

Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Δημήτρης Παπαγεωργίου¹, Παναγιώτα Μήτσιου², Μαρία Σιδηροπούλου³, Ουρανία Τσιάκου⁴,
Χριστίνα-Αθανασία Σαμπάνη⁵, Νίκη Παυλάτου⁶

1.Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 2.Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης
3.Νοσηλεύτρια, Νοσηλευτικό ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού, 4.Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος "Η Σωτηρία"
5.Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 6.Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια χρόνια, βραδέως εξελισσόμενη νόσος που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη μη αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών και οδηγεί σε δύσπνοια, βήχα και παραγωγή πτυέλων με συριγμό. Με την πάροδο του χρόνου οι ασθενείς οδηγούνται σε αδυναμία εργασίας, ανικανότητα και μείωση της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ.

Υλικό – μέθοδος: Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο από τον Φεβρουάριο 2016 έως και τον Ιούλιο 2016. Συμμετείχαν 150 ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο St George's Respiratory Questionnaire. Το SGRQ αξιολογεί τα συμπτώματα, τη δραστηριότητα των πασχόντων, αλλά και τις επιπτώσεις της νόσου. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό φύλλο SGRQ excel calculator και το SPSS.

Αποτελέσματα: Το 53,3% του δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 46,7% ήταν γυναίκες. Σύμφωνα με το SGRQ, η χαμηλότερη τιμή (67,95) παρουσιάστηκε στην κλίμακα των δραστηριοτήτων και η βέλτιστη τιμή (49,03) στην κλίμακα των συμπτωμάτων της νόσου. Η συνιστώσα «Επιπτώσεις» έλαβε τιμή 55,35. Η εκτίμηση των επιπτώσεων της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών, έλαβε μέση τιμή 58,12. Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων έδειξε ότι τα συμπτώματα της ΧΑΠ οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και θέληση για δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου, περίπου το 1/3 των ασθενών άλλαξε επάγγελμα. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων, αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή ανέδειξε αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ. Η αναγνώριση και η μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, η διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας και η συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή μειώνει τα συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Λέξεις κλειδιά: St George's Respiratory Questionnaire, ποιότητα ζωής, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δημήτρης Παπαγεωργίου
Ηλεκτρονική διεύθυνση: dpapa@teiath.gr
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6938358890

Ημερομηνία Υποβολής: 1/5/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Παπαγεωργίου Δ., Μήτσιου Π., Σιδηροπούλου Μ., Τσιάκου Ο., Σαμπάνη Χ.Α. & Παυλάτου Ν. (2018). Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2): 51-62.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Το 1/3 των ασθενών με ΧΑΠ ανέφερε ότι επηρεάστηκε σε τέτοιο βαθμό από τη νόσο που αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα.
- Οι ασθενείς ανέφεραν εξάντληση κατά τη διάρκεια, περιορισμό ή αποκλεισμό σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης.
- Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφάνιζαν συχνότερα δύσπνοια, βήχα, πτύελα και συριγμό. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια προοδευτική, απειλητική για τη ζωή νόσος, η οποία σχετίζεται με το κάπνισμα, την ατμοσφαιρική ρύπανση ή την έκθεση σε ρυπογόνους παράγοντες στο χώρο της εργασίας, καταστάσεις που προκαλούν παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του αέρα στους πνεύμονες και κατά συνέπεια σημαντική δυσκολία κατά την αναπνοή (GOLD update 2015). Στο αρχικό στάδιο εκδηλώνεται με πρωινό βήχα ('βήχας των καπνιστών') που σταδιακά επιδεινώνεται, με επεισόδια λοίμωξης με πυρετό τους χειμερινούς μήνες και με δύσπνοια σταδιακά επιδεινούμενη. Σε προχωρημένο στάδιο παρατηρείται κυανωτικό και πληθωρικό προσώπιο και δύσπνοια στην ανάπαυση, ακροαστικά και ο ασθενής κάνει χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών. Τέλος, εγκαθίσταται αναπνευστική ανεπάρκεια (υπερκαπνία, υποξαιμία) και χρόνια καρδιακή κάμψη (Tashkin et al 2011).

Η ΧΑΠ προσβάλλει 210 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως και προβλέπεται ότι θα συνιστά την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου έως το 2030 (Mathers et al 2006). Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στη Λατινική Αμερική [Sao Paulo (Brazil), Santiago (Chile), Mexico City (Mexico), Montevideo (Uruguay) and Caracas (Venezuela)], ο επιπολασμός της νόσου αυξάνει σταδιακά στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες (Menezes et al 2005).

Περισσότερα από 12 εκατομμύρια άτομα, ή το 7% του ενήλικου πληθυσμού, διαγιγνώσκονται με ΧΑΠ στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ 12 ακόμα εκατομμύρια άτομα πιθανότατα πάσχουν από τη νόσο χωρίς να έχουν, ωστόσο, διαγνωστεί (National Heart, Lung and Blood Institute 2017). Από τις έξι κύριες αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ μόνο η ΧΑΠ παρουσιάζει σταθερά αυξητική τάση από το 1970 (Jemal et al 2005). Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι προσβάλλεται το 4-70% των ενηλίκων, ενώ 3.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν από ΧΑΠ ετησίως (WHO 2016). Στην Ελλάδα οι εννέα ενήλικες καπνιστές στους 100 πάσχουν από τη νόσο (8,4%), δηλαδή περίπου 600.000 Έλληνες. Το 56% αυτών δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από τη νόσο και οι

μισοί πάσχοντες συνεχίζουν να καπνίζουν. Οι άνδρες πάσχουν 2,5 φορές περισσότερο από τις γυναίκες (11,6% έναντι 4,8%) (Tzanakis et al 2004, Sichelidis et al 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), προβλέπεται ότι ο συνολικός αριθμός θανάτων από ΧΑΠ θα αυξηθεί κατά περισσότερο από 30% μέσα στα επόμενα 10 χρόνια, εκτός αν ληφθούν άμεσα μέτρα για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου (WHO 2016).

Οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στις Η.Π.Α. χάνουν κατά μέσο όρο ετησίως 1.800 δολάρια από το εισόδημά τους ως άμεσο αποτέλεσμα της νόσου τους, ποσό το οποίο αντιστοιχεί σε εκτιμηθείσα ισόβια απώλεια της τάξεως των 20.000 δολαρίων κατ' άτομο. Επιπλέον, σχεδόν ένα στα πέντε άτομα 45-67 ετών με ΧΑΠ, αναγκάζεται να συνταξιοδοτηθεί πρώιμα λόγω της κατάστασής του, με επακόλουθο την αυξανόμενη χρήση των πόρων υγείας, μειώνοντας ταυτόχρονα το ποσοστό με το οποίο συμβάλλει στις φορολογικές και συνταξιοδοτικές του εισφορές και αυξάνοντας τα επιδόματα αναπηρίας για την κυβέρνηση της χώρας του (Fletcher et al 2011).

Παράλληλα, πρόκειται για μια χρόνια νόσο που προκαλεί μέγιστο πρόβλημα υγείας και έχει μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Υφαντόπουλος 2007). Εξαιτίας της δύσπνοιας μειώνεται σταδιακά η λειτουργική ικανότητα του ασθενή με ΧΑΠ, όπως π.χ. η ικανότητα βάδισης και άσκησης. Οι καθημερινές του δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο, περιορίζονται με συνέπεια την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του (Δημητρόπουλος και συν 2013, Τζούνης και συν 2016, Κακολύρης 2014). Ροχαλητό και αποφρακτική υπνική άπνοια παρατηρείται σε ασθενείς με ΧΑΠ (Mermigkis 2007). Διαταραχές αερισμού, όπως προκύπτει από τις τιμές του μέγιστου εκπνεόμενου όγκου του πρώτου δευτερόλεπτου (Forced Expiratory Volume in one second, FEV₁) και της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας (Total Lung Capacity, TLC), επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (Tzanakis et al 2005). Αν και το ερωτηματολόγιο της έρευνας χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνια

αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ωστόσο οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου είναι ιδιαίτερα σημαντικές και στους ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (Swigris et al 2014). Σε ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ, οι τιμές της FEV₁ επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει όταν οι ασθενείς έχουν παρόξυνση ΧΑΠ (Katsoulas et al 2010).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΑΠ μέσα από την αξιολόγηση των συμπτωμάτων (δύσπνοια, βήχας, πτύελα και συριγγός), των δραστηριοτήτων που προκαλούν ή περιορίζονται από τη δύσπνοια και της επίπτωσης της πάθησης (κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχολογική αναστάτωση) στην καθημερινότητα του ασθενή το τελευταίο τρίμηνο, πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ –ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακα «Σωτηρία». Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός συγχρονικός σχεδιασμός και διερευνήθηκαν ταυτόχρονα ασθενείς οι οποίοι διαφέρουν ως προς το στάδιο εξέλιξης της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε 5 μήνες και πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα μεταξύ 1/2/2016 και 1/7/2016.

Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης ήταν ασθενείς που είχαν στο παρελθόν διαγνωσθεί με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και διακομίστηκαν στο νοσοκομείο λόγω παρόξυνσης. Η αρχική προσέγγιση των ασθενών έγινε στο χώρο νοσηλείας τους. Για τις ανάγκες της έρευνας διατηρήθηκε αρχείο ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο. Η επιλογή των ατόμων από τον πληθυσμό, δηλαδή η δειγματοληψία, έγινε τυχαία προκειμένου να αυξηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το δείγμα περιελάμβανε ασθενείς με ΧΑΠ που νοσηλεύτηκαν σε τέσσερα (4) Πνευμονολογικά Τμήματα, προερχόμενοι από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν: να έχουν τη δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας, να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και να μη λαμβάνουν φάρμακα για ψυχική νόσο ή να υποβάλλονται σε κάποια θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς θα επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση, και να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ύστερα από μία σύντομη περιγραφή της διαδικασίας διεξαγωγής της συνέντευξης και επεξήγηση του σκοπού της. Η ερευνητική ομάδα προσέγγισε 157 ασθενείς εκ των οποίων οι 150 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (ποσοστό συμμετοχής 95.5%).

Εργαλείο έρευνας

Για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), για το οποίο χορηγήθηκε άδεια χρήσης από το St George's University of London. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι το πιο διαδομένο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ (Mermigkis et al 2007, Tsiligianni et al 2016). Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η έκδοση των «τελευταίων 3 μηνών» (Jones et al 1991). Το ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά (Katsoulas et al 2010). Οι βαθμολογίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, αντικατοπτρίζουν σημαντικούς τομείς της ποιότητας ζωής ενός ασθενή στο πλαίσιο ενός ζητήματος υγείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη: το μέρος 1 αξιολογεί τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων και το μέρος 2, εκτιμά τη δραστηριότητα των πασχόντων αλλά και τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινότητα τους. Πιο συγκεκριμένα υπολογίζονται τρία (3) σκορ: **Συμπτώματα**-αυτό το στοιχείο ασχολείται με τον αντίκτυπο των αναπνευστικών συμπτωμάτων, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα τους. **Δραστηριότητες**-δραστηριότητες που προκαλούν ή περιορίζονται από τη δύσπνοια. **Επιπτώσεις**-καλύπτει ένα ευρύ φάσμα σχετικά με την κοινωνική δραστηριότητα και τις ψυχολογικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της νόσου των αεραγωγών.

Κάθε απάντηση στο ερωτηματολόγιο καταχωρήθηκε στο SGRQ excel calculator και έχει εύρος από 0 έως 100. Το SGRQ excel calculator είναι ένα φύλλο εργασίας στο οποίο καταχωρήθηκαν τα δεδομένα των ασθενών. Στην στήλη ID καταχωρήθηκε ο αριθμός του αντίστοιχου ασθενή και κατά συνέπεια αποτέλεσε και τον κωδικό του (ή την ταυτότητά του). Όλες οι θετικές απαντήσεις σημειώθηκαν ως 1 και όλες οι αρνητικές απαντήσεις καταχωρήθηκαν ως 0.

Κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου βαθμολογείται χωριστά σε τρία στάδια: i.Το εύρος για όλες τις ερωτήσεις με τις θετικές απαντήσεις, αθροίζονται. ii.Τα εύρη από τις απύσες τιμές αφαιρούνται από το μέγιστο δυνατό εύρος για κάθε στοιχείο. Τα εύρη από τις απύσες τιμές αφαιρούνται από το μέγιστο δυνατό εύρος για το συνολικό σκορ. iii.Η βαθμολογία υπολογίζεται διαιρώντας το άθροισμα των προστιθέμενων ευρών από τις αναπροσαρμοσμένα μέγιστα δυνατά εύρη για το συγκεκριμένο στοιχείο και εκφράζοντας το αποτέλεσμα ως ποσοστό:

Σκορ = 100 x Άθροισμα εύρους θετικών απαντήσεων σε συγκεκριμένο στοιχείο

Άθροισμα εύρους όλων των απαντήσεων του συγκεκριμένου στοιχείου

Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται, επίσης, και συ-

νοψίζει τις επιπτώσεις της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας του ατόμου. Το σκορ εκφράζεται ως ποσοστό της γενικής επιδείνωσης, όπου το 100 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή κατάσταση υγείας και το 0 δείχνει την καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με παρόμοιο τρόπο:

Σκορ = $100 \times \frac{\text{Άθροισμα εύρους θετικών απαντήσεων του ερωτηματολογίου}}{\text{Άθροισμα εύρους όλων των απαντήσεων του ερωτηματολογίου}}$

Το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο για εποπτευόμενη αυτοδιαχείριση. Αυτό σημαίνει ότι οι ίδιοι οι ασθενείς πρέπει να το συμπληρώσουν, αλλά κάποιος θα πρέπει να είναι διαθέσιμος να παρέχει συμβουλές σε περίπτωση που απαιτηθεί. Είναι σχεδιασμένο για να εκμειεύσει τη γνώμη των ασθενών για την υγεία τους, όχι τη γνώμη κάποιου άλλου (π.χ. οικογένεια, φίλοι ή μέλη του προσωπικού) που θα μπορούσε να επηρεάσει τις απαντήσεις του ασθενή.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε σε έναν ήσυχο χώρο, όπου οι ερευνητές εξηγούσαν στον ασθενή γιατί πρέπει να το συμπληρώσει και πόσο σημαντικό είναι για τους κλινικούς γιατρούς και τους ερευνητές να κατανοήσουν πώς η νόσος του επηρεάζει την καθημερινή του ζωή. Ζητήθηκε από τους ασθενείς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο όσο πιο ειλικρινά μπορούσαν και τονίστηκε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, απλά η απάντησή τους να είναι η πλησιέστερη σε αυτό που αισθανόταν. Τους εξηγήθηκε ότι πρέπει να απαντήσουν σε κάθε ερώτηση και ότι κάποιος θα είναι κοντά τους για να απαντήσει σε τυχόν απορίες σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Εάν ο ασθενής συνοδευόταν, ο συνοδός παρέμενε έξω από το χώρο της συνέντευξης. Ομοίως, δεν επιτράπηκε στους ασθενείς να πάρουν στο σπίτι τους το ερωτηματολόγιο. Όταν ο ασθενής ολοκλήρωνε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, το ερωτηματολόγιο ελεγχόταν για να βεβαιωθούν οι ερευνητές ότι απάντηση έχει δοθεί σε κάθε ερώτηση. Αν δεν είχε απαντήσει σε κάποια ερώτηση, επιστρεφόταν στον ασθενή για να απαντήσει, προτού φύγει από τον χώρο. Ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν 10 λεπτά.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η μελέτη διεξήχθη μετά την έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Ακολούθησε ενημέρωση των Διευθυντών και των Προϊστάμενων των τμημάτων. Τα βασικά δικαιώματα των ασθενών, αυτά της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας, αυτονομίας και της ιδιωτικότητας προστατεύθηκαν. Η απόφαση της συμ-

μετοχής του ασθενή βασίστηκε στην πλήρη πληροφόρησή του και στην αποφυγή οποιασδήποτε εξωτερικής πίεσης. Η πληροφόρηση των ασθενών πριν την συναίνεσή τους σύμφωνα με το Department of Health and Human Services (DHHS) περιελάμβανε μια σύντομη εισαγωγή της έρευνας, τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο επιλογής των ασθενών, επεξήγηση για τις διαδικασίες, την περιγραφή του οφέλους, την διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας και την δήλωση για αποποίηση πίστης (ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και η άρνηση για συμμετοχή δεν συνεπάγεται κάποια τιμωρία ή απώλεια οφέλους).

Ανάλυση δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, και των μεταβλητών που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22 και πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε γραμμική διμεταβλητή συσχέτιση. Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0.05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 53,3% (n=80) του δείγματος ήταν άνδρες και το 46,7% (n=70) ήταν γυναίκες. Η ηλικία κυμάνθηκε από 22 έως 100 ετών, με μέση τιμή τα 67,3 έτη (SD=16.10) (Πίνακας 1).

Περιγραφικά αποτελέσματα

Τους τελευταίους 3 μήνες, βήχα ανέφεραν 37 ασθενείς (24.7%), 33 ασθενείς (22%) φλέγμα, 28 ασθενείς

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

		f	%
Φύλο	Άντρας	80	53,3
	Γυναίκα	70	46,7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	103	68,7
	Άγαμος	36	24,0
	Διαζευγμένος	3	2,0
	Χήρος	8	5,3
Επαγγελματική κατάσταση	Συνταξιούχος	68	45,3
	Οικιακά	29	19,3
	Άνεργος	5	3,3
	Δημόσιος Υπάλληλος	9	6,0
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	15	10,0
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	24	16,0

(18.7%) ανέφεραν «έλλειψη» αέρα και 27 ασθενείς (18%) παρουσίασαν συριγμό ενώ έπασχαν από λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Από 1 έως και 2 σοβαρές κρίσεις είχαν 72 ασθενείς (48%). Η διάρκεια της κρίσης κυμάνθηκε από 1-2 ημέρες στους 55 ασθενείς (36.7%).

Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι 51 ασθενείς (34%) περιέγραψαν τα αναπνευστικά τους προβλήματα ως τα πιο σοβαρά που είχαν, οι 87 ασθενείς (58%) ανέφεραν ότι τα αναπνευστικά τους προβλήματα δεν επηρεάζουν αρνητικά την εργασία τους, οι 117 ασθενείς (78%) εμφάνισαν δύσπνοια όταν ανέβαιναν έναν όροφο ή όταν περπατούν σε ανηφόρα, οι 104 ασθενείς (69.3%) δεν ασκούνται γιατί αισθάνονται ανασφαλείς ενώ, οι 32 ασθενείς (21.3%) θεωρούν ότι τα φάρμακα που λαμβάνουν δεν τους βοηθούν αρκετά στην αντιμετώπιση της νόσου τους (Πίνακας 2).

Συσχετίσεις

Γραμμική διμεταβλητή συσχέτιση (*Linear Bivariate Correlation*)

Σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας 0.005, οι μεταβλητές «συμπτώματα» και «ηλικία» ($r=0.31$, $DF=148$,

$p<0.005$), «δραστηριότητες» και «ηλικία» ($r=0.34$, $DF=148$, $p<0.002$), «επιπτώσεις» και «ηλικία» ($r=0.26$, $DF=148$, $p<0.016$) και «επιπτώσεις της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών» και «ηλικία» ($r=0.32$, $DF=148$, $p<0.004$), παρουσιάζουν γραμμική συσχέτιση.

Ο έλεγχος t

Έγινε υπολογισμός του μη συσχετισμένου ελέγχου t με τα δεδομένα του αρχείου, ο οποίος δείχνει τις μέσες τιμές των μεταβλητών συμπτώματα, δραστηριότητες, επιπτώσεις και επιπτώσεις στη συνολική κατάσταση των ασθενών από τους άνδρες και τις γυναίκες. Ο σκοπός της ανάλυσης ήταν να αξιολογηθεί αν οι μέσες τιμές των ανδρών διαφέρουν από τις μέσες τιμές των γυναικών. Ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων έδειξε ότι οι διακυμάνσεις ήταν ίσες, επειδή οι τιμές 0.860, 0.892, 0.544 και 0.589 της πιθανότητας ρδεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ο μέσος όρος των τιμών δεν διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Έγινε υπολογισμός του μη συσχετισμένου ελέγχου t με τα δεδομένα του αρχείου, ο οποίος δείχνει τις μέσες

Πίνακας 2. Συχνότητα εμφάνισης των αναπνευστικών συμπτωμάτων

	0		1	
	f	%	f	%
1. Τους τελευταίους 3 μήνες έβηχα:				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	128	85,3	22	14,7
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	127	84,7	23	15,3
Μερικές ημέρες το μήνα	129	86,0	21	14,0
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	113	75,3	37	24,7
Καθόλου	103	68,7	47	31,3
2. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες έβηχα φλέγμα:				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	127	84,7	23	15,3
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	131	87,3	19	12,7
Μερικές ημέρες το μήνα	126	84,0	24	16,0
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	117	78,0	33	22,0
Καθόλου	99	66,0	51	34,0
3. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες λαχάνιαζα (μου έλειπε αέρας):				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	120	80,0	30	20,0
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	125	83,3	25	16,7
Μερικές ημέρες το μήνα	123	82,0	27	18,0
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	122	81,3	28	18,7
Καθόλου	110	73,3	40	26,7

	0		1	
	f	%	f	%
4. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες είχα κρίσεις θορυβώδους αναπνοής (συριγμός):				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	132	88,0	18	12,0
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	130	86,7	20	13,3
Μερικές ημέρες το μήνα	127	84,7	23	15,3
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	123	82,0	27	18,0
Καθόλου	90	60,0	60	40,0
5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών πόσες σοβαρές ή πολύ δυσάρεστες κρίσεις αναπνευστικών προβλημάτων είχατε;				
Περισσότερες από 3 κρίσεις	126	84,0	24	16,0
3 κρίσεις	131	87,3	19	12,7
2 κρίσεις	114	76,0	36	24,0
1 κρίση	114	76,0	36	24,0
Καμία κρίση	115	76,7	35	23,3
6. Πόσο διήρκεσε η χειρότερη κρίση αναπνευστικών προβλημάτων που είχατε;				
1 εβδομάδα ή περισσότερο	126	84,0	24	16,0
3 ή περισσότερες ημέρες	129	86,0	21	14,0
1 ή 2 ημέρες	95	63,3	55	36,7
Λιγότερο από 1 ημέρα	100	66,7	50	33,3
7. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες, σε μια συνηθισμένη εβδομάδα, πόσες ήταν οι καλές ημέρες (δηλαδή με λίγα αναπνευστικά προβλήματα);				
Καμία καλή ημέρα	128	85,3	22	14,7
1 ή 2 καλές ημέρες	108	72,0	42	28,0
3 ή 4 καλές ημέρες	106	70,7	44	29,3
Σχεδόν κάθε ημέρα είναι καλή	126	84,0	24	16,0
Κάθε ημέρα είναι καλή	132	88,0	18	12,0
8. Εάν έχετε θορυβώδη αναπνοή (συριγμό), είναι χειρότερη όταν ξυπνάτε το πρωί;				
Ναι			48	32,0
Όχι			102	68,0
9. Πως θα περιγράφατε τα αναπνευστικά σας προβλήματα;				
Ός τα πιο σοβαρά που έχω	99	66,0	51	34,0
Μου προκαλούν αρκετά προβλήματα	112	74,7	38	25,3
Μου προκαλούν μερικά προβλήματα	108	72,0	42	28,0
Δεν μου προκαλούν κανένα πρόβλημα	132	88,0	18	12,0
10. Εάν ποτέ εργαστήκατε έναντι αμοιβής (εργασία έξω και από το σπίτι σας):				
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα με ανάγκασαν να σταματήσω τελείως τη δουλειά	127	84,7	23	15,3
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά τη δουλειά μου ή με ανάγκασαν να αλλάξω δουλειά	108	72,0	42	28,0
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα δεν επηρεάζουν αρνητικά τη δουλειά μου	63	42,0	87	58,0

	0		1	
	f	%	f	%
11. Ερωτήσεις σχετικά με τις δραστηριότητες που αυτές τις ημέρες σας κάνουν συνήθως να αισθάνεστε ότι σας λείπει αέρας (δύσπνοια):				
Το να κάθομαι ή να είμαι ξαπλωμένος χωρίς να κινούμαι	75	50,0	75	50,0
Το να πλένομαι ή να ντύνομαι	54	36,0	96	64,0
Το να περπατώ μέσα στο σπίτι	67	44,7	83	55,3
Το να περπατώ έξω, στο ίσιωμα	57	38,0	93	62,0
Το να ανεβαίνω έναν όροφο από τις σκάλες	33	22,0	117	78,0
Το να περπατώ σε ανηφόρα	32	21,3	117	78,7
Το να αθλούμαι ή να παίζω υπαίθρια παιχνίδια	41	27,3	109	72,7
12. Μερικές ακόμα ερωτήσεις σχετικά με το βήχα σας και την αίσθηση ότι σας λείπει αέρας (δύσπνοια) αυτές τις ημέρες:				
Πονάω όταν βήχω	101	67,3	49	32,7
Ο βήχας μου με κάνει και κουράζομαι	55	36,7	95	63,3
Έχω την αίσθηση ότι μου λείπει αέρας (δύσπνοια) όταν μιλάω	49	32,7	101	67,3
Έχω την αίσθηση ότι μου λείπει αέρας (δύσπνοια) όταν ακύβω	37	24,7	113	75,3
Ο βήχας ή η αναπνοή μου διαταράσσουν τον ύπνο μου	49	32,7	101	67,3
Εξαντλούμαι εύκολα	26	17,3	124	82,7
13. Ερωτήσεις σχετικά με άλλες επιδράσεις που σας προκαλούν τα αναπνευστικά σας προβλήματα αυτές τις ημέρες:				
Ο βήχας ή η αναπνοή μου με φέρνουν σε δύσκολη θέση όταν βρίσκομαι με άλλον κόσμο	84	56,0	66	44,0
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα είναι ενοχλητικά για την οικογένεια τους φίλους ή τους γείτονες μου	106	70,7	44	29,3
Φοβάμαι ή πανικοβάλλομαι όταν δεν μπορώ να πάρω αναπνοή	45	30,0	105	70,0
Αισθάνομαι ότι δεν έχω τον έλεγχο των αναπνευστικών μου προβλημάτων	54	36,0	96	64,0
Δεν περιμένω ότι θα καλυτερεύσει η κατάσταση των αναπνευστικών μου προβλημάτων	55	36,7	95	63,3
Έχω καταντήσεις φιλάσθετος ή σχεδόν ανάπηρος λόγω των αναπνευστικών μου προβλημάτων	53	35,3	97	64,7
Η σωματική άσκηση δεν είναι ασφαλής για μένα	46	30,7	104	69,3
Μου φαίνεται ότι τα πάντα χρειάζονται μεγάλη προσπάθεια	49	32,7	101	67,3
14. Ερωτήσεις σχετικά με τα φάρμακα που λαμβάνετε:				
Τα φάρμακά μου δεν με βοηθούν πολύ	121	80,7	29	19,3
Αισθάνομαι άσχημα όταν παίρνω τα φάρμακά μου μηροστά σε κόσμο	139	92,7	11	7,3
Τα φάρμακα μου δημιουργούν δυσάρεστες παρενέργειες	134	89,3	16	10,7
Τα φάρμακα μου επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή μου με αρνητικό τρόπο	118	78,7	32	21,3
15. Αυτές είναι ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο που η αναπνοή σας μπορεί να επηρεάσει τις δραστηριότητές σας:				
Χρειάζομαι πολύ ώρα για να πλυθώ ή να ντυθώ	64	42,7	86	57,3
Δεν μπορώ να κάνω ντους ή μπάνιο ή χρειάζομαι πολύ ώρα	62	41,3	88	58,7
Περπατώ πιο αργά από τους άλλους ανθρώπους ή σταματώ για ξεκούραση	47	31,3	103	68,7

	0		1	
	f	%	f	%
Εργασίες, όπως η φροντίδα του σπιτιού, μου παίρνουν πολύ χρόνο ή πρέπει να σταματάω για ξεκούραση	40	26,7	110	73,3
Όταν ανεβαίνω έναν όροφο από τις σκάλες, πρέπει να ηγηάινω αργά ή να σταματάω	38	25,3	112	74,7
Όταν βιάζομαι ή περπατώ γρήγορα, πρέπει να σταματάω ή να επιβραδύνω το βήμα μου	40	26,7	110	73,3
Η αναπνοή μου με δυσκολεύει να κάνω πράγματα όπως να ανεβαίνω ανηφόρες, να κουβαλάω πράγματα όταν ανεβαίνω σκάλες, να ασχολούμαι με ελαφριές δουλειές στον κήπο, να χορεύω, να ηγηάινω περίπατο ή να παίζω ρακέτες σε παραλία	36	24,0	114	76,0
Η αναπνοή μου με δυσκολεύει να κάνω πράγματα όπως να μεταφέρω βαριά αντικείμενα, να σκάβω τον κήπο, να κάνω τζόκινγκ ή να περπατάω γρήγορα (8χλμ / ώρα), να παίζω τένις ή να κολυμπάω	35	23,3	115	76,7
Η αναπνοή μου με δυσκολεύει να κάνω πράγματα όπως βαριά χειρονακτική εργασία, να τρέχω, να κάνω ποδήλατο, να κολυμπάω γρήγορα ή να κάνω αθλήματα που απαιτούν έντονη προσπάθεια	35	23,3	115	76,7
16. Θα θέλαμε να μάθουμε πώς τα αναπνευστικά σας προβλήματα επηρεάζουν συνήθως την καθημερινή σας ζωή:				
Δεν μπορώ να αθλούμαι ή να παίζω υπαίθρια παιχνίδια	43	28,7	107	71,3
Δεν μπορώ να βγω για διασκέδαση ή αναψυχή	52	34,7	98	65,3
Δεν μπορώ να βγω από το σπίτι για ψώνια	58	38,7	92	61,3
Δεν μπορώ να κάνω δουλειές για την φροντίδα του σπιτιού	53	35,3	97	64,7
Δεν μπορώ να μετακινηθώ μακριά από το κρεβάτι ή από την καρέκλα μου	64	42,7	86	57,3
17. Σημειώστε την επιλογή που νομίζετε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που σας επηρεάζουν τα αναπνευστικά σας προβλήματα:				
Δεν με εμποδίζουν να κάνω αυτά που θέλω να κάνω	133	88,7	17	11,3
Δεν με εμποδίζουν να κάνω ένα ή δυο πράγματα που θα ήθελα να κάνω	106	70,7	44	29,3
Με εμποδίζουν να κάνω τα περισσότερα από αυτά που θα ήθελα να κάνω	110	73,3	40	26,7
Με εμποδίζουν να κάνω όλα όσα ήθελα να κάνω	99	66,0	51	34,0

τιμές των μεταβλητών συμπτώματα, δραστηριότητες, επιπτώσεις και επιπτώσεις στη συνολική κατάσταση των ασθενών σε σχέση με την ηλικία των ασθενών. Ο σκοπός της ανάλυσης ήταν να αξιολογηθεί αν οι μέσες τιμές των μεγαλύτερων σε ηλικία διέφεραν από τις μέσες τιμές των νεότερων ασθενών. Ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων αναφέρει ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες, επειδή οι τιμές 0.911, 0.352, 0.365 και 0.205 της πιθανότητας p δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ο μέσος όρος των τιμών της μεταβλητής "Συμπτώματα" των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών ($M=64.34 \pm 28.61$) είναι σημαντικά υψηλότερος ($t=3.91$, $DF=95$, δίπλευρη $p=0.003$) από αυτόν των νεότερων ασθενών ($M=42.60 \pm 27.19$).

Scores

Οι βαθμολογίες του SGRQ παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Οι βαθμολογίες κάλυψαν όλο το εύρος τιμών από το 0 έως και το 100. Η χειρότερη μέση τιμή (67.9) παρατηρήθηκε στην κλίμακα δραστηριοτήτων, ενώ η καλύτερη (49.0) στην κλίμακα των συμπτωμάτων. Στην κλίμακα επιπτώσεων παρατηρήθηκε μέση τιμή 55.4, ενώ, οι επιπτώσεις της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών έλαβε μέση τιμή 58.1.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων των ασθενών της μελέτης έδειξε ότι τα συμπτώματα των αναπνευστικών παθήσεων οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και θέληση για πραγματοποίηση δραστηριοτήτων καθημερινής δια-

Πίνακας 3. Scores από το SGRQ excel calculator

	Συμπτώματα	Δραστηριότητα	Επιπτώσεις	Σύνολο
Μέση τιμή	49,0	67,9	55,4	58,1
Κεντρική τιμή	46,9	87,2	69,6	70,0
Επικρατούσα τιμή	6,3	100	3,6	1,1
Τυπική απόκλιση	26,8	38,8	31,3	30,9

βίωσης. Με αυτά τα ευρήματα συμφωνούν και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις αρχές της δεκαετίας του 2000 (Rutten-van Mölken et al 1999, Azarisman et al 2007, Antonelli-Incalzi et al 2009, Δημητρόπουλος και συν 2013) (Πίνακας 4).

Οι ασθενείς ανέφεραν εξάντληση κατά τη διάρκεια, περιορισμό ή αποκλεισμό σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, όπως είναι το ντύσιμο, το μπάνιο, η βάδιση και η σίτιση. Παράλληλα δυσκολεύονταν σε δουλειές του σπιτιού, σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, σε δραστηριότητες σχετικές με την εργασία, καθώς και στην σεξουαλική ζωή. Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών της μελέτης, περίπου το 1/3 του δείγματος ανέφερε ότι επηρεάστηκε σε τέτοιο βαθμό που αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα. Η διακοπή μιας δραστηριότητας εξαρτάται από τον βαθμό των ενοχλητικών συμπτωμάτων που προκαλεί η πάθηση και από τη σημασία της για τον ασθενή. Συχνά οι ασθενείς δεν συνειδητοποιούν ότι οι δραστηριότητες τους έχουν μειωθεί αποδίδοντας τους λειτουργικούς περιορισμούς τους στο γεγονός ότι «γερνούν» (Zwerink et al 2014).

Όλες οι κλίμακες του SGRQ συσχετίστηκαν με το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα. Στην παρούσα μελέτη το φύλο δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ. Σε αντίθεση με παρόμοια έρευνα που ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά περισσότερο στις γυ-

ναίες (Antonelli-Incalzi et al 2009). Παράλληλα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία και το επάγγελμα των ασθενών. Οι ασθενείς άνω των 70 ετών παρουσίασαν τις χαμηλότερες τιμές σε όλες τις κλίμακες, αλλά και στη συνολική κλίμακα που εκτιμά τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής τους. Τα άτομα αυτής της ηλικιακής κατηγορίας, από το σύνολο των συμπτωμάτων, βιώνουν κυρίως δύσπνοια και κόπωση. Η συχνότητα εμφάνισης, η ένταση και ο βαθμός της δυσφορίας που δημιουργεί η δύσπνοια έχει επίπτωση στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών με ΧΑΠ. Η δυσφορία εξαιτίας της δύσπνοιας, είναι πιθανό να αποτρέπει κάποιον από διάφορες δραστηριότητες ή μπορεί να περιγραφεί ως φόβος επιδείνωσης της αναπνοής, ενώ η επίπτωση της δύσπνοιας μπορεί να περιγραφεί ως περιορισμός σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα ή δραστηριότητες.

Επίσης, στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει τη συχνότητα, αλλά και τη διάρκεια, των συμπτωμάτων. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα δύσπνοια, βήχα, πύελα και συριγμό. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης (Pickard et al 2011, Puhan et al 2007, Weatherall et al 2009).

Περιορισμοί μελέτης

Η μελέτη αυτή παρουσιάζει περιορισμούς στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η μελέτη διενεργήθηκε σε αστικό ελληνικό πληθυσμό και αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά Αθηναίων ασθενών με ΧΑΠ, που εξυπηρετούνται από μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο. Με αυτό τον τρόπο, ο σχεδιασμός της μελέτης έχει αποκλείσει ασθενείς με ΧΑΠ που παρακολουθούνται σε ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές (πιο εύποροι, πιο λειτουργικοί ασθενείς κ.λπ.), οι οποίοι δεν χρησιμοποιούν το δημόσιο νοσοκομείο για τον έλεγχο της νόσου τους. Οι καιρικές συνθήκες και τα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης της Αθήνας επηρεάζουν επίσης τη συμπεριφορά και ενδεχομένως την ποιότητα ζωής των ασθενών με αναπνευστικές παθήσεις.

Πίνακας 4. Σύγκριση τιμών με παρόμοιες έρευνες

	Παρούσα μελέτη (2016)	Rutten-van Mölken et al (2000)	Azarisman et al (2007)	Antonelli-incalzi et al (2009)	Δημητρόπουλος και συν (2013)
Δραστηριότητες	67.94±38.80	65±24	55.1±27.9	56.75±20.75	65.2±24
Επιπτώσεις	55.35±31.28	43±23	35.2±23.8	18±10.75	43.7±22.8
Συμπτώματα	49.03±26.25	50±23	43.7±23.6	53.75±21	49.50±22.58
ΣΥΝΟΛΟ	58.12±30.91	51±21	50.2±23.2	46.5±18	51.31±20.91

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ειδικό ερωτηματολόγιο SGRQ αντικατοπτρίζει επαρκώς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ στον πληθυσμό που εξετάστηκε. Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου αυτού περιλαμβάνουν το σχεδιασμό κατάλληλων ερωτήσεων για τη μέτρηση της συγκεκριμένης νόσου, την υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών που προκαλούνται από τον χρόνο ή από την εφαρμογή προγραμμάτων πνευμονικής αποκατάστασης και τέλος, την υψηλότερη αποδοχή του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς αυτούς λόγω του ότι σχετίζεται με τη νόσο που αντιμετωπίζουν.

Η μελέτη ανέδειξε αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, όπως η ηλικία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αναγνώριση και η μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου έχει μεγάλη σημασία, ότι όλοι οι ασθενείς με ΧΑΠ ωφελούνται από την διατήρηση της

σωματικής δραστηριότητας και τέλος, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μειώνει τα συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Συμβολή των συγγραφέων

Η σύλληψη της ιδέας, η επικοινωνία με το εξωτερικό για λήψη άδειας χρήσης του SGRQ, ο σχεδιασμός της μελέτης, η ανάλυση κι ερμηνεία αποτελεσμάτων, και συγγραφή του κειμένου έγινε από τον ΔΠ. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας και των ερευνητικών άρθρων και, η συλλογή των δεδομένων έγινε από τις ΜΠ, ΜΣ και ΟΤ. Η λήψη άδειας από το νοσοκομείο και η μεταφορά δεδομένων στο SGRQ excel calculator έγινε από την ΟΤ. Η ΧΣ συμμετείχε στην ανάλυση των δεδομένων και στη μετάφραση κειμένων. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η συγγραφή του κειμένου έγινε από τη ΝΠ. Η κριτική αναθεώρηση του άρθρου έγινε από τον ΔΠ. Το τελικό κείμενο γράφτηκε από τον ΔΠ και τη ΝΠ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antonelli-Incalzi R., Pedone C., Scarlata S., Battaglia S., Scichilone N., Forestiere F. & Bellia V. (2009). Correlates of mortality in elderly COPD patients: focus on health-related quality of life. *Respirology* 14(1):98-104.
- Azarisman M.S., Fauzi M.A., Faizal M.P., Azami Z., Roslina A.M. & Roslan H. (2007). The SAFE (SGRQ score, air-flow limitation and exercise tolerance) Index: a new composite score for the stratification of severity in chronic obstructive pulmonary disease. *Post grad Med J* 83(981):492-7.
- Fletcher J.M., Upton J., Fishwick J.T., Buist S.A., Jenkins G., Hutton J., Barnes N., Van Der Molen T., Walsh J.W., Jones P. & Walker S. (2011). COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health* 11:612.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, (GOLD) [Updated 2015]. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Available from <http://www.goldcopd.com/>
- Jemal A., Ward E., Hao Y. & Thun M. (2005). Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. *JAMA* 294(10):1255-9.
- Jones P.W., Quirk F.H. & Baveystock C.M. (1991) The Saint George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine* 85, 25-31.
- Katsoulas T.A., Skordilis E.K., Myrianthefs P., Fildisis G., Theodosopoulou E. & Baltopoulos G. (2010). Validity of St. George's Respiratory Questionnaire for Greek patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Percept Mot Skills* 110(3 Pt 1):772-88.
- Mathers C.D. & Loncar D. (2006). Project ions of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3 (11):e442.
- Menezes A.M., Perez-Padilla R., Jardim J.R., Muino A., Lopez M.V., Valdivia G., Montes de Oca M., Talamo C., Hallal P.C. & Victora C.G; PLATINO Team. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 366(9500):1875-81.
- Mermigkis C., Kopanakis A., Foldvary-Schaefer N., Golish J., Polychronopoulos V., Schiza S., Amfilochiou A., Siafakas N. and Bouros D. (2007). Health-related quality of life in patients with obstructive sleep apnoea and chronic obstructive pulmonary disease (overlap syndrome). *International Journal of Clinical Practice* 61: 207-211.
- Pickard A.S., Yang Y. & Lee T.A. (2011). Comparison of health-related quality of life measures in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes* 18; 9:26.
- Puhan M.A., Guyatt G.H., Goldstein R., Mador J., McKim D., Stahl E., Griffith L. & Schünemann H.J. (2007). Relative responsiveness of the Chronic Respiratory Questionnaire, St. Georges Respiratory Questionnaire and four other health-related quality of life instruments for patients with chronic lung disease. *Respir Med* 101(2):308-16.
- Rutten-van Mólken M., Roos B. & Van Noord J.A. (1999). An empirical comparison of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) and the Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) in a clinical trial setting. *Thorax* 54(11):995-1003.
- Sichletidis L., Tsiotsios I., Gavriilidis A., Chloros D., Kottakis I., Daskalopoulou E. & Konstantinidis T. (2005). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and rhinitis in northern Greece. *Respiration* 72(3):270-7.
- Swigris J.J., Esser D., Conoscenti C.S. & Brown K.K. (2014). The psychometric properties of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 20;12:124.
- Tashkin D.P., Rennard S., Taylor Hays J., Lawrence D., Marton J.P. & Lee T.C. (2011). Lung function and respiratory symptoms in a 1-year randomized smoking cessation trial of varenicline in COPD patients. *Respir Med* 105 (11):1682-90.
- Tsiligianni I.G., Alma H.J., de Jong C., Jelusic D., Wittmann M., Schuler M., Schultz K., Kollen B., van der Molen T. & Kocks J. (2016). Investigating sensitivity, specificity, and area under the curve of the Clinical COPD Questionnaire, COPD Assessment Test, and Modified Medical Research Council scale according to GOLD using St George's Respiratory Questionnaire cutoff 25 (and 20) as reference. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 11:1045-1052.
- Tzanakis N., Anagnostopoulou U., Filaditaki V., Christaki P. & Siafakas N.: COPD group of the Hellenic Thoracic Society (2004). Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 125(3):892-900.
- Tzanakis N., Samiou M., Lambiri I., Antoniou K., Siafakas N., Bouros D. (2005). Evaluation of health-related quality-of-life and dyspnea scales in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. Correlation with pulmonary function tests. *Eur J Intern Med* 16(2):105-112.
- Weatherall M., Marsh S., Shirtcliffe P., Williams M., Travers J. & Beasley R. (2009). Quality of life measured by the St George's Respiratory Questionnaire and spirometry. *Eur Respir J* 33(5):1025-30.
- World Health Organization (WHO). Chronic respiratory diseases: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/> (Assessed Feb 2016).
- Zwerink M., Brusse-Keizer M., van der Valk P.D., Zielhuis G.A., Monninkhof E.M., van der Palen J., Frith P.A. & Effing T. (2014). Self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 19 (3):CD002990.
- Δημητρόπουλος Χ., Θεοδωρακοπούλου Ε., Κοπιτοπούλου Α., Νικολάου Α., Τσάπας Χ., Κουλούρης Ν., Ντάνος Ι. & Κοσμάς Ε. (2013). Ποιότητα ζωής Ελλήνων ασθενών με ΧΑΠ. *ΠΝΕΥΜΩΝ* 26(2): 127-138.
- Κακούλης Ν. (2014). Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Από την Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας και την Έρευνα στην Ποιότητα Ζωής της Καθημερινότητας των Ασθενών. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 53(3): 231-236.
- Τζούνης Ε., Κερενίδη Θ., Χατζόγλου Χ., Δανιήλ Ζ., Κοτρώτσιου Ε. & Γουργουλιάνης Κ. (2016). Η διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας σε φροντιστές ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Ποιοτική ανάλυση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 15(2): 166-189.
- Υφαντόπουλος Γ.Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 24: 6-18.

Quality of life in Chronic Obstructive Pulmonary disease patients

Dimitris Papageorgiou¹, Panagiota Mitsiou², Maria Sidiropoulou³, Ourania Tsiakou⁴,
Christina-Athanasia Sampani⁵, Niki Paulatou⁶

1. Assistant Professor, Technological Educational Institution, Department of Nursing, Athens, Greece, 2. Nurse, General Hospital of Paidon Pentelis, Athens, Greece, 3. Nurse, NIMITS, Athens, Greece, 4. Nurse, General Hospital of Thorax Diseases "H Sotiria", Athens, Greece, 5. Student of Nursing, Technological Educational Institution, Department of Nursing, Athens, Greece
6. Nurse, General Hospital of Athens G.N.A. "G. Gennimatas", Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic slowly progressive disease characterized by excessive irreversible airway obstruction, leading to shortness of breath, cough, sputum production and wheezing. Over time the patients manifest weakness, disability and reduced quality of life.

Aim: of the present study was to evaluate the quality of life of patients with the COPD.

Methodology: This cross-sectional study was performed in a Greek public hospital from February 2016 until July 2016. The St George's Respiratory Questionnaire was distributed to 150 patients with COPD. The SGRQ evaluates the symptoms, activity of patients and the impact of the disease. For data analysis was used the SGRQ excel calculator and SPSS.

Results: In the present research 53,3% of the sample were males and 46,7% female. According to the SGRQ scores of the study, the worst value (67.95) had been shown on the scale of activities and the best value in the range of symptoms (49.03). The average value received by the "Impact" component was 55,35. The assessment of disease impact on the overall patient's health status showed a mean of 58,12. The evaluation of the activities revealed that COPD symptoms led to reduced capacity and willingness for daily living activities. Regarding the impact of disease, about 1/3 of patients had to change their profession. The symptoms, which the older patients manifest, affected their quality of life due to greater restrictions on activity, higher social impact and worst fitness.

Conclusion: This study highlighted several factors that affect the quality of life of patients with COPD. The identification and reduction of exposure to risk factors, the physical activity and, finally, compliance with medication therapy reduces symptoms and improves the quality of life.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, St George's Respiratory Questionnaire

Corresponding Author: Dimitris Papageorgiou
Email: dpapa@teiath.gr
Telephone: 6938358890

Submission Date: 1/5/2017

Citation: Papageorgiou D., Mitsiou P., Sidiropoulou M., Tsiakou O., Sampani C.A. & Paulatou N. (2018). Quality of life in Chronic Obstructive Pulmonary disease patients. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 51-62.