενής τον αισθάνεται, την ένταση και την συναισθηματική του εκδήλωση. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς, διαθέτει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία και καθώς ο πόνος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, χρησιμοποιείται ευρέως στη κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.⁶⁴

3.5.4 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας⁶⁵ (The General Health Questionnaire) σχεδιάστηκε το 1972. Διακρίνεται σε τρεις τύπους και περιέχει τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων, που έχουν να κάνουν με την κατάθλιψη, το άγχος, την κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα. Εφαρμόζεται τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιή άτομα. Παρόλο που διακρίνεται για την καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, δεν προσεγγίζει το σύνολο των διαστάσεων της ποιότητας ζωής.²⁴

3.5.5 Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁶⁶ (The WHO Performance Status) δημιουργήθηκε από τον ΠΟΥ το 1979 και μοιάζει σε μεγάλο βαθμό με το Δείκτη Karnofski. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται από τον ιατρό. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες σωματικής ικανότητας και λειτουργίας, αλλά δεν περιλαμβάνει ερωτήσεις για την ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου. Οι απαντήσεις κατατάσσονται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 4. Η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει ασθενείς ικανούς για πλήρη σωματική δραστηριότητα χωρίς περιορισμούς, ενώ το 4 αφορά ασθενείς πλήρως ανίκανους για οποιαδήποτε δραστηριότητα ή αυτοφροντίδα.²⁴

3.5.6 Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής

Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής⁶⁷ (The Spitzer Quality of Life Index) σχεδιάστηκε το 1981. Ενώ αρχικά εφαρμόστηκε ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής των

καρκινοπαθών, αργότερα χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τον ιατρό. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιούνται σε πέντε βασικούς τομείς της ζωής: δραστηριότητες, καθημερινή ζωή, αντίληψη της υγείας, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη ζωή. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση δίνονται σε 3βάθμια κλίμακα από το 0 έως το 2. Ο δείκτης επιτυγχάνει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών, καθώς και μεταξύ διαφορετικών επιπέδων μιας αρρώστιας. Το πλεονέκτημά του είναι η απλότητα στη χρήση του και η ταχεία συμπλήρωσή του.⁴⁹

3.5.7 Επισκόπηση Υγείας του Nottingham

Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham⁶⁸ (The Nottingham Health Profile) κατασκευάστηκε το 1980. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο τμήματα. Το πρώτο τμήμα αναφέρεται σε 38 καταστάσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται σε 6 υπό μελέτη κατηγορίες: ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο τμήμα περιλαμβάνει 7 τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. Η απάντηση σε κάθε ερώτηση μπορεί να είναι ναι ή όχι και η τελική βαθμολογία λαμβάνει υπόψη την ειδική βαρύτητα των ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και είναι σύντομο και εύκολο στη χρήση. Η υψηλή βαθμολογία αντιστοιχεί σε κακή ποιότητα ζωής, αλλά η χαμηλή ή μηδενική βαθμολογία δεν σημαίνει απαραίτητως καλή ποιότητα ζωής.

3.5.8 Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας⁶⁹ (The Sickness Impact Profile) σχεδιάστηκε το 1976. Αποτελείται από 136 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν στην επίδραση της αρρώστιας στη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Οι 136 ερωτήσεις διαιρούνται σε 12 υποκατηγορίες, που συνιστούν δυο ανεξάρτητα υπό μελέτη μέρη: τη σωματική λειτουργία και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Βασικό πλεονέκτημα του εργαλείου αυτού έναντι άλλων εργαλείων, είναι ότι επικεντρώνεται σε συμπεριφορές και όχι συναισθήματα με αποτέλεσμα να υπολογίζονται αντικειμενικά. Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας διαθέτει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία και είναι από τα πλέον χρησιμοποιούμενα

εργαλεία στην μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με διάφορα προβλήματα υγείας. Το μειονέκτημά του είναι ο μεγάλος αριθμός των ερωτήσεων, που το καθιστά χρονοβόρο στη συμπλήρωσή του.¹⁴

3.5.9 Επισκόπηση Υγείας SF-36

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36⁷⁰ (The SF-36 Health Survey) δημιουργήθηκε το 1992, με σκοπό τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, μεταξύ υγιών και ασθενών διαφόρων κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή, μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή με τηλεφωνική επικοινωνία. Το εργαλείο εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας ή νόσου και δεν εξειδικεύεται σε κάποια συγκεκριμένη ασθένεια ή θεραπεία. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που διερευνούν 8 συνολικά παραμέτρους και διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Θεωρείται ένα από τα πλέον αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.⁵⁴ (αναλυτική περιγραφή και παρουσίαση της Επισκόπησης Υγείας SF-36 γίνεται στο κεφάλαιο 5).

3.5.10 Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol)

Η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D⁷¹ (EuroQol) σχεδιάστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1980, με σκοπό να μετρήσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ο οποίος αποτελείται από διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες και πολιτισμικά πρότυπα. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιεί συνίσταται στη μέτρηση της ποιότητας ζωής μέσω της παρακολούθησης πέντε βασικών διαστάσεων. Οι παράμετροι αυτοί είναι: η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι συνήθειες-καθημερινές δραστηριότητες, ο πόνος-ενόχληση, το άγχος-κατάθλιψη και κάθε παράμετρος διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Στο δεύτερο μέρος του εργαλείου γίνεται αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου υγείας με τη χρησιμοποίηση μιας οπτικής αναλογικής κλίμακας με τη μορφή «θερμομέτρου υγείας», που λαμβάνει τιμές από το 0 έως το 100. Το ερωτηματολόγιο EuroQol είναι αυτοσυμπληρούμενο, σύντομο και εύκολο στη χρήση. Αποτελεί ένα από τα πλέον έγκυρα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής τόσο σε φυσιολογικούς πληθυσμούς όσο και σε ειδικότερες ομάδες ασθενών.^{28, 49}

3.6 Γενικά και ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής διακρίνονται σε «γενικά» και ειδικά». Οι γενικοί δείκτες μέτρησης (generic instruments), είναι πολυπαραγοντικά εργαλεία που αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου και της ποιότητας ζωής, χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένες αρρώστιες ή διαγνώσεις. Διερευνούν γενικές διαστάσεις της υγείας, όπως η σωματική λειτουργικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα και η ψυχική υγεία και κυρίως το βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και κοινωνικών δραστηριοτήτων του ατόμου. Μαζί με τη μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος, μπορούν ταυτόχρονα να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό διαφορών και ομοιοτήτων ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες ασθενών. Η μέγιστη δυνατή προσέγγιση της ακρίβειας και η συγκρισιμότητα των μετρήσεων στο χώρο ή στο χρόνο, αποτελούν τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα των γενικών εργαλείων μέτρησης. Σημαντικό μειονέκτημα είναι η αδυναμία εντοπισμού συγκεκριμένων αλλαγών στη ζωή των ασθενών και συγκεκριμένων στοιχείων μιας ασθένειας, που προέκυψαν μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας και διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.^{14, 28, 49}

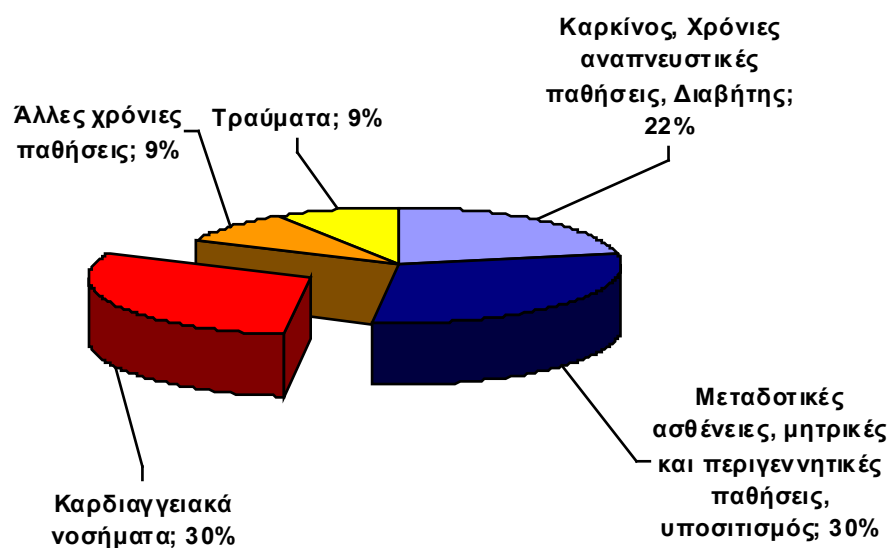
Τα ειδικά εργαλεία μέτρησης (disease-specific instruments), έχουν σχεδιαστεί για να αποτιμήσουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη λεπτομερή περιγραφή της αντίληψης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, όπως ο ίδιος την αντιλαμβάνεται και στην επίδραση της συγκεκριμένης ασθένειας στην ποιότητα ζωής του. Τα εξειδικευμένα αυτά εργαλεία μέτρησης, παρέχουν σημαντικές και λεπτομερείς πληροφορίες, ακόμα και για μικρές αλλά ουσιαστικές αλλαγές του επιπέδου υγείας ή της σοβαρότητας της ασθένειας, που προκύπτουν σταδιακά κατά την εξέλιξη της νόσου ή μετά από τη θεραπευτική διαδικασία. Η μεγαλύτερη κλινική ευαισθησία και ικανότητα στην ανίχνευση αλλαγών των προς μέτρηση παραμέτρων, έχει οδηγήσει στο σχεδιασμό όλο και περισσότερων ειδικών για συγκεκριμένες νόσους εργαλείων, ενώ η παράλληλη χρήση τους μαζί με τα γενικά ερωτηματολόγια έχει σαν στόχο την πληρέστερη αναγνώριση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων.^{14, 28}

Κεφάλαιο 4^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

4.1 Εισαγωγή στην ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και στεφανιαία νόσο

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (CardioVascular Diseases, CVD), είναι κοινά στο γενικό πληθυσμό, με επιπτώσεις στην πλειοψηφία των ενηλίκων μετά την ηλικία των 60 ετών. Συνολικά, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την υπ' αριθμό ένα αιτία θανάτου και προβλέπεται να παραμείνουν στη θέση αυτή. Καμία άλλη απειλητική για τη ζωή νόσος, δεν είναι τόσο συχνή στην κοινωνία, ενώ οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα πιθανότατα θα πεθάνουν λόγω της πάθησής τους. Κατ' εκτίμηση, 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιαγγειακή πάθηση το 2005, αριθμός που αντιπροσωπεύει 30% όλων των θανάτων παγκοσμίως (Εικόνα 4.1). Από αυτούς τους θανάτους, 7,6 εκατομμύρια οφείλονταν σε καρδιακά επεισόδια και 5,7 εκατομμύρια σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Περίπου 80% αυτών των θανάτων εμφανίζεται σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Εάν οι σύγχρονες τάσεις συνεχιστούν, μέχρι το 2030 υπολογίζεται ότι 23,6 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθαίνουν από καρδιαγγειακές παθήσεις.⁷²

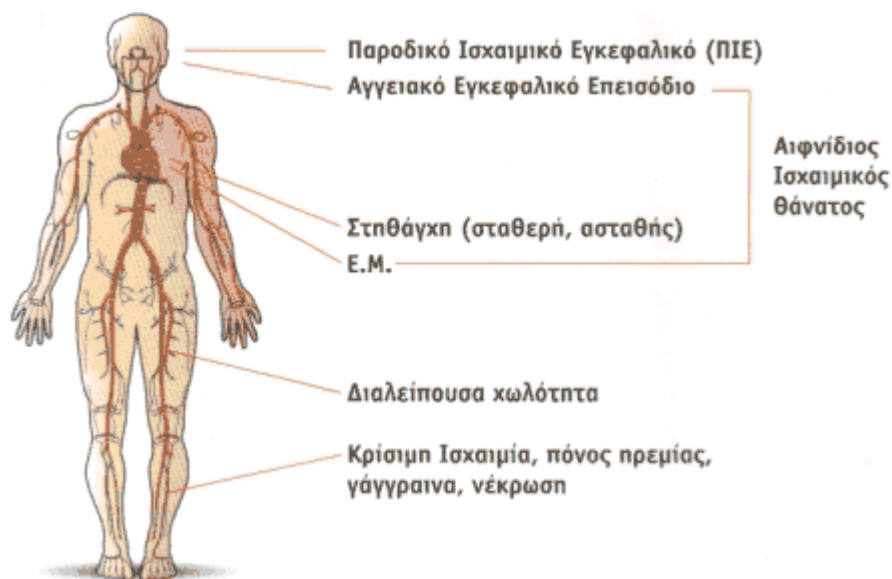


Εικόνα 4.1: Οι αιτίες θανάτων παγκοσμίως
Πηγή: WHO, 2009

Σαν διαγνωστική κατηγορία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν μια ομάδα διαταραχών της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων και περιλαμβάνουν τα εξής (Εικόνα 4.2):⁷³

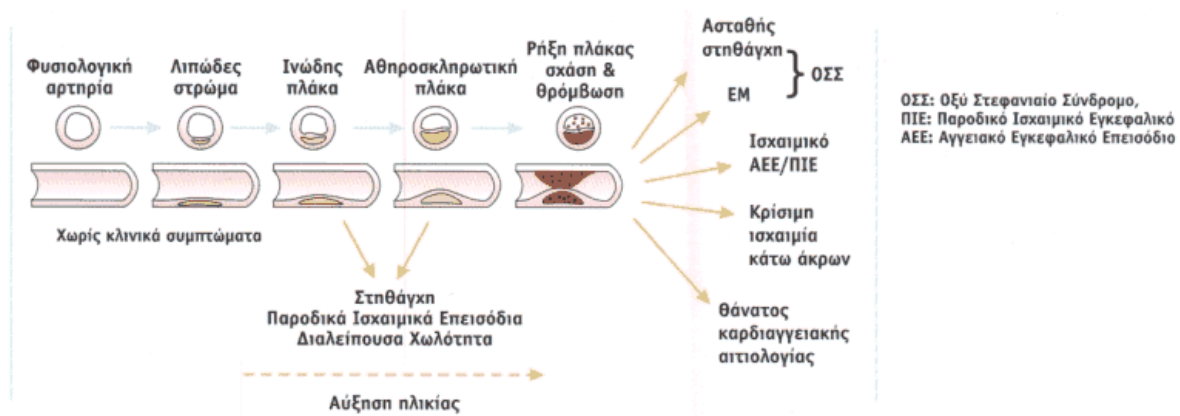
- Στεφανιαία νόσος, η οποία εκδηλώνεται ως έμφραγμα του μυοκαρδίου, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια ή στεφανιαίος θάνατος
- Περιφερική αρτηριοπάθεια, η οποία εκδηλώνεται ως διαλείπουσα χωλότητα
- Αγγειακή εγκεφαλική νόσος, η οποία εκδηλώνεται ως παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή εγκεφαλικό επεισόδιο
- Αθηροσκλήρωση της αορτής και θωρακικό ή κοιλιακό αορτικό ανεύρυσμα

Η παρουσία αγγειακής νόσου σε μία από αυτές τις περιοχές, αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης νόσου και σε άλλα αγγειακά εδάφη. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με χαμηλό σφυροβραχιόνιο δείκτη πίεσης (μια μη επεμβατική διαγνωστική εξέταση για την περιφερική αρτηριοπάθεια), έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου. Παράλληλα, οι ασθενείς με αγγειακή εγκεφαλική νόσο παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά στεφανιαίας νόσου.⁷⁴



Εικόνα 4.2: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα

Όπως είναι γνωστό, η κυριότερη αιτία των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η αθηροσκλήρωση. Η αθηροσκλήρωση είναι μια γενικευμένη και συστηματική νόσος που, σε κάποιο βαθμό, παρατηρείται σε περισσότερο από το μισό πληθυσμό του Δυτικού κόσμου. Οι κλινικές εκδηλώσεις της τείνουν να είναι εστιακές, με ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών σε κρίσιμα σημεία του αρτηριακού δικτύου (Εικόνα 4.3). Υπολογίζεται ότι οι επιπλοκές της αθηροσκλήρωσης είναι υπεύθυνες για περισσότερο από το 50% της ετήσιας θνητότητας στις Η.Π.Α και τη Μεγάλη Βρετανία.⁷⁵



Εικόνα 4.3: Η διαδικασία και οι συνέπειες της αθηροσκλήρωσης

Οι σημαντικότεροι συμπεριφοριστικοί παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η ανθυγιεινή διατροφή, φυσική-σωματική αδράνεια και το κάπνισμα. Οι συμπεριφοριστικοί παράγοντες κινδύνου είναι υπεύθυνοι για το 80% των καρδιαγγειακών παθήσεων. Τα αποτελέσματα των παραγόντων αυτών μπορούν να παρουσιαστούν στα άτομα ως αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένη γλυκόζη αίματος, αυξημένα λιπίδια αίματος, παχυσαρκία και καλούνται "ενδιάμεσοι παράγοντες κινδύνου". Παράλληλα, υπάρχουν διάφοροι υποκείμενοι καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαφορετικά, "οι αιτίες των αιτιών". Πρόκειται για μια αντανάκλαση των σημαντικότερων δυνάμεων που οδηγούν σε κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές αλλαγές. Η παγκοσμιοποίηση, η αστικοποίηση, η γήρανση των πληθυσμών, η φτώχεια και το στρες φαίνεται να αποτελούν μερικούς από τους κυριότερους καθοριστικούς παράγοντες.⁷²

Η διάγνωση οποιασδήποτε μορφής καρδιαγγειακού νοσήματος, επιφέρει σημαντικές αλλαγές σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου, επηρεάζοντας αναπόφευκτα και την ποιότητα ζωής. Ο ασθενής καλείται να μεταβάλει την υγιεινοδιαιτητική συμπεριφορά του καθιερώνοντας αλλαγές που έχουν να κάνουν με τη διατροφή, την άσκηση, το κάπνισμα, το σωματικό βάρος, ενώ παράλληλα πρέπει να ακολουθεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζοντας τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί. Το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση πολλαπλών επιπτώσεων στην κοινωνική ζωή του ασθενούς και στην άσκηση των κοινωνικών του δραστηριοτήτων. Επιπτώσεις στην οικογενειακή ζωή, αλλαγές στην εργασιακή και επαγγελματική κατάσταση, ψυχολογικές διαταραχές, μεταβολή των κοινωνικών σχέσεων και ρόλων, είναι πολλές φορές μερικά από τα προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η νόσος με την κλινική της εκδήλωση ή ακόμα και η ίδια η θεραπευτική παρέμβαση.⁵⁴

4.2 Περιφερική αρτηριακή νόσος

Ο όρος περιφερική αρτηριακή νόσος ή περιφερική αρτηριοπάθεια ή περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια (Peripheral Arterial Disease, PAD), χαρακτηρίζει το κλινικό σύνδρομο που οφείλεται στις εκφυλιστικές βλάβες των αρτηριών μέσου και μεγάλου μεγέθους που αιματώνουν τα κάτω άκρα, με ιστολογικό υπόστρωμα κυρίως την αθηροσκλήρωση (>90%). Αν και η αθηροσκλήρωση είναι προοδευτική και πολυεστιακή νόσος με διάχυτη προσβολή του αρτηριακού δέντρου, οι βλάβες που έχουν κλινική σημασία απαντούν σε συγκεκριμένες θέσεις. Οι συμπτωματικές αρτηριακές βλάβες εντοπίζονται συχνότερα στην αορτή, τους σπλαγγνικούς αρτηριακούς κλάδους και τις αρτηρίες των κάτω άκρων.⁷⁶

4.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και επηρεάζει 10-12 εκατομμύρια άτομα στις Η.Π.Α. Η συνολική επίπτωση της νόσου, όπως έχει υπολογιστεί σε πολλαπλές επιδημιολογικές μελέτες, είναι 3-10% στο γενικό πληθυσμό και αυξάνεται στο 15-20% στον πληθυσμό άνω των 70 ετών.⁷⁷ Πάνω από 750.000 επισκέψεις σε ιατρούς και 63.000 εισαγωγές στα νοσοκομεία αφορούν την περιφερική αρτηριοπάθεια στις Η.Π.Α. Η παρουσία της νόσου αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις σημείο γενικευμένης αθηροσκλήρωσης, θέτοντας τους ασθενείς αυτούς σε αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου και θανάτου από αγγειακά αίτια. Καθώς οι χρόνιες ασθένειες επικρατούν όλο και περισσότερο οδηγώντας σε γήρανση των πληθυσμών, οι ερευνητές εκτιμούν ότι η επίπτωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας ολοένα και θα αυξάνεται.^{77,78}

Ο επιπολασμός της νόσου είναι μεγαλύτερος στους άντρες από τις γυναίκες, ιδιαίτερα στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες, φτάνοντας την αναλογία 3:1 σε κάποια στάδια της αρτηριοπάθειας. Ταυτόχρονα, παρατηρείται εντυπωσιακή αύξηση τόσο της επίπτωσης, όσο και του επιπολασμού της περιφερικής αρτηριοπάθειας με την αύξηση της ηλικίας.^{77,78}

4.2.2 Παθοφυσιολογία

Η αθηροσκλήρωση^v αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη της περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Η ανάπτυξη των αθηροσκληρυντικών βλαβών είναι μια πολύπλοκη, ανοσοσχετιζόμενη εξεργασία στην οποία συμμετέχουν οι αιμοδυναμικές επιδράσεις λόγω ροής, όπως επίσης και περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες. Η αθηροσκλήρωση γίνεται συμπτωματική με βαθμιαία απόφραξη της ροής του αίματος στο εμπλεκόμενο άκρο. Τα συμπτώματα τελικώς παρουσιάζονται όταν αναπτυχθεί μια κρίσιμη αρτηριακή στένωση. Η ροή του αίματος και η πίεση δεν μειώνονται σημαντικά μέχρι να αποφραχθεί τουλάχιστον το 75% της επιφάνειας διατομής του αγγείου, κάτι που αντιστοιχεί σε μείωση της διαμέτρου του αυλού κατά 50%.⁷⁹

Η ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης ακολουθεί άλλοτε άλλη πορεία. Η πάχυνση του έσω χιτώνα και η ασβεστοποίηση των αρτηριών προφανώς αντιπροσωπεύουν μια φυσιολογική διαδικασία γήρανσης. Εντούτοις, η επιπλεγμένη αθηροσκλήρωση αποτελεί νοσηρή διεργασία της οποίας η πορεία επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες κινδύνου. Οι πρωταρχικοί παράγοντες φαίνεται να είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η αποτυχία να ελεγχθούν αυτοί οι παράγοντες, συνήθως οδηγεί σε επιταχυνόμενη αθηρογένεση.⁷⁹

Η φυσική πορεία της αθηροσκλήρωσης ποικίλει. Μερικοί ασθενείς ελάχιστα ενοχλούνται από την παρουσία της, ενώ άλλοι καθίστανται ανήμποροι. Παρά το γεγονός ότι η αθηροσκλήρωση μπορεί να ακολουθεί μια κακοήθη πορεία, παρά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, η φυσική πορεία της νόσου μπορεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων να αλλάξει ικανοποιητικά με την κατάλληλη θεραπεία, προσφέροντας στους ασθενείς, όχι ίαση, αλλά εξαιρετική ανακούφιση από την αθηροσκληρυντική εξεργασία.⁷⁹

4.2.3 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την περιφερική αρτηριοπάθεια είναι παρόμοιοι με εκείνους για τις ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις. Η ηλικία, το ανδρικό φύλο και το

^v Οι όροι «αθήρωμα» και «αθηροσκλήρωση» είναι ελληνικοί και προέρχονται από τις λέξεις αθήρη, που σημαίνει χυλός από αλεσμένο σιτάρι και όμα που σημαίνει μάζα και σκληρός. Η λέξη αθήρωμα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Έλληνα ιατρό Γαληνό (Γαληνός τομ. 10, σελ. 985, στιχ. 6). Ο όρος αθηροσκλήρωση είναι μεταγενέστερος.

οικογενειακό ιστορικό αποτελούν μη αναστρέψιμους παράγοντες. Στους κυριότερους αναστρέψιμους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και το κάπνισμα.^{78, 77}

Η συσχέτιση του καπνίσματος με την περιφερική αρτηριοπάθεια αναγνωρίστηκε εδώ και σχεδόν ένα αιώνα. Όπως αποδεικνύεται μέσα από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων περιφερικής αρτηριοπάθειας στους καπνιστές είναι 3-4 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους μη καπνιστές. Η επιμονή των ασθενών σε αυτή την επιζήμια συνήθεια, υπερτριπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης κρίσιμης ισχαιμίας του σκέλους ή ακρωτηριασμού, ενώ η σοβαρότητα της νόσου φαίνεται να παρουσιάζει δόσοεξαρτώμενη συσχέτιση με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.^{80, 81}

Η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης περιφερικής αρτηριοπάθειας. Η νόσος παρουσιάζεται πιο επιθετική και ταχύτερα εξελισσόμενη προσβάλλοντας μεγαλύτερα αγγεία και συνοδευόμενη συνήθως από διαβητική νευροπάθεια. Το αποτέλεσμα είναι η αυξανόμενη, κατά 5-10 φορές, πιθανότητα ακρωτηριασμού του άκρου στους διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τους μη διαβητικούς.⁷⁷

Θετική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ του κινδύνου περιφερικής αρτηριοπάθειας και των επιπέδων της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα. Για κάθε αύξηση της ολικής χοληστερόλης κατά 10mg/dL, ο κίνδυνος εμφάνισης περιφερικής αρτηριοπάθειας αυξάνεται κατά 5-10%.⁸⁰

Η συσχέτιση της υπέρτασης με την περιφερική αρτηριοπάθεια θεωρείται λιγότερο ισχυρή σε σύγκριση με τη στεφανιαία νόσο. Παρόλο που σαν παράγοντας κινδύνου η αρτηριακή υπέρταση δεν παρουσιάζει την ισχυρή συσχέτιση που έχει το κάπνισμα και ο σακχαρώδης διαβήτης, εντούτοις τα επιδημιολογικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι οι υπερτασικοί έχουν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης περιφερικής αρτηριοπάθειας.^{77, 81}

4.2.4 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της περιφερικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα σημείων και συμπτωμάτων. Την πλέο ν συχνή και τυπική εκδήλωση της νόσ ο αποτελεί η «διαλείπουσα χωλότητα». Ο όρος χωλότητα σημαίνει «ελαττωματικό βάδισμα».

Ο ασθενής μπορεί να κουτσαίνει ή να χωλαίνει και οι μύες του άκρου να αναπτύσσουν άλγος δίκην κράμπας, λόγω ανεπάρκειας αιματώσεως κατά τη μυική δραστηριότητα. Η διαλείπουσα χωλότητα αναγκάζει τον ασθενή να σταματήσει το βάδισμα για να ανακουφιστεί από τον πόνο. Τα συμπτώματα αυτά εντοπίζονται συνήθως στις γαστροκνημίες, αλλά μπορεί να αφορούν ταυτόχρονα τους μηρούς και τους γλουτούς. Την κλασική εικόνα της διαλείπουσας χωλότητας παρουσιάζει περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν άτυπη συμπτωματολογία, όπως είναι η αιμωδία του κάτω άκρου και η διάχυτη αδυναμία, που επίσης οδηγούν σε περιορισμένη βάρδιση.^{77, 79}

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων παραμένουν ασυμπτωματικοί παρά την ύπαρξη τοιχωματικών αθηροσκληρυντικών αρτηριακών βλαβών. Για κάθε ένα συμπτωματικό ασθενή υπολογίζεται ότι υπάρχουν άλλοι 3-4 ασυμπτωματικοί στο γενικό πληθυσμό. Αν τα συμπτώματα θα εκδηλωθούν ή όχι, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο και το βαθμό της σωματικής δραστηριότητας κάθε ανθρώπου. Άτομα με καθιστική ζωή ή κατακεκλιμένα πιθανόν να μην παρουσιάσουν διαλείπουσα χωλότητα, καθώς δεν βρίσκονται σε καταστάσεις αυξημένης μυικής δραστηριότητας ώστε να εμφανιστούν συμπτώματα ανεπαρκούς αιμάτωσης. Η διάγνωση γίνεται πολύ αργότερα όταν οι ασθενείς βρεθούν σε σοβαρότερα στάδια της νόσου.^{77, 79}

Η κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων αποτελεί την σοβαρότερη χρόνια κλινική εκδήλωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων. Αναφέρεται σε ασθενείς με τυπικό, χρόνιο, ισχαιμικό άλγος ηρεμίας, που οφείλεται σε ανεπάρκεια αιματώσεως χωρίς μυική δραστηριότητα καθώς και σε ασθενείς με ισχαιμικές δερματικές αλλοιώσεις ή ιστικές νεκρώσεις (έλκη ή γάγγραινα).^{76, 77}

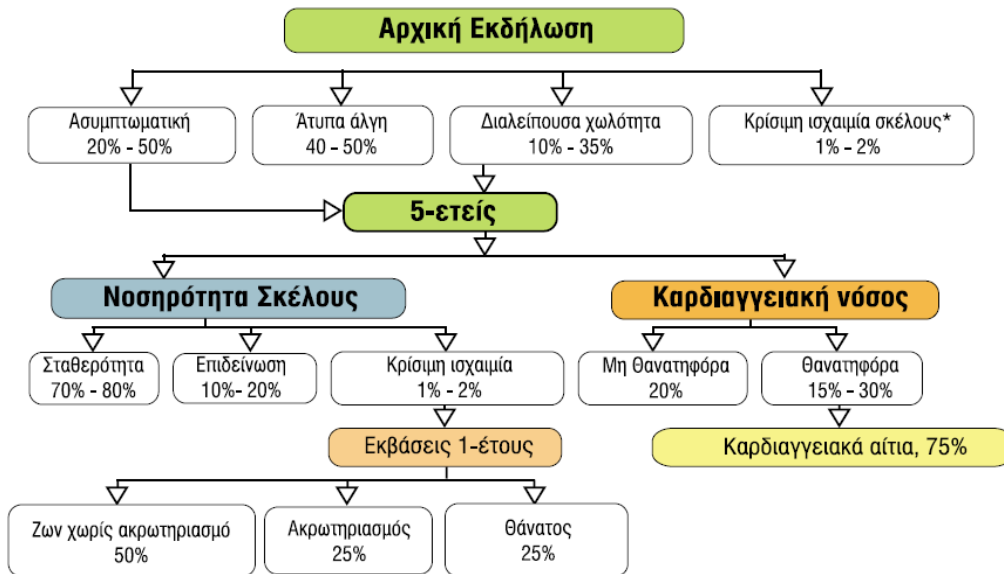
Με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, η περιφερική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων μπορεί να ταξινομηθεί στα ακόλουθα **στάδια κατά Fontaine**:^{76, 77}

- **Στάδιο I:** Καμία κλινική εκδήλωση, με ύπαρξη τοιχωματικών αρτηριακών βλαβών (συνήθως τυχαίο κλινικό ή αγγειογραφικό εύρημα).
- **Στάδιο II:** Διαλείπουσα χωλότητα (ανεπάρκεια αιματώσεως μετά από μυική δραστηριότητα).

IIα: Διαλείπουσα χωλότητα >200 μέτρα

IIβ: Διαλείπουσα χωλότητα <200 μέτρα

- **Στάδιο III:** Άλγος ηρεμίας (ανεπάρκεια αιματώσεως χωρίς μυική δραστηριότητα).
- **Στάδιο IV:** Εξελκώσεις ή γάγγραινα (έλκη, δερματικές αλλοιώσεις, ιστικές νεκρώσεις).



Εικόνα 4.4: Φυσική ιστορία της περιφερικής αρτηριοπάθειας

Καθοριστικής σημασίας για τη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων αποτελεί η εντόπιση των αποφρακτικών βλαβών στο αρτηριακό δίκτυο των κάτω άκρων. Το ιστορικό του ασθενούς, η φυσική εξέταση και οι μη επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις, μπορούν συνήθως να ταυτοποιήσουν την κύρια εντόπιση της νόσου. Με βάση τα ευρήματα αυτά, οι ασθενείς κατατάσσονται σε **τρία πρότυπα περιφερικής αρτηριοπάθειας**:⁷⁶

1. **Αορτολαγόνιος νόσος (τύπος 1):** Η αποφρακτική αρτηριοπάθεια περιορίζεται στην περιφερική κοιλιακή αορτή και στις λαγόνιες αρτηρίες.
2. **Μηροϊγνυακή νόσος (τύπος 2):** Πρόκειται για το συχνότερο τύπο περιφερικής αρτηριοπάθειας με εντόπιση των βλαβών στο επίπεδο του μηρού.
3. **Νόσος των αρτηριών της κνήμης (τύπος 3):** Αφορά τις αρτηρίες περιφερικότερα από τον τριχασμό της ιγνυακής αρτηρίας.

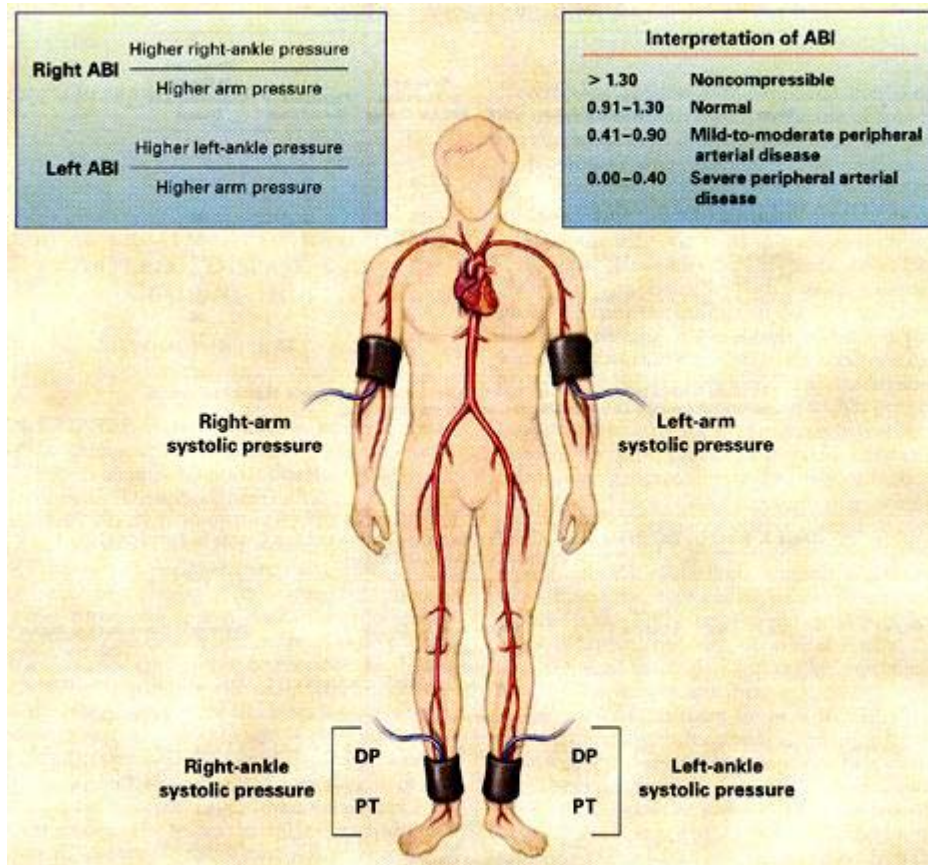
4.2.5 Διάγνωση

Η διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων παραμένει δύσκολη καθώς οι περισσότεροι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί για πολλά χρόνια. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται όταν η στένωση του αρτηριακού αυλού ξεπεράσει το 50% της συνολικής διαμέτρου, αλλά ακόμα και τότε σε ασθενείς με σοβαρή περιφερική αρτηριοπάθεια μπορεί να αναπτυχθεί πλούσια παράπλευρη κυκλοφορία στα κάτω άκρα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παραμένουν ασυμπτωματικοί, αδιάγνωστοι και χωρίς θεραπεία.⁷⁸

Η φυσική εξέταση των άκρων αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των αρτηριακών προβλημάτων των κάτω άκρων και βοηθά ιδιαίτερος στη διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας. Η επισκόπηση μπορεί να αποκαλύψει σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας όπως είναι η μυική ατροφία, η απώλεια τριχών, τα έλκη, η γάγγραινα, η ωχρότητα κατά την ανύψωση του άκρου. Με την ψηλάφηση μπορεί να εκτιμηθεί η θερμοκρασία του άκρου και κυρίως να εντοπισθούν οι σφύξεις που σε φυσιολογικές συνθήκες εντοπίζονται στην κοινή μηριαία, ιγνυακή, οπίσθια κνημιαία και ραχιαία αρτηρία του άκρου ποδός. Τέλος, με την ακρόαση των αρτηριών των κάτω άκρων είναι δυνατό να εντοπιστούν φυσήματα κυρίως στη βουβωνική χώρα, ενδεικτικά τοπικής νόσου της μηριαίας αρτηρίας ή κεντρικότερων βλαβών.⁷⁹

Μια σειρά από μη επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις είναι διαθέσιμες για την εκτίμηση της παρουσίας και της σοβαρότητας της περιφερικής αρτηριοπάθειας. Ο υπολογισμός του **σφυροβραχιόνιου δείκτη πίεσης (Ankle-Brachial Index, ABI)** γίνεται με τη μέτρηση της συστολικής πίεσης αίματος στις βραχιόνιες, τις πρόσθιες κνημιαίες και τις ραχιαίες αρτηρίες του άκρου ποδός (Εικόνα 4.5). Η υψηλότερη των μετρήσεων στα σφυρά σε κάθε άκρο, διαιρείται με την υψηλότερη των δύο βραχιόνιων μετρήσεων.^{77, 82}

- Οι φυσιολογικές τιμές του σφυροβραχιόνιου δείκτη (ΣΒΔ) κυμαίνονται από 1 έως 1,3 δεδομένου ότι η πίεση είναι υψηλότερη στον αστράγαλο από ότι στο βραχίονα. Τιμές μεγαλύτερες του 1,3 υποδηλώνουν ασυμπιεστα επασβεστωμένα αγγεία.
- ΣΒΔ 0,40 έως 0,90 υποδηλώνουν κάποιου βαθμού αρτηριακή απόφραξη που συχνά συνοδεύεται με διαλείπουσα χωλότητα.
- ΣΒΔ κάτω από 0,40 αντιπροσωπεύει την προχωρημένη κατάσταση ισχαιμίας.



Εικόνα 4.5: Μέτρηση σφυροβραχιόνιου δείκτη πίεσης

Ο έλεγχος με Doppler υπερηχογράφημα και Duplex υπερηχογράφημα (μαυρόασπρο και έγχρωμο), αποτελεί μια έγκυρη και ευαίσθητη μέθοδο στον εντοπισμό και αξιολόγηση των αρτηριακών βλαβών των κάτω άκρων, ενώ παράλληλα αποτελεί φθηνή, ακίνδυνη και εύκολα επαναλαμβανόμενη εξέταση. Η αγγειογραφία με τη χρήση αξονικού τομογράφου (Computed Tomographic Angiography, CTA) ή με τη χρήση μαγνητικού τομογράφου (Magnetic Resonance Angiogram, MRA), αποτελούν τις πιο σύγχρονες διαγνωστικές μη επεμβατικές μεθόδους, οι οποίες παρουσιάζουν όμως διάφορους περιορισμούς λόγω κόστους, διαθεσιμότητας, έκθεσης σε ακτινοβολία και νεφροτοξικότητα από τη χρήση σκιαγραφικών παραγόντων.^{82, 77}

Παρά την επεμβατικότητα της μεθόδου και τα αυξημένα ποσοστά κινδύνου και επιπλοκών σε σχέση με τις προηγούμενες μεθόδους, η ψηφιακή αρτηριογραφία (Digital Subtraction Angiography, DSA) μετά από καθετηριασμό συνήθως της μηριαίας αρτηρίας, αποτελεί την «μέθοδο εκλογής» για τη χαρτογράφηση του αρτηριακού δέντρου και των βλαβών της περιφερικής αρτηριοπάθειας, κυρίως για τους ασθενείς που πρόκειται να αντιμετωπισθούν χειρουργικά.^{78, 77}

4.2.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Οι αρχικοί στόχοι της συντηρητικής θεραπείας της περιφερικής αρτηριοπάθειας είναι να ελεγχθεί η εξέλιξη της ασθένειας, να βελτιωθεί η σωματική δραστηριότητα, να μειωθεί ο πόνος, να αποτραπούν και να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα. Αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν με τη μείωση των παραγόντων κινδύνου, την άσκηση και τη φαρμακευτική θεραπεία. Όταν αυτές οι προσπάθειες αποτυγχάνουν, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι απαραίτητη.⁷⁸

4.2.6.1 Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου

Η επιθετική και άμεση παρέμβαση που αφορά στην τροποποίηση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, θεωρείται επιβεβλημένη και στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεσματική. Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τη ροή του αίματος στα άκρα, η αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας και του σακχαρώδους διαβήτη επιβραδύνει την εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης, ενώ η αναχαίτιση της υπέρτασης μειώνει την σχετιζόμενη τάση στο αρτηριακό τοίχωμα.

Παράλληλα με τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου, η μη χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την τακτική άσκηση των κάτω άκρων, η οποία αυξάνει τη μεταβολική προσαρμογή στην ισχαιμία που προκαλείται με την βάδιση και μπορεί να ενισχύσει την παράπλευρη κυκλοφορία.⁸¹

4.2.6.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Πέρα από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης, της υπερλιπιδαιμίας και του σακχαρώδους διαβήτη, οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια πρέπει να λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη) εφόρου ζωής, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις, καθώς έχει αποδειχθεί η χρησιμότητα τους στην μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων και στην βελτίωση της βατότητας μετά από τις επεμβάσεις επαναγγείωσης. Ταυτόχρονα, η χορήγηση αιμορολογικών και αγγειοδιασταλτικών φαρμακευτικών παραγόντων (π.χ. πεντοξυφυλλίνη, σιλοσταζόλη) βελτιώνει τα συμπτώματα της διαλείπουσας χωλότητας και τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών.⁷⁹

4.2.6.3 Επεμβατικές μέθοδοι επαναγγείωσης

Τόσο οι ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων, όσο και οι ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα που παρουσιάζουν έντονη συμπτωματολογία παρά τη συντηρητική αντιμετώπιση, είναι δυνατό να χρειαστούν επέμβαση επαναγγείωσης. Στην περίπτωση των ασθενών με κρίσιμη ισχαιμία, βασικός σκοπός της επαναγγείωσης είναι η διάσωση του άκρου και η αποφυγή ακρωτηριασμού, ενώ στους ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα η επαναγγείωση αφορά τη βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής.⁷⁸

Η χειρουργική επαναγγείωση αναφέρεται κυρίως στις επεμβάσεις χρησιμοποίησης μοσχευμάτων (αυτόλογων ή συνθετικών) για δημιουργία παρακάμψεων στις αρτηρίες, ώστε η αιματική ροή να μην παρεμποδίζεται από αποφράξεις ή σημαντικές αρτηριακές στενώσεις. Παράλληλα, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι χρήσιμη και η μέθοδος της ενδαρτηρεκτομής με αφαίρεση της αθηρωματικής πλάκας και διάνοιξη του αρτηριακού αυλού.⁷⁷

Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο δημοφιλής η εφαρμογή μεθόδων μικρής επεμβατικότητας (minimal invasive procedures). Η διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική (Percutaneous Transluminal Angioplasty, PTA) με την χρήση μπαλονιού ή και ενδοαυλικού νάρθηκα (stent) αποτελεί μια αξιόπιστη, εύκολη και καλά ανεκτή διαδικασία που προτιμάται σε περιορισμένες βλάβες και υψηλού κινδύνου ασθενείς για χειρουργική επέμβαση.⁷⁷

4.3 Στεφανιαία νόσος

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι το κυκλοφορικό σύστημα της καρδιάς. Τροφοδοτούν την καρδιά με αίμα, οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες. Η στεφανιαία νόσος αναφέρεται στη στένωση ή απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών. Το αποτέλεσμα είναι ο καρδιακός μυς να μην τροφοδοτείται με αρκετό αίμα και οξυγόνο και να παρουσιάζει τη λεγόμενη ισχαιμία. Η αθηροσκλήρωση^{vi} είναι υπεύθυνη σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των περιπτώσεων στεφανιαίας νόσου.⁸³

^{vi} Η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών είναι μια νόσος της αρχαιότητας, όπως τεκμηριώνεται από νεκροψία σε μια 50 ετών μούμια από την 21η Αιγυπτιακή δυναστεία του 1000 π.Χ. περίπου, όπου βλέπουμε σε τομές των στεφανιαίων αρτηριών πάχυνση και εναπόθεση ασβεστίου. Από τους Αρχαίους Αιγυπτιακούς πάπυρους υπάρχουν περιγραφές στεφανιαίας νόσου και αιφνίδιου θανάτου.

4.3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την κυριότερη αιτία καρδιαγγειακών ανωμαλιών και θανάτων, σε άντρες και γυναίκες, στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, ενώ ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται με την ηλικία. Στις ηλικίες 40-49 το ποσοστό για τους άντρες φτάνει το 7% και για τις γυναίκες το 5%, ενώ στις ηλικίες 70-79 ετών τα αντίστοιχα ποσοστά ανέρχονται σε 22% και 14%.⁸⁴

4.3.2 Παράγοντες κινδύνου

Κλινικές παρατηρήσεις και επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν τη συσχέτιση ανάμεσα σε ορισμένους παράγοντες και την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται, όχι μόνο με την στεφανιαία νόσο, αλλά γενικότερα με την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης. Η συνύπαρξη περισσότερων του ενός παραγόντων κινδύνου, στο ίδιο άτομο, πολλαπλασιάζει δυσανάλογα τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα, η κατάλληλη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου ελαττώνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα.⁸⁵

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου είναι η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα. Παράλληλα, παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η έλλειψη άσκησης, η κληρονομικότητα, η ηλικία, το άρρεν φύλο και ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ. στρες, άγχος). Πολλοί από τους παράγοντες αυτούς θεωρούνται τροποποιήσιμοι, όπως το κάπνισμα και η υπέρταση, ενώ άλλοι ανήκουν στους αμετάβλητους, μη τροποποιήσιμους παράγοντες, όπως η ηλικία και η κληρονομικότητα.⁸⁵

4.3.3 Κλινική εικόνα

Η στεφανιαία νόσος μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες κλινικές μορφές. Οι κυριότερες από αυτές είναι η ασυμπτωματική ισχαιμία, ο αιφνίδιος θάνατος, η χρόνια σταθερή στηθάγχη, η ασταθής στηθάγχη και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το πιο σοβαρό σύμπτωμα της στεφανιαίας νόσου είναι ο ξαφνικός απροειδοποίητος θάνατος. Η πιο αναγνωρίσιμη μορφή στεφανιαίας νόσου είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου, που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναπηρία και θάνατο. Στην άλλη πλευρά του φάσματος βρίσκεται η βουβή ισχαιμία, μια σημαντική μορφή στεφανιαίας νόσου που δεν προκαλεί συμπτώματα, τουλάχιστον για

αρκετό καιρό. Ανάμεσα στα δύο άκρα του φάσματος βρίσκεται η στηθάγχη, δηλαδή πόνος ή πίεση στο στήθος (οπισθοστερνικό άλγος), αποτέλεσμα μυοκαρδιακής ισχαιμίας.⁸³

Στη σταθερή στηθάγχη ο πόνος παραμένει ο ίδιος σε ένταση, συχνότητα και διάρκεια για πολλές εβδομάδες ή μήνες και τα συμπτώματα είναι σχετικά προβλέψιμα, προκαλούμενα μετά από σχετικά μέτρια προσπάθεια ή στρες. Η ασταθής στηθάγχη περιλαμβάνει συμπτώματα νέα και μεγαλύτερης διάρκειας, συχνότητας και έντασης. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούνται μετά από ελάχιστη σωματική προσπάθεια, παρουσιάζονται ακόμα και κατά την ανάπαυση και ανταποκρίνονται λιγότερο στα φάρμακα.⁸³

Η κλίμακα αξιολόγησης της στηθάγχης (**Canadian Cardiovascular Society Angina Grading Scale, CCS**) χρησιμοποιείται συνήθως για την ταξινόμηση της βαρύτητας των στηθαγγικών συμπτωμάτων.⁸⁶

- Κατηγορία I – στηθάγχη μόνο κατά τη διάρκεια της επίμονης ή παρατεταμένης σωματικής δραστηριότητας.
- Κατηγορία II – μικρός περιορισμός των καθημερινών συνηθισμένων δραστηριοτήτων, με τη στηθάγχη μόνο κατά τη διάρκεια σθεναρής σωματικής δραστηριότητας.
- Κατηγορία III – συμπτώματα με τις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης, δηλαδή μέτριος περιορισμός.
- Κατηγορία IV – ανικανότητα να εκτελεσθεί οποιαδήποτε δραστηριότητα χωρίς στηθάγχη ή στηθάγχη σε ανάπαυση, δηλαδή αυστηρός περιορισμός.

4.3.4 Διάγνωση

Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση και τις παρακλινικές εξετάσεις. Ανάμεσα σε αυτές, ιδιαίτερα σημαντικές θεωρούνται οι αιματολογικές αναλύσεις, η ακτινογραφία θώρακος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το υπερηχοκαρδιογράφημα, η δοκιμασία κοπώσεως και η στεφανιογραφία. Η πρόωμη διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου της στεφανιαίας νόσου διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη δευτερογενή πρόληψη των καρδιακών επεισοδίων.⁸⁵

4.3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου καθορίζεται με βάση τη μορφή της νόσου και εξατομικεύεται ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς. Μεγάλη σημασία έχει η μεταβολή των υγιεινοδιαιτητικών συνηθειών, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η μείωση του σωματικού βάρους, η έναρξη φυσικής άσκησης, η σωστή διατροφή. Η συμπτωματική θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ασπιρίνης, νιτρωδών και αναστολέων των β-αδρενεργικών υποδοχέων. Σε αυξημένη αρτηριακή πίεση απαιτείται χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων, ενώ σε υπερχοληστερολαιμία χορηγούνται υπολιπιδαιμικά φάρμακα.^{83, 85}

Η χειρουργική θεραπεία έχει ως σκοπό την επαναιμάτωση της ισχαιμικής περιοχής του μυοκαρδίου. Αυτή επιτυγχάνεται με ανοικτή χειρουργική επέμβαση και τοποθέτηση αορτοστεφανιαίων παρακαμπτήριων μοσχευμάτων (Coronary Artery Bypass Graft, CABG) με σκοπό την αντιμετώπιση της αποφραγμένης ή στενωμένης στεφανιαίας αρτηρίας. Η επαναιμάτωση της καρδιάς μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να επιτευχθεί με αγγειοπλαστική αποφεύγοντας την αυξημένου κινδύνου εγχειρητική διαδικασία. Η αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA) με την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent) γίνεται διαδερμικά και προκαλεί μηχανική διάνοιξη της στενωμένης αρτηρίας. Η μέθοδος αυτή έχει αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό την ανοικτή χειρουργική επέμβαση, η οποία περιορίζεται σε πολύπλοκα και ακατάλληλα για τη διενέργεια αγγειοπλαστικής περιστατικά.^{83, 85}

4.4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

4.4.1 Βιβλιογραφικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

Η σημερινή έρευνα όσον αφορά τις επιδράσεις της περιφερικής αρτηριοπάθειας, έχει προχωρήσει πέρα από τον υπολογισμό του επιπολασμού, των επιπλοκών και των συνοδών νοσημάτων, σε μια προσπάθεια προσδιορισμού των επιπτώσεων της νόσου στην κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής του κάθε ασθενούς. Οι μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια έχουν σαφώς χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους ανθρώπους που δεν πάσχουν από τη νόσο. Τα επίπεδα μάλιστα είναι τόσο χαμηλά ή και χαμηλότερα από

τα αντίστοιχα των ασθενών με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο ή κατάθλιψη.⁸⁷ Σε σύγκριση με υγιείς πληθυσμούς παρόμοιας ηλικίας, οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια βιώνουν σημαντική μείωση της απόστασης βαδίσματος, της λειτουργικής τους κατάστασης και της ικανότητας εκτέλεσης των καθημερινών τους δραστηριοτήτων.⁸⁸

Στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια, η λειτουργική κατάσταση έχει χαμηλή συσχέτιση με τις αντικειμενικές μετρήσεις της παθολογίας και των συμπτωμάτων της ασθένειας. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι παρόλο που η λειτουργική κατάσταση έχει μικρή έως μέτρια συσχέτιση με την αντοχή στην άσκηση, η συσχέτιση γενικά με το σύνολο της ποιότητας ζωής παρουσιάζεται σταθερά χαμηλή.⁸⁹ Περισσότερο συγκεκριμένες μελέτες διερεύνησαν τη σχέση του σφυροβραχιόνιου δείκτη κυρίως με τη λειτουργική κατάσταση, αλλά και γενικότερα με όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής.^{90, 91, 92} Τα αποτελέσματα αν και δεν ταυτίζονται απόλυτα, συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό. Ο Freiglass και συνεργάτες, ερευνώντας τη συσχέτιση του σφυροβραχιόνιου δείκτη, σε 555 ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα (στάδια IIα και IIβ κατά Fontaine), με τη λειτουργική κατάσταση αυτών, διαπίστωσαν μια μέτρια συσχέτιση, η οποία όμως παρουσίαζε στατιστική σημαντικότητα.⁹⁰ Η Izquierdo-Porrera και συνεργάτες, στη δική τους έρευνα είχαν μέτριες συσχετίσεις τόσο στη σωματική λειτουργικότητα, όσο και στο σωματικό περιορισμό του ρόλου.⁹¹ Ο Long και συνεργάτες, διερευνώντας μόνο τις συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας, διαπίστωσαν μια αδύνατη συσχέτιση του σφυροβραχιόνιου δείκτη με τις σωματικές-λειτουργικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής, ενώ βρήκαν σημαντικές συσχετίσεις των συμπτωμάτων με τις ίδιες παραμέτρους.⁹² Η πλειοψηφία των ερευνών αυτού του είδους είχαν ως βασικό εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας ζωής το SF-36.

Η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα που προκαλεί η περιφερική αρτηριοπάθεια απασχολούσε ανέκαθεν τους κλινικούς ιατρούς και έχει αποδειχτεί σε πολλές έρευνες. Οι κοινωνικοί και ψυχικοί περιορισμοί όμως, πολλές φορές παρουσιάζουν ασυνέπεια ως προς την τεκμηρίωση τους και χαμηλή ή καθόλου συσχέτιση με τη νόσο.⁹³ Σε άλλες περιπτώσεις, τα ευρήματα υποδεικνύουν σημαντικές ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές επιδράσεις της περιφερικής αρτηριοπάθειας, που κάποια ερωτηματολόγια απλά αδυνατούν να αποτυπώσουν.⁹⁴ Όσον αφορά την ψυχική υγεία των ασθενών, οι έρευνες υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με συμπτωματική ή ασυμπτωματική περιφερική αρτηριοπάθεια έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν, όχι μόνο μειωμένη ποιότητα ζωής ως προς τη λειτουργική

απόδοση, αλλά και διαταραχές ως προς το συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα, όπως συμπτώματα κατάθλιψης και μειωμένου κοινωνικού ρόλου.⁹² Η κατάθλιψη αποτελεί συχνά την πιο κοινή εκδήλωση της χαμηλής ποιότητας ζωής, ενώ το ποσοστό των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που παρουσιάζει τέτοια συμπτώματα φτάνει το 30-60%. Η έλλειψη εξειδικευμένων ερωτήσεων για το θέμα αυτό στα περισσότερα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε αυτή την κατηγορία ασθενών, αφήνει αδιευκρίνιστο επί του παρόντος, αν η κατάθλιψη ή η ανικανότητα προκαλεί μεγαλύτερη επίδραση, στη γενικότερη ποιότητα ζωής όσων πάσχουν από περιφερική αρτηριοπάθεια.⁹⁵

Στην Διατλαντική Διεταιρική Συνομολόγηση για την περιφερική αρτηριοπάθεια (Transatlantic Inter-Society Consensus, TASC) τονίζεται η αναγκαιότητα χρήσης εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής σε όλες τις έρευνες με ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα, ενώ παράλληλα διευκρινίζεται ότι η επίτευξη ακριβούς εκτίμησης της ποιότητας ζωής θα την καταστήσει ως το ιδανικό πρωτεύον τελικό κριτήριο αξιολόγησης.⁷⁷ Παρόλα αυτά, οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στην έκβαση μετά τη θεραπευτική παρέμβαση χωρίς να συμπεριλαμβάνουν την αξιολόγηση των βασικών αρχικών παραμέτρων ή την εκτίμηση του συνόλου της ποιότητας ζωής χρησιμοποιώντας ολόκληρα τα ερωτηματολόγια.⁹²

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια μπορεί να είναι γενικά ή ειδικά. Τα γενικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι η Επισκόπηση Υγείας SF-36⁷⁰, η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham⁶⁸ (The Nottingham Health Profile) και η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D⁷¹ (EuroQol). Το SF-36 αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και το προτεινόμενο μέτρο για σκοπούς κλινικών δοκιμών.^{96,87} Το SF-36 χρησιμοποιείται και ως μέτρο σύγκρισης για τον έλεγχο της εγκυρότητας κατά την ανάπτυξη νέων, ειδικών για την περιφερική αρτηριοπάθεια ερωτηματολογίων.

Τα ειδικά ερωτηματολόγια για την περιφερική αρτηριοπάθεια εστιάζουν καλύτερα στους λειτουργικούς τομείς ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, προσφέροντας μεγαλύτερη ανταποκρισιμότητα στις ειδικές για τη νόσο επεμβάσεις, περισσότερα στοιχεία για τους ασθενείς ώστε να αποδώσουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους και πληρέστερη εικόνα για τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την ποιότητα ζωής. Είναι κυρίως χρήσιμα

για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής πριν και μετά από κάποια θεραπευτική παρέμβαση, με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτής. Πολλές και διαφορετικές απόψεις έχουν εκφραστεί όσον αφορά το ιδανικό ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Εντούτοις, υπάρχει γενική ομοφωνία ότι τα γενικά ερωτηματολόγια, μόνα ή σε συνδυασμό με ειδικά για τη νόσο ερωτηματολόγια, μπορεί να είναι χρήσιμα για την εκτίμηση του βαθμού στον οποίο οι ασθενείς συμβιβάζονται με την ασθένεια για την πραγματοποίηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, στην επίδραση της θεραπείας ώστε να βελτιώσουν τη λειτουργική τους κατάσταση, καθώς επίσης και στην επίδραση στη συναισθηματική και κοινωνική ευημερία. Τα κυριότερα ειδικά ερωτηματολόγια για την περιφερική αρτηριοπάθεια είναι το “Intermittent Claudication Questionnaire” (ICQ), το “Vascular Quality of Life Questionnaire” και το “The Claudication Scale: (CLAU-S).⁸⁷

4.4.2 Βιβλιογραφικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο

Το αυξημένο ενδιαφέρον και η έρευνα στον τομέα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής βρίσκει τα τελευταία χρόνια εφαρμογή και στην κατηγορία των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Καθώς η αντιμετώπιση της νόσου δεν έχει απλά ως σκοπό την παράταση της ζωής αλλά συγχρόνως, την ανακούφιση από τα συμπτώματα και τη βελτίωση της λειτουργικότητας, η αξιολόγηση της έκβασης κάθε περιστατικού περιλαμβάνει μαζί με τα κλινικοεργαστηριακά αποτελέσματα και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.⁹⁷ Όπως αποδεικνύεται μέσα από τις διάφορες μελέτες, η στεφανιαία νόσος προκαλεί περιορισμούς στη φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, που μπορεί να οδηγήσουν σε συνολική μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.⁹⁸

Σε σχέση με άλλα χρόνια νοσήματα, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, παρόμοια ή ελαφρώς καλύτερα από τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και σαφώς χειρότερα αποτελέσματα από τους ασθενείς με υπέρταση.⁹⁷

¹²³ Πέραν από τη σημαντική επίδραση στη φυσική λειτουργικότητα, που παρουσιάζεται στην πλειονότητα των ασθενών, πολύ συχνά η στεφανιαία νόσος συσχετίζεται με την ύπαρξη ήπιων έως σοβαρών ψυχικών διαταραχών, κυρίως με την κατάθλιψη και λιγότερο με το άγχος.⁵⁴ Η βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης αποτελεί αντικείμενο διάφορων ερευνητών και μπορεί να χρησιμοποιείται ως μέτρο αξιολόγησης της έκβασης κάθε χειρουργικής θεραπευτικής παρέμβασης.⁹⁷ Ελάχιστη ή

καθόλου βελτίωση της ποιότητας ζωής παρατηρείται μετά από συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία.¹²³

Τόσο τα γενικά, όσο και τα ειδικά ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Τα δύο πιο συνηθισμένα γενικά εργαλεία μέτρησης είναι η «Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας»⁶⁹ (The Sickness Impact Profile) και η «Επισκόπηση Υγείας SF-36».⁷⁰ Ταυτόχρονα διάφορα ειδικά εργαλεία μέτρησης έχουν σχεδιαστεί για να εξετάσουν συγκεκριμένα την έκβαση της στηθάγχης, του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και της καρδιακής ανεπάρκειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι το «Ερωτηματολόγιο Στηθάγχης του Σιάτλ» (Seattle Angina Questionnaire, SAQ) και το «Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής μετά από Έμφραγμα Μυοκαρδίου» (Quality of Life after Myocardial Infarction questionnaire, QLMI). Το SF-36 εμφανίζεται να επιτυγχάνει τα καλύτερα αποτελέσματα, έχοντας τα μικρότερα φαινόμενα «δαπέδου» ή «οροφής», καλή εσωτερική συνέπεια και μια υψηλή αξιοπιστία δοκιμής-επανελέγχου.^{54, 99}

Κεφάλαιο 5^ο

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36

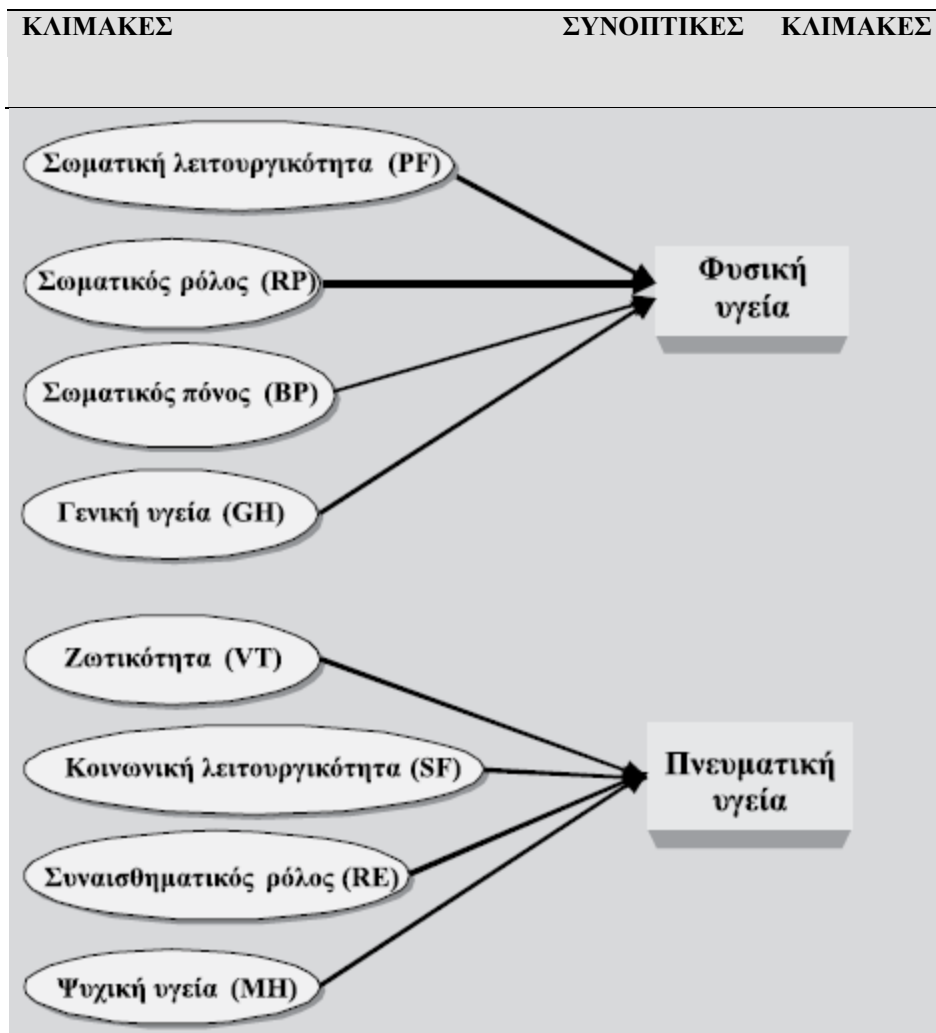
5.1 Εισαγωγή στην επισκόπηση υγείας SF-36

Η επισκόπηση Υγείας SF-36 (Health Survey SF-36) δημιουργήθηκε στη Βοστώνη το 1992 από τον Ware. Αποτελεί μια πολλαπλών χρήσεων, βραχείας μορφής (Short Form) έρευνα υγείας με μόνο 36 ερωτήσεις (Παράρτημα I). Αποσκοπεί στη μελέτη των αποτελεσμάτων από 8 αποδόσεις κλίμακας που αφορούν τη λειτουργική υγεία και ευεξία, καθώς και τη συνολική μέτρηση της ψυχικής και νοητικής υγείας με ψυχομετρικούς όρους. Πρόκειται για ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, το οποίο δεν στοχεύει σε μια συγκεκριμένη ηλικία, ασθένεια ή θεραπευτική ομάδα. Η ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού και σε ομάδες ασθενών, το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και αξιολογεί συγκριτικά τη σχετική επιβάρυνση των ασθενειών και τη διαφοροποίηση των οφελών για την υγεία, που παράγονται από ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών αγωγών. Στα πλαίσια του Διεθνούς Προγράμματος Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής (International Quality of Life Assessment, IQOLA), το SF-36 έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 100 χώρες, ενώ έχουν πραγματοποιηθεί όλες οι απαραίτητες μελέτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας.^{100, 101}

5.2 Κατασκευή του SF-36

Το SF-36 κατασκευάστηκε για να ικανοποιήσει τα κατώτατα απαραίτητα ψυχομετρικά επίπεδα για τη σύγκριση μεταξύ ομάδων. Οι παράμετροι που επιλέχθηκαν, αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνά μετρήσιμες παραμέτρους στις έρευνες υγείας ευρείας βάσης και εκείνες που επηρεάζονται από την ασθένεια και τη θεραπεία.^{101,102} Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου που επιλέχθηκαν, αντιπροσωπεύουν επίσης τους πολλαπλούς λειτουργικούς δείκτες της υγείας, που περιλαμβάνουν τη λειτουργία και δυσλειτουργία συμπεριφοράς, τον κίνδυνο και ευημερία, αντικειμενικές αναφορές και υποκειμενικές εκτιμήσεις, καθώς και ευνοϊκές και δυσμενείς αυτοαξιολογήσεις της γενικής κατάστασης της υγείας. Τα περισσότερα στοιχεία του SF-36 έχουν τις ρίζες τους σε εργαλεία μέτρησης, που χρησιμοποιούνταν από τη δεκαετία του 1970 και τη δεκαετία του 1980¹⁰³ και τα οποία περιλάμβαναν στοιχεία από τον Κατάλογο Γενικής Ψυχολογικής Ευημερίας (General Psychological Well-Being Inventory, GPWBI), διάφορες φυσικές και λειτουργικές μετρήσεις, το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Υγείας (Health Perceptions Questionnaire, HPQ), και άλλες μετρήσεις που είχαν αποδειχθεί χρήσιμες κατά τη διάρκεια του Πειράματος Ασφάλειας Υγείας (Health Insurance Experiment,

ΗΙΕ).¹⁰⁰ Οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS), συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς προσαρμόσαν στοιχεία ερωτηματολογίων από αυτές και άλλες πηγές αναπτύσσοντας ένα νέο εργαλείο μέτρησης με 149 στοιχεία για την εκτίμηση της Κατάστασης Λειτουργικότητας και Ευεξίας¹⁰³ (Functioning and Well-Being Profile, FWBP). Το FWBP ήταν η πηγή για τα στοιχεία και τις οδηγίες του ερωτηματολογίου, που προσαρμόστηκαν για χρήση στο SF-36. Οκτώ κλίμακες υγείας από τις 40 και 36 ερωτήσεις από τις 149 αποτέλεσαν το νέο ερωτηματολόγιο που διατέθηκε αρχικά σε μια υπό ανάπτυξη μορφή και το 1990ως τυποποιημένο έντυπο, περιέχοντας σημαντικές βελτιώσεις όσον αφορά τη διατύπωση, τη μορφή και τη βαθμολόγηση των στοιχείων, σε σχέση με τις εκδόσεις των 36 στοιχείων της MOS.^{101,104}



Εικόνα 5.1: Διαμόρφωση κλιμάκων SF-36

Πηγή: Υφαντόπουλος 2006

5.3 Περιγραφή του SF-36

Το SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, κάθε μία αποτελούμενη από 2 έως 10 ερωτήσεις. Η μία από τις ερωτήσεις δεν χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό των αποτελεσμάτων, αλλά δηλώνει την αλλαγή της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Οι 8 θεματικές κλίμακες αποτελούν περιληπτικές μετρήσεις δύο γενικότερων κλιμάκων, της Σωματικής και της Ψυχικής Υγείας και κάθε μία λαμβάνει βαθμολογίες από το 0 έως το 100 (Σχήμα 5.1). Συγκεκριμένα, οι οκτώ διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής που καταγράφει η επισκόπηση υγείας SF-36, είναι οι εξής:¹⁰⁵

- **Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning, PF)**

Οι 10 ερωτήσεις που περιλαμβάνει η συγκεκριμένη κλίμακα, αντανακλούν τη σημασία διάκρισης των διαφόρων πτυχών της σωματικής λειτουργικότητας και την ανάγκη να συμπεριληφθούν μια σειρά από σοβαροί μέχρι και δευτερεύοντες φυσικοί περιορισμοί αντιπροσωπεύοντας πολλαπλά είδη και επίπεδα. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αφορούν τις κουραστικές δραστηριότητες (τρέξιμο, ανύψωση βαρέων αντικειμένων κλπ), τις μέτριας έντασης δραστηριότητες (μετακίνηση ενός τραπεζιού, μετακίνηση ηλεκτρικής σκούπας κλπ), την άρση και μεταφορά των ψώνιων της αγοράς, το ανέβασμα σε σκάλες, το λύγισμα ή γονάτισμα ή σκύψιμο, το περπάτημα διαφόρων αποστάσεων, το μπάνιο ή το ντύσιμο. Τα στοιχεία της κλίμακας καταγράφουν τόσο την παρουσία, όσο και την έκταση των φυσικών περιορισμών, χρησιμοποιώντας μια διαβάθμιση απαντήσεων τριών επιπέδων. Τα χαμηλά αποτελέσματα αναδεικνύουν σημαντικούς περιορισμούς στην εκτέλεση των σωματικών δραστηριοτήτων, ενώ τα υψηλά αποτελέσματα αντιπροσωπεύουν ελάχιστους ή καθόλου περιορισμούς.

- **Σωματικός Ρόλος (Role Physical, RP)**

Η κλίμακα περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις που καλύπτουν μια σειρά σωματικών, σχετικών με την υγεία, περιορισμών ρόλου. Αφορούν τη μείωση του χρόνου στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες, την επιτέλεση λιγότερων δραστηριοτήτων, τον περιορισμό των ειδών εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων και τη δυσκολία εκτέλεσης της εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων.

- **Σωματικός Πόνος (Bodily Pain, BP)**

Αποτελείται από δύο ερωτήσεις, εκ των οποίων η μία αφορά την ένταση του σωματικού πόνου και η άλλη την επίδραση του σωματικού πόνου στις συνηθισμένες εργασιακές δραστηριότητες. Τα χαμηλά αποτελέσματα αντιπροσωπεύουν υψηλά επίπεδα πόνου και επίδρασης αυτού στην εργασία.

- **Γενική Υγεία (General Health, GH)**

Αποτελείται από 5 ερωτήσεις, από τις οποίες η μία ερώτηση αφορά τη γενική εκτίμηση της υγείας (από εξαιρετική μέχρι κακή) και 4 ερωτήσεις που εξετάζουν τις απόψεις και τις προσδοκίες του ερωτώμενου για την υγεία του. Τα χαμηλά αποτελέσματα δείχνουν την κακή εκτίμηση της γενικής υγείας και την πιθανή επιδείνωση αυτής, ενώ τα υψηλά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε ευνοϊκότερη αξιολόγηση της υγείας του ερωτώμενου.

- **Ζωτικότητα (Vitality, VT)**

Η κλίμακα αυτή που περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις, αναπτύχθηκε με σκοπό να καταγράψει τις διαφορές στην υποκειμενική εκτίμηση της ευημερίας. Τα χαμηλά αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν αισθήματα κούρασης και εξάντλησης, ενώ τα υψηλά αποτελέσματα δείχνουν αισθήματα πλήρους ενεργητικότητας όλες ή τις περισσότερες φορές.

- **Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning, SF)**

Αυτή η κλίμακα των 2 ερωτήσεων, αξιολογεί τα σχετικά με την υγεία αποτελέσματα στην ποσότητα και την ποιότητα των κοινωνικών δραστηριοτήτων, ρωτώντας συγκεκριμένα για τον αντίκτυπο είτε των σωματικών, είτε των συναισθηματικών προβλημάτων στις κοινωνικές δραστηριότητες. Ο βαθμός στον οποίο τα σωματικά ή/και τα συναισθηματικά προβλήματα παρεμποδίζουν τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες αυξάνεται όσο χαμηλότερα είναι τα αποτελέσματα της κλίμακας.

- **Συναισθηματικός Ρόλος (Role Emotional, RE)**

Αυτή η κλίμακα τριών στοιχείων αξιολογεί τους συναισθηματικούς, σχετικούς με την υγεία περιορισμούς ρόλου, που αφορούν την εκτίμηση επίδρασης της συναισθηματικής κατάστασης στη μείωση του χρόνου εργασίας ή ενασχόλησης με άλλες δραστηριότητες, την επιτέλεση λιγότερων δραστηριοτήτων, την επιτέλεση της εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως. Χαμηλά αποτελέσματα στην

κλίμακα αυτή αντανακλούν προβλήματα στην εργασία ή άλλες δραστηριότητες οφειλόμενα σε συναισθηματικά προβλήματα, σε αντίθεση με τα υψηλά αποτελέσματα που αφορούν τη μη ύπαρξη περιορισμών για συναισθηματικούς λόγους.

- **Ψυχική Υγεία (Mental Health, MH)**

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις με ένα ή περισσότερα στοιχεία από κάθε μία από τέσσερις σημαντικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας (ανησυχία, κατάθλιψη, απώλεια συμπεριφοριστικού/συναισθηματικού ελέγχου, ψυχολογική ευημερία). Τα χαμηλά αποτελέσματα είναι ενδεικτικά συναισθημάτων νευρικότητας και κατάθλιψης, ενώ τα υψηλά αποτελέσματα δείχνουν συναισθήματα ευτυχίας, γαλήνης και ηρεμίας, όλες ή τις περισσότερες φορές.

- **Αναφερόμενη Αλλαγή Υγείας (Reported Health Transition, HT)**

Πρόκειται για γενική ερώτηση που ζητά από τους ασθενείς να εκτιμήσουν την αλλαγή της υγείας τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου. Η απάντηση της ερώτησης αυτής δεν χρησιμοποιείται στον υπολογισμό καμίας από τις 8 κλίμακες ή τις 2 συνοπτικές κλίμακες. Εντούτοις, παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τις αντιληπτές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας που εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια του έτους.¹⁰⁵

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	10	3α, 3β, 3γ, 3δ, 3ε, 3στ, 3ζ, 3η, 3θ, 3ι
ΡΟΛΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ	4	4α, 4β, 4γ, 4δ
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	2	7, 8
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5	1, 11α, 11β, 11γ, 11δ
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	4	9α, 9ε, 9ζ, 9θ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	2	6, 10
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	3	5α, 5β, 5γ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5	9β, 9γ, 9δ, 9στ, 9η
ΓΕΝΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ	1	2

Εικόνα 5.2: Κλίμακες και ερωτήσεις του SF-36
 Πηγή: Υφαντόπουλος, 2006

Οι οκτώ κλίμακες συνιστούν δυο συνοπτικές κλίμακες που εξάγονται με τη χρησιμοποίηση παραγοντικών αναλυτικών μεθόδων:

- τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (**Physical Component Summary, PCS**)

- τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (**Mental Component Summary, MCS**)

Παρόλα αυτά, αρκετοί ερευνητές θεωρούν την έκφραση των επιπέδων υγείας σε δύο συνοπτικές κλίμακες, αμφιλεγόμενη και ανακριβή, προτιμώντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων με τις γνωστές 8 κλίμακες του SF-36.¹¹³

5.3.1. Κανονική (standard) και οξεία (acute) έκδοση του SF-36

Το SF-36 είναι διαθέσιμο σε δύο μορφές που καλύπτουν συγκεκριμένη περίοδο ανάκλησης. Η κανονική μορφή (standard version) αφορά περίοδο ανάκλησης των τελευταίων 4 εβδομάδων για την απάντηση στις ερωτήσεις, ενώ η οξεία μορφή (acute version), που σχεδιάστηκε πιο πρόσφατα, έχει περίοδο ανάκλησης μία εβδομάδα. Η κανονική μορφή είναι κατάλληλη όταν το ερωτηματολόγιο πρόκειται να απαντηθεί μόνο μία φορά ή στις περιπτώσεις εκείνες που η επανασυμπλήρωσή του θα γίνει μετά από 4 εβδομάδες. Η οξεία μορφή αφορά τις εφαρμογές στις οποίες η κατάσταση της υγείας θα πρέπει να μετράται σε εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη βάση με το σκεπτικό ότι θα είναι πιο ευαίσθητο στις πρόσφατες αλλαγές της κατάστασης της υγείας. Δημιουργήθηκε με την αλλαγή της περιόδου ανάκλησης για έξι από τις οκτώ κλίμακες [Σωματικός Ρόλος(RP), Σωματικός Πόνος (BP), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) και Ψυχική Υγεία (MH)], από "τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες" με "την περασμένη εβδομάδα". Δύο κλίμακες, η Σωματική Λειτουργικότητα (PF) και η Γενική Υγεία (GH), δεν έχουν καμία περίοδο ανάκλησης. Η μορφή αυτή του ερωτηματολογίου (acute version) συνιστάται στις περιπτώσεις όπου ο ερευνητής επιθυμεί να έχει μια πιο λεπτομερή και σαφή παρατήρηση της επίδρασης που έχει στην ποιότητα ζωής μια θεραπευτική παρέμβαση, τα αποτελέσματα της οποίας αναμένεται να διαφανούν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.^{105,}

106

5.3.2 SF-36 Έκδοση 2.0 (SF-36 version 2.0)

Το 1996 παρουσιάστηκε για πρώτη φορά η νέα ανανεωμένη έκδοση της επισκόπησης υγείας SF-36 (SF-36 version 2.0), με σκοπό τη βελτίωση και διόρθωση των ελλείψεων που εντοπίζονται στην αρχική του μορφή (SF-36 version 1.0). Μετά από προσεκτική μελέτη και

τη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων, το SF-36v.2 παρουσιάζει περιληπτικά τις παρακάτω αλλαγές:^{100, 107}

- Βελτιώσεις στις οδηγίες και τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, με σκοπό η διατύπωση να καταστεί σύντομη, απλή, κατανοητή και λιγότερο διαφορούμενη.
- Βελτιωμένη διάταξη των ερωτήσεων και των απαντήσεων στις αυτοσυμπληρούμενες μορφές του ερωτηματολογίου, ώστε να είναι ευκολότερο το διάβασμα και η συμπλήρωση αυτών, οδηγώντας σε μείωση του ποσοστού των ελλειπουσών τιμών.
- Μεγαλύτερη συγκρισιμότητα με μεταφράσεις και πολιτισμικές προσαρμογές ευρέως διαδεδομένες στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες.
- Πέντε επιπέδων επιλογές απάντησης αντί των διχοτομικών επιλογών για 7 στοιχεία, στις δύο κλίμακες σωματικού (RP) και συναισθηματικού ρόλου (RE).
- Πέντε επιπέδων (αντί έξι επιπέδων) κατηγορίες απαντήσεων, για την απλούστευση των στοιχείων στις κλίμακες Ψυχικής Υγείας (MH) και Ζωτικότητας (VT).

5.4 Εφαρμογή και χρήση του SF-36

Το SF-36 είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο βρίσκει εφαρμογή σε μια πληθώρα νοσολογικών καταστάσεων, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού, παθήσεις του πεπτικού, ορθοπεδικά προβλήματα, χειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις, νευρολογικές παθήσεις, μεταβολικά νοσήματα κλπ. Το SF-36 χρησιμοποιείται για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του γενικού πληθυσμού, υγιών ή ασθενών και διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων μιας κατηγορίας ασθενών.¹⁰⁰ Συγκεκριμένα, το SF-36 έχει αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο στις έρευνες τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε συγκεκριμένους υποπληθυσμούς, που σκοπό έχουν :¹⁰⁸

- Τη σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών διαφόρων ασθενειών, με τη ποιότητα ζωής υγιών.
- Τη σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών με διαφορετική πάθηση.
- Τη σύγκριση της ποιότητας ζωής ασθενών πριν και μετά την εφαρμογή μιας θεραπευτικής παρέμβασης.
- Την εκτίμηση της ποιότητας ζωής από τους ίδιους τους ασθενείς στην πορεία του χρόνου.

Το SF – 36 εφαρμόζεται σήμερα στον τομέα των χρόνιων νοσημάτων, όπως η περιφερική αρτηριοπάθεια και η στεφανιαία νόσος, γιατί καταγράφει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με τρόπο σχετικά σύντομο, ενώ παράλληλα είναι εύκολο στη χρήση του. Καλύπτει επίσης θετικές, αλλά και αρνητικές πλευρές της υγείας, γεγονός που αποτελεί πλεονέκτημα για ένα σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.¹⁰⁰

Η επισκόπηση υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των Η. Π. Α και άλλων χωρών, όπως επίσης και για νεαρούς και ενήλικες ασθενείς με συγκεκριμένες ασθένειες. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά, και διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες, που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες εφαρμογές του SF-36.¹⁰⁰

Το SF-36v2 και το SF-36v1 έχουν μεταφραστεί σε περισσότερες από 100 γλώσσες, καθιστώντας δυνατή τη χρησιμοποίησή τους διεθνώς σε τυχαιοποιημένες κλινικές έρευνες, πολυκεντρικές μελέτες και στην καθημερινή κλινική πρακτική, παρέχοντας συγκρίσιμα αποτελέσματα μεταξύ διαφόρων χωρών.¹⁰⁵ Η διαδικασία υιοθέτησης του SF-36 από άλλες χώρες, ξεκίνησε παράλληλα με την ανάπτυξη του εργαλείου, μέσω του έργου IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) και προϋποθέτει την μετάφραση του ερωτηματολογίου, τους απαιτούμενους ελέγχους εγκυρότητας και αξιοπιστίας και τέλος την τυποποίηση, ώστε να επιτρέπεται η σύγκριση των ατομικών με τα ομαδικά αποτελέσματα.¹⁰⁹

Το SF-36 έχει μεταφραστεί στα ελληνικά σύμφωνα με την προβλεπόμενη από το έργο IQOLA διαδικασία. Η έκδοση 1 (SF-36 version 1) έχει υποβληθεί στους απαραίτητους στατιστικούς ελέγχους εγκυρότητας και αξιοπιστίας το 2004,¹¹⁰ ενώ τον επόμενο χρόνο δημοσιεύτηκαν και τα αποτελέσματα της εγκυροποίησης και προτυποποίησης του SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού.^{111, 112}

5.5. Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του SF-36

Βασικός στόχος για την κατασκευή του SF-36 ήταν η επίτευξη υψηλών ψυχομετρικών προτύπων. Οι δοκιμασίες ελέγχου των μετρήσεων του SF-36 πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα

με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο εγκυρότητας ψυχολογικών και εκπαιδευτικών μετρήσεων, από την Αμερικανική Ένωση Ψυχολογίας (American Psychological Association), την Αμερικανική Ένωση Εκπαιδευτικής Έρευνας (American Educational Research Association) και το Εθνικό Συμβούλιο για τη Μέτρηση στην Εκπαίδευση (National Council on Measurement in Education). Εκτεταμένες ψυχομετρικές δοκιμές, σχετικά με το SF-36, έχουν διεξαχθεί τόσο στις Η.Π.Α, όσο και σε πολλές άλλες χώρες. Χρησιμοποιώντας τις ίδιες δοκιμασίες ελέγχου κατά την εξαγωγή του σκορ και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του SF-36, τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν σε μελέτες γενικού πληθυσμού 10 χωρών.^{100, 114}

5.5.1 Η αξιοπιστία των μετρήσεων του SF-36

Για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας των 8 κλιμάκων και των 2 συνοπτικών κλιμάκων της επισκόπησης υγείας SF-36, οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν τη μέθοδο εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) και το συντελεστή άλφα του Cronbach, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις ο συντελεστής αξιοπιστίας υπολογίζεται με τη μέθοδο ελέγχου-επανελέγχου (test-retest method). Με σπάνιες εξαιρέσεις, οι δημοσιευμένες εκτιμήσεις του συντελεστή αξιοπιστίας υπερβαίνουν τα αποδεκτά κριτήρια μέτρησης που αφορούν στις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων.

Οι μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το SF-36 αφορούν ασθενείς διαφόρων διαγνωστικών κατηγοριών ή/και διαφορετικών θεραπευτικών αντιμετώπισεων, καθώς επίσης και το γενικό πληθυσμό (π.χ. Η.Π.Α). Σε όλες αυτές τις μελέτες, ο συντελεστής αξιοπιστίας υπερβαίνει το ελάχιστο όριο του 0,70 που αφορά στις ατομικές συγκρίσεις. Για κάθε κλίμακα του SF-36, η διάμεσος των συντελεστών αξιοπιστίας ισούται ή υπερβαίνει το 0,80. Εξαίρεση αποτελεί η κλίμακα της Κοινωνικής Λειτουργικότητας, της οποίας η διάμεσος υποχωρεί στο επίπεδο του 0,76. Αντίθετα, ο συντελεστής αξιοπιστίας της Σωματικής Λειτουργικότητας, υπερβαίνει σταθερά το επίπεδο του 0,90. Τα πιο πάνω ευρήματα, συνηγορούν υπέρ της χρήσεως των κλιμάκων του SF-36 σε μελέτες εκτίμησης της κατάστασης υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών.^{100, 114}

5.5.2. Η εγκυρότητα των μετρήσεων του SF-36

Ο έλεγχος της εγκυρότητας του περιεχομένου του SF-36 έχει γίνει με τη σύγκριση του περιεχομένου του SF-36 με το περιεχόμενο άλλων γνωστών και διαδεδομένων οργάνων μέτρησης. Η ανάλυση παράγοντα χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της δομικής εγκυρότητας, όπως επίσης και για τον έλεγχο της συσχετιζόμενης με κριτήριο εγκυρότητας.

Το SF-36 περιέχει 8 από τις συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες αντιλήψεις και διαστάσεις της υγείας, οι οποίες συναντώνται επίσης σε γνωστά όργανα μέτρησης όπως:

- MOS 149-Item Functional Status and Well-Being Survey
- Health Insurance Experiment-HIE
- Nottingham Health Profile-NHP
- Sickness Impact Profile-SIP
- Duke Health Profile-DHP
- Dartmouth COOP Function Charts-COOP
- McMaster Health Index Questionnaire-MHIQ
- Quality of Well-Being Scale-QWB

Μια παράμετρος που δεν περιλαμβάνεται στο SF-36 είναι αυτή των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται σε ειδικά προβλήματα ή καταστάσεις υγείας, καθώς το SF-36 είναι ένα γενικό και όχι ειδικό όργανο μέτρησης. Επιπλέον, άλλες παράμετροι που δεν συμπεριλαμβάνονται στο SF-36, αλλά σε μεγαλύτερα όργανα μέτρησης όπως στο MOS-149 item, στο HIE ή στο SIP, αφορούν στην επάρκεια ύπνου, τον ελεύθερο χρόνο, την οικογενειακή και σεξουαλική λειτουργικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή.^{100, 101}

Η ανάλυση παράγοντα παρέχει τη δοκιμασία ελέγχου της δομικής εγκυρότητας του SF-36 σε σχέση με τη θεωρητική του δομή. Η δομή του SF-36 στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι δύο βασικές διαστάσεις (παράγοντες) της υγείας, η σωματική και η ψυχοκοινωνική, μπορούν να απεικονισθούν με τη χρήση των 8 κλιμάκων που έχουν κατασκευασθεί. Η εκτίμηση της βαρύτητας της κάθε κλίμακας στην απεικόνιση της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής διάστασης της υγείας, γίνεται με τη συσχέτιση των 8 αυτών κλιμάκων με τις δύο διαστάσεις.

Η ανάλυση παράγοντα τεκμηριώνει την υπόθεση, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του ελέγχου:^{100, 114}

(α) οι κλίμακες Σωματική Λειτουργικότητα, Σωματικός Ρόλος και Σωματικός Πόνος, έχουν ισχυρή συσχέτιση ($r \geq 0,70$) με τη σωματική διάσταση και ασθενή συσχέτιση με τη ψυχοκοινωνική διάσταση ($r \geq 0,30$),

(β) οι κλίμακες Ψυχική Υγεία, Συναισθηματικός Ρόλος και Κοινωνική Λειτουργικότητα έχουν ισχυρή συσχέτιση ($r \geq 0,70$) με τη ψυχοκοινωνική και ασθενή συσχέτιση ($r \geq 0,30$) με τη σωματική διάσταση και

(γ) οι κλίμακες Ζωτικότητα και Γενική Υγεία έχουν μέτρια συσχέτιση ($0,30 < r < 0,70$) τόσο με τη σωματική, όσο και με τη ψυχοκοινωνική διάσταση.

Τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνουν την εννοιολογική προσέγγιση της υγείας που υπάρχει στη δομή του SF-36 και παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την ερμηνεία των μετρήσεων της κάθε κλίμακας. Από τον έλεγχο της δομικής εγκυρότητας, συνάγεται ότι οι τρεις πρώτες κλίμακες μετρούν κυρίως τη σωματική διάσταση, οι άλλες τρεις την ψυχοκοινωνική διάσταση και οι υπόλοιπες δύο μετρούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχοκοινωνική διάσταση της υγείας.

Τα εξωτερικά κριτήρια, βάσει των οποίων έγινε ο έλεγχος της σχετιζόμενης με το κριτήριο εγκυρότητας του SF-36, αποτελούν κριτήρια ιατρικά ή κοινωνικά σημαντικά. Τα κριτήρια αυτά αφορούν σε στοιχεία τα οποία, είτε συγκεντρώνονται ταυτόχρονα (ταυτόχρονη εγκυρότητα-concurrent validity) είτε μετά από χρονικό διάστημα (προγνωστική εγκυρότητα-predictive validity). Τα αποτελέσματα συγκρίσεων των μετρήσεων των κλιμάκων του SF-36 με τα κριτήρια αυτά, τεκμηριώνουν τη σχετιζόμενη με κριτήριο εγκυρότητα του SF-36.¹⁰¹

Η παραγοντική εγκυρότητα του SF-36 έχει ελεγχθεί επίσης με αποτελέσματα μετρήσεων υγείας ομάδων ασθενών που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη σωματική νοσηρότητα (κλινικά κριτήρια). Οι δύο κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας και της Ψυχικής Υγείας συσχετίζονται με κλινικά κριτήρια και οι μετρήσεις τους μπορούν να ερμηνευτούν ως μετρήσεις της σωματικής και ψυχικής διάστασης της υγείας. Ταυτόχρονα, οι κλίμακες του SF-36 έχουν συσχετισθεί με τη συχνότητα και την ένταση διαφόρων σωματικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων έδειξαν ότι, αν και το SF-36 είναι ένα γενικό όργανο μέτρησης, εντούτοις παρουσιάζει μια καλή ευαισθησία στις διαφορές που αφορούν τη συχνότητα ποικίλων γενικών ή ειδικών συμπτωμάτων.^{100, 114}

Σε ότι αφορά την καταλληλότητα του SF-36 ως οργάνου μέτρησης και εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής, οι κλίμακες του SF-36 έχουν συσχετισθεί με τη Γενική Υγεία και την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α. Όλες οι συσχετίσεις είναι σημαντικές και θετικές.

Πέραν της καταλληλότητας του SF-36 στην εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής, οι κλίμακες του SF-36 έχουν συσχετισθεί και με άλλες παραμέτρους, όπως οι συνθήκες διαβίωσης, το επίπεδο ζωής, η οικονομική κατάσταση, η οικογενειακή και κοινωνική ζωή κ.ά. Οι συσχετίσεις έγιναν με βάση τις μετρήσεις του γενικού πληθυσμού, ήταν όλες τους θετικές και στατιστικά σημαντικές, παρόλο που λίγες ήταν σημαντικές στο μέγεθος ($r \geq 30$).

Τέλος, οι κλίμακες του SF-36 έχουν συσχετισθεί με τις κλίμακες άλλων γνωστών οργάνων μέτρησης (MOS, HIE, NHP, SIP, DHP, COOP, MHIQ, QWB κ.α.). Όλες οι συσχετίσεις είναι θετικές και σημαντικές, υποδεικνύοντας ότι η σχετιζόμενη με το κριτήριο αυτό εγκυρότητα του SF-36 τεκμηριώνεται ως μια επιπλέον μαρτυρία εγκυρότητάς του.^{100, 101, 114}

5.6 Η αξιολόγηση της επισκόπησης υγείας SF-36 και η εξαγωγή του σκορ

Το SF-36 συνίσταται σε 8 κλίμακες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με διαφορετικό αριθμό ερωτήσεων. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένα σύνολο εναλλακτικών απαντήσεων που ερμηνεύονται ποσοτικά, σε διαβαθμίσεις που καλύπτουν το θεωρητικό φάσμα από το ελάχιστο έως το μέγιστο. Η διαστημική αυτή κλίμακα επιτρέπει τον υπολογισμό των ενδιάμεσων, μεταξύ των ακραίων τιμών, απαντήσεων και καθιστά δυνατή την ερμηνεία των προστιθέμενων αποτελεσμάτων. Το αποτέλεσμα κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστά επί το εκατό (%), όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή και η τιμή 100 τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας.¹⁴ Οι βαθμοί μεταξύ των ακραίων αυτών τιμών απεικονίζουν την αναλογία της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε. Ο μετασχηματισμός αυτός επιτυγχάνεται με τον ακόλουθο τύπο:^{104, 116}

$$\frac{\text{Μετασχηματισμός Βαθμολογίας Κλίμακας}}{\text{Βαθμολογίας Κλίμακας}} = \left[\frac{\text{Πραγματική Βαθμολογία Κλίμακας} - \text{Χαμηλότερη Βαθμολογία Κλίμακας}}{\text{Πιθανή Διακύμανση Βαθμολογίας Κλίμακας}} \right] \times 100$$

Οι κλίμακες οργανώνονται έτσι ώστε το υψηλότερο αποτέλεσμα να δείχνει την καλύτερη δυνατή υγεία. Για να επιτευχθεί αυτό, οι απαντήσεις σε 10 ερωτήσεις κωδικοποιούνται εκ νέου πριν προστεθούν σε άλλα στοιχεία στην ίδια κλίμακα. Αναλυτικά, οι μαθηματικοί τύποι και οι επανακωδικοποιήσεις για όλες τις κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36, παρουσιάζονται στο παράρτημα II.^{115, 116}

5.7 Βιβλιογραφικά δεδομένα για το SF-36

Η επισκόπηση υγείας SF-36 v.2 και ο προκάτοχός του SF-36 v.1, αποτελούν τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η χρήση του από περισσότερους από 14.000 ερευνητές παγκοσμίως και οι πέραν των 10.000 δημοσιεύσεων μέχρι σήμερα, τεκμηριώνουν την εμπειρία με το SF-36 και βεβαιώνουν τη χρησιμότητα και την αποδοχή του από την διεθνή επιστημονική κοινότητα.¹⁰⁵

Η ιστορία και η ανάπτυξη του SF-36, οι ψυχομετρικές αξιολογήσεις του, οι μελέτες αξιοπιστίας και ισχύος, και τα κανονιστικά στοιχεία είναι διαθέσιμα στο πρώτο από τα τρία εγχειρίδια χρήστη του SF-36.¹⁰¹ Αυτές οι πληροφορίες συνοψίστηκαν επίσης στις δυο πρώτες ανασκοπήσεις άρθρων.¹⁰⁴ Ένα δεύτερο εγχειρίδιο τεκμηριώνει την ανάπτυξη και την επικύρωση των συνοπτικών κλιμάκων της σωματικής και ψυχικής υγείας του SF-36 και παρουσιάζει τους κανόνες που διέπουν τις μετρήσεις αυτές. Αυτά τα εγχειρίδια έχουν ενημερωθεί, ώστε να περιλάβουν τους πιο πρόσφατους κανόνες και άλλα ευρήματα της βελτιωμένης έκδοσης 2.0 (SF-36v2).¹⁰⁷

Μια από τις πληρέστερες ανεξάρτητες παρουσιάσεις της ανάπτυξης του SF-36 μαζί με κρίσιμα σχόλια έγινε από τους McDowell και Newell.¹¹⁷ Πρόσφατα, σε μια βιβλιογραφική μελέτη της ανάπτυξης των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας της ζωής, που δημοσιεύθηκε στο *British Medical Journal*, το SF-36 θεωρήθηκε το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο γενικό εργαλείο μέτρησης της έκβασης υγείας.¹¹⁸

Η χρησιμότητα του SF-36 στον υπολογισμό της επιβάρυνσης των ασθενειών και στη σύγκριση των ειδικών ανά ασθένεια χαρακτηριστικών στο γενικό πληθυσμό, διευκρινίζεται στα άρθρα που αφορούν περισσότερες από 200 νόσους και καταστάσεις. Μεταξύ των πιο συχνά μελετημένων νόσων και καταστάσεων είναι: η οσφυαλγία, ο καρκίνος, τα

καρδιαγγειακά νοσήματα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης, η γαστρεντερική νόσος, η ημικρανία, η λοίμωξη HIV/AIDS, η αρτηριακή υπέρταση, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, τα νοσήματα των νεφρών, η πολλαπλή σκλήρυνση, οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι νευρομυϊκές παθήσεις, οι ψυχιατρικές παθήσεις, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι διαταραχές ύπνου, οι τραυματισμοί σπονδυλικής στήλης, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, οι χειρουργικές επεμβάσεις, οι μεταμοσχεύσεις και το τραύμα.¹⁰⁰

5.7.1 Η χρήση του SF-36 στον ελληνικό χώρο

Το SF-36 έχει υιοθετηθεί και στον ελληνικό χώρο, σύμφωνα με τη διαδικασία που απαιτείται γι' αυτό το σκοπό και περιλαμβάνει τη μετάφραση του εργαλείου μέτρησης, τους απαραίτητους ελέγχους εγκυρότητας και την τυποποίηση.^{110, 111, 112} Στα πλαίσια αυτά, το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί στη Ελλάδα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και B¹¹⁹, σε ασθενείς μετά από νεφρική μεταμόσχευση¹²⁰, σε ασθενείς με αιμορροφιλία¹²¹, σε ασθενείς μετά από μεταμόσχευση ήπατος¹²², σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια¹²³, σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα¹²⁴. Στην Κύπρο, τμήματα του SF-36, έχουν χρησιμοποιηθεί στην «Έρευνα Υγείας 2003» που διεξήγαγε η Στατιστική Υπηρεσία για λογαριασμό της Κυπριακής Δημοκρατίας.¹²⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6^ο

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Αντικείμενο και στόχοι της μελέτης

Αντικείμενο της παρούσας διατριβής είναι η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο στον κυπριακό πληθυσμό, η διερεύνηση των σχέσεων και συσχετίσεων με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα αντικειμενικά κριτήρια της νόσου, καθώς και η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών και των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Η σφαιρική εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο και η αποτύπωση των λειτουργικών και ψυχοκοινωνικών τους προβλημάτων σε μια προσπάθεια ανίχνευσης των προσωπικών αναγκών υγείας.
2. Η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών της περιφερικής αρτηριοπάθειας και των αντικειμενικών κριτηρίων που παραδοσιακά χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας και η συσχέτισή τους με τους τομείς της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται από την νόσο, όπως προκύπτουν μέσα από τις υποκειμενικές αντιλήψεις και απόψεις των ασθενών.
3. Η καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών, δημογραφικών και ατομικών χαρακτηριστικών των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και η εξαγωγή συμπερασμάτων σε σχέση με την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών.
4. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που επιλέγονται να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση, με την αντίστοιχη υποομάδα ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Με βάση τις θεωρίες που περιγράφηκαν πιο πάνω και την εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διατυπώθηκαν επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις σε ότι αφορά το αντικείμενο της παρούσας μελέτης. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια αναμένεται να είναι επηρεασμένη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και σε βαθμό συγκρίσιμο με άλλες χρόνιες νόσους κοινής αιτιοπαθογένειας. Στα πλαίσια αυτά, ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια και ασθενείς με στεφανιαία νόσο που είναι υποψήφιοι για χειρουργική αντιμετώπιση, αναμένεται να έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και αντιλήψεις όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους. Οι παράμετροι που αφορούν τη λειτουργικότητα εκτιμάται ότι θα

είναι πολύ πιο επηρεασμένες σε σχέση με τον ψυχοσυναισθηματικό τομέα της ποιότητας ζωής. Τα κλινικά κριτήρια με τα οποία οι επαγγελματίες υγείας καθορίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου, αναμένεται να παρουσιάζουν αναντιστοιχίες σε σχέση με κάποιες από τις παραμέτρους της αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα κοινωνικοοικονομικά, τα δημογραφικά και τα χαρακτηριστικά του ιατρικού ατομικού ιστορικού των ασθενών προβλέπεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια με τον ίδιο τρόπο που συμβαίνει αυτό και στο γενικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα και η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, αναμένεται να προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες, η αξιοποίηση των οποίων θα οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας στην καλύτερη κατανόηση των επιδράσεων της περιφερικής αρτηριοπάθειας στους ασθενείς και στην ορθότερη λήψη αποφάσεων όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου.

6.2 Μεθοδολογία

6.2.1 Κριτήρια συμμετοχής στο δείγμα

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών για συμμετοχή στη μελέτη, καθορίστηκαν με στόχο την ομοιογένεια του δείγματος και την αντιπροσώπευση όλου του φάσματος των κλινικών σταδίων της νόσου και ήταν τα ακόλουθα:

1. Συμπτωματικοί ασθενείς με διαγνωσμένη περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω άκρων, όπως αυτή καθορίζεται με τη μέτρηση του σφυροβραχιόνιου δείκτη $< 0,90$.⁷⁷
2. Ασθενείς με στεφανιαία νόσο που παραπέμπονται για επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης.
3. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να έχουν κυπριακή υπηκοότητα και η μητρική τους γλώσσα να είναι η ελληνική.
4. Εξαιρούνται όλοι οι ασθενείς που πρόσφατα παρουσίασαν οξεία συμβάματα που σχετίζονται με τη νόσο (π.χ. οξεία ισχαιμία για τους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου για τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο).

6.2.1.1 Βιοηθική διάσταση της μελέτης

Η μελέτη ακολούθησε πιστά τις προϋποθέσεις που προβλέπει η διακήρυξη του Ελσίνκι (Declaration of Helsinki)¹²⁶ σχετικά με την ηθική και τις αρχές δεοντολογίας που θα πρέπει να γίνονται σεβαστές από τους ερευνητές, όταν διεξάγουν ιατρική έρευνα με ανθρώπους ή ανθρώπινο υλικό. Ένα από τα κύρια άρθρα της διακήρυξης αναφέρει ότι κανένα εθνικό, νομικό ή θεσμικό αίτημα δεν μπορεί να μειώσει ή να εξαλείψει οποιαδήποτε από τις πρόνοιες της, σε σχέση με την προστασία των ανθρώπινων υποκειμένων που συμμετέχουν στην έρευνα. Η διακήρυξη του Ελσίνκι υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο για πρώτη φορά το 1964, ενώ το 2008 έγινε η έκτη κατά σειρά αναθεώρηση του κειμένου.

Ανάμεσα στις βασικές αρχές της διακήρυξης είναι το καθήκον του ιατρού για διασφάλιση της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειας των ανθρώπινων υποκειμένων της έρευνάς του. Επίσης, τονίζεται η ανάγκη ύπαρξης ξεκάθαραυ ερευνητικού πρωτοκόλλου και η διεξαγωγή μιας έρευνας εφόσον αποδεικνύεται ότι θα έχει οφέλη για τον εμπλεκόμενο πληθυσμό.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάγκη λήψης ενημερωμένης συγκατάθεσης από τους συμμετέχοντες στο ερευνητικό πρόγραμμα.¹²⁶

6.2.1.2 Έντυπο συγκατάθεσης

Όλοι οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής, κλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη διασφαλίζοντας αρχικά την πληροφορημένη συναίνεση αυτών. Αφού ενημερώνονταν για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας, τις διαδικασίες διεξαγωγής και τον τρόπο αξιοποίησης των αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβάνονταν στο δείγμα, υπογράφοντας πρώτα έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης.

6.2.1.3 Διατήρηση προσωπικών δεδομένων και δικαίωμα απόσυρσης

Οι ασθενείς που συμμετείχαν έλαβαν διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας, τόσο των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, όσο και των ατομικών τους απαντήσεων στα πλαίσια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Επίσης, οι ασθενείς ενημερώνονταν για το δικαίωμά τους να αποσυρθούν από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να αιτιολογήσουν την αποχώρησή τους και χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική τους περίθαλψη.

6.2.2 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε σύνθετα δομημένο ερωτηματολόγιο, που αποτελείτο από τρία επιμέρους ερωτηματολόγια, τα οποία κατέγραφαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και το ατομικό ιστορικό των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Τα τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν φαίνονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 6.1: Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα

Είδος ερωτηματολογίου	Περιγραφή
<i>Ερωτηματολόγιο Ασθενούς</i> (Παράρτημα III)	Κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς
<i>Ερωτηματολόγιο Ιατρού</i> (Παράρτημα IV)	Ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, κλινικές μετρήσεις, κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου
<i>Επισκόπηση Υγείας SF-36</i> (Παράρτημα I)	Γενικό ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών

Την ευθύνη για την ακρίβεια των δεδομένων που καταχωρούνταν στα πιο πάνω ερωτηματολόγια, έφερε αποκλειστικά ο ερευνητής. Η συμπλήρωση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (face to face interview), προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση των ερωτήσεων και να ελαχιστοποιηθούν οι ελλείπουσες τιμές. Η μέση διάρκεια της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν 25-30 λεπτά.

6.2.2.1 Ερωτηματολόγιο ασθενούς

Στο «ερωτηματολόγιο του ασθενούς» γίνεται αναλυτική καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του κάθε ασθενούς, με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα καταγράφονται:

1. Το φύλο
2. Η ηλικία
3. Η κύρια εργασιακή κατάσταση
4. Η οικογενειακή κατάσταση
5. Ο τόπος διαμονής
6. Το επίπεδο εκπαίδευσης
7. Το κάπνισμα

8. Η άσκηση
9. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

6.2.2.2 Ερωτηματολόγιο ιατρού

Στο «ερωτηματολόγιο του ιατρού» καταγράφονται τα στοιχεία που αφορούν το ατομικό ιστορικό και τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, γίνεται ιατρική αξιολόγηση και κατάταξη των ασθενών σε κλινικά στάδια, καταγράφονται οι κλινικές μετρήσεις και η αντιμετώπιση στην οποία θα υποβληθεί κάθε ασθενής. Συγκεκριμένα λαμβάνονται πληροφορίες για τα εξής:

1. Την ύπαρξη ή όχι σχετικών νοσολογικών καταστάσεων και παραγόντων κινδύνου (ιστορικό υπέρτασης, υπερχοληστερολαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη, νεφρικής νόσου, στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου και περιφερικής αρτηριοπάθειας)
2. Τη διενέργεια ή όχι προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων (αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών, περιφερική παράκαμψη των κάτω άκρων, αγγειοπλαστική περιφερικών αρτηριών των κάτω άκρων, ακρωτηριασμός).
3. Κατάταξη της περιφερικής αρτηριοπάθειας σε κλινικό στάδιο κατά Fontaine (Fontaine's classification) και της στεφανιαίας νόσου στην κλίμακα βαθμολόγησης της στηθάγχης (Canadian Cardiovascular Society Angina Grading Scale).
4. Μετρήσεις των σφυροβραχιόνιων δεικτών (Ankle-Brachial Index, ABI) του δεξιού και αριστερού κάτω άκρου, για τους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια.
5. Θεραπευτική αντιμετώπιση που πρόκειται να ακολουθηθεί για τον κάθε ασθενή. Για τους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια η αντιμετώπιση ήταν συντηρητική, περιφερική χειρουργική παράκαμψη (peripheral bypass), αγγειοπλαστική περιφερικών αρτηριών ή διαγνωστική αγγειογραφία. Για τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, η θεραπευτική αντιμετώπιση ήταν η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (Coronary Artery Bypass Graft, CABG) αφού μόνο αυτή η υποομάδα ασθενών επιλέγηκε να συμμετάσχει στην μελέτη για σκοπούς σύγκρισης.

6.2.2.3 Επισκόπηση Υγείας SF-36

Το ερωτηματολόγιο SF-36 περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 5. Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση της 1^{ης} έκδοσης του SF-36 (SF-36 v.1) στην κανονική της μορφή (standard version).

6.2.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Η διαδικασία της έρευνας περιλαμβάνει μια σειρά από ενέργειες που οδηγούν από τα αρχικά στάδια στην τελική, γραπτή παράθεση των αποτελεσμάτων. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία είναι τα εξής:

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

Πρόκειται για μελέτη παρατήρησης η οποία διήρκησε έξι μήνες και περιελάμβανε μία φάση. Μετά την απαραίτητη κλινική και εργαστηριακή εξέταση γινόταν ο εντοπισμός των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Στη συνέχεια ακολουθούσε η ενημέρωση και εφ' όσον ήταν σύμφωνο με την ένταξή τους στη μελέτη. Παράλληλα, στη μελέτη εντάσσονταν και ήδη διαγνωσμένα περιστατικά που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο. Μετά τη λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, ακολουθούσε η προσωπική συνέντευξη του ερευνητή με τους ασθενείς, κατά την οποία γινόταν συμπλήρωση των ερωτηματολογίων τα οποία ήταν τυποποιημένα ή κλειστού τύπου, με συγκεκριμένες απαντήσεις δύο ή περισσότερων επιλογών.

6.2.4 Διάρκεια εγγραφής ασθενών – Πληθυσμός μελέτης

Η εγγραφή των ασθενών στη μελέτη διήρκησε συνολικά 6 μήνες, από τον Ιανουάριο του 2009 μέχρι τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Το δείγμα των ασθενών περιελάμβανε τους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη και επισκέφθηκαν τα Εξωτερικά Ιατρεία

Αγγειοχειρουργικής και το Αγγειολογικό Εργαστήριο ή νοσηλεύτηκαν στη Χειρουργική Κλινική Καρδιάς, Αγγείων και Θώρακος του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας στο διάστημα που καθορίστηκε. Η Χειρουργική Κλινική Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος του Γ. Ν. Λευκωσίας με τα τμήματα της, είναι η μοναδική δημόσια κλινική παγκυπρίως που εξειδικεύεται στα καρδιοαγγειοχειρουργικά περιστατικά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται να προέρχονται από όλες τις επαρχίες της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς, δεν εντάχθηκαν στη μελέτη τα οξέα περιστατικά που παραπέμπονταν στην κλινική και αντιμετωπίζονταν στην πλειοψηφία τους με χειρουργική ή άλλη παρέμβαση κατά τη διάρκεια της ίδιας νοσηλείας τους. Ο λόγος εξαίρεσης των ασθενών αυτών ήταν η προφανής αλλοίωση και αναξιοπιστία των απαντήσεων λόγω της ψυχοσυναισθηματικής φόρτισης, που πάντα χαρακτηρίζει τους ασθενείς σε επείγοντα περιστατικά. Στα χρόνια περιστατικά που εντάχθηκαν στη μελέτη και που νοσηλεύτηκαν στην κλινική για να υποβληθούν σε επεμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν πάντα πριν την επέμβαση και συνήθως κατά τη διαδικασία του προεγχειρητικού ελέγχου.

Ο αριθμός των ασθενών που συμμετείχε στη μελέτη ανήλθε στα 166 άτομα. Οι 125 ασθενείς είχαν τη διάγνωση της περιφερικής αρτηριακής νόσου των κάτω άκρων και αποτελούν το κύριο δείγμα της μελέτης για εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι υπόλοιποι 41 ασθενείς είχαν τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου και συγκεκριμένα είχαν προγραμματιστεί για χειρουργική αντιμετώπιση με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) (Πίνακας 9.2). Η υποομάδα αυτή ασθενών με στεφανιαία νόσο αξιολογήθηκε με τον ίδιο τρόπο ως προς την ποιότητα ζωής και χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση με την αντίστοιχη υποομάδα των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, δηλαδή τους ασθενείς που προγραμματίστηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση με περιφερική παράκαμψη. Το σύνολο των ασθενών επέδειξε προθυμία και ενδιαφέρον να συμμετάσχει στη μελέτη και ως εκ τούτου δεν υπήρχαν περιστατικά άρνησης συμμετοχής.

Πίνακας 9.2: Ο πληθυσμός των δύο δειγμάτων

Κατηγορία ασθενών	Μέγεθος δείγματος
Περιφερική αρτηριοπάθεια	125 ασθενείς
Στεφανιαία νόσος	41 ασθενείς

6.2.5 Στατιστική ανάλυση

Όλα τα στοιχεία που αρχικά συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν στα ερωτηματολόγια, καταχωρήθηκαν με συστηματικό τρόπο σε ηλεκτρονική μορφή, σε αρχεία του προγράμματος λογιστικών φύλλων (Microsoft Excel). Στη συνέχεια για την επεξεργασία των στοιχείων και των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences), το οποίο θεωρείται ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία για επεξεργασία δεδομένων και στατιστική ανάλυση. Με τη βοήθεια του SPSS διενεργήθηκε η στατιστική ανάλυση που περιελάμβανε συχνά τη μέθοδο ανάλυσης t-test, συντελεστές συσχέτισης (correlation coefficients), ανάλυση ANOVA και Post Hoc tests.

6.2.6 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο SF-36. Η αξιολόγηση της κλίμακας SF-36 και η εξαγωγή των σκορ γίνεται μετά την επανακωδικοποίηση ορισμένων ερωτήσεων και με συγκεκριμένους μαθηματικούς τύπους, όπως αναλυτικά αναφέρονται στο παράρτημα II. Οι μαθηματικοί αυτοί τύποι, καταχωρήθηκαν σε αρχεία της Microsoft Excel, και ακολούθως εξήχθησαν τα διάφορα σκορ.

Κεφάλαιο 7^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

7.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια (Ερωτηματολόγιο Ασθενούς)

7.1.1 Ανάλυση δείγματος

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο αριθμός των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο που καταγράφηκε και αποτέλεσε το δείγμα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ανήλθε στους 125 ασθενείς

7.1.2 Φύλο ασθενών δείγματος

Από το σύνολο των 125 ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που συμμετείχαν στην έρευνα, 88% ήταν άντρες (n = 110) και 12% ήταν γυναίκες (n = 15) (Πίνακας 7.1).

Πίνακας 7.1: Το φύλο του υπό μελέτη πληθυσμού

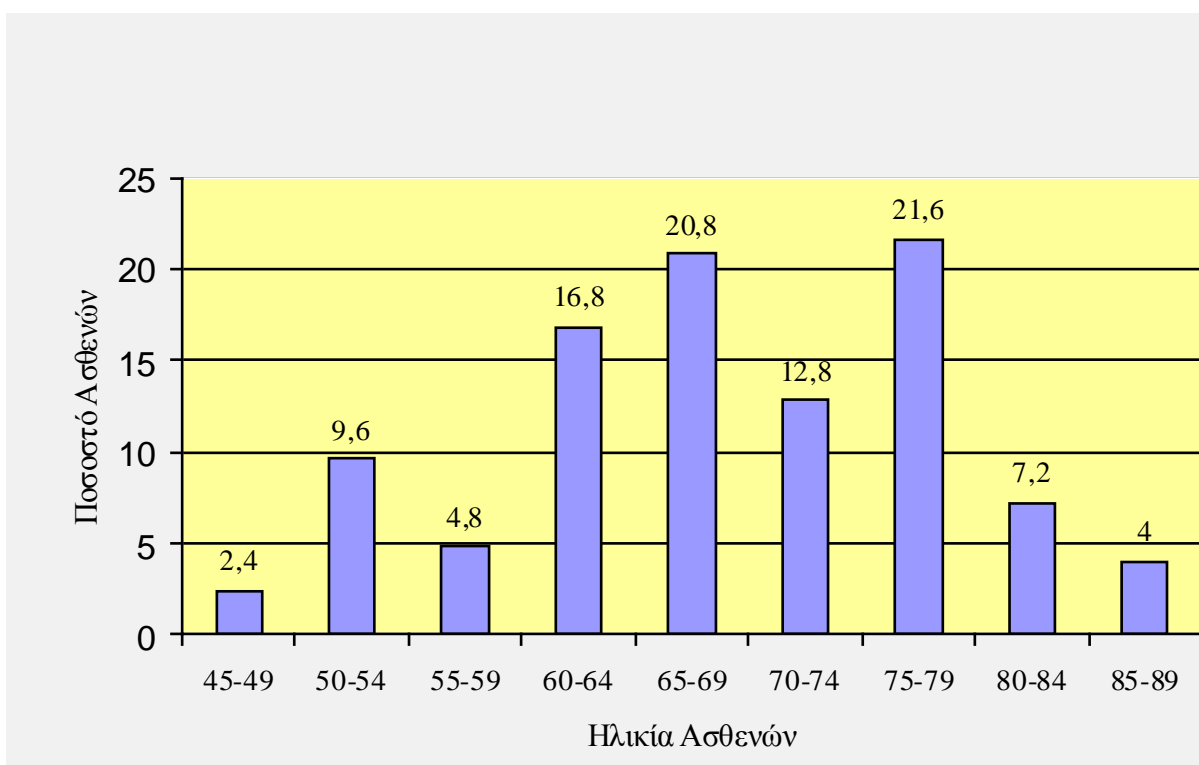
Φύλο	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών
Άνδρες	110	88 %
Γυναίκες	15	12 %
Σύνολο	125	100 %

7.1.3 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος

Η ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού κυμάνθηκε από 48 ετών έως 85 ετών, με μέσο όρο την ηλικία των 68,2 ετών. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 75-79 ετών με 27 ασθενείς, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 21.6% (Πίνακας 7.2).

Πίνακας 7.2: Ηλικιακή κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού

Ηλικία (έτη)	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
45-49	3	2,4
50-54	12	9,6
55-59	6	4,8
60-64	21	16,8
65-69	26	20,8
70-74	16	12,8
75-79	27	21,6
80-84	9	7,2
85-89	5	4,0
Σύνολο	125	100 %



Εικόνα 7.1: Ηλικιακή κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού

7.1.4 Εργασιακή κατάσταση ασθενών

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος ήταν συνταξιούχοι, σε ποσοστό 65,6% (n = 82). Δημόσιοι υπάλληλοι ήταν 2, ιδιωτικοί υπάλληλοι 12, ελεύθεροι επαγγελματίες 15, εργάτες 2, ενώ 12 ασθενείς δήλωσαν ανίκανοι για εργασία (Πίνακας 7.3)

Πίνακας 7.3: Εργασιακή κατάσταση ασθενών δείγματος

Εργασιακή κατάσταση	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Συνταξιούχοι	82	65,6
Δημόσιοι υπάλληλοι	2	1,6
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	12	9,6
Ελεύθεροι επαγγελματίες	15	12
Εργάτες	2	1,6
Ανίκανοι για εργασία	12	9,6
Σύνολο	125	100 %

7.1.5 Οικογενειακή κατάσταση ασθενών

Από τους 125 ασθενείς του δείγματος, οι 84 ήταν έγγαμοι (ποσοστό 67,2%), οι 2 ήταν άγαμοι, οι 27 ήταν χήροι (ποσοστό 21,6%) και οι 12 ήταν σε συμβίωση (Πίνακας 7.4). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (77,6%) είχε 2-4 παιδιά, ενώ 9 ασθενείς δεν είχαν καθόλου παιδιά και 2 ασθενείς είχαν από 7 παιδιά. Στην ερώτηση «πόσα άτομα διαμένετε στο ίδιο σπίτι» η πλειοψηφία (ποσοστό 71,2%) απάντησαν ότι διαμένουν με ακόμα ένα άτομο, ενώ 8 ασθενείς απάντησαν ότι διαμένουν μόνοι.

Πίνακας 7.4: Οικογενειακή κατάσταση ασθενών δείγματος

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Έγγαμοι	84	67,2
Άγαμοι	2	1,6
Συμβίωση	12	9,6
Χήροι	27	21,6
Σύνολο	125	100 %

7.1.6 Τόπος διαμονής ασθενών

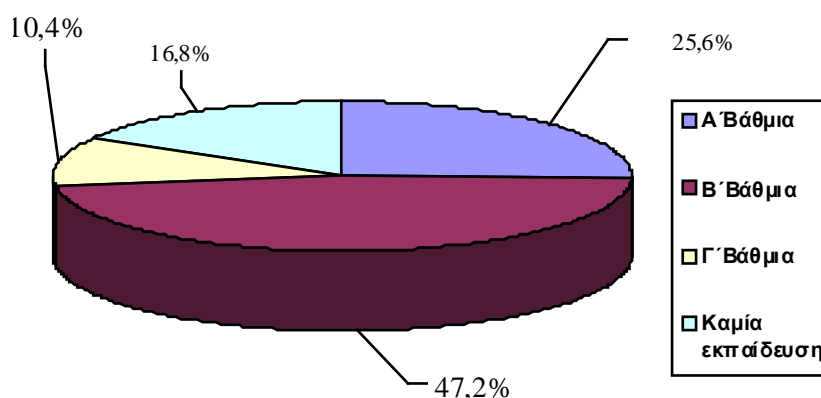
Από τους 125 ασθενείς, οι 94 δήλωσαν ότι διαμένουν σε αστική περιοχή (ποσοστό 75,2%) και οι 31 σε αγροτική περιοχή (ποσοστό 24,8%).

7.1.7 Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών

Από τους 125 ασθενείς του δείγματος οι 32 ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 35 απόφοιτοι γυμνασίου, 24 απόφοιτοι λυκείου ή τεχνικής σχολής και 13 απόφοιτοι ανώτατης σχολής. Σε ποσοστό 16,8% (n=21) οι ασθενείς δεν είχαν καμία μόρφωση ή παρακολούθησαν μόνο μερικές τάξεις του δημοτικού (Πίνακας 7.5).

Πίνακας 7.5: Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών δείγματος

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Καμία εκπαίδευση ή μερικές τάξεις του δημοτικού	21	16,8
Απόφοιτος δημοτικού	32	25,6
Απόφοιτος Γυμνασίου	35	28
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	24	19,2
Απόφοιτος ανώτατης σχολής	6	4,8
Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων	7	5,6
Σύνολο	125	100 %



Εικόνα 7.2: Επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

7.1.8 Οικονομική κατάσταση ασθενών

Για την αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης των ασθενών του δείγματος καταγράφηκε το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Η πλειοψηφία των ασθενών (n=47) δήλωσαν εισόδημα 501-1000 ευρώ, 38 ασθενείς δήλωσαν 1001-2000 ευρώ, 22 ασθενείς δήλωσαν οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα λιγότερο των 500 ευρώ, ενώ 7 ασθενείς δήλωσαν εισόδημα μεγαλύτερο των 4000 ευρώ μηνιαίως. Αναλυτικά το σύνολο των ασθενών του δείγματος με τις μηνιαίες οικογενειακές απολαβές, παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7.6).

Πίνακας 7.6: Οικονομική κατάσταση των ασθενών του δείγματος

Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα (€)	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
<500	22	17,6
501-1000	47	37,6
1001-2000	38	30,4
2001-3000	3	2,4
3001-4000	8	6,4
>4000	7	5,6
Σύνολο	125	100 %

7.1.9 Κάπνισμα

Για την αξιολόγηση του καπνίσματος στο δείγμα των ασθενών, οι ερωτήσεις αφορούσαν την ύπαρξη ή όχι της συνήθειας αυτής, ή τη διακοπή της αν προϋπήρχε και πόσα χρόνια προηγουμένως. Για τους καπνιστές ζητήθηκε να αναφέρουν επιπλέον τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως (μέσος όρος 24 τσιγάρα την ημέρα) και τα χρόνια καπνίσματος (μέσος όρος 38,3 χρόνια). Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7.7) παρουσιάζεται ο αριθμός των καπνιστών, των παλαιών καπνιστών και των μη καπνιστών, καθώς και τα ποσοστά της κάθε κατηγορίας επί του συνολικού δείγματος ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.

Πίνακας 7.7: Η συνήθεια του καπνίσματος στους ασθενείς του δείγματος

Συνήθεια καπνίσματος	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Καπνιστές	33	26,4
Διέκοψαν το κάπνισμα	69	55,2
Δεν κάπνισαν ποτέ	23	18,4
Σύνολο	125	100 %

7.1.10 Άσκηση

Για την διερεύνηση της προσπάθειας καθιέρωσης υγιεινού τρόπου ζωής σε σχέση με την περιφερική αρτηριοπάθεια, η ερώτηση αφορούσε τη συνήθεια ή όχι της άσκησης-εκγύμνασης, τη συχνότητα και τη διάρκεια αυτής κάθε φορά. Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 7.8) φαίνεται η συχνότητα άσκησης των ασθενών του δείγματος ανά εβδομάδα.

Πίνακας 7.8: Η εβδομαδιαία συχνότητα άσκησης στους ασθενείς του δείγματος

Συχνότητα άσκησης	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Ποτέ	74	59,2
1-2 φορές την εβδομάδα	18	14,4
3-4 φορές την εβδομάδα	21	16,8
5-7 φορές την εβδομάδα	12	9,6
Σύνολο	125	100 %

7.2 Ατομικό ιστορικό των ασθενών του δείγματος με περιφερική αρτηριοπάθεια (Ερωτηματολόγιο Ιατρού)

Στα πλαίσια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και λαμβάνοντας υπόψη τα πολλαπλά και πολλές φορές αλληλένδετα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί, απαραίτητη ήταν η καταγραφή στοιχείων του ατομικού ιατρικού ιστορικού που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη νόσο. Συγχρόνως, η κλινική κατάταξη των ασθενών με βάση τα συμπτώματα της περιφερικής αρτηριοπάθειας και η μέτρηση των σφυροβραχιόνιων δεικτών, που αποτελούν τα αντικειμενικά κριτήρια

βαρύτητας της νόσου, αξιολογήθηκαν και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση συσχετίσεων με τα υποκειμενικά κριτήρια της ποιότητας ζωής των ασθενών.

7.2.1 Παράγοντες κινδύνου – συνυπάρχουσες παθήσεις

Παράγοντες κινδύνου για αθηροσκλήρωση όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερχοληστερολαιμία και νοσήματα κοινής αιτιοπαθογένειας όπως η στεφανιαία νόσος και η αγγειακή εγκεφαλική νόσος παρουσιάζονται συχνά σε ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια. Η συνύπαρξη των νοσημάτων αυτών και των παραγόντων κινδύνου, που επίσης αποτελούν νοσηρές καταστάσεις, επηρεάζει και πολλές φορές διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 7.9), παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών και τα ποσοστά εμφάνισης τους στο δείγμα της μελέτης.

Πίνακας 7.9: Συννοσηρότητα ασθενών του δείγματος

Παράγοντες κινδύνου – Συνοδές παθήσεις	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Υπέρταση	109	87,2
Υπερχοληστερολαιμία	106	84,5
Σακχαρώδης Διαβήτης	68	54,4
Στεφανιαία νόσος	52	41,6
Νεφρική νόσος	17	13,6
Έμφραγμα μυοκαρδίου	32	25,6
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	4	3,2

7.2.2 Προηγούμενες επεμβάσεις

Η περιφερική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων αποτελεί ένα χρόνιο νόσημα με πολλές επιπλοκές και σταδιακή επιδείνωση. Οι ασθενείς επισκέπτονται συχνά τα εξωτερικά ιατρεία, ενώ πολλές φορές χρειάζεται να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαραίτητη είναι η διενέργεια εγχειρήσεων που αφορούν τη περιφερική αρτηριοπάθεια, ενώ

αρκετά συχνά οι ασθενείς αυτοί έχουν ήδη υποβληθεί σε επεμβάσεις, λόγω στεφανιαίας νόσου που προϋπήρχε. Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 7.10) παρουσιάζεται η συχνότητα και το είδος των προηγούμενων επεμβάσεων στους ασθενείς του δείγματος.

Πίνακας 7.10: Προηγούμενες επεμβάσεις ασθενών του δείγματος

Προηγούμενες επεμβάσεις	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη	40	32
Αγγειοπλαστική στεφανιαίων	9	7,2
Περιφερική παράκαμψη	25	20
Περιφερική αγγειοπλαστική	4	3,2
Ακρωτηριασμός	10	8

7.2.3 Κλινική κατάταξη ασθενών

Με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και κυρίως το άλγος και την ικανότητα βαδίσματος, οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια μπορούν να καταταγούν σε στάδια που υποδηλώνουν τη βαρύτητα της νόσου και σε μεγάλο βαθμό προσδιορίζουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται. Η ταξινόμηση των ασθενών του δείγματος της μελέτης σε στάδια περιφερικής αρτηριοπάθειας κατά Fontaine (βλ. υποενότητα 4.2.4), παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7.11). Στην ταξινόμηση δεν περιλαμβάνεται το στάδιο I κατά Fontaine που αφορά τους ασυμπτωματικούς ασθενείς, καθώς στο δείγμα αποτελείτο μόνο από συμπτωματικούς ασθενείς.

Πίνακας 7.11: Ταξινόμηση των ασθενών του δείγματος σε στάδια περιφερικής αρτηριοπάθειας κατά Fontaine.

Στάδια κατά Fontaine	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Στάδιο IIα	45	36
Στάδιο IIβ	28	22,4
Στάδιο III	24	19,2
Στάδιο IV	28	22,4
Σύνολο	125	100 %

7.2.4 Μετρήσεις σφυροβραχιόνιου δείκτη πίεσης

Σε όλους τους ασθενείς του δείγματος έγινε μέτρηση του σφυροβραχιόνιου δείκτη πίεσης σε αμφότερα τα κάτω άκρα (βλ. υποενότητα 4.2.5). Οι παθολογικές τιμές κυμαίνονταν από 0,30 έως 0,90 (φυσιολογικές τιμές >0,9 και <1,3). Ανάμεσα στις τιμές για το δεξί και αριστερό κάτω άκρο, επιλέχθηκε η χαμηλότερη τιμή για κάθε ασθενή και αυτή χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

7.2.5 Αντιμετώπιση ασθενών

Η απόφαση για αντιμετώπιση των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια δεν είναι οριστική αλλά μεταβάλλεται με την εξέλιξη της νόσου, των συμπτωμάτων και φυσικά τη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών. Στη φάση ένταξης των ασθενών του δείγματος στη μελέτη, η αντιμετώπισή τους καθοριζόταν από τις υπάρχουσες αντικειμενικές ενδείξεις. Η κατανομή του δείγματος στις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις παρουσιάζεται στον πίνακα 7.12.

Πίνακας 7.12: Αντιμετώπιση ασθενών του δείγματος

Θεραπευτική αντιμετώπιση	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Περιφερική παράκαμψη	41	32,8
Συντηρητική	22	17,6
Αγγειοπλαστική	21	16,8
Αγγειογραφία	41	32,8
Σύνολο	125	100 %

7.3 Αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 των ασθενών του δείγματος με περιφερική αρτηριακή νόσο (τρίτο ερωτηματολόγιο)

Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των οκτώ κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36, καθώς και της κάθε ερώτησης ξεχωριστά. Το μέσο σκορ της κάθε κλίμακας παρουσιάζεται σε ποσοστιαία αναλογία, με το 0 να αντιστοιχεί στη χειρότερη δυνατή ποιότητα ζωής και το 100 στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

7.3.1 Κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας (Physical Functioning, PF)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 3α, 3β, 3γ, 3δ, 3ε, 3στ, 3ζ, 3η, 3θ και 3ι.

Ερώτηση 3α «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει **σε κουραστικές δραστηριότητες**, όπως το τρέξιμο, η άρση βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ;»

Ερώτηση 3β «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει **σε μέτριες δραστηριότητες**, όπως η κίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στη εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία;»

Ερώτηση 3γ «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά;»

Ερώτηση 3δ «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε **μερικές σκάλες**;»

Ερώτηση 3ε «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν ανεβαίνετε **μια σκάλα**;»

Ερώτηση 3στ «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο;»

Ερώτηση 3ζ «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν περπατάτε περίπου **ένα χιλιόμετρο**;»

Ερώτηση 3η «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν περπατάτε απόσταση **μερικές εκατοντάδες μέτρα**;»

Ερώτηση 3θ «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν περπατάτε απόσταση **περίπου εκατό μέτρα**;»

Ερώτηση 3ι «Εάν και κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίζει όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε;»

Οι πιθανές απαντήσεις σε καθεμιά από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι:

1. ναι, με περιορίζει πολύ
2. ναι, με περιορίζει λίγο
3. όχι, δε με περιορίζει καθόλου

Στον πίνακα 7.13 παρουσιάζεται αναλυτικά πώς απάντησαν σε κάθε ερώτηση οι ασθενείς, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστιαία αναλογία..

Πίνακας 7.13: SF-36, Κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ								
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ			ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)			ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ	
	1	2	3	1	2	3		
3 α	103	22	0	82,4	17,6	0	32,68	
3 β	66	47	12	52,8	37,6	9,6		
3 γ	51	36	38	40,8	28,8	30,4		
3 δ	88	34	3	70,4	27,2	2,4		
3 ε	51	53	21	40,8	42,4	16,8		
3 στ	28	45	52	22,4	36	41,6		
3 ζ	110	15	0	88	12	0		
3 η	86	28	11	68,8	22,4	8,8		
3 θ	68	29	28	54,4	23,2	22,4		
3 ι	11	50	64	8,8	40	51,2		
								32,68

7.3.2 Κλίμακα Σωματικού Ρόλου (Role Physical, RP)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 4α, 4β, 4γ και 4δ.

Ερώτηση 4α «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας, μειώσατε το **χρόνο** που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;».

Ερώτηση 4β «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας, **επιτελέσατε λιγότερα** από όσα θα θέλατε;».

Ερώτηση 4γ «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας, περιορίσατε **τα είδη** της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων;».

Ερώτηση 4δ «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας, **δυσκολευτήκατε** να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (π.χ. καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια);».

Οι πιθανές απαντήσεις σε καθεμιά από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι:

1. ναι
2. όχι

Παρακάτω, παρουσιάζεται αναλυτικά πώς απάντησαν σε κάθε ερώτηση οι ασθενείς, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

Πίνακας 7.14: SF36, Κλίμακα σωματικού ρόλου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ					
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)		ΜΕΣΟΣ ΚΟΡ
	1	2	1	2	
4 α	88	37	70,4	29,6	
4 β	90	35	72	28	
4 γ	97	28	77,6	22,4	
4 δ	114	11	91,2	8,8	
					22,20

7.3.3 Κλίμακα Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 7 και 8.

Ερώτηση 7 «Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες;». Οι πιθανές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι:

1. καθόλου
2. πολύ ήπιο
3. ήπιο
4. μέτριο
5. έντονο
6. πολύ έντονο

Ερώτηση 8 «Πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο έξω από το σπίτι όσο και μέσα στο σπίτι) κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων;». Οι πιθανές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι:

1. καθόλου
2. λίγο
3. μέτρια
4. αρκετά
5. πάρα πολύ

Παρακάτω, παρουσιάζεται αναλυτικά πώς απάντησαν σε κάθε ερώτηση οι ασθενείς, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

Πίνακας 7.15: SF36, Κλίμακα σωματικού πόνου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ													
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ						ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)						ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
7	0	9	20	22	47	27	0	7,2	16	17,6	37,6	21,6	
8	8	30	9	22	35	24	4	24,2	7,3	17,7	28,2	18,4	
													31,53

7.3.4 Κλίμακα Γενικής Υγείας (General Health, GH)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 1, 11α, 11β, 11γ και 11δ.

Ερώτηση 1 «Γενικά πώς θα χαρακτηρίζατε την υγείας σας;». Οι πιθανές απαντήσεις είναι:

1. εξαιρετική
2. πολύ καλή
3. καλή
4. μέτρια
5. κακή

Ερώτηση 11α «Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι για σας η δήλωση ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους;».

Ερώτηση 11β «Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι για σας η δήλωση ότι είστε τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί σας;».

Ερώτηση 11γ «Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι για σας η δήλωση ότι αναμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερεύσει;».

Ερώτηση 11δ «Πόσο αληθινή ή ψευδής είναι για σας η δήλωση ότι η υγεία σας είναι εξαιρετική;».

Οι πιθανές απαντήσεις σε καθεμιά από τις 4 τελευταίες ερωτήσεις είναι:

1. εντελώς αλήθεια
2. μάλλον αλήθεια
3. δεν ξέρω
4. μάλλον ψέμα
5. εντελώς ψέμα

Τα ευρήματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7.16)

Πίνακας 7.16: SF36, Κλίμακα γενικής υγείας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ											
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ					ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)					ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	3	18	31	51	22	2,4	14,4	24,8	40,8	17,6	
11 α	22	26	22	46	9	17,6	20,8	17,6	36,8	7,2	
11 β	7	39	26	38	15	5,6	31,2	20,8	30,4	12	
11 γ	0	24	38	51	12	0	19,2	30,4	40,8	9,6	
11 δ	0	11	11	47	56	0	8,8	8,8	37,6	44,8	
										43,22	

7.3.5 Κλίμακα Ζωτικότητας (Vitality, VT)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 9α, 9ε, 9ζ, 9θ και στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 7.17) τα σχετικά ευρήματα, όπως προκύπτουν από τις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

Ερώτηση 9α «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε γεμάτος/η ζωντάνια κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων;».

Ερώτηση 9ε «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολύ ενεργητικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων;».

Ερώτηση 9ζ «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε εξάντληση κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων;».

Ερώτηση 9θ «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε κούραση κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων;».

Οι πιθανές απαντήσεις σε καθεμιά από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι:

1. συνεχώς
2. το μεγαλύτερο διάστημα
3. σημαντικό διάστημα
4. μερικές φορές
5. μικρό διάστημα
6. καθόλου

Πίνακας 7.17: SF36, Κλίμακα ζωτικότητας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ													
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ						ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)						ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
9 α	5	30	9	23	35	23	4	24,2	7,3	17,8	28,2	18,5	
9 ε	5	21	26	16	36	21	4	16,8	20,8	12,8	28,8	16,8	
9 ζ	14	32	27	23	19	10	11,2	25,6	21,6	18,4	15,2	8	
9 θ	28	18	37	30	6	6	22,4	14,4	29,6	24	4,8	4,8	
													40,92

7.3.6 Κλίμακα Κοινωνικής Λειτουργικότητας (Social Functioning, SF)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 6 και 10. Στον πιο κάτω πίνακα, παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των ασθενών στις ερωτήσεις, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

Ερώτηση 6 «Κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, 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 γείτονες ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;». Οι πιθανές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι:

1. καθόλου
2. ελάχιστα
3. μέτρια
4. αρκετά
5. πάρα πολύ

Ερώτηση 10 «Κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους ή συγγενείς κλπ) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;». Οι πιθανές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι:

1. συνεχώς
2. το μεγαλύτερο διάστημα
3. μερικές φορές
4. μικρό διάστημα
5. καθόλου

Πίνακας 7.18: SF36, Κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ											
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ					ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)					ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
6	18	18	39	19	31	14,4	14,4	31,2	15,2	24,8	47,1
10	12	45	21	27	20	9,6	36	16,8	21,6	16	

7.3.7 Κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 5α, 5β και 5γ, με πιθανές απαντήσεις Ναι ή Όχι.

Ερώτηση 5α «Κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (πχ επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος), μειώσατε το **χρόνο** που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;»

Ερώτηση 5β «Κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος), **επιτελέσατε λιγότερα** από όσα θα θέλατε;»

Ερώτηση 5γ «Κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος), κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες **λιγότερο προσεκτικά** από ότι συνήθως;»

Παρακάτω, παρουσιάζεται αναλυτικά πώς απάντησαν σε κάθε ερώτηση οι ασθενείς, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

Πίνακας 7.19: SF36, Κλίμακα συναισθηματικού ρόλου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ					
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)		ΜΕΣΟΣ ΚΟΡ
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	
5 α	89	36	71,2	28,8	
5 β	89	36	71,2	28,8	
5 γ	69	56	55,2	44,8	
					34,13

7.3.8 Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Mental Health, MH)

Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 9β, 9γ, 9δ, 9στ και 9η.

Ερώτηση 9β «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα είχατε πολύ εκνευρισμό κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;».

Ερώτηση 9γ «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτα δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι, κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;».

Ερώτηση 9δ «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;».

Ερώτηση 9στ «Εάν και πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;».

Ερώτηση 9η «Εάν και πόσο είσαστε ευτυχισμένος/η κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας;».

Οι πιθανές απαντήσεις σε καθεμιά από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι:

1. συνεχώς
2. το μεγαλύτερο διάστημα
3. σημαντικό διάστημα
4. μερικές φορές
5. μικρό διάστημα
6. καθόλου

Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 7.20) παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα και το μέσο σκορ που προέκυψαν, από τις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος.

Πίνακας 7.20: SF36, Κλίμακα ψυχικής υγείας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ													
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ						ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)						ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
9 β	14	26	5	34	27	19	11,2	20,8	4	27,2	21,6	15,2	
9 γ	22	19	22	22	20	20	17,6	15,2	17,6	17,6	16	16	
9 δ	0	39	15	54	3	14	0	31,2	12	43,2	2,4	11,2	
9 στ	20	13	24	27	23	18	16	10,4	19,2	21,6	18,4	14,4	
9 η	2	35	24	24	26	14	1,6	28	19,2	19,2	20,8	11,2	
													50,62

7.3.9 Αναφερόμενη Αλλαγή Υγείας (Reported Health Transition, HT)

Η ερώτηση 2 δεν ανήκει σε κάποια από τις πιο πάνω κλίμακες, αλλά αναφέρεται ξεχωριστά και αφορά την αναφερόμενη αλλαγή υγείας.

Ερώτηση 2 «Σε σύγκριση με 1 χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;». Οι πιθανές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή είναι:

1. πολύ καλύτερη τώρα από ότι 1 χρόνο πριν
2. κάπως καλύτερη τώρα από ότι 1 χρόνο πριν
3. περίπου η ίδια όπως 1 χρόνο πριν
4. κάπως χειρότερη τώρα από ότι 1 χρόνο πριν
5. «πολύ χειρότερη τώρα από ότι 1 χρόνο πριν

Παρακάτω, παρουσιάζεται αναλυτικά πώς απάντησαν στην ερώτηση οι ασθενείς, τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστιαία αναλογία.

Πίνακας 7.21: SF36, Αναφερόμενη αλλαγή υγείας

ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΑΛΛΑΓΗ ΥΓΕΙΑΣ											
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ					ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)					ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
2	5	6	30	46	38	4	4,8	24	36,8	30,4	

7.3.10 Συνολικά αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 στο δείγμα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των σκορ των οκτώ επί μέρους κλιμάκων της επισκόπησης υγείας SF-36.

Πίνακας 7.22: Αποτελέσματα των 8 κλιμάκων του SF-36 των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

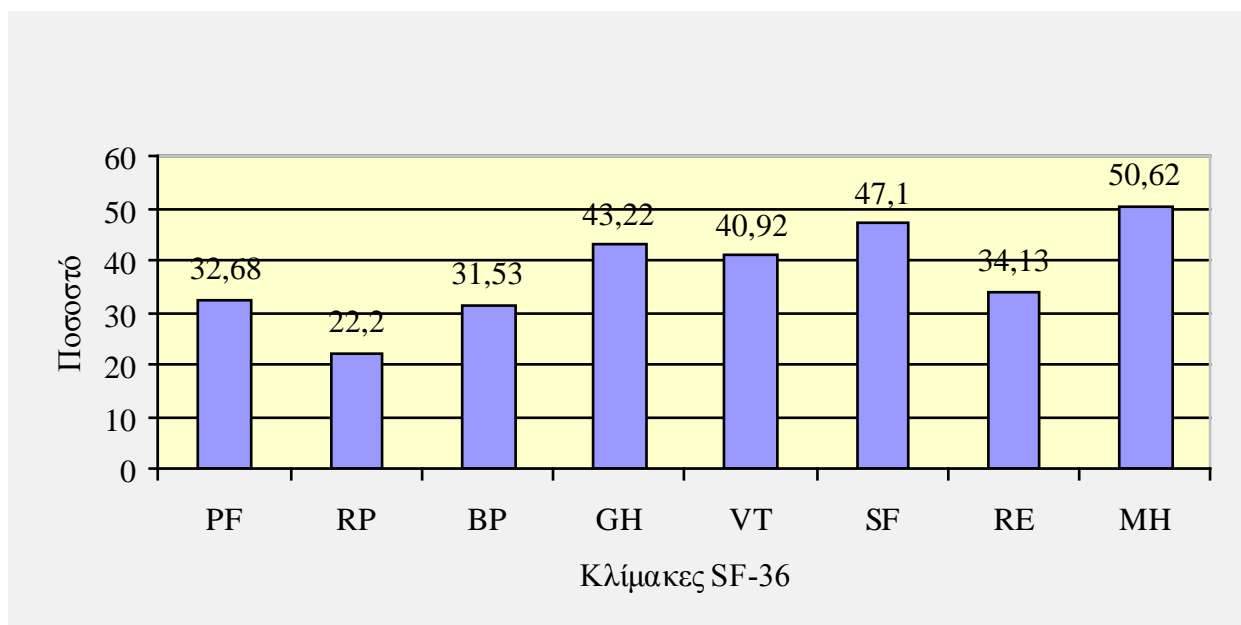
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36		
	n=125	
Κλίμακες	Σκορ (%)	Τυπική απόκλιση (SD)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	32,68	24,73
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	22,2	32,41
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	31,53	25,44
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	43,22	20,17

(General Health, GH)		
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	40,92	23,48
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	47,1	31,11
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	34,13	42,21
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	50,62	25,33

Πίνακας 7.23: Οι συνοπτικές κλίμακες του SF36 στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια

ΣΥΝΟΠΤΙΚΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΟΥ SF-36	
	N=125
	Σκορ (%)
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Physical Component Summary, PCS)	33,1
ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Mental Component Summary, MCS)	39,1

Σημ: Οι συνοπτικές κλίμακες του SF-36 υπολογίστηκαν με βάση το γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α του 1998, λόγω έλλειψης στοιχείων για τον κυπριακό γενικό πληθυσμό.



Εικόνα 7.3: Οι οκτώ κλίμακες του SF36 στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τη χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Τα μειωμένα επίπεδα χαρακτηρίζουν όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής και κυρίως όσες αναφέρονται στη φυσική υγεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος, σωματικός ρόλος). Ο περιορισμός του κοινωνικού ρόλου και των δραστηριοτήτων των ασθενών, λόγω των σωματικών προβλημάτων που προκαλεί η περιφερική αρτηριοπάθεια, αποτελεί την πιο επηρεασμένη παράμετρο της ποιότητας ζωής και την κλίμακα με τις χαμηλότερες τιμές. Από τις κλίμακες της ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα χαμηλές τιμές παρουσιάζει ο περιορισμός του ρόλου, λόγω συναισθηματικών προβλημάτων που οφείλονται στη νόσο.

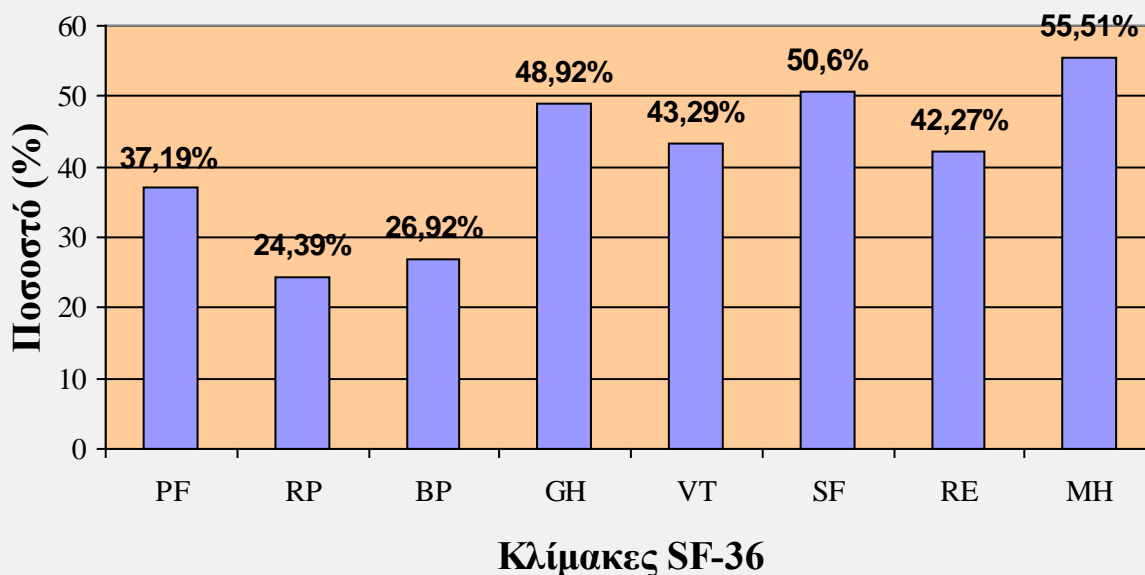
7.3.11 Συνολικά αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 στην υποομάδα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης

Για σκοπούς σύγκρισης ανάμεσα στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια και τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, επιλέχθηκε από το σύνολο του δείγματος η υποομάδα ασθενών που προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης του κάτω άκρου, δηλαδή εγχείρηση περιφερικής αρτηριακής παράκαμψης. Η υποομάδα αυτή περιελάμβανε 41 ασθενείς και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 66,1 έτη. Τα επιμέρους αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, όπως περιγράφονται μέσα από τις 8 κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36, παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7.24: Οι κλίμακες του SF-36 στην υποομάδα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36		
	n=41	
Κλίμακες	Σκορ (%)	Τυπική απόκλιση (SD)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	37,19	20,52
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	24,39	32,82
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	26,92	22,89

(Bodily Pain, BP)		
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	48,92	18,42
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	43,29	18,52
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	50,60	28,22
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	42,27	41,51
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	55,51	15,75



Εικόνα 7.4: Οι 8 κλίμακες του SF-36 στην υποομάδα ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση

Οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Οι τιμές των διαφόρων κλιμάκων κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα με το σύνολο των ασθενών που πάσχουν από περιφερική αρτηριοπάθεια, αν και γενικά παρατηρείται ελαφρώς καλύτερη ποιότητα ζωής στην υποκατηγορία των ασθενών που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αφορούν κυρίως τις κλίμακες που αντικατοπτρίζουν την ψυχική υγεία και τα ευρήματα θα μπορούσαν να αποδοθούν στη θετική στάση και προοπτική βελτίωσης από τα συμπτώματα της νόσου μετά τη χειρουργική επέμβαση.

7.4 Αποτελέσματα εκτίμησης ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στα πλαίσια της μελέτης εκτιμήθηκε και η ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης (αορτοστεφανιαία παράκαμψη). Το δείγμα περιελάμβανε 41 ασθενείς για τους οποίους συμπληρώθηκαν τα ίδια ερωτηματολόγια, όπως και στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια. Μικρές διαφορές υπήρχαν ως προς το «ερωτηματολόγιο ιατρού», που περιελάμβανε το ατομικό ιστορικό των ασθενών. Συγκεκριμένα, για τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο δεν υπήρχε κλινική κατάταξη σε στάδιο κατά Fontaine, αλλά κλινική κατάταξη με βάση την κλίμακα βαθμολόγησης της στηθάγχης (Canadian Cardiovascular Society Angina Grading Scale). Επίσης, δεν περιελάμβανε τη μέτρηση των σφυροβραχιόνιων δεικτών πίεσης.

7.4.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ασθενών με στεφανιαία νόσο

Από το σύνολο των 41 ασθενών με στεφανιαία νόσο που συμμετείχαν στην έρευνα, 80,5% ήταν άντρες ($n = 33$) και 19,5% ήταν γυναίκες ($n = 8$). Η ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού κυμάνθηκε από 38 ετών έως 79 ετών, με μέσο όρο την ηλικία των 59,1 ετών. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 60-64 ετών με 9 ασθενείς, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 22%. Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση των ασθενών του δείγματος το μεγαλύτερο ποσοστό 31,7% ($n = 13$) παρατηρήθηκε στην κατηγορία των συνταξιούχων. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν έγγαμοι ($n=35$, ποσοστό 85,4%), ενώ το 82,9% είχαν 2-4 παιδιά. Από τους 41 ασθενείς, οι 30 δήλωσαν ότι διαμένουν σε αστική περιοχή (ποσοστό 73,2%) και οι 11 σε αγροτική περιοχή (ποσοστό 26,8%). Λίγο περισσότεροι από τους μισούς ($n=23$), ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο δύο ασθενείς δεν είχαν καμία μόρφωση. Το κάπνισμα αποτελούσε συνήθεια για τους 17 ασθενείς (ποσοστό 41,5%), ενώ το 36,6% δεν εφάρμοζε κανένα είδος άσκησης. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στους μισούς από τους ασθενείς ($n=21$) ήταν 1001-2000 ευρώ.

7.4.2 Ατομικό ιστορικό του δείγματος ασθενών με στεφανιαία νόσο

Στα πλαίσια εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση, έγινε καταγραφή στοιχείων του ατομικού ιατρικού ιστορικού που περιελάμβανε την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου και συνοδών νοσημάτων, τις προηγούμενες επεμβάσεις και την κλινική κατάταξη με βάση την κλίμακα βαθμολόγησης της στηθάγχης. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα χαρακτηριστικά αυτά του δείγματος.

Πίνακας 7.25: Συννοσηρότητα ασθενών με στεφανιαία νόσο

Παράγοντες κινδύνου – Συνοδές παθήσεις	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Υπέρταση	39	95,1
Υπερχοληστερολαιμία	34	82,9
Σακχαρώδης Διαβήτης	25	61
Περιφερική αρτηριοπάθεια	4	9,8
Νεφρική νόσος	6	14,6
Έμφραγμα μυοκαρδίου	21	51,2
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	2	4,9

Πίνακας 7.26: Προηγούμενες επεμβάσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο

Προηγούμενες επεμβάσεις	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη	0	0
Αγγειοπλαστική στεφανιαίων	7	17,1
Περιφερική παράκαμψη	2	4,9
Περιφερική αγγειοπλαστική	2	4,9
Ακρωτηριασμός	2	4,9

Πίνακας 7.27: Ταξινόμηση των ασθενών με στεφανιαία νόσο με βάση την κλίμακα βαθμολόγησης της στηθάγχης

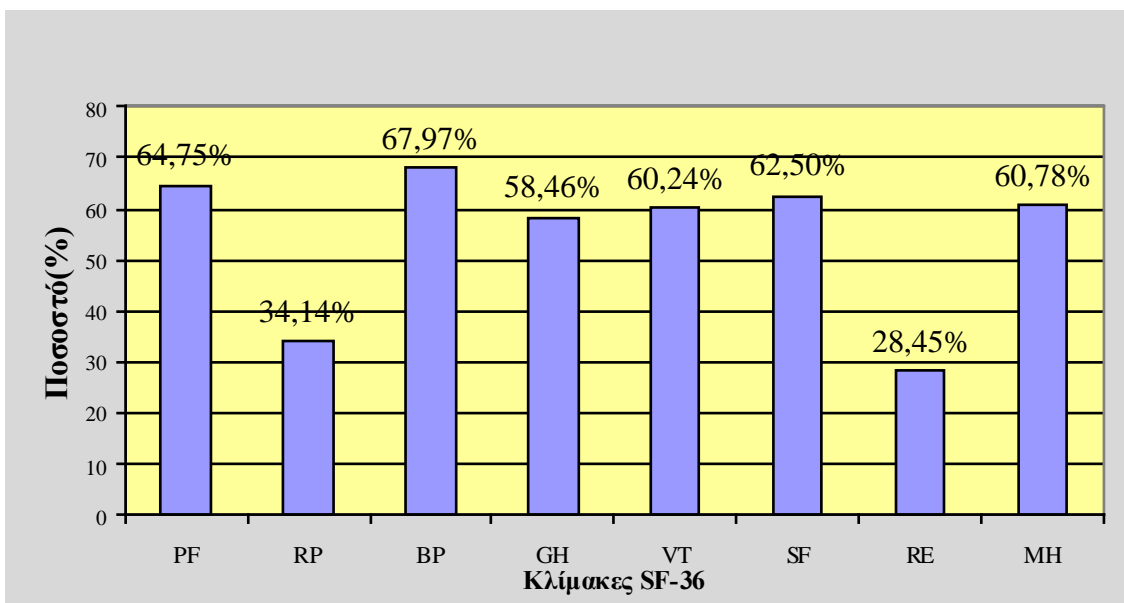
CCS Angina Grading Scale	Αριθμών ασθενών	Ποσοστό ασθενών (%)
Στάδιο I	17	41,5
Στάδιο II	6	14,6
Στάδιο III	12	29,3
Στάδιο IV	6	14,6
Σύνολο	41	100 %

7.4.3 Αποτελέσματα επισκόπησης υγείας SF-36 του δείγματος των ασθενών με στεφανιαία νόσο

Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των οκτώ κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Πίνακας 7.28: Αποτελέσματα των 8 κλιμάκων του SF36 των ασθενών με στεφανιαία νόσο

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36 (n=41)		
Κλίμακες	Σκορ (%)	Τυπική απόκλιση (SD)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	64,75	26,94
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	34,14	42,48
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	67,97	22,02
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	58,46	20,3
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	60,24	21,41
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	62,5	26,8
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	28,45	30,33
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	60,78	20,24



Εικόνα 7.5: Οι 8 κλίμακες του SF-36 στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Τα αποτελέσματα του SF-36 δείχνουν τη χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Ο περιορισμός του κοινωνικού ρόλου και των δραστηριοτήτων, λόγω σωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων, αποτελούν τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται περισσότερο από τη νόσο.

Κεφάλαιο 8^ο

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

8.1 Σύγκριση δείγματος ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια με το γενικό πληθυσμό ως προς την ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια όπως περιγράφεται μέσα από τις 8 κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36, συγκρίνεται με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, παρά το γεγονός ότι η απλή αντιπαράθεση των αποτελεσμάτων υποδηλώνει εμφανώς τη μειονεκτική θέση της υπό μελέτη ομάδας ασθενών. Λόγω της μη ύπαρξης διαθέσιμων στοιχείων για τον κυπριακό γενικό πληθυσμό, η σύγκριση των αποτελεσμάτων του SF-36 για τους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια έγινε με τα αντίστοιχα αποτελέσματα του ελληνικού γενικού πληθυσμού (Πίνακας 8.1). Συγκεκριμένα, η μελέτη «**Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού**», που δημοσιεύτηκε στα «*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*»¹¹² το 2006 και στο «*Quality of Life Research*»¹¹¹ το 2005, αποτέλεσε την πρώτη προσπάθεια εφαρμογής του SF-36 σε μεγάλο δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού και υπολογισμού ομαδικών βαθμολογιών (norms). Για τη στατιστική ανάλυση και τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test.

Πίνακας 8.1: Σύγκριση των αποτελεσμάτων του SF-36 των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια της παρούσας μελέτης με εκείνη του γενικού πληθυσμού της Αττικής

Επισκόπηση Υγείας SF-36			
Κλίμακες	Σκορ γενικού πληθυσμού της Αττικής n=1007	Σκορ ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια n=125	p-value
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (ΣΛ)	80,76 (SD: 25,62)	32,68 (SD:24,73)	< 0.001
ΡΟΛΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ (ΡΣ)	79,74 (SD: 37,72)	22,2 (SD:32,41)	< 0.001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (ΣΠ)	72,98 (SD: 31,66)	31,53 (SD: 25,44)	< 0.001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΓΥ)	67,46 (SD: 23,54)	43,22 (SD: 20,17)	< 0.001
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Ζ)	66,53 (SD: 22,39)	40,92 (SD: 23,48)	< 0.001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (ΚΛ)	82,05 (SD: 28,12)	47,1 (SD: 31,11)	< 0.001
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ (ΡΣΘ)	81,53 (SD: 36,31)	34,13 (SD: 42,21)	< 0.001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΨΥ)	68,23 (SD: 21,26)	50,62 (SD: 25,33)	< 0.001

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων δείχνει τις μεγάλες διαφορές και την ελαττωμένη ποιότητα ζωής που παρουσιάζουν οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία του γενικού πληθυσμού αφορούν τον πληθυσμό της Αττικής, οι διαφορές είναι τόσο μεγάλες και στατιστικά σημαντικές που δεν αναμένεται να παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις με τον κυπριακό πληθυσμό, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα της εφαρμογής του SF-36 σε γενικούς πληθυσμούς διαφόρων χωρών είναι παρόμοια και κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.

8.2 Διερεύνηση της σχέσης του σφυροβραχιόνιου δείκτη με την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

Ο σφυροβραχιόνιος δείκτης (Ankle-Brachial Index, ABI) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αντικειμενικά κριτήρια βαρύτητας της περιφερικής αρτηριοπάθειας και η μέτρηση του αξιολογείται σε μεγάλο βαθμό από τον κλινικό ιατρό (βλ. παράγραφο 4.2.5). Η τιμή του στις περισσότερες περιπτώσεις θέτει την αρχική διάγνωση της νόσου ($ABI < 0.90$) και στη συνέχεια χρησιμοποιείται για τη σταδιοποίηση και παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου. Για τους σκοπούς διερεύνησης της σχέσης του σφυροβραχιόνιου δείκτη με την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, επιλέγηκε η χαμηλότερη τιμή από τις δύο για τον κάθε ασθενή, που ουσιαστικά αντιπροσωπεύει το κάτω άκρο με το μεγαλύτερο πρόβλημα. Η τακτική αυτή ακολουθείται σε όλες τις μελέτες στις οποίες ερευνούν τις τιμές του σφυροβραχιόνιου δείκτη.

Με τη χρήση συντελεστών συσχέτισης (correlation coefficients) διερευνήθηκε η σχέση της τιμής του σφυροβραχιόνιου δείκτη με κάθε μία από τις 8 κλίμακες ποιότητας ζωής της επισκόπησης υγείας SF-36. Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson, θετική ή αρνητική, υποδηλώνει πως μεταβάλλεται η μία μεταβλητή σε σχέση με την άλλη. (π.χ. θετικός συντελεστής συσχέτισης σημαίνει ότι όσο αυξάνονται οι τιμές του σφυροβραχιόνιου δείκτη αναμένεται να αυξάνονται και τα σκορ στις κλίμακες του SF-36). Εφόσον το $p\text{-value} < 0,05$, τότε ο συντελεστής συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικός. Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης και τα $p\text{-values}$ για κάθε μία από τις 8 κλίμακες του SF-36 σε σχέση με το σφυροβραχιόνιο δείκτη για το δείγμα των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.

Πίνακας 8.2: Συντελεστές συσχέτισης σφυροβραχιόνιου δείκτη και κλιμάκων του SF-36 στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια.

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ		
	Σφυροβραχιόνιος δείκτης	
Κλίμακες SF-36	Pearson correlation	p-value
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	0,697	< 0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	0,487	< 0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	0,649	< 0,001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	0,562	< 0,001
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	0,427	< 0,001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	0,386	< 0,001
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	0,290	< 0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	0,450	< 0,001

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι ασθενείς με διαφορετικές τιμές σφυροβραχιόνιου δείκτη, διαφέρουν και ως προς την ποιότητα ζωής, με τη συσχέτιση αυτή να είναι θετική. Ασθενείς με χαμηλότερες τιμές σφυροβραχιόνιου δείκτη παρουσιάζουν και χαμηλότερα αποτελέσματα στις κλίμακες του SF-36, σε σχέση με άλλους ασθενείς που έχουν ψηλότερους δείκτες και καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια, παρόλο που είναι στατιστικά σημαντικές παρουσιάζουν μέτρια συσχέτιση σφυροβραχιόνιου δείκτη και ποιότητας ζωής.

8.3 Διερεύνηση της σχέσης των κλινικών σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας με την ποιότητα ζωής των ασθενών

Με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά της περιφερικής αρτηριοπάθειας που βασίζονται κυρίως στα συμπτώματα της νόσου, οι ασθενείς κατατάσσονται σε στάδια κατά Fontaine (βλ. υποενότητα 4.2.4). Η σταδιοποίηση αυτή καθορίζει ουσιαστικά τη βαρύτητα της περιφερικής αρτηριοπάθειας και σε μεγάλο βαθμό προσδιορίζει τη θεραπευτική αντιμετώπιση που χρησιμοποιείται από τους ιατρούς. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των κλινικών σταδίων της περιφερικής αρτηριοπάθειας κατά Fontaine και κάθε μίας από τις 8 κλίμακες ποιότητας ζωής του SF-36, χρησιμοποιήθηκε στατιστική ανάλυση ANOVA (ANalysis Of VAriance). Η ανάλυση ANOVA δείχνει ουσιαστικά κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (p -value < 0,05) ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών, που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο της νόσου (Fontaine IIa, IIb, III και IV). Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 8.3: Στατιστική ανάλυση ANOVA για τον καθορισμό στατιστικά σημαντικών διαφορών ως προς τις κλίμακες του SF-36, μεταξύ ασθενών που ανήκουν σε διαφορετικά στάδια περιφερικής αρτηριοπάθειας

ANOVA	Fontaine's stages
Κλίμακες SF-36	p-value
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	< 0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	< 0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	< 0,001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	< 0,001
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	< 0,001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	< 0,001
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	< 0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	< 0,001

Η ανάλυση ANOVA αποδεικνύει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας για όλες τις κλίμακες ποιότητας ζωής. Στο επόμενο στάδιο η στατιστική ανάλυση διερευνά ανά ζεύγη σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας, ποια από αυτά διαφέρουν μεταξύ τους και σε ποιες από τις κλίμακες, με τη χρήση των Post Hoc tests.

Πίνακας 8.4: Στατιστική ανάλυση ανά ζεύγη σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ τους, σε κάθε μια από τις κλίμακες του SF-36

Post-Hoc Tests		
Κλίμακες SF-36	Fontaine's stages	p-value
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	IIα - IIβ	< 0,001
	IIα - III	< 0,001
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,56
	IIβ - IV	0,107
	III - IV	0,984
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	IIα - IIβ	0,001
	IIα - III	0,078
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,651
	IIβ - IV	0,719
	III - IV	0,131
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	IIα - IIβ	< 0,001
	IIα - III	< 0,001
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,002
	IIβ - IV	1,0
	III - IV	0,004
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	IIα - IIβ	0,058
	IIα - III	< 0,001
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,065
	IIβ - IV	< 0,001

	III - IV	< 0,001
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	IIα - IIβ	< 0,001
	IIα - III	< 0,001
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,528
	IIβ - IV	0,001
	III - IV	0,077
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	IIα - IIβ
IIα - III		< 0,001
IIα - IV		< 0,001
IIβ - III		0,676
IIβ - IV		< 0,001
III - IV		< 0,001
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	IIα - IIβ	0,006
	IIα - III	0,861
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,148
	IIβ - IV	0,435
	III - IV	0,002
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	IIα - IIβ	< 0,001
	IIα - III	< 0,001
	IIα - IV	< 0,001
	IIβ - III	0,991
	IIβ - IV	< 0,001
	III - IV	< 0,001

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης δείχνουν ότι ασθενείς που βρίσκονται σε δύο διαφορετικά στάδια περιφερικής αρτηριοπάθειας, δεν παρουσιάζουν απαραίτητα στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ποιότητα ζωής τους. Αντιθέτως, σε πολλές περιπτώσεις που αφορούν όλες τις κλίμακες του SF-36, δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των σταδίων της νόσου. Με την ανάλυση του πιο πάνω πίνακα δεν προκύπτουν συγκεκριμένα πρότυπα όσον αφορά τις περιπτώσεις και τους συνδυασμούς που παρουσιάζουν ή όχι στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ασθενείς με περιφερική

αρτηριοπάθεια που βρίσκονται στο στάδιο ΙΙβ ή στο στάδιο ΙΙΙ, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η κλίμακα του σωματικού πόνου όπου οι ασθενείς με βαρύτερο στάδιο της νόσου, έχουν και χαμηλότερα αποτελέσματα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η παρατήρηση ότι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια σταδίου ΙΙβ και ΙV, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα αποτελέσματα της κλίμακας του σωματικού πόνου.

8.4 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και περιφερική αρτηριοπάθεια

Οι κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, όπως αποδεικνύεται από πολλές μελέτες στον ελληνικό και διεθνή χώρο.^{112, 125, 127} Στα πλαίσια της συγκεκριμένης μελέτης, η στατιστική ανάλυση σκοπό είχε να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των παραγόντων αυτών και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Χρησιμοποιώντας Student's t-test όπου υπήρχαν μόνο δύο μεταβλητές (φύλο και τόπος διαμονής) και ανάλυση ANOVA για τους υπόλοιπους παράγοντες, υπολογίστηκαν τα p-values για κάθε κλίμακα ποιότητας ζωής του SF-36, όπως παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 8.5: Βαθμολογίες κλιμάκων του SF-36 σε σχέση με τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

	ΚΛΙΜΑΚΕΣ SF-36							
Φύλο	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
Άνδρες	33.81	24.77	31.03	45.16	42.45	48.63	38.18	50.76
Γυναίκες	24.33	3.33	35.20	29.0	29.66	35.83	4.44	49.60
p-value	0.014	<0.001	0.554	<0.001	0.048	0.136	<0.001	0.868
Ηλικία	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
45-49	25.00	25.00	22.00	52.00	60.00	75.00	66.66	52.00
50-54	62.50	39.58	42.33	59.16	57.50	77.08	63.88	66.00
55-59	45.00	.00	41.00	40.66	23.33	8.33	22.22	16.00
60-64	22.38	9.52	19.19	34.95	27.85	33.33	15.87	41.52
65-69	45.19	37.50	55.69	53.61	48.84	61.53	41.02	57.84
70-74	27.81	.00	23.43	33.43	39.06	38.28	16.66	53.75
75-79	26.29	29.62	30.66	39.81	43.33	44.90	34.56	54.37

80-84	14.44	27.77	4.88	41.11	40.00	40.27	29.62	47.11
85-89	12.00	.00	4.80	37.00	19.00	40.00	60.00	31.20
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	0.001	<0.001	0.2	0.001
Εργασιακή κατάσταση	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
Συνταξιούχοι	27.13	19.81	30.28	40.43	38.90	45.42	29.26	50.63
Δημόσιοι υπάλληλοι	50.00	50.00	41.00	57.0	65.0	75.0	66.66	80.0
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	50.83	27.08	26.66	50.83	48.33	68.75	52.77	63.33
Ελεύθεροι επαγγελματίες	50.33	35.00	42.60	64.60	60.33	60.83	55.55	67.20
Εργάτες	85.00	75.00	62.00	77.0	65.0	75.0	100.0	56.0
Ανίκανοι για εργασία	18.75	4.16	24.50	20.0	15.0	10.41	5.55	11.33
p-value	<0.001	0.016	0.182	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	<0.001
Οικογενειακή κατάσταση	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
Έγγαμοι	38.45	24.10	38.07	47.22	44.58	52.67	36.90	55.04
Άγαμοι	25.00	25.0	32.0	25.0	30.0	25.0	33.33	44.0
Συμβίωση	39.16	18.75	32.16	43.50	37.08	41.66	33.33	32.0
Χήροι	12.40	17.59	10.88	32.0	32.03	33.79	25.92	45.62
p-value	<0.001	0.808	<0.001	0.003	0.082	0.027	0.713	0.015
Τόπος διαμονής	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
Αστική	37.18	27.39	35.04	45.07	44.68	50.13	34.75	52.59
Αγροτική	19.03	6.45	20.90	37.61	29.51	37.90	32.25	44.64
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	0.74	<0.001	0.018	0.761	0.068
Εκπαίδευση	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
Καμία εκπαίδευση/ μερικές τάξεις	17.61	11.90	21.04	34.28	26.19	27.97	12.69	31.23
Απόφοιτος δημοτικού	24.84	9.37	25.43	40.15	31.71	37.10	35.41	47.37
Απόφοιτος Γυμνασίου	33.85	27.14	26.54	42.37	43.42	47.14	31.42	53.25
Απόφοιτος	38.75	16.66	42.45	45.37	47.91	53.64	26.38	54.66

Λυκείου/Τεχνικής								
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	61.92	67.30	56.76	63.53	67.69	90.38	87.17	75.38
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	Z	ΚΛ	ΡΣΘ	ΨΥ
<500	12.27	13.63	9.27	32.5	30.22	32.38	34.84	36.54
501-1000	27.44	17.02	31.21	37.68	36.70	40.69	22.69	46.97
1001-2000	38.81	20.39	35.97	48.57	45.39	52.63	32.45	55.26
2001-3000	45.0	33.33	38.0	58.66	58.33	75.0	44.44	70.66
3001-4000	55.0	28.12	38.0	51.37	43.75	48.43	54.16	57.0
>4000	67.85	82.14	69.42	69.14	67.85	92.85	90.47	78.28
p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.002	<0.001	0.002	0.001

ΣΛ=Σωματική Λειτουργικότητα, ΡΣ=Ρόλος Σωματικός, ΣΠ=Σωματικός Πόνος, ΓΥ=Γενική Υγεία, Z=Ζωτικότητα, ΚΛ=Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΡΣΘ=Ρόλος Συναισθηματικός, ΨΥ=Ψυχική Υγεία

Ο μικρός αριθμός του δείγματος δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων από τη σύγκριση των διαφορών υποκατηγοριών όπως προκύπτουν από την ομαδοποίηση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών. Παρόλα αυτά, είναι χαρακτηριστικές οι διαφορές που προκύπτουν ανάμεσα σε ασθενείς με διαφορετική εκπαίδευση ή οικονομική κατάσταση, ως προς την ποιότητα ζωής. Οι διαφορές αυτές αφορούν όλες τις κλίμακες του SF-36 και είναι στατιστικά σημαντικές σε όλες τις περιπτώσεις.

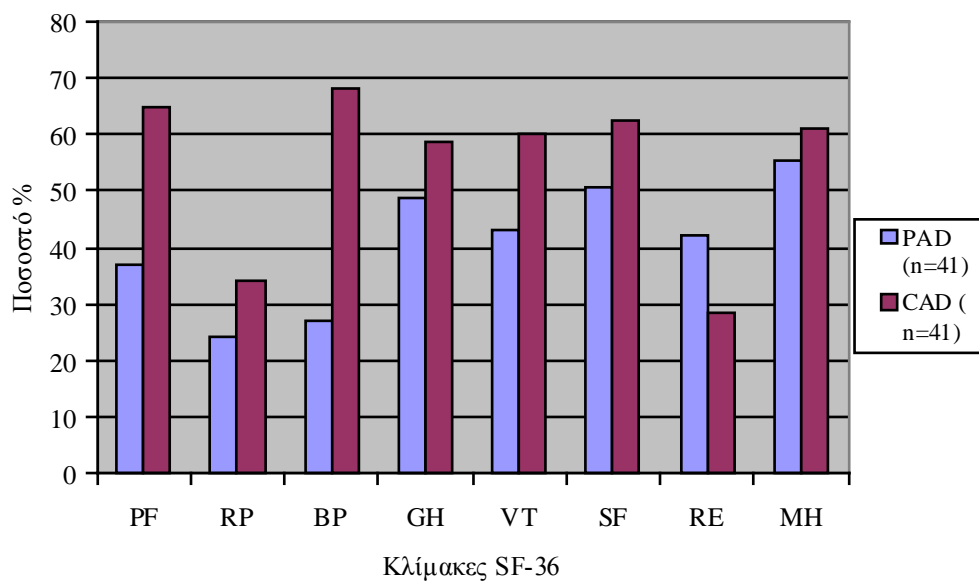
8.5 Σύγκριση ποιότητας ζωής ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και ασθενών με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση

Επιλέγοντας από το σύνολο των 125 ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, τους 41 ασθενείς που προγραμματίστηκαν να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση και άλλους 41 ασθενείς με στεφανιαία νόσο που επίσης προγραμματίστηκαν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά, διερευνήθηκε η σχέση τους όσον αφορά την ποιότητα ζωής. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση Student's t-test που ανέδειξε την ύπαρξη ή όχι στατιστικά σημαντικών διαφορών, ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών, ως προς τις 8 κλίμακες του SF-36. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 8.6: Συγκριτική ανάλυση της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίστηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση, μέσα από τις κλίμακες του SF-36

Συγκριτική στατιστική ανάλυση ποιότητας ζωής			
Κλίμακες SF-36	Ομάδα ασθενών		p-value
	PAD n=41	CAD n=41	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	37,19	64,75	<0.001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	24,39	34,14	0.248
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	26,92	67,97	<0.001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	48,92	58,46	0.029
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	43,29	60,24	<0.001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	50,6	62,5	0.054
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	42,27	28,45	0.089
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	55,51	60,78	0.192

PAD=Peripheral Artery Disease (Περιφερική αρτηριακή νόσος), CAD=Coronary Artery Disease (Στεφανιαία νόσος)



Εικόνα 8.1: Ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο και των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που προγραμματίστηκαν για χειρουργική αντιμετώπιση.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια σε σχέση με τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, με εξαίρεση την κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου. Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ασθενών παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα στις κλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας και της ζωτικότητας.

Κεφάλαιο 9^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

9.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

9.1.1 Συζήτηση δημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων του ατομικού ιστορικού των ασθενών του δείγματος

Το δείγμα αποτέλεσαν 125 ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών ήταν άντρες (n=110, ποσοστό 88%) γεγονός αξιοσημείωτο, καθώς βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας ο επιπολασμός της νόσου παρουσιάζει μια σχέση αντρών-γυναικών 3:1, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η σχέση αυτή είναι 1:1.⁷⁷ Παρά το γεγονός ότι αυτή η παρατήρηση δεν βρέθηκε να αναφέρεται στη βιβλιογραφία που αφορά την επιδημιολογία της ασθένειας, αποτελεί εύρημα που διαπιστώνεται σε πλήθος άλλων παρόμοιων μελετών.^{92, 128, 129, 130}

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών του δείγματος ήταν τα 68,2 χρόνια και η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρουσιάστηκε στην ηλικιακή ομάδα 75-79 χρονών, ευρήματα που συμφωνούν απόλυτα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα και επιβεβαιώνουν την αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού της νόσου με την αύξηση της ηλικίας^{77, 78}

Η θετική συσχέτιση με τους παράγοντες κινδύνου όπως είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερχοληστερολαιμία, επιβεβαιώνεται από τα υψηλά ποσοστά παρουσίας των παραγόντων αυτών στους ασθενείς του δείγματος, σε σύγκριση πάντα με το γενικό πληθυσμό. Ταυτόχρονα, η συνύπαρξη των εκδηλώσεων της αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας καρδιαγγειακής νόσου, είναι εμφανής στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια και τα ποσοστά συννοσηρότητας των ασθενών του δείγματος συμφωνούν με τα αντίστοιχα ποσοστά άλλων μελετών. Χαρακτηριστικά παρατίθενται συγκριτικά στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 9.1) τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης με την μελέτη «*Correlation between ankle-brachial index, symptoms, and health-related quality of life in patients with peripheral vascular disease*» (Long et al., 2004).⁹² Ο λόγος επιλογής της συγκεκριμένης μελέτης για σύγκριση, είναι το γεγονός ότι το δείγμα των ασθενών περιελάμβανε συμπτωματικούς ασθενείς όλων των σταδίων της νόσου (Fontaine's stages II, III, IV) και παράλληλα το μέγεθος του δείγματος (108 ασθενείς) είναι παρόμοιο με της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 9.1: Παρουσίαση της συννοσηρότητας των ασθενών της μελέτης Long et al. (Texas) σε αντιπαραβολή με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Παράγοντες κινδύνου – Συνοδές παθήσεις	Ποσοστό ασθενών (%) παρούσας μελέτης (n=125)	Ποσοστό ασθενών μελέτης Long et al. (n=108)
Υπέρταση	87,2	78,8
Υπερχοληστερολαιμία	84,5	83,3
Σακχαρώδης Διαβήτης	54,4	36,1
Στεφανιαία νόσος	41,6	50,9
Νεφρική νόσος	13,6	4,6 (τελικού σταδίου)

Το υψηλό ποσοστό ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια που παρουσιάζουν και στεφανιαία νόσο φαίνεται χαρακτηριστικά και στη μελέτη REACH που περιέλαβε 8273 ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια, εκ των οποίων περίπου οι μισοί παρουσίαζαν και στεφανιαία νόσο.¹³¹ Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν και με την ερευνητική εργασία «Prevalence of multifocal atherosclerosis and comorbidity on symptomatic Cypriot inpatients» (Bekos et al., 2008)¹³², στην οποία συμμετείχαν 556 κύπριοι ασθενείς που σε ποσοστό 41,8% παρουσίαζαν τόσο περιφερική αρτηριοπάθεια, όσο και στεφανιαία νόσο.

Οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια συχνά παρουσιάζονται με συμπτώματα ισχαιμίας του σκέλους. Παρόλα αυτά, πολλοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί ενώ ανάμεσα στους συμπτωματικούς ασθενείς, τα άτυπα ενοχλήματα παρουσιάζονται συχνότερα από την κλασική διαλείπουσα χωλότητα. Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Αγγειοχειρουργικής του 2005¹³³, παρουσιάζεται η ακόλουθη κατανομή όσον αφορά την κλινική παρουσίαση των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και ηλικία άνω των 50 ετών:

- Ασυμπτωματικοί – 20 έως 50 %
- Άτυπο άλγος κάτω άκρων – 40 έως 50 %
- Τυπική διαλείπουσα χωλότητα – 10 έως 35 %
- Κρίσιμη ισχαιμία – 1 έως 2 %

Τα ποσοστά αυτά αφορούν, φυσικά, το σύνολο του πληθυσμού των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, όπως καταγράφεται από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και δεν

αντιπροσωπεύει τα ποσοστά που παρουσιάζονται στις διάφορες κλινικές μελέτες όπου συμμετέχουν μόνο ασθενείς που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι και στην παρούσα εργασία, η ταξινόμηση των ασθενών του δείγματος σε στάδια περιφερικής αρτηριοπάθειας κατά Fontaine διαφέρει από την πιο πάνω κατανομή, αλλά συμφωνεί με άλλες έρευνες παρομοίου μεγέθους. Στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 9.2) παρουσιάζεται η ταξινόμηση των ασθενών του δείγματος της παρούσας έρευνας συγκριτικά με την ταξινόμηση των ασθενών της μελέτης Long et al.⁹² (Texas), που παρουσιάστηκε και πιο πάνω. Η επιλογή της συγκεκριμένης μελέτης γίνεται λόγω της συμμετοχής σε αυτή συμπτωματικών ασθενών από όλα τα στάδια της νόσου. Αντιθέτως, οι περισσότερες μελέτες αυτού του είδους, περιλαμβάνουν μόνο ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα (στάδια κατά Fontaine Ια και Ιβ)^{90, 91, 93}, ενώ μερικές μελέτες περιλαμβάνουν μόνο ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρων (στάδια κατά Fontaine ΙΙΙ και ΙV).^{128, 129} Γενικά, οι ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία είναι δύσκολο να μελετηθούν, καθώς πολλοί από αυτούς δεν επανέρχονται για επανεκτίμηση και κάποιοι πεθαίνουν κατά τη διάρκεια προοπτικών μελετών.⁷⁷

Πίνακας 9.2: Παρουσίαση της ταξινόμησης των ασθενών του δείγματος της παρούσας μελέτης σε στάδια κατά Fontaine και των ασθενών της μελέτης Long et al. (Texas).

Στάδια κατά Fontaine	Ποσοστό ασθενών μελέτης Long et al.	Ποσοστό ασθενών παρούσας μελέτης(%)
Στάδιο Ια	63,9	36
Στάδιο Ιβ		22,4
Στάδιο ΙΙΙ	15,7	19,2
Στάδιο ΙV	20,4	22,4
Σύνολο	100 %	100 %

Οι τιμές των σφυροβραχιόνιων δεικτών πίεσης στους ασθενείς του δείγματος με περιφερική αρτηριοπάθεια, κυμαίνονταν από 0,30 έως 0,90 (η τιμή 0,90 εξ' ορισμού αντιστοιχεί στην κατώτερη φυσιολογική τιμή, κάτωθεν της οποίας τίθεται η διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας). Το φάσμα των τιμών ήταν το αναμενόμενο με βάση το γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε ασθενείς από όλα τα κλινικά στάδια της νόσου.

9.1.2 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της επισκόπησης υγείας SF-36 στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια

Τα αποτελέσματα και των 8 κλιμάκων της επισκόπησης υγείας SF-36, για το δείγμα των 125 ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, παρουσιάζονται ιδιαίτερα χαμηλά (Πίνακας 7.22). Οι κλίμακες που αντικατοπτρίζουν την σωματική, λειτουργική κατάσταση των ασθενών, δηλαδή οι κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, Σωματικού Πόνου και Σωματικού Ρόλου παρουσιάζονται περισσότερο επηρεασμένες, υποδεικνύοντας τη μεγάλη επίδραση της νόσου στους τομείς αυτούς της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα αποτελέσματα για τις δύο συνοπτικές κλίμακες, της σωματικής και ψυχικής υγείας, παρουσιάζονται επίσης μειωμένα με χαμηλότερα σκορ στην πρώτη (Πίνακας 7.23).

Στη σύγκριση των αποτελεσμάτων του δείγματος με το γενικό πληθυσμό της Αττικής^{vii}, οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια παρουσιάζουν σταθερά χαμηλότερα σκορ και στις 8 κλίμακες του SF-36. Η στατιστική ανάλυση αποδεικνύει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών στις υπό σύγκριση ομάδες, με το p-value να λαμβάνει τιμές μικρότερες του 0,001 για όλες τις κλίμακες (Πίνακας 8.1).

Τα αποτελέσματα είναι αναμενόμενα, καθώς βάση της διεθνούς βιβλιογραφίας η ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια είναι επηρεασμένη σε όλους τους τομείς.⁸⁷ Η ανομοιογένεια των διαφόρων ερευνών στον τομέα αυτό, σε ότι αφορά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται, αλλά και στον ίδιο τον πληθυσμό του κάθε δείγματος, καθιστά δύσκολες τις απευθείας συγκρίσεις. Για σκοπούς αντιπαραβολής των επιμέρους σκορ των διαφόρων κλιμάκων ποιότητας ζωής στο δείγμα της παρούσας μελέτης, με αντίστοιχες μελέτες που είναι δημοσιευμένες σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά, επιλέχθηκαν αυτές που χρησιμοποιούν ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής το SF-36, ώστε να είναι δυνατή η αριθμητική σύγκριση των διαφόρων κλιμάκων. Αναπόφευκτη ήταν η ύπαρξη διαφορών ως προς τον πληθυσμό των μελετών, με την έννοια ότι κάποιες μελέτες αφορούσαν μόνο τους ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα, άλλες μόνο τους ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία, μερικές αφορούσαν τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική ή αγγειοπλαστική επέμβαση

^{vii} Λόγω έλλειψης στοιχείων για τον κυπριακό πληθυσμό, ο πληθυσμός της Ελλάδας θεωρήθηκε ο πιο κοντινός όσον αφορά την ιδιοσυγκρασιακές ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά των δύο λαών.

επαναγγείωσης και κάποιες αφορούσαν το σύνολο των ασυμπτωματικών και συμπτωματικών ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια.

Μερικές από τις μελέτες αυτές είναι οι εξής:

- “Revascularization and Quality of life for patients with limb-threatening ischemia.” (Tretinyak A. et al, 2001), σε ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια σταδίου III και IV κατά Fontaine πριν και μετά την επέμβαση επαναγγείωσης.¹²⁸
- “The impact of peripheral and coronary artery disease on health related quality of life” (De Graaff J, 2002), σε ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια σταδίου III και IV κατά Fontaine.¹³⁴
- “Relationship between objective measures of peripheral arterial disease severity to self-reported quality of life in older adults with intermittent claudication. (Izquierdo-Porrera A.M. et al., 2005), σε ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα⁹¹
- “Correlation between ankle-brachial index, symptoms, and health-related quality of life in patients with peripheral vascular disease” (Long J, 2004), σε συμπτωματικούς ασθενείς όλων των σταδίων, αλλά με εκτίμηση μόνο των συνοπτικών κλιμάκων του SF-36.⁹²
- “Comparison of generic and disease-specific questionnaires for the assessment of quality of life in patients with peripheral arterial disease” (De Vries M. et al., 2005), σε ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων, αλλά εκτίμηση μόνο των 4 από τις 8 κλίμακες του SF-36.¹³⁵

Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των κυριότερων από αυτές τις μελέτες, που αποδεικνύουν τη συνάφεια των αποτελεσμάτων και την διακύμανσή τους στα ίδια περίπου επίπεδα.

Πίνακας 9.3: Συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων του SF-36 στην παρούσα μελέτη και των αποτελεσμάτων άλλων μελετών

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36				
Αποτελέσματα διαφόρων μελετών (σκορ %)				
Κλίμακες	Παρούσα μελέτη (n=125)	Μελέτη De Graaff et al. (n=89)	Μελέτη Izquierdo-Porrera et al. (n=80)	Μελέτη De Vries et al. (n=57)
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	32,68	24	56	27-31
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	22,2	21,9	63	17-20
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	31,53	30,8	62	31-35
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	43,22	43	61	37-38
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	40,92	47,2	63	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	47,1	38,9	83	
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	34,13	43,2	73	
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	50,62	59,8	77	

Τα αποτελέσματα δείχνουν τη σοβαρή επίδραση της περιφερικής αρτηριοπάθειας σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής των ασθενών και κυρίως στις κλίμακες που περιγράφουν τη φυσική κατάσταση. Οι διαφορές που παρουσιάζουν τα σκορ στις διάφορες μελέτες προκύπτουν λόγω της ανομοιογένειας των δειγμάτων, κυρίως όσον αφορά τη σοβαρότητα και το στάδιο της νόσου.

9.1.3 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σχέσης μεταξύ σφυροβραχιόνιου δείκτη και ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

Στην παρούσα μελέτη οι τιμές του σφυροβραχιόνιου δείκτη (Ankle-Brachial Index, ABI) των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια παρουσιάζουν μέτρια συσχέτιση^{viii} με τις 8 κλίμακες του SF-36. Οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson correlation) εμφανίζουν θετικές τιμές για όλες της κλίμακες και είναι στατιστικά σημαντικοί με $p\text{-value} < 0,001$ (Πίνακας 8.2). Το εύρος των τιμών του συντελεστή Pearson κυμαίνεται από 0,29 στην κλίμακα του Συναισθηματικού Ρόλου και φτάνει στην ανώτερη τιμή 0,69 στην κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας. Γενικά, τις υψηλότερες τιμές παρουσιάζουν οι κλίμακες που αφορούν τη σωματική υγεία, δηλαδή η Σωματική Λειτουργικότητα ($r=0,69$), ο Σωματικός Ρόλος($r=0,48$) και ο Σωματικός Πόνος ($r=0,64$), ενώ οι χαμηλότερες συσχετίσεις αφορούν τις κλίμακες της Κοινωνικής Λειτουργικότητας ($r= 0,38$) και Συναισθηματικού Ρόλου ($r=0,29$).

Τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν με την πλειοψηφία παρόμοιων μελετών που διερεύνησαν την σχέση των αντικειμενικών κριτηρίων της περιφερικής αρτηριοπάθειας με την ποιότητα ζωής της ομάδας αυτής ασθενών. Η Izquierdo-Porrera και συνεργάτες,⁹¹ παρουσίασαν την ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας στη συσχέτιση σφυροβραχιόνιου δείκτη και ποιότητας ζωής, στις 3 από τις 8 κλίμακες του SF-36 που αφορούν τη σωματική υγεία, αποδεικνύοντας μέτριου βαθμού συσχετίσεις (Σωματική Λειτουργικότητα $r=0,42$, Σωματικός Ρόλος $r=0,26$, Σωματικός Πόνος $r=0,30$). Ο Long και συνεργάτες,⁹² διερεύνησαν τη σχέση του σφυροβραχιόνιου δείκτη με τις 2 συνοπτικές κλίμακες του SF-36. Η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (Physical Component Summary, PCS) είχε μέτρια συσχέτιση με συντελεστή Pearson $r=0,25$, ενώ η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (Mental Component Summary, MCS) δεν είχε καθόλου συσχέτιση $r=0,01$. Ο Freiglass και συνεργάτες⁹⁰, κατέγραψαν ακόμα μικρότερη συσχέτιση του σφυροβραχιόνιου δείκτη με τη κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας του SF-36 ($r=0,12$, $p=0,004$). Ο Muller-Buhl και συνεργάτες,¹³⁶ στη δική τους μελέτη, συμπεραίνουν ότι υπάρχει μικρή συσχέτιση της

^{viii} Βαθμός συσχέτισης συντελεστή Pearson

1. **Τέλειος βαθμός συσχέτισης:** Εάν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson είναι κοντά στο ± 1 .
2. **Υψηλός βαθμός συσχέτισης:** Εάν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson βρίσκεται μεταξύ $\pm 0,75$ και ± 1 .
3. **Μέτριος βαθμός συσχέτισης:** Εάν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson βρίσκεται μεταξύ $\pm 0,25$ και $\pm 0,75$.
4. **Χαμηλός βαθμός συσχέτισης:** Όταν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson βρίσκεται μεταξύ 0 και $\pm 0,25$.
5. **Κανένας συσχετισμός:** Όταν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson βρίσκεται περίπου στο μηδέν.

ποιότητας ζωής με το σφυροβραχιόνιο δείκτη και διαπιστώνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής, χαμηλής συσχέτισης, μόνο όσον αφορά την κλίμακα του πόνου.

Όπως διαπιστώνεται από την αντιπαραβολή των ευρημάτων των διάφορων μελετών, η σχέση σφυροβραχιόνιου δείκτη και ποιότητας ζωής δεν είναι ισχυρή και απόλυτη. Ο βαθμός συσχέτισης είναι χαμηλός ή μέτριος και συχνά δεν αφορά όλες τις κλίμακες. Στην παρούσα μελέτη παρόλο που οι τιμές του συντελεστή Pearson κυμαίνονται στα όρια της μέτριας συσχέτισης, εντούτοις παρουσιάζονται υψηλότεροι από τις άλλες δημοσιευμένες μελέτες. Οι διαφορές ως προς τη σύσταση του δείγματος κάθε μελέτης, μπορεί να δικαιολογούν τη μικρή διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων. Όλες οι πιο πάνω μελέτες αφορούσαν ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα (Fontaine IIa και IIb), ενώ η παρούσα εργασία περιλαμβάνει και ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων (Fontaine III και IV). Στα πλαίσια διερεύνησης της υπόθεσης αυτής, επιλέχθηκαν από τους ασθενείς της παρούσας μελέτης, μόνο όσοι παρουσίαζαν διαλείπουσα χωλότητα και κατατάσσονταν στα στάδια IIa και IIb κατά Fontaine. Η στατιστική ανάλυση για διερεύνηση συσχέτισης του σφυροβραχιόνιου δείκτη και των 8 κλιμάκων ποιότητας ζωής του SF-36, επαναλήφθηκε και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 9.4: Συντελεστές συσχέτισης σφυροβραχιόνιου δείκτη και κλιμάκων του SF-36 στους ασθενείς του δείγματος με διαλείπουσα χωλότητα

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ		
Ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα	Σφυροβραχιόνιος δείκτης	
Κλίμακες SF-36	Pearson correlation	p-value
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	0,542	< 0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	0,601	< 0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	0,412	< 0,001
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	0,342	0,003
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	0,322	0,005
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	0,123	NS
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	0,419	< 0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	0,317	0,006

Τα αποτελέσματα για τους ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα φαίνεται να είναι ακόμα πιο συναφή και παρόμοια με τα αποτελέσματα των άλλων μελετών. Οι συντελεστές συσχέτισης παρουσιάζουν μικρότερες τιμές και όσον αφορά την Κοινωνική Λειτουργικότητα, δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα, επομένως δεν υπάρχει συσχέτιση με το σφυροβραχιόνιο δείκτη.

9.1.4 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σχέσης μεταξύ κλινικών σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας και ποιότητας ζωής των ασθενών

Στην παρούσα μελέτη, η στατιστική ανάλυση αποδεικνύει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των 4 σταδίων περιφερικής αρτηριοπάθειας (κατά Fontaine) για τις 8 κλίμακες ποιότητας ζωής του SF-36 (Πίνακας 8.3). Παρόλα αυτά, με τη χρήση των Post Hoc tests και την ανά ζεύγη σταδίων στατιστική ανάλυση (Πίνακας 8.4), διαπιστώνεται η μη ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας ανάμεσα σε διάφορα στάδια της νόσου κάτι που παρατηρείται σε όλες τις κλίμακες ποιότητας ζωής. Στις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας και του Σωματικού Ρόλου, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα στάδια IIβ-III, IIβ-IV και III-IV. Στην κλίμακα του Σωματικού Πόνου δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ σταδίων IIβ και IV. Στις κλίμακες της Γενικής Υγείας, της Ζωτικότητας, της Κοινωνικής Λειτουργικότητας, της Ψυχικής Υγείας και του Συναισθηματικού Ρόλου δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ σταδίων IIβ και III. Στη κλίμακα του Συναισθηματικού Ρόλου δεν αποδεικνύεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ούτε ανάμεσα στα στάδια IIα-III και IIβ-IV.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ύπαρξη σημαντικής, αλλά όχι απόλυτης συσχέτισης του σταδίου της νόσου με τις 8 κλίμακες ποιότητας ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η κατάταξη της νόσου σε στάδια κατά Fontaine είναι καθαρά κλινική και βασίζεται στα υποκειμενικά συμπτώματα των ασθενών και την απλή επισκόπηση για την ύπαρξη απώλειας ιστών (γάγγραινα, έλκος), γίνεται κατανοητό ότι η σταδιοποίηση αυτή δεν μπορεί να αντανakλά επακριβώς την ποιότητα ζωής κάθε ασθενούς.

Στη βιβλιογραφία, αν και δεν χρησιμοποιείται συχνά η σύγκριση των κλινικών σταδίων, χρησιμοποιούνται τα κλινικά χαρακτηριστικά που χαρακτηρίζουν τη περιφερική αρτηριοπάθεια και ουσιαστικά καθορίζουν και τη σταδιοποίηση. Στο πλαίσιο αυτό, τα αποτελέσματα άλλων μελετών φαίνεται να συμβαδίζουν με τα αντίστοιχα της παρούσας

έρευνας. Ο Muller-Buhl και συνεργάτες,¹³⁶ διερευνώντας τη σχέση της αρχικής απόστασης διαλείπουσας χωλότητας (Initial Claudication Distance, ICD) και της μέγιστης απόστασης διαλείπουσας χωλότητας (Absolute Claudication Distance, ACD), παρουσιάζουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης των δύο αυτών κλινικών παραμέτρων, με τις κλίμακες του πόνου και της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών, ενώ όσον αφορά τη ψυχική-συναισθηματική κλίμακα, μόνο η μέγιστη απόσταση διαλείπουσας χωλότητας παρουσιάζει μέτρια συσχέτιση. Ο Long και συνεργάτες,⁹² χωρίζοντας τους ασθενείς σε αυτούς που η διαλείπουσα χωλότητα περιορίζει τον καθημερινό τρόπο ζωής τους και αυτούς που δεν επηρεάζονται από τη διαλείπουσα χωλότητα, απέδειξαν την στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας και όχι με τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Η Izquierdo-Portera και συνεργάτες,⁹¹ χρησιμοποίησαν σαν αντικειμενικά κριτήρια το χρόνο μέγιστης απόστασης βαδίσματος (time to maximal claudication) και την απόσταση βαδίσματος 6 λεπτών (6 minutes walk distance). Όσον αφορά το πρώτο κριτήριο διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας μόνο με τις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, Σωματικού Ρόλου και Ψυχικής Υγείας. Η απόσταση βαδίσματος 6 λεπτών είχε επιπλέον, στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις κλίμακες της Γενικής Υγείας και της Ζωτικότητας.

9.1.5 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών και ποιότητας ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια

Η συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, με την ποιότητα ζωής τους, παρουσίασε δυσκολίες και σε πολλές περιπτώσεις αδυναμία διεκπεραίωσης, λόγω του μικρού αριθμού ατόμων που συμμετείχαν στην κάθε κατηγορία (Πίνακας 8.5).

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν χειρότερη υγεία από τους άντρες σχεδόν σε όλους τους τομείς ποιότητας ζωής του SF-36 και κυρίως στις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, Σωματικού Πόνου, Γενικής Υγείας, Ζωτικότητας και Συναισθηματικού Ρόλου, όπου παρουσιάζονται και στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας του επιπέδου υγείας και επηρεάζει κυρίως τους ηλικιωμένους οι οποίοι μετά τα 80 χρόνια παρουσιάζουν τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε όλες τις κλίμακες. Ιδιαίτερα χαμηλές τιμές αναδεικνύονται και στις ηλικίες 55-64 καθώς και

στις νεαρότερες ηλικίες 40-45 ετών, κυρίως όσον αφορά τις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, του Σωματικού Ρόλου και του Σωματικού Πόνου. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αποδοθούν στις μεγάλες προσδοκίες και τις αντιλήψεις των νεαρότερων ασθενών όσον αφορά την επιθυμητή κατάσταση της υγείας τους στην παραγωγικότερη φάση της ζωής τους.

Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση, όπως ήταν αναμενόμενο, οι ασθενείς που δηλώνουν ανίκανοι για εργασία έχουν και τη χαμηλότερη αντίληψη για την ποιότητα ζωής, ενώ στη συνέχεια εμφανίζονται οι συνταξιούχοι των οποίων τα χαμηλά αποτελέσματα σχετίζονται με την ηλικία. Η εξαγωγή περαιτέρω συμπερασμάτων είναι αδύνατη λόγω του μικρού αριθμού ασθενών που περιλαμβάνονται στις υπόλοιπες ομάδες εργασιακών καταστάσεων. Επιπλέον, φάνηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών σχετίζεται σημαντικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, με τους χήρους να παρουσιάζουν σταθερά μειωμένα επίπεδα σε όλες τις κλίμακες του SF-36 και σε 5 από αυτές να αποδεικνύεται στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας επίδρασης στην ποιότητα ζωής του δείγματος αναδείχθηκε το μορφωτικό επίπεδο, καθώς εκτιμήθηκε ότι αυτό επηρεάζει σημαντικά όλες τις παραμέτρους. Ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν σταθερά καλύτερη αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους και την ποιότητα ζωής, όπως φαίνεται από τα ψηλότερα σκορ που καταγράφονται στο SF-36. Αντίστοιχα, σημαντική παράμετρος παρουσιάζεται και ο τόπος διαμονής αφού υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις κλίμακες του SF-36 ανάμεσα σε ασθενείς που διαμένουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές, με την πρώτη κατηγορία να υπερισχύει παρουσιάζοντας ψηλότερες μέσες τιμές ποιότητας ζωής. Στατιστική σημαντικότητα αναδεικνύεται και στη σύγκριση των κατηγοριών ανάλογα με το οικογενειακό εισόδημα. Διαφαίνεται θετική συσχέτιση με τις οικονομικά εύπορες ομάδες ασθενών, αν και η γενίκευση των συμπερασμάτων θεωρείται αδύνατη λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος στις κατηγορίες άνω των 2000 ευρώ.

9.2 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της σύγκρισης ποιότητας ζωής ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και ασθενών με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση

Η επιλογή σύγκρισης της περιφερικής αρτηριοπάθειας και της στεφανιαίας νόσου ως προς την επίδραση που έχουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών, έγινε με βάση τα χαρακτηριστικά των δύο νόσων. Πρόκειται για χρόνια νοσήματα που ανήκουν στη μεγαλύτερη κατηγορία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, έχουν κοινή αιτιοπαθογένεια και σχεδόν απόλυτη συσχέτιση με τη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης. Παρουσιάζουν ως εκ τούτου, ίδιους παράγοντες κινδύνου και προκαλούν τη συμπτωματολογία τους με τον ίδιο μηχανισμό. Η αθηροσκλήρωση προκαλεί στενώσεις ή αποφράξεις των αρτηριών. Στην περίπτωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας μειώνεται η αιμάτωση των κάτω άκρων, ενώ στην περίπτωση της στεφανιαίας νόσου μειώνεται η αιμάτωση της καρδιάς. Οι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης, επίσης συμβαδίζουν και συνίστανται σε συντηρητική ή θεραπευτική επέμβαση επαναγγείωσης, με διαδερμική αγγειοπλαστική ή αρτηριακή παράκαμψη. Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια και οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση επαναιμάτωσης, θεωρήθηκαν συγκρίσιμοι πληθυσμοί, με τη χρήση του γενικού εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36.

Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι και οι δύο κατηγορίες ασθενών παρουσιάζουν σημαντική ελάττωση της ποιότητας ζωής στο σύνολό της. Οι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια έχουν ακόμα πιο μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής από τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και σε αυτό πιθανόν να επιδρά το γεγονός των μεγαλύτερων ηλικιών των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Σε αντίθεση με τους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο εμφανίζουν σχετικά υψηλά αποτελέσματα στην κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας που αποτελεί μια αντικειμενική παράμετρο, ενώ αντίθετα παρουσιάζουν εντυπωσιακά χαμηλά αποτελέσματα στην κλίμακα του Σωματικού Ρόλου που αφορά τους περιορισμούς λόγω σωματικών προβλημάτων. Προφανώς οι ασθενείς αυτοί πιστεύουν ότι η στεφανιαία νόσος τους περιορίζει σωματικά, παρόλο που αντικειμενικά η φυσική τους κατάσταση δεν είναι πολύ επηρεασμένη. Τα συμπεράσματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα της μελέτης «The impact of peripheral and coronary artery

disease on health related quality of life» (De Graff et al., 2002)¹³⁴, της οποίας τα αποτελέσματα αντιπαραβάλλονται με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης (Πίνακας 9.5).

Πίνακας 9.5: Συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης και των αντίστοιχων άλλης μελέτης για την επίδραση της περιφερικής αρτηριοπάθειας και της στεφανιαίας νόσου στην ποιότητα ζωής.

Συγκριτική στατιστική ανάλυση ποιότητας ζωής						
Κλίμακες SF-36	Παρούσα μελέτη			Μελέτη De Graff et al.		
	PAD n=41	p-value	CAD n=41	PAD n=89	p-value	CAD n=89
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	37,19	<0.001	64,75	24	<0.001	49,8
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	24,39	NS	34,14	21,9	NS	22,6
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	26,92	<0.001	67,97	30,8	<0.001	63,9
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	48,92	0.029	58,46	43	<0.001	55,9
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	43,29	<0.001	60,24	47,2	NS	51,2
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	50,6	NS	62,5	38,9	<0.001	53,9
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	42,27	NS	28,45	43,2	NS	43,9
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	55,51	NS	60,78	59,8	NS	64,7

Όπως είναι φανερό, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπάρχουν κυρίως στις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, του Σωματικού Πόνου και της Γενικής Υγείας με την περιφερική αρτηριοπάθεια να έχει τις χαμηλότερες τιμές. Το ίδιο συμβαίνει και στις κλίμακες που δεν αναδεικνύεται στατιστική σημαντικότητα, με εξαίρεση το Συναισθηματικό Ρόλο που παρουσιάζει χαμηλότερες τιμές στην ομάδα ασθενών με στεφανιαία νόσο, σε αντίθεση με την μελέτη αναφοράς. Το γεγονός ότι πρόκειται για ασθενείς που προγραμματίστηκαν για χειρουργική επέμβαση επηρεάζει τη συναισθηματική τους κατάσταση και δημιουργεί άγχος και ανησυχία. Παρόλο που και το δείγμα των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια ήταν επίσης προγραμματισμένο για χειρουργική επέμβαση, η αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι εγχείρηση πολύωρη, επικίνδυνη, με περισσότερες επιπλοκές και υψηλή θνητότητα. Για τους ασθενείς αλλά και όλη την κοινωνία η εγχείρηση καρδιάς προκαλεί φόβο, πολλαπλάσιο άγχος και ανησυχία. Οι παράμετροι αυτές

αντανακλώνται στον περιορισμό του ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, ιδιαίτερα στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

Στα πλαίσια συσχέτισης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 9.6) τα αποτελέσματα εκτίμησης της ποιότητας ζωής σε ελληνικό πληθυσμό ασθενών με στεφανιαία νόσο που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και αναλύονται στη μελέτη «Health related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a Cardiology Department of secondary urban hospital in Greece» (Spiraki et al., 2008).¹²³

Πίνακας 9.6: Συγκριτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης και των αντίστοιχων ελληνικής μελέτης όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο

Συγκριτική παρουσίαση αποτελεσμάτων ποιότητας ζωής		
	CAD	
Κλίμακες SF-36	Παρούσα μελέτη n=41	Μελέτη Spiraki et al. n=104
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Physical Functioning, PF)	64,75	39,04
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Physical, RP)	34,14	38,56
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ (Bodily Pain, BP)	67,97	52,23
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (General Health, GH)	58,46	42,52
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ (Vitality, VT)	60,24	46,28
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Social Functioning, SF)	62,5	60,11
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ (Role Emotional, RE)	28,45	40,43
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Mental Health, MH)	60,78	55,66

Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την σχεδόν ίδια ή καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών της παρούσας μελέτης με εξαίρεση τις κλίμακες Σωματικού και Συναισθηματικού Ρόλου. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο που πρόκειται να υποβληθούν σε προγραμματισμένη εγχείρηση επαναιμάτωσης βρίσκονται συνήθως στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν καλύτερη γενική κατάσταση υγείας και καλύτερη καρδιακή λειτουργία. Γι'αυτό εξάλλου, επιλέγονται για χειρουργική επέμβαση επαναγγείωσης, καθώς έχουν περιθώρια σημαντικής βελτίωσης και η γενικότερη τους κατάσταση επιτρέπει τη διενέργεια μιας τόσο σοβαρής και επικίνδυνης επέμβασης. Αντιθέτως, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο που αντιμετωπίζονται συντηρητικά και χρειάζονται νοσηλεία στο νοσοκομείο, είναι στην πλειοψηφία τους ασθενείς που δεν επιδέχονται χειρουργικής επέμβασης λόγω σοβαρής γενικής κατάστασης, παρουσίας άλλων συνοδών προβλημάτων υγείας και προχωρημένου σταδίου αθηροσκληρυντικών αλλοιώσεων που είναι χειρουργικώς αδύνατο να αντιμετωπιστούν. Με βάση τα δεδομένα αυτά, η καλύτερη ποιότητα ζωής που παρατηρείται στο δείγμα της παρούσας μελέτης στις περισσότερες από τις κλίμακες του SF-36, είναι αναμενόμενη και σαφώς δικαιολογημένη, ενώ η ηλικία διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Στην παρούσα μελέτη ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με στεφανιαία νόσο ήταν 59,1 έτη, ενώ στην ελληνική μελέτη το 74% των ασθενών είχε ηλικία άνω των 65 ετών.

Ο περιορισμός του ρόλου λόγω σωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο που προγραμματίστηκαν για εγχείρηση χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και σχετίζεται με τους φόβους, τις αγωνίες και τις αντιλήψεις των ασθενών για τις εγχειρήσεις καρδιάς και την ίδια τη νόσο. Ταυτόχρονα, ο περιορισμός των σωματικών δραστηριοτήτων, που συστήνεται από τους ιατρούς μέχρι να γίνει η επέμβαση, ενισχύει τις απόψεις αυτές, σε αντίθεση με τους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια όπου η σωματική δραστηριότητα και κυρίως το βάδισμα αποτελεί μέτρο αντιμετώπισης της νόσου.

9.3 Προβλήματα και περιορισμοί της μελέτης

Τα κυριότερα προβλήματα και περιορισμοί στην παρούσα μελέτη ήταν τα εξής:

1. Ο μικρός αριθμός των ασθενών του δείγματος περιόρισε τις δυνατότητες στατιστικής ανάλυσης, κυρίως όσον αφορά τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ο αριθμός αυτός δεν θα μπορούσε να είναι μεγαλύτερος σε περίοδο έξι

μητών καθώς αυτή ήταν η ροή των συγκεκριμένων ασθενών στο νοσοκομείο. Λόγω της προσπάθειας αποτύπωσης της ποιότητας ζωής στο σύνολο των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, στο δείγμα συμπεριλαμβάνονταν συμπτωματικοί ασθενείς από όλα τα στάδια της νόσου με αποτέλεσμα να γίνεται πιο έντονο το αριθμητικό πρόβλημα στην στατιστική ανάλυση των διαφόρων υποκατηγοριών. Η τάση που φαίνεται να ακολουθείται διεθνώς τα τελευταία χρόνια είναι ο διαχωρισμός και η ξεχωριστή μελέτη των ασθενών με διαλείπουσα χωλότητα (Fontaine's IIα και IIβ) και των ασθενών με κρίσιμη ισχαιμία των κάτω άκρων (Fontaine's III και IV).

2. Το μικρό διάστημα διάρκειας της μελέτης δεν έδωσε τη δυνατότητα επαναξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών, μετά από τη θεραπευτική αντιμετώπιση που υποβάλλονταν. Παρά το γεγονός ότι κάτι τέτοιο δεν περιλαμβανόταν στους αρχικούς στόχους της μελέτης, η ενδεχόμενη διερεύνηση θα ήταν χρήσιμη για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων όσον αφορά την χρησιμοποίηση της ποιότητας ζωής ως κριτηρίου για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής μετά από χειρουργικές επεμβάσεις αυτού του είδους πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 1 χρόνο μετά, ώστε να είναι αξιόπιστες οι μετρήσεις.
3. Η μη ύπαρξη διαθέσιμων στοιχείων όσο αφορά την ποιότητα ζωής του κυπριακού γενικού πληθυσμού, ώστε να είναι ακόμα πιο έγκυρα τα αποτελέσματα και οι συγκρίσεις.
4. Η μη ύπαρξη μεταφρασμένου και τυποποιημένου ειδικού ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια, στην ελληνική γλώσσα, που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με το SF-36 για την πληρέστερη αποτύπωση της ποιότητας ζωής της ομάδας αυτής ασθενών.

9.4 Συμπεράσματα

Η περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων επιδρά αρνητικά και προκαλεί σημαντική ελάττωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, σε όλους τους τομείς τόσο της φυσικής όσο και της ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερα μειωμένες παρουσιάζονται οι κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, του Σωματικού Ρόλου και του Σωματικού Πόνου της επισκόπησης υγείας SF-36, ενώ και οι υπόλοιπες κλίμακες έχουν σταθερά σημαντικές αποκλίσεις από την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου και οι εργαστηριακές μετρήσεις (κατάταξη σε στάδια κατά Fontaine και σφυροβραχιόνιος δείκτης), αντανακλούν μόνο μερικώς την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η συσχέτιση αυτή ελαττώνεται ακόμα περισσότερο στις κλίμακες της ποιότητας ζωής που αντιπροσωπεύουν την κοινωνική και ψυχική υγεία.

Τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά σε πολλές περιπτώσεις έχουν καθοριστική σημασία και επιδρούν με το δικό τους τρόπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια. Χαμηλές εισοδηματικές τάξεις, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, διαμονή σε αγροτικές περιοχές και θήλυ φύλο αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα ποιότητα ζωής.

Σε σχέση με τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση, οι αντίστοιχοι ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια παρουσιάζουν ίδια και σε μερικές παραμέτρους χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά που συμφωνούν με τη σχετική βιβλιογραφία, έρχονται σε αντίθεση με τη γενική αντίληψη της μεγαλύτερης επίδρασης της στεφανιαίας νόσου στην ποιότητα ζωής, κάτι που στηρίζεται στο γεγονός ότι αποτελεί μεγαλύτερη απειλή για τη ζωή των ασθενών.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, συμφωνώντας με τα αντίστοιχα διεθνή δεδομένα, υποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντική παράμετρο αντιμετώπισης των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια και μπορεί να αποτελέσει ένα νέο θεραπευτικό στόχο, πέραν από τα κλασσικά καθιερωμένα πρότυπα. Τα συμπτώματα και τα κλινικά κριτήρια πολύ συχνά δεν μπορούν να αποτυπώσουν την αληθινή πραγματικότητα της διαβίωσης των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο. Μπορεί για παράδειγμα, μια μέγιστη απόσταση βαδίσματος 50 μέτρων να αποτελεί ανικανότητα για ένα ασθενή, αλλά να είναι πλήρως αποδεκτή από κάποιο άλλο με βάση τις συνήθειες, την καθημερινότητα και τις προσδοκίες του καθενός.

Στα πλαίσια αυτά, πολύ σημαντική είναι η άποψη των ασθενών κατά την εκτίμηση της επίδρασης της νόσου, καθώς μπορεί να υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα τις αντικειμενικές κλινικές εκτιμήσεις και στις υποκειμενικές αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους. Η τεχνική επιτυχία της επαναγγείωσης των κάτω άκρων τεκμηριώνεται παραδοσιακά από την νοσηρότητα, την θνητότητα και την βατότητα των παρακαμπτήριων μοσχευμάτων. Εντούτοις, αυξημένα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή,

όπως αυτή αξιολογείται από την ποιότητα ζωής, μετά από μια τεχνικά επιτυχή διαδικασία, μπορεί να μην συμβαδίζει με την αντίληψη του ιατρού που είναι βασισμένη σε αιμοδυναμικούς δείκτες.

Σαφώς, για να γίνει πλήρως κατανοητή η έκβαση της περιφερικής αρτηριοπάθειας και της θεραπείας της, είναι απαραίτητη η συμπλήρωση των παραδοσιακών κλινικών μέτρων έκβασης με τις πληροφορίες που είναι σημαντικές για τον ασθενή, όπως είναι η κούραση, η συναισθηματική φόρτιση και ο κοινωνικός περιορισμός του ρόλου. Παραδείγματος χάριν, η διαβίωση με περιφερική αρτηριοπάθεια απαιτεί συχνά εκτενείς αλλαγές και προσαρμογές του τρόπου ζωής όπως διακοπή του καπνίσματος, υιοθέτηση σύνθετων ιατρικών θεραπευτικών αγωγών, διαιτητικές τροποποιήσεις και πολλά άλλα. Για τους ασθενείς που εκτιμούν ιδιαίτερα την αίσθηση αυτονομίας τους, μπορεί να είναι δύσκολο να υποκύψουν στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής εφόρου ζωής και τη σταθερή επαγρύπνηση ενάντια σε διάφορες επιπλοκές. Οι ασθενείς μπορεί να δοκιμάσουν την απογοήτευση και την ανησυχία που συνδέονται με τις απαραίτητες αλλαγές. Ταυτόχρονα, ο χαρακτηρισμός απλά ως "ασθενής με περιφερική αρτηριοπάθεια" ή η διαβίωση με τη γνώση μιας χρόνιας πάθησης μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη και την αδράνεια, αντισταθμίζοντας τελικά τα οφέλη των βελτιωμένων αποστάσεων βαδίσματος. Η ανικανότητα να επέλθουν οι βελτιώσεις που είναι πολύτιμες και αναμενόμενες από τον ασθενή και η προσθήκη άλλων απροσδόκητων φορτίων μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής από την αναμενόμενη, βάση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και της ασθένειας, και την κλινική επιτυχία της θεραπείας του.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριοπάθεια θα συνεχίσει να χρησιμοποιείται και σταδιακά να καθιερώνεται σαν τελικό σημείο έκβασης στους ασθενείς. Η συνεχής και συστηματική εκτίμηση της ποιότητας ζωής θα βοηθήσει τους ιατρούς να κατανοήσουν καλύτερα τις επιδράσεις της νόσου, προάγοντας την λήψη ορθότερων κλινικών αποφάσεων και εφαρμόζοντας αποτελεσματικότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βαρουφάκης, Γ. (1996), *Αρχαία Ελλάδα και Ποιότητα*. Αίολος, Αθήνα.
2. Πρασιανάκης, Ι.Ν., Βαρουφάκης, Γ., Μάτσας, Ι. (2007), *Η ποιότητα και ο ποιοτικός έλεγχος, προϋπόθεση για την ανάπτυξη και επιβίωση μιας σύγχρονης κοινωνίας*. Στην ιστοσελίδα του Βιοτεχνικού Επιμελητηρίου Πειραιά: http://www.bep.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=923&Itemid=192 (πρόσβαση στις 24 Μαΐου 2009)
3. Οικονομοπούλου, Χ.Β., (2002), *Εκπαιδευτικές Σημειώσεις – Ποιότητα.*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
4. ΕΛΟΤ EN ISO 8402: 1996
5. Campbell, A. (1981), *The Sense of Well-being in America*. McGraw-Hill, New York.
6. Χάλματζης, Π., Καρλοβασίτου-Κόνιαρη, Α., (2003), Ποιότητα ζωής και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. *Εγκέφαλος – Αρχαία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, τομ. 40 (1).
7. Yfantopoulos, J. (2001), The “social” quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(1):108-113.
8. Rokeach, J. (1973), *The Nature of Human Values*. Free Press/ Macmillan, New York.
9. Fries JF, Spitz PW. Quality of life studies: The hierarchy of patient outcomes, in Spilker B (ed): *Quality of Life Assessment for Clinical Trials*. New York, Raven Press Ltd., 1990.
10. Kaplan, R.M., Bush, J.W. (1982), Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1:61-80.
11. Οικονόμου, Χ., (2005), *Κοινωνιολογία της Υγείας*. Τόμος Α', Εκδόσεις Διονικος, Αθήνα.
12. WHO (1958), *The First Ten Years of WHO*. Annex Constitution of the WHO, Geneva.
13. Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. (2007), *Ποιότητα Ζωής-Ιατρική-Ψυχικές Διαταραχές*. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις Ακαδημαϊκού έτους 2007-2008, Πρόγραμμα Προαγωγή Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.
14. Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2007), Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(συνπλ 1):6-18.
15. WHO (1991), *Revised Targets for Health for All in Europe*. WHO, Copenhagen.
16. Βαλάσση-Αδάμ, Ε. (2001), Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Άρθρο Σύνταξης, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):216-217.
17. Patzig, G. (2003), Quality of Life in Plato and Aristotle. in Sharples R. W. & Keeling S. V. (eds), *Perspectives on Greek philosophy: S.V. Keeling memorial lectures in ancient philosophy, 1991-2002*. Ashgate Publishing, Aldershot.
18. Θάνου, Λ.Ι., Σταματέλου, Κ.Κ. (2002), Αναμμία στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια – Ερυθροποιητίνη και ποιότητα ζωής. *Επιθεώρηση*, τεύχος 29.

19. Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου (2003), *Αριστοτέλης Απαντα - Ηθικά Νικομάχεια 1*. Κάκτος, Αθήνα, 7:31-51.
20. Lane, R.E. (1994), Quality of Life and Quality of Persons: A New Role of Government? *Political Theory*, 22:221.
21. Παιονίδης, Φ. (2007), Η ποιότητα ζωής ως φιλοσοφικά ενδιαφέρουσα έννοια. στο *Υπέρ του Δέοντος: Δοκίμια Εφαρμοσμένης Φιλοσοφίας*. Εκκρεμές, Αθήνα.
22. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία – Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):239-253.
23. Schuessler, K.F. & Fisher, G.A. (1985), Quality of life research and sociology. *Annual Review of Sociology*, 11, 129-149.
24. Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
25. WHO (1992), The Ottawa Charter for Health Promotion. In Kaplum A (ed): Health Promotion and Chronic Illness. *Discovering a New Quality of Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
26. U.S. Department of Health and Human Services (2000), *Healthy People 2010*. 2nd ed., With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health, 2 vols, Washington, DC: U.S.Government Printing Office.
27. Υφαντόπουλος, Γ. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Gutenberg-Δαρδάνος-Τυπωθήτω, Αθήνα.
28. Κάβουρα, Μ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. (2003), *Ποιότητα Ζωής*. Ιατρικό Τμήμα Janssen-Cilag, Αθήνα.
29. Lamau, M.L. (1992) The Idea of Quality of Life in the Health Field. *The Quality of Life in the Mediterranean Countries*, First Mediterranean Meeting on Bioethics, Istituto Siciliano di Bioetica, pp. 47-68.
30. Παπάνης, Ε., Ρουμελιώτου, Μ., *Ποιότητα Ζωής*. 22 Σεπτεμβρίου 2007. στην ιστοσελίδα http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5311.html (πρόσβαση στις 23 Ιουνίου 2009).
31. Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976), *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. Russell Sage Foundation, New York
32. Young, K.J., Longman, A.J. (1983), Quality of life and persons with melanoma: a pilot study. *Cancer Nursing*, 7, 219–225.

33. Bowling, A. (1991), *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. Milton Keynes: Open University Press, Buckingham.
34. Fallowfield, L. (1990), *The quality of life: the missing measurement in health care*. Souvenir Press, London.
35. Κονταράτος, Α. (1983), *Αρχές Διοίκησης*. Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
36. Treasury Board of Canada Secretariat. (2000), *Quality of Life - A Concept Paper: Defining, Measuring and Reporting Quality of Life for Canadians*. Canada.
37. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα
38. The WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position Paper from the Health Organization*. Soc Sci Med 1995, 41: 1403-1409.
39. Patrick, B., Erickson, P.D. (1993), *Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. Oxford University Press, Oxford.
40. Wilson, IB., Cleary, PD. (1995), Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA*, 273:59-65.
41. Yfantopoulos, J. (2001), Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2):114-130.
42. Κυριόπουλος, Γ. (2003), *Ecoman-Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας*. Επιστημονικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε.
43. Thompson, DR., Roebuck, A. (2001) The measurement of health-related quality of life in patients with coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs*, 16: 28–33.
44. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
45. Lalonde, M. (1974), *A New perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
46. European Commission, *Design for a set of European Community Health Indicators*, ECHI Project, Phase 1, February 15, 2001.
47. European Commission, *Public Health Indicators for Europe*, ECHI Project, Phase 2, June 20, 2005.
48. Najman, K., Levine, M. (1981), Evaluating the Impact of Medical Care and Technologies on the Quality of Life: A Review and Critique. *Soc Sci Med*, 15F: 107-115.
49. Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής-Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):218-229.

50. Gill, TM., Feinstein, AR. (1994), A critical appraisal of the quality of life measurements. *J Am Med Ass*, 272: 619-626.
51. Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ. (2008), Τα οικονομικά της υγείας-Μέθοδοι και εφαρμογές της οικονομικής αξιολόγησης. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
52. Bowling, Ann. (2004), *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. Open University Press/McGraw Hill, 3rd edition.
53. Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π. (1999), Υγεία και Περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδη Ε. Λοπατατζίδης Α, Μάντη Π (εκδ). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
54. Σπυράκη, Χ. (2006), *Ποιότητα Ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια*. MSc. Thesis, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
55. Dew, HA., Simmons, RG. (1990), The advantage of multiple measures of quality of life. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 131: 23-30.
56. Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. (2004), Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα ζωής. Στο: Γείτονα Μ (Συντ.) *Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας: Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος.
57. Χατζηγεοφύτου Μ., *Αξιοπιστία – Εγκυρότητα*. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις 2006-2007, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού.
58. Cronbach, L. J. (1951), Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
59. Aaronson, K.N. (1988), Quantitative issues in health-related quality of life assessment. *Health Policy*, 10:217-230.
60. Καϊτελίδου, Δ., Κωσταγιόλας, Π., Λαζάρου, Π., Χατζοπούλου, Μ. (2006), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Βασικές αρχές και σύγχρονες τάσεις*. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
61. Katz, ST., Ford, AB., Moscovitz, RW., Jackson, BA., Jaffe, MW. (1963), Studies of illness in the aged. *JAMA*, 185: 914-919.
62. Karnofski, DA., Burchenal, JH. (1969), The clinical evaluation of chemo-therapeutic agents. In: McLeod (Ed), *Cancer in Evaluation of Chemo-therapeutic Agents*. New York: Columbia University Press.
63. Melzack, R., Torgerson, WS. (1971), On the language of pain. *Anaesthesiology*, 34: 50-59.

64. Γείτονα, Μ., Σκουρολιάκου, Μ., Κυριόπουλος, Γ. (1996), *Φαρμακοοικονομία – Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*. Εξάντας, Αθήνα.
65. Goldberg, D. (1972), *Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press.
66. World Health Organization (1979). *Hand book for reporting results of cancer treatment*. Geneva: WHO Offset Publications No 48.
67. Spitzer, WO., Dobson, AJ., Hall, J. (1981), Measuring the quality of life of cancer patients. *J Chron Dis*, 34: 595-597.
68. Hunt, SM., McEwen, J. (1980) The development of a subjective health indicator. *Sociol health Illness*, 2: 231-246.
69. Bergner, M., Bobbit, RA., Carter, WB., Gilson, BS. (1981), The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care*, 19: 87-805.
70. Ware, JE. (1993), *The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Centre, Boston.
71. EUROQOL GROUP. (1990), EuroQol: A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16:199–208
72. World Health Organization (2009), *Cardiovascular Diseases*, Fact sheet N^o317, στην ιστοσελίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> (πρόσβαση στις 26 Σεπτεμβρίου 2009).
73. Wilson, P., Cannon, C., Saperia, G. Overview of the risk factors for cardiovascular disease. *UpToDate 16.3*, 11 October 2008.
74. Murabito, JM., Evans, JC., Larson, MG., Nieto, K., Levy, D., Wilson, PW. (2003), The ankle-brachial index in the elderly and risk of stroke, coronary disease, and death: the Framingham Study. *Arch Intern Med*, 163:1939.
75. American Heart Association. (2002), *Heart and Stroke Statistical Update*. Dallas, Tex: American Heart Association.
76. Γερασιμίδης, Θ. *Χρόνια αρτηριακή αποφρακτική νόσος των κάτω άκρων*. Στο: Δαλαϊνας, Β.Η., επιμ. Γενική Χειρουργική. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2001: 883-889.
77. Norgren, L., Hiatt, W.R., Dormandy, J.A., Nehler, M.R., Harris, K.A., Fowkes, F.G., Rutherford, R.B. (2007), Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*, 45 Suppl:5-67
78. Muir, L.R. (2009), Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, diagnosis, treatment, and prevention. *Journal of Vascular Nursing*, 27:26-30

79. Hallett, J., Brewster, D., Rasmussen, T. (2001), *Handbook of patient care in Vascular Diseases*. Lippincott Williams & Wilkins, USA.
80. Murabito, J.M., D'Agostino, R.B., Silbershatz, H., et al. (1997), Intermittent claudication. A risk profile from the Framingham Heart Study. *Circulation*, 96:44.
81. Μηλιώνης, Χ., Ματσάγκας, Μ. (2007), Τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια. *Αθηροσκλήρωση*, σ. 22-26.
82. Mohler, E., Clement, D., Saperia, G. Noninvasive diagnosis of peripheral arterial disease. *UpToDate 16.3*, 15 April 2008.
83. Gersh, J.B. (2000), *Mayo Clinic Heart Book*. HarperCollins Publishers, USA.
84. Wilson, P., Gersh, B., Saperia, G. Epidemiology and prognosis of coronary heart disease. *UpToDate 16.3*, 26 August 2008.
85. Λουρίδας, Γ και συν. (2001), *Καρδιολογία Τομ.1^{ος}*, Τμήμα Ιατρικής-Τομέας Παθολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
86. Campeau, L. (1976), Grading of angina pectoris. *Circulation*, 54:5223
87. Liles, D., Kallen, M., Petersen, L., Bush, R. (2006), Quality of Life and Peripheral Arterial Disease. *Journal of Surgical Research*, 136:294-301.
88. Breek, J.C., Hamming, J.F., De Vries, J., van Berge Henegouwen, D.P., van Heck, G.L. (2002), The impact of walking impairment, cardiovascular risk factors, and comorbidity on quality of life in patients with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*, 36:94.
89. Nehler, M., McDermott, M., Treat-Jacobson, D., Chetter, I., Regensteiner, J. (2003), Functional outcomes and quality of life in peripheral arterial disease: current status. *Vascular Medicine*, 8:115-126
90. Feinglass, J., McCarthy, W.J., Slavensky, R., Manheim, L.M., Martin, G.J., (1996), Effect of lower extremity blood pressure on physical functioning in patients who have intermittent claudication. The Chicago Claudication Outcomes Research Group. *Journal Of Vascular Surgery*, 24 (4):503-511.
91. Izquierdo-Porrera, A.M., Gardner, A.W., Bradham, D.D., et al. (2005), Relationship between objective measures of peripheral arterial disease severity to self-reported quality of life in older adults with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*, 41(4):625-630.

92. Long, J., Modrall, J.G., Parker, B.J., Swann, A., Welborn, M.B., Anthony, T. (2004), Correlation between ankle-brachial index, symptoms, and health-related quality of life in patients with peripheral vascular disease. *Journal of Vascular Surgery*, 39(4):723-727
93. Khaira, H.S., Hanger, R., Shearman, C.P. (1996), Quality of life patients with intermittent claudication. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 11:65-69.
94. Treat-Jacobson, D., Halverson, S., Ratchford, A., Regensteiner, J., Lindquist, R., Hirsch, A. (2002), A patient-derived perspective of health-related quality of life with peripheral arterial disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1):55-60.
95. Pratt, A.G., Norris, E.R., Kaufmann, M. (2005), Peripheral vascular disease and depression. *Journal of Vascular Nursing*, 23:123
96. Chetter, I.C., Spark, J.I., Dolan, P., Scott, D.J.A., Kester, R.C. (1997), Quality of life analysis in patients with lower limb ischemia: suggestions for a European standardization. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 13:597-604.
97. Kiebzak, M.G., Pierson, L.M., Campbell, M., Cook, W.J. (2002), Use of the SF36 general health status survey to document health-related quality of life in patients with coronary artery disease: Effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung*, 31(3):207-213.
98. Thompson, D.R., Meadows, K.A., Lewin, R.J.P. (1998), Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *European Heart Journal*, 19:693-5.
99. Dempster, M., Donnelly, M. (2000), Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*, 83: 641–644.
100. Ware, J.E. (2004), *SF-36® Health Survey Update*. Στην ιστοσελίδα του SF-36: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml> (πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2009).
101. Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993), *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
102. Ware, J.E. (1995), The status of health assessment 1994. *Annu Rev Public Health*, 16: 327-354.
103. Stewart, AL., Ware, JE. (1992), *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.
104. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992), The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6): 473-483.

105. Ware, J.E., Kosinski, M., Bjorner, J.B., Turner-Bowker, D. M., Gandek, B., Maruish, M.E. (2008), *SF-36v2 Health Survey: A primer for healthcare providers*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
106. Keller, S.D., Bayliss, M.S., Ware, J.E., Hsu, M.A., Damiano, A.M., Goss, T.F. (1997), Comparison of Responses to SF-36 Health Survey Questions with One-Week and Four-Week Recall Periods. *Health Services Research*, 32(3): 367-84.
107. Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E. (2000), *How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey*. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated.
108. Σαμούτης, Α. Μελέτη ποιότητας ζωής ασθενών με μέτρια και σοβαρή ψωρίαση και οι οικονομικές συνέπειες της ασθένειας στην Ελλάδα [dissertation]. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2009.
109. Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Lepège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee et al. (1998), Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:913-923.
110. Κοντοδημόπουλος, Ν., Φραγκούλη, Δ., Παππά, Ε., Νιάκας, Δ. (2004), Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5):451-462.
111. Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005), Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14: 1433–1438.
112. Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας, Δ., (2006), Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2):159-166.
113. Taft, C., Karlsson, J., Sullivan, M. (2001), Do SF-36 summary component scores accurately summarize subscale scores? *Quality of Life Research*, 10:395-404.
114. Ware, J.E., Gandek,B. (1998), Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11): 903–912.
115. Paul G. Ritvo, G.P., Fischer, S.J., Miller, M.D., Andrews, H., Paty, W.D., LaRocca, G.N. (1997), *Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory: A User's Manual*. The Consortium of Multiple Sclerosis Centers Health Services Research, National Multiple Sclerosis Society, New York.
116. Saris-Baglana, N.R., Dewey, J.C., Chisholm, B.G., Plumb, E., Kosinski, M., Bjorner, B.J, Ware, E.J., (2007), *QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 2.0 -User's Guide*. QualityMetric Health Outcomes Solutions.

117. McDowell I, Newell C (1996). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (2nd). New York: Oxford University Press.
118. Garratt, A.M., Schmidt, L., Mackintosh, A., Fitzpatrick, R. (2002), Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324:1417-1421.
119. Γαλάνης, Κ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νταλέκος, Γ.Ν., Νιάκας, Δ. (2007), Συγκριτικά μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β και C. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (Συμπλ 1):51-57.
120. Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Γκικόκα, Β., Σούλης, Σ. (2008), Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(2):201-208.
121. Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιτταδάκη, Τ., Περιστερης, Π., Πόκας, Ε., Υφαντόπουλος, Γ. (2007), Ποιότητα ζωής ατόμων με αιμορροφιλία στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (Συμπλ 1):85-92.
122. Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Σούλης, Σ. (2008), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών μετά από μεταμόσχευση ήπατος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(3):334-340.
123. Spiraki, C., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Prezerakos, P., Maniadakis, N. (2008), Health related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a Cardiology Department of secondary urban hospital in Greece. *Hellenic Journal of Cardiology*, 49:241-247.
124. Πιερράκος, Γ., Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Χ., Υφαντόπουλος, Γ. (2006), Ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. *Ιατρική Επιθεώρησης Ενόπλων Δυνάμεων*, 40(5-6).
125. Κυπριακή Δημοκρατία. *Έρευνα Υγείας 2003*, Στατιστική Υπηρεσία, Λευκωσία, 2005
126. *World medical association declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, October 2008, στην ιστοσελίδα <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (πρόσβαση 10 Αυγούστου 2009).
127. Prescott-Clarke, P., Primatesta, P. (1998), *Health Survey for England '96*. The Stationary Office, London.
128. Tretinyak, A., Lee, E., Kuskowski, M., Caldwell, M., Santilli, S. (2001), Revascularization and Quality of life for patients with limb-threatening ischemia. *Annals of Vascular Surgery*. 15(1):84-88.

129. Seabrook, G.R., Cambria, R.A., Freischlag, J.A., Towne, J.B. (1999), Health-related quality of life and functional outcome following arterial reconstruction for limb salvage. *Cardiovascular Surgery*, 7(3):279-286.
130. Falnita, L., Cocora, M., Nechifor, D., Socoteanu, I., Bordos, D. (2004), Quality of life in patients with peripheral arterial disease before and after surgical treatment. *TMJ*, 54(4):346-353.
131. Bhatt, D.L., Steg, P.G., Ohman, E.M., et al. (REACH Registry Investigators) (2006), International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*, 295(2):180-9.
132. Bekos, C., Pieri, L., Angelides, N., Moros, I. (2008), Prevalence of multifocal atherosclerosis and comorbidity on symptomatic Cypriot inpatients. *International Angiology*, 27(5):419-25.
133. Hirsch, T.A., Haskal, J.Z., Hertzler, R.N., et al. (2006), ACC/AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 47:1-192.
134. De Graff, C.J., Ubbink, T.D., et al. (2002), The impact of peripheral and coronary artery disease on health related quality of life. *Annals of Vascular Surgery*, 16(4):495-500.
135. De Vries, M., Ouwendijk, R., Kessels, G.A., et al. (2005), Comparison of generic and disease-specific questionnaires for the assessment of quality of life in patients with peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Surgery*, 41:261-268.
136. Muller-Buhl, U., Engeser, P., Klimm, H.D, Wiesemann, A. (2003), Quality of life and objective disease criteria in patients with intermittent claudication in general practice. *Family Practice*, 20(1):36-40.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

SF-36 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

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

<p>Οδηγίες: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία 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.</p>
<p>Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.</p>

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 ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(Βάλτε έναν κύκλο)

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

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

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
A. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
B. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
Γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
Δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
Ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
ΣΤ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο Σκύψιμο	1	2	3
Ζ. Όταν περπατάμε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Όταν περπατάμε απόσταση μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
Θ. Όταν περπατάτε απόσταση περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
Ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

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

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	1	2
B. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θέλατε;	1	2
Γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;	1	2
Δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων;	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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
A. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	1	2
B. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;	1	2
Γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως;	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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 τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

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

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

(βάλτε έναν κύκλο)

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

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

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

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

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

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς.....	1
Το μεγαλύτερο 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
A. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
B. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων 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, sf9gr, sf11br, sf11dr.

Κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας (Physical Functioning, PF) = $((sf3\alpha + sf3\beta + sf3\gamma + sf3\delta + sf3\epsilon + sf3\sigma + sf3\zeta + sf3\eta + sf3\theta + sf3\iota) - 10) / (30 - 10) * 100$.

Κλίμακα Σωματικού Ρόλου (Role Physical, RP) = $((sf4\alpha + sf4\beta + sf4\gamma + sf4\delta) - 4) / (8 - 4) * 100$.

Κλίμακα Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP) = $((sf7r + sf8r) - 2) / (12 - 2) * 100$.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης 7 επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Καθόλου (1)	= 6,0
Πολύ ήπιο (2)	= 5,4
Ήπιο (3)	= 4,2
Μέτριο (4)	= 3,1
Έντονο (5)	= 2,2
Πολύ έντονο (6)	= 1,0

Τα αποτελέσματα της ερώτησης 8 επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Καθόλου (1)	= 6 εάν η απάντηση της ερώτησης 7 ήταν «Καθόλου (1)» ή εάν η ερώτηση 7 δεν απαντήθηκε (ή 5 εάν η απάντηση της ερώτησης 7 δεν ήταν «Καθόλου (1)»)
Λίγο (2)	= 4 εάν η ερώτηση 7 απαντήθηκε (ή 4,75 εάν η ερώτηση 7 δεν απαντήθηκε)
Μέτρια (3)	= 3 εάν η ερώτηση 7 απαντήθηκε (ή 3,5 εάν η ερώτηση 7 δεν απαντήθηκε)
Αρκετά (4)	= 2 εάν η ερώτηση 7 απαντήθηκε (ή 2,25 εάν το στοιχείο #6 δεν απαντήθηκε)
Πάρα πολύ (5)	= 1

Κλίμακα Γενικής Υγείας (General Health, GH) = $((sf11\alpha + sf11\beta + sf11\gamma + sf11\delta + sf11\epsilon) - 5) / (25 - 5) * 100$.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης 1 επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Εξαιρετική (1)	= 5,0
Πολύ καλή (2)	= 4,4
Καλή (3)	= 3,4
Μέτρια (4)	= 2,0
Κακή (5)	= 1,0

Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων 11β και 11δ επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Εντελώς αλήθεια (1)	= 5
Μάλλον αλήθεια (2)	= 4
Δεν ξέρω (3)	= 3
Μάλλον ψέμα (4)	= 2
Εντελώς ψέμα (5)	= 1

Καμία μετατροπή δεν είναι απαραίτητη για τα αποτελέσματα των ερωτήσεων 11^α και 11γ.

Κλίμακα Ζωτικότητας (Vitality, VT) = ((sf9α + sf9ε + sf9ζ + sf9θ)-4)/(24-4) * 100.

Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων 9α και 9ε επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Συνεχώς (1)	= 6
Το μεγαλύτερο διάστημα (2)	= 5
Σημαντικό διάστημα (3)	= 4
Μερικές φορές (4)	= 3
Μικρό διάστημα (5)	= 2
Καθόλου (6)	= 1

Καμία μετατροπή δεν είναι απαραίτητη για τις ερωτήσεις 9ζ και 9θ.

Κλίμακα Κοινωνικής Λειτουργικότητας (Social Functioning, SF) = ((sf6r + sf10)-2)/(10-2) * 100.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης 6 επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Καθόλου (1)	= 5
Ελάχιστα (2)	= 4
Μέτρια (3)	= 3
Αρκετά (4)	= 2
Πάρα πολύ (5)	= 1

Καμία μετατροπή δεν απαιτείται για τα αποτελέσματα της ερώτησης 10.

Κλίμακα Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE) = ((sf5α + sf5β + sf5γ)-3)/(6-3) * 100.

Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (Mental Health, MH) = ((sf9β + sf9γ + sf9δρ + sf9στ + sf9ηρ)-5)/(30-5) * 100.

Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων 9δ και 9η επανακωδικοποιούνται ως εξής:

Συνεχώς (1)	= 6
Το μεγαλύτερο διάστημα(2)	= 5
Σημαντικό διάστημα (3)	= 4
Μερικές φορές (4)	= 3
Μικρό διάστημα (5)	= 2
Καθόλου (6)	= 1

Καμία μετατροπή δεν απαιτείται για τις ερωτήσεις 9β, 9γ, 9στ.

Συνοπτική κλίμακα φυσική υγείας (Physical Components Summary Scale, PCS):

Η εξαγωγή του σκορ της συνοπτικής κλίμακας PCS περιλαμβάνει 3 βήματα:

1. Προτυποποίηση των 8 κλιμάκων του SF-36 (βασισζόμενη στους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις του γενικού πληθυσμού). Η Z-score προτυποποίηση γίνεται ως εξής:

$$PF_Z = (PF - 84.52404) / 22.89490$$

$$RP_Z = (RP - 81.19907) / 33.79729$$

$$BP_Z = (BP - 75.49196) / 23.55879$$

$$GH_Z = (GH - 72.21316) / 20.16964$$

$$VT_Z = (VT - 61.05453) / 20.86942$$

$$SF_Z = (SF - 83.59753) / 22.37642$$

$$RE_Z = (RE - 81.29467) / 33.02717$$

$$MH_Z = (MH - 74.84212) / 18.01189$$

2. Στάθμιση και άθροιση των 8 κλιμάκων του SF-36 η οποία γίνεται ως εξής:

$$\begin{aligned} AGG_PHYS = & (PF_Z * 0.42402) + (RP_Z * 0.35119) + (BP_Z * 0.31754) + \\ & (GH_Z * 0.24954) + (VT_Z * 0.02877) + (SF_Z * -0.00753) + \\ & (RE_Z * -0.19206) + (MH_Z * -0.22069) \end{aligned}$$

και τέλος

3. Μετατροπή του συνολικού σκορ των 8 κλιμάκων σε T-score, με βάση τον πιο κάτω τύπο:

$$PCS = 50 + (AGG_PHYS * 10)$$

Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (Mental Component Summary Scale, MCS):

Η εξαγωγή του σκορ της συνοπτικής κλίμακας MCS περιλαμβάνει 3 βήματα:

1. Προτυποποίηση των 8 κλιμάκων του SF-36 (βασισζόμενη στους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις του γενικού πληθυσμού). Η Z-score προτυποποίηση γίνεται ως εξής όπως και στην PCS που παρουσιάστηκε πιο πάνω.

2. Στάθμιση και άθροιση των 8 κλιμάκων του SF-36 η οποία γίνεται ως εξής:

$$\begin{aligned} AGG_MENT = & (PF_Z * -0.22999) + (RP_Z * -0.12329) + (BP_Z * -0.09731) + \\ & (GH_Z * -0.01571) + (VT_Z * 0.23534) + (SF_Z * 0.26876) + \\ & (RE_Z * 0.43407) + (MH_Z * 0.48581) \end{aligned}$$

3. Μετατροπή του συνολικού σκορ των 8 κλιμάκων σε T-score, με βάση τον πιο κάτω τύπο:

$$MCS = 50 + (AGG_MENT * 10)$$

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ερωτηματολόγιο ασθενούς – Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο Άντρας Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Κύρια εργασιακή κατάσταση

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Δημόσιος υπάλληλος | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> Ιδιωτικός υπάλληλος | <input type="checkbox"/> Άνεργος |
| <input type="checkbox"/> Ελεύθερος επαγγελματίας | <input type="checkbox"/> Ανίκανος προς εργασία |
| <input type="checkbox"/> Αγρότης | <input type="checkbox"/> Άλλο (διευκρινίστε) |
| <input type="checkbox"/> Εργάτης | |
| <input type="checkbox"/> Οικιακά | <input type="checkbox"/> Πλήρους απασχόλησης |
| | <input type="checkbox"/> Μερικής απασχόλησης |

4. Οικογενειακή κατάσταση

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Έγγαμος | <input type="checkbox"/> Χήρος | <input type="checkbox"/> Σε συμβίωση |
| <input type="checkbox"/> Άγαμος | <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος / Σε διάσταση | |

Αριθμός παιδιών

Αριθμός ατόμων που διαμένετε στο ίδιο σπίτι

5. Τόπος διαμονής

Αστική.....

Αγροτική

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Ερωτηματολόγιο ιατρού – Ατομικό ιστορικό ασθενή

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

- Υπέρταση
- Υπερχοληστερολαιμία
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Νεφρική Νόσος
- Στεφανιαία Νόσος
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Περιφερική αρτηριοπάθεια

Προηγούμενες επεμβάσεις

- CABG
- Αγγειοπλαστική στεφανιαίων
- Περιφερικό bypass κάτω άκρων
- Αγγειοπλαστική περιφερικών αρτηριών
- Ακρωτηριασμός

Στάδιο Περιφερικής

Αρτηριοπάθειας κατά Fontaine

- I
- II a II b
- III
- IV

CCS Angina Grading Scale

- Στάδιο I
- Στάδιο II
- Στάδιο III
- Στάδιο IV

ABI (Ankle-Brachial Index)

Right Left.....

Αντιμετώπιση

- Περιφερικό bypass
- Συντηρητική
- Αγγειοπλαστική περιφερικών αρτηριών
- Αγγειογραφία
- Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG)

