



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**«ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ,
ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΥΠΝΟΥ, ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ
ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ»**

ΠΕΤΡΟΣ Κ. ΚΑΣΣΑΣ M.Sc.

Φιλόλογος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΥΠΕΒΛΗΘΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΠΘ, Επιβλέπων Καθηγητής

Ζαρογιάννης Σωτήριος, Αναπλ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΠΘ, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Ξηρομερήσιου Γεωργία, Αναπλ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΠΘ, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπή

ΛΑΡΙΣΑ, 2023



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**Correlation of Chronic obstructive pulmonary disease,
Obstructive sleep apnea Syndrome, Restless Leg Syndrome
and Cognitive function to Work Ability, Mediterranean Diet
Adherence, Health Services Access in a remote island's
community.**

© 2023 Πέτρος Κάσας

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

Μέρος της παρούσας Διατριβής εκπονήθηκε με τη χρηματοδότηση του ΔΠΜΣ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (ΠΘ).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής (Άριστα)

1^{ος} Εξεταστής (Επιβλέπων)	Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2^{ος} Εξεταστής	Σωτήριος Ζαρογιάννης Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3^{ος} Εξεταστής	Γεωργία Ξηρομερήσιου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
4^{ος} Εξεταστής	Χρυσή Χατζόγλου Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
5^{ος} Εξεταστής	Μαρία Γραμματικοπούλου Λέκτορας Διατροφής και Διαιτολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
6^{ος} Εξεταστής	Δημήτρης Παπαγιάννης Αναπληρωτής Καθηγητής Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
7^{ος} Εξεταστής	Ερασμία Ρούκα Επίκουρη Καθηγήτρια Βιοχημείας με έμφαση στη φυσικοχημική μελέτη-κατασκευή βιοαισθητήρων για ανίχνευση αντισωμάτων στην Κλινική Βιοχημεία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περιεχόμενα

	Σελίδα
Εξώφυλλο	1
Περιεχόμενα	5
Βιογραφικό σημείωμα	9
Πρόλογος	13
Ευχαριστίες	15
Ελληνική Περίληψη	17
Αγγλική Περίληψη	20
Εισαγωγή	22
Γενικό μέρος	24
Κεφάλαιο 1	25
1.1. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	25
1.2. Παράγοντες κινδύνου	26
1.3. Διάγνωση	26
1.4. Στρατηγικές διαχείρισης και πρόληψης	27
Κεφάλαιο 2	30
2.1. Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου	30
2.2. Επιπολασμός	31
2.3. Παθοφυσιολογία	32
2.4. Διάγνωση	35
2.5. Διαχείριση	36
Κεφάλαιο 3	38

3.1. Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών	38
3.2. Παθοφυσιολογία	38
3.3. Διάγνωση	39
3.4. Θεραπεία	39
Κεφάλαιο 4	41
4.1. Γνωσιακή Λειτουργία	41
4.2. Άνοια	45
Κεφάλαιο 5	47
5.1 Εργασία	47
5.2. Εργασιακή ικανότητα	47
5.3. Εργασιακή απόδοση	48
Κεφάλαιο 6	49
6.1. Μεσογειακή Διατροφή	49
6.2. Χρονικό της Μεσογειακής Διατροφής	49
6.3. Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής	49
6.4. Οφέλη της υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής	50
Κεφάλαιο 7	51
7.1. Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας - Ορισμοί	51
7.2. Πρόσβαση και ισότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	52
7.3. ΠΟΥ και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	53
7.4. Ελληνική Δημοκρατία και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	53
7.5. Γεωγραφική θέση και επιπτώσεις στην υγεία	53
7.6. Οι επτά διαστάσεις της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας	54

Ειδικό Μέρος	55
Κεφάλαιο 9	56
9.1. Σκοπός	56
9.2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	56
9.3. Αποτελέσματα	61
9.4. Συζήτηση	115
9.5. Συμπεράσματα	124
Βιβλιογραφικές αναφορές	125
Παράρτημα	149

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αφαίρεση προσωπικών δεδομένων
(Υπηρεσία Βιβλιοθήκης & Πληροφόρησης
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)

Προσωπικές Πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Κάσσας Πέτρος
Ημερομηνία γέννησης: 08/02/1984
Τόπος Γέννησης: Λάρισα
Τόπος Διαμονής: Λάρισα
Διεύθυνση: ***** Λάρισα
Τηλέφωνο Επικοινωνίας: *****
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: pkassas@uth.gr / pkassas@hotmail.com

Εκπαίδευση και Κατάρτιση

2022- Σήμερα: Φοιτητής Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Εισαγωγή με γραπτές
κατατακτήριες εξετάσεις

2017-Σήμερα: Υποψήφιος Διδάκτωρ, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2014-2016: Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών «Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας»

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας: «Συγχρονική
μελέτη διερεύνησης του επιπολασμού του
Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου
(ΣΑΑΥ) και των γνώσεων σχετικά με το ΣΑΑΥ
σε πληθυσμό της Περιφέρειας Θεσσαλίας»,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2001-2006:

Πτυχίο Φιλολογίας, Φιλοσοφική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εκπαιδευτική Εμπειρία

Χειμερινό Εξάμηνο 2022-2023: Διάλεξη με θέμα «Δόμηση Ερευνητικού Πρωτοκόλλου – Ποσοτική Έρευνα» στο πλαίσιο του μαθήματος «Επιστημονική συγγραφή στις βιοϊατρικές επιστήμες»

Αξιολόγηση διδασκαλίας:

ΔΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»,
Τμήμα Ιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χειμερινό Εξάμηνο 2022-2023: Διάλεξη με θέμα «Ερευνητικό Πρωτόκολλο - Ποιοτική Έρευνα» στο πλαίσιο του μαθήματος «Βιβλιογραφική Ανασκόπηση»

Αξιολόγηση διδασκαλίας:

ΔΠΜΣ «Άσκηση, Εργοσπιρομετρία και Αποκατάσταση», Τμήμα Ιατρικής, Τμήμα Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού,
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χειμερινό Εξάμηνο 2021-2022: Διάλεξη με θέμα «Δόμηση Ερευνητικού Πρωτοκόλλου – Ποσοτική Έρευνα» στο πλαίσιο του μαθήματος «Επιστημονική συγγραφή στις βιοϊατρικές επιστήμες»

Αξιολόγηση διδασκαλίας: 4,61/5

ΔΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»,
Τμήμα Ιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χειμερινό Εξάμηνο 2021-2022: Διάλεξη με θέμα «Ερευνητικό Πρωτόκολλο - Ποιοτική Έρευνα» στο πλαίσιο του μαθήματος «Βιβλιογραφική Ανασκόπηση»

Αξιολόγηση διδασκαλίας: 4,53/5

ΔΠΜΣ «Άσκηση, Εργοσπιρομετρία και Αποκατάσταση», Τμήμα Ιατρικής, Τμήμα Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Υποτροφία

**ΔΠΜΣ «Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας»,**

Τμήμα Ιατρικής,

Τμήμα Νοσηλευτικής,

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Υποτροφία εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, λόγω απόκτησης του μεταπτυχιακού διπλώματος με την τρίτη καλύτερη βαθμολογία του έτους (9.38/10)

Δημοσιεύσεις

1. **Kassas P**, Gogou E, Varsamas C, Vogiatzidis K, Psatha A, Pinaka M, Siachpazidou D, Sistou A, Papazoglou ED, Kalousi D, Vatzia K, Astara K, Tsiouvakas N, Zarogiannis SG, Gourgoulisanis KI. The Alonissos Study: Cross-Sectional Study of the Health Care and User Satisfaction in the Community of a Non-Profit Line Greek Island. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jul 4;11(13):1931. doi: 10.3390/healthcare11131931. PMID: 37444765; PMCID: PMC10340698.
2. **Kassas P**, Gogou E, Varsamas C, Vogiatzidis K, Psatha A, Pinaka M, Siachpazidou D, Sistou A, Papazoglou ED, Kalousi D, Vatzia K, Astara K, Tsiouvakas N, Zarogiannis SG, Gourgoulisanis KI. The Alonissos Study: Cross-Sectional Study of the Community Respiratory Health Status in a Greek Healthcare Access Underprivileged Island. *Healthcare (Basel)*. 2022 Nov

- 22;10(12):2338. doi: 10.3390/healthcare10122338. PMID: 36553862; PMCID: PMC9777842.
3. **Kassas P**, Vavougiou GD, Hatzoglou C, Gourgoulidis KI, Zarogiannis SG. Cross Sectional Study of the Community Self-Reported Risk of Obstructive Sleep Apnoea (OSA) and Awareness in Thessaly, Greece. *Clocks Sleep*. 2022 Feb 10;4(1):16-22. doi: 10.3390/clockssleep4010004. PMID: 35225950; PMCID: PMC8883944.
 4. Adamou A, Giannopoulos AS, Arvaniti C, Belios I, Dalampira D, Eleftheriadis G, Zinoviou T, **Kassas P**, Vavougiou GD, Hatzoglou C, Gourgoulidis KI, Zarogiannis SG. Self-reported risk of obstructive sleep apnea syndrome, and awareness about it in the community of 4 insular complexes comprising 41 Greek Islands. *Sleep Sci*. 2022 Jan-Mar;15(Spec 1):105-109. doi: 10.5935/1984-0063.20220009. PMID: 35273754; PMCID: PMC8889955.
 5. Kassas P, Zarogiannis S, Gourgoulidis K, Andreou G. Autism or hautism? An etymological approach. *Archives of Hellenic Medicine*. 2021; 38(5):701-703

Διεθνή Συνέδρια

1. **Kassas P**, Gogou E, Varsamas Ch, Vogiatzidis K, Psatha A, Pinaka M, Siachpazidou D, Sistou A, Papazoglou E, Kalousi D, Vatzia K, Astara K, Tsiouvakas N, Zarogiannis S & Gourgoulidis K. The Alonnisos Study: Correlation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease risk with demographic, habitual and dietary factors in the general population of Alonnisos island. *European Respiratory Journal* 58 (suppl 65) PA1010; DOI: 10.1183/13993003.congress-2021.PA1010 Published 25 November 2021
2. **Kassas P**, Gogou E, Varsamas Ch, Vogiatzidis K, Psatha A, Pinaka M, Siachpazidou D, Sistou A, Papazoglou E, Kalousi D, Vatzia K, Astara K, Tsiouvakas N, Zarogiannis S & Gourgoulidis K. The ALONNISOS STUDY: Cross-sectional study of the prevalence of Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in the general population of Alonnisos. *European Respiratory Journal* 2020 56: 2960; DOI: 10.1183/13993003.congress-2020.2960
3. **Kassas P**, Vavougiou G, Hatzoglou Ch, Gourgoulidis K, Zarogiannis S. Cross sectional study of the prevalence of Obstructive Sleep Apnea Syndrome

(OSAS) and of the OSAS awareness in the general population of Thessaly prefecture in Greece. European Respiratory Journal 2019 54: PA836; DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA836

4. Adamou A, Giannopoulos AS, Arvaniti C, Belios I, Dalampira D, Eleftheriadis G, Zinoviou T, **Kassas P**, Vavougiou GD, Hatzoglou C, Gourgoulidis KI, Zarogiannis SG. Cross sectional study of the risk for OSAS in the general population of 20 Greek islands and assessment of the OSAS awareness. European Respiratory Journal 2018 52: PA4358; DOI: 10.1183/13993003.congress-2018.PA4358

Πανελλήνια Συνέδρια

1. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βαρσαμάς Χ, Βογιατζίδης Κ, Ψαθά Α, Πινακά Μ, Σιαχπαζίδου Δ, Σιστού Α, Παπάζογλου Ε, Καλούση Δ, Βατζιά Κ, Αστάρια Κ, Τσιουβάκας Ν, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. THE ALONNISOS STUDY: Μελέτη διερεύνησης του επιπολασμού της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) στην κοινότητα της Αλοννήσου και συσχετισμό της με δημογραφικούς, παθολογικούς και διατροφικούς παράγοντες. Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα. 12-14 Μαΐου 2022 (Προφορική Ανακοίνωση)
2. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βαρσαμάς Χ, Βογιατζίδης Κ, Ψαθά Α, Πινακά Μ, Σιαχπαζίδου Δ, Σιστού Α, Παπάζογλου Ε, Καλούση Δ, Βατζιά Κ, Αστάρια Κ, Τσιουβάκας Ν, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. THE ALONNISOS STUDY: Αυτοαξιολόγηση του κινδύνου για Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) στην κοινότητα της Αλοννήσου. Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα. 12-14 Μαΐου 2022. (Προφορική Ανακοίνωση)
3. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βαρσαμάς Χ, Βογιατζίδης Κ, Ψαθά Α, Πινακά Μ, Σιαχπαζίδου Δ, Σιστού Α, Παπάζογλου Ε, Καλούση Δ, Βατζιά Κ, Αστάρια Κ, Τσιουβάκας Ν, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. THE ALONNISOS STUDY: Διερεύνηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της ποιότητάς τους στην κοινότητα της Αλοννήσου. Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα. 12-14 Μαΐου 2022. (Παρουσίαση Poster)
4. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βαρσαμάς Χ, Βογιατζίδης Κ, Ψαθά Α, Πινακά Μ, Σιαχπαζίδου Δ, Σιστού Α, Παπάζογλου Ε, Καλούση Δ, Βατζιά Κ, Αστάρια Κ, Τσιουβάκας Ν, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. The ALONNISOS

- STUDY: Συσχέτιση κινδύνου για Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) με δημογραφικούς, συμπεριφορικούς και διατροφικούς παράγοντες σε κατοίκους της Αλοννήσου. Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο, Αθήνα. 16-19 Δεκεμβρίου 2021 (Παρουσίαση Poster)
5. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βαρσαμάς Χ, Βογιατζίδης Κ, Ψαθά Α, Πινακά Μ, Σιαχπαζίδου Δ, Σιστού Α, Παπάζογλου Ε, Καλούση Δ, Βατζιά Κ, Αστάρα Κ, Τσιουβάκας Ν, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. The ALONNISOS STUDY: Συσχέτιση του επιπολασμού της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) με δημογραφικούς, συμπεριφορικούς και διατροφικούς παράγοντες σε κατοίκους της Αλοννήσου. Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο, Αθήνα. 16-19 Δεκεμβρίου 2021. (Παρουσίαση Poster)
 6. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βογιατζίδης Κ, Σιαχπαζίδου Δ, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. The ALONNISOS STUDY: Διερεύνηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στον γενικό πληθυσμό της Αλοννήσου. Πανελλήνιο Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο, Εξ αποστάσεως. 15-18 Οκτωβρίου 2020. (Παρουσίαση Poster)
 7. **Κάσσας Π**, Γώγου Ευ, Βαρσαμάς Χ, Βογιατζίδης Κ, Ψαθά Α, Πινακά Μ, Σιαχπαζίδου Δ, Σιστού Α, Παπάζογλου Ε, Καλούση Δ, Βατζιά Κ, Αστάρα Κ, Τσιουβάκας Ν, Ζαρογιάννης Σ & Γουργουλιάνης Κ. The ALONNISOS STUDY: Συγχρονική μελέτη διερεύνησης του επιπολασμού του Συνδρόμου Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) σε κατοίκους της Αλοννήσου. Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο, Αθήνα. 17 - 20 Δεκεμβρίου 2020. (Παρουσίαση Poster)
 8. **Κάσσας Π**, Βαγουγιός Γ, Χατζόγλου Χ, Γουργουλιάνης Κ & Ζαρογιάννης Σ. Συγχρονική μελέτη διερεύνησης του επιπολασμού του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) και των γνώσεων σχετικά με το ΣΑΑΥ σε πληθυσμό της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο, Αθήνα. 12-15 Δεκεμβρίου 2019. (Παρουσίαση Poster)

Πρόλογος

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία συγχρονική μελέτη συσχέτισης του επιπολασμού της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) και του Συνδρόμου Ανήσυχων Ποδιών (ΣΑΠ) με τη γνωσιακή λειτουργία, το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (ΜΔ), την εργασιακή απόδοση και την αξιολόγηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της ποιότητας αυτών στην Αλόννησο. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Περιφερειακό Ιατρείο της Αλοννήσου, από τις 5 μέχρι τις 11 Ιουλίου 2018. Χρησιμοποιήθηκαν τα σταθμισμένα στην ελληνική πραγματικότητα ερωτηματολόγια «COPD Population Screener», «Berlin Questionnaire», «Epworth Sleepiness Scale», «Test Your Memory Test», «General Practitioner Assessment of Cognition», «Work Ability Index», «MedDiet Score», τα διαγνωστικά κριτήρια του ΣΑΠ και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του επιπέδου υγείας και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της ποιότητας αυτών. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε σπироμέτρηση για τη διάγνωση της ΧΑΠ και ηλεκτροκαρδιογράφημα για τον έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας. Επίσης, ελήφθησαν προς συσχέτιση και πληροφορίες, όπως το φύλο, ο Δείκτης Μάζας Σώματος, η ηλικία, η καπνιστική συνήθεια και η βαρύτητα αυτής. Όλα αυτά τα στοιχεία σε συνδυασμό με τη γνωσιακή λειτουργία, την εργασιακή απόδοση και το βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ συσχετίστηκαν με τα άτομα με ΧΑΠ και τα υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, ΣΑΑΥ, ΑΑΥ, Υπνηλία, ΣΑΠ και Άνοια.

Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να προσφέρει σημαντική γνώση πάνω σε ένα σημαντικό ζήτημα, όπως είναι η κατάσταση υγείας του νησιωτικού πληθυσμού, και μάλιστα σε ένα χώρο που τα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό των υπό διερεύνηση νοσημάτων είναι σημαντικά περιορισμένα, ο επιπολασμός του καπνίσματος, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, είναι σημαντικά υψηλότερος συγκριτικά με την ηπειρωτική χώρα και το νησί βρίσκεται σε μειονεκτική θέση ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς ανήκει στα νησιά άγονης γραμμής. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να λειτουργήσουν ως πολύτιμο εργαλείο στα χέρια των ιθυνόντων όσον αφορά την αξιοποίησή τους για την εγκατάσταση προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας στον πληθυσμό στόχευσης, ώστε να επιτευχθεί ο βασικός ρόλος της Προαγωγής Υγείας που είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Ευχαριστίες

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διδακτορικής διατριβής, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή, κο. Σωτήριο Ζαρογιάννη, για την άοκνη υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Μέσω της πολύτιμης καθοδήγησης του, της εμπιστοσύνης και εκτίμησης που μου έδειξε, διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο στην επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στον Καθηγητή, κο. Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, για την τιμή που μου έκανε να είναι επιβλέπων Καθηγητής της διδακτορικής μου διατριβής. Μέσω της συμβολής του στην οργάνωση της έρευνας και της ερευνητικής ομάδας, της μόνιμης παρουσίας του κατά τη διάρκεια των διαδικασιών και της καθοδήγησής του τόσο σε επίπεδο διαδικασιών, όσο και σε επίπεδο επίλυσης προβλημάτων που ανέκυπταν, συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, κα. Γεωργία Ξηρομερήσιου, που μου έκανε την τιμή να είναι μέλος της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της διδακτορικής μου διατριβής.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τους ιατρούς, κα. Ευδοξία Γώγου, κο. Κωνσταντίνο Βογιατζίδη, κο. Χαράλαμπο Βαρσαμά, κα. Αγγελική Ψαθά, για την πολύτιμη συμβολή τους στη διεξαγωγή της έρευνας στην Αλόννησο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τις νοσηλεύτριες, Μαρία Πινακά, Δήμητρα Σιαχαζίδου και Αλεξάνδρα Σιστού, για την πολύτιμη αρωγή τους στη διεξαγωγή της έρευνας στην Αλόννησο.

Επίσης, τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στους φοιτητές Ιατρικής, Ελευθέριο Παπάζογλου, Δέσποινα Καλούση, Κωνσταντίνα Βατζιά, Κυριακή Αστάρα και Νικόλαο Τσιουβάκα, για τη σημαντική βοήθειά τους κατά τη διεξαγωγή της έρευνας στην Αλόννησο.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την κόρη μου, Μαρία, τη γυναίκα μου Εύα Φιλοκώστα, και τους γονείς μου, Κωνσταντίνο και Μαρία, που με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής. Η υπομονή που επέδειξαν, η στήριξη σε δύσκολες στιγμές υπήρξαν καθοριστικά στοιχεία, χωρίς τα οποία η παρούσα διατριβή δε θα είχε ολοκληρωθεί.

Ελληνική Περίληψη

Εισαγωγή: Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η υψηλή ποιότητά τους αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, το 1978. Αν και έχουν περάσει 45 χρόνια, ανισότητες στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζουν να υπάρχουν. Το αίτημα της ισότητας γίνεται ιδιαίτερα κρίσιμο στις περιπτώσεις μικρών νησιών, καθώς οι υπάρχουσες δομές υγείας δεν επαρκούν, για να καλύψουν τις ανάγκες της κοινότητας, και ιδιαιτέρως στα νησιά άγονης γραμμής, λόγω της περιορισμένης δυνατότητας μετάβασης στην ηπειρωτική χώρα. Παράλληλα, πρόσφατες μελέτες έδειξαν σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό του καπνίσματος στα νησιά σε σχέση με τον αντίστοιχο της ηπειρωτικής Ελλάδας, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού των νησιών, ειδικά ως προς τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα. Σε αυτή τη μελέτη διερευνήθηκε το επίπεδο της υγείας και ειδικότερα ο επιπολασμός της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) και του Συνδρόμου Ανήσυχων Ποδιών (ΣΑΠ) και οι παράγοντες αυτοί συσχετίστηκαν με τη γνωσιακή λειτουργία, την υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής (ΜΔ) και την εργασιακή απόδοση στην κοινότητα της Αλοννήσου, ενός νησιού της άγονης γραμμής. Επίσης, αξιολογήθηκε η ικανοποίηση της κοινότητας ως προς την Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και την Ποιότητά τους.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 236 μόνιμοι κάτοικοι της Αλοννήσου, αριθμός που αντιπροσωπεύει περίπου το 9% του συνολικού πληθυσμού (115 άνδρες και 121 γυναίκες). Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση και κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία σειρά ερωτηματολογίων. Αυτά αφορούσαν την αξιολόγηση του κινδύνου για ΧΑΠ (COPD-Population Screener), Αποφρακτική Άπνοια Ύπνου (Berlin Questionnaire), Ημερήσια Υπνηλία (Epworth Sleepiness Scale), Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών (Διαγνωστικά κριτήρια που προτάθηκαν από το International RLS Study Group), Άνοια (General Practitioner of Cognition), και την αξιολόγηση του επιπέδου της γνωσιακής λειτουργίας (Test Your Memory Score), της εργασιακής απόδοσης (Work Ability Index) και της υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (MedDiet Score). Τέλος, τους διατέθηκε και ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους και την αξιολόγηση της ικανοποίησης όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητά τους. Η στατιστική επεξεργασία

πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού στατιστικής επεξεργασίας Prism (Έκδοση 9.5.1).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της ΧΑΠ βρέθηκε 8.99%. Οι συμμετέχοντες με ΧΑΠ σε σχέση με τους υγιείς βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη ηλικία ($p= 0.021$), να καπνίζουν περισσότερο ($p= 0.036$) και να έχουν χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p= 0.003$). Οι συμμετέχοντες που βρέθηκαν σε υψηλό κίνδυνο για αυτοαναφερόμενη ΧΑΠ ήταν 18.8%. Οι υψηλού κινδύνου σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη ηλικία ($p<0.001$), μεγαλύτερο ποσοστό πρώην καπνιστών και μικρότερο μη καπνιστών ($p= 0.001$) περισσότερα πακετοέτη ($p< 0.001$), και να έχουν χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p< 0.001$) και γνωσιακή λειτουργία ($p< 0.001$). Ο επιπολασμός του αυτοαναφερόμενου ΣΑΑΥ βρέθηκε 9.44%. Οι υψηλού κινδύνου σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη ηλικία ($p< 0.001$), μεγαλύτερο ΔΜΣ ($p<0.001$), μικρότερο ποσοστό καπνίσματος ($p= 0.032$), περισσότερα πακέτα/έτη ($p< 0.001$), να υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη Μεσογειακή Διατροφή ($p= 0.035$), να έχουν χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p= 0.046$) και γνωσιακή λειτουργία ($p= 0.003$). Από τους συμμετέχοντες, το 15.32% βρέθηκε να είναι υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Οι υψηλού κινδύνου σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου βρέθηκε να έχουν μικρότερη ηλικία ($p=0.02$) και χαμηλότερο ΔΜΣ ($p=0.031$). Στο ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης της υγείας, το 31.49% των συμμετεχόντων απάντησε πως έχει από μέτριο έως πολύ κακό επίπεδο γενικής υγείας, και παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα σχετικά με την στοματική και ψυχική υγεία. Ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας το 62.55% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η πρόσβαση χαρακτηρίζεται από μέτρια έως πολύ κακή, ενώ το 94% χρειάστηκε να μεταβεί εκτός Αλοννήσου έστω μία φορά, για να λάβει κατάλληλη φροντίδα υγείας. Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, περίπου το 60% των συμμετεχόντων τη χαρακτήρισε καλή ή πολύ καλή.

Συμπεράσματα: Ο υψηλός επιπολασμός της ΧΑΠ και του ΣΑΑΥ που βρέθηκε στην Αλόννησο, σε ένα νησί της άγονης γραμμής, με περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των αναγκών υγείας της κοινότητας, υποδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών βελτίωσης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της προαγωγής υγείας και των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ειδικά σε απομακρυσμένα νησιά άγονης γραμμής.

Λέξεις-κλειδιά: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, ΧΑΠ, Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου, ΣΑΑΥ, Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών, ΣΑΠ, Επιπολασμός, Γνωσιακή Λειτουργία, Μεσογειακή Διατροφή, Εργασιακή Απόδοση, Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, Αλόννησος, άγωνα γραμμή, Νησιωτική δημόσια υγεία, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Σπιρομέτρηση

Αγγλική Περίληψη

Introduction: Health care access and high quality of provided services to health care users is a fundamental human right according to the Declaration of Alma Ata (1978). Although 45 years have passed since then, health inequalities still exist. Health equality demand becomes more critical for the small islands, where one small Primary Health Care center isn't capable of providing all health care services to the insular population, especially for the non-profit line islands cannot register the requirements for transportation to the mainland in order to receive such services. Additionally, recent studies highlighted the fact that insular smoking prevalence is substantially higher than the national prevalence. This fact raises concerns about the health status of insular population, especially regarding to smoking-related diseases. In this study, we investigated the level of health status, the prevalence of Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (OSAS), the prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD), the prevalence of Restless Leg Syndrome (RLS) and their correlation with cognitive performance, adherence to Mediterranean Diet and Work Ability in the general population of Alonissos, a non-profit line island in Greece. Additionally, healthcare access and quality were investigated.

Materials and Method: In this study, 236 inhabitants of Alonissos participated (circa 9% of the island's population- 115 males and 121 females). Participants underwent spirometry testing to establish COPD diagnosis and were evaluated with appropriate questionnaires for COPD (COPD-Population Screener), for OSA (Berlin Questionnaire), for Daytime Sleepiness (Epworth Sleepiness Scale), for Restless Leg Syndrome (International RLS Study Group criteria), for Dementia (General Practitioner of Cognition), for cognitive performance (Test Your Memory Score), for work ability (Work Ability Index) and for adherence to Mediterranean Diet (MedDiet Score). Additionally, the were evaluated with a questionnaire for the self-reported health status and their satisfaction about healthcare access and quality. The statistical analysis has been performed with the statistical analysis software Prism (Version 9.5.1).

Results: The prevalence of COPD was 8.99%. Participants with pathological spirometry were found to be older ($p= 0.021$), heavier smokers ($p= 0.036$) and reported poorer work performance ($p= 0.003$) than participants with normal spirometry. The high-risk for COPD prevalence was 18.8%. High-COPD-risk participants were found

to be older ($p < 0.001$), more ex-smokers and less non-smokers ($p = 0.001$), heavier smokers ($p < 0.001$), and reported poorer work ($p < 0.001$) and cognitive performance ($p < 0.001$) than low-COPD-risk participants. Self-reported prevalence of OSAS was 9.44%. High-OSAS-risk participants were of older age ($p < 0.001$), higher BMI ($p < 0.001$), less smoking percentage ($p = 0.032$), heavier smoking habit ($p < 0.001$), better adherence to Mediterranean Diet ($p = 0.035$), poorer work ($p = 0.046$) and cognitive performance ($p = 0.003$) than low-OSAS-risk participants. Out of all the participants, 15.32% were found to be of high-RLS-risk. They reported younger age ($p = 0.02$) and lower BMI ($p = 0.031$) than low-RLS-risk participants. The self-reported overall health status was reported to be moderate to very poor at a percentage of 31.49% and the results were similar for dental and mental self-reported health status. 62.55% of the participants reported moderate to very poor access to health services, while 94% had at least one visit to the mainland in order to receive proper health care services. Nearly 60% of the participants reported very good/good quality of the healthcare provision.

Conclusions: The high prevalence of COPD and OSAS in this underprivileged island in terms of healthcare access and adequacy highlights the need for improvements in health access, health promotion and primary healthcare provision, especially in non-profit line Greek islands.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; COPD; obstructive sleep apnea syndrome; OSAS; Restless leg syndrome; RLS; prevalence; Cognitive performance; Work performance; Access to Healthcare; Quality of Healthcare; Alonnisos; non-profit line; insular public health; primary healthcare; spirometry

Εισαγωγή

Η Ελλάδα έχει περίπου 6,000 νησιά, εκ των οποίων τα 117 κατοικούνται. Κάποια από αυτά βρίσκονται αρκετά μακριά από την ηπειρωτική χώρα και ανήκουν στην άγονη γραμμή, το οποίο σημαίνει ότι η μετακίνηση στην ηπειρωτική χώρα πραγματοποιείται με μικρής συχνότητας δρομολόγια. Επιπλέον, λόγω γεωγραφικής διασποράς καθίστανται σε μειονεκτική θέση ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς συνήθως διαθέτουν ένα μικρό κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με περιορισμένους πόρους και προσωπικό. Οι περιορισμένες αυτές δυνατότητες υπηρεσιών υγείας αναγκάζει τους νησιώτες να μετακινηθούν στην ηπειρωτική χώρα για να υποβληθούν σε βασικές και απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις.[1] Αυτή η ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας εγείρει ζητήματα αναφορικά με την ισότητα στη φροντίδα υγείας και επιβεβαιώνει τις ανισότητες που παρατηρούνται παγκοσμίως στο ζήτημα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, παρά τις οργανωμένες προσπάθειες άμβλυνσης του φαινομένου από τους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς. [2,3]

Από την άλλη πλευρά, επιδημιολογικές μελέτες αμφισβητούν την αντίληψη ότι οι αγροτικοί πληθυσμοί παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες υγείας και έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με τους πληθυσμούς αστικών περιοχών. Επίσης, χρόνια νοσήματα, όπως ο διαβήτης και ο καρκίνος έχουν συσχετιστεί με τις ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.[4] Παράλληλα, η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων που να αφορούν τέτοιες κοινότητες και η περιορισμένη γνώση υπάρχει σχετικά με το επίπεδο υγείας των νησιωτικών πληθυσμών καθιστούν αδύνατη την ανάπτυξη στρατηγικών προαγωγής υγείας. [5]

Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με δύο πρόσφατες μελέτες, ο επιπολασμός του καπνίσματος στους νησιωτικούς πληθυσμούς είναι σημαντικά μεγαλύτερος συγκριτικά με τον ήδη υψηλό επιπολασμό της ολόκληρης της χώρας.[1,6] Στην πρώτη μελέτη, ο επιπολασμός του καπνίσματος ανάμεσα σε 700 συμμετέχοντες τεσσάρων ελληνικών νησιωτικών συμπλεγμάτων (Ιόνια νησιά, Κυκλάδες, Δωδεκάνησα, και νησιά Ανατολικού Αιγαίου) βρέθηκε 29.7% [1]. Στη δεύτερη μελέτη, σε 50 συμμετέχοντες από τις Βόρειες Σποράδες ο επιπολασμός του καπνίσματος βρέθηκε 54%, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με το 35.78% που αφορούσε 204 κατοίκους της ηπειρωτικής Θεσσαλίας στην ίδια μελέτη.[6] Ταυτόχρονα, σύμφωνα με την αναφορά

του ΟΟΣΑ το 2021, Health at a Glance, η Ελλάδα βρίσκεται στην πέμπτη θέση στον επιπολασμό του καπνίσματος για τις ηλικίες 15 ετών και άνω, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο του 16%, που είναι ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ.[7] Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν την ανάγκη διερεύνησης του επιπέδου υγείας του νησιωτικού πληθυσμού και ιδιαιτέρως των πνευμονολογικών νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως της ΧΑΠ, του ΣΑΑΥ και αρκετών ειδών καρκίνου.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το επίπεδο υγείας της κοινότητας της Αλοννήσου, όπως αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες, τον επιπολασμό του της ΧΑΠ, του ΣΑΑΥ, του ΣΑΠ και τον συσχετισμό των παραπάνω παραγόντων με τον βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ, τη γνωσιακή λειτουργία και την εργασιακή απόδοση, εξετάζοντας παράλληλα τον βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα αυτών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα είναι ασθένειες των αεραγωγών και των άλλων ανατομικών στοιχείων των πνευμόνων. Κάποιες από τις πιο συχνές είναι η ΧΑΠ, το άσθμα, πνευμονικές παθήσεις που προκύπτουν από ανθυγιεινά επαγγέλματα και η πνευμονική υπέρταση. Εκτός από την καπνιστική συνήθεια, άλλοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αναπνευστικού νοσήματος θεωρούνται η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι σκόνες, και οι συχνές λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος κατά την παιδική ηλικία. Τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα δεν είναι ιάσιμα, ωστόσο, διάφορες μορφές θεραπείας βοηθούν στη διαστολή των κύριων αεραγωγών και στη βελτίωση της αναπνοής και μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.[8]

Η ΧΑΠ είναι μία χρόνια πνευμονοπάθεια η οποία χαρακτηρίζεται από μερικώς αναστρέψιμα συμπτώματα. Μετά τη δύσπνοια, η οποία αποτελεί το πιο σημαντικό παράπονο ασθενών με ΧΑΠ, το αίσθημα κόπωσης αποτελεί ένα συχνό σύμπτωμα.[9] Οι ασθενείς με ΧΑΠ περιγράφουν την κούραση που νιώθουν ως ένα αίσθημα «γενικής κόπωσης» [10] ή ως ένα αίσθημα «αποστράγγισης ενέργειας».[11] Η κούραση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας, καθώς μπορεί να περιορίσει τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών, να οδηγήσει σε επιδείνωση της πρόγνωσης και αποτελεί προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας.[12]

Σε παγκόσμια κλίμακα, το φαινόμενο της ΧΑΠ παρουσιάζει μία ανησυχητικά συνεχή αύξηση.[13] Πιο συγκεκριμένα, πάνω από 3 εκατομμύρια θάνατοι σημειώνονται κάθε χρόνο από ΧΑΠ, αριθμός που αντιστοιχεί στο 6% των θανάτων παγκοσμίως. Επίσης, πάνω από το 90% των θανάτων από ΧΑΠ εντοπίζονται στα χαμηλά και μεσαία από άποψη εισοδήματος κοινωνικά στρώματα.[8]

Η ΧΑΠ επηρεάζει περίπου 400 εκατομμύρια ανθρώπους και ήδη θεωρείται η τρίτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ ο αριθμός των θανάτων από ΧΑΠ στις γυναίκες έχει ξεπεράσει τον αντίστοιχο των ανδρών από το 2000.[14,15]

Η Ελλάδα έχει τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος και περιστατικών Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας στην Ευρώπη.[16] Ο Επιπολασμός της ΧΑΠ υπολογίζεται στο 6% στην Ελλάδα και 4,9% στην Κύπρο.[17,18]

1.2. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΧΑΠ

Βασικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ΧΑΠ θεωρείται το κάπνισμα, μιας και υπολογίζεται πως περίπου το 80% των ασθενών είναι καπνιστές. Κίνδυνος της τάξης του 15% για κλινικά σοβαρή ΧΑΠ έχει υπολογιστεί για τους καπνιστές, αλλά το ποσοστό αυτό θεωρείται μάλλον μικρό και ο πραγματικός κίνδυνος πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερος.[19] Εντούτοις, ένα ποσοστό περίπου 25% των ασθενών δεν έχουν καπνίσει ποτέ.[20]

Σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι και η ηλικία, καθώς τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν ΧΑΠ σε σχέση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας (<40 ετών). Αυτό συμβαίνει γιατί η ανάπτυξη ΧΑΠ απαιτεί τη μακρόχρονη έκθεση επαρκούς έντασης σε παθογενετικούς παράγοντες, προϋπόθεση που ένα άτομο ηλικίας μικρότερης των 40 ετών σπάνια πληροί.[19]

Σημαντικός παράγοντας κινδύνου, ειδικά για τους μη καπνιστές, θεωρείται η μακροχρόνια έκθεση σε παράγοντες επιβλαβείς για τους πνεύμονες, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι χημικές αναθυμιάσεις, το παθητικό κάπνισμα, το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το χαμηλό βάρος γέννησης, το ιστορικό λοιμώξεων αναπνευστικού κατά την παιδική ηλικία, οι ατμοί που υπάρχουν σε χώρους εργασίας, η σκόνη και τα προϊόντα από καύσιμα βιομάζας στους εσωτερικούς χώρους, όπως τα ξύλα που καίγονται σε σόμπες.[21,22] Σε γενετικό επίπεδο, μια σπάνια γενετική πάθηση που ονομάζεται ανεπάρκεια α1-αντιθρυψίνης μπορεί επίσης να προκαλέσει τη νόσο.

1.3. Διάγνωση της ΧΑΠ

Η σπιρομέτρηση είναι η πιο αντικειμενική μέτρηση του περιορισμού της ροής αέρα. Είναι μία μη επεμβατική και άμεσα διαθέσιμη αξιολόγηση. Παρά την υψηλή της ευαισθησία, η μέτρηση της μέγιστης εκπνευστικής ροής από μόνη της δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως η μόνη διαγνωστική εξέταση λόγω της χαμηλής ειδικότητάς της. Εντούτοις, η καλής ποιότητας σπιρομετρική μέτρηση είναι δυνατή σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης και όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που φροντίζουν ασθενείς με ΧΑΠ θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αυτή.

Η σπυρομέτρηση μετρά τον όγκο του αέρα που εκπνέεται με δύναμη από το σημείο της μέγιστης εισπνοής (Forced Vital Capacity, FVC) και τον όγκο του αέρα που εκπνέεται κατά το πρώτο δευτερόλεπτο αυτού του χειρισμού (Forced Expiratory Volume in one second, FEV1). Επίσης, υπολογίζεται και το κλάσμα αυτών των δύο μετρήσεων (FEV1/FVC). Οι μετρήσεις σπυρομέτρησης αξιολογούνται με σύγκριση με τιμές αναφοράς με βάση την ηλικία, το ύψος, το φύλο και τη φυλή.[23]

Εκτός από την ύπαρξη σχετικών παραγόντων κινδύνου και χρόνιων αναπνευστικών συμπτωμάτων, αναλογία μεταβρογχοδιασταλτικών FEV1–FVC λιγότερο από 0,70 θεμελιώνει διάγνωση ΧΑΠ. Μετά τη διάγνωση, το ποσοστό του FEV1 καταδεικνύει τη σοβαρότητα της διαταραχής της πνευμονικής λειτουργίας, η οποία ταξινομείται ως ήπια (GOLD 1: FEV1 $\geq$ 80% του προβλεπόμενου), μέτρια (GOLD 2: FEV1 50%-79% του προβλεπόμενου), σοβαρή (GOLD 3: FEV1 30%–49% του προβλεπόμενου), ή πολύ σοβαρή (GOLD 4: FEV1 <30% του προβλεπόμενου). Το ποσοστό της FEV1 σχετίζεται απόλυτα με τη θνησιμότητα και αποτελεί ένα από τα συστατικά του δείκτη BODE (Body mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity), ένα καλά επικυρωμένο εργαλείο για μακροπρόθεσμη πρόγνωση ΧΑΠ. [24]

1.4. Στρατηγικές διαχείρισης και πρόληψης ΧΑΠ

Διακοπή καπνίσματος

Ένας σημαντικός τρόπος διαχείρισης ή και πρόληψης της ΧΑΠ είναι η διακοπή του καπνίσματος. Για την επίτευξη του στόχου αυτού σημαντικά βοηθήματα θεωρούνται τόσο η φαρμακευτική θεραπεία όσο και η χρήση υποκατάστατων νικοτίνης.[25-27] Προς την ίδια κατεύθυνση, σημαντική βελτίωση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος προσφέρουν η νομοθετική απαγόρευση του καπνίσματος, αλλά και η παροχή συμβουλών από επαγγελματίες υγείας.[28,29] Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των ηλεκτρονικών τσιγάρων ως βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος δεν έχουν αποδειχθεί επί του παρόντος.[30,31]

Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα της ΧΑΠ, να μειώσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των παροξύνσεων και να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας και την αντοχή στην άσκηση.[32] Κάθε φαρμακευτικό

θεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να εξατομικεύεται και να υποδεικνύεται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τον κίνδυνο παροξύνσεων, τις παρενέργειες, τις συννοσηρότητες, τη διαθεσιμότητα και το κόστος του φαρμάκου και την ανταπόκριση, την προτίμηση και την ικανότητα του ασθενούς να χρησιμοποιεί διάφορες συσκευές χορήγησης φαρμάκων. Επίσης, σημαντική κρίνεται η διαρκής αξιολόγηση της ορθής χρήσης της συσκευής εισπνοής. [23]

Εμβολιασμός

Ο αντιγριπικός εμβολιασμός και ο εμβολιασμός κατά του πνευμονιόκοκκου μειώνουν τη συχνότητα των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και την πιθανότητα θανάτου στους ασθενείς με ΧΑΠ.[33-36]

Πνευμονική αποκατάσταση

Η πνευμονική αποκατάσταση είναι μία παρέμβαση που ενσωματώνει στη διαδικασία διαχείρισης της ασθένειας έννοιες, όπως την άσκηση, την εκπαίδευση του ασθενούς, κ.α. με σκοπό να προκαλέσει αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς, υιοθετώντας συνήθειες που βελτιώνουν και προστατεύουν την υγεία: βελτιώνει τα συμπτώματα, την ποιότητα ζωής και τη σωματική και συναισθηματική συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες.[37]

Θεραπεία με οξυγόνο

Σε ασθενείς με σοβαρή χρόνια υποξαιμία σε κατάσταση ηρεμίας, η μακροχρόνια θεραπεία με οξυγόνο βελτιώνει το προσδόκιμο ζωής.[38] Σε ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ και μέτριο κορεσμό είτε σε κατάσταση ηρεμίας είτε κατά τη διάρκεια της άσκησης, η μακροχρόνια θεραπεία με οξυγόνο δεν θα πρέπει να συνταγογραφείται τακτικά.[39] Ωστόσο, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μεμονωμένοι παράγοντες του ασθενούς κατά την αξιολόγηση της ανάγκης του ασθενούς για συμπληρωματικό οξυγόνο. Σε ασθενείς με σοβαρή χρόνια υπερκαπνία και ιστορικό νοσηλείας για οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, ο μακροχρόνιος μη επεμβατικός αερισμός μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα και να αποτρέψει την εκ νέου νοσηλεία.[40]

Χειρουργικές ή βρογχοσκοπικές επεμβατικές θεραπείες

Σε επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένο εμφύσημα, το οποίο δεν ανταποκρίνεται στις θεραπείες, οι χειρουργικές ή βρογχοσκοπικές επεμβατικές

θεραπείες αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με τη φαρμακευτική θεραπεία.[41]

Παρηγορητική φροντίδα

Η παρηγορητική φροντίδα είναι ένας ευρύς όρος που περιλαμβάνει προσεγγίσεις για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τη διαχείριση των ασθενών τελικού σταδίου. Στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι η πρόληψη και η ανακούφιση του πόνου, αλλά και η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ανεξαρτήτως του σταδίου της νόσου ή την ανάγκη για άλλες θεραπείες. Η παρηγορητική φροντίδα είναι αποτελεσματική στον έλεγχο των συμπτωμάτων σε ασθενείς με προχωρημένη ΧΑΠ.[42]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει το ΣΑΑΥ ως μία κλινική διαταραχή με βασικό χαρακτηριστικό τη συχνή απόφραξη της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Το χαρακτηριστικό αυτό συνήθως συνυπάρχει με έντονο ροχαλητό.[43] Η απόφραξη διακόπτει την εισροή οξυγόνου στον οργανισμό για μερικά δευτερόλεπτα και την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα. Ο εγκέφαλος ενεργοποιείται και δίνει εντολή για εκ νέου άνοιγμα των αεραγωγών και επανεκκίνηση της διαδικασίας της αναπνοής. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της νύκτας, με αποτέλεσμα την σημαντική υποβάθμιση της ποιότητας του ύπνου. Έτσι, το άτομο κατά τη διάρκεια της ημέρας βιώνει συμπτώματα, όπως υπνηλία, κεφαλαλγίες, και δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί.

Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόφραξης του άνω αεραγωγού και τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση του κορεσμού οξυγόνου στο αίμα τονίζει ως βασικό χαρακτηριστικό του ΣΑΑΥ η Αμερικανική Ένωση Διαταραχών Ύπνου.[44] Παράλληλα, η American Academy of Sleep Medicine όρισε το 2007 τις έννοιες της Άπνοιας και της Υπόπνοιας.[45] Κοινό χαρακτηριστικό των ορισμών αποτελεί η χρονική διάρκεια του επεισοδίου να είναι τουλάχιστον δέκα δευτερόλεπτα.

Άπνοια ονομάζεται το επεισόδιο της αναπνοής το οποίο χαρακτηρίζεται από μία μείωση της τάξης του $\geq 90\%$ στο θερμικό αισθητήρα του στόματος και της μύτης συγκριτικά με την αρχική κατάσταση. Επιπλέον, πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια που αφορούν τη μείωση του πλάτους για την άπνοια τουλάχιστον στο 90% της διάρκειας του επεισοδίου.

Αν πληρούνται τα κριτήρια της Άπνοιας και επιπλέον το άτομο, κατά τη διάρκεια της έλλειψης αναπνοής, εμφανίζει μία συνεχή και επαναλαμβανόμενη προσπάθεια να αναπνεύσει, τότε η κατάσταση ονομάζεται Αποφρακτική Άπνοια.

Αντίθετα, αν πληρούνται τα κριτήρια της Άπνοιας, και υπάρχει επίμονη και επαναλαμβανόμενη προσπάθεια αναπνοής μόνο κατά το δεύτερο μέρος του επεισοδίου και όχι στο πρώτο, τότε η κατάσταση ονομάζεται Μικτή Άπνοια.

Από την άλλη πλευρά, Υπόπνοια ονομάζεται το αναπνευστικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια του οποίου η παρέκβαση της ρινική πίεσης υποχωρεί από την αρχική κατάσταση κατά $\geq 30\%$ και ταυτόχρονα παρουσιάζεται αποκορεσμός κατά τουλάχιστον τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες, ή όταν η παρέκβαση της ρινική πίεσης υποχωρεί από την αρχική κατάσταση κατά $\geq 50\%$ και ταυτόχρονα παρουσιάζεται αποκορεσμός κατά τουλάχιστον τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες ή όταν το αναπνευστικό επεισόδιο οδηγεί το άτομο σε αφύπνιση. Βασική προϋπόθεση και των τριών περιπτώσεων είναι να παρουσιάζεται τουλάχιστον στο 90% του επεισοδίου μείωση του πλάτους για την άπνοια.

Τέλος, Κεντρική Άπνοια ονομάζεται αυτή που πληροί όλα τα κριτήρια της Άπνοιας, αλλά δεν παρουσιάζεται καμία προσπάθεια του ατόμου για αναπνοή σε όλη τη διάρκεια του επεισοδίου.

2.2 Επιπολασμός

Ανάμεσα στα νοσήματα που αφορούν αναπνευστικές διαταραχές, το ΣΑΑΥ κατέχει τη δεύτερη θέση σε επίπεδο συχνότητας.[46] Το ΣΑΑΥ έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα παγκοσμίως, και έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες ανά τον κόσμο, τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Εντούτοις, τα αποτελέσματα των ερευνών σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι συγκρίσιμα, λόγω των διαφορετικών μεθόδων που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση του εκάστοτε πληθυσμού, αλλά και των ετερογενών διαδικασιών που ακολουθήθηκαν κατά περίπτωση.[47]

Πρόσφατες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελληνικό χώρο έδειξαν ότι σε πληθυσμό της Θεσσαλίας το ποσοστό που βρέθηκε σε κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΑΥ ήταν 3,94%, και σε ανάλογη έρευνα που αφορούσε 41 ελληνικά νησιά το ποσοστό βρέθηκε 6,29%.[1,6]. Σε έρευνες που διεξήχθησαν παγκοσμίως σχετικά με τον επιπολασμό του ΣΑΑΥ στις ΗΠΑ βρέθηκε 3,9-4% στους άνδρες και 1,2-2% στις γυναίκες,[48,49], στην Αυστραλία 3,1% στον ανδρικό πληθυσμό [50], στην Ινδία 7,5% στους άνδρες και 4,5% στις γυναίκες[51], στην Κίνα 4,1% στους άνδρες και 2,1% στις γυναίκες [52, 53] και στην Κορέα 4,5% στους άνδρες και 2,3% στις γυναίκες.[54] Σύμφωνα με τον Goodday, ο κίνδυνος ανάπτυξης ΣΑΑΥ παρουσιάζει θετική συσχέτιση σε σχέση με την ηλικία, καθώς στους υπερήλικες παρατηρείται ραγδαία

αύξηση. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός για τις ηλικίες αυτές είναι 28-67% για τους άνδρες και 20-54% για τις γυναίκες.[55]

Όσον αφορά τον παιδικό επιπολασμό του ΣΑΑΥ, στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται ποσοστό μεταξύ 0,8 και 2,8%. Η αναπνοή από το στόμα και η παχυσαρκία εντοπίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου για το ΣΑΑΥ στην παιδική ηλικία.[56]

2.3 Παθοφυσιολογία ΣΑΑΥ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η μεγάλη ηλικία, η παχυσαρκία, το ανδρικό φύλο, οι ανδρικές και οι γυναικείες ορμόνες, ανατομικοί και γενετικοί παράγοντες και οι συνήθειες του ατόμου (π.χ. το κάπνισμα) έχουν χαρακτηριστεί ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του ΣΑΑΥ. Η παχυσαρκία, η ηλικία, το φύλο, στάση του σώματος, οι ανδρικές και γυναικείες ορμόνες, διάφοροι ανατομικοί και γενετικοί παράγοντες, και τέλος οι συνήθειες του ατόμου.

Παχυσαρκία

Σύμφωνα με έρευνες, το 70% των ασθενών με ΣΑΑΥ είναι παχύσαρκοι.[57] Επίσης, η ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου, ή η διαφοροποίηση του μεταβολισμού της γλυκόζης ενισχύει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη ΣΑΑΥ. Ο ΔΜΣ, η αναλογία της περιφέρειας μεταξύ μέσης και ισχίου, και κοιλιακής χώρας με το λαιμό είναι οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό της παχυσαρκίας.[58] Παράλληλα, η μεγάλη περιφέρεια του λαιμού (>40 εκατοστά) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη ΣΑΑΥ, καθώς μια τέτοια κατάσταση υποδεικνύει την ύπαρξη αρκετού λίπους και μαλακών ιστών, γεγονός που έχει συσχετιστεί με αύξηση του κινδύνου για ανάπτυξη ΣΑΑΥ.[59,60]

Ηλικία

Η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει θετική συσχέτιση της ηλικίας με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΑΥ, καθώς ο επιπολασμός στους ηλικιωμένους είναι διπλάσιος έως τριπλάσιος συγκριτικά με τους μεσήλικες,

Φύλο

Θετική συσχέτιση παρατηρείται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ανάμεσα στο ανδρικό φύλο και τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΑΥ. Ένας άνδρας έχει 2-4 μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει ΣΑΑΥ σε σχέση με μία γυναίκα.[49]

Ανδρικές και γυναικείες ορμόνες

Η διεθνής βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η λειτουργία των μυών του άνω αεραγωγού επηρεάζεται από τα επίπεδα των ορμονών. Οι γενειογλωσσικοί μύες είναι ιδιαίτερα δραστήριοι στις γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία πριν την εμμηνόπαυση (συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση). Έτσι, οι υψηλότερες τιμές προγεστερόνης που παρουσιάζονται σε αυτό το στάδιο της ζωής μιας γυναίκας, φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά ως προς την ανάπτυξη ΣΑΑΥ.[61] Παρόμοια προστατευτική δράση φαίνεται να παρουσιάζεται και στην περίπτωση των οιστρογόνων, καθώς η χορήγηση αυτής της ορμόνης μειώνει τα επίπεδα της ιντερλευκίνης-6, τα οποία, σύμφωνα με έρευνες, είναι υψηλότερα σε άτομα με ΣΑΑΥ.[49]

Αντίθετα αποτελέσματα, σε σχέση με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, δείχνει να προκαλεί η χορήγηση τεστοστερόνης. Η εξωτερική χορήγηση τεστοστερόνης παραμορφώνει τον άνω αεραγωγό, διαφοροποιώντας τη σύσταση του λίπους και το απόθεμα των μαλακών ιστών του φάρυγγα. Αυτό, οδηγεί στη χαλάρωση των φαρυγγικών μυών και κατά συνέπεια στην αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης ΣΑΑΥ.[62]

Στάση του σώματος και βαρύτητα

Το σχήμα και οι διαστάσεις των άνω αεραγωγών διαμορφώνονται από τους μαλακούς ιστούς και τη θέση τους (υπερώα, σταφυλή, γλώσσα και φαρυγγικό τοίχωμα). Σημαντικό ρόλο στη θέση των μαλακών ιστών διαδραματίζει η βαρύτητα, όπως αυτή επηρεάζεται από τη στάση του σώματος. Τόσο στη ραχιαία θέση κατάκλισης, όσο και στην καθιστή θέση, παρουσιάζονται σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία της στοματικής κοιλότητας και κατά συνέπεια στο αναπνευστικό σύστημα.[63]

Κάπνισμα

Διχογνωμία έχει προκαλέσει το κατά πόσο η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται με την ανάπτυξη ΣΑΑΥ. Αν και υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι το κάπνισμα συνδέεται με διατάραξη της αρχιτεκτονικής του ύπνου, δεν υπάρχει ξεκάθαρη απόδειξη σχετικά με τη σχέση του καπνίσματος με το ΣΑΑΥ. Σε κάθε περίπτωση, όμως, κάπνισμα και ΣΑΑΥ χαρακτηρίζονται από μία συνεργατική σχέση ως προς την αύξηση της νοσηρότητας ως προς τις καρδιαγγειακές παθήσεις.[64]

Ανατομικοί παράγοντες

Η μείωση των δυνάμεων διόγκωσης του φαρυγγικού μυός παρουσιάζεται ως ο κυριότερος ανατομικός παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης ΣΑΑΥ. Αυτό συμβαίνει κατά τη δυσλειτουργία του γενειογλωσσικού μυός και στην απουσία συγχρονισμού εισπνευστικής δραστηριότητας του μυός και την αναπνευστικής προσπάθειας. Η υπερτροφία των αμυγδαλών, η μακρογλωσσία και οι ογκώδεις μαλακοί ιστοί της υπερώας αποτελούν επιπρόσθετους ανατομικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΑΑΥ.[46]

Ένας ακόμα ανατομικός παράγοντας ανάπτυξης ΣΑΑΥ αφορά την κάτω γνάθο. Η υποπλασία της κάτω γνάθου, η μικρογναθία, και η καθυστερημένη ανάπτυξή της προκαλεί την οπίσθια τοποθέτηση της βάσης της γλώσσας. Αυτό, δημιουργεί στενότητα του άνω αεραγωγού, παρεμποδίζοντας τη σωστή αναπνευστική λειτουργία.[65]

Τέλος, σημαντικός ανατομικός παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης ΣΑΑΥ θεωρείται η ανατομική ανωμαλία του αεραγωγού. Η ανωμαλία αυτή οδηγεί στη μερική ή ολική απόφραξη του αεραγωγού και δύναται να προκαλέσει επεισόδια άπνοιας και υπόπνοιας.[66,67]

Γενετικοί παράγοντες

Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφονται ερευνητικές προσπάθειες αναζήτησης γονιδίων που σχετίζονται με την ανάπτυξη ΣΑΑΥ και η επιστημονική κοινότητα αποδέχεται ότι το οικογενειακό ιστορικό προδιαθέτει την ανάπτυξη ΣΑΑΥ, δεν κατέστη δυνατός ο προσδιορισμός συγκεκριμένων γονιδίων. Ωστόσο, ο φαινότυπος του ΣΑΑΥ μπορεί να παρασχεθεί από το γεγονός ότι γενετικοί παράγοντες

επηρεάζουν την κρανιοεγκεφαλική δομή, την κατανομή του σωματικού λίπους, τον νευρικό έλεγχο του άνω αεραγωγού και του κεντρικού αναπνευστικού συστήματος. [68]

2.4. Διάγνωση

Για τη διάγνωση του ΣΑΑΥ θα πρέπει να πραγματοποιηθούν μετρήσεις που αφορούν τον ΔΜΣ και την καρδιαγγειακή λειτουργία. Επιπλέον, θα πρέπει να αξιολογηθεί ανατομικά ο άνω (ρινικές δίοδοι, στοματοφάρυγγας, υποφάρυγγας, λάρυγγας) και να πραγματοποιηθεί μία ακτινολογική μελέτη με πλευρική απεικόνιση ακτινών-Χ ή με τρισδιάστατη απεικόνιση ακτινών-Χ, η οποία δύναται να εντοπίσει πιθανές κρανιοπροσωπικές ανατομικές αλλοιώσεις.[46]

Η διάγνωση του ΣΑΑΥ πραγματοποιείται με την πολυπνογραφία. Αυτή η μέθοδος αποτυπώνει τον τρόπο λειτουργίας του σώματος κατά τη διάρκεια του ύπνου (κορεσμός οξυγόνου, αναπνοή, κινήσεις ποδιών, ροχαλητό, κατάσταση του ύπνου, και την κατάσταση της καρδιάς με ηλεκτροκαρδιογράφημα). Παράλληλα, καταγράφονται τα στάδια του ύπνου, ο αριθμός των αφυπνίσεων, ο αριθμός των απνοιών και υποπνοιών, τον χρόνο έναρξης ύπνου, αλλά και τις ώρες του αποδοτικού ύπνου, δηλαδή πόσες ώρες βρισκόταν σε κατάσταση ύπνου σε σχέση με τις ώρες που ήταν στο κρεβάτι.[69]

Ο δείκτης άπνοιας, ο δείκτης υπόπνοιας, ο δείκτης αναπνευστικής διαταραχής [Respiratory Disturbance Index, (RDI)] και ο χαμηλότερος κορεσμός της οξυαιμοσφαιρίνης είναι οι δείκτες που λαμβάνονται υπόψη για τον προσδιορισμό τόσο της ύπαρξης όσο και της σοβαρότητας του ΣΑΑΥ.

Η διακοπή της ροής του αέρα για 10 δευτερόλεπτα ή περισσότερο ορίζεται ως Άπνοια. Ο αριθμός των επεισοδίων άπνοιας που συμβαίνουν σε μία ώρα ονομάζεται Δείκτης Άπνοιας (ΔΑ). Η μείωση κατά 50% του εισπνεόμενου αέρα για περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα ονομάζεται Υπόπνοια και ο αριθμός των υποπνεϊκών επεισοδίων σε μία ώρα είναι ο Δείκτης Υπόπνοιας (ΔΥ). Ο αριθμός των επεισοδίων άπνοιας και υπόπνοιας ανά μία ώρα ύπνου είναι ο Δείκτης Αναπνευστικής Διαταραχής (ΔΑΔ). Η χαμηλότερη τιμή κορεσμού οξυγόνου που έχει μετρηθεί με παλμό οξυμετρίας κατά την διάρκεια της μελέτης ονομάζεται χαμηλότερος κορεσμός οξυαιμοσφαιρίνης. Αν ο ΔΑΔ είναι πέντε ή δέκα επεισόδια τότε θεμελιώνεται διάγνωση ΣΑΑΥ. Αν ο ΔΑΔ

παρουσιάσει τιμή μεγαλύτερη από 20 και τα επεισόδια αποκορεσμού οξυγόνου πέσουν σε ένα επίπεδο κάτω από 80% έως 85%, τότε το ΣΑΑΥ θεωρείται κλινικά σημαντικό.[67]

2.5. Διαχείριση

Το ΣΑΑΥ δύναται να αντιμετωπιστεί τόσο με χειρουργικά μέσα όσο και με μη χειρουργικά. Το ιστορικό του ασθενούς, η φυσική εξέταση, οι απεικονίσεις του άνω αεραγωγού, αλλά και η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς είναι δεδομένα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον σχεδιασμό της θεραπείας.[67]

Διαχείριση με μη χειρουργικά μέσα

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ασθενούς βρίσκεται στο επίκεντρο τη μη χειρουργικής διαχείρισης και θεραπείας του ΣΑΑΥ. Σημαντική θεωρείται η διακοπή του καπνίσματος, η αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και η μείωση του ΔΜΣ. Παράλληλα, η χρήση ειδικών συσκευών (π.χ. CPAP) και η προτριπτυλίνη και η μεδροξυπρογεστερόνη που συνταγογραφούνται ως φάρμακα διαχείρισης του ΣΑΑΥ αποτελούν τα πιο βασικά μη χειρουργικά μέσα διαχείρισης του ΣΑΑΥ.[46,66,67,70]

Διαχείριση με χειρουργικά μέσα

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 επιχειρήθηκε με τραχειοστομία να επιτευχθεί θεραπεία του ΣΑΑΥ. Ο χειρουργικός αυτός τρόπος παράκαμψης του άνω αεραγωγού γνώρισε την επιτυχία στο σύνολο των περιπτώσεων.[67]

Η σταφυλο-υπερωιο-φαρυγγοπλαστική χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά για τη θεραπεία του ΣΑΑΥ το 1981. Η αφαίρεση της σταφυλής, η περικοπή της μαλακής υπερώας και η αφαίρεση της περιττής βλεννογόνου των πλευρικών και οπίσθιων τοιχωμάτων του φάρυγγα ήταν ο στόχος αυτής της χειρουργικής επέμβασης, ώστε με αυτή την ανατομική παρέμβαση να απαλειφθούν οι ανατομικοί παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο για ΣΑΑΥ. Αν και η συγκεκριμένη μέθοδος ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής, λιγότερο τους μισούς ασθενείς βελτιώθηκαν μετά την επέμβαση και μόλις το 25% των ασθενών θεραπεύτηκαν πλήρως.

Η ορθογναθική χειρουργική ως χειρουργικό μέσο διαχείρισης του ΣΑΑΥ εμφανίστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1970.[67]

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι υπερτροφικές αμυγδαλές αποτελούν σημαντικό ανατομικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΣΑΑΥ. Η αμυγδαλεκτομή σε

οποιαδήποτε ηλικία, όταν υπάρχει σοβαρή περίπτωση απόφραξης αμυγδαλών, ωφελεί σημαντικά και παρέχει θετικά αποτελέσματα ως προς τη διαχείριση της απόφραξης του άνω αεραγωγού.[46]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών

Το Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών (ΣΑΠ), το οποίο είναι γνωστό και ως ασθένεια Willis-Ekbom, είναι μια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την ανάγκη του ατόμου να μετακινήσει τα άκρα του. Αυτή η διαταραχή επηρεάζει κυρίως το κάτω μέρος του σώματος, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι ασθενείς παραπονέθηκαν για δυσφορία στο πάνω μέρος του σώματος. Τα συμπτώματα αρχίζουν ή επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια περιόδων ανάπαυσης και αδράνειας (συνήθως τη νύχτα), με αποτέλεσμα το ΣΑΠ να αποτελεί σημαντική διαταραχή του ύπνου.[71]

Το ΣΑΠ υπολογίζεται ότι προσβάλλει το 7-10% του ενήλικου γενικού πληθυσμού σε Ευρώπη και Αμερική.[72-77] Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΣΑΠ σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες και τα ποσοστά αυξάνονται αναλογικά με την ηλικία. Κάποιες έρευνες έχουν επισημάνει ότι ο επιπολασμός του ΣΑΠ στους ηλικιωμένους είναι 18-23%.[78,79] Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους, το ΣΑΠ είναι αρκετά συχνό, καθώς προσβάλλει το 1-4% αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.[80-82] Αν και ο επιπολασμός του ΣΑΠ βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, υπολογίζεται ότι μόνο το 1-3% παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα.[76-77, 81, 83-84]

3.2. Παθοφυσιολογία

Έλλειψη Σιδήρου

Αρκετές έρευνες έχουν θεμελιώσει μία πολύ σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μεταβολισμό του σιδήρου και το ΣΑΠ, ειδικά στην περιοχή του εγκεφάλου.[85] Υπάρχουν κάποιες αρχικές εκτιμήσεις ότι υπάρχει πιθανή συσχέτιση του ΣΑΠ με τα επίπεδα σιδήρου, καθώς έχει βρεθεί υψηλότερος επιπολασμός σε άτομα με περιφερική έλλειψη σιδήρου και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων εντείνεται αντιστρόφως ανάλογα με τα επίπεδα σιδήρου.[86-87] Αν και η παραπάνω θεωρία έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση [88-90], κοινό τόπο των ερευνητών αποτελεί η πεποίθηση ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση ανάμεσα στο ΣΑΠ και τα επίπεδα σιδήρου στην περιοχή του εγκεφάλου.[85]

Ντοπαμίνη

Η διερεύνηση του ρόλου της ντοπαμίνης στην παθοφυσιολογία του ΣΑΠ ξεκίνησε μετά τη διαπίστωση της σημαντικής βοήθειας που προσφέρουν οι αγωνιστές της ντοπαμίνης στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ΣΑΠ. Ωστόσο, μέχρι στιγμής, δεν έχουν υπάρξει μελέτες που να αποδεικνύουν μία τέτοια συσχέτιση, παρά μόνο τη σχέση ανάμεσα στην απορρύθμιση της ντοπαμίνης και των συμπτωμάτων του ΣΑΠ. [85, 91-93]

3.3. Διάγνωση

Η διαγνωστική προσέγγιση σε έναν ασθενή με ΣΑΠ θα πρέπει να περιλαμβάνει μέτρηση φερριτίνης στον ορό (χαμηλό φυσιολογικό: 75μg/λίτρο), ποσοστό κορεσμού τρανσφερίνης (δείκτης ανεπαρκών αποθεμάτων σιδήρου όταν βρίσκεται κάτω από 20-25%), και σε κάποιες επιλεγμένες περιπτώσεις, αξιολόγηση επιπέδων σιδήρου.[94]

3.4. Θεραπεία

Μη φαρμακευτική παρέμβαση

Η μη φαρμακευτική προσέγγιση αποτελεί το πρώτο στάδιο διαχείρισης του Συνδρόμου και συνήθως αρκεί, ειδικά για περιπτώσεις ήπιου ΣΑΠ. Η μη φαρμακευτική παρέμβαση περιλαμβάνει μέτρα όπως μαλάξεις, διατάσεις, περπάτημα, παιχνίδια γνωσιακής απόσπασης, θερμά ή δροσερά λουτρά.[95-99] Σημαντικό μη φαρμακευτικό μέτρο αποτελεί και η εκπαίδευση ύπνου, η οποία περιλαμβάνει συμβουλές για τη διασφάλιση ενός τακτικού κύκλου ύπνου-αφύπνισης. Ωστόσο, η συμβολή των παραπάνω παρεμβάσεων δεν έχει αποδειχθεί και συνήθως συστήνονται ως μέτρα αποφυγής υψηλότερων δόσεων φαρμάκων, ειδικά στις πιο σοβαρές περιπτώσεις.[94]

Φαρμακευτική παρέμβαση

Για τους ασθενείς με χρόνια και επίμονα συμπτώματα προτείνεται η συνταγογράφηση καθημερινής φαρμακευτικής αγωγής η επιλογή της οποίας εξαρτάται από τις συννοσηρότητες και την ένταση των συμπτωμάτων.

Θεραπεία υποκατάστασης σιδήρου

Όπως αναφέρθηκε, η ανεπάρκεια σιδήρου είναι βασικός παράγοντας στην παθοφυσιολογία του ΣΑΠ. Εάν τα αποθέματα σιδήρου είναι χαμηλά, θα πρέπει να

ακολουθηθεί μία θεραπεία υποκατάστασης σιδήρου, είτε ως μοναδική θεραπεία -σε περίπτωση που τα συμπτώματα είναι σχετικά ήπια- ή σε συνδυασμό με άλλη θεραπεία ΣΑΠ.

Gabapentinoid/Alpha-2-Delta Ligand

Τα φάρμακα που προτιμώνται κατ' αρχάς για τη διαχείριση του ΣΑΠ είναι η γκαμπαπεντίνη και τα σχετικά της φάρμακα (gabapentin, enacarbil, pregabalin).[100-102] Τα φάρμακα άλφα-2-δέλτα έχουν έναν μηχανισμό δράσης που επηρεάζει την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών.

Ντοπαμινεργικές θεραπείες

Οι αγωνιστές ντοπαμίνης (πραμιπεξόλη, ροπινιρόλη, ροτιγοτίνη) είναι οι παραδοσιακοί βασικοί άξονες θεραπείας για το ΣΑΠ. Αρχικά, ανακαλύφθηκε ότι η καρβιντόπα/λεβοντόπα (Sinemet) ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ΣΑΠ και έδωσε την αφορμή για την υπόθεση του ρόλου της ντοπαμίνης στη διαχείριση του ΣΑΠ. Στη συνέχεια, μία σειρά από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι αγωνιστές ντοπαμίνης ενδείκνυνται για τη διαχείριση του ΣΑΠ.[103-108]

Θεραπεία με οπιοειδή

Η χρήση οπιοειδών για τη διαχείριση του ΣΑΠ έχει θεμελιωθεί σε ανάλογες μελέτες. Τα οπιοειδή συνήθως προορίζονται για ασθενείς στους οποίους έχουν αποτύχει άλλες φαρμακευτικές παρεμβάσεις.[109-110]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Γνωσιακή Λειτουργία

Οι προσπάθειες χαρακτηρισμού και ταξινόμησης της γνωσιακής λειτουργίας και απόδοσης στην κλινική νευροψυχολογία καταλήγουν στη διαίρεση της γνωσιακής λειτουργίας σε τομείς και υποτομείς.[111] Υπάρχουν διάφοροι τρόποι διάκρισης των τομέων της γνωσιακής λειτουργίας. Αυτοί καθορίζουν την ταξινόμηση βάσει της γενικής γνωσιακής διαδικασίας, όπως η μνήμη, η προσοχή, η γλώσσα και η εκτελεστική λειτουργία, βάσει της περιφερειακής λειτουργίας του εγκεφάλου, που προκύπτουν από μελέτες αλλοιώσεων του μετωπιαίου λοβού, του κροταφικού λοβού, του βρεγματικού λοβού, του ιππόκαμπου ή άλλων δομών. Ένας άλλος τρόπος διάκρισης των τομέων της γνωσιακής λειτουργίας βασίζεται στην πολυπλοκότητα των γνωσιακών λειτουργιών. Για παράδειγμα, οι βασικές αισθητηριακές και αντιληπτικές λειτουργίες είναι λιγότερο περίπλοκες, ενώ η λογική και η επίλυση προβλημάτων, που αναφέρονται ως εκτελεστική λειτουργία, είναι πιο περίπλοκες. Με αυτόν τον τρόπο προκύπτει ότι οι εκτελεστικές λειτουργίες περιλαμβάνουν τον συντονισμό λειτουργιών, όπως οι αισθητηριακές, οι αντιληπτικές λειτουργίες που σχετίζονται με την προσοχή, και άλλων λιγότερο σύνθετων λειτουργιών, ενώ οι απλές αισθητηριακές λειτουργίες απαιτούν ελάχιστη επεξεργασία υψηλότερου επιπέδου. Η γενική οργανωτική δομή των γνωσιακών λειτουργιών-ικανοτήτων βασισμένη στον τύπο των διαδικασιών και το περιεχόμενο των τομέων παρουσιάζεται ακολούθως: [112]

- **Αίσθηση**
 - Πολυαισθητηριακή
- **Αντίληψη**
 - Αναγνώριση αντικειμένων
 - Οργανωτικές στρατηγικές
- **Κινητικές δεξιότητες και κατασκευή**
 - Αντιγραφή
 - Ζωγραφική - Σχέδιο
 - Άλλες πρακτικές δεξιότητες
- **Προσοχή και συγκέντρωση**
 - Επιλεκτική προσοχή
 - Διαρκή προσοχή

- **Μνήμη**
 - Μνήμη εργασίας
 - Προφορική
 - Χωρική
 - Αντικειμένου
 - Τοποθεσίας
 - Συστατικά μνήμης εργασίας
 - Κεντρικό στέλεχος
 - Διατήρηση πληροφορίας
 - Διαχείριση πληροφορίας
 - Επεισοδική μνήμη
 - Λεκτική
 - Μη λεκτική
 - Κωδικοποίηση
 - Αποθήκευση
 - Ανάκτηση
 - Ελεύθερη ανάκληση
 - Ανάκληση κατόπιν υπενθύμισης
 - Αναγνώριση υποχρεωτικής επιλογής
 - Διαδικαστική μνήμη
 - Σημασιολογική μνήμη
 - Προοπτική μνήμη
 - Μνήμη βασισμένη στο χρόνο
 - Μνήμη βασισμένη σε γεγονότα
- **Εκτελεστική λειτουργία**
 - Αιτιολογία
 - Επίλυση προβλήματος
 - Διαχείριση δεξιοτήτων
- **Ταχύτητα επεξεργασίας**
 - Σημασιολογικά σχετική (ευχέρεια)
 - Κωδικοποίηση και παρακολούθηση
- **Γλωσσικές / λεκτικές δεξιότητες**
 - Κατονομασία

- Ευχέρεια
- Ανάγνωση και κατανόηση

Αίσθηση και Αντίληψη

Η αίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να εντοπίσει ένα ερεθίσμα μέσω των πέντε αισθήσεων, της όρασης, της ακοής, της γεύσης, της όσφρησης και της αφής. Η ικανότητα αναγνώρισης ενός ερεθίσματος εμπίπτει στον τομέα της αντίληψης ανεξαρτήτως αισθητηριακής μεθόδου. Στον τομέα της αντίληψης, οι πληροφορίες τίθενται υπό επεξεργασία και ενσωμάτωση. Επιπλέον, μία έννοια της αντίληψης είναι η αναγνώριση των αντικειμένων που έγιναν αντιληπτά μέσω των αισθήσεων. Επομένως, η αντίληψη μπορεί να αξιολογηθεί ως προς την ικανότητα αναγνώρισης ήχων, αντικειμένων, κ.λπ.[113]

Κινητικές δεξιότητες και κατασκευή

Οι κινητικές δεξιότητες περιλαμβάνουν ικανότητες που αφορούν τη λεπτή κινητικότητα, αλλά και πιο σφαιρικές δεξιότητες, όπως η ισορροπία. Μέσω συγκεκριμένων μεθόδων μπορεί να αξιολογηθεί η πλευρική λειτουργία του εγκεφάλου και να εντοπιστούν προβλήματα σε βασικές κινητικές δεξιότητες.[114]

Η κατασκευή αναφέρεται στην ικανότητα αντιγραφής ή παραγωγής σχεδίων αντικειμένων. Η αξιολόγηση της δεξιότητας της κατασκευής περιλαμβάνει την αντιγραφή του σύνθετου σχήματος Rey, και άλλα τεστ σχεδίασης που είναι ενσωματωμένα σε ερωτηματολόγια, όπως το Mini-Mental State Examination (MMSE), ή Γνωσιακή Αξιολόγηση του Μόντρεαλ (MOCA).[115-117] Έλλειμμα στη δεξιότητα κατασκευής συνήθως εντοπίζεται σε άτομα με άνοια, με αλλοιώσεις του δεξιού ημισφαιρίου ή με βλάβες στον βρεγματικό φλοιό.[118]

Προσοχή και συγκέντρωση

Η προσοχή και η συγκέντρωση είναι μία πολυπαραγοντική κατασκευή και χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: στην επιλεκτική προσοχή και στη διαρκή προσοχή. Η επιλεκτική προσοχή αναφέρεται στην ικανότητα εστίασης σε πληροφορίες που είναι σχετικές και σημαντικές και αδιαφορίας για τις άσχετες. Η αξιολόγηση της επιλεκτικής προσοχής συνήθως πραγματοποιείται με δοκιμασίες στις οποίες ζητείται η εστίαση σε συγκεκριμένες πληροφορίες, παρέχοντας ταυτόχρονα ερεθίσματα άσχετων

πληροφοριών.[119-120] Από την άλλη πλευρά, η διαρκής προσοχή σχετίζεται με την ικανότητα διατήρησης της προσοχής με την πάροδο του χρόνου. Αυτή αξιολογείται με δοκιμασίες στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να ανιχνεύσουν ερεθίσματα που παρουσιάζονται άτακτα κατά τη ροή άλλων ερεθισμάτων.[121]

Μνήμη

Η μνήμη είναι ο πιο περίπλοκος και πολυπαραγοντικός τομέας της γνωσιακής λειτουργίας. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες και έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες αξιολόγησης για τις περισσότερες από αυτές. Η μνήμη εργασίας αναφέρεται στην ικανότητα διατήρησης πληροφοριών στη συνείδηση, ώστε να χρησιμοποιηθούν, όταν κριθεί απαραίτητο. Περιλαμβάνει λεκτικές και μη λεκτικές πληροφορίες από όλες τις αισθήσεις. Σημαντικές υποκατηγορίες της μνήμης είναι η διατήρηση πληροφορίας και η διαχείριση πληροφορίας.[122] Η διατήρηση πληροφορίας σχετίζεται με τη μνήμη για τις λεκτικές, χωρικές και άλλες πληροφορίες, ενώ η διαχείριση πληροφορίας στη διαδικασία διαχείρισης πληροφοριών που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη εργασίας.

Όσον αφορά την επεισοδική μνήμη, αυτή αναφέρεται στις διαδικασίες αποθήκευσης λεκτικών και μη λεκτικών πληροφοριών στη μνήμη εργασίας, τη διατήρηση και την ανάκτησή τους. Έτσι, η ανάμνηση καθημερινών εμπειριών εντάσσεται στην επεισοδική μνήμη. Αντίθετα, η κατηγορία μνήμης που σχετίζεται με την εκτέλεση καθημερινών και επαναλαμβανόμενων δραστηριοτήτων (π.χ. οδήγηση ποδηλάτου) εντάσσεται στη διαδικαστική μνήμη.

Η σημασιολογική μνήμη, ή μακροπρόθεσμη μνήμη, όπως, επίσης, λέγεται, ασχολείται με τη διαδικασία μακροπρόθεσμης αποθήκευσης λεκτικών πληροφοριών, που έχουν υποστεί επεξεργασία και έχουν αποθηκευτεί. Αυτή η κατηγορία μνήμης δεν επηρεάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής και συνεχίζει να συγκεντρώνει νέες πληροφορίες μέχρι το θάνατο.[123]

Τέλος, η προοπτική μνήμη είναι η ικανότητα να θυμάται κανείς την εκτέλεση μελλοντικών εργασιών, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η προετοιμασία γευμάτων και άλλες εργασίες που απαιτούν χρονισμό και εκτέλεση σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους.[124]

Εκτελεστική λειτουργία

Εκτελεστική λειτουργία είναι το σύνολο των γνωσιακών λειτουργιών που αξιοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες υποκατηγορίες, ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και τον σχεδιασμό του μέλλοντος. Εργασίες επίλυσης προβλημάτων, σχεδιασμού, διαχείρισης λαβυρίνθου και άλλες πολύπλοκες εργασίες, στις οποίες απαιτείται ενεργοποίηση πολλαπλών γνωσιακών λειτουργιών εμπίπτουν στην κατηγορία της εκτελεστικής λειτουργίας.[125-126]

Ταχύτητα επεξεργασίας

Η ταχύτητα επεξεργασίας αναφέρεται σε διαδικασίες γνωστικής επεξεργασίας πληροφοριών που απαιτούν ταχεία εκτέλεση απλών ή περίπλοκων εργασιών. Για την αξιολόγηση αυτής της γνωσιακής λειτουργίας λαμβάνεται υπόψη η ταχύτητα απάντησης σε συνδυασμό με την ορθότητα της απάντησης. Η ταχύτητα επεξεργασίας είναι μία ιδιαίτερα σημαντική κατηγορία της γνωσιακής λειτουργίας, καθώς συχνά παρουσιάζεται έλλειμμα σε αυτήν σε διάφορες νευροψυχιατρικές καταστάσεις.[127]

Γλωσσικές / Λεκτικές δεξιότητες

Οι γλωσσικές / λεκτικές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ικανότητα κατανόησης της γλώσσας, την πρόσβαση στη σημασιολογική μνήμη, την αναγνώριση αντικειμένων με το όνομά τους, την ανταπόκριση και συμμόρφωση σε οδηγίες, κ.λπ. Οι δεξιότητες αυτές δύνανται να επηρεαστούν σημαντικά σε διάφορες νευροψυχιατρικές παθήσεις και σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης, εγκεφαλικού επεισοδίου ή εκφυλιστικής άνοιας.[128]

4.2. Άνοια

Άνοια ονομάζεται οποιαδήποτε διαταραχή, στην οποία παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα της γνωσιακής λειτουργίας. Το έλλειμμα αυτό επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία του ατόμου στον εργασιακό χώρο, στο οικιακό περιβάλλον και στην κοινωνία. Ο παγκόσμιος επιπολασμός υπολογίζεται ότι κυμαίνεται στο 7% για τις ηλικίες άνω των 65, και το ποσοστό αυξάνεται στο 8-10% για τις ανεπτυγμένες χώρες, λόγω μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής.[129] Μολονότι διαγιγνώσκονται ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις άνοιας σε νεαρή ηλικία, η άνοια είναι μία κατάσταση που επηρεάζει τους ηλικιωμένους, για τους οποίους αποτελεί κύριο παράγοντα

αναπηρίας και εξάρτησης.[130,131] Η προχωρημένη ηλικία, το γενετικό προφίλ και η συστηματική αγγειακή νόσος αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη άνοιας. [132] Τα περισσότερα περιστατικά άνοιας σε άτομα προχωρημένης ηλικίας οφείλονται σε κάποιο βαθμό νευροεκφυλισμού. Η νόσος Αλτσχάιμερ, η αγγειακή άνοια, η νόσος Πάρκινσον είναι κάποιες μορφές εκφυλιστικής άνοιας.[133]

Δεδομένου ότι η άνοια παρατηρείται σε άτομα μεγάλης ηλικίας, ανησυχία προκαλεί η πρόβλεψη ότι μέχρι το 2050 ο αριθμός των ανθρώπων ηλικίας 60 ετών αναμένεται να αυξηθεί κατά 1,25 δισεκατομμύρια, αντιπροσωπεύοντας το 22% του παγκόσμιου πληθυσμού. Μάλιστα το 79% αυτών προβλέπεται να ζει στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές του κόσμου, όπου η ευαισθητοποίηση για την άνοια κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα και η ετοιμότητα των συστημάτων υγείας είναι πολύ περιορισμένη. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμο να τεθεί υπό παγκόσμια παρακολούθηση ο επιπολασμός της άνοιας και η γεωγραφική της κατανομή, ώστε να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά σε μία εποχή έντονων δημογραφικών και υγειονομικών αλλαγών.[129]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Εργασία

Η εργασία έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία κάθε ανθρώπου, καθώς αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής και καθένας που βρίσκεται σε παραγωγική ηλικία έχει δικαίωμα να εργάζεται υγιής και ασφαλής. Τα οφέλη της εργασίας είναι ποικίλα και εκτείνονται πέραν των ορίων που αφορούν την καλή σωματική και ψυχική υγεία: προσφέρει κοινωνική θέση, δυνατότητα κοινωνικοποίησης και την αίσθηση ότι αποτελεί μέρος της κοινωνίας. Τονώνει την αυτοπεποίθηση, εδραιώνει την αυτοεκτίμηση και δομεί την ταυτότητα του ατόμου. Παρέχει χρήματα και άλλους πόρους που είναι απαραίτητοι για την επίτευξη της υλικής ευημερίας, αλλά είναι και ένας τρόπος εκδήλωσης της κοινωνικής και πολιτικής συνείδησης κάποιου μέσω της αφιλοκερδούς προσφοράς του σε εθελοντικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις.[134-135]

Το δικαίωμα στην εργασία θεμελιώνεται στο Άρθρο 23 της Διακήρυξης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το οποίο αναφέρει ότι «ο καθένας έχει το δικαίωμα στην εργασία, στην ελεύθερη επιλογή επαγγέλματος, στις δίκαιες και ευνοϊκές συνθήκες εργασίας και στην προστασία έναντι της ανεργίας».

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη εργασίας ή η ανεργία αναγνωρίζονται ως ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά προβλήματα και ως ένα ζήτημα δημόσιας υγείας. Έχει συσχετιστεί με επιδείνωση της υγείας, και κατ' επέκταση με αρνητικά κοινωνικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, έχει συσχετιστεί με υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, επιδείνωση της ψυχικής υγείας, περισσότερη αναζήτηση ιατρικών συμβουλών, αύξηση χρήσης φαρμάκων και ποσοστών εισαγωγής στα νοσοκομεία, υψηλότερη θνησιμότητα -κυρίως λόγω καρδιαγγειακών προβλημάτων-, πνευμονοπάθεια, αύξηση αριθμού αυτοκτονιών και μείωση προσδόκιμου ζωής. Τα παραπάνω προβλήματα υφίστανται ακόμα και μετά την προσαρμογή των δεδομένων στην κοινωνική τάξη, τη φτώχεια, την ηλικία και την προϋπάρχουσα νοσηρότητα.[136-137]

5.2 Εργασιακή ικανότητα

Εργασιακή ικανότητα ονομάζεται η ικανότητα του εργαζομένου να εκτελεί τις εργασίες του, λαμβάνοντας υπόψη τις συγκεκριμένες -κάθε φορά- εργασιακές

απαιτήσεις, την ατομική του υγεία και την ψυχική του κατάσταση. Σύμφωνα με το “Position Paper on Age and Employment” η εργασιακή ικανότητα είναι ένας συνδυασμός παραγόντων: υγεία, λειτουργικές ικανότητες (σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές), εκπαίδευση, επάρκεια προσόντων, αξίες και συμπεριφορές, κίνητρα, απαιτήσεις εργασίας, περιβάλλον εργασίας και διαχείριση. Η εργασιακή ικανότητα διαφέρει από τα αποκαλούμενα προσόντα, τα οποία αναφέρονται στις ιδιαίτερες ικανότητες που πρέπει κάποιος να διαθέτει για να φέρει εις πέρας τις απαιτήσεις που χαρακτηρίζουν μία εργασιακή θέση.[138-139]

5.3. Εργασιακή απόδοση

Η εργασιακή απόδοση αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος και έρευνας πολλών επιστημών. Σημαντικός παράγοντας της εργασιακής απόδοσης αποτελεί και η κατάσταση υγείας του εργαζομένου, καθώς ένα πρόβλημα υγείας δημιουργεί άμεσα και έμμεσα κόστη και επηρεάζει σημαντικά την εργασιακή απόδοση.

Η μειωμένη εργασιακή απόδοση, η απουσία από την εργασία λόγω ασθενείας και τα εργατικά ατυχήματα αποτελούν τα βασικότερα προβλήματα υγείας τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την απόδοση του εργαζομένου.[140] Η αρθρίτιδα, το άσθμα, η ΧΑΠ η κατάθλιψη και οι χρόνιοι πονοκέφαλοι είναι οι ασθένειες που επηρεάζουν σημαντικά τη συχνότητα απουσίας από την εργασία.[141]

Τέλος, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι Διαταραχές του Ύπνου, μεταξύ των οποίων το ΣΑΑΥ και το ΣΑΠ, αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα μείωσης της εργασιακής απόδοσης και την ύπαρξη απουσιών στην εργασία, αλλά και εργατικών ατυχημάτων.[142]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Μεσογειακή Διατροφή

Ο τρόπος ζωής των ανθρώπων έχει συσχετιστεί με τις περισσότερες από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες.[143] Φυσικά, κύριο κομμάτι του τρόπου ζωής αποτελεί η διατροφή. Η Μεσογειακή Διατροφή, βάσει ερευνών, λειτουργεί κατασταλτικά όσον αφορά την ανάπτυξη κάποιας νόσου, και συμβάλλει στην επίτευξη μακροζωίας.[144]

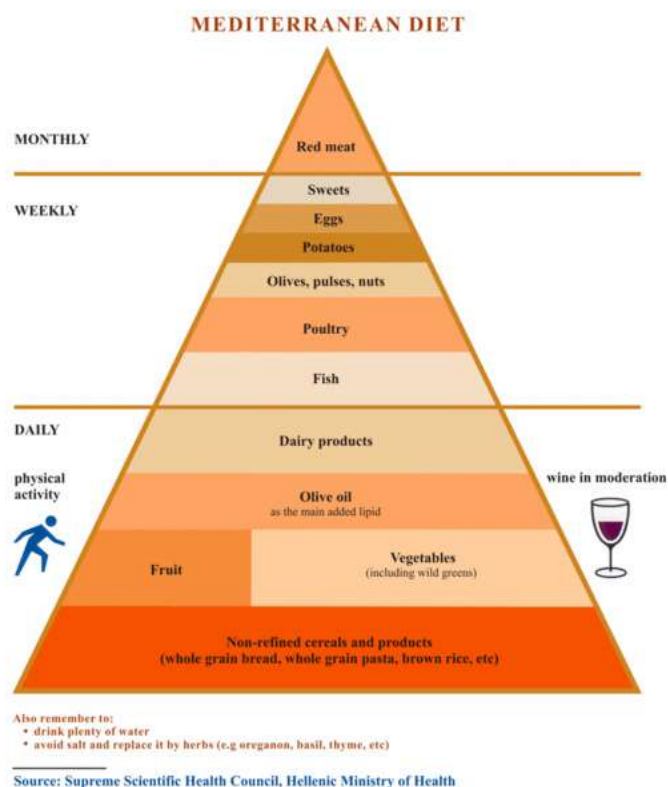
6.2. Χρονικό της Μεσογειακής Διατροφής

Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) αρχικά ορίστηκε από τον Keys ως η διατροφή που είναι πλούσια σε φυτικά έλαια και χαρακτηρίζεται από χαμηλά κορεσμένα λιπαρά, και παρατηρήθηκε στην Ελλάδα και τη Νότια Ιταλία κατά τη δεκαετία του 1960.[145] Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε επτά χώρες, η υιοθέτηση της ΜΔ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης μετά από εικοσιπεντάχρονη παρακολούθηση.[146-147] Τις τελευταίες δεκαετίες, η μελέτη της ΜΔ έχει προχωρήσει αρκετά και εξελίχθηκε σε σχέση με τον αρχικό ορισμό του Keys. Εισήχθησαν γενικές περιγραφές, διατροφικές πυραμίδες, συστήματα *a priori* βαθμολόγησης, *a posteriori* διατροφικά πρότυπα ή ανάλυση θρεπτικών συστατικών.[148]

6.3. Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

Το πρότυπο της ΜΔ συνήθως παρουσιάζεται με τη μορφή μιας πυραμίδας, η βάση της οποίας αναφέρεται σε τρόφιμα που προτείνεται να καταναλώνονται περισσότερο συχνά, ενώ η κορυφή της πυραμίδας σε τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται σπάνια (**Εικόνα 1**). Τα υπόλοιπα τρόφιμα καταλαμβάνουν ενδιάμεσες θέσεις. Πιο συγκεκριμένα, αυτό το διατροφικό πρότυπο αποτελείται από: (α) καθημερινή κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών και προϊόντων, όπως ψωμί ολικής άλεσης, ζυμαρικά, ρύζι, κ.λπ (8 μερίδες / ημέρα), λαχανικά (2-3 μερίδες / ημέρα), φρούτα (4-6 μερίδες / ημέρα), ελαιόλαδο (το κύριο προστιθέμενο λιπίδιο στο καθημερινό μαγείρεμα), και τα άπαχα ή χαμηλών λιπαρών γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα. 1-2 μερίδες / ημέρα), (β) εβδομαδιαία κατανάλωση πατάτας (4-5 μερίδες / εβδομάδα), ψάρι (4-5 μερίδες / εβδομάδα), ελιές, όσπρια και ξηρούς καρπούς (> 4 μερίδες / εβδομάδα), και πιο σπάνια πουλερικά (1-3 μερίδες / εβδομάδα),

αυγά και γλυκά (1-3 μερίδες / εβδομάδα) και (γ) μηνιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος και προϊόντων κρέατος (4-5 μερίδες / μήνα). Επιπροσθέτως, αναφέρεται η μέτρια κατανάλωση κρασιού (1-2 ποτήρια κρασιού / ημέρα), το οποίο συνήθως συνοδεύει τα γεύματα.



Εικόνα 1. Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

6.4. Οφέλη της υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής

Η ΜΔ έχει συνδυαστεί με ευνοϊκές αλλαγές σε αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως το σωματικό βάρος, ο Δείκτης Μάζας Σώματος, κ.α.[149] Επίσης, έχει συνδεθεί με αξιοσημείωτη μείωση του κινδύνου για καρκίνο του ανώτερου αναπνευστικού σωλήνα και αυτό εξηγεί τον μικρότερο αριθμό καρκίνων τέτοιου τύπου στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι η συνήθεια του καπνίσματος παρατηρείται σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων.[150]

Σημαντικός είναι ο ρόλος της Μεσογειακής Διατροφής και στον καρκίνο του πνεύμονα. Πιο συγκεκριμένα, συνδέθηκε με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου που θεωρείται από τους πιο συνηθισμένους στους άνδρες και τις γυναίκες και αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο, ιδιαίτερα των καπνιστών.[151]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας

7.1. Ορισμοί της πρόσβασης

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1978)

Η Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας αναφέρεται στη συνεχή και οργανωμένη παροχή φροντίδας που είναι γεωγραφικά, οικονομικά, πολιτιστικά και λειτουργικά προσβάσιμη σε ολόκληρη την κοινότητα. Η φροντίδα υγείας πρέπει να είναι κατάλληλη, επαρκής σε περιεχόμενο και να ικανοποιεί τις ανάγκες των ανθρώπων, και να παρέχεται με μεθόδους αποδεκτές από αυτούς.[152]

Γραφείο Οργάνωσης Υγείας (1979)

Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας είναι η ικανότητα ενός πληθυσμού ή ενός τμήματος του πληθυσμού να αποκτήσει διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. Η ικανότητα αυτή καθορίζεται από οικονομικούς, χρονικούς, γεωγραφικούς, αρχιτεκτονικούς, πολιτιστικούς, οργανωτικούς και πληροφοριακούς παράγοντες που σε κάποιες περιπτώσεις λειτουργούν ως εμπόδια, ενώ σε άλλες ως διευκολυντικοί παράγοντες.[153]

Aday και Andersen (1981)

Η Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας καθορίζεται από εκείνες τις διαστάσεις που περιγράφουν τη δυνατότητα και την πραγματική είσοδο μιας δεδομένης ομάδας πληθυσμού στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Οι παράγοντες πιθανής πρόσβασης είναι η διαθεσιμότητα, η οργάνωση, η προδιάθεση, η διευκόλυνση και οι παράγοντες που καθορίζουν το είδος της ανάγκης. Οι παράγοντες της πραγματικής πρόσβασης είναι η ευκολία, η διαθεσιμότητα, η χρηματοδότηση, τα χαρακτηριστικά του παρόχου, η ποιότητα, ο τύπος της υπηρεσίας υγείας, η γεωγραφική θέση, ο σκοπός και το χρονικό διάστημα παρεχόμενης φροντίδας.[154]

Penchansky και Thomas (1981)

Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας είναι μία γενική ιδέα που συνοψίζει ένα σύνολο πιο συγκεκριμένων διαστάσεων που περιγράφουν το συνταίριασμα μεταξύ ασθενούς και συστήματος υγείας. Οι συγκεκριμένες διαστάσεις είναι η διαθεσιμότητα,

η προσβασιμότητα, η χωροταξική οργάνωση η οικονομική δυνατότητα και η αμεσότητα των υπηρεσιών.[155]

Khan και Bhardwaj (1994)

Ως Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ορίζεται είτε η ικανότητα λήψης των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας, είτε -από την άποψη της πιθανής/πραγματικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας- το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας, η οποία καθορίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του συστήματος υγείας και των χαρακτηριστικών των πιθανών χρηστών.[156]

Rogers και συνεργάτες (1999)

Βέλτιστη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει η παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών την κατάλληλη στιγμή στην κατάλληλη τοποθεσία.[157]

Haggerty και συνεργάτες (2011)

Ο λειτουργικός ορισμός της προσβασιμότητας -όσον αφορά την πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας- είναι η ευκολία με την οποία ένα άτομο μπορεί να λάβει την απαραίτητη φροντίδα υγείας (συμπεριλαμβανομένων των συμβουλών και της υποστήριξης) από τον ιατρό της επιλογής του εντός του χρονοδιαγράμματος που καθορίζεται από τον επείγοντα χαρακτήρα του προβλήματος υγείας.[158]

7.2 Πρόσβαση και ισότητα στη φροντίδα υγείας

Η «ισότητα στη φροντίδα υγείας» αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες αξίες της κοινωνικής πρόνοιας, όπου η ίση πρόσβαση στην διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες, η ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες και η ίση ποιότητα στην φροντίδα για όλους κρίνονται ως απόλυτες προτεραιότητες.[159] Επομένως, η κατανομή των υπηρεσιών οφείλει να εξυπηρετεί την εξ ίσου ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί ένα πολυσύνθετο ζήτημα που αφορά κυρίως τις ανισότητες που παρουσιάζονται σε επίπεδο δημόσιας και ατομικής υγείας. Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, οι ανισότητες που παρατηρούνται αφορούν πολυδιάστατα κοινωνικά προβλήματα, όπως την κοινωνική δικαιοσύνη, την αλληλεγγύη, την ισότητα και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η όποια πρόοδος έχει διαφανεί στο επίπεδο τεχνολογίας, γνώσεων, θεραπείας και κοινωνικών συνθηκών δεν

έχει καταφέρει να άρει τις ανισότητες στα αποτελέσματα του επιπέδου υγείας.[160] Στα συστήματα υγείας κύριο στόχο αποτελεί η εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ή άλλων χαρακτηριστικών που δε σχετίζονται άμεσα με την ιατροφαρμακευτική ανάγκη.[161-162]

7.3 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Η Διακήρυξη του ΠΟΥ για την Προαγωγή Υγείας στον 21^ο αιώνα στην Ευρώπη αναγνωρίζει την υγεία ως βασικό και θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα.[163] Η επίτευξη ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας απαιτεί τόσο την αλληλεγγύη εντός της Ευρώπης όσο και μεταξύ των περιφερειών μιας χώρας. Για να επιτευχθεί η δίκαιη και αποτελεσματική αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας, είναι επιτακτική ανάγκη να διασφαλιστεί ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.[164-165] Η πολιτική που δίνει έμφαση στην «υγεία για όλους» βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα και απαιτεί την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία.

7.4. Ελληνική Δημοκρατία και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Όσον αφορά την Ελλάδα, το 2014 το Ελληνικό Κοινοβούλιο ψήφισε νέα νομοθεσία για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπου οριζόταν η ίδρυση ενός Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας. Στόχος του νέου νόμου είναι να υπάρξουν δομές υγείας, οι οποίες θα λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα. Η δημιουργία ενός καθολικού, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου δικτύου μέσω του οποίου θα παρέχονται σε όλους τους πολίτες εξίσου, ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό και εργασιακό τους καθεστώς, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναφέρεται στο πρώτο άρθρο του νόμου.[166]

7.5. Γεωγραφική θέση και επιπτώσεις στην υγεία

Εξετάζοντας τις διαφορές που παρατηρούνται στην Πρόσβαση ανάμεσα σε αγροτικές και αστικές περιοχές, γίνεται αντιληπτή η διαφοροποίηση που υπάρχει στις δύο περιοχές σε επίπεδο προβλημάτων υγείας και θνησιμότητας. Οι λόγοι αυτής της διαφοροποίησης αφορούν παράγοντες κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς, επαγγελματικούς και περιβαλλοντικούς. Ο μύθος ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών είναι πιο υγιείς και ζουν περισσότερο από τους κατοίκους των πόλεων έχει καταρριφθεί από επιδημιολογικές μελέτες, καθώς η αγροτική ζωή και η κοινωνική στέρηση

συνδέονται με υποβαθμισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και εξειδικευμένη θεραπεία. Σύμφωνα με δημογραφικά δεδομένα, οι αγροτικοί πληθυσμοί σε όλο τον κόσμο γερνούν με γρήγορους ρυθμούς και αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ως αποτέλεσμα του μειωμένου εισοδήματος σε σχέση με τους κατοίκους των αστικών περιοχών.[167]

Χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης και ο καρκίνος είναι σε άνοδο λόγω αυτής της τάσης. Αυτοί οι τύποι ασθενειών έχουν συσχετιστεί με τις ανισότητες που παρατηρούνται στο χώρο της υγείας, οι οποίες επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που δύνανται να τροποποιηθούν και να αρθούν.[168]

7.6. Οι επτά διαστάσεις της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας

Σύμφωνα με τον Russel και τους συνεργάτες τους η αξιολόγηση της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί σε επτά διαστάσεις: η «διαθεσιμότητα», η «γεωγραφική θέση», η «οικονομική δυνατότητα», η «χωροταξική οργάνωση», η «αμεσότητα των υπηρεσιών», η «αποδοχή και η γνώση».

Η «διαθεσιμότητα» αναφέρεται στην ύπαρξη επαρκών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που να είναι διαθέσιμες σε κατοίκους αστικών και αγροτικών περιοχών, ενώ η «γεωγραφική θέση» εστιάζει στην εγγύτητα των υπηρεσιών αυτών και στο κατά πόσο δύνανται οι κάτοικοι -ειδικά αγροτικών περιοχών- να επωφεληθούν των υπηρεσιών αυτών. Η «οικονομική δυνατότητα» σχετίζεται με την ικανότητα των πολιτών να καλύψουν τα άμεσα και έμμεσα κόστη που συνοδεύουν μία ασθένεια, και η «χωροταξική οργάνωση» στον τρόπο με τον οποίο οι δομές είναι οργανωμένες, ώστε οι πολίτες να έχουν τη δυνατότητα να εισέλθουν, να επωφεληθούν και να κατευθυνθούν σωστά στις υποκατηγορίες των υπηρεσιών. Η «αμεσότητα των υπηρεσιών» αναφέρεται στον χρόνο που απαιτείται μέχρι να προσφερθούν οι υπηρεσίες υγείας, και τέλος η «αποδοχή και η γνώση» στις πεποιθήσεις του προσωπικού, από τη μία, σχετικά με την υγεία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των πολιτών, και των πολιτών, από την άλλη, σχετικά με την υγεία, αλλά και τα προσωπικά και πρακτικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.[169]

Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Σκοπός

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία συγχρονική μελέτη διερεύνησης του ποσοστού των κατοίκων της Αλοννήσου που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη ΣΑΑΥ, ΧΑΠ, ΣΑΠ, της διερεύνησης του επιπέδου γνωσιακής λειτουργίας, της εργασιακής απόδοσης, της υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής, καθώς και την αξιολόγηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι να μελετήσει τον επιπολασμό του ΣΑΑΥ, της ΧΑΠ και του ΣΑΠ και τον βαθμό συσχέτισης των παραπάνω με το επίπεδο γνωσιακής λειτουργίας, της εργασιακής απόδοσης, της υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Αλόννησο. Αν και υπάρχουν ήδη κάποιες μελέτες που διερευνούν τον επιπολασμό του ΣΑΑΥ και της ΧΑΠ σε νησιωτικό πληθυσμό, επί του παρόντος αντίστοιχα δεδομένα συσχέτισης δεν υπάρχουν στην Ελλάδα. Σημαντικό προσδοκώμενο αποτέλεσμα είναι η διερεύνηση του επιπέδου υγείας και των συνοδών παραγόντων να υποδείξει την ανάγκη εγκατάστασης προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας.

9.2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

9.2.1. Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Περιφερειακό Ιατρείο Αλοννήσου την περίοδο 5 Ιουλίου – 11 Ιουλίου 2018. Το Περιφερειακό Ιατρείο, που βρίσκεται στο Πατητήρι, την πρωτεύουσα του νησιού, αποτελεί τη μόνη δημόσια δομή υγείας του νησιού. Η Αλόννησος ανήκει στο νησιωτικό σύμπλεγμα των Σποράδων και θεωρείται νησί άγονης γραμμής. Σύμφωνα με την απογραφή του 2011, ο πληθυσμός των μόνιμων κατοίκων του νησιού ανέρχεται σε 2750.

9.2.2. Οργάνωση μελέτης - Διαδικασία

Την ενημέρωση του πληθυσμού για την πραγματοποίηση της έρευνας, τις ημερομηνίες διεξαγωγής της και το σκοπό της ανέλαβε το Κέντρο Κοινότητας Αλοννήσου, το οποίο 2 εβδομάδες πριν την έναρξη (22 Ιουνίου 2018) δημοσίευσε σχετικό Δελτίο Τύπου. Κατόπιν, οι εθελοντές συμμετέχοντες εκδήλωναν το ενδιαφέρον συμμετοχής τους στο Κέντρο Κοινότητας, όπου και έκλειναν το ραντεβού τους για να συναντηθούν με την ερευνητική ομάδα. Η ομάδα αυτή αποτελείτο από δύο

Καθηγητές του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, μία γενική ιατρό, δύο πνευμονολόγους, έναν καρδιολόγο, 3 νοσηλεύτριες, 5 προπτυχιακούς φοιτητές του τμήματος Ιατρικής και τον υποψήφιο διδάκτορα.

Κατά την άφιξη στο Περιφερειακό Ιατρείο Αλοννήσου, η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η παρακάτω:

- i) Διεξοδική ενημέρωση κάθε συμμετέχοντα για τους εκπαιδευτικούς σκοπούς της έρευνας, το στόχο της μελέτης, τα στάδια της διαδικασίας και την εξασφάλιση του απορρήτου των στοιχείων τους.
- ii) Υπογραφή έντυπου συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα.
- iii) Λήψη ιατρικού ιστορικού κάθε συμμετέχοντα από νοσηλεύτρια.
- iv) Διάθεση ερωτηματολογίων και συμπλήρωσή τους.
- v) Διενέργεια σπироμέτρησης.
- vi) Αξιολόγηση από Πνευμονολόγο.

Τα ερωτηματολόγια έπρεπε να συμπληρωθούν εξ ολοκλήρου για να ληφθούν υπόψη για περαιτέρω ανάλυση. Για τη διευκόλυνση των συμμετεχόντων, τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν παρουσία μέλους της ερευνητικής ομάδας, για να υπάρχει η δυνατότητα παροχής βοήθειας σε περίπτωση που κρινόταν αναγκαία.

Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 245, εκ των οποίων οι 9 αποκλείστηκαν από την ανάλυση, γιατί δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, τα οποία ήταν: α) ηλικία άνω των 18 ετών, β) μόνιμη διαμονή του συμμετέχοντος την Αλόννησο τουλάχιστον 6 μήνες ετησίως, και γ) κατοχή διπλώματος οδήγησης.

9.2.3. Εργαλεία Αξιολόγησης

Ερωτηματολόγια

Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση εννιά ερωτηματολογίων που είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό.

- 1) COPD Population Screener (COPD -PS): είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από πέντε στοιχεία και διερευνά το κατά πόσο βρίσκεται κάποιος σε κίνδυνο για ΧΑΠ. Το εργαλείο αυτό απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό και όχι σε ήδη ασθενείς που αναζητούν θεραπεία για αναπνευστικές δυσκολίες.[170-171]
- 2) Berlin Questionnaire: Περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν την ποιότητα του ύπνου και μετρά τον κίνδυνο εμφάνισης αποφρακτικής άπνοιας (υψηλός ή χαμηλός κίνδυνος). Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει ερωτήσεις για 3 τομείς. Ο πρώτος αφορά την ύπαρξη

ροχαλητού κατά την διάρκεια του ύπνου. Ο δεύτερος ερευνά την κούραση και την εξάντληση κατά της διάρκεια της ημέρας ως απόρροια των συνθηκών ύπνου. Ο τρίτος αφορά την κατά μαρτυρία ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης.[172]

3) Epworth Sleepiness Scale: Πρόκειται για μία κλίμακα αξιολόγησης της ημερήσιας υπνηλίας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που διερευνούν 8 διαφορετικές περιστάσεις της καθημερινότητας κατά τις οποίες δύναται να εμφανιστεί έντονη επιθυμία για ύπνο. Οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση κλίμακας 4 επιπέδων έντασης της υπνηλίας (από 0 ως 3).[173]

4) Διαγνωστικά κριτήρια που προτάθηκαν από το International RLS Study Group (IRLSSG): Η ύπαρξη κινδύνου για ΣΑΠ εντοπίζεται με τη διερεύνηση των διαγνωστικών κριτηρίων.[174]

4) Test Your Memory: Αποτελείται από 11 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν συγκεκριμένους τομείς της γνωστικής λειτουργίας που σχετίζεται με τη μνήμη.[175]

5) General Practitioner assessment of Cognition (GPCog): Το GPCog είναι μια σύντομη δοκιμασία της γνωστικής λειτουργίας και είναι ειδικά σχεδιασμένο για τις δομές της πρωτοβάθμιας υγείας.[176-177]

6) Work Ability Index: αποσκοπεί στην εκτίμηση του κόστους που επιφέρουν τα προβλήματα υγείας στο χώρο εργασίας και κατ' επέκταση επηρεάζουν την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων.[178-179]

7) MedDiet Score: Το MedDiet Score είναι ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής. Αποτελείται από έντεκα στοιχεία που το καθένα αντιπροσωπεύει ένα είδος τροφής ή ποτού και ο απαντών καλείται να συμπληρώσει πόσο συχνά καταναλώνει το συγκεκριμένο είδος. [180-181]

8) Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του επιπέδου υγείας, της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της ποιότητάς τους: Το ερωτηματολόγιο αυτό σταθμίστηκε το 2016 σε πληθυσμό φυλακισμένων γυναικών. Τροποποιήθηκε, ώστε να αναφέρεται σε γενικό πληθυσμό.[182]

9) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων: Με το ερωτηματολόγιο αυτό ελήφθησαν στοιχεία που αφορούν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως ηλικία, Δείκτης Μάζας Σώματος, εκπαιδευτικό επίπεδο, κ.λπ.

Σπυρομέτρηση

Η σπυρομέτρηση πραγματοποιήθηκε με ξηρό σπυρομετρητή (Spirolab FCC ID: TUK-MIR045) σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Θωρακικής Εταιρείας.[183] Κάθε πρωί, πριν την έναρξη των συναντήσεων, πραγματοποιούταν βαθμονόμηση του σπυρομετρητή. Τις σπυρομετρήσεις τις ανέλαβαν δύο ιατροί και τρεις νοσηλεύτριες που είχαν υποβληθεί σε ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης. Οι ελιγμοί αναγκαστικής εκπνοής επαναλαμβανόταν μέχρι να ληφθούν τρεις αποδεκτές δοκιμές και καταγράφηκαν οι καλύτερες αναλογίες FEV1, FVC, και FEV1/FVC. Οι σπυρομετρικές τιμές αναφοράς που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτές που προτάθηκαν από την Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία.[184] Ως αποδεκτός ελιγμός αναγκαστικής εκπνοής ορίστηκε αυτός που πληρούσε τα κριτήρια που περιγράφησαν παραπάνω.[185]

Διάγνωση της ΧΑΠ

Η διάγνωση της ΧΑΠ θεμελιώθηκε με την ύπαρξη αναλογίας μεταβρογχοδιασταλτικών FEV1/FVC μικρότερης από 0,70, σύμφωνα με τις οδηγίες GOLD.[23] Όλοι οι ασθενείς που βρίσκονταν υπό εισπνεόμενη φαρμακευτική αγωγή έλαβαν οδηγίες να αποφύγουν τις συσκευές εκπνοής τους για 12 ή 24 ώρες ανάλογα με το σκεύασμα του φαρμάκου (για παράδειγμα, SABA $\geq$ 4 h, LABA $\geq$ 15 h, LAMA $\geq$ 12 ή 24 ώρες) πριν τη σπυρομέτρηση. Μία δοκιμή αναστρεψιμότητας βρογχοδιασταλτικών με 400mg σαλβουταμόλης διεξήχθη με βασική προβρογχοδιασταλτική ή αποφρακτική σπυρομέτρηση. Ως θετική ανταπόκριση στα βρογχοδιασταλτικά ορίστηκε η αύξηση του FEV1 κατά 200ml και 12% από την τιμή του προβρογχοδιασταλτικού (τιμή βάσης).[185-187] Όλοι οι συμμετέχοντες με θετική βρογχοδιασταλτική ανταπόκριση αποκλείστηκαν από τις αναλύσεις. Η ταξινόμηση της ΧΑΠ βασίστηκε στο μεταβρογχοδιαστατικό FEV1 (%) σύμφωνα με τις οδηγίες GOLD (Στάδιο I/ Ήπια ΧΑΠ, FEV1 $\geq$ 80%, Στάδιο II/ Μέτρια ΧΑΠ, 50% $\leq$ FEV1 < 80%, Στάδιο III/ Σοβαρή ΧΑΠ, 30% $\leq$ FEV1 < 50%, Στάδιο IV/ Πολύ σοβαρή ΧΑΠ, FEV1 $\leq$ 30% ή FEV1 < 50% με αναπνευστική ανεπάρκεια). Οι ασθενείς με ΧΑΠ κατανεμήθηκαν σε τέσσερις ομάδες σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές GOLD του 2020 (Ομάδες GOLD A, B, C και D).[23]

9.2.4. Στατιστική ανάλυση

Η κανονικότητα των δεδομένων αξιολογήθηκε με τη δοκιμή Kolmogorov–Smirnov. Τα μη παραμετρικά δεδομένα παρουσιάζονται ως διάμεσος με τα εκατοστημόρια p_{25} και p_{75} σε παρένθεση. Για τη σύγκριση συνεχών δεδομένων μεταξύ ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Mann–Whitney U test. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται ως ποσοστά. Για τη σύγκριση αναλογιών ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε το chi-square ή το Fischer's exact test. Για τον υπολογισμό των δεικτών απόδοσης του COPD-PS χρησιμοποιήθηκε το Wilson–Brown test. Τα δεδομένα καταχωρίστηκαν σε ένα αρχείο Excel και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό GraphPad Prism v.9.0. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα θεωρήθηκαν αυτά με $p\text{-value} < 0.05$.

9.3. Αποτελέσματα

9.3.1. Εισαγωγή

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη του επιπολασμού του ΣΑΑΥ, της ΧΑΠ, του ΣΑΠ και της συσχέτισής τους με την εργασιακή απόδοση, την γνωσιακή λειτουργία και την υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής στην Αλόνησο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Βερολίνου ως μέσο εκτίμησης κινδύνου για ΑΑΥ, το Epworth Sleepiness Scale για την εκτίμηση της ημερήσιας υπνηλίας, το COPD-PS για την εκτίμηση κινδύνου για ΧΑΠ και η σπιρομέτρηση για τη θεμελίωση της διάγνωσης, για την εκτίμηση κινδύνου για ΣΑΠ τα διαγνωστικά κριτήρια, για την εκτίμηση της εργασιακής απόδοσης το Work Ability Index, για την εκτίμηση της γνωσιακής λειτουργίας το TYM Score και το GP Cog, και για την εκτίμηση του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής το MedDiet Score. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε καρδιολογικός έλεγχος από καρδιολόγο. Οι 236 συμμετέχοντες της μελέτης ήταν ενήλικες και τους ζητήθηκε να υποβληθούν στις κλινικές εξετάσεις και να απαντήσουν στα ανωτέρω ερωτηματολόγια καθώς και σε ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και την καπνιστική τους συνήθεια.

9.3.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης

Στη μελέτη συμμετείχαν 236 μόνιμοι κάτοικοι ($n=236$) από όλο το νησί της Αλοννήσου, αριθμός που αντιπροσωπεύει το 8.42% του πληθυσμού μόνιμων κατοίκων του νησιού, σύμφωνα με την απογραφή του 2011. Η διάμεση ηλικία των συμμετεχόντων βρέθηκε 55 έτη (40, 69) και η διάμεσος του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) 26.59 (23.47, 29.76). Το ποσοστό των καπνιζόντων βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλό, καθώς το 42% (99/236) των συμμετεχόντων δήλωσαν καπνιστές.

Από τους συμμετέχοντες οι 115 ήταν άνδρες (48.73%) με διάμεση ηλικία τα 56 έτη (42, 73) και διάμεσο ΔΜΣ 27.70 (24.68, 30.52). Όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια, 48 άνδρες δήλωσαν καπνιστές (41.74%), 53 πρώην καπνιστές (46.09%) και 14 μη καπνιστές (12.18%). Η διάμεσος των πακέτο / ετών βρέθηκε 35 (11, 50). Η διάμεσος στο βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (ΜΔ) για τους άνδρες βρέθηκε 33 (29.75, 36), στην εργασιακή απόδοση 43 (39, 47) και στο TYM Test Score 43 (38, 46.75). Σύμφωνα με το GPCog Score, 14 άνδρες (12.17%) βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για άνοια.

Από τους συμμετέχοντες οι 121 ήταν γυναίκες (51.27%) με διάμεση ηλικία τα 54 έτη (38.50, 67.50) και διάμεσο ΔΜΣ 25.61 (22.59, 29.34). Όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια, 51 γυναίκες δήλωσαν καπνίστριες (42.50%), 19 πρώην καπνίστριες (15.83%) και 50 μη καπνίστριες (41.67%). Η διάμεσος των πακέτο / ετών βρέθηκε 13.50 (7, 25). Η διάμεσος στο βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ για τις γυναίκες βρέθηκε 32 (29, 35), στην εργασιακή απόδοση 43 (36, 46) και στο TYM Test Score 44 (36, 46.50). Σύμφωνα με το GPCog Score, 13 γυναίκες (10.83%) βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για 'Ανοια. Αναλυτική περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού ανά φύλο παρουσιάζεται τον **Πίνακα 1**.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης.

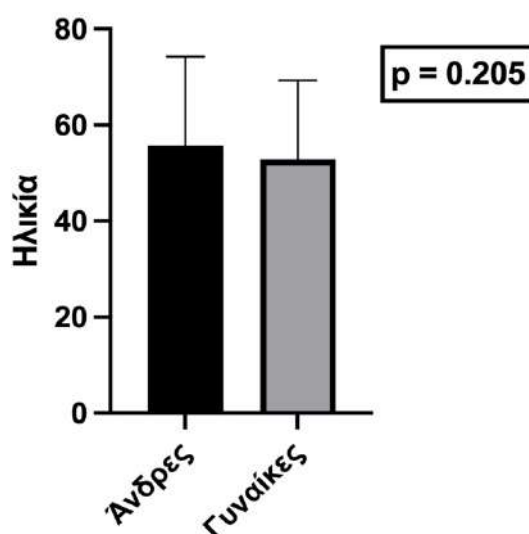
	Άνδρες	Γυναίκες	<i>p</i>
Φύλο	115 (48.73%)	121 (51.27%)	
Ηλικία	56 (42, 73)	54 (38.50, 67.50)	0.205
ΔΜΣ	27.70 (24.68, 30.52)	25.61 (22.59, 29.34)	0.005
Καπνιστική Συνήθεια	Καπνιστές: 48 (41.74%)	Καπνιστές: 51 (42.50%)	<0.001
	Πρώην καπνιστές: 53 (46.09%)	Πρώην καπνιστές: 19 (15.83%)	
	Μη καπνιστές: 14 (12.18%)	Μη καπνιστές: 50 (41.67%)	
Πακέτα / έτη	35 (11, 50)	13.50 (7, 25)	<0.001
MedDietScore	33 (29.75, 36)	32 (29, 35)	0.181
Εργασιακή Απόδοση	43 (39, 47)	43 (36, 46)	0.273
Γνωσιακή λειτουργία			
<i>TYM test</i>	43 (38, 46.75)	44 (36, 46.50)	0.599
<i>GPCognition</i>	14 (12.17%)	13 (10.83%)	0.839

Πίνακας 1: Πίνακας περιγραφής των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού μελέτης ανά φύλο. Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως διάμεσοι και p_{25} , p_{75} ή $n(\%)$. Μία γυναίκα συμμετέχουσα δεν απάντησε στις ερωτήσεις που αφορούσαν την καπνιστική συνήθεια και βαρύτητα. Έντονη γραφή στις τιμές p υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα.

Ακολούθησε μια εκτενής ανάλυση ανά φύλο της σύγκρισης παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της μελέτης όπως είναι η ηλικία, ο Δείκτης Μάζας Σώματος καθώς και η καπνιστική συνήθεια. Η εκτενής αυτή ανάλυση αποσκοπούσε στον καλύτερο χαρακτηρισμό του δείγματος.

Αναφορικά με την ηλικία του συνόλου των συμμετεχόντων ανά φύλο δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p=0.205$), όπως φαίνεται και στο **Σχήμα 1**.

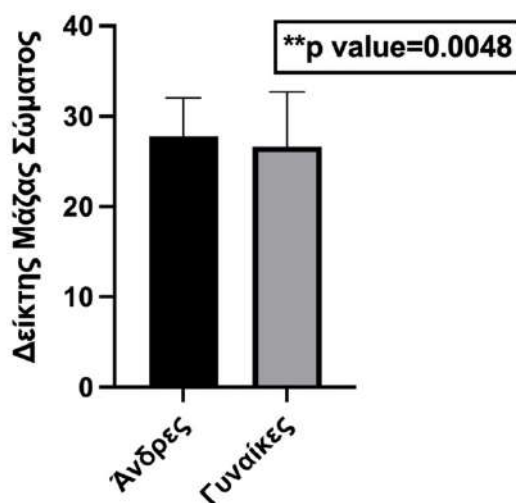
Ηλικία συμμετεχόντων ανά φύλο



Σχήμα 1. Γράφημα σύγκρισης της ηλικίας του συνόλου των ανδρών και γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της ηλικίας των συμμετεχόντων ανά φύλο.

Αναφορικά με τις διαφορές στον ΔΜΣ ανά φύλο διαπιστώθηκε ότι στην ανάλυση του μέσο όρου του στο σύνολο των συμμετεχόντων ανδρών και γυναικών υπήρχε στατιστικά αυξημένος ΔΜΣ στους άνδρες της μελέτης όπως φαίνεται στο **Σχήμα 2**.

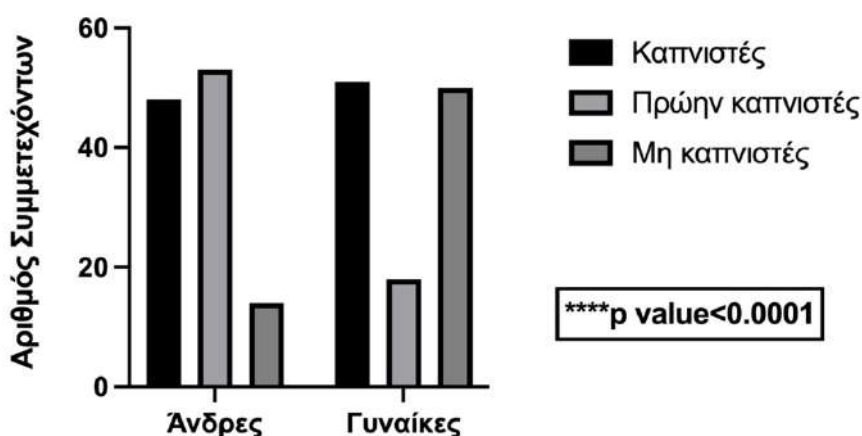
Δείκτης Μάζας Σώματος ανά φύλο



Σχήμα 2. Γράφημα σύγκρισης του ΔΜΣ του συνόλου των ανδρών και γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη. Ο ΔΜΣ των ανδρών της μελέτης ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από των γυναικών.

Η καπνιστική συνήθεια των ανδρών και γυναικών του συνολικού δείγματος παρουσίαζε διαφορές. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των πρώην καπνιστών ανδρών ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών, ενώ σημαντικά μεγαλύτερο είναι και το ποσοστό των γυναικών μη καπνιστών σχέση με το αντίστοιχο των ανδρών, όπως φαίνεται στο **Σχήμα 3**.

Καπνιστική συνήθεια ανά φύλο

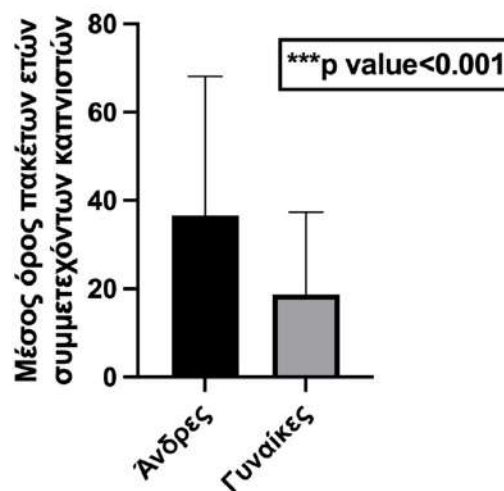


Σχήμα 3. Γράφημα σύγκρισης του ποσοστού των καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών ανδρών και γυναικών. Το ποσοστό των ανδρών πρώην καπνιστών ήταν

σημαντικά αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο των γυναικών. Επίσης, το ποσοστό των ανδρών μη καπνιστών ήταν σημαντικά μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών.

Η βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας των καπνιστών ανδρών και γυναικών του πληθυσμού παρουσίαζε επίσης διαφορές στον αριθμό των πακέτο / ετών. Πιο συγκεκριμένα τα πακέτα / έτη των καπνιστών ανδρών ήταν σημαντικά μεγαλύτερα από εκείνα των γυναικών στο συνολικό δείγμα όπως φαίνεται στο **Σχήμα 4**.

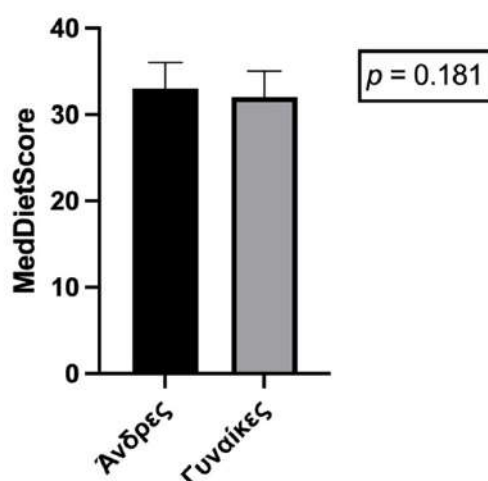
Καπνιστική βαρύτητα ανά φύλο



Σχήμα 4. Γράφημα σύγκρισης της βαρύτητας της καπνιστικής συνήθειας των καπνιστών ανδρών και γυναικών στον πληθυσμό μελέτης. Η βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας των ανδρών καπνιστών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με την αντίστοιχη των γυναικών.

Όσον αφορά το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, όπως φαίνεται στο **Σχήμα 5**.

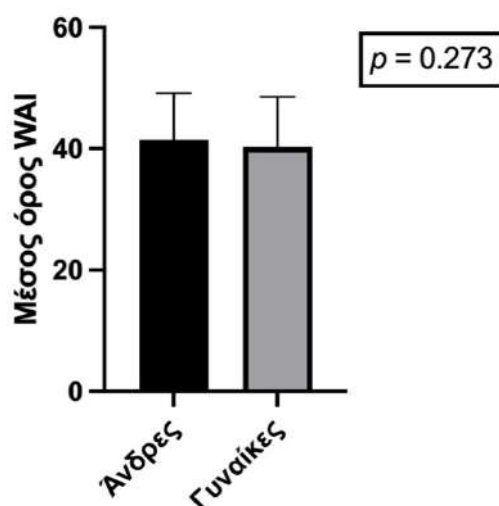
Υιοθέτηση Μεσογειακής Διατροφής ανά φύλο



Σχήμα 5. Γράφημα σύγκρισης της υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής των ανδρών και των γυναικών στον πληθυσμό μελέτης. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υιοθέτηση της ΜΔ ανάμεσα στα δύο φύλα.

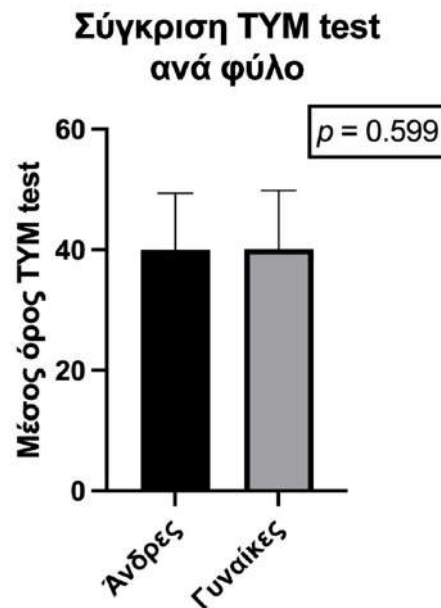
Αναφορικά με την εργασιακή απόδοση, όπως αποτυπώθηκε με το ερωτηματολόγιο Work Ability Index (WAI), δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (**Σχήμα 6**).

Σύγκριση εργασιακής απόδοσης ανά φύλο



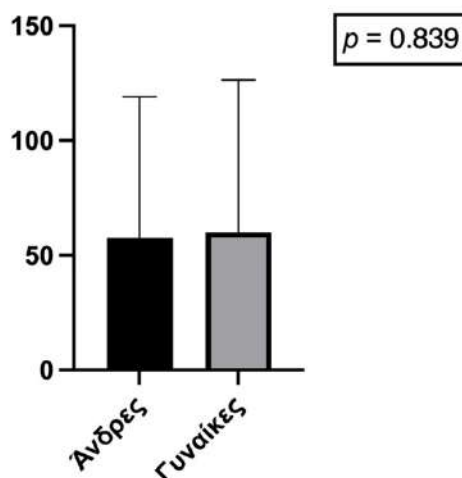
Σχήμα 6. Γράφημα σύγκρισης της εργασιακής απόδοσης των ανδρών και των γυναικών στον πληθυσμό μελέτης. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εργασιακή απόδοση ανάμεσα στα δύο φύλα.

Η γνωσιακή λειτουργία μελετήθηκε με τη χρήση δύο ερωτηματολογίων: το Test Your Memory test (TYM test) και το General Practitioner Assessment of Cognition Score (GPCog). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη γνωσιακή λειτουργία των δύο φύλων σύμφωνα με το TYM Test (**Σχήμα 7**). Επίσης, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για άνοια ανά φύλο, σύμφωνα με το GPCog Score (**Σχήμα 8**).



Σχήμα 7. Γράφημα σύγκρισης της γνωσιακής λειτουργίας ανά φύλο στον πληθυσμό μελέτης, σύμφωνα με το TYM test. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη γνωσιακή λειτουργία ανάμεσα στα δύο φύλα.

Σύγκριση υψηλού - χαμηλού κινδύνου για άνοια ανά φύλο



Σχήμα 8. Γράφημα σύγκρισης των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για άνοια στον πληθυσμό μελέτης, σύμφωνα με το GPCog Score. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον κίνδυνο για άνοια ανάμεσα στα δύο φύλα.

9.3.3. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Για τον εντοπισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο COPD-PS, ενώ για τη διάγνωση της ΧΑΠ αξιοποιήθηκε η δοκιμασία της σπιρομέτρησης.

Το ερωτηματολόγιο COPD-PS απαντήθηκε ολοκληρωμένα από 234 συμμετέχοντες. Δύο (2) συμμετέχοντες δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο, γι' αυτό και δεν χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις τους στη μελέτη. Από τους 234 συμμετέχοντες, υψηλού κινδύνου βρέθηκαν οι 44 (18.8%). Από αυτούς, 26 ήταν άνδρες (23.01%) και 18 γυναίκες (14.88%).

Από τους 236 συμμετέχοντες, οι 189 κατάφεραν να ολοκληρώσουν τη δοκιμασία της σπιρομέτρησης. Οι υπόλοιποι 47 συμμετέχοντες, είτε δεν κατάφεραν να φέρουν εις πέρας τη δοκιμασία, είτε η σπιρομέτρησή τους είχε διάρκεια λιγότερη ή ίση των 6 δευτερολέπτων. Από τους 189 συμμετέχοντες, οι 17 διαγνώστηκαν με ΧΑΠ (8.99%), σύμφωνα με τα κριτήρια GOLD. Οι 17 διαγνωσθέντες ταξινομήθηκαν ως εξής: GOLD I- 8 συμμετέχοντες (4.23%), GOLD II- 5 συμμετέχοντες (2.65%), GOLD III- 3 συμμετέχοντες (1.59%), and GOLD IV- 1 συμμετέχων (0.53%). Αναλυτική περιγραφή των στατιστικών ευρημάτων παρουσιάζεται τον **Πίνακα 2**.

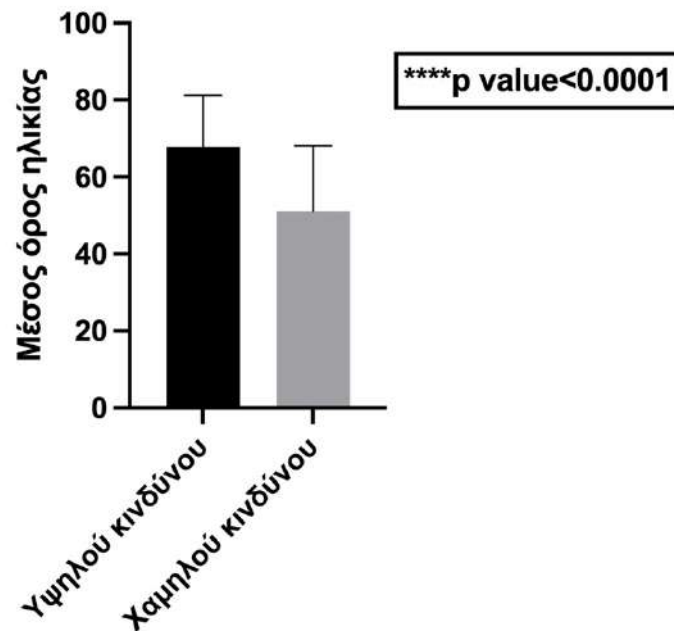
Πίνακας 2. Συμμετέχοντες υψηλού κινδύνου, σύμφωνα με το COPD-PS, και διαγνωσθέντες με ΧΑΠ, σύμφωνα τη δοκιμασία της σπιρομέτρησης

	Υψηλού Κινδύνου ΧΑΠ	Χαμηλού Κινδύνου ΧΑΠ	<i>p</i>	Παθολογική Σπιρομέτρηση	Φυσιολογική Σπιρομέτρηση	<i>p</i>
Ηλικία	69 (60, 76.50)	50 (37, 64.25)	<0.001	64 (49, 72.50)	52 (38, 64.75)	0.021
ΔΜΣ	27.75 (24.57, 32.11)	26.27 (23.40, 29.49)	0.056	26.42 (22.07, 28.66)	26.86 (23.92, 30.35)	0.237
Κάπνισμα	Καπνιστές: 19 (44.18%) Πρώην καπνιστές: 21 (48.84%) Μη καπνιστές: 3 (6.98%)	Καπνιστές: 79 (41.79%) Πρώην καπνιστές: 50 (25.46%) Μη καπνιστές: 60 (31.75%)	0.001	Καπνιστές: 9 (56.25%) Πρώην καπνιστές: 5 (31.25%) Μη καπνιστές: 2 (12.50%)	Καπνιστές: 74 (43.02%) Πρώην καπνιστές: 55 (31.98%) Μη καπνιστές: 43 (25.00%)	0.464
Πακετοέτη	45 (20, 66)	16 (7, 35)	<0.001	34 (19.50, 81.50)	22 (9.88, 45)	0.036
MedDietScore	33.50 (30.25, 36)	32 (29, 35)	0.259	33 (29.50, 36)	32 (29, 35)	0.661
Εργασιακή Απόδοση	38 (25.5, 44)	43 (39, 47)	<0.001	38.5 (35.5, 42)	44 (39, 47)	0.003
Γνωσιακή Λειτουργία						
<i>TYM Test</i>	36.5 (31, 43.88)	45 (39.5, 47)	<0.001	41 (32, 45)	44.5 (39, 47)	0.075
<i>GPCog Score</i>	7/27 (25.93%)	20/208 (10.47%)	0.302	1/15 (6.67%)	16/174 (9.2%)	>0.999

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ όσον αφορά διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p < 0.001$, **Σχήμα 9**), την ίδια καπνιστική συνήθεια αλλά μεγαλύτερο ποσοστό διακοπής καπνίσματος ($p = 0.01$, **Σχήμα 10**), περισσότερα πακέτα / έτη ($p < 0.001$, **Σχήμα 11**), και χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p < 0.001$, **Σχήμα 12**) και γνωσιακή λειτουργία ($p < 0.001$, **Σχήμα 13**). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για

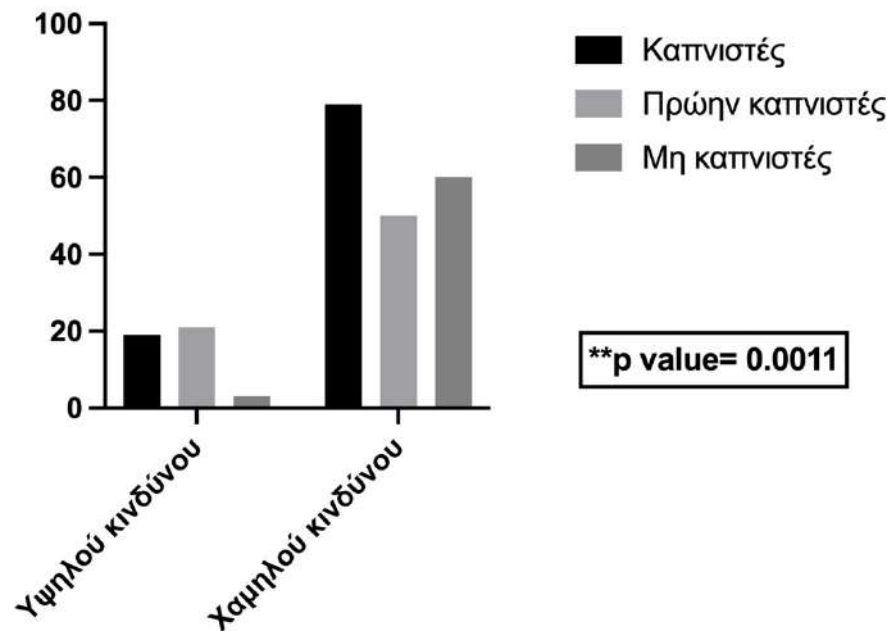
ΧΑΠ όσον αφορά το ΔΜΣ ($p = 0.056$, Σχήμα 14), το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής ($p = 0.259$, Σχήμα 15) και τον κίνδυνο για Άνοια ($p = 0.302$, Σχήμα 16).

Σύγκριση ηλικίας Υψηλού - Χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



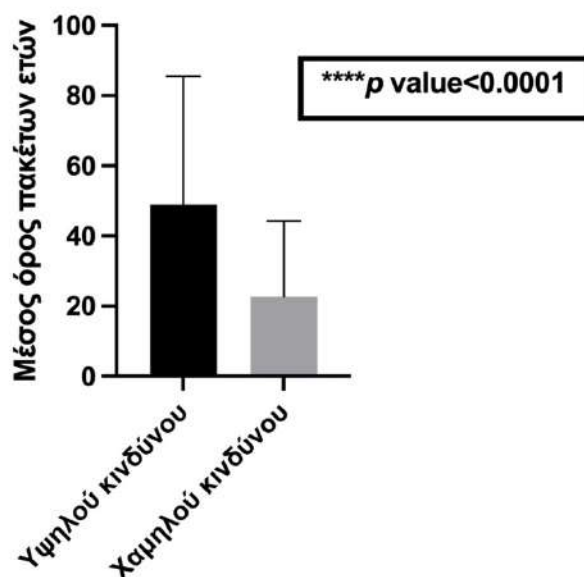
Σχήμα 9. Γράφημα σύγκρισης της ηλικίας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ σύμφωνα με το COPD-PS. Βρέθηκε ότι οι υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ βρίσκονται σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Καπνιστική συνήθεια υψηλού - χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



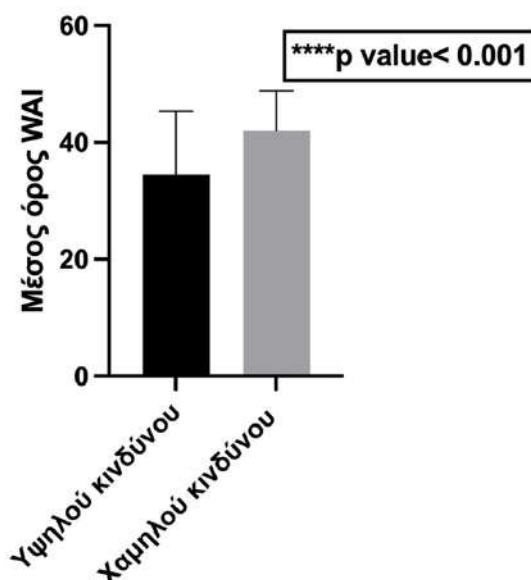
Σχήμα 10. Γράφημα σύγκρισης του ποσοστού των καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS. Το ποσοστό των υψηλού κινδύνου πρώην καπνιστών ήταν σημαντικά αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο των χαμηλού κινδύνου. Επίσης, το ποσοστό των μη καπνιστών στους υψηλού κινδύνου ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση πακέτων-ετών υψηλού - χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



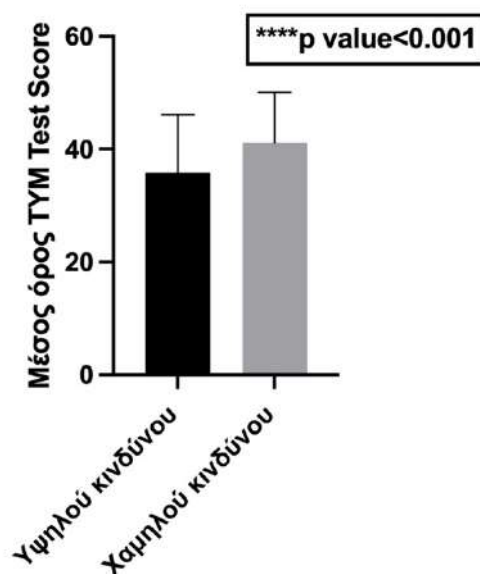
Σχήμα 11. Γράφημα σύγκρισης της βαρύτητας της καπνιστικής συνήθειας των καπνιστών υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS. Η βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας των υψηλού κινδύνου καπνιστών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με την αντίστοιχη των χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση εργασιακής απόδοσης υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



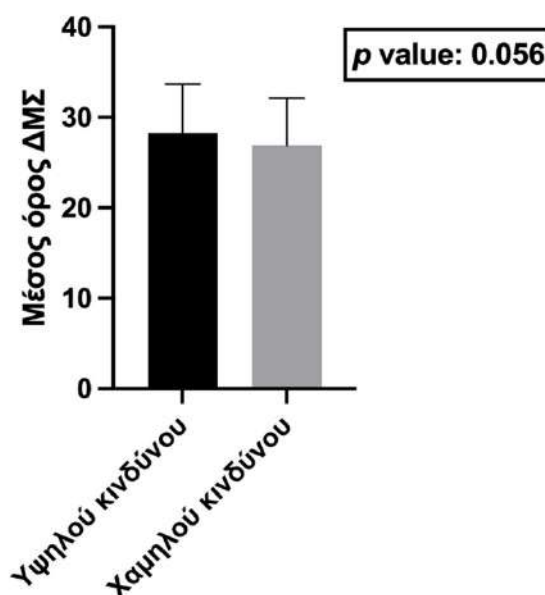
Σχήμα 12. Γράφημα σύγκρισης της εργασιακής απόδοσης των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το WAI. Η εργασιακή απόδοση των υψηλού κινδύνου βρέθηκε σημαντικά χειρότερη σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση TYM Test Score υψηλού - χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



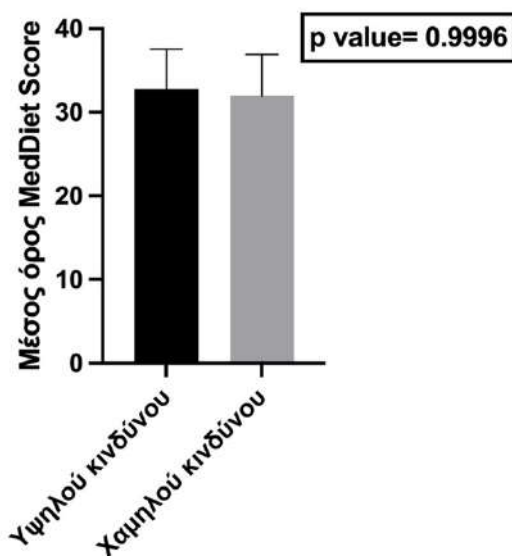
Σχήμα 13. Γράφημα σύγκρισης της γνωσιακής λειτουργίας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το TYM Test. Η γνωσιακή λειτουργία των υψηλού κινδύνου βρέθηκε σημαντικά χειρότερη σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση ΔΜΣ Υψηλού - Χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



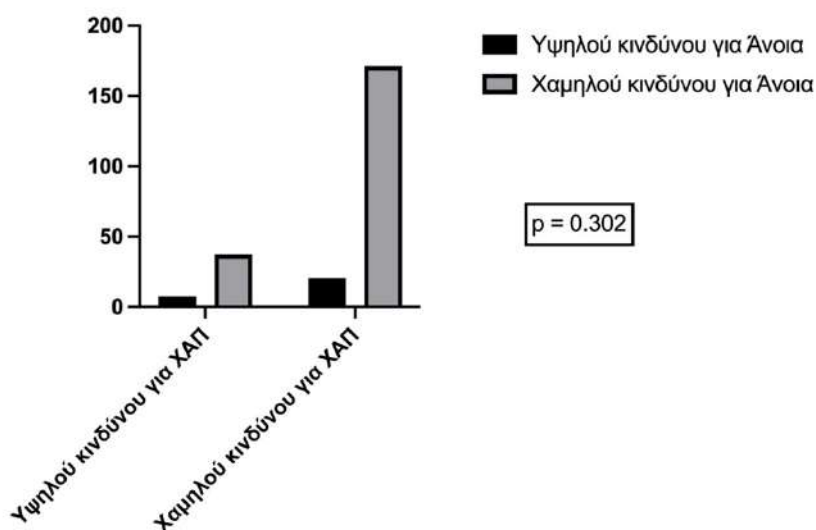
Σχήμα 14. Γράφημα σύγκρισης του ΔΜΣ των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον ΔΜΣ ανάμεσα στις δύο υποομάδες.

Σύγκριση βαθμού υιοθέτησης ΜΔ υψηλού - χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



Σχήμα 15. Γράφημα σύγκρισης του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υιοθέτηση της ΜΔ ανάμεσα στα δύο υποομάδες.

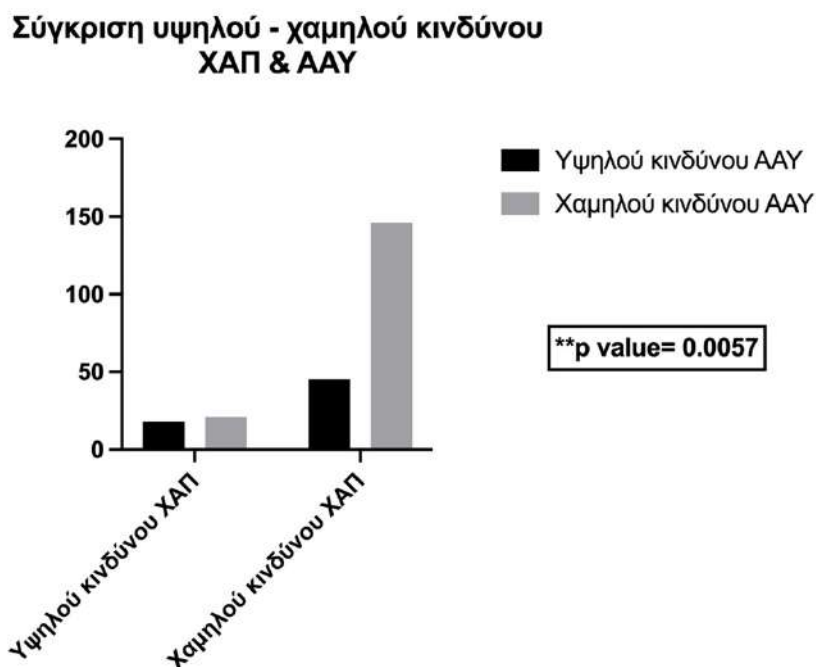
Σύγκριση υψηλού-χαμηλού κινδύνου για Άνοια με τους υψηλού-χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ



Σχήμα 16. Γράφημα σύγκρισης των υψηλού και χαμηλού για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS, με τους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για Άνοια. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο υποομάδες.

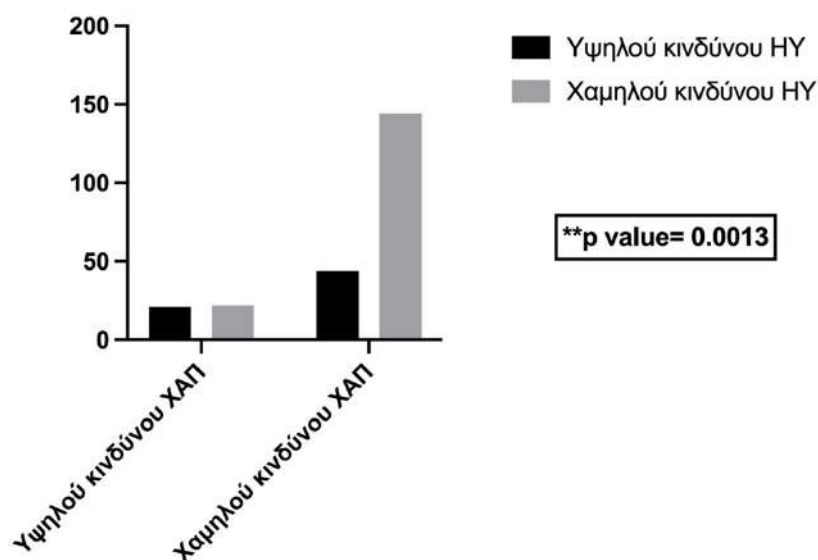
Ο Σχετικός Λόγος Συμπληρωματικών Πιθανοτήτων (ΣΛΣΠ) των υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS, με τους υψηλού κινδύνου για Αποφρακτική Άπνοια Ύπνου (ΑΑΥ), σύμφωνα με τη βαθμολογία του BQ, βρέθηκε 2.781 (95%CI; 1.404, 5.782) και με τους υψηλού κινδύνου για Ημερήσια Υπνηλία (ΗΥ), σύμφωνα με τη βαθμολογία του ESS, 3.124 (95%CI; 1.404, 5.782).

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ ($p = 0.006$, **Σχήμα 17**), τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΗΥ ($p = 0.001$, **Σχήμα 18**), και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ ($p < 0.0001$, **Σχήμα 19**)



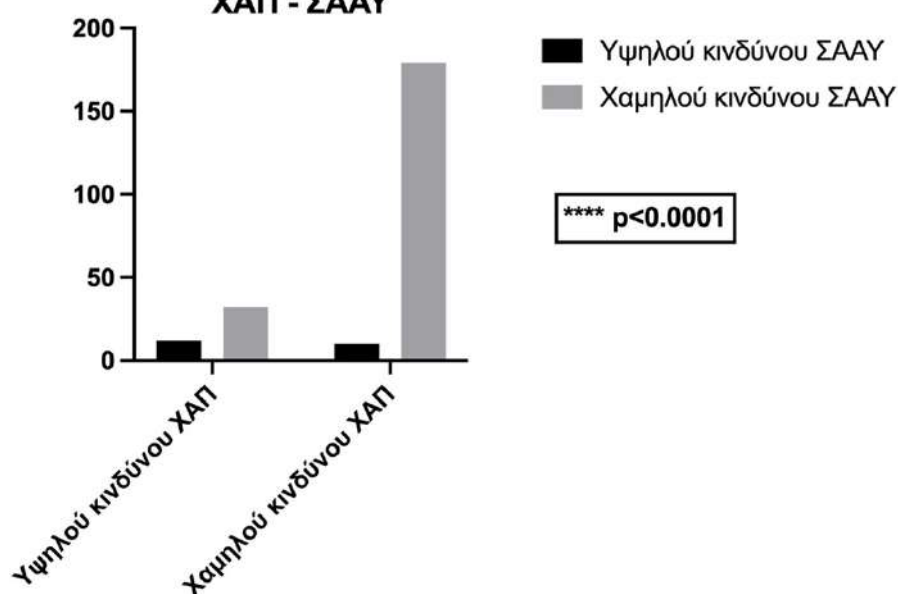
Σχήμα 17. Γράφημα σύγκρισης των ατόμων του συνολικού δείγματος που βρίσκονται σε υψηλό και χαμηλό κίνδυνο για ΧΑΠ και ΑΑΥ. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ.

**Σύγκριση υψηλού-χαμηλού κινδύνου
ΧΑΠ - Ημερήσια Υπνηλία**



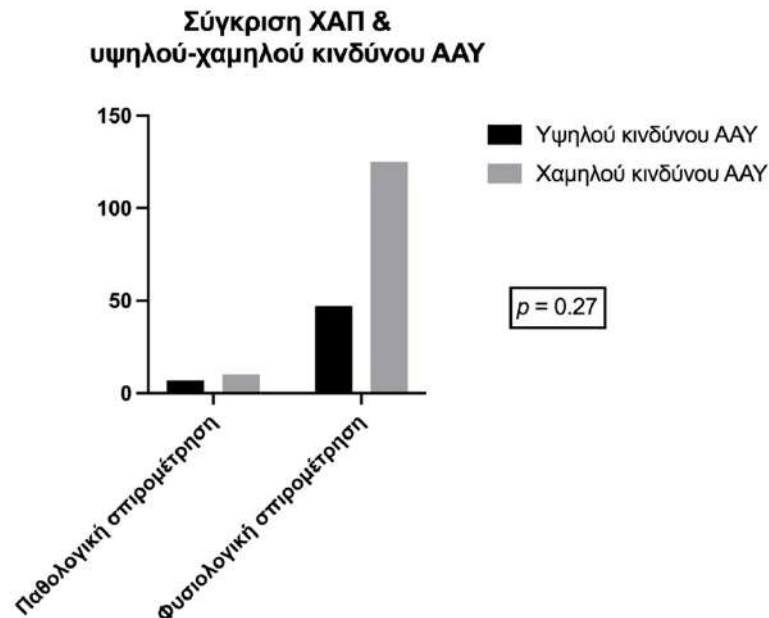
Σχήμα 18. Γράφημα σύγκρισης των ατόμων του συνολικού δείγματος που βρίσκονται σε υψηλό και χαμηλό κίνδυνο για ΧΑΠ και ΗΥ. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΗΥ.

**Σύγκριση υψηλού - χαμηλού κινδύνου
ΧΑΠ - ΣΑΑΥ**

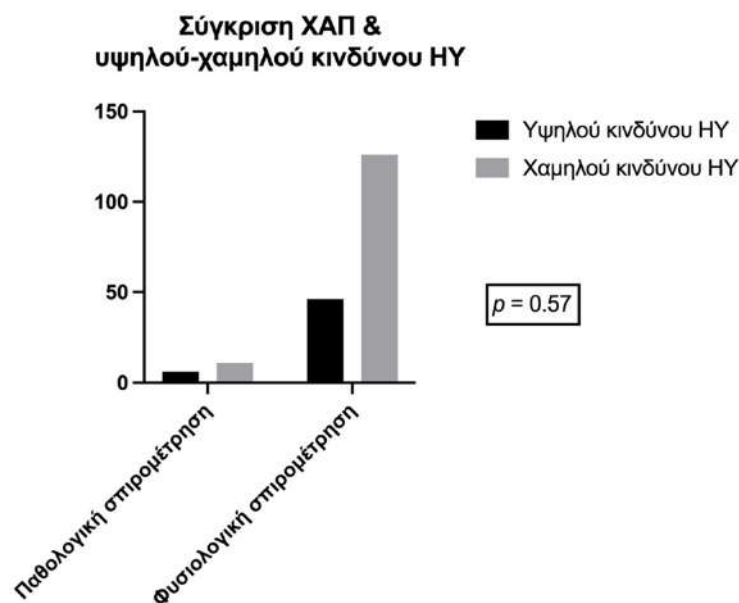


Σχήμα 19. Γράφημα σύγκρισης των ατόμων του συνολικού δείγματος που βρίσκονται σε υψηλό και χαμηλό κίνδυνο για ΧΑΠ και ΣΑΑΥ. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έχοντες παθολογική ή φυσιολογική σπироμέτρηση και στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ ($p = 0.27$, **Σχήμα 20**), στους χαμηλού ή υψηλού κινδύνου για ΗΥ ($p = 0.57$, **Σχήμα 21**) ή στους χαμηλού ή υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ ($p = 0.17$, **Σχήμα 22**).

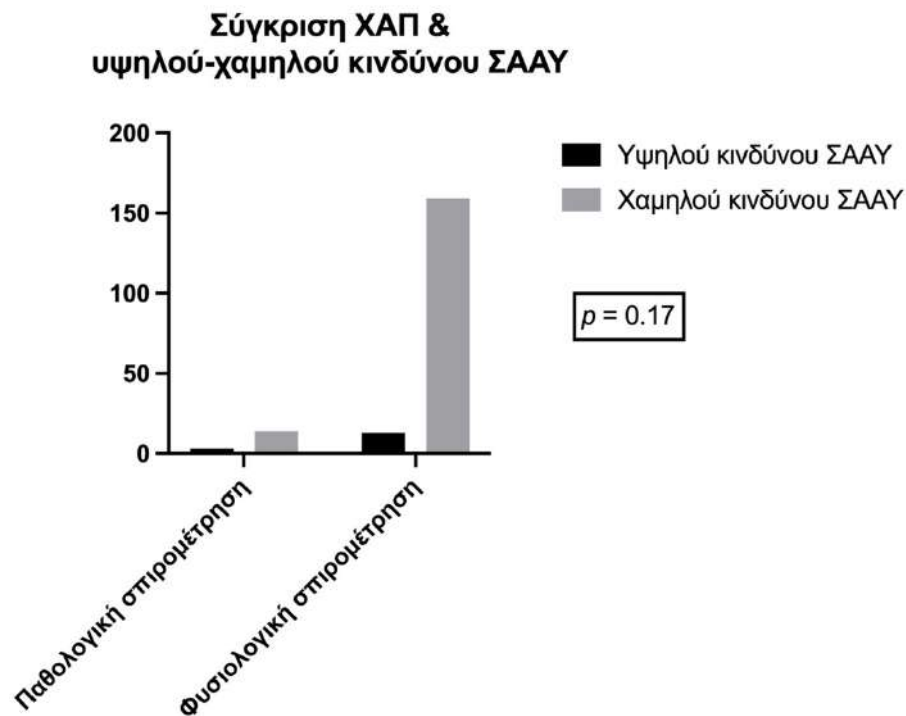


Σχήμα 20. Γράφημα σύγκρισης των ατόμων με παθολογική ή φυσιολογική σπιομέτρηση με τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έχοντες παθολογική ή φυσιολογική σπιομέτρηση και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ.



Σχήμα 21. Γράφημα σύγκρισης των ατόμων με παθολογική ή φυσιολογική σπιομέτρηση με τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΗΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά

σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έχοντες παθολογική ή φυσιολογική σπιρομέτρηση και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΗΥ.

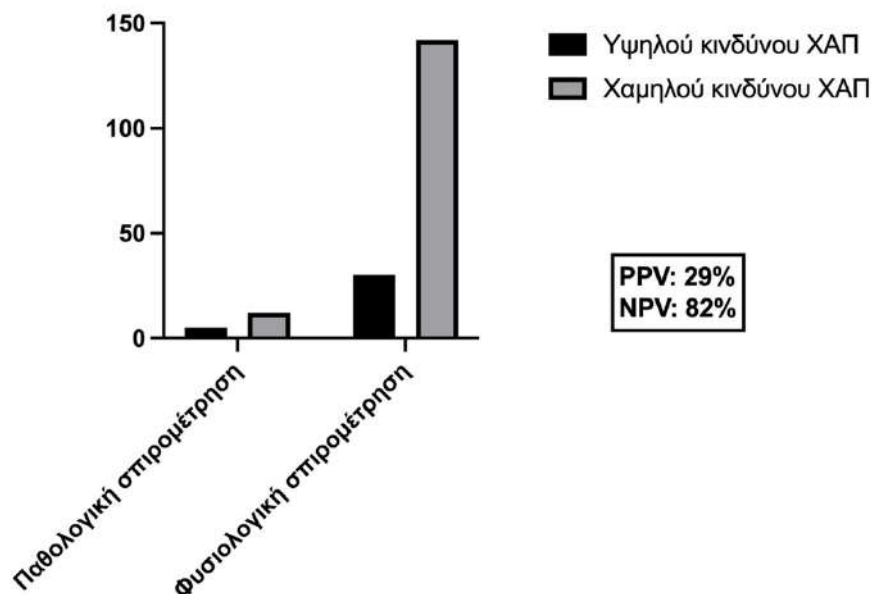


Σχήμα 22. Γράφημα σύγκρισης των ατόμων με παθολογική ή φυσιολογική σπιρομέτρηση με τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έχοντες παθολογική ή φυσιολογική σπιρομέτρηση και τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ.

9.3.4. Αξιολόγηση του ερωτηματολογίου COPD-PS σύμφωνα με τη σπιρομέτρηση

Για την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου COPD-PS στον πληθυσμό μας χρησιμοποιήσαμε τις διαγνώσεις που εξήχθησαν μέσω της δοκιμασίας της σπιρομέτρησης. Η ευαισθησία του COPD-PS βρέθηκε 0.143 και η ειδικότητα 0.922. Η θετική προγνωστική αξία βρέθηκε 0.294, ενώ η αρνητική προγνωστική αξία 0.826. (Σχήμα 23)

Σύγκριση αποτελεσμάτων σπιρομέτρησης με τους υψηλού - χαμηλού κινδύνου ΧΑΠ



Σχήμα 23. Γράφημα σύγκρισης των συμμετεχόντων με παθολογική ή φυσιολογική σπιρομέτρηση με τους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS. Η ευαισθησία του COPD-PS βρέθηκε 0.143 και η ειδικότητα 0.922. Η θετική προγνωστική αξία βρέθηκε 0.294, ενώ η αρνητική προγνωστική αξία 0.826.

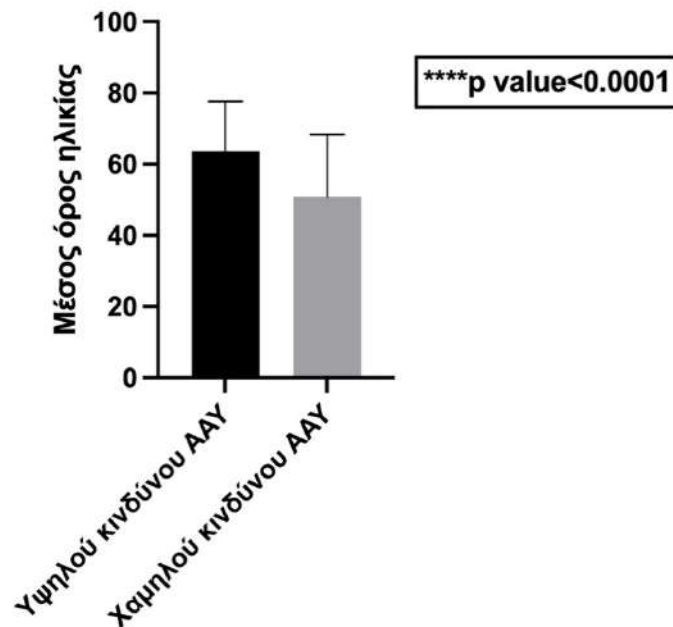
9.3.5. Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου

Για τον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ΣΑΑΥ χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος συνδυασμού δύο ερωτηματολογίων. Για να θεωρείται ένα άτομο υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ έπρεπε να έχει βρεθεί υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ στο BQ και υψηλού κινδύνου για ΗΥ στο ESS.

Όσον αφορά το BQ, 233 από τους 236 συμμετέχοντες κατάφεραν να το ολοκληρώσουν. Από τους 233, 63 συμμετέχοντες βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ (27.09%). Από αυτούς, 34 ήταν άνδρες (29.82%) και 29 ήταν γυναίκες (24.37%). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ αναφορικά με διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p < 0.001$, **Σχήμα 24**), υψηλότερο ΔΜΣ ($p < 0.001$, **Σχήμα 25**), μικρότερη καπνιστική συνήθεια ($p = 0.004$, **Σχήμα 26**), περισσότερα πακέτα / έτη ($p = 0.025$, **Σχήμα 27**), χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p = 0.011$, **Σχήμα 28**) και γνωσιακή λειτουργία ($p = 0.02$, **Σχήμα 29**) συγκριτικά με τους

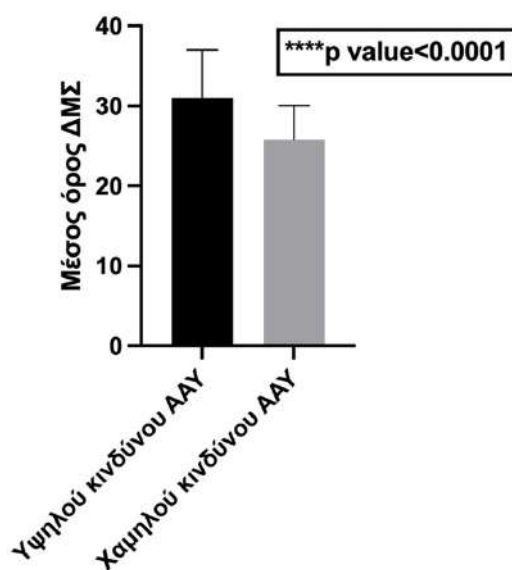
χαμηλού κινδύνου. Αντίθετα, ο βαθμός υιοθέτησης της ΜΔ ($p = 0.20$, **Σχήμα 30**), το φύλο ($p = 0.38$, **Σχήμα 31**) και ο κίνδυνος για Άνοια ($p > 0.999$, **Σχήμα 32**) δε βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τον κίνδυνο για ΑΑΥ.

Σύγκριση ηλικίας υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



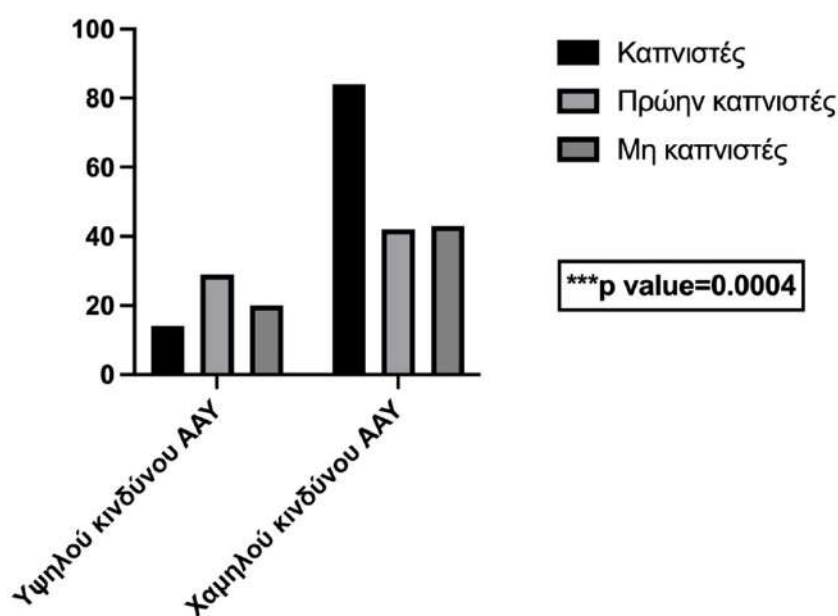
Σχήμα 24. Γράφημα σύγκρισης της ηλικίας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ, σύμφωνα με το BQ. Βρέθηκε ότι η ηλικία είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση ΔΜΣ υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



Σχήμα 25. Γράφημα σύγκρισης του ΔΜΣ των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ, σύμφωνα με το BQ. Βρέθηκε ότι ο ΔΜΣ είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στους υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

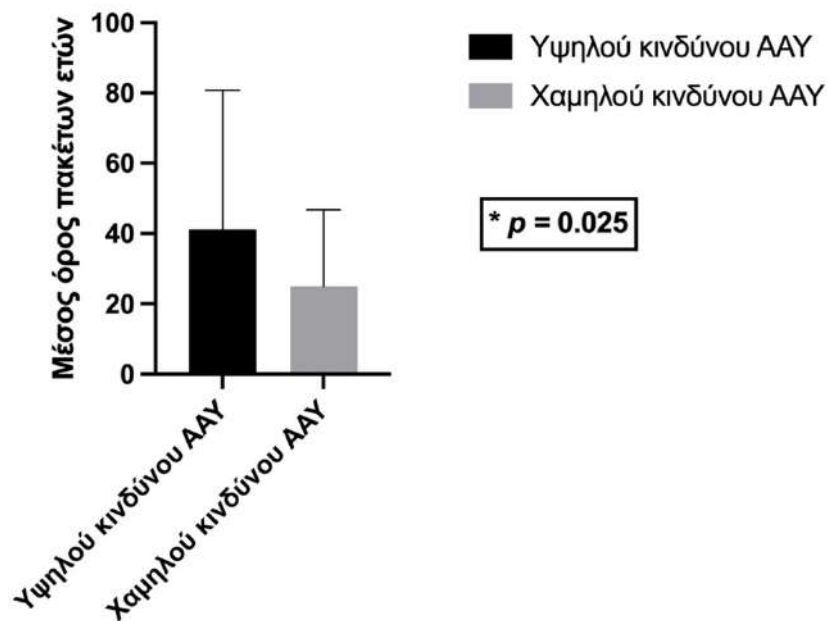
Σύγκριση καπνιστικής συνήθειας υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



Σχήμα 26. Γράφημα σύγκρισης του ποσοστού των καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ, σύμφωνα με το BQ. Το ποσοστό των υψηλού κινδύνου πρώην καπνιστών ήταν σημαντικά αυξημένο σε σχέση

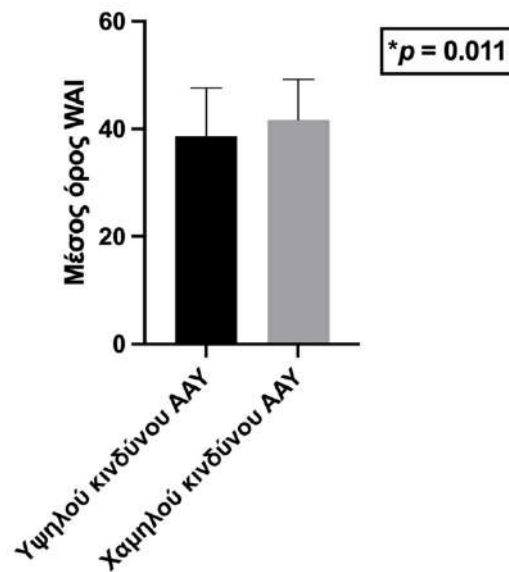
με το αντίστοιχο των χαμηλού κινδύνου. Επίσης, το ποσοστό των καπνιστών στους υψηλού κινδύνου ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση πακέτων-ετών υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



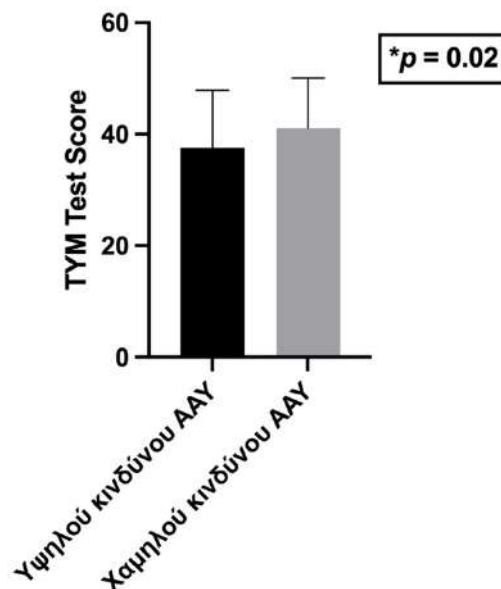
Σχήμα 27. Γράφημα σύγκρισης της καπνιστικής βαρύτητας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ. Βρέθηκε ότι ο αριθμός των πακέτο / ετών είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στους υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση εργασιακής απόδοσης υψηλού-χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ



Σχήμα 28. Γράφημα σύγκρισης της εργασιακής απόδοσης ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ. Βρέθηκε ότι η εργασιακή απόδοση είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ σε σχέση με τους υψηλού κινδύνου.

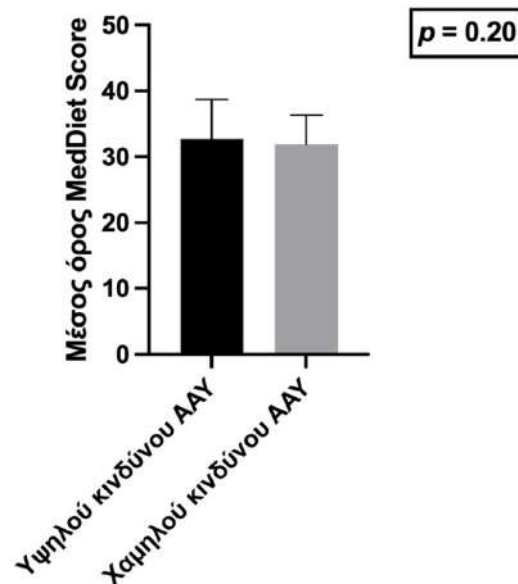
Σύγκριση TYM Test Score Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



Σχήμα 29. Γράφημα σύγκρισης της γνωσιακής λειτουργίας σύμφωνα με τις απαντήσεις του TYM Test ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ. Βρέθηκε ότι η

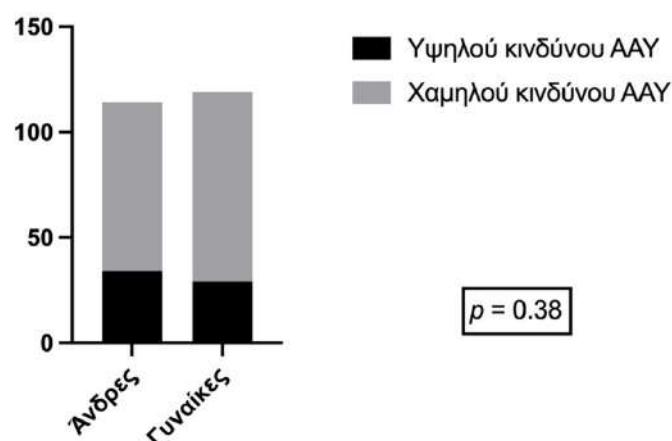
γνωσιακή λειτουργία είναι στατιστικά σημαντικά καλύτερη στους χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ σε σχέση με τους υψηλού κινδύνου.

Σύγκριση βαθμού υιοθέτησης ΜΔ υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



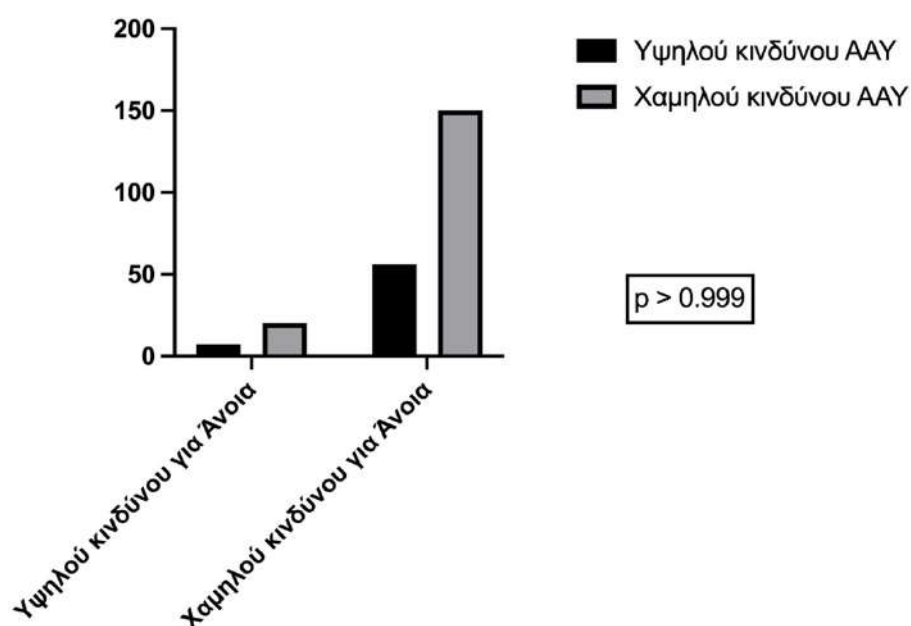
Σχήμα 30. Γράφημα σύγκρισης του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ ως προς το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής.

Σύγκριση ανά φύλο υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΑΑΥ



Σχήμα 31. Γράφημα σύγκρισης του φύλου ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΑΥ ως προς το φύλο των συμμετεχόντων.

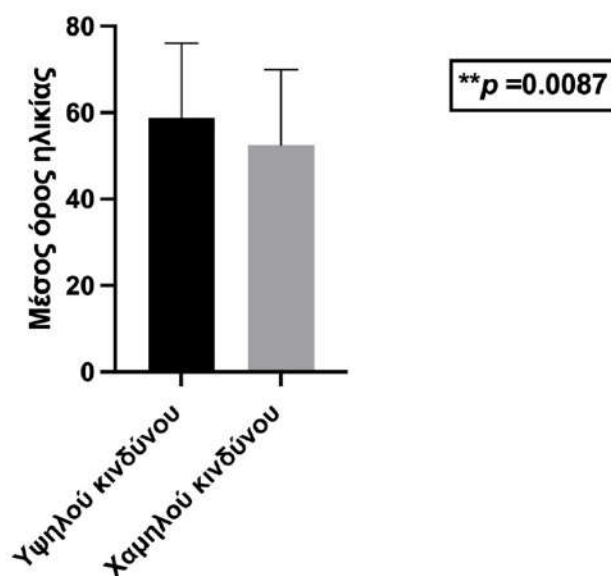
Σύγκριση Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΑΥΥ με Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου για Άνοια



Σχήμα 32. Γράφημα σύγκρισης των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΑΥΥ με τους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για Άνοια. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες.

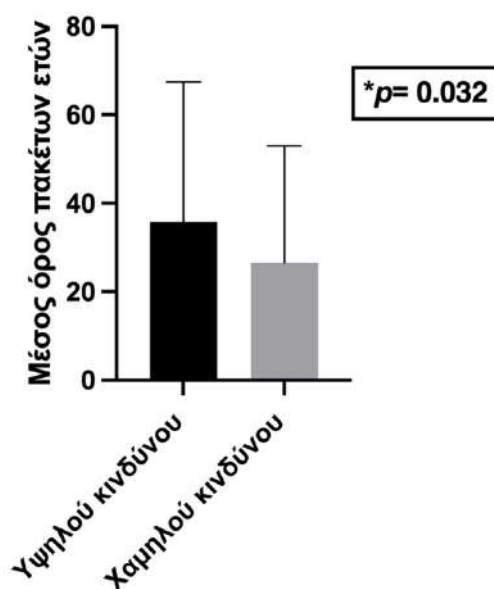
Αναφορικά με το ESS, 65 από τους 236 συμμετέχοντες σημείωσε βαθμολογία μεγαλύτερη του 10 (27.66%). Από τους 65, 38 ήταν άνδρες (33.04%) και 27 γυναίκες (22.50%). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ, σύμφωνα με το ESS, αναφορικά με διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλού κινδύνου για ΗΥ είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p = 0.009$, **Σχήμα 33**), περισσότερα πακέτα / έτη ($p = 0.032$, **Σχήμα 34**), χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p = 0.004$, **Σχήμα 35**) και γνωσιακή λειτουργία ($p = 0.042$, **Σχήμα 36**) συγκριτικά με τους χαμηλού κινδύνου. Αντίθετα, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τον ΔΜΣ ($p = 0.368$, **Σχήμα 37**), την καπνιστική συνήθεια ($p = 0.239$, **Σχήμα 38**), το βαθμό υιοθέτησης ΜΔ ($p = 0.850$, **Σχήμα 39**) και τον κίνδυνο για Άνοια ($p = 0.256$, **Σχήμα 40**).

Σύγκριση ηλικίας υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΗΥ



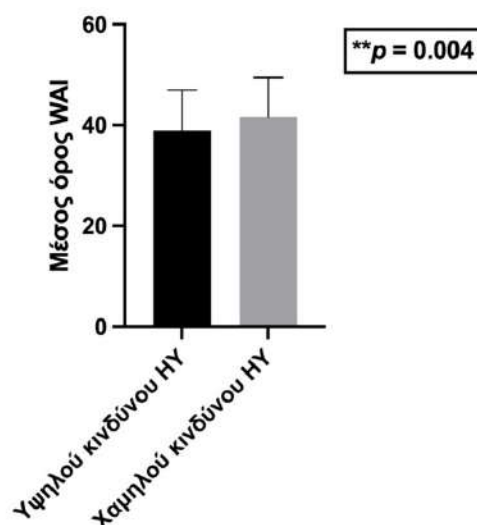
Σχήμα 33. Γράφημα σύγκρισης της ηλικίας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ σύμφωνα με το ESS. Βρέθηκε ότι η ηλικία είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους υψηλού κινδύνου για ΗΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση καπνιστικής βαρύτητας υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΗΥ



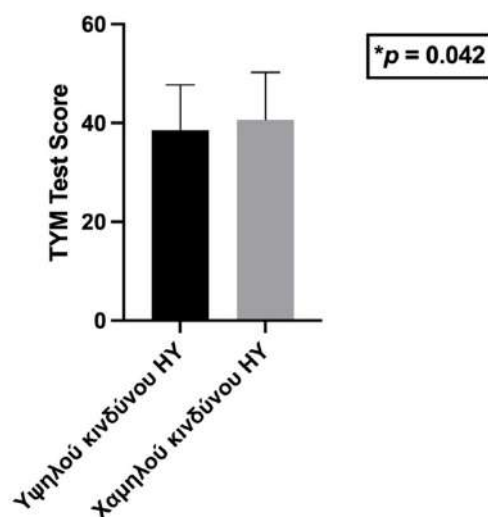
Σχήμα 34. Γράφημα σύγκρισης της καπνιστικής βαρύτητας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ. Βρέθηκε ότι ο αριθμός των πακέτο / ετών είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στους υψηλού κινδύνου για ΗΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση εργασιακής απόδοσης
με υψηλού-χαμηλού κινδύνου για ΗΥ



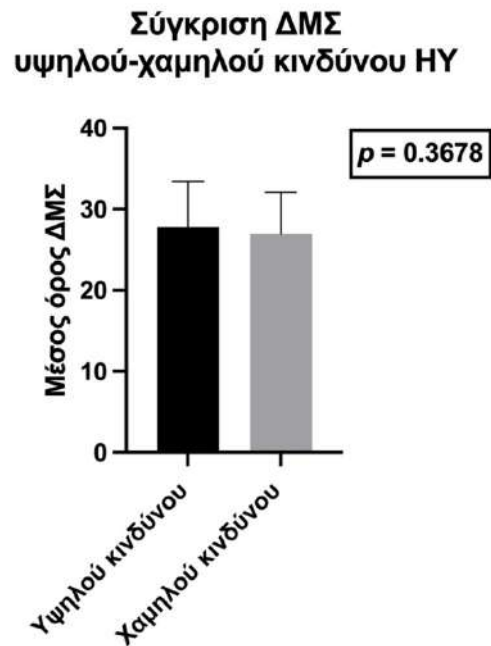
Σχήμα 35. Γράφημα σύγκρισης της εργασιακής απόδοσης ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ. Βρέθηκε ότι οι χαμηλού κινδύνου για ΗΥ παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό στην εργασιακή απόδοση σε σχέση με τους υψηλού κινδύνου.

Σύγκριση TYM Test Score
Υψηλού - Χαμηλού κινδύνου ΗΥ

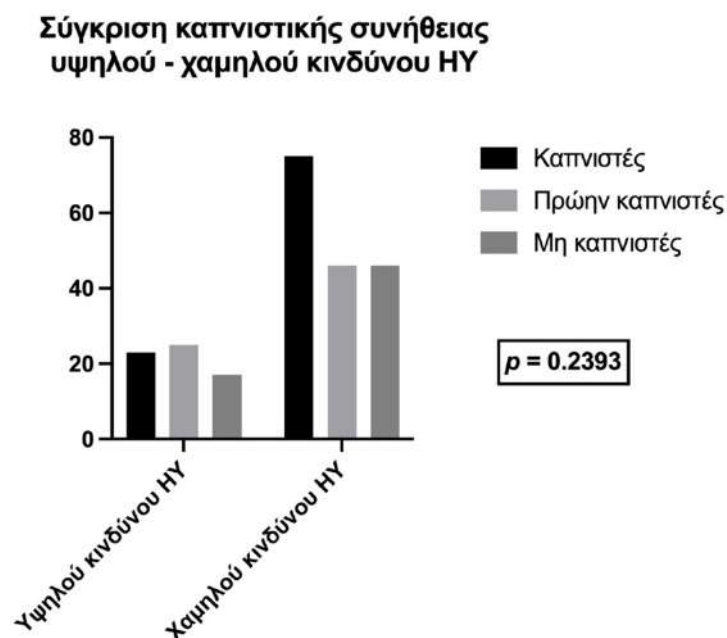


Σχήμα 36. Γράφημα σύγκρισης της γνωσιακής λειτουργίας ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ. Βρέθηκε ότι οι χαμηλού κινδύνου για ΗΥ παρουσίασαν

στατιστικά σημαντικά καλύτερη γνωσιακή λειτουργία σε σχέση με τους υψηλού κινδύνου.

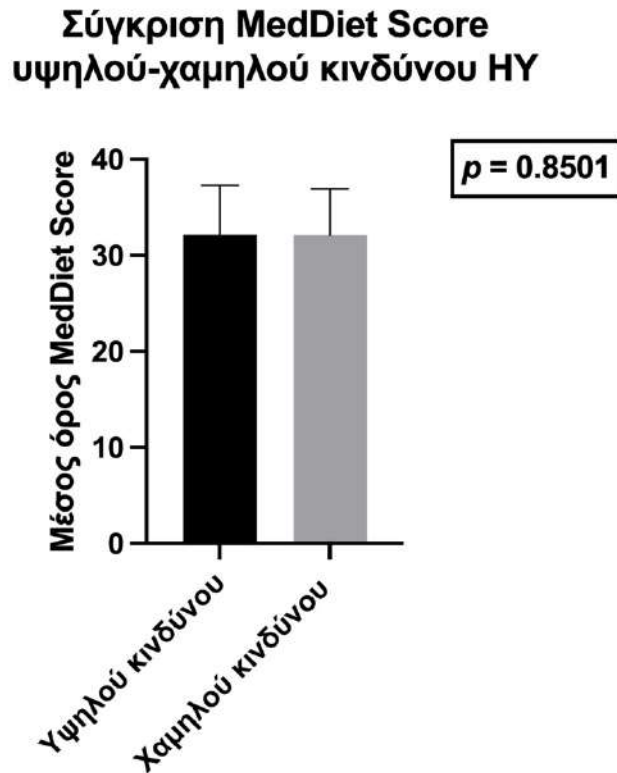


Σχήμα 37. Γράφημα σύγκρισης του ΔΜΣ ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ ως προς τον ΔΜΣ των συμμετεχόντων.



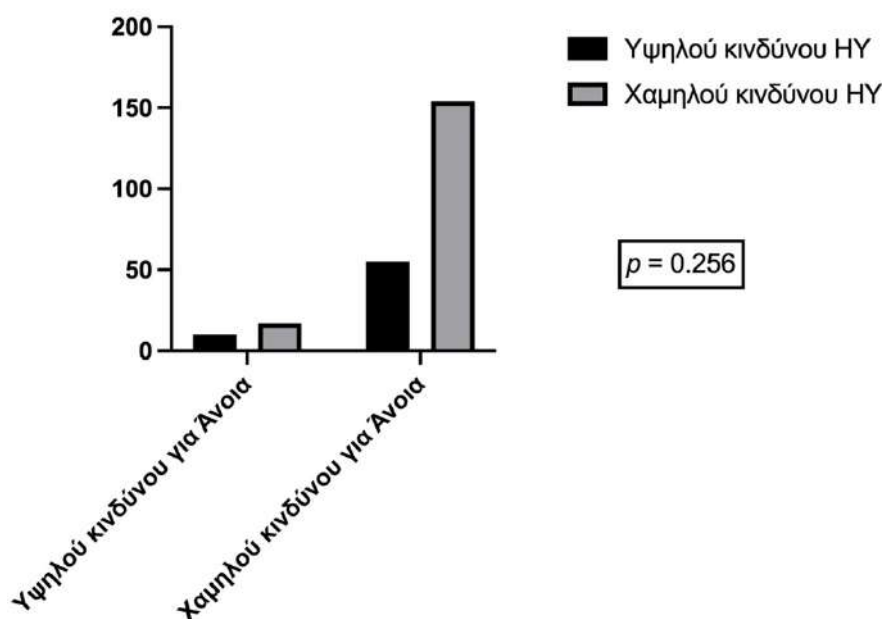
Σχήμα 38. Γράφημα σύγκρισης του ποσοστού των καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ, σύμφωνα με το ESS. Δε

βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά των καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ.



Σχήμα 39. Γράφημα σύγκρισης του βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ ως προς το βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ.

Σύγκριση Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΗΥ με Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου για Άνοια

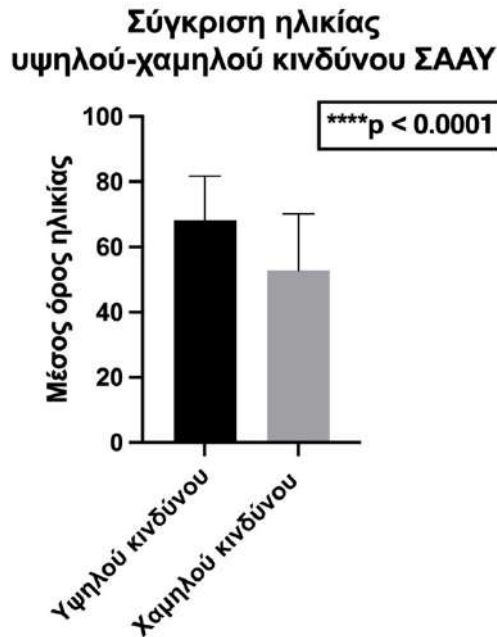


Σχήμα 40. Γράφημα σύγκρισης των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΗΥ με τους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για Άνοια. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες.

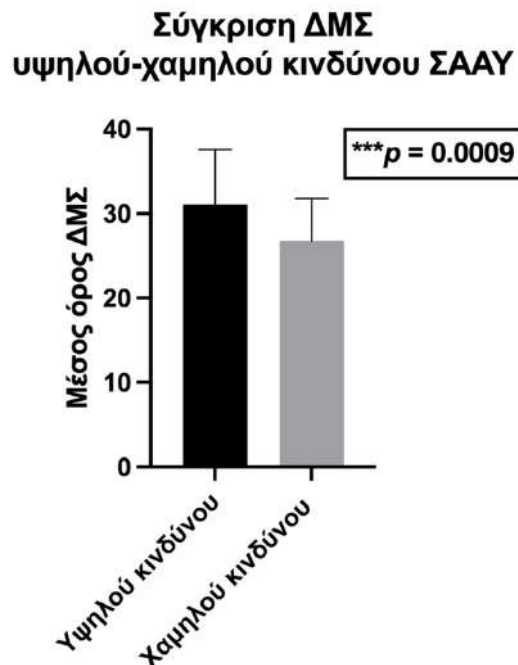
Όσον αφορά το ΣΑΑΥ, 22 από τους 232 συμμετέχοντες (9.48%) βρέθηκαν υψηλού κινδύνου. Από τους 22, 12 ήταν άνδρες (10.53%) και 10 γυναίκες (8.40%). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ αναφορικά με διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p < 0.001$, **Σχήμα 41**), υψηλότερο ΔΜΣ ($p < 0.001$, **Σχήμα 42**), μικρότερη καπνιστική συνήθεια ($p = 0.032$, **Σχήμα 43**), περισσότερα πακετοέτη ($p < 0.001$, **Σχήμα 44**), μεγαλύτερο βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής ($p = 0.035$, **Σχήμα 45**), χειρότερη εργασιακή απόδοση ($p = 0.046$, **Σχήμα 46**), και γνωσιακή λειτουργία ($p = 0.003$, **Σχήμα 47**) συγκριτικά με τους χαμηλού κινδύνου. Αντίθετα, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τον κίνδυνο για Άνοια ($p = 0.726$, **Σχήμα 48**). Αναλυτική παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν τους υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ, ΗΥ και ΣΑΑΥ δίνεται στον **Πίνακα 3**.

Πίνακας 3. Συμμετέχοντες υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ, ΗΥ και ΣΑΑΥ

	BQ Υψηλού κινδύνου	BQ Χαμηλού κινδύνου	<i>p</i>	ESS Υψηλού κινδύνου	ESS Χαμηλού κινδύνου	<i>p</i>	BQ&ESS Υψηλού κινδύνου	BQ&ESS Χαμηλού Κινδύνου	<i>p</i>
Ηλικία	66 (55, 74)	50 (37, 64)	<0.001	63 (49, 70)	51 (38, 66)	0.009	71.5 (60.25, 79)	53 (38, 66.25)	<0.001
ΔΜΣ	30.86 (27.43, 33.63)	25.50 (23.13, 28.08)	<0.001	27.46 (23.48, 31.71)	26.49 (23.46, 29.41)	0.368	31.63 (26.48, 33.29)	26.30 (23.43, 29.36)	<0.001
Καπνιστική Συνήθεια	Καπνιστές: 14 (22.22%) Πρώην καπνιστές: 29 (49.03%) Μη καπνιστές: 20 (31.75%)	Καπνιστές: 84 (49.70%) Πρώην καπνιστές: 42 (24.85%) Μη καπνιστές: 43 (25.45%)	<0.001	Καπνιστές: 23 (35.38%) Πρώην καπνιστές: 25 (38.46%) Μη καπνιστές: 17 (26.16%)	Καπνιστές: 75 (43.62%) Πρώην καπνιστές: 46 (26.74%) Μη καπνιστές: 46 (26.74%)	0.239	Καπνιστές: 5 (22.73%) Πρώην καπνιστές: 12 (54.54%) Μη καπνιστές: 5 (22.73%)	Καπνιστές: 92 (43.80%) Πρώην καπνιστές: 59 (28.10%) Μη καπνιστές: 59 (28.10%)	0.032
Πακέτα / έτη	35 (12, 52)	20 (7.5, 38)	0.025	25.50 (11, 50)	20 (7, 39)	0.032	50 (21.5, 96)	20 (7.5, 39)	<0.001
MedDietScore	33 (29, 36)	32 (29, 35)	0.202	32 (29, 35)	32 (29, 35)	0.850	34.50 (31, 37.25)	32 (29, 35)	0.035
Εργασιακή απόδοση	41 (35, 45)	43.5 (39, 47)	0.011	41 (35, 45)	44 (39, 47)	0.004	39.5 (34.25, 44)	43 (38, 47)	0.046
Γνωσιακή λειτουργία									
<i>TYM Test</i>	40.50 (30.25, 46)	44 (40, 47)	0.02	42 (34, 46)	44 (38.75, 47)	0.042	35 (23, 43.50)	44 (38, 47)	0.003
<i>GPCog Score</i>	ΥΚ: 7 (11.11%) ΧΚ: 56 (88.89%)	ΥΚ: 20 (11.76%) ΧΚ:150(88.24%)	>0.999	ΥΚ: 10(15.38%) ΧΚ: 55(84.62%)	ΥΚ: 17(9.94%) ΧΚ: 154(90.06%)	0.256	ΥΚ: 3 (13.64%) ΧΚ: 19 (86.36%)	ΥΚ: 24 (11.27%) ΧΚ: 189 (88.73%)	0.726

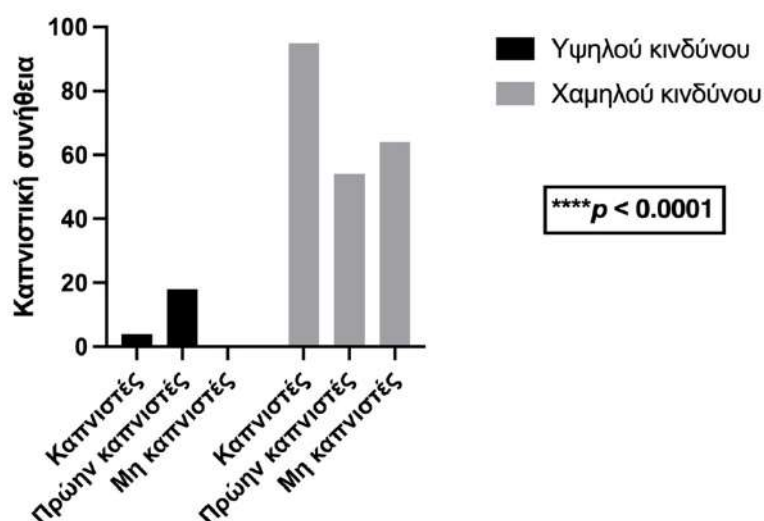


Σχήμα 41. Γράφημα σύγκρισης της ηλικίας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ, σύμφωνα με το BQ & το ESS. Βρέθηκε ότι η ηλικία είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στους υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.



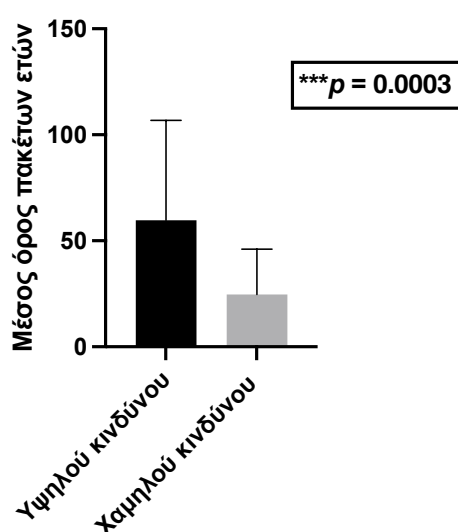
Σχήμα 42. Γράφημα σύγκρισης του ΔΜΣ των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ, σύμφωνα με το BQ & το ESS. Βρέθηκε ότι ο ΔΜΣ είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στους υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση καπνιστικής συνήθειας υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΣΑΑΥ



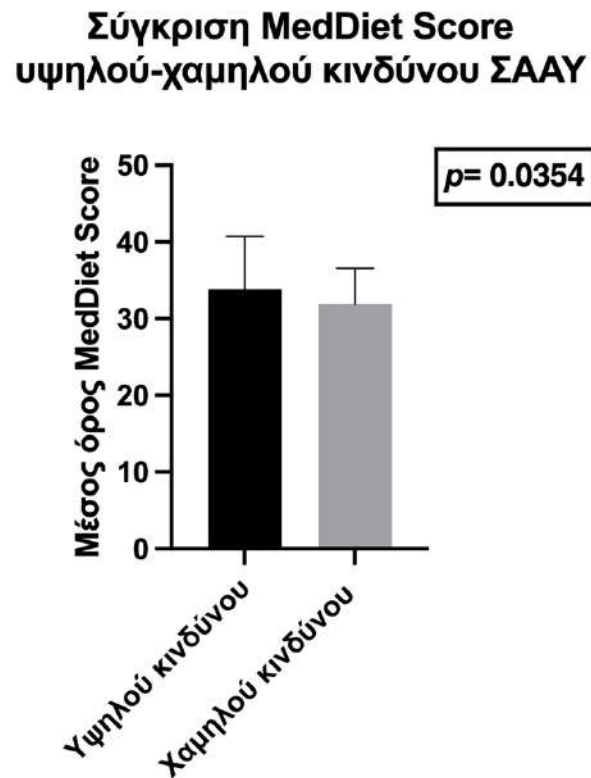
Σχήμα 43. Γράφημα σύγκρισης του ποσοστού των καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ, σύμφωνα με το BQ & το ESS. Το ποσοστό των υψηλού κινδύνου καπνιστών ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερο σε σχέση με το αντίστοιχο των χαμηλού κινδύνου. Επίσης, το ποσοστό των πρώην καπνιστών στους υψηλού κινδύνου ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση καπνιστικής βαρύτητας υψηλού - χαμηλού κινδύνου ΣΑΑΥ



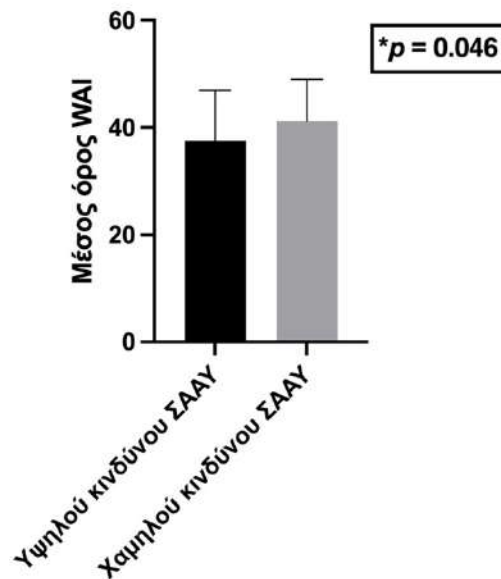
Σχήμα 44. Γράφημα σύγκρισης της καπνιστικής βαρύτητας των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ. Βρέθηκε ότι ο αριθμός των πακέτο / ετών είναι στατιστικά

σημαντικά μεγαλύτερος στους υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.



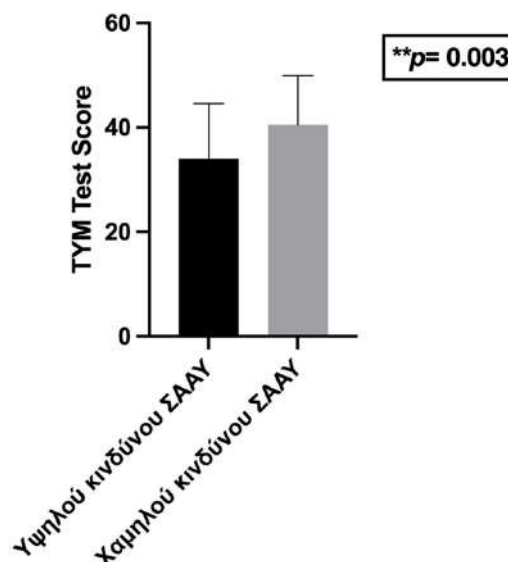
Σχήμα 45. Γράφημα σύγκρισης του βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ. Ο βαθμός υιοθέτησης της ΜΔ είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερος στους υψηλού κινδύνου σε σχέση με τον αντίστοιχο βαθμό των χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση εργασιακής απόδοσης υψηλού-χαμηλού κινδύνου ΣΑΑΥ



Σχήμα 46. Σύγκριση εργασιακής απόδοσης ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ. Βρέθηκε ότι οι χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην εργασιακή απόδοση σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

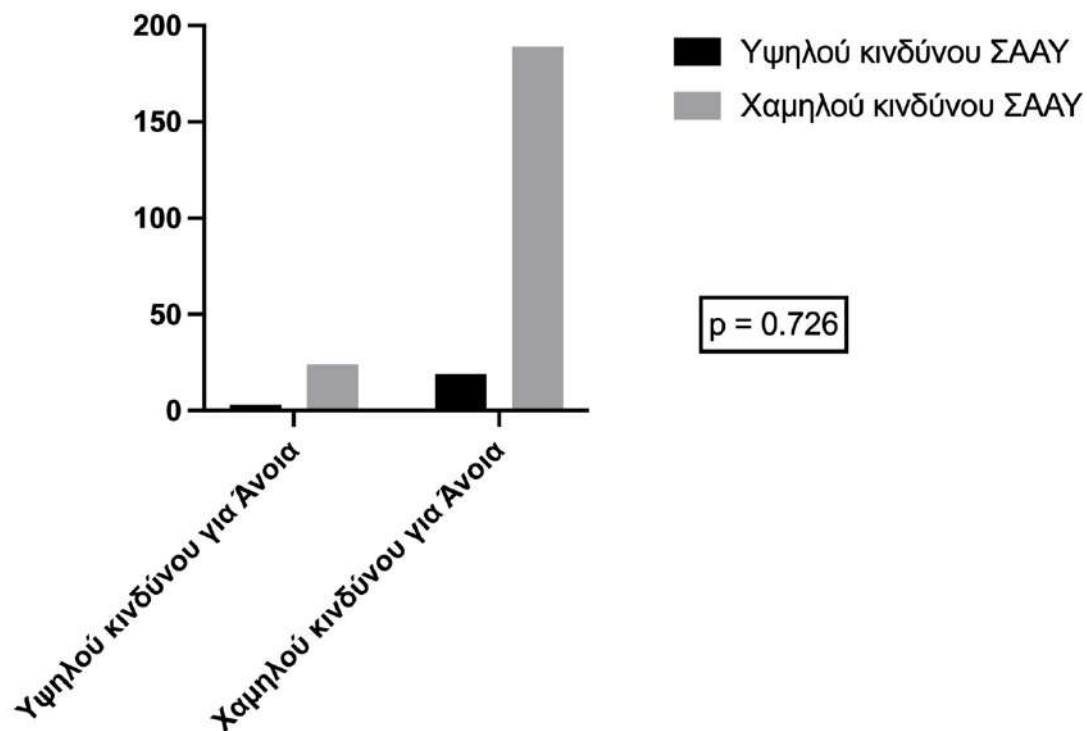
Σύγκριση TYM Test Score Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΑΥ



Σχήμα 47. Γράφημα σύγκρισης της γνωσιακής λειτουργίας ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ. Βρέθηκε ότι οι χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ

παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά καλύτερη γνωσιακή λειτουργία σε σχέση με τους υψηλού κινδύνου.

Σύγκριση Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΑΥ με Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου για Άνοια



Σχήμα 48. Γράφημα σύγκρισης των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ με τους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για Άνοια. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες.

9.3.6. Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών (ΣΑΠ)

Για τον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ΣΑΠ χρησιμοποιήθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια που προτάθηκαν από το International RLS Study Group (IRLSSG).

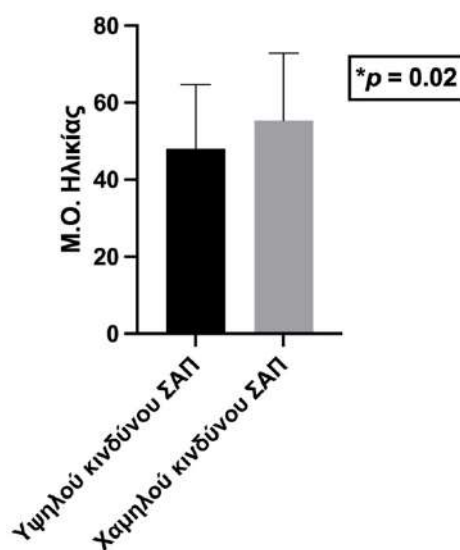
Από τους 236 συμμετέχοντες 235 κατάφεραν να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Από τους 235 συμμετέχοντες, 36 βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ (15.32%). Από αυτούς, 15 ήταν άνδρες (13.04%) και 21 γυναίκες (17.5%), χωρίς να έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ($p = 0.343$).

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε αναφορικά με διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ είχαν μικρότερη ηλικία ($p = 0.02$, **Σχήμα 49**), και χαμηλότερο ΔΜΣ ($p = 0.031$, **Σχήμα 50**). Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΠ που να αφορούν την καπνιστική συνήθεια ($p = 0.545$, **Σχήμα 51**) και βαρύτητα ($p = 0.159$, **Σχήμα 52**), το βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής ($p = 0.278$, **Σχήμα 53**), την εργασιακή απόδοση ($p = 0.628$, **Σχήμα 54**), τη γνωσιακή λειτουργία ($p = 0.173$, **Σχήμα 55**) και τον κίνδυνο για Άνοια ($p = 0.15$, **Σχήμα 56**). Αναλυτική παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν τους υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ δίνεται στον **Πίνακα 4**.

Πίνακας 4. Συμμετέχοντες υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ

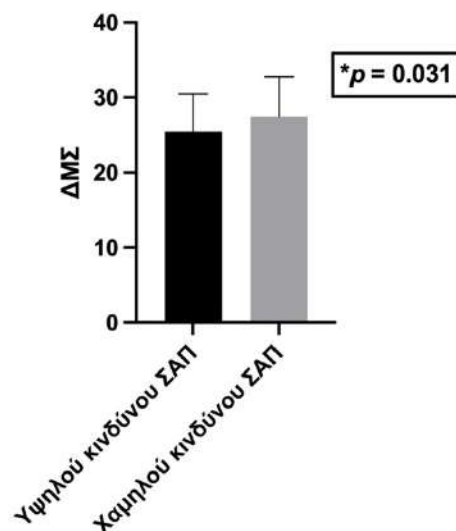
	Υψηλού κινδύνου ΣΑΠ	Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ	<i>p</i>
Ηλικία	47 (34, 62.50)	56 (42, 70)	0.02
ΔΜΣ	24.63 (22.11, 27.71)	26.82 (23.81, 30.21)	0.031
Καπνιστική Συνήθεια	Καπνιστές: 18 (50%) Πρώην καπνιστές: 9 (25%) Μη καπνιστές: 9 (25%)	Καπνιστές: 80 (40.4%) Πρώην καπνιστές: 63 (31.82%) Μη καπνιστές: 55 (27.78%)	0.545
Πακέτα / έτη	12 (6, 33)	22 (8.05, 43)	0.159
MedDietScore	33 (30.25, 35)	32 (29, 35)	0.278
Εργασιακή Απόδοση	43 (36, 47)	43(38, 46)	0.628
Γνωσιακή λειτουργία			
<i>TYM test</i>	45 (40, 47)	43 (35.75, 46.25)	0.173
<i>GPCognition</i>	ΥΚ: 7 (19.44%) ΧΚ: 29 (80.56%)	ΥΚ: 20 (10.05%) ΧΚ: 179 (89.95%)	0.15

**Σύγκριση ηλικίας
Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ**



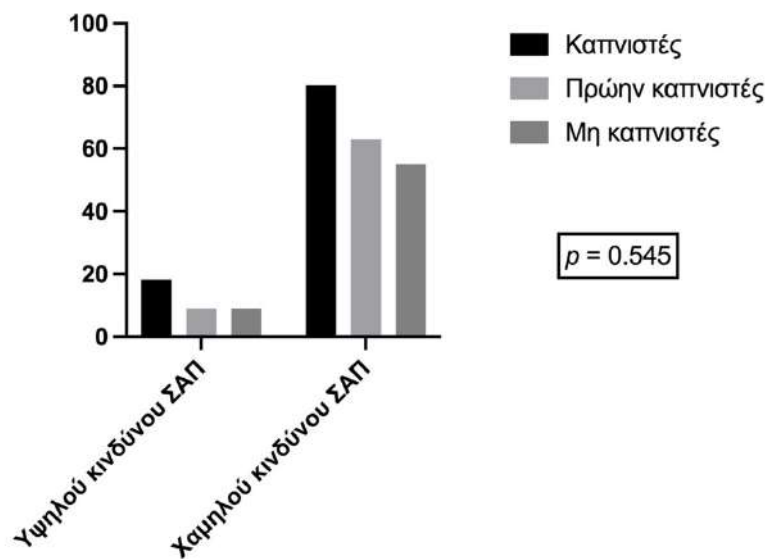
Σχήμα 49. Γράφημα σύγκρισης της ηλικίας ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Βρέθηκε ότι η ηλικία των υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

**Σύγκριση ΔΜΣ
Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ**



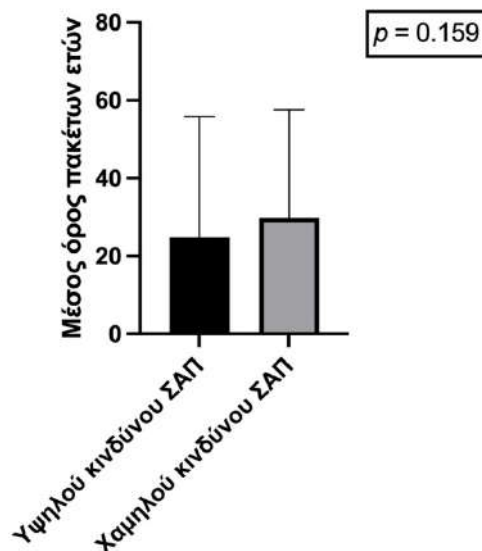
Σχήμα 50. Γράφημα σύγκρισης του ΔΜΣ ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Βρέθηκε ότι ο ΔΜΣ των υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερος σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.

Σύγκριση Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ ως προς την καπνιστική συνήθεια



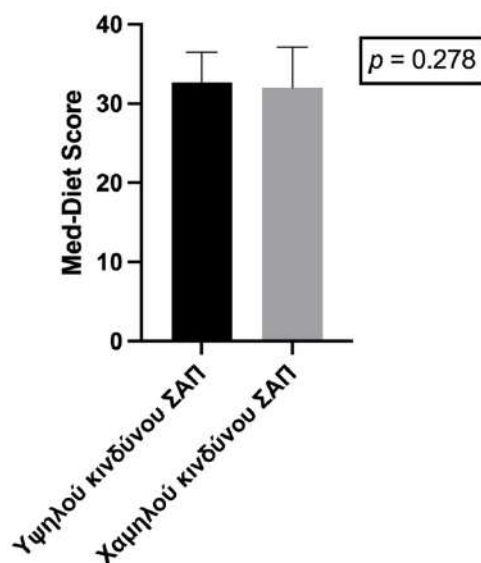
Σχήμα 51. Γράφημα σύγκρισης της καπνιστικής συνήθειας ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες.

Σύγκριση καπνιστικής βαρύτητας Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ



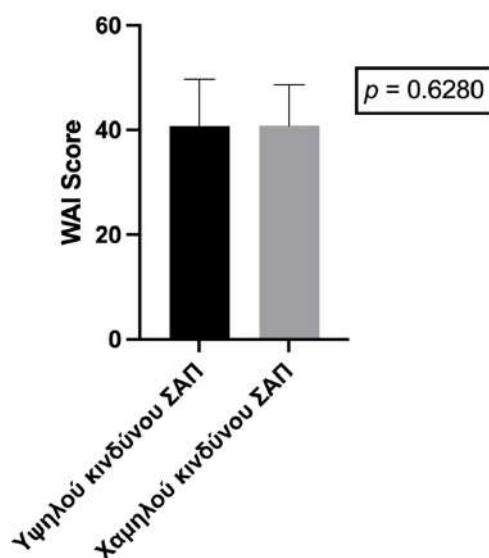
Σχήμα 52. Γράφημα σύγκρισης της καπνιστικής βαρύτητας ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την καπνιστική βαρύτητα ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Σύγκριση MedDietScore Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ



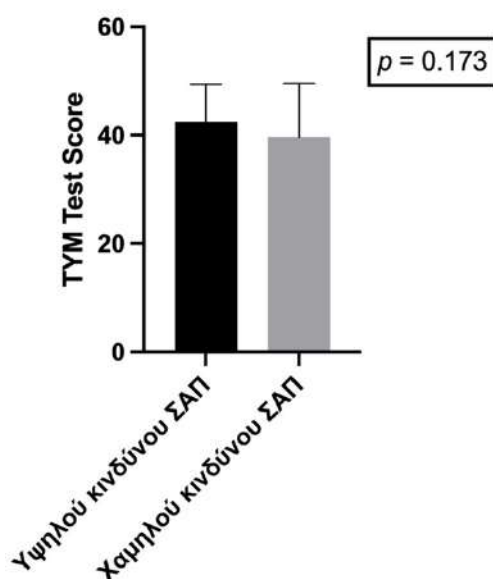
Σχήμα 53. Γράφημα σύγκρισης του βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την υιοθέτηση της ΜΔ ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Σύγκριση εργασιακής απόδοσης Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ



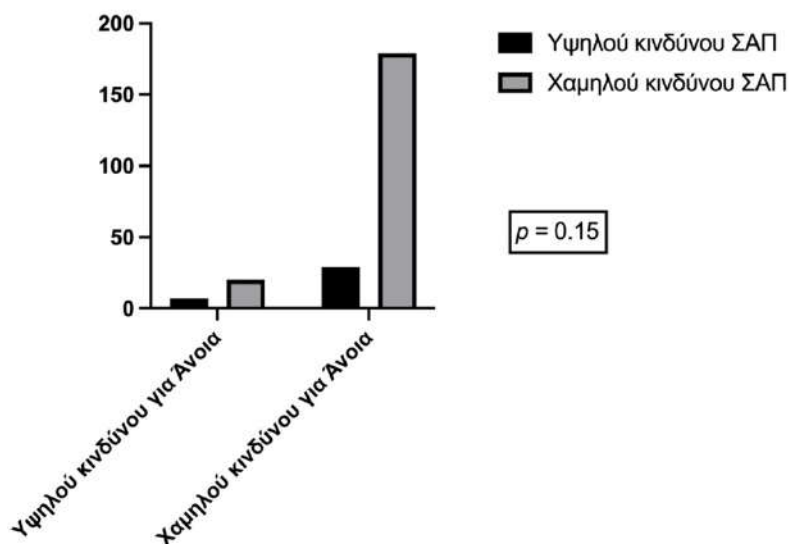
Σχήμα 54. Γράφημα σύγκρισης της εργασιακής απόδοσης ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εργασιακή απόδοση ανάμεσα στις δύο ομάδες.

**Σύγκριση TYM Test Score
Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ**



Σχήμα 55. Γράφημα σύγκρισης της γνωσιακής λειτουργίας ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την γνωσιακή λειτουργία ανάμεσα στις δύο ομάδες.

**Σύγκριση Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ
με Υψηλού-Χαμηλού κινδύνου για Άνοια**



Σχήμα 56. Γράφημα σύγκρισης των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ με τους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για Άνοια. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες.

9.3.7. Προσωπική αξιολόγηση επιπέδου υγείας

Η διερεύνηση του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση τριών ερωτήσεων. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε το γενικό επίπεδο υγείας, η δεύτερη το επίπεδο οδοντικής υγείας και η τρίτη την ψυχική υγεία. Σε όλες τις ερωτήσεις οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Αναλυτική περιγραφή του αυτοαναφερόμενου επιπέδου υγείας των συμμετεχόντων δίνεται στον **Πίνακα 5**.

Από όλους τους συμμετέχοντες, 161/235 (68.51%) ανέφεραν πολύ καλό ή καλό γενικό επίπεδο υγείας, 141/235 (17.87%) μέτριο και 32/235 (13.62%) κακό ή πολύ κακό. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε όσον αφορά το φύλο ($p = 0.007$), με τους άνδρες να αναφέρουν καλύτερο γενικό επίπεδο υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες (**Σχήμα 57**), την ηλικία ($p < 0.001$) με τα άτομα μικρότερης ηλικίας να αναφέρουν καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (**Σχήμα 58**), και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p < 0.001$), με τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να αναφέρουν καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (**Σχήμα 59**).

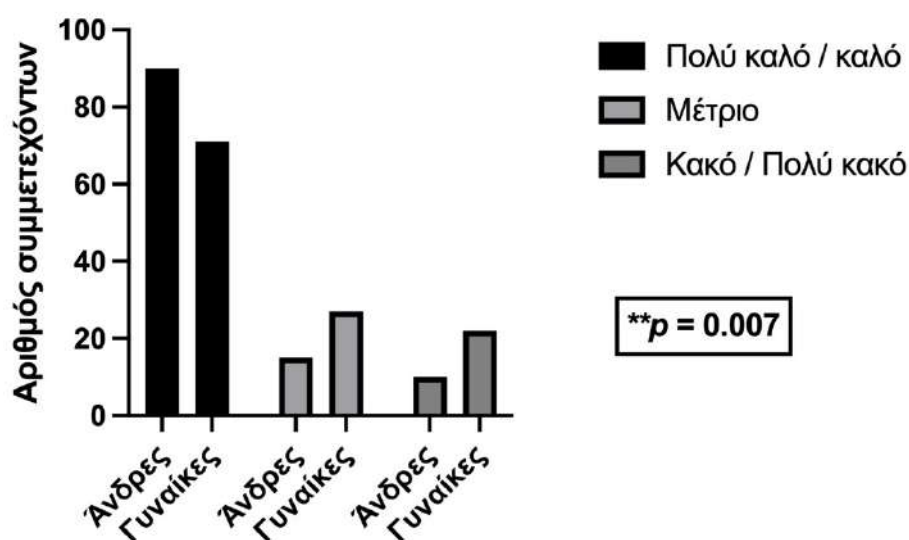
Όσον αφορά την οδοντική υγεία, 141/235 (60%) ανέφεραν πολύ καλό ή καλό επίπεδο, 50/235 (21.28%) μέτριο, και 44/235 (18.72%) κακό ή πολύ κακό. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ($p = 0.172$ – **Σχήμα 60**). Αντίθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε αναφορικά με την ηλικία ($p = 0.001$), με τους νεότερους να αναφέρουν καλύτερο επίπεδο οδοντικής υγείας σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία (**Σχήμα 61**), και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0.011$), με τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να αναφέρουν καλύτερο επίπεδο οδοντικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (**Σχήμα 62**).

Από όλους τους συμμετέχοντες, 152/235 (64.68%) ανέφεραν πολύ καλό ή καλό επίπεδο ψυχικής υγείας, 49/235 (20.85%) μέτριο επίπεδο, και 34/235 (14.47%) κακό ή πολύ κακό επίπεδο. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε όσον αφορά το φύλο ($p = 0.009$), με τους άνδρες να αναφέρουν καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας σε σχέση με τις γυναίκες (**Σχήμα 63**). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά που να αφορά την ηλικία ($p = 0.151$ – **Σχήμα 64**) και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0.069$ – **Σχήμα 65**).

Πίνακας 5. Αποτελέσματα αυτοαξιολόγησης επιπέδου υγείας συμμετεχόντων

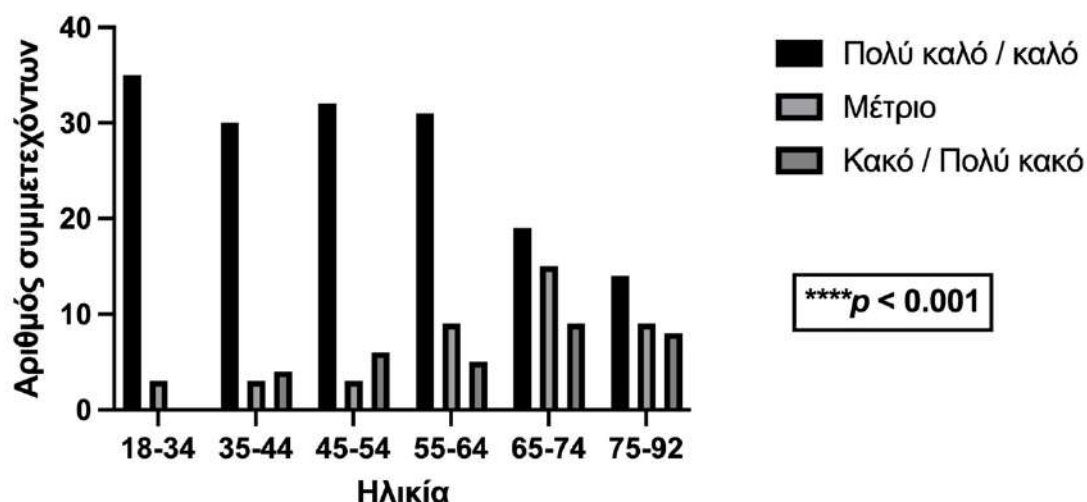
	Πολύ καλό / καλό	Μέτριο	Κακό / Πολύ κακό
Γενική υγεία (n)	161 (68.51%)	42 (17.87%)	32 (13.62%)
Οδοντική υγεία (n)	141 (60%)	50 (21.28%)	44 (18.72%)
Ψυχική Υγεία (n)	152 (64.68%)	49 (20.85%)	34 (14.47%)

Επίπεδο γενικής υγείας ανά φύλο



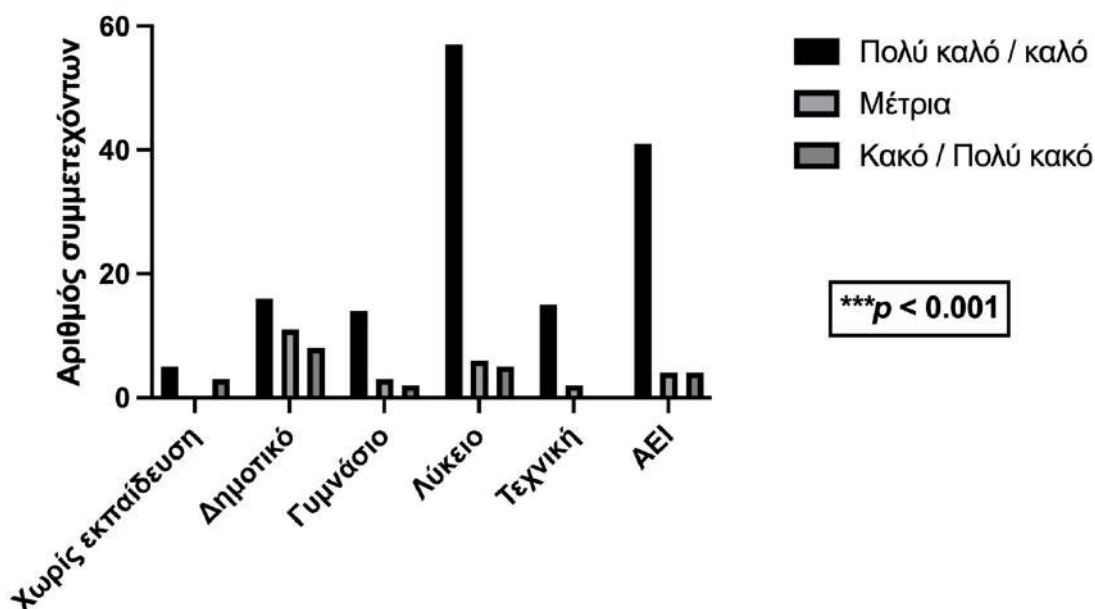
Σχήμα 57. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου γενικής υγείας ανά φύλο. Βρέθηκε ότι οι άνδρες ανέφεραν στατιστικά σημαντικά καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες.

Επίπεδο γενικής υγείας ανά ηλικία



Σχήμα 58. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου γενικής υγείας ανά ηλικία. Βρέθηκε ότι τα άτομα μικρότερης ηλικίας ανέφεραν στατιστικά σημαντικά καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

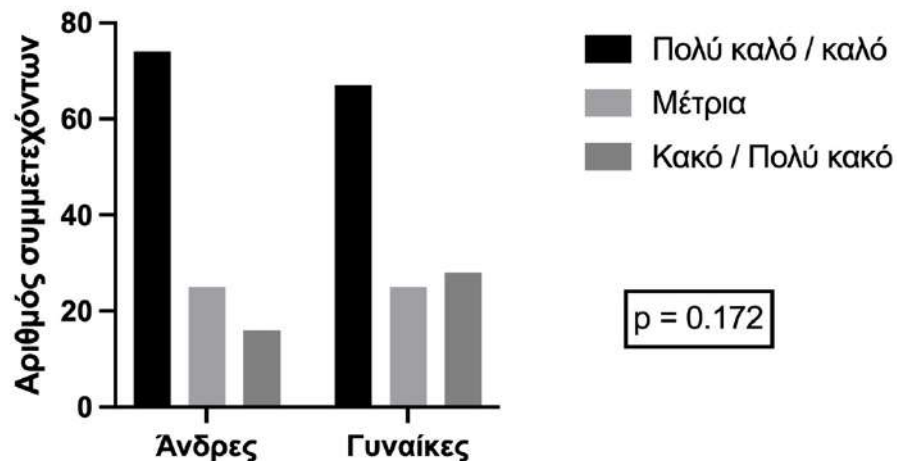
Επίπεδο γενικής υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Σχήμα 59. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου γενικής υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Βρέθηκε ότι τα άτομα υψηλότερου

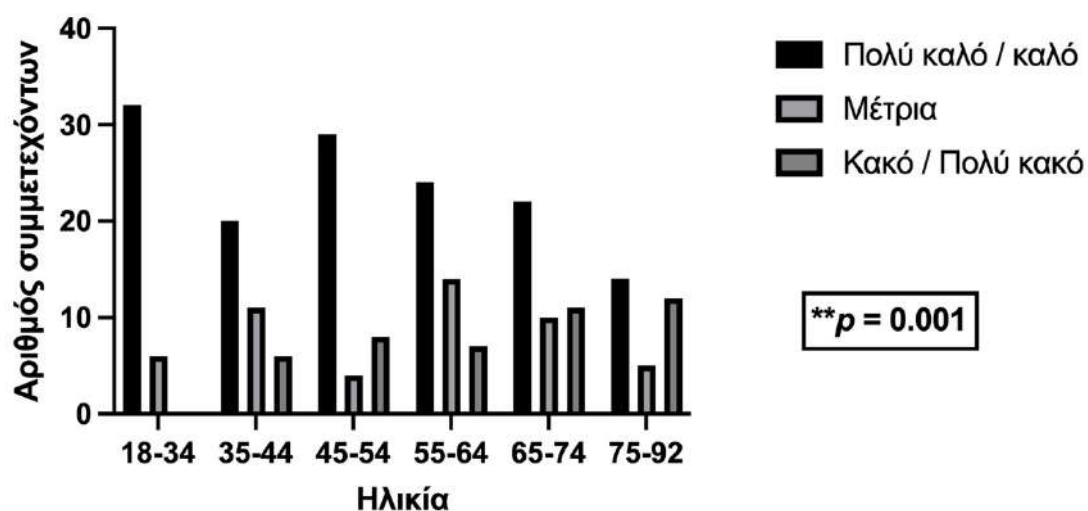
εκπαιδευτικού επιπέδου ανέφεραν στατιστικά σημαντικά καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου.

Επίπεδο οδοντικής υγείας ανά φύλο



Σχήμα 60. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου οδοντικής υγείας ανά φύλο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς το επίπεδο της οδοντικής τους υγείας.

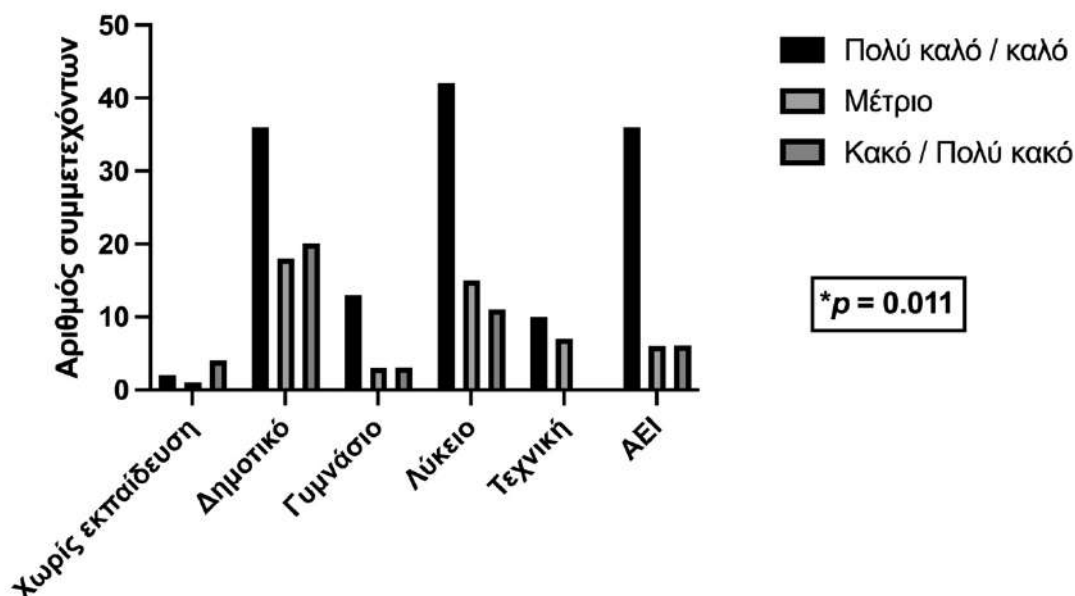
Επίπεδο οδοντικής υγείας ανά ηλικία



Σχήμα 61. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου οδοντικής υγείας ανά ηλικία. Βρέθηκε ότι τα άτομα μικρότερης ηλικίας ανέφεραν

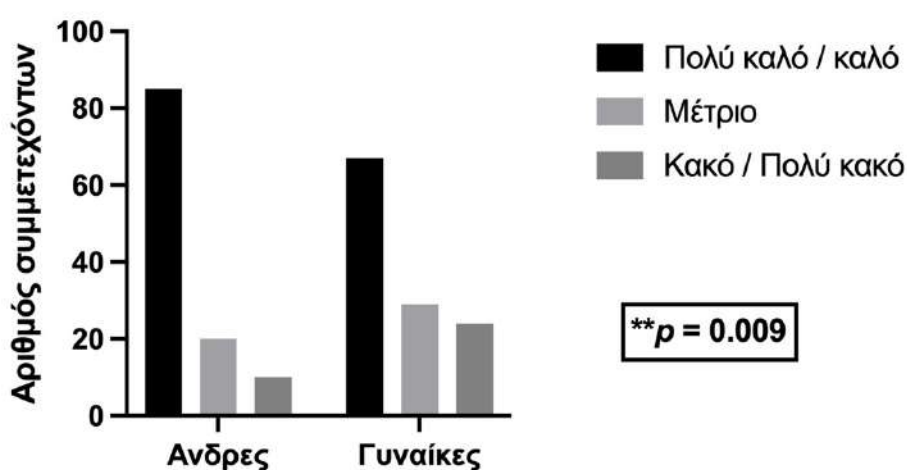
στατιστικά σημαντικά καλύτερο επίπεδο οδοντικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Επίπεδο οδοντικής υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



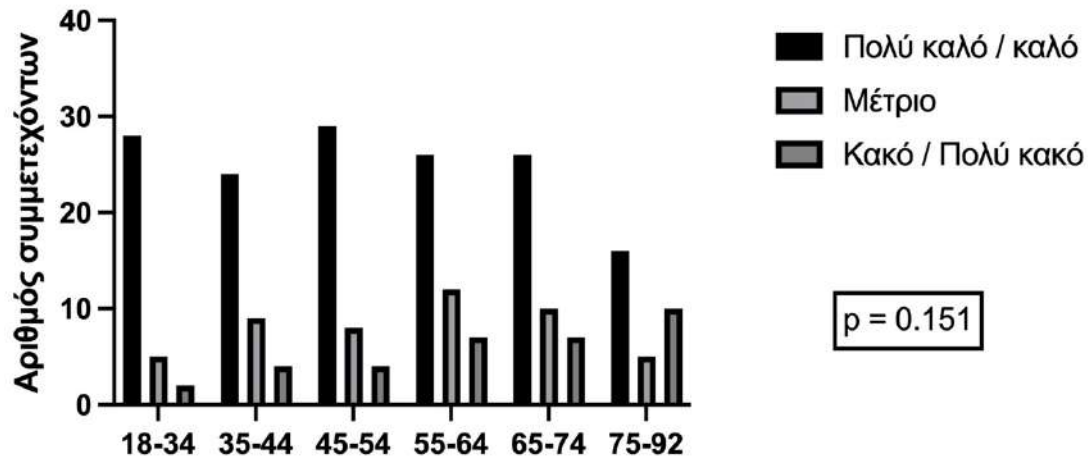
Σχήμα 62. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου οδοντικής υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Βρέθηκε ότι τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ανέφεραν στατιστικά σημαντικά καλύτερο επίπεδο οδοντικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου.

Επίπεδο ψυχικής υγείας ανά φύλο



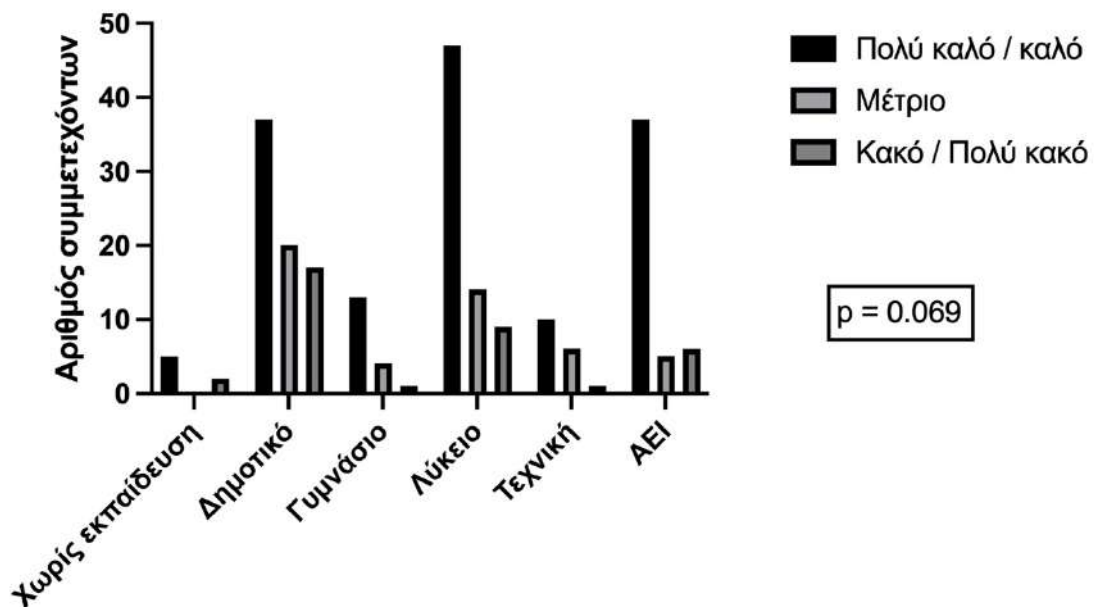
Σχήμα 63. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου ψυχικής υγείας ανά φύλο. Βρέθηκε ότι άνδρες ανέφεραν στατιστικά σημαντικά καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες.

Επίπεδο ψυχικής υγείας ανά ηλικία



Σχήμα 64. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου ψυχικής υγείας ανά φύλο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο ψυχικής υγείας ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων.

Επίπεδο ψυχικής υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Σχήμα 65. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αυτοαξιολόγησης του επιπέδου ψυχικής υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο ψυχικής υγείας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

9.3.8. Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας και Πρόσβαση

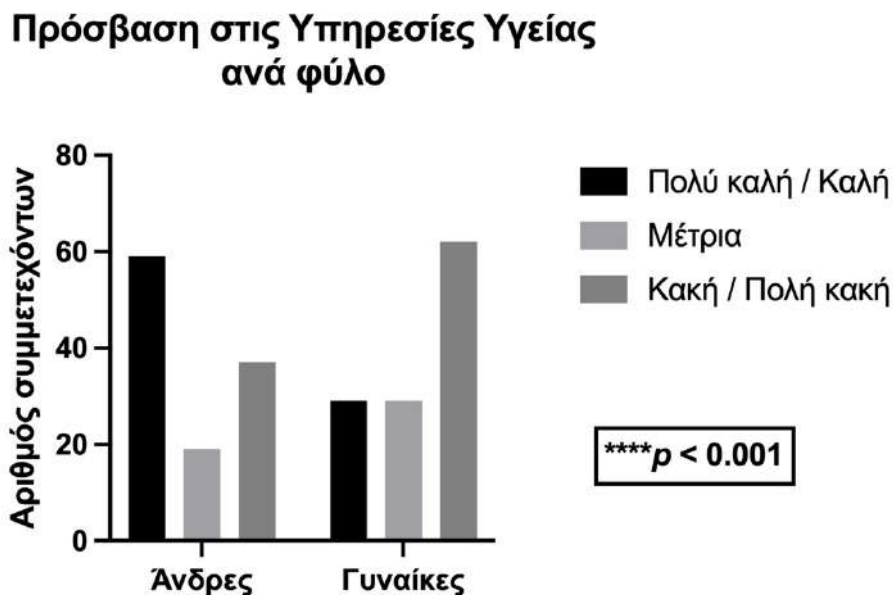
Η διερεύνηση των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας και την πρόσβαση σε αυτές επιχειρήθηκε με τη χρήση τεσσάρων ερωτήσεων. Η πρώτη αφορούσε την ανάγκη μετάβασης εκτός Αλοννήσου, για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας σε κατάλληλες δομές. Στη δεύτερη ερώτηση διερευνήθηκε η γνώμη των συμμετεχόντων για την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας. Η τρίτη ερώτηση αφορούσε την άποψη των συμμετεχόντων για την ποιότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας στην Αλόννησο. Η τέταρτη ερώτηση σχετιζόταν με το κατά πόσο υπήρχε η δυνατότητα να μεταβούν εκτός Αλοννήσου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Και στις τέσσερις ερωτήσεις οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Αναλυτική περιγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις παραπάνω ερωτήσεις δίνεται στον **Πίνακα 6**.

Πίνακας 6. Πρόσβαση και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

		Κοινότητα (%)	Άνδρες(%)	Γυναίκες (%)	<i>p</i> value
Πώς θα περιγράφατε την Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας στην Αλόννησο;	Πολύ καλή / καλή	37.45	51.30	24.17	<0.0001
	Μέτρια	20.43	16.52	24.17	
	Κακή / Πολύ κακή	42.13	32.17	51.67	
Πώς θα περιγράφατε την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Αλόννησο; in Alonnisos?	Πολύ καλή / καλή	59.15	67.83	50.83	0.13
	Μέτρια	25.53	20	30.83	
	Κακή / Πολύ κακή	15.32	12.17	18.33	
Ήταν δυνατή η μεταφορά σας σε νοσοκομείο σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;	Ναι	49.36	50.43	47.90	0.78
	Όχι	17.45	15.65	19.33	
	ΔΞ / ΔΑ	33.19	33.92	32.77	

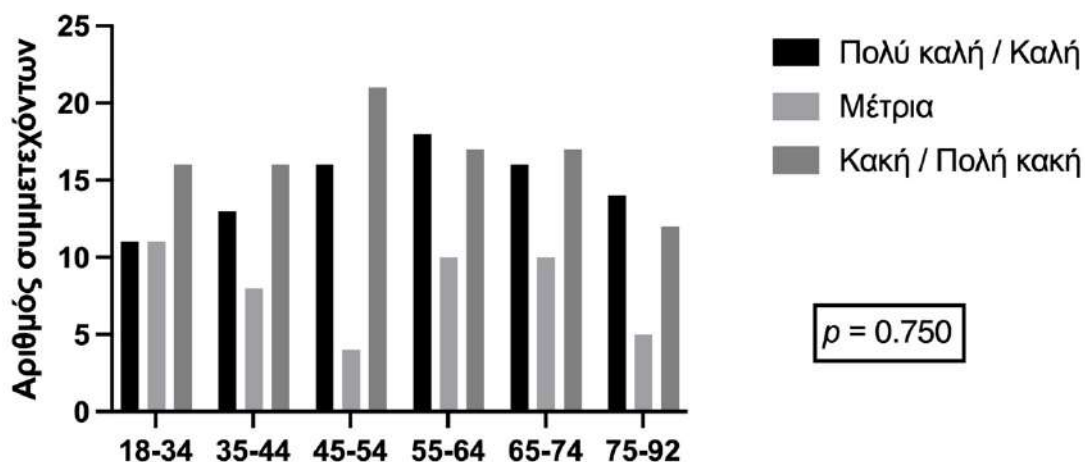
Από όλους τους συμμετέχοντες, 219/235 (93.19%) ανέφεραν ότι υπήρξε ανάγκη να μεταβούν εκτός Αλοννήσου, ώστε να επισκεφτούν κατάλληλο επαγγελματία υγείας. 88/235 (37.45%) ανέφεραν πολύ καλό ή καλό επίπεδο

πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, 48/235 (20.43%) μέτριο επίπεδο και 99/235 (42.13%) κακό ή πολύ κακό επίπεδο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, 59/115 (51.30%) άνδρες και 29/120 (24.17%) γυναίκες ανέφεραν πολύ καλό ή καλό επίπεδο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, 19/115 (16.52%) άνδρες και 29/120 (24.17%) γυναίκες μέτριο επίπεδο, και 37/115 (32.17%) άνδρες και 62/120 (51.67%) γυναίκες κακό ή πολύ κακό επίπεδο. Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι η γνώμη των γυναικών για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι στατιστικά σημαντικά χειρότερη σε σχέση με αυτή των ανδρών ($p < 0.001$ – **Σχήμα 66**). Από την άλλη πλευρά, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην άποψη των δύο φύλων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ως προς την ηλικία ($p = 0.750$ – **Σχήμα 67**) και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0.394$ – **Σχήμα 68**).



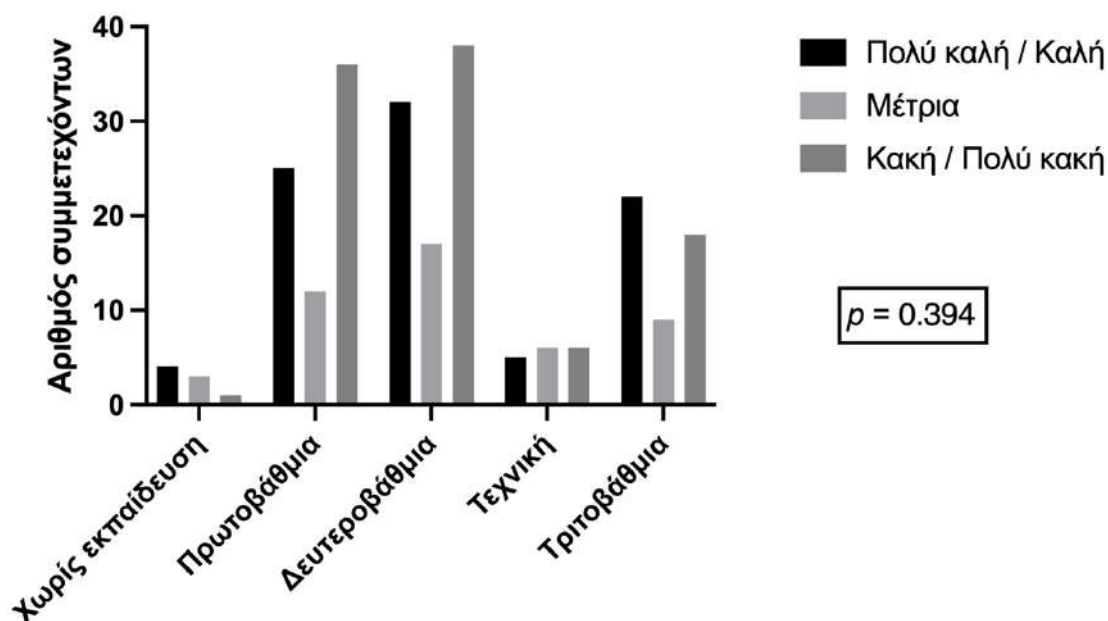
Σχήμα 66. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ανά φύλο. Η γνώμη των γυναικών για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι στατιστικά σημαντικά χειρότερη σε σχέση με αυτή των ανδρών.

Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ανά ηλικία



Σχήμα 67. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ανά ηλικία. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά γνώμη των συμμετεχόντων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ως προς την ηλικία.

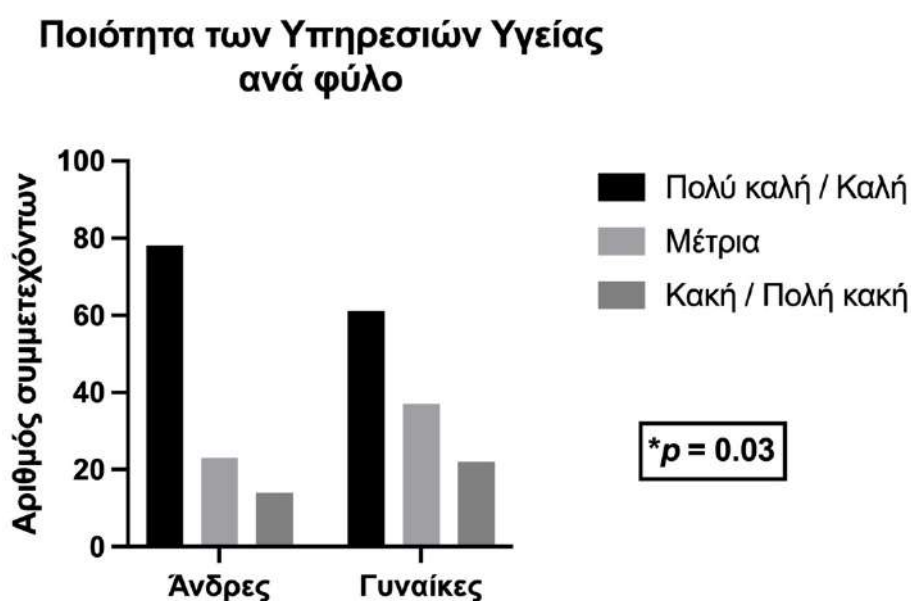
Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Σχήμα 68. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική

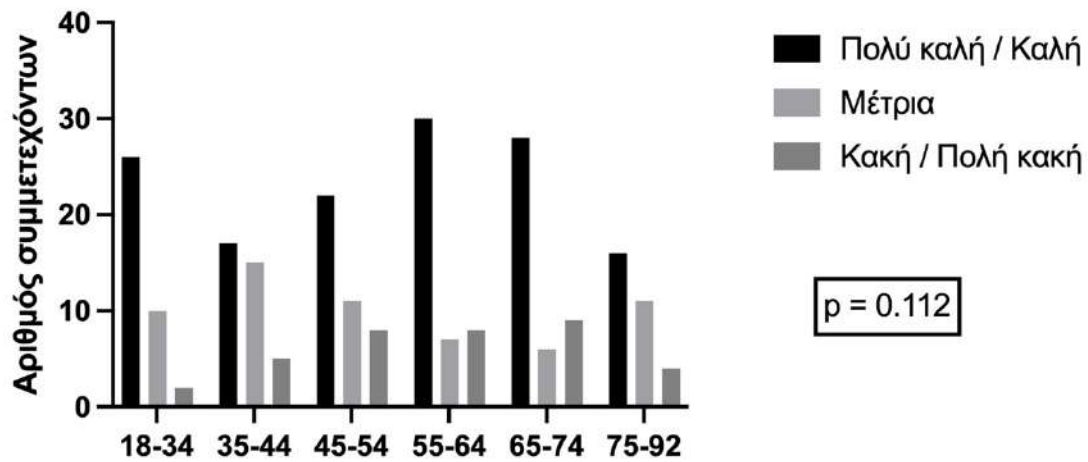
διαφορά γνώμη των συμμετεχόντων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Όσον αφορά την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, από όλους τους συμμετέχοντες 139/235 (59.15%) ανέφεραν πολύ καλή ή καλή ποιότητα, 60/235 (25.53%) μέτρια, και 36/235 (15.32%) κακή ή πολύ κακή. Από τους 115 άνδρες, 78 (67.83%) και 61/120 (50.83%) γυναίκες ανέφεραν πολύ καλή ή καλή ποιότητα, 23/115 (20%) άνδρες και 37/120 (30.83%) γυναίκες μέτρια, και 14/115 (12.17%) άνδρες και 22/120 (18.33%) γυναίκες κακή ή πολύ κακή. Οι γυναίκες ανέφεραν στατιστικά σημαντικά χειρότερη γνώμη για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τους άνδρες ($p = 0.03$ – **Σχήμα 69**). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην άποψη των δύο φύλων για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως προς την ηλικία ($p = 0.112$ – **Σχήμα 70**) και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0.107$ – **Σχήμα 71**).



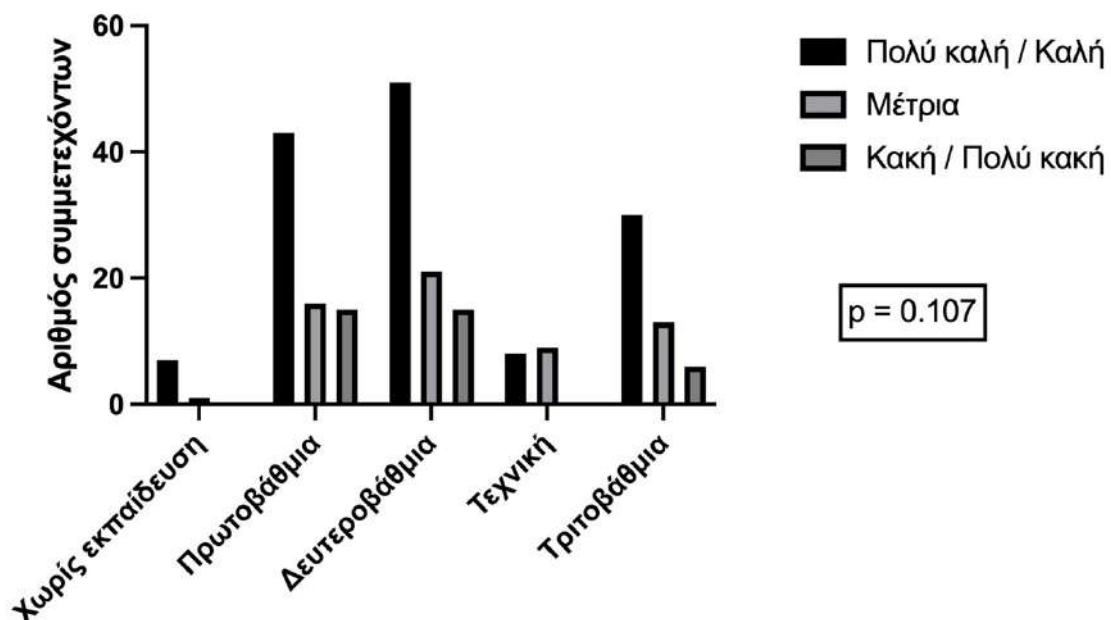
Σχήμα 69. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ανά φύλο. Η γνώμη των γυναικών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι στατιστικά σημαντικά χειρότερη σε σχέση με αυτή των ανδρών.

Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας ανά ηλικία



Σχήμα 70. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ανά ηλικία. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά γνώμη των συμμετεχόντων για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως προς την ηλικία.

Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

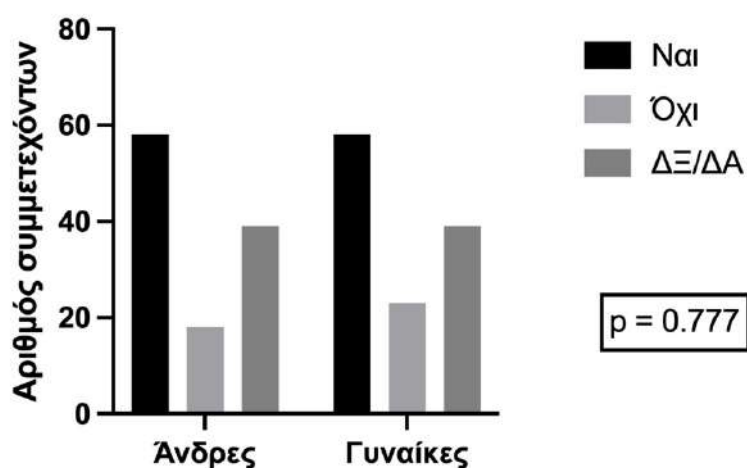


Σχήμα 71. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική

διαφορά γνώμη των συμμετεχόντων για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.

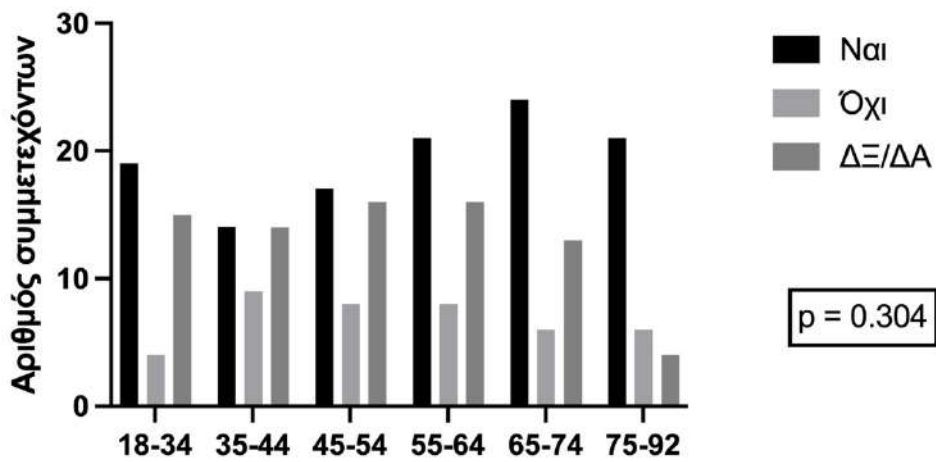
Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν αν υπήρχε δυνατότητα να μεταβούν σε δομή υγείας εκτός Αλοννήσου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Από όλους τους συμμετέχοντες 116/235 (49.36%) απάντησαν ότι υπήρχε αυτή η δυνατότητα, ενώ οι 41/235 (17.45%) έδωσαν αρνητική απάντηση. 78/235 (33.19%) απάντησαν ότι δε βρέθηκαν μέχρι στιγμής σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς το φύλο ($p = 0.777$ – Σχήμα 72), την ηλικία ($p = 0.304$ – Σχήμα 73) και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = 0.139$ – Σχήμα 74).

Δυνατότητα μετάβασης εκτός Αλοννήσου ανά φύλο



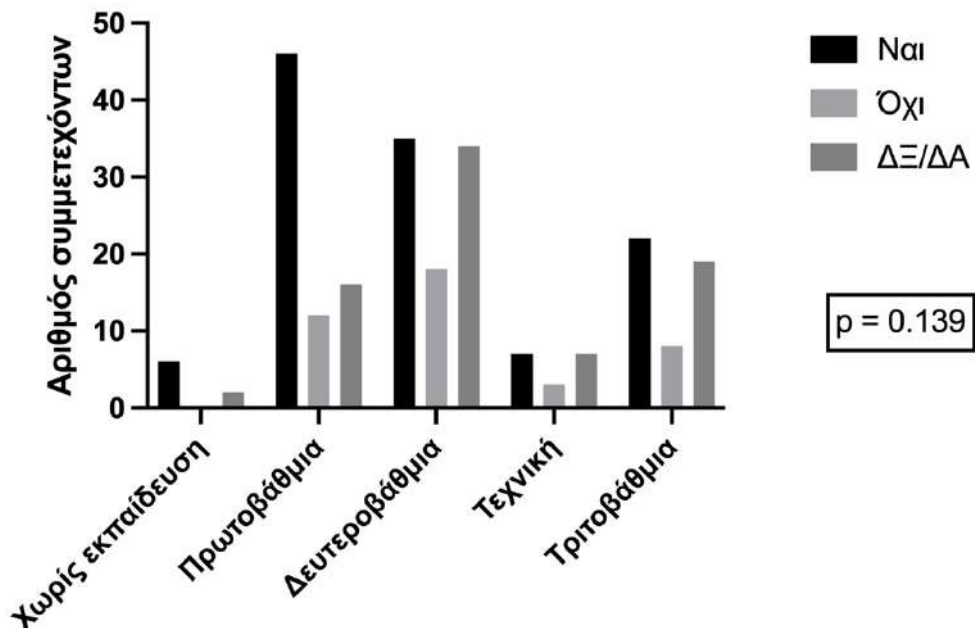
Σχήμα 72. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων διερεύνησης της δυνατότητας μετάβασης εκτός Αλοννήσου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ανά φύλο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Δυνατότητα μετάβασης εκτός Αλοννήσου ανά ηλικία



Σχήμα 73. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων διερεύνησης της δυνατότητας μετάβασης εκτός Αλοννήσου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ανά ηλικία. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Δυνατότητα μετάβασης εκτός Αλοννήσου ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Σχήμα 74. Γράφημα σύγκρισης των αποτελεσμάτων διερεύνησης της δυνατότητας μετάβασης εκτός Αλοννήσου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ανά εκπαιδευτικό επίπεδο. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

9.4. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία συγχρονική μελέτη συσχέτισης της ΧΑΠ, του ΣΑΑΥ, του ΣΑΠ με την υιοθέτηση της ΜΔ, την εργασιακή απόδοση και τη γνωσιακή λειτουργία. Παράλληλα, διερευνά το επίπεδο ποιότητας και πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας της Αλοννήσου. Η Αλόννησος, ένα νησί των Βορείων Σποράδων, ανήκει στα νησιά άγονης γραμμής της Ελλάδας. Ο πληθυσμός μελέτης αντιπροσωπεύει το 8.41% του συνολικού πληθυσμού του νησιού, ποσοστό που μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού της Αλοννήσου και δύναται να δώσει μία ασφαλή εικόνα της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας, της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της πρόσβασης σε αυτές. Δεδομένου του γεγονότος ότι δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής ερευνητικά στοιχεία που να καταγράφουν τον επιπολασμό της ΧΑΠ, του ΣΑΑΥ και του ΣΑΠ στην Αλόννησο, η παρούσα έρευνα έχει πολλά να προσφέρει σχετικά με τη διαπίστωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της Αλοννήσου. Επίσης, τα αποτελέσματα μπορούν να καταδείξουν το κατά πόσο υπάρχει ανάγκη ή όχι εγκατάστασης προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας σχετικά με τη ΧΑΠ, το ΣΑΑΥ και το ΣΑΠ. Τέλος, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της πρόσβασης σε αυτές από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών, δύναται να προσφέρει πολύτιμα συμπεράσματα για δύο πολύ σημαντικούς παραμέτρους στο πλαίσιο της ισοτιμίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και μάλιστα σε έναν ειδικό πληθυσμό, όπως είναι αυτός της Αλοννήσου, ενός νησιού της άγονης γραμμής.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του δείγματος, συμμετείχαν 236 μόνιμοι κάτοικοι της Αλοννήσου, εκ των οποίων οι 115 ήταν άνδρες και οι 121 ήταν γυναίκες. Η διάμεση ηλικία των συμμετεχόντων βρέθηκε 55 έτη (40, 69) και η διάμεσος του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) 26.59 (23.47, 29.76). Ο ΔΜΣ των ανδρών βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος συγκριτικά με των γυναικών ($p = 0.005$). Αντίθετα, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την ηλικία, το βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ, την εργασιακή απόδοση και τη γνωσιακή λειτουργία.

Όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια, το ποσοστό των καπνιζόντων βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλό, καθώς το 42% (99/236) των συμμετεχόντων δήλωσε καπνιστής, το 30% (72/236) πρώην καπνιστής και μόλις το 28% (64/236) ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ. Στατιστικά σημαντική διαφορά δε βρέθηκε στους καπνιστές ως προς το φύλο, αλλά στους πρώην καπνιστές, όπου υπερτερούν οι άνδρες και στους μη καπνιστές, όπου υπερτερούν οι γυναίκες ($p < 0.001$). Αναφορικά με την καπνιστική βαρύτητα, οι

άνδρες παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο αριθμό πακέτο / ετών σε σχέση με τις γυναίκες ($p < 0.001$). Τα παραπάνω στοιχεία συμφωνούν με τον υψηλό επιπολασμό καπνίσματος που έχει διαπιστωθεί σε προγενέστερες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, στην τελευταία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2020 βρέθηκε επιπολασμός 28%[188], ενώ σε μελέτες που αφορούσαν την Κεντρική Ελλάδα και τη Θεσσαλία βρέθηκε επιπολασμός καπνίσματος 32.4%-35.78%.[1,6,189] Τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά από τη στιγμή που το κάπνισμα αποτελεί σημαντική αιτία της ΧΑΠ, ο επιπολασμός της οποίας είναι ιδιαίτερα υψηλός στην Ελλάδα.[190] Παράλληλα, λαμβάνοντας υπόψη ότι μόνο το 10-15% των πραγματικών περιπτώσεων ΧΑΠ διαγιγνώσκονται παγκοσμίως [191] και ότι σε πρόσφατη μελέτη που αφορούσε αγροτικό πληθυσμό 40-65 ετών της Ελλάδας τα αναπνευστικά συμπτώματα καπνιστών δεν αντιμετωπίστηκαν με τη δέουσα σοβαρότητα από τους ίδιους, ώστε να οδηγηθούν σε διάγνωση ΧΑΠ, εύκολα γίνεται αντιληπτό το ζήτημα της υποδιάγνωσης της ΧΑΠ και ότι ο πραγματικός επιπολασμός της είναι ακόμα μεγαλύτερος.[186]

Σε παγκόσμιο επίπεδο, σύμφωνα με την αναφορά GOLD (2022), ο επιπολασμός της ΧΑΠ, βασισμένος στα κριτήρια GOLD, είναι 11.7%.[192] Επιπλέον, πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, που μελέτησε τον επιπολασμό της ΧΑΠ από το 1990 μέχρι και το 2019, έδειξε ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΧΑΠ είναι 10.3%, ποσοστό που διαφοροποιείται ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.[193] Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτής της μελέτης, και βασιζόμενοι στα αποτελέσματα επιπολασμού που ταιριάζουν με τις ηλικίες του δικού μας πληθυσμού (διάμεση ηλικία ανδρών: 56, διάμεση ηλικία γυναικών: 54), ο επιπολασμός της ΧΑΠ θα έπρεπε να βρεθεί 17.9% στους άνδρες και 6% στις γυναίκες. Ωστόσο, στη δική μας μελέτη βρέθηκε επιπολασμός ΧΑΠ, σύμφωνα με τα κριτήρια GOLD, 8.91% για τους άνδρες και 9.09% για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός ΧΑΠ σε όλο τον πληθυσμό βρέθηκε να είναι 8.99%. Το ποσοστό αυτό βρίσκεται εντός του εύρους των δημοσιευμένων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι οποίες ανέφεραν επιπολασμό από 5.6% μέχρι 18.4%.[194-196] Συγκρίνοντας τα δικά μας αποτελέσματα με αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην ηπειρωτική Θεσσαλία, προκύπτει ότι ο επιπολασμός της ΧΑΠ στην ηπειρωτική Θεσσαλίας είναι σχεδόν διπλάσιος από τον αντίστοιχο της

Αλοννήσου.[196] Δεν υπάρχουν άλλες μελέτες που να διερευνούν με τη χρήση σπιρομέτρησης τον επιπολασμό της ΧΑΠ στη νησιωτική Ελλάδα.

Ο πληθυσμός που βρέθηκε σε κίνδυνο για ΧΑΠ, σύμφωνα με το COPD-PS, είναι 18.8%, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από τον επιπολασμό της ΧΑΠ, σύμφωνα με τα κριτήρια GOLD. Η Αρνητική Προγνωστική Αξία του ερωτηματολογίου βρέθηκε 0.83 και η Ειδικότητα 92.21%, δεδομένα που καθιστούν το εν λόγω ερωτηματολόγιο ιδιαίτερα αξιόλογο εργαλείο αποκλεισμού της ΧΑΠ στον γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στα νησιά και σε απομακρυσμένες περιοχές, όπου σε αρκετές περιπτώσεις δεν υπάρχει η δυνατότητα αξιολόγησης την αναπνευστικής λειτουργία με τη διαδικασία της σπιρομέτρησης από ειδικό ιατρό. Η Ευαισθησία βρέθηκε 14.29% και η Ειδικότητα 92.21%, ποσοστά που έρχονται σε συμφωνία με τη μελέτη που στάθμισε το COPD-PS σε κέντρο πρωτοβάθμιας υγείας στην ηπειρωτική Βόρεια Ελλάδα.[171]

Όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στη ΧΑΠ και το βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ, η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει μία αρνητική συσχέτιση: υψηλότερος βαθμός υιοθέτησης της ΜΔ λειτουργεί προστατευτικά ως προς την ύπαρξη ΧΑΠ.[197] Συγκρίνοντας το βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ στους έχοντες παθολογική σπιρομέτρηση με τους έχοντες φυσιολογική σπιρομέτρηση δεν διαπιστώθηκε αυτή η αρνητική συσχέτιση. Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν τον ίδιο μέτριο βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ (31/55).[180, 198] Επομένως, η ευεργετική αυτή επίδραση της ΜΔ στη ΧΑΠ δε διαπιστώθηκε στο δικό μας πληθυσμό μελέτης.

Παράλληλα, στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται και η σχέση ανάμεσα στη ΧΑΠ και τους δείκτες που αφορούν την εργασία. Οι ασθενείς με ΧΑΠ παρουσιάζουν μικρότερο δείκτη απασχόλησης, περισσότερες ημέρες απουσίας από την εργασία και μικρότερη πιθανότητα εύρεσης εργασίας συγκριτικά με τους μη έχοντες ΧΑΠ.[199] Τα ευρήματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν τα παραπάνω δεδομένα, καθώς μειωμένη εργασιακή ικανότητα παρουσίασαν και οι συμμετέχοντες που βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ, αλλά και αυτοί που διαγνώστηκαν με ΧΑΠ με τη δοκιμασία της σπιρομέτρησης, με τη διαφορά σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου και με αυτούς με φυσιολογική σπιρομέτρηση να είναι στατιστικά σημαντική.

Μία ακόμα σχέση που κλήθηκε η παρούσα μελέτη να διερευνήσει ήταν αυτή μεταξύ της ΧΑΠ και της γνωσιακής λειτουργίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ έχουν στατιστικά σημαντικά χειρότερη γνωσιακή λειτουργία συγκριτικά με τους χαμηλού κινδύνου. Η ίδια

διαφοροποίηση βρέθηκε ανάμεσα στους έχοντες παθολογική σπιρομέτρηση και τους έχοντες φυσιολογική, χωρίς όμως η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην οποία καταγράφεται συσχέτιση μεταξύ ΧΑΠ και γνωσιακής λειτουργίας, καθώς οι ασθενείς με ΧΑΠ βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα υποβάθμισης της γνωσιακής λειτουργίας τους.[200]

Η αυξημένη πιθανότητα για Άνοια σε ασθενείς με ΧΑΠ που καταγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία δεν επιβεβαιώθηκε στα δικά μας ευρήματα.[201] Στους υψηλού κινδύνου για ΧΑΠ βρέθηκε υψηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων που βρίσκονται σε κίνδυνο για Άνοια, ενώ στη δοκιμασία της σπιρομέτρησης τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα με το ποσοστό των εχόντων φυσιολογική σπιρομέτρηση που βρίσκεται σε κίνδυνο για Άνοια να είναι μεγαλύτερο σε σχέση με αυτούς με παθολογική σπιρομέτρηση, χωρίς όμως η διαφορά αυτή και στις δύο περιπτώσεις να είναι στατιστικά σημαντική.

Ο επιπολασμός του ΑΑΥ, όπως βρέθηκε με τη συμπλήρωση του BQ από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, είναι 27.09%, ο οποίος κυμαίνεται στο ίδιο επίπεδο με τον επιπολασμό που βρέθηκε σε δύο προηγούμενες μελέτες της ερευνητικής μας ομάδας που πραγματοποιήθηκαν μέσω τηλεφωνικής έρευνας. Στην πρώτη μελέτη, που αφορούσε 41 ελληνικά νησιά (εκτός του συμπλέγματος των Βορείων Σποράδων) του Αιγαίου και του Ιονίου πελάγους, βρέθηκε επιπολασμός 27.29%.[1] Στη δεύτερη μελέτη, που αφορούσε κυρίως αγροτικό πληθυσμό τεσσάρων πόλεων (Λάρισα, Βόλος, Τρίκαλα και Καρδίτσα) και τριών νησιών των Βορείων Σποράδων της Περιφέρειας Θεσσαλίας στην Ελλάδα, βρέθηκε επιπολασμός 25.49%.[6] Ο επιπολασμός του ΑΑΥ που βρέθηκε στη δική μας μελέτη βρίσκεται εντός του εύρους των ποσοστών που έχουν δημοσιευτεί στη διεθνή βιβλιογραφία: 26% στις ΗΠΑ, 25% στην Ελβετία και 24.3% στη Νορβηγία.[202-204]

Όσον αφορά την ΗΥ, όπως αυτή αξιολογήθηκε με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ESS από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, ο επιπολασμός της βρέθηκε να είναι 27.66%, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από τον επιπολασμό που βρέθηκε στις τηλεφωνικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα: 16.14% στα 41 ελληνικά νησιά [1] και 6.37% στην Περιφέρεια Θεσσαλίας.[6] Συγκρίνοντας τον επιπολασμό που βρέθηκε στη μελέτη μας με τα αντίστοιχα ποσοστά άλλων χωρών, διαπιστώνεται ότι στη δική μας περίπτωση το ποσοστό είναι μεγαλύτερο σε σχέση με

τον επιπολασμό που βρέθηκε στην Ελβετία (12%), τη Νορβηγία (8.9%), τη Σουηδία και την Ισλανδία (13.1%), είναι όμως μικρότερο σε σχέση με τον επιπολασμό που βρέθηκε στον Καναδά (33%).[203-206]

Ως υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ θεωρήθηκε κάποιος που έχει βρεθεί ταυτόχρονα υψηλού κινδύνου για ΑΑΥ και ΗΥ. Ο επιπολασμός βρέθηκε 9.48% (10.53% στους άνδρες και 8.40% στις γυναίκες). Το ποσοστό μας συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που διερευνούσε τον επιπολασμό του ΣΑΑΥ στην κοινότητα, ο επιπολασμός βρέθηκε εντός του εύρους 6%-17%. [207]

Εξετάζοντας τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ΣΑΑΥ, στη μελέτη μας επιβεβαιώθηκε η θετική συσχέτιση που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ανάμεσα στο ΣΑΑΥ και την ηλικία, το ΔΜΣ και την καπνιστική βαρύτητα. Ωστόσο, διαφορετικά αποτελέσματα εξήχθησαν όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια και τη ΜΔ. Το ποσοστό των καπνιστών βρέθηκε σχεδόν διπλάσιο στους χαμηλού κινδύνου συγκριτικά με τους υψηλού κινδύνου, και ταυτόχρονα οι υψηλού κινδύνου βρέθηκε να υιοθετούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό τη ΜΔ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου. Τα αποτελέσματα αυτά αμφισβητούν τόσο το γεγονός ότι το κάπνισμα λειτουργεί επιβαρυντικά ως προς τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΑΥ, όσο και τον προστατευτικό ρόλο που η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η ΜΔ έχει ως προς τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΑΥ. Επιπλέον, στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται μία αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο ΣΑΑΥ και τη γνωσιακή λειτουργία, καθώς η ύπαρξη του ΣΑΑΥ επηρεάζει αρνητικά βασικές γνωσιακές λειτουργίες του ανθρώπου. [208] Αυτή η αρνητική συσχέτιση εντοπίστηκε και στη δική μας μελέτη, όπου οι χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά καλύτερη γνωσιακή λειτουργία συγκριτικά με τους υψηλού κινδύνου. [209-210] Αντίθετα είναι τα αποτελέσματα της μελέτης μας αναφορικά με τη σχέση του κινδύνου για ΣΑΑΥ και τον κίνδυνο για Άνοια. Στη μελέτη μας δε βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ ως προς τον κίνδυνο για Άνοια.

Τέλος, στη μελέτη μας βρέθηκε ότι οι υψηλού κινδύνου για ΣΑΑΥ παρουσιάζουν στατιστικά χαμηλότερη εργασιακή ικανότητα και απόδοση σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην οποία καταγράφεται σχέση μεταξύ του ΣΑΑΥ και σημαντικών εργασιακών περιορισμών, όπως η δυσκολία συγκέντρωσης, η δυσκολία στην

προσαρμογή νέων καθηκόντων, η συχνότερη απουσία από τον εργασιακό χώρο, κ.α.[211]

Όσον αφορά το ΣΑΠ, στη δική μας μελέτη βρέθηκε υψηλότερος επιπολασμός (15.32%) συγκριτικά με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου καταγράφεται επιπολασμός μεταξύ 7%-10% στον ενήλικο γενικό πληθυσμό της Ευρώπης και της Αμερικής. [72-77]

Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός του ΣΑΠ αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία, φτάνοντας μέχρι και 18%-23% στους ηλικιωμένους.[78-79] Το δεδομένο αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στη δική μας μελέτη, όπου εντοπίστηκε αρνητική συσχέτιση του ΣΑΠ με την ηλικία. Αντίθετα αποτελέσματα προέκυψαν στη μελέτη μας σχετικά και με τη σχέση του ΣΑΠ και τον ΔΜΣ. Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται θετική συσχέτιση, στη δική μας μελέτη οι υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ είχαν σημαντικά χαμηλότερο ΔΜΣ σε σχέση με τους χαμηλού κινδύνου.[212] Επίσης, στη μελέτη μας δε βρέθηκε κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ που να αφορά την καπνιστική συνήθεια ή την καπνιστική βαρύτητα. Αντίθετα αποτελέσματα καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται ότι οι μη καπνιστές έχουν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΠ.[213]

Αξιολογώντας τη σχέση μεταξύ ΣΑΠ και βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων στη δική μας μελέτες. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με σχετική πρόσφατη έρευνα που διερεύνησε για πρώτη φορά τη σχέση μεταξύ ΣΑΠ και Μεσογειακής Διατροφής και στην οποία ο ΣΛΣΠ βρέθηκε 1.06.[214] Στη διεθνή βιβλιογραφία επίσης καταγράφεται η επίπτωση του ΣΑΠ στην εργασιακή απόδοση, καθώς το Σύνδρομο έχει καταγραφεί ότι αυξάνει τις απουσίες από την εργασία και τα κόστη που αφορούν τον εργαζόμενο, και μειώνει σημαντικά την αποδοτικότητά του.[215] Αυτή η αρνητική συσχέτιση μεταξύ ΣΑΠ και εργασιακής απόδοσης δεν επιβεβαιώνεται στη μελέτη μας, όπου η εργασιακή απόδοση των υψηλού κινδύνου κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με τους χαμηλού κινδύνου, χωρίς κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Αναφορικά με τη σχέση ΣΑΠ και γνωσιακής λειτουργίας, στη δική μας μελέτη δε βρέθηκε κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ανάλογα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπου καταγράφεται ότι δεν το ΣΑΠ δεν επηρεάζει τη γνωσιακή λειτουργία.[216]

Τέλος, όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στο ΣΑΠ και την Άνοια, στη μελέτη μας δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Αν και υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν επιπολασμό της τάξης του 25% αναφορικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από άνοια, υποδεικνύοντας αυξημένο επιπολασμό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [217], πολλές μελέτες συμφωνούν στην ύπαρξη αντικειμενικής δυσκολίας των ατόμων με άνοια να κατανοήσουν τις ερωτήσεις και να απαντήσουν αληθώς σε μία διαγνωστική συνέντευξη για το ΣΑΠ, επισημαίνοντας παράλληλα την ανάγκη διεξαγωγής αντικειμενικής διαγνωστικής διαδικασίας για την εξαγωγή αξιόπιστης διάγνωσης του ΣΑΠ σε άτομα με άνοια.[218]

Στη μελέτη μας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης της υγείας τους. Το 13.62% από τους συμμετέχοντες ανέφεραν κακό ή πολύ κακό επίπεδο γενικής υγείας, ποσοστό που συμφωνεί με αποτελέσματα σχετικών μελετών που αφορούν την Ευρώπη. Ειδικότερα, σύμφωνα με μελέτη που εξέτασε την αυτοαξιολόγηση της υγείας ευρωπαίων πολιτών από 28 ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, 14% των συμμετεχόντων ανέφεραν κακό ή πολύ κακό επίπεδο γενικής υγείας το 2007, ποσοστό που μειώθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα το 2012.[219] Μία άλλη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε φυλακισμένες γυναίκες στην Ελλάδα, είχε παρόμοια αποτελέσματα, καθώς το 13.9% των συμμετεχουσών ανέφεραν κακό ή πολύ κακό επίπεδο γενικής υγείας.[182]

Στη μελέτη μας επίσης βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου ανέφεραν καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα όσα καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2010 στην Ελλάδα το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρουσίασε θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής αναφορικά με την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ανέφεραν χειρότερο επίπεδο γενικής υγείας συγκριτικά με τους συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. [220] Παρόμοια ευρήματα παρουσίασε και μία μελέτη που διερευνούσε το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων από 11 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της δευτεροβάθμιας και τεχνικής εκπαίδευσης με το επίπεδο γενικής υγείας. Ο μηχανισμός αυτής της συσχέτισης, σύμφωνα με τους συγγραφείς της μελέτης, μπορεί να γίνει κατανοητός δεδομένης της θετικής σχέσης μεταξύ εκπαίδευσης και υγειονομικής παιδείας: όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο πιο πιθανό

είναι να υπάρχει αντικειμενική επίγνωση του επιπέδου υγείας, αλλά και των συμπεριφορών από τις οποίες εξαρτάται το επίπεδο υγείας.[221] Ταυτόχρονα, μια μελέτη στην περιοχή των Βαλκανίων διαπίστωσε ότι οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών ήταν πιο πιθανό να επιδείξουν ανεπαρκή υγειονομική παιδεία σε σύγκριση με εκείνους των αστικών περιοχών, αποτέλεσμα που αιτιολογείται από το γεγονός ότι οι πληθυσμοί των αγροτικών περιοχών παρουσιάζουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους αντίστοιχους πληθυσμούς αστικών περιοχών.[222] Από τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι πληθυσμοί αγροτικών περιοχών βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για το επίπεδο της υγείας τους, λόγω χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και κατ' επέκταση χαμηλότερης υγειονομικής παιδείας.

Στη μελέτη μας, επίσης, βρέθηκε ότι οι υπάρχουσα δομή υπηρεσιών υγείας δεν επαρκεί, για να καλύψει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, καθώς περισσότερο από τα δύο τρίτα του πληθυσμού έχουν αρνητική άποψη για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, 9 στα 10 άτομα χρειάστηκε να ταξιδεύσουν εκτός Αλοννήσου τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους για να δεχτούν τις κατάλληλες για αυτούς υπηρεσίες υγείας, εγείροντας ζητήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που αφορούν τη διαθεσιμότητα και τη γεωγραφία, αλλά και επάρκειας των υφισταμένων υπηρεσιών για την πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας της κοινότητας.[169] Το στοιχείο αυτό δημιουργεί σημαντικά ερωτήματα, τα οποία καλούνται να διαχειριστούν οι υπεύθυνοι χάραξης της υγειονομικής πολιτικής, ώστε να διασφαλιστεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν ένα επιπλέον ζήτημα που αφορά το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Αν και οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα είναι δωρεάν, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το σημαντικό κόστος που αφορά τη μετακίνηση στην ηπειρωτική χώρα σε συνδυασμό με το κόστος που προκύπτει από την απουσία από την εργασία εξαιτίας της μετακίνησης για λόγους υγείας.

Σημαντικό ζήτημα, επίσης, αποτελεί η αμεσότητα της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Η καθυστέρηση που εύλογα προκύπτει στην προσφορά των υπηρεσιών, λόγω μετακίνησης, δημιουργεί σημαντικά προβλήματα, ειδικά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

Όσον αφορά την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας στην Αλόννησο, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ανέφεραν θετική γνώμη για την ποιότητα

των υπηρεσιών υγείας στο νησί. Η αντίληψη, ωστόσο, του καθενός για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από τις δικές του πεποιθήσεις και συμπεριφορές σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, όπως και από την τοποθεσία κατοικίας.[223] Στις αγροτικές περιοχές ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κανείς την υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς έχουν σαφώς λιγότερες διαθέσιμες πληροφορίες υγείας από τους παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ειδικούς ιατρούς, ιστοσελίδες, περιοδικά και μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο. Από την άλλη πλευρά, οι κάτοικοι αστικών περιοχών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία πρόσβασης στα ΜΜΕ και την επιστημονική βιβλιογραφία και τούτο προκαλεί δυσκολίες που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία και κατ' επέκταση τη στάση του πληθυσμού στην υγεία.[224-226]

9.5. Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη, στην οποία αξιολογήθηκε περίπου του 10% των μονίμων κατοίκων της Αλοννήσου ως προς συγκεκριμένα νοσήματα και συμπεριφορές, βρέθηκε υψηλός επιπολασμός της ΧΑΠ, της ΑΑΥ, της ΗΥ και του ΣΑΠ. Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα σε ΧΑΠ και ηλικία, καπνιστική βαρύτητα και αρνητική όσον αφορά την εργασιακή απόδοση. Αναφορικά με το ΣΑΑΥ, θετική συσχέτιση βρέθηκε σε σχέση με την ηλικία, τον ΔΜΣ, ενώ αρνητική με το κάπνισμα, το βαθμό υιοθέτησης της ΜΔ, την εργασιακή απόδοση και τη γνωσιακή λειτουργία. Όσον αφορά το ΣΑΠ, αρνητική συσχέτιση βρέθηκε σε σχέση με την ηλικία και τον ΔΜΣ. Στη μελέτη μας επιβεβαιώθηκε ότι το COPD-PS θα αποτελούσε ένα πολύτιμο εργαλείο αποκλεισμού της ΧΑΠ για τις μικρές δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας την Ελλάδα. Λαμβάνοντας υπόψη την υποδιάγνωση της ΧΑΠ και της ΑΑΥ, και το γεγονός ότι η ΧΑΠ αναγνωρίζεται ως μία από τις πιο βασικές αιτίες θνησιμότητας παγκοσμίως, κρίνεται σκόπιμη η ανάπτυξη προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας, ώστε να ενισχυθούν οι γνώσεις της κοινότητας. Επίσης, η ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας σε επίπεδο γνώσεων κρίνεται απαραίτητη, καθώς θα συνέβαλε στην έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των παραπάνω ασθενειών. Όσον αφορά την αυτοαξιολόγηση της υγείας της κοινότητας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε καλό επίπεδο γενικής, στοματικής και ψυχικής υγείας. Ένα ποσοστό της τάξης του 13.6% ανέφερε κακό επίπεδο υγείας, δεδομένο που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία. Αν και περίπου το 60% των συμμετεχόντων ανέφερε πολύ καλό / καλό επίπεδο ικανοποίησης με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο νησί, μόνο το 37.45% ανέφερε ότι είναι εξίσου καλή και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και επιπλέον ότι το 94% των συμμετεχόντων χρειάστηκε να μεταβούν έστω μία φορά εκτός Αλοννήσου, για να λάβουν την κατάλληλη φροντίδα υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι στον υπό μελέτη αγροτικό πληθυσμό οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται από ένα μόνο διαθέσιμο Περιφερειακό Ιατρείο, είναι ανάγκη να πραγματοποιηθεί αναλυτική επιδημιολογική διερεύνηση του επιπολασμού νοσημάτων που δεν είναι γνωστά στην κοινότητα, ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλες δράσεις Προαγωγής Υγείας και Πρόληψης Νοσημάτων.

Βιβλιογραφία

1. Adamou A, Giannopoulos AS, Arvaniti C, Belios I, Dalampira D, Eleftheriadis G, Zinoviou T, Kassas P, Vavougiou GD, Hatzoglou C, Gourgoulidis KI, Zarogiannis SG. Self-reported risk of obstructive sleep apnea syndrome, and awareness about it in the community of 4 insular complexes comprising 41 Greek Islands. *Sleep Sci.* 2022 Jan-Mar;15(Spec 1):105-109.
2. Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health.* 1978 May;68(5):458-63.
3. World Health Organization (WHO). HEALTH21—Health for all policy in the 21st century. Who Regional Office for Europe, Geneva, Switzerland. 1998; Ημερομηνία πρόσβασης [7 Απριλίου 2023] από: <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
4. Nikolaidis C, Tentes I, Lialiaris T, Constantinidis TC, Kortsaris A. Regional disparities in cancer mortality across the rural-urban axis: a case study from north-eastern Greece. *Rural Remote Health.* 2015 Jul-Sep;15(3):3013.
5. European Commission. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E2. Poverty and Social Exclusion in Rural Areas: Final Study. 2008. Ημερομηνία πρόσβασης [7 Απριλίου 2023] από: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2087&langId=en>
6. Kassas P, Vavougiou GD, Hatzoglou C, Gourgoulidis KI, Zarogiannis SG. Cross Sectional Study of the Community Self-Reported Risk of Obstructive Sleep Apnoea (OSA) and Awareness in Thessaly, Greece. *Clocks Sleep.* 2022 Feb 10;4(1):16-22.
7. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators; OECD Publishing: Paris, France, 2021.
8. World Health Organization (WHO). Chronic respiratory diseases. Ημερομηνία πρόσβασης [10 Μαρτίου 2023] από: <http://www.who.int/respiratory/en/>
9. Janson-Bjerklie S, Carrieri VK, Hudes M. The sensations of pulmonary dyspnea. *Nurs Res.* 1986 May-Jun;35(3):154-9.
10. Small SP, Lamb M. Measurement of fatigue in chronic obstructive pulmonary disease and in asthma. *Int J Nurs Stud.* 2000 Apr;37(2):127-33.

11. Ream E, Richardson A. Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airways disease: a phenomenological enquiry. *Int J Nurs Stud.* 1997 Feb;34(1):44-53.
12. Stridsman C, Skär L, Hedman L, Rönmark E, Lindberg A. Fatigue Affects Health Status and Predicts Mortality Among Subjects with COPD: Report from the Population-Based OLIN COPD Study. *COPD.* 2015 Apr;12(2):199-206.
13. Tselebis A, Pachi A, Ilias I, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Tzanakis N. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Feb 9;12:297-328.
14. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J, Adair T, Aggarwal R, Ahn SY, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Barker-Collo S, Bartels DH, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D, Bhalla K, Bikbov B, Bin Abdulhak A, Birbeck G, Blyth F, Bolliger I, Boufous S, Bucello C, Burch M, Burney P, Carapetis J, Chen H, Chou D, Chugh SS, Coffeng LE, Colan SD, Colquhoun S, Colson KE, Condon J, Connor MD, Cooper LT, Corriere M, Cortinovis M, de Vaccaro KC, Couser W, Cowie BC, Criqui MH, Cross M, Dabhadkar KC, Dahodwala N, De Leo D, Degenhardt L, Delossantos A, Denenberg J, Des Jarlais DC, Dharmaratne SD, Dorsey ER, Driscoll T, Duber H, Ebel B, Erwin PJ, Espindola P, Ezzati M, Feigin V, Flaxman AD, Forouzanfar MH, Fowkes FG, Franklin R, Fransen M, Freeman MK, Gabriel SE, Gakidou E, Gaspari F, Gillum RF, Gonzalez-Medina D, Halasa YA, Haring D, Harrison JE, Havmoeller R, Hay RJ, Hoen B, Hotez PJ, Hoy D, Jacobsen KH, James SL, Jasrasaria R, Jayaraman S, Johns N, Karthikeyan G, Kassebaum N, Keren A, Khoo JP, Knowlton LM, Kobusingye O, Koranteng A, Krishnamurthi R, Lipnick M, Lipshultz SE, Ohno SL, Mabweijano J, MacIntyre MF, Mallinger L, March L, Marks GB, Marks R, Matsumori A, Matzopoulos R, Mayosi BM, McAnulty JH, McDermott MM, McGrath J, Mensah GA, Merriman TR, Michaud C, Miller M, Miller TR, Mock C, Mocumbi AO, Mokdad AA, Moran A, Mulholland K, Nair MN, Naldi L, Narayan KM, Nasser K, Norman P, O'Donnell M, Omer SB, Ortblad K, Osborne R, Ozgediz D, Pahari B, Pandian JD, Rivero AP, Padilla RP, Perez-Ruiz F, Perico N, Phillips D, Pierce K, Pope CA 3rd, Porrini E, Pourmalek F, Raju M, Ranganathan D, Rehm JT, Rein DB, Remuzzi G, Rivara FP, Roberts T, De León FR, Rosenfeld LC, Rushton L, Sacco

- RL, Salomon JA, Sampson U, Sanman E, Schwebel DC, Segui-Gomez M, Shepard DS, Singh D, Singleton J, Sliwa K, Smith E, Steer A, Taylor JA, Thomas B, Tleyjeh IM, Towbin JA, Truelsen T, Undurraga EA, Venketasubramanian N, Vijayakumar L, Vos T, Wagner GR, Wang M, Wang W, Watt K, Weinstock MA, Weintraub R, Wilkinson JD, Woolf AD, Wulf S, Yeh PH, Yip P, Zabetian A, Zheng ZJ, Lopez AD, Murray CJ, AlMazroa MA, Memish ZA. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2095-128.
15. Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papana A, Theodoratou E, Nair H, Gasevic D, Sridhar D, Campbell H, Chan KY, Sheikh A, Rudan I; Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2015 Dec;5(2):020415.
 16. Mitsiki E, Bania E, Varounis C, Gourgoulialis KI, Alexopoulos EC. Characteristics of prevalent and new COPD cases in Greece: the GOLDEN study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015 Jul 20; 10: 1371-82.
 17. Bania EG, Daniil Z, Hatzoglou C, Alexopoulos EC, Mitsiki E, Gourgoulialis KI. COPD characteristics and socioeconomic burden in Hellenic correctional institutions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016 Feb 12; 11: 341-9.
 18. Zachariades AG, Zachariadou T, Adamide T, Anagnostopoulou U, Georgiou A, Gourgoulialis KI. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Cyprus: a population-based study. *COPD*. 2012 Jun; 9(3): 259-67.
 19. Rennard SI, Vestbo J. COPD: the dangerous underestimate of 15%. *Lancet*. 2006 Apr 15;367(9518):1216-9.
 20. Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet*. 2009 Aug 29;374(9691):733-43.
 21. Lamprecht B, McBurnie MA, Vollmer WM, Gudmundsson G, Welte T, Nizankowska-Mogilnicka E, Studnicka M, Bateman E, Anto JM, Burney P, Mannino DM, Buist SA; BOLD Collaborative Research Group. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. *Chest*. 2011 Apr;139(4):752-763.

22. Perez-Padilla R, Fernandez R, Lopez Varela MV, Montes de Oca M, Muiño A, Tálamo C, Brito Jardim JR, Valdivia G, Baptista Menezes AM. Airflow obstruction in never smokers in five Latin American cities: the PLATINO study. Arch Med Res. 2012 Feb;43(2):159-65.
23. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2020 Report). Ημερομηνία πρόσβασης [10 Μαρτίου 2023] από:
https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf
24. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, Pinto Plata V, Cabral HJ. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004 Mar 4;350(10):1005-12.
25. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA. 2000 Jun 28;283(24):3244-54.
26. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2003;2003(2):CD002999.
27. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med. 2008 Aug;35(2):158-76.
28. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 4;2(2):CD005992.
29. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;2013(5):CD000165.

30. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Nov 16;382(9905):1629-37.
31. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Smith KM, Bisal N, Li J, Parrott S, Sasieni P, Dawkins L, Ross L, Goniewicz M, Wu Q, McRobbie HJ. E-cigarettes compared with nicotine replacement therapy within the UK Stop Smoking Services: the TEC RCT. *Health Technol Assess*. 2019 Aug;23(43):1-82.
32. Huang CL, Nguyen PA, Kuo PL, Iqbal U, Hsu YH, Jian WS. Influenza vaccination and reduction in risk of ischemic heart disease among chronic obstructive pulmonary elderly. *Comput Methods Programs Biomed*. 2013 Aug;111(2):507-11.
33. Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD002733.
34. Wongsurakiat P, Lertakyamanee J, Maranetra KN, Jongriratanakul S, Sangkaew S. Economic evaluation of influenza vaccination in Thai chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Med Assoc Thai*. 2003 Jun;86(6):497-508. PMID: 12924797.
35. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1994 Sep 22;331(12):778-84.
36. Fiore AE, Shay DK, Broder K, Iskander JK, Uyeki TM, Mootrey G, Bresee JS, Cox NJ; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009 Jul 31;58(RR-8):1-52.
37. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, Hill K, Holland AE, Lareau SC, Man WD, Pitta F, Sewell L, Raskin J, Bourbeau J, Crouch R, Franssen FM, Casaburi R, Vercoulen JH, Vogiatzis I, Gosselink R, Clini EM, Effing TW, Maltais F, van der Palen J, Troosters T, Janssen DJ, Collins E, Garcia-Aymerich J, Brooks D, Fahy BF, Puhan MA, Hoogendoorn M, Garrod R, Schols AM, Carlin B, Benzo R, Meek P, Morgan M, Rutten-van Mölken MP,

- Ries AL, Make B, Goldstein RS, Dowson CA, Brozek JL, Donner CF, Wouters EF; ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013 Oct 15;188(8):e13-64. doi: 10.1164/rccm.201309-1634ST. Erratum in: *Am J Respir Crit Care Med*. 2014 Jun 15;189(12):1570. PMID: 24127811.
38. Berg BW, Dillard TA, Rajagopal KR, Mehm WJ. Oxygen supplementation during air travel in patients with chronic obstructive lung disease. *Chest*. 1992 Mar;101(3):638-41.
 39. Long-Term Oxygen Treatment Trial Research Group; Albert RK, Au DH, Blackford AL, Casaburi R, Cooper JA Jr, Criner GJ, Diaz P, Fuhlbrigge AL, Gay SE, Kanner RE, MacIntyre N, Martinez FJ, Panos RJ, Piantadosi S, Sciurba F, Shade D, Stibolt T, Stoller JK, Wise R, Yussen RD, Tonascia J, Sternberg AL, Bailey W. A Randomized Trial of Long-Term Oxygen for COPD with Moderate Desaturation. *N Engl J Med*. 2016 Oct 27;375(17):1617-1627.
 40. Marin JM, Soriano JB, Carrizo SJ, Boldova A, Celli BR. Outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea: the overlap syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010 Aug 1;182(3):325-31.
 41. Fishman A, Martinez F, Naunheim K, Piantadosi S, Wise R, Ries A, Weinmann G, Wood DE; National Emphysema Treatment Trial Research Group. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med*. 2003 May 22;348(21):2059-73.
 42. American Academy of Hospice and Palliative Medicine; Center to Advance Palliative Care; Hospice and Palliative Nurses Association; Last Acts Partnership; National Hospice and Palliative Care Organization. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. *J Palliat Med*. 2004 Oct;7(5):611-27.
 43. WHO. Obstructive sleep apnoea syndrome at Chronic respiratory diseases. Ημερομηνία πρόσβασης [20/3/2023] από http://www.who.int/respiratory/other/Obstructive_sleep_apnoea_syndrome/en/
 44. Diagnostic Classifications Steering Committee: The international classification system of sleep disorders diagnostic and coding manual. Rochester, MN:

American Sleep Disorders Association, 1990. Ημερομηνία πρόσβασης [20/3/2023] από <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>

45. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan SF. American Academy of Sleep Medicine: The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. 1^η Έκδοση. Westchester, American Academy of Sleep Medicine, 2007
46. Azagra-Calero E, Espinar-Escalona E, Barrera-Mora JM, Llamas-Carreras JM, Solano-Reina E. Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS). Review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012, 17(6): 925-929.
47. Camila de Castro Corrêa, Wanderléia Quinhoneiro Blasca, Giédre Berretin-Felix. Health Promotion in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Int Arch Otorhinolaryngol. 2015, 19: 166–170
48. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleepdisordered breathing in middleaged adults. N Engl J Med. 1993, 328(17): 12305.
49. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Ten Have T, Rein J, Vela-Bueno A, Kales A. Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender. Am J Respir Crit Care Med. 2001, 163: 608–613.
50. Bearpark H, Elliott L, Grunstein R, Cullen S, Schneider H, Althaus W, Sullivan C. Snoring and sleep apnea: a population study in Australian men. Am J Respir Crit Care Med. 1995, 151: 1459–1465.
51. Udwadia ZF, Doshi AV, Lonkar SG, Singh CI. Prevalence of sleep disordered breathing and sleep apnea in middle-aged urban Indian men. Am J Respir Crit Care Med. 2004, 169: 168–173.
52. Ip MS, Lam B, Lauder IJ, Tsang KW, Chung KF, Mok YW, Lam WK. A community study of sleep-disordered breathing in middle-aged Chinese men in Hong Kong. Chest. 2001, 119: 62–69.
53. Ip MS, Lam B, Tang LC, Lauder IJ, Ip TY, Lam WK. A community study of sleep-disordered breathing in middle-aged Chinese women in Hong Kong: prevalence and gender differences. Chest. 2004, 125: 127–134
54. Kim J, In K, Kim J, You S, Kang K, Shim J, Lee S, Lee J, Lee S, Park C, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in middle-aged Korean men and women. Am J Respir Crit Care Med. 2004, 170: 1108–1113.

55. Goodday RH. Nasal respiration, nasal airway resistance, and obstructive sleep apnea syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 1997, 9(2): 16777.
56. Camila de Castro Corrêa, Wanderléia Quinhoneiro Blasca, Giédre Berretin-Felix. Health Promotion in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2015, 19: 166–170
57. Shimura R, Tatsumi K, Nakamura A, Kasahara Y, Tanabe N, Takiguchi Y, Kuriyama T. Fat accumulation, leptin, and hypercapnia in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Chest.* 2005, 127(2): 543-9.
58. Ip MS, Lam KS, Ho C, Tsang KW, Lam W. Serum leptin and vascular risk factors in obstructive sleep apnea. *Chest.* 2000, 118(3): 580-6.
59. Pack AI. Obstructive sleep apnea. *Adv Intern Med.* 1994, 39: 517-67.
60. Schafer H, Pauleit D, Sudhop T, Gouni-Berthold I, Ewig S, Berthold HK. Body fat distribution, serum leptin, and cardiovascular risk factors in men with obstructive sleep apnea. *Chest.* 2002, 122(3): 829-839.
61. Marik PE. Leptin, obesity, and obstructive sleep apnea. *Chest.* 2000, 118(3): 569-71.
62. Fogel RB, Malhotra A, Pillar G, Pittman SD, Dunaif A, White DP. Increased prevalence of obstructive sleep apnea syndrome in obese women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001, 86(3): 1175-80.
63. Martin SE, Mathur R, Marshall I, Douglas NJ. The effect of age, sex, obesity and posture on upper airway size. *Eur Respir J.* 1997, 10(9): 2087-90.
64. Deleanu OC, Pocora D, Mihălcuță S, Ulmeanu R, Zaharie AM, Mihălțan FD. Influence of smoking on sleep and obstructive sleep apnea syndrome. *Pneumologia.* 2016, 65(1): 28-35.
65. Kushida CA, Efron B, Guilleminault C. A predictive morphometric model for the obstructive sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1997, 127(8): 581-587.
66. Martins AB, Tufik S, Moura SM. Physiopathology of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome *J Bras Pneumol.* 2007, 33(1): 93-100
67. Goodday R, Precious D, Morrison A, Robertson Ch. Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Diagnosis and Management. *J Can Dent Assoc.* 2001, 67(11): 652-658
68. Redline S, Tishler PV. The genetics of sleep apnea. *Sleep Med Rev.* 2000, 4(6): 583-602.

69. Cakirer B, Hans MG, Graham G, Aylor J, Tishler PV, Redline S. The relationship between craniofacial morphology and obstructive sleep apnea in whites and in African-Americans. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001, 163(4): 947-50.
70. Park J, Ramar K, Olson E. Updates on Definition, Consequences, and Management of Obstructive Sleep Apnea. *Mayo Clin Proc*. 2011, 86(6): 549-555
71. Giannaki CD, Hadjigeorgiou GM, Karatzaferi C, Pantzaris MC, Stefanidis I, Sakkas GK. Epidemiology, impact, and treatment options of restless legs syndrome in end-stage renal disease patients: an evidence-based review. *Kidney Int*. 2014 Jun;85(6):1275-82.
72. Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, Ondo WG, Walters AS, Winkelman JW, Zucconi M, Ferri R, Trenkwalder C, Lee HB; International Restless Legs Syndrome Study Group. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria--history, rationale, description, and significance. *Sleep Med*. 2014 Aug;15(8):860-73.
73. Phillips B, Hening W, Britz P, Mannino D. Prevalence and correlates of restless legs syndrome: results from the 2005 National Sleep Foundation Poll. *Chest*. 2006 Jan;129(1):76-80.
74. Lavigne GJ, Montplaisir JY. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep*. 1994 Dec;17(8):739-43.
75. Gao X, Schwarzschild MA, Wang H, Ascherio A. Obesity and restless legs syndrome in men and women. *Neurology*. 2009 Apr 7;72(14):1255-61.
76. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med*. 2005 Jun 13;165(11):1286-92.
77. Tison F, Crochard A, Léger D, Bouée S, Lainey E, El Hasnaoui A. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT Study. *Neurology*. 2005 Jul 26;65(2):239-46.
78. Yokoyama E, Saito Y, Kaneita Y, Ohida T, Harano S, Tamaki T, Ibuka E, Kaneko A, Nakajima H, Takeda F. Association between subjective well-being and sleep among the elderly in Japan. *Sleep Med*. 2008 Jan;9(2):157-64.

79. Juuti AK, Läärä E, Rajala U, Laakso M, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Hiltunen L. Prevalence and associated factors of restless legs in a 57-year-old urban population in northern Finland. *Acta Neurol Scand*. 2010 Jul;122(1):63-9.
80. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents--the Peds REST study. *Pediatrics*. 2007 Aug;120(2):253-66.
81. Yilmaz K, Kilincaslan A, Aydin N, Kor D. Prevalence and correlates of restless legs syndrome in adolescents. *Dev Med Child Neurol*. 2011 Jan;53(1):40-7.
82. Turkdogan D, Bekiroglu N, Zaimoglu S. A prevalence study of restless legs syndrome in Turkish children and adolescents. *Sleep Med*. 2011 Apr;12(4):315-21.
83. Cho YW, Shin WC, Yun CH, Hong SB, Kim JH, Allen RP, Earley CJ. Epidemiology of restless legs syndrome in Korean adults. *Sleep*. 2008 Feb;31(2):219-23.
84. Lee HB, Hening WA, Allen RP, Kalaydjian AE, Earley CJ, Eaton WW, Lyketsos CG. Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008 Winter;20(1):101-5.
85. Allen RP. Restless Leg Syndrome/Willis-Ekbom Disease Pathophysiology. *Sleep Med Clin*. 2015 Sep;10(3):207-11.
86. Sun ER, Chen CA, Ho G, Earley CJ, Allen RP. Iron and the restless legs syndrome. *Sleep*. 1998 Jun 15;21(4):371-7.
87. Allen RP, Auerbach S, Bahrain H, Auerbach M, Earley CJ. The prevalence and impact of restless legs syndrome on patients with iron deficiency anemia. *Am J Hematol*. 2013 Apr;88(4):261-4.
88. Trenkwalder C, Allen R, Högl B, Paulus W, Winkelmann J. Restless legs syndrome associated with major diseases: A systematic review and new concept. *Neurology*. 2016 Apr 5;86(14):1336-1343.
89. Didriksen M, Rigas AS, Allen RP, Burchell BJ, Di Angelantonio E, Nielsen MH, Jennum P, Werge T, Erikstrup C, Pedersen OB, Bruun MT, Burgdorf KS, Sørensen E, Ullum H. Prevalence of restless legs syndrome and associated factors in an otherwise healthy population: results from the Danish Blood Donor Study. *Sleep Med*. 2017 Aug;36:55-61.

90. Connor JR, Patton SM, Oexle K, Allen RP. Iron and restless legs syndrome: treatment, genetics and pathophysiology. *Sleep Med.* 2017 Mar;31:61-70.
91. Earley CJ, Connor J, Garcia-Borreguero D, Jenner P, Winkelman J, Zee PC, Allen R. Altered brain iron homeostasis and dopaminergic function in Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbom Disease). *Sleep Med.* 2014 Nov;15(11):1288-301.
92. Earley CJ, Kuwabara H, Wong DF, Gamaldo C, Salas RE, Brašić JR, Ravert HT, Dannals RF, Allen RP. Increased synaptic dopamine in the putamen in restless legs syndrome. *Sleep.* 2013 Jan 1;36(1):51-7.
93. Rizzo G, Li X, Galantucci S, Filippi M, Cho YW. Brain imaging and networks in restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2017 Mar;31:39-48.
94. Gossard TR, Trotti LM, Videnovic A, St Louis EK. Restless Legs Syndrome: Contemporary Diagnosis and Treatment. *Neurotherapeutics.* 2021 Jan;18(1):140-155.
95. Mortazavi M, Vahdatpour B, Ghasempour A, Taheri D, Shahidi S, Moeinzadeh F, Dolatkhah B, Dolatkhah S. Aerobic exercise improves signs of restless leg syndrome in end stage renal disease patients suffering chronic hemodialysis. *ScientificWorldJournal.* 2013 Nov 6;2013:628142.
96. Giannaki CD, Sakkas GK, Karatzaferi C, Hadjigeorgiou GM, Lavdas E, Kyriakides T, Koutedakis Y, Stefanidis I. Effect of exercise training and dopamine agonists in patients with uremic restless legs syndrome: a six-month randomized, partially double-blind, placebo-controlled comparative study. *BMC Nephrol.* 2013 Sep 11;14:194.
97. Aukerman MM, Aukerman D, Bayard M, Tudiver F, Thorp L, Bailey B. Exercise and restless legs syndrome: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med.* 2006 Sep-Oct;19(5):487-93.
98. Innes KE, Selfe TK, Montgomery C, Hollingshead N, Huysmans Z, Srinivasan R, Wen S, Hausmann MJ, Sherman K, Klatt M. Effects of a 12-week yoga versus a 12-week educational film intervention on symptoms of restless legs syndrome and related outcomes: an exploratory randomized controlled trial. *J Clin Sleep Med.* 2020 Jan 15;16(1):107-119.
99. Hashemi SH, Hajbagheri A, Aghajani M. The Effect of Massage With Lavender Oil on Restless Leg Syndrome in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial. *Nurs Midwifery Stud.* 2015 Dec;4(4):e29617.

100. Silber MH, Becker PM, Earley C, Garcia-Borreguero D, Ondo WG; Medical Advisory Board of the Willis-Ekbom Disease Foundation. Willis-Ekbom Disease Foundation revised consensus statement on the management of restless legs syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2013 Sep;88(9):977-86.
101. Garcia-Borreguero D, Kohnen R, Silber MH, Winkelmann JW, Earley CJ, Högl B, Manconi M, Montplaisir J, Inoue Y, Allen RP. The long-term treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease: evidence-based guidelines and clinical consensus best practice guidance: a report from the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Sleep Med.* 2013 Jul;14(7):675-84.
102. Garcia-Borreguero D, Silber MH, Winkelmann JW, Högl B, Bainbridge J, Buchfuhrer M, Hadjigeorgiou G, Inoue Y, Manconi M, Oertel W, Ondo W, Winkelmann J, Allen RP. Guidelines for the first-line treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease, prevention and treatment of dopaminergic augmentation: a combined task force of the IRLSSG, EURLSSG, and the RLS-foundation. *Sleep Med.* 2016 May;21:1-11.
103. Brodeur C, Montplaisir J, Godbout R, Marinier R. Treatment of restless legs syndrome and periodic movements during sleep with L-dopa: a double-blind, controlled study. *Neurology.* 1988 Dec;38(12):1845-8.
104. Trenkwalder C, Stiasny K, Pollmächer T, Wetter T, Schwarz J, Kohnen R, Kazenwadel J, Krüger HP, Ramm S, Künzel M, et al. L-dopa therapy of uremic and idiopathic restless legs syndrome: a double-blind, crossover trial. *Sleep.* 1995 Oct;18(8):681-8.
105. Staedt J, Wassmuth F, Ziemann U, Hajak G, Rüther E, Stoppe G. Pergolide: treatment of choice in restless legs syndrome (RLS) and nocturnal myoclonus syndrome (NMS). A double-blind randomized crossover trial of pergolide versus L-Dopa. *J Neural Transm (Vienna).* 1997;104(4-5):461-8.
106. Benes H, Kurella B, Kummer J, Kazenwadel J, Selzer R, Kohnen R. Rapid onset of action of levodopa in restless legs syndrome: a double-blind, randomized, multicenter, crossover trial. *Sleep.* 1999 Dec 15;22(8):1073-81.
107. Micozkadioglu H, Ozdemir FN, Kut A, Sezer S, Saatci U, Haberal M. Gabapentin versus levodopa for the treatment of Restless Legs Syndrome in hemodialysis patients: an open-label study. *Ren Fail.* 2004 Jul;26(4):393-7.

108. Trenkwalder C, Benes H, Grote L, Happe S, Högl B, Mathis J, Saletu-Zyhlarz GM, Kohnen R; CALDIR Study Group. Cabergoline compared to levodopa in the treatment of patients with severe restless legs syndrome: results from a multi-center, randomized, active controlled trial. *Mov Disord.* 2007 Apr 15;22(5):696-703.
109. Trenkwalder C, Beneš H, Grote L, García-Borreguero D, Högl B, Hopp M, Bosse B, Oksche A, Reimer K, Winkelmann J, Allen RP, Kohnen R; RELOXYN Study Group. Prolonged release oxycodone-naloxone for treatment of severe restless legs syndrome after failure of previous treatment: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial with an open-label extension. *Lancet Neurol.* 2013 Dec;12(12):1141-50.
110. Walters AS, Winkelmann J, Trenkwalder C, Fry JM, Kataria V, Wagner M, Sharma R, Hening W, Li L. Long-term follow-up on restless legs syndrome patients treated with opioids. *Mov Disord.* 2001 Nov;16(6):1105-9.
111. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
112. Harvey PD. Domains of cognition and their assessment^[P]_{SEP}. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019 Sep;21(3):227-237.
113. Vallar G, Perani D. The anatomy of unilateral neglect after right-hemisphere stroke lesions. A clinical/CT-scan correlation study in man. *Neuropsychologia.* 1986;24(5):609-22.
114. Reitan RM, Wolfson D. Tuscon, AZ: Neuropsychology Press; 1983.
115. Corwin J, Bylsma FW. Psychological examination of traumatic encephalopathy, *Clinical Neuropsychologist.* 1993. 7:1, 3-21.
116. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.
117. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695-9.
118. Goodglass H, Kaplan E. Philadelphia: Lea and Febiger; 1983.

119. Oltmanns TF. Selective attention in schizophrenic and manic psychoses: the effect of distraction on information processing. *J Abnorm Psychol.* 1978 Apr;87(2):212-25.
120. Harvey PD, Pedley M. Auditory and visual distractibility in schizophrenia. Clinical and medication status correlations. *Schizophr Res.* 1989 May-Jun;2(3):295-300.
121. Conners CK. The computerized continuous performance test. *Psychopharmacol Bull.* 1985;21(4):891-2.
122. Baddeley AD, Logie RH, Miyake A, Shah P. *Models of Working Memory. Mechanisms of Active Maintenance and Executive Control.* New York, NY: Cambridge University Press; 1999. Working memory: The multiple-component model; pp. 28–61.
123. Czaja SJ, Charness N, Fisk AD, Hertzog C, Nair SN, Rogers WA, Sharit J. Factors predicting the use of technology: findings from the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychol Aging.* 2006 Jun;21(2):333-52.
124. Kvavilashvili L, Ellis J, Brandimonte M., Einstein GO., McDaniel MA, *Prospective Memory: Theory and Applications.* Mahwah, NJ: Erlbaum; 1996. Varieties of intention: Some distinctions and classifications.
125. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol.* 2013;64:135-68.
126. White T, Stern RA. *Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc;* 2003.
127. Dickinson D, Ramsey ME, Gold JM. Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 May;64(5):532-42.
128. Paulsen JS, Butters N, Sadek JR, Johnson SA, Salmon DP, Swerdlow NR, Swenson MR. Distinct cognitive profiles of cortical and subcortical dementia in advanced illness. *Neurology.* 1995 May;45(5):951-6.
129. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement.* 2013 Jan;9(1):63-75.e2.
130. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Jotheeswaran AT, Rodriguez JJ, Pichardo GR, Rodriguez MC, Salas A, Sosa AL, Williams J, Zuniga T, Prince M. Contribution of chronic diseases to disability in

- elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*. 2009 Nov 28;374(9704):1821-30.
131. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, Jotheeswaran A, Hernandez MA, Liu Z, Pichardo GR, Rodriguez JJ, Salas A, Sosa AL, Williams J, Zuniga T, Prince M. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr*. 2010 Aug 6;10:53.
 132. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers Dement*. 2015 Jun;11(6):718-26.
 133. Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med*. 2018 Oct;131(10):1161-1169.
 134. Waddell G, Burton AK. *Is Work Good for Your Health and Wellbeing?* London, 2006; The Stationery Office,.
 135. Trakoli A. Treatment burden and ability to work. *Breathe (Sheff)*. 2021 Mar;17(1):210004.
 136. Department for Work and Pensions and Department of Health. *Work, Health and Disability Green Paper*. London, Department for Work and Pensions and Department of Health, 2016. Ημερομηνία πρόσβασης [23-3-2023] από: www.gov.uk/government/consultations/work-health-and-disabilityimproving-lives/work-health-and-disability-green-paperimproving-lives
 137. Department for Work and Pensions and Department of Health. *Improving Lives: The Future of Work, Health and Disability*. London, Department for Work and Pensions and Department of Health, 2017. Ημερομηνία πρόσβασης [23-3-2023] από: www.gov.uk/government/publications/improving-lives-the-future-of-work-health-and-disability
 138. Faculty of Occupational Medicine. *Position Paper on Age and Employment*. London, 2004; Faculty of Occupational Medicine.
 139. van den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2009 Apr;66(4):211-20.

140. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, Pronk N, Simon G, Stang P, Ustun TB, Wang P. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med.* 2003 Feb;45(2):156-74.
141. Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D, Schenk TW, Simon G, Stang P, Ustun TB, Kessler RC. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med.* 2003 Dec;45(12):1303-11.
142. Swanson LM, Arnedt JT, Rosekind MR, Belenky G, Balkin TJ, Drake C. Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *J Sleep Res.* 2011 Sep;20(3):487-94.
143. Filippidis FT, Tzavara Ch, Dimitrakaki C, Tountas Y. Compliance with a healthy lifestyle in a representative sample of the Greek population: preliminary results of the Hellas Health I study. *Public Health.* 2011 Jul;125(7):436-41.
144. Hu EA, Toledo E, Diez-Espino J, Estruch R, Corella D, Salas-Salvado J, Vinyoles E, Gomez-Gracia E, Aros F, Fiol M, Lapetra J, Serra-Majem L, Pintó X, Portillo MP, Lamuela-Raventos RM, Ros E, Sorli JV, Martinez-Gonzalez MA. Lifestyles and risk factors associated with adherence to the Mediterranean diet: a baseline assessment of the PREDIMED trial. *PLoS One.* 2013 Apr 29;8(4):e60166.
145. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A. The emerging role of Mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern? *Eur J Epidemiol.* 2004;19(1):9-13.
146. Menotti A, Kromhout D, Blackburn H, Fidanza F, Buzina R, Nissinen A. Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease: cross-cultural correlations in the Seven Countries Study. The Seven Countries Study Research Group. *Eur J Epidemiol.* 1999 Jul;15(6):507-15.
147. Kromhout D, Menotti A, Bloemberg B, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Dontas AS, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, et al. Dietary saturated and trans fatty acids and cholesterol and 25-year mortality from coronary heart disease: the Seven Countries Study. *Prev Med.* 1995 May;24(3):308-15.
148. Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients.* 2015 Nov 5;7(11):9139-53.

149. Hoevenaar-Blom MP, Nooyens AC, Kromhout D, Spijkerman AM, Beulens JW, van der Schouw YT, Bueno-de-Mesquita B, Verschuren WM. Mediterranean style diet and 12-year incidence of cardiovascular diseases: the EPIC-NL cohort study. *PLoS One*. 2012;7(9):e45458.
150. Samoli E, Laggiou A, Nikolopoulos E, Lagogiannis G, Barbouni A, Lefantzis D, Trichopoulos D, Brennan P, Laggiou P. Mediterranean diet and upper aerodigestive tract cancer: the Greek segment of the Alcohol-Related Cancers and Genetic Susceptibility in Europe study. *Br J Nutr*. 2010 Nov;104(9):1369-74.
151. Gnagnarella P, Maisonneuve P, Bellomi M, Rampinelli C, Bertolotti R, Spaggiari L, Palli D, Veronesi G. Red meat, Mediterranean diet and lung cancer risk among heavy smokers in the COSMOS screening study. *Ann Oncol*. 2013 Oct;24(10):2606-2611.
152. World Health Organization (WHO). Primary health care. Report of the International Conference on the Primary Health Care, Alma Ata, 6–12 September. Geneva (Switzerland), 1978.
153. Bureau of Health Planning. Operational Measures for Health Systems Characteristics. Washington DC: U.S. Department HRA Publication, 1979; 79–14032.
154. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care*. 1981 Dec;19(12 Suppl):4-27.
155. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981 Feb;19(2):127-40.
156. Khan AA, Bhardwaj SM. Access to health care. A conceptual framework and its relevance to health care planning. *Eval Health Prof*. 1994 Mar;17(1):60-76.
157. Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach. And will be important in averting crises in the millennium winter. *BMJ*. 1999 Oct 2;319(7214):866-7.
158. Haggerty JL, Lévesque JF, Santor DA, Burge F, Beaulieu C, Bouharaoui F, Beaulieu MD, Pineault R, Gass D. Accessibility from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthc Policy*. 2011 Dec;7(Spec Issue):94-107.
159. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.

160. Kaitelidou D, Galanis P, Economou C, Mladovsky P, Siskou O, Sourtzi P. Inequalities Between Migrants and Non-Migrants in Accessing and Using Health Services in Greece During an Era of Economic Hardship. *Int J Health Serv.* 2020 Oct;50(4):444-457.
161. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health.* 2013 May 17;10(5):2017-27.
162. Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health.* 1978 May;68(5):458-63.
163. World Health Organization (WHO). HEALTH21—Health for all policy in the 21st century. Who Regional Office for Europe, Geneva, Switzerland. (1998). Ημερομηνία πρόσβασης [23-3-2023] από:
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
164. Cook, R. Women's health and human rights. Geneva. 1994; World Health Organization.
165. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health.* 1975 Oct;65(10):1037-45.
166. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238, Εφημερίς της Ελληνικής Δημοκρατίας, 17/2/2014 Αρ. Φύλλου 38: 681-700
167. Zavras D. Studying Healthcare Affordability during an Economic Recession: The Case of Greece. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Oct 24;17(21):7790.
168. Nikolaidis C, Tentes I, Lialiaris T, Constantinidis TC, Kortsaris A. Regional disparities in cancer mortality across the rural-urban axis: a case study from north-eastern Greece. *Rural Remote Health.* 2015 Jul-Sep;15(3):3013.
169. Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M, Wakerman J. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health.* 2013 Apr;21(2):61-71.
170. Martinez FJ, Raczek AE, Seifer FD, Conoscenti CS, Curtice TG, D'Eletto T, Cote C, Hawkins C, Phillips AL; COPD-PS Clinician Working Group. Development and initial validation of a self-scored COPD Population Screener Questionnaire (COPD-PS). *COPD.* 2008 Apr;5(2):85-95.

171. Spyrtos D, Haidich AB, Chloros D, Michalopoulou D, Sichletidis L. Comparison of Three Screening Questionnaires for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Primary Care. *Respiration*. 2017;93(2):83-89.
172. Bouloukaki I, Komninos ID, Mermigkis C, Micheli K, Komninou M, Moniaki V, Mauroudi E, Siafakas NM, Schiza SE. Translation and validation of Berlin questionnaire in primary health care in Greece. *BMC Pulm Med*. 2013 Jan 24;13:6.
173. Tsara V, Serasli E, Amfilochiou A, Constantinidis T, Christaki P. Greek version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath*. 2004 Jun;8(2):91-5.
174. Diagnostic Criteria. International Restless Legs Syndrome Study Group. Διαθέσιμο στο: <http://irlssg.org/diagnostic-criteria/>
175. Iatraki E, Simos PG, Lionis C, Zaganas I, Symvoulakis EK, Papastefanakis E, Panagiotakis S, Pantelidakis H, Papadopoulos K, Tziraki C. Cultural adaptation, standardization and clinical validity of the test your memory dementia screening instrument in Greek. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014;37(3-4):163-80.
176. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, Huppert FA. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Mar;50(3):530-4.
177. Iatraki E, Simos PG, Bertisias A, Duijker G, Zaganas I, Tziraki C, Vgontzas AN, Lionis C; THALIS Primary Health Care Research Team/Network. Cognitive screening tools for primary care settings: examining the 'Test Your Memory' and 'General Practitioner assessment of Cognition' tools in a rural aging population in Greece. *Eur J Gen Pract*. 2017 Dec;23(1):171-178.
178. Alexopoulos EC, Merikoulias G, Gnardellis C, Jelastopulu E. Work Ability Index: Validation of the Greek Version and Descriptive Data in Heavy Industry Employees. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2013; 3(3): 608-621.
179. Tsouvaltziidou T, Alexopoulos E, Fragkakis I, Jelastopulu E. Upper extremity disorders in heavy industry workers in Greece. *World J Orthop*. 2017 Jun 18;8(6):478-483.
180. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Arvaniti F, Stefanadis C. Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension,

- hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Prev Med.* 2007 Apr;44(4):335-40.
181. Panagiotakos DB, Miliatis GA, Pitsavos C, Stefanadis C. MedDietScore: a computer program that evaluates the adherence to the Mediterranean dietary pattern and its relation to cardiovascular disease risk. *Comput Methods Programs Biomed.* 2006 Jul;83(1):73-7.
 182. Geitona M, Milioni SO. Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2016 Jul 11;16:243.
 183. American Thoracic Society. Standardization of spirometry: 1994 Update. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1995; 152: 1107–1136.
 184. Quanjer PH, Tammeling GJ, Cotes JE, Pedersen OF, Peslin R, Yernault JC. Lung volumes and forced ventilatory flows. Report Working Party Standardization of Lung Function Tests, European Community for Steel and Coal. Official Statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J Suppl.* 1993 Mar;16:5-40.
 185. Erratum: "Spirometry: step by step". V.C. Moore. *Breathe* 2012; 8: 232-240. *Breathe (Sheff).* 2022 Sep;18(3):115217. doi: 10.1183/20734735.5217-2011. Epub 2022 Nov 15.
 186. Gogou E, Kotsiou OS, Siachpazidou DS, Pinaka M, Varsamas C, Bardaka F, Gerogianni I, Hatzoglou C, Gourgoulidis KI. Underestimation of respiratory symptoms by smokers: a thorn in chronic obstructive pulmonary disease diagnosis. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2021 Mar 12;31(1):14.
 187. Sim YS, Lee JH, Lee WY, Suh DI, Oh YM, Yoon JS, Lee JH, Cho JH, Kwon CS, Chang JH. Spirometry and Bronchodilator Test. *Tuberc Respir Dis (Seoul).* 2017 Apr;80(2):105-112.
 188. Tzortzi A, Kapetanstradaki M, Evangelopoulou V, Behrakis P. Smoking in Greece: Where we stand in 2020. *Pneumon.* 2020; 3: 59–67.
 189. Stafylis C, Rachiotis G, Katsioulis A, Mouchtouri VA, Hadjichristodoulou C. Prevalence and determinants of smoking and secondhand smoke exposure in a rural population of central Greece: a cross-sectional study. *Rural Remote Health.* 2018 Jun;18(2):4218.

190. Kotsiou OS, Zouridis S, Kosmopoulos M, Gourgoulisanis KI. Impact of the financial crisis on COPD burden: Greece as a case study. *Eur Respir Rev*. 2018 Jan 24;27(147):170106.
191. Soriano JB. An Epidemiological Overview of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: What Can Real-Life Data Tell Us about Disease Management? *COPD*. 2017 Mar 15;14(sup1):S3-S7.
192. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2022 Report). Ημερομηνία πρόσβασης [25-8-2023] στο: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
193. Adeloye D, Song P, Zhu Y, Campbell H, Sheikh A, Rudan I; NIHR RESPIRE Global Respiratory Health Unit. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med*. 2022 May;10(5):447-458.
194. Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, Christaki P, Siafakas N; COPD group of the Hellenic Thoracic Society. Prevalence of COPD in Greece. *Chest*. 2004 Mar;125(3):892-900.
195. Sichletidis L, Tsiotsios I, Gavriilidis A, Chloros D, Kottakis I, Daskalopoulou E, Konstantinidis T. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and rhinitis in northern Greece. *Respiration*. 2005 May-Jun;72(3):270-7.
196. Minas M, Hatzoglou C, Karetsi E, Papaioannou AI, Tanou K, Tsaroucha R, Gogou E, Gourgoulisanis KI, Kostikas K. COPD prevalence and the differences between newly and previously diagnosed COPD patients in a spirometry program. *Prim Care Respir J*. 2010 Dec;19(4):363-70.
197. Fischer A, Johansson I, Blomberg A, Sundström B. Adherence to a Mediterranean-like Diet as a Protective Factor Against COPD: A Nested Case-Control Study. *COPD*. 2019 Aug;16(3-4):272-277.
198. Katsarou A, Triposkiadis F, Skoularigis J, Papageorgiou C, Panagiotakos DB. Evaluating the role of Mediterranean diet and eating behaviors on the likelihood of having a non-fatal acute coronary syndrome, under the context of stress perception: a case-control study. *Eur J Clin Nutr*. 2014 Sep;68(9):1016-21.

199. Rai KK, Adab P, Ayres JG, Jordan RE. Systematic review: chronic obstructive pulmonary disease and work-related outcomes. *Occup Med (Lond)*. 2018 Mar 27;68(2):99-108.
200. Simargi Y, Mansyur M, Turana Y, Harahap AR, Ramli Y, Siste K, Prasetyo M, Rumende CM. Risk of developing cognitive impairment on patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Jun 24;101(25):e29235.
201. Lutsey PL, Chen N, Mirabelli MC, Lakshminarayan K, Knopman DS, Vessel KA, Gottesman RF, Mosley TH, Alonso A. Impaired Lung Function, Lung Disease, and Risk of Incident Dementia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Jun 1;199(11):1385-1396.
202. Hiestand DM, Britz P, Goldman M, Phillips B. Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in the US population: Results from the national sleep foundation sleep in America 2005 poll. *Chest*. 2006 Sep;130(3):780-6.
203. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, Mooser V, Preisig M, Malhotra A, Waeber G, Vollenweider P, Tafti M, Haba-Rubio J. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med*. 2015 Apr;3(4):310-8.
204. Hrubos-Strøm H, Randby A, Namtvedt SK, Kristiansen HA, Einvik G, Benth J, Somers VK, Nordhus IH, Russell MB, Dammen T, Omland T, Kværner KJ. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. The Akershus Sleep Apnea Project (ASAP). *J Sleep Res*. 2011 Mar;20(1 Pt 2):162-70.
205. Thorarinsdottir EH, Bjornsdottir E, Benediktsdottir B, Janson C, Gislason T, Aspelund T, Kuna ST, Pack AI, Arnardottir ES. Definition of excessive daytime sleepiness in the general population: Feeling sleepy relates better to sleep-related symptoms and quality of life than the Epworth Sleepiness Scale score. Results from an epidemiological study. *J Sleep Res*. 2019 Dec;28(6):e12852.
206. Jaussent I, Morin CM, Ivers H, Dauvilliers Y. Natural history of excessive daytime sleepiness: a population-based 5-year longitudinal study. *Sleep*. 2020 Mar 12;43(3):zsz249.

207. Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ, Lowe AJ, Campbell BE, Matheson MC, Hamilton GS, Dharmage SC. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2017 Aug;34:70-81.
208. Vanek J, Prasko J, Genzor S, Ociskova M, Kantor K, Holubova M, Slepecky M, Nesnidal V, Kolek A, Sova M. Obstructive sleep apnea, depression and cognitive impairment. *Sleep Med.* 2020 Aug; 72: 50-58.
209. Siachpazidou DI, Stavrou VT, Astara K, Pastaka C, Gogou E, Hatzoglou C, Economou NT, Gourgoulialis KI. Alzheimer's Disease in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Tanaffos.* 2020 Jul;19(3):176-185.
210. Buratti L, Luzzi S, Petrelli C, Baldinelli S, Viticchi G, Provinciali L, Altamura C, Vernieri F, Silvestrini M. Obstructive Sleep Apnea Syndrome: An Emerging Risk Factor for Dementia. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2016;15(6):678-82.
211. Guglielmi O, Jurado-Gámez B, Gude F, Bucla-Casal G. Occupational health of patients with obstructive sleep apnea syndrome: a systematic review. *Sleep Breath.* 2015 Mar;19(1):35-44.
212. Ohayon MM, O'Hara R, Vitiello MV. Epidemiology of restless legs syndrome: a synthesis of the literature. *Sleep Med Rev.* 2012 Aug;16(4):283-95.
213. Batool-Anwar S, Li Y, De Vito K, Malhotra A, Winkelman J, Gao X. Lifestyle Factors and Risk of Restless Legs Syndrome: Prospective Cohort Study. *J Clin Sleep Med.* 2016 Feb;12(2):187-94.
214. Liampas I, Siokas V, Kyrozis A, Sakoutis G, Yannakoulia M, Kosmidis MH, Sakka P, Sakkas GK, Giannaki CD, Stefanidis I, Scarmeas N, Dardiotis E, Hadjigeorgiou GM. Prevalence and Determinants of Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbom Disease) in an Older Greek Population. *Behav Sleep Med.* 2022 Aug 22:1-13.
215. McCullagh MC. Restless Legs Syndrome Negatively Impacts Worker Health and Safety. *Workplace Health Saf.* 2018 Jul;66(7):360.
216. Lee HB, Ramsey CM, Spira AP, Vachon J, Allen R, Munro CA. Comparison of cognitive functioning among individuals with treated restless legs syndrome (RLS), untreated RLS, and no RLS. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014 Winter;26(1):87-91.

217. Rose KM, Beck C, Tsai PF, Liem PH, Davila DG, Kleban M, Gooneratne NS, Kalra G, Richards KC. Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. *Sleep*. 2011 Jun 1;34(6):779-86.
218. Richards K, Shue VM, Beck CK, Lambert CW, Bliwise DL. Restless legs syndrome risk factors, behaviors, and diagnoses in persons with early to moderate dementia and sleep disturbance. *Behav Sleep Med*. 2010;8(1):48-61.
219. Dimitrovová K, Perelman J. Changes in access to primary care in Europe and its patterning, 2007-12: a repeated cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2018 Jun 1;28(3):398-404.
220. Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):391-400.
221. Albert C, Davia MA. Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health Promot Int*. 2011 Jun;26(2):163-70.
222. Todorovic N, Jovic-Vranes A, Djikanovic B, Pilipovic-Broceta N, Vasiljevic N, Racic M. Health Literacy: Current Status and Challenges in the Work of Family Doctors in Bosnia and Herzegovina. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 12;16(8):1324.
223. Elliott-Schmidt R, Strong J. The concept of well-being in a rural setting: understanding health and illness. *Aust J Rural Health*. 1997 May;5(2):59-63.
224. Greenberg AJ, Haney D, Blake KD, Moser RP, Hesse BW. Differences in Access to and Use of Electronic Personal Health Information Between Rural and Urban Residents in the United States. *J Rural Health*. 2018 Feb;34 Suppl 1(Suppl 1):s30-s38.
225. Chen X, Orom H, Hay JL, Waters EA, Schofield E, Li Y, Kiviniemi MT. Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use. *J Rural Health*. 2019 Jun;35(3):405-417.
226. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020 Oct;103(10):2142-2154.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Έντυπο συγκατάθεσης

Με τη συμμετοχή μου στις δωρεάν εξετάσεις στο πλαίσιο του
προσυμπτωματικού ελέγχου της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας συναινώ στη χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων των
ερωτηματολογίων και των κλινικών δοκιμασιών στην ανώνυμη ανάλυση και
δημοσίευση των αποτελεσμάτων για ερευνητικούς σκοπούς.

Ημερομηνία

.....

Ο / Η Δηλ....

Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή

2. Ιστορικό

A/α..... Ημερομηνία.....

Όνοματεπώνυμο..... Ηλικία

Τόπος εξέτασης..... Τηλέφωνο.....

Ημ/νια γέννησης..... Ύψος..... Βάρος..... BMI.....

Τόπος Διαμονής:..... Αστική..... Ημιαστική..... Αγροτική.....

Εκπαίδευση: Χωρίς..... Δημοτικό..... Γυμνάσιο..... Λύκειο..... ΑΕΙ/ΤΕΙ..... Άλλο.....

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος..... Έγγαμος..... Διαζευγμένος..... Χήρος..... Άλλο.....

Επάγγελμα:

Δημόσιος υπάλληλος..... Ιδιωτικός υπάλληλος..... Αυτοαπασχολούμενος..... Άνεργος (ικανός να εργαστεί)..... Άνεργος (ανίκανος να εργαστεί)..... Συνταξιούχος..... Άλλο.....

Καπνιστική συνήθεια: Μη Καπνιστής..... Πρώην Καπνιστής..... Καπνιστής.....

PYS..... Ηλικία Έναρξης..... Ηλικία Διακοπής.....

Επαγγελματική Έκθεση OXI NAI

Συμπτώματα Αναπνευστικού

Βήχας NAI OXI CAT SCORE.....

Απόχρεμψη NAI OXI

Συριγμός NAI OXI Στάδιο Δύσπνοιας (MRC): 0 1 2 3 4

Δύσπνοια NAI OXI

- | | |
|------------|---|
| MRC | 0. Απουσία δύσπνοιας εκτός μετά από έντονη εργασία |
| | 1. Όταν βιάζεστε σε επίπεδο έδαφος ή όταν ανεβαίνει μικρή ανηφόρα |
| | 2. Βαδίζει βραδύτερα από ανθρώπους της ίδιας ηλικίας σε επίπεδο έδαφος ή σταματά λόγω δύσπνοιας όταν βαδίζει με το ίδιο βήμα σε επίπεδο έδαφος |
| | 3. Σταματά να ανασαίνει στο περπάτημα >100 μέτρα ή από λίγα λεπτά σε επίπεδο έδαφος |
| | 4. Δεν μπορεί να βγει από το σπίτι ή να ντυθεί ή να ξεντυθεί |

Ατομικό Αναμνηστικό ΧΑΠ

Πρωτοδιάγνωση NAI OXI Ηλικία Διάγνωσης..... Έτη με ΧΑΠ.....

Sat%..... Αναπν. Ανεπ. OXI NAI Οξυγονοθεραπεία OXI NAI

Εμβολιασμός: Αντιγριπτικός OXI NAI Αντιπνευμονιοκοκκικός OXI NAI

Παροξύνσεις το τελευταίο έτος

Παροξύνσεις..... Ηπιες..... Μέτριες..... Σοβαρές.....

Επισκέψεις σε γιατρό..... Επισκέψεις σε ΚΥ/ΤΕΠ..... Άλλο.....

Νοσηλείες..... Διάρκεια νοσηλείων(ημέρες συνολικά).....

Σπυρομέτρηση

FEV1:ml%

Στάδιο: I II III IV

FVC:ml%

FEV1/FVC:%

Ομάδα: A B C D

Άλλα νοσήματα

Έμφραγμα Μυοκαρδίου	NAI	OXI	Κατάθλιψη	NAI	OXI
ΚΑ	NAI	OXI	Οστεοπόρωση	NAI	OXI
Νόσημα συνδετικού ιστού	NAI	OXI	Α. Υπέρταση	NAI	OXI
ΑΕΕ	NAI	OXI	Στεφανιαία Νόσος	NAI	OXI
Σ. Διαβήτης	NAI	OXI	Υπερλιπιδαιμία	NAI	OXI
Περιφερική αγγειοπάθεια	NAI	OXI	Νοσήματα προστάτη	NAI	OXI
Άλλο:					

Τρέχουσα Φαρμακευτική Αγωγή

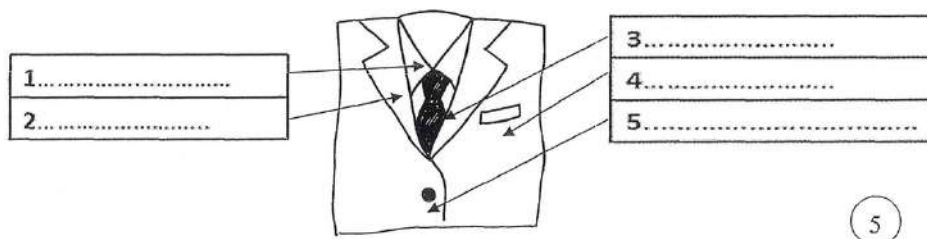
Φάρμακο/περιεκτικότητα	Δόση ☒	Φάρμακο/περιεκτικότητα	Δόση ☒
Aerolin (SABA salbutamol)		Symbicort 160 320 Pulmoton 200 400 (LABA/ICS budesonide/formoterol)	1x2 2x2
Atrovent (SAMA Ipratropium)		Rolenium 250 500 Seretide 250 500 (LABA/ICS Fluticasone/salmeterol)	1x2 2x2
Spiriva Caps Respimat (LAMA tiotropium)	1x1 2x1	Amp. Berovent (SABA/SAMA ipratropium/salbutamol)	
Seebri Breezhaler Tovanor Breezhaler (LAMA Glycopyrronium)	1x1	Amp. Atrovent (SAMA Ipratropium)	
Bretaris Genuair (LAMA aclidinium)	1x2	Amp. Pulmicort 0.25 - 0.5/ml (budesonide)	
OnBrez 150 300 (LABA indacaterol)	1x1	Amp. Beclonab 800 µg Amp. Beclospin (Beclomethasone)	1x2 2x2
Ultibro Breezhaler Xoterna Breezhaler (LABA/LAMA)	1x1	Daxas 500	1x1
Serevent (LABA salmeterol)		Theodur	
Foradil (LABA formoterol)		Inuvair/Foster 100 µg beclomethasone/ formoterol	
Formopen (LABA formoterol)			
Serevent (LABA salmeterol)			
Pulmicort 200µg (budesonide)			
Fluticapen 250 500 (fluticasone)			
Miflonide 200 400 (budesonide)			
Flixotide 250 500 (fluticasone)			

Παραγωγικότητα ασθενούς

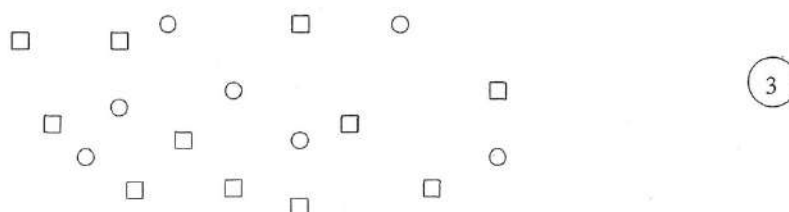
3. Ερωτηματολόγιο: Test Your Memory Test (TYMTest)

ΕΛΕΓΞΕ ΤΗ ΜΝΗΜΗ ΣΟΥ		
Η Δοκιμασία TYM		
Παρακαλώ γράψτε το πλήρες όνομά σας	10	
..... του.....		
Η μέρα σήμερα είναι		
Η σημερινή ημερομηνία είναι: του (μηνός) 20.....		
Πόσο χρονών είστε; χρονών		
Ποια μέρα έχετε την ονομαστική σας γιορτή; / (μήνας)		
Παρακαλώ αντιγράψτε την ακόλουθη πρόταση:		2
Οι καλοί πολίτες πάντα φορούν γερά παπούτσια		
.....		
Παρακαλώ διαβάσετε ξανά την πρόταση και να προσπαθήσετε να την θυμάστε		
↓		
Ποιος είναι ο πρωθυπουργός της Ελλάδας;		3
Ποιο έτος ξεκίνησε ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος;		
↓		
Πράξεις	↓	4
20 - 4 =	4	
16 + 17 =		
8 x 6 =		
4 + 15 - 17 =		
↓		
Παρακαλώ γράψτε κατά σειρά τέσσερα ζώα που αρχίζουν από «Κ» π.χ. Καρχαρία		4
1 Κ.....		
2 Κ.....		
3 Κ.....		
4 Κ.....		
↓		
Σε τί μοιάζει το κρεμμύδι με την πατάτα;		4
Σε τί μοιάζει το λιοντάρι με το λύκο;		
Θυμηθείτε: Οι καλοί πολίτες πάντα φορούν γερά παπούτσια		
Παρακαλώ γυρίστε σελίδα		

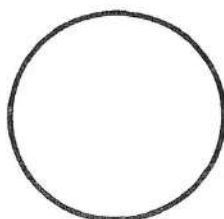
Παρακαλώ ονομάστε αυτά τα αντικείμενα.



Παρακαλώ ενώστε τους κύκλους για να σχηματιστεί ένα γράμμα
(αγνοήστε τα τετράγωνα)



Παρακαλώ σχεδιάστε ένα ρολόϊ, τοποθετήστε τους αριθμούς από 1 έως 12 και
τους δείκτες να δείχνουν 9:20



Παρακαλώ, χωρίς να γυρίσετε σελίδα, γράψτε την πρόταση που αντιγράψατε
νωρίτερα:

.....

6

ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΤΥΜ:
ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΟΥ ΔΟΘΗΚΕ: ΚΑΜΙΑ/ΕΠΟΥΣΙΩΔΗΣ/ΜΙΚΡΗ/ΜΕΤΡΙΑ/ΜΕΓΙΣΤΗ

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΣΤΟ ΚΟΥΤΙ ΕΑΝ ΓΡΑΦΤΗΚΑΝ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ☐

www.tymtest.com © jmbrown 2008

/50

4. Ερωτηματολόγιο Βερολίνου (Berlin Questionnaire)

Ερωτηματολόγιο του Βερολίνου (Berlin Questionnaire)			
Ύψος (m)	Βάρος (kg)	Ηλικία	Άρρεν / Θήλυ
Παρακαλούμε επιλέξτε την σωστή απάντηση σε κάθε ερώτηση.			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1		ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2	
1. Ροχαλίζετε; ☐ α. Ναι ☐ β. Όχι ☐ γ. Δεν ξέρω		6. Πόσο συχνά νιώθετε κουρασμένος ή καταπονημένος μετά τον ύπνο; ☐ α. Σχεδόν κάθε μέρα ☐ β. 3-4 φορές την εβδομάδα ☐ γ. 1-2 φορές την εβδομάδα ☐ δ. 1-2 φορές το μήνα ☐ ε. Ποτέ ή σχεδόν ποτέ	
Αν ροχαλίζετε:			
2. Το ροχαλητό σας είναι: ☐ α. Λίγο ηχηρότερο από την αναπνοή ☐ β. Όσο ηχηρό όσο η ομιλία ☐ γ. Δυνατότερο από την ομιλία ☐ δ. Πολύ δυνατό		7. Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος, εξάντληση, ή ότι δεν αποδίδετε φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της ημέρας; ☐ α. Σχεδόν κάθε μέρα ☐ β. 3-4 φορές την εβδομάδα ☐ γ. 1-2 φορές την εβδομάδα ☐ δ. 1-2 φορές το μήνα ☐ ε. Ποτέ ή σχεδόν ποτέ	
3. Πόσο συχνά ροχαλίζετε; ☐ α. Σχεδόν κάθε μέρα ☐ β. 3-4 φορές την εβδομάδα ☐ γ. 1-2 φορές την εβδομάδα ☐ δ. 1-2 φορές το μήνα ☐ ε. Ποτέ ή σχεδόν ποτέ		8. Μισοκοιμηθήκατε ή αποκοιμηθήκατε ποτέ ενώ οδηγούσατε; ☐ α. Ναι ☐ β. Όχι	
4. Έχει ποτέ ενοχλήσει άλλους το ροχαλητό σας; ☐ α. Ναι ☐ β. Όχι ☐ γ. Δεν ξέρω		Εάν ναι:	
5. Παρατήρησε ποτέ κανείς ότι σταματάτε να αναπνέετε κατά τη διάρκεια του ύπνου; ☐ α. Σχεδόν κάθε μέρα ☐ β. 3-4 φορές την εβδομάδα ☐ γ. 1-2 φορές την εβδομάδα ☐ δ. 1-2 φορές το μήνα ☐ ε. Ποτέ ή σχεδόν ποτέ		9. Πόσο συχνά σας συμβαίνει αυτό; ☐ α. Σχεδόν κάθε μέρα ☐ β. 3-4 φορές την εβδομάδα ☐ γ. 1-2 φορές την εβδομάδα ☐ δ. 1-2 φορές το μήνα ☐ ε. Ποτέ ή σχεδόν ποτέ	
		ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3	
		10. Έχετε υπέρταση; ☐ α. Ναι ☐ β. Όχι ☐ γ. Δεν ξέρω	

5. Ερωτηματολόγιο ESS (Epworth Sleepiness Scale)

Τι πιθανότητα υπάρχει, όταν δεν αισθάνεστε κουρασμένος(η) να σας πάρει για λίγο ο ύπνος ή να κοιμηθείτε τελείως σε μια από τις παρακάτω περιπτώσεις;

Οι ερωτήσεις αναφέρονται στον συνηθισμένο τρόπο ζωής σας πρόσφατα. Ακόμη κι αν δεν έχετε κάνει κάτι από τα παρακάτω πρόσφατα, προσπαθήστε να βρείτε πως θα σας επηρέαζαν.

Χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα διαλέγοντας τον αριθμό που ανταποκρίνεται σε σας σε κάθε περίπτωση.

Είναι σημαντικό να απαντήσετε όσο ποιο σωστά μπορείτε:

0= καμία πιθανότητα

1=μικρή πιθανότητα

2=μέτρια πιθανότητα

3=μεγάλη πιθανότητα

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ:	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
1. Διαβάζοντας καθισμένος(η)	
2. Βλέποντας τηλεόραση	
3. Καθισμένος(η) και αδρανής σε δημόσιο χώρο (π.χ.)συγκέντρωση, θέατρο, cinema)	
4. Επιβάτης σε αυτοκίνητο για μια ώρα χωρίς στάση	
5. Ξαπλωμένος(η) το απόγευμα για ξεκούραση όταν οι περιστάσεις το επιτρέπουν	
6. Καθισμένος(η) και συνομιλώντας με κάποιον	
7. Καθισμένος(η) σε ήσυχο περιβάλλον μετά το μεσημεριανό χωρίς να έχετε καταναλώσει αλκοόλ	
8. Στο αυτοκίνητο ενώ είστε σταματημένος για λίγα λεπτά λόγω κίνησης	
ΣΥΝΟΛΟ:	

Αν το σύνολο των βαθμών που συγκεντρώσατε είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 6, πιθανά πάσχετε από το σύνδρομο της άπνοιας κατά τον ύπνο και θα πρέπει να επισκεφτείτε Ειδικό Πνευμονολόγο.

6. COPD Population Screener



DRIVE4COPD

This survey asks questions about you, your breathing and what you are able to do. To complete the survey, mark an X in the box that best describes your answer for each question below.

1. During the past 4 weeks, how much of the time did you feel short of breath?

None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 2

2. Do you ever cough up any "stuff," such as mucus or phlegm?

No, never	Only with occasional colds or chest infections	Yes, a few days a month	Yes, most days a week	Yes, every day
☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 1	☐ 2

3. Please select the answer that best describes you in the past 12 months. I do less than I used to because of my breathing problems.

Strongly disagree	Disagree	Unsure	Agree	Strongly agree
☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 2

4. Have you smoked at least 100 cigarettes in your ENTIRE LIFE?

No	Yes	Don't know
☐ 0	☐ 2	☐ 0

5. How old are you?

Age 35 to 49	Age 50 to 59	Age 60 to 69	Age 70+
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 2

How to Score Your Screener: In the spaces below, write the number that is next to your answer for each of the questions. Add the number to get the total score. The total score can range from 0 to 10.

$\frac{(\#1)}{\quad} + \frac{(\#2)}{\quad} + \frac{(\#3)}{\quad} + \frac{(\#4)}{\quad} + \frac{(\#5)}{\quad} = \underline{\hspace{2cm}}$

TOTAL SCORE

If your total score is 5 or more, this means your breathing problems may be caused by chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The higher your score, the more likely you are to have COPD. COPD is often referred to as chronic bronchitis and/or emphysema and is a serious lung disease that slowly gets worse over time. While COPD cannot be cured, it is treatable, so please share your answers to the five question screener with your healthcare professional (HCP).

If your total score is between 0 and 4, and you are experiencing problems with your breathing, please share your answers to the five-question screener with your HCP.

Only your HCP can decide if you have COPD. Your HCP can help evaluate your breathing problems by performing a breathing test, also known as spirometry. Don't wait. Call your HCP today to make an appointment to see if you may be at risk for COPD. Remember, when speaking to your HCP, be honest and open in describing your symptoms and explain how your breathing problems affect your activity level on a daily basis.

COPD Population Screener is a trademark of QualityMetric Incorporated

COPD8821CONS

Note to Doctor/Healthcare Provider: The COPD Population Screener™ (COPD-PS™) on the reverse side of this page is an easy-to-use, validated tool designed to identify patients at risk for COPD.

- The COPD-PS™ has been validated in a diverse population age 35 and older
- The five questions in the COPD-PS™, culled from a 52-question initial survey, were found to be the most likely to predict COPD
- The study's predictive value is 0.59 (AUC) with 88% of COPD cases correctly classified
- A clinical diagnosis of COPD should be confirmed with spirometry
- Please visit DRIVE4COPD.COM to learn more about this screener and its validation

About the score:

- Score 5-10 – High risk of COPD
- Score 0-4 – Low risk of COPD

Martínez, F. J., Raczek, A. E., Seifer, F. D., Conoscenti, C. S., Curtice, T. G., & D'Elia, T., et al. Development and initial validation of a self-scored COPD Population Screener questionnaire (COPD-PS). *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008;5:2,85-95.

7. Διαγνωστικά κριτήρια Συνδρόμου Ανήσυχων Ποδιών

Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε μια έντονη επιθυμία μετακίνησης των ποδιών, η οποία συνήθως συνοδεύεται -όχι πάντα- ή φαίνεται να προκαλείται από έλλειψη άνεσης ή δυσάρεστη αίσθηση στα πόδια;		
Η έντονη επιθυμία μετακίνησης των ποδιών και η τυχόν δυσάρεστη αίσθηση αρχίζουν ή επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια ανάπαυσης ή αδράνειας όπως ενώ είστε ξαπλωμένος ή καθιστός;		
Η έντονη επιθυμία μετακίνησης των ποδιών και η τυχόν δυσάρεστη αίσθηση ανακουφίζονται εντελώς ή μερικώς από την μετακίνηση των ποδιών, όπως ενώ περπατάτε ή τεντώνεστε, τουλάχιστον την ώρα που κινείστε;		
Η έντονη επιθυμία μετακίνησης των ποδιών και η συνοδευόμενη δυσάρεστη αίσθηση κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης ή της αδράνειας εμφανίζονται μόνο ή είναι χειρότερα το απόγευμα ή τη νύχτα παρά κατά τη διάρκεια της ημέρας;		
Η παρουσία των προηγούμενων χαρακτηριστικών δεν θεωρείται ως συμπτώματα σε πρώτη φάση άλλης ιατρικής ή συμπεριφορικής κατάστασης, όπως μυαλγία, φλεβική στάση, οίδημα ποδιών, αρθρίτιδα, κράμπες στα πόδια, δυσφορία λόγω της θέσης ή συνήθεια χτυπήματος των ποδιών.		

Σε ποια περιοχή κατοικείτε;

Το ωράριο εργασίας σας είναι κυκλικό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι το ωράριο είναι:

8. General Practitioner of Cognition (GP-Cog)

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:: _____

Ημερομηνία _____

GPCOG Δοκιμασία Διαλογής

Εξέταση Ασθενούς

Εκτός εάν δηλώνεται διαφορετικά, κάθε ερώτηση θα πρέπει να γίνεται μόνο μία φορά

Όνομα και Διεύθυνση για τη δοκιμασία ανάκλησης που ακολουθεί

1. «Θα σας δώσω ένα όνομα και μία διεύθυνση. Αφού τα πω, θέλω να τα επαναλάβετε. Να θυμόσαστε αυτό το όνομα και τη διεύθυνση γιατί θα σας ζητήσω να μου τα πείτε ξανά σε μερικά λεπτά. Ιωάννης Παπαδάκης, Καστρινάκη 42, Ηράκλειο.» (Επιτρέψτε το μέγιστο 4 προσπάθειες).

Προσανατολισμός στο χρόνο

Σωστό

Λάθος

2. Τι ημερομηνία έχουμε; (ακριβής)

☐☐

Σχεδιασμός ρολογιού – χρησιμοποιήστε κενή σελίδα

3. Σας παρακαλούμε σχεδιάστε όλους τους αριθμούς που υποδεικνύουν τις ώρες ενός ρολογιού. (απαιτούνται σωστές αποστάσεις μεταξύ τους)

☐☐

4. Σας παρακαλούμε σχεδιάστε τους δείκτες έτσι ώστε να δείχνουν έντεκα και δέκα (11.10)

☐☐

Πληροφόρηση

- Μπορείτε να μου πείτε κάποια πρόσφατη είδηση;
(Πρόσφατη = την προηγούμενη εβδομάδα. Εάν δοθεί μία γενική απάντηση, όπως «πόλεμος», «πολλή βροχή» ζητήστε λεπτομέρειες. Μόνο συγκεκριμένη απάντηση βαθμολογείται).

☐☐

Ανάκληση

- Ποιο ήταν το όνομα και η διεύθυνση που σας ζήτησα να θυμόσαστε

Ιωάννης

☐☐

Παπαδάκης

☐☐

Καστρινάκη

☐☐

42

☐☐

Ηράκλειο

☐☐

(Για να βγει η συνολική βαθμολογία, προσθέστε τον αριθμό των ερωτήσεων που έχουν απαντηθεί σωστά)

Σύνολο σωστών απαντήσεων (βαθμολογία από τις 9) /9

Εάν η βαθμολογία του ασθενούς είναι 9, δεν υπάρχει σοβαρή γνωστική διαταραχή και δεν απαιτείται περαιτέρω έλεγχος.

Εάν η βαθμολογία του ασθενούς είναι 5-8, απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες. Προχωρήστε στο Βήμα 2, ενότητα πληροφοριοδότη.

Εάν η βαθμολογία του ασθενούς είναι 0-4, υποδεικνύεται γνωστική διαταραχή. Διεξάγετε πρότυπους ελέγχους.

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre
– Assessment and Better Care; Brodaty et al, JAGS 2002; 50:530-534

Συνέντευξη με Πληροφοριοδότη

Ημερομηνία:

Ονοματεπώνυμο πληροφοριοδότη: _____

Σχέση πληροφοριοδότη με ασθενή, π.χ. ο πληροφοριοδότης είναι _____
του ασθενούς

Αυτές οι έξι ερωτήσεις ζητάνε το πώς είναι ο/η ασθενής σήμερα σε σχέση
με παλιά, π.χ. 5-10 χρόνια πριν

Σε σύγκριση με λίγα χρόνια πριν:

- | | Ναι | Όχι | Δεν Ξέρω | Όχι
Απάντηση |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Έχει ο/η ασθενής μεγαλύτερο πρόβλημα στο να θυμάται πράγματα που έχουν συμβεί πρόσφατα από ότι συνήθως; | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ▪ Έχει αυτός ή αυτή μεγαλύτερο πρόβλημα στο να ανακαλεί συνομιλίες μερικές μέρες αργότερα; | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ▪ Όταν μιλάει, έχει ο/η ασθενής περισσότερη δυσκολία στο να βρει τη σωστή λέξη ή τείνει να χρησιμοποιεί λάθος λέξεις πιο συχνά; | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ▪ Είναι ο/η ασθενής λιγότερο ικανός/η να διαχειριστεί χρήματα και οικονομικά ζητήματα (π.χ. πληρωμή λογαριασμών, προϋπολογισμός); | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ▪ Είναι ο/η ασθενής λιγότερο ικανός/η να λάβει την φαρμακευτική αγωγή του μόνος/η του/της; | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ▪ Χρειάζεται ο ασθενής περισσότερη βοήθεια στις μετακινήσεις (ιδιωτικές ή δημόσιες); (Εάν ο ασθενής έχει δυσκολίες λόγω μόνο σωματικών προβλημάτων, π.χ. προβλήματα με το πόδι, σημειώστε «όχι») | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(Για να βγει μία συνολική βαθμολογία, προσθέστε τον αριθμό των ερωτήσεων που απαντήθηκαν με «όχι», «δεν ξέρω» ή «Ο/Α»)

Συνολική βαθμολογία (από τις 6)

Εάν η βαθμολογία του ασθενούς είναι 0-3, υποδεικνύεται γνωστική διαταραχή. Διεξάγετε πρότυπους ελέγχους.

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; Brodaty et al, JAGS 2002; 50:530-534

9. Work Ability Index (WAI)

Δείκτης ικανότητας για εργασία

[Σημ. του ερευνητή: αν το ερωτηματολόγιο αξιοποιείται στα πλαίσια επιδημιολογικής έρευνας, η παρακάτω εισαγωγική σημείωση μπορεί να διαμορφώνεται ανάλογα για τη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων]

Στο ερωτηματολόγιο αυτό παρακαλείσθε να εκτιμήσετε την ικανότητα σας για εργασία και τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Οι απαντήσεις σας θα βοηθήσουν τον ιατρό εργασίας, να αξιολογήσει κατά πόσον χρειάζεται να προταθούν μέτρα υποστήριξης της ικανότητας σας ή παρεμβάσεις στην εργασία σας.

Η συμπλήρωση του είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν για να υπολογιστεί ο δείκτης ικανότητας σας για εργασία. Το συμπέρασμα μπορεί να προστεθεί στον ιατρικό σας φάκελο, μόνο με την ενυπόγραφη συγκατάθεση σας, η οποία ζητείται στο τέλος του ερωτηματολογίου. Δεν απαιτείται συγκατάθεση, αν το ιατρείο εργασίας χρησιμοποιεί το ερωτηματολόγιο, στα πλαίσια της εκτίμησης και γνωμοδότησης της καταλληλότητας σας για εργασία, επειδή πάσχετε από κάποια χρόνια πάθηση ή στην πορεία αποκατάστασής σας. Σε κάθε περίπτωση το ιατρείο εργασίας διασφαλίζει πλήρως το ιατρικό απόρρητο και τα προσωπικά δεδομένα.

Ημερομηνία: _____
Ονοματεπώνυμο: _____
Ημερομηνία Γέννησης: _____

Ατομικά Στοιχεία

Φύλο

Γυναίκα: 1
Άνδρας: 2
Έτος γέννησης:

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος-η 1
Έγγαμος-η 2
Συγκοιτών-συζύ 3
Σε διάσταση 4
Διαζευγμένος-η 5
Χήρος/ χήρα 6

Ειδικότητα :

Συνοπτική περιγραφή εργασίας :

Βασική εκπαίδευση

Δημοτικό 1
Γυμνάσιο 2
Λύκειο 3

Επαγγελματική εκπαίδευση

Επαγγελματικό σεμινάριο 4
Τεχνική Σχολή 5
Τ.Ε.Ι 6
Α.Ε.Ι 7
Μεταπτυχιακές σπουδές 8

Δ/ση – Τμήμα – Συνεργείο :

Είναι οι απαιτήσεις της εργασίας κυρίως

Πνευματικές 1
Σωματικές (χειρωνακτικές) 2
Και σωματικές και πνευματικές 3

Δείκτης ικανότητας εργασίας (κυκλώστε τον αριθμό)

1. Η σημερινή ικανότητά σας για εργασία σε σχέση με την καλύτερη της ζωής σας
Υποθέστε ότι η μέγιστη ικανότητά σας για εργασία βαθμολογείται με 10 και βαθμολογείτε την
τωρινή σας ικανότητα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Το 0 σημαίνει πλήρη ανικανότητα για εργασία) (Μέγιστη ικανότητα
εργασίας)

2. Ικανότητα σε σχέση με τις απαιτήσεις της εργασίας σας

A) Πως χαρακτηρίζετε την τωρινή σας ικανότητα σε σχέση με τις σωματικές απαιτήσεις της εργασίας σας;	B) Πως χαρακτηρίζετε την τωρινή σας ικανότητα σε σχέση με τις πνευματικές απαιτήσεις της εργασίας σας;
Πολύ καλή:	5
Σχετικά καλή:	4
Μέτρια:	3
Σχετικά κακή:	2
Πολύ κακή:	1

3. Παρούσες ασθένειες διαγνωσμένες από γιατρό

Στην παρακάτω λίστα, σημειώστε, μόνο για όσες ασθένειες και τραυματισμούς πάσχετε τώρα, ποιές έχουν διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί από γιατρό (κυκλώστε το 1). Αν εσείς εκτιμάτε ότι πάσχετε αλλά δεν έχετε διαγνωσθεί από ιατρό, κυκλώστε το 2.

Τραυματισμοί από ατυχήματα	Γνώμη σας	Γνωμάτευση ιατρού
01. Ράχη –οσφύς (μέση)	2	1
02. Άνω άκρα – χέρια	2	1
03. Κάτω άκρα – πόδια	2	1
04. Άλλο σημείο του σώματος	2	1
Που και τι είδους τραυματισμός:.....		
Μυοσκελετικές παθήσεις		
05. Προβλήματα της ράχης (άνω τμήμα της πλάτης) ή του αυχένα, επαναλαμβανόμενος πόνος	2	1
06.Επίμονες ενοχλήσεις στο κάτω τμήμα της πλάτης (οσφυαλγία)	2	1
07. Αντακλαστικός πόνος στο κάτω άκρο (ισχιαλγία)	2	1
08. Μυοσκελετικά προβλήματα των άκρων (τενοντίτιδες κ.ά.)	2	1
09. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	2	1
10. Άλλη Μυοσκελετική Πάθηση	2	1
Ποιά:.....		
Καρδιαγγειακές παθήσεις		
11. Υπέρταση	2	1
12. Στεφανιαία νόσος /Στηθάγχη (πόνος στην προσπάρθεια)	2	1
13. Έμφραγμα του μυοκαρδίου	2	1
14. Καρδιακή ανεπάρκεια	2	1
15. Άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις	2	1
Ποιές:.....		
Αναπνευστικά προβλήματα		
16. Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις αναπνευστικής οδού (όπως αμυγδαλίτιδα, οξεία παραρρινολπίτιδα, οξεία βρογχίτιδα)	2	1
17. Χρόνια βρογχίτιδα	2	1
18.Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα (Ιγμορίτιδα)	2	1
19. Βρογχικό άσθμα	2	1
20. Εμφύσημα	2	1
21. Φυματίωση(πνευμόνων)	2	1
22. Άλλα αναπνευστικά προβλήματα	2	1
Ποιά:.....		
Πνευματικές (ψυχικές) διαταραχές		
23. Ψυχική διαταραχή ή σοβαρά προβλήματα πνευματικής υγείας (πχ, σοβαρή κατάθλιψη, διανοητική διαταραχή)	2	1
24. Ήπια ψυχικά/νοητικά προβλήματα (ήπια κατάθλιψη, υπερένταση, άγχος, αϋπνία)	2	1

Νευρολογικές παθήσεις και παθήσεις αισθητήριων οργάνων		
25. Προβλήματα ή τραυματισμός στην ακοή	2	1
26. Προβλήματα όρασης ή τραυματισμός (εκτός από διαθλαστικά προβλήματα π.χ. μυωπία)	2	1
27. Νευρολογικής φύσης προβλήματα (εγκεφαλικό, νευραλγία, ημικρανία, επιληψία)	2	1
28. Άλλη πάθηση νευρολογική ή των αισθητήριων οργάνων	2	1
Ποιά:.....		
Παθήσεις πεπτικού συστήματος		
29. Χολολιθίαση ή χολοκυστίτιδα	2	1
30. Παθήσεις του ήπατος (πχ χρόνια ηπατίτιδα) ή του παγκρέατος	2	1
31. Έλκος στομάχου ή/και δωδεκαδάκτυλου	2	1
32. Γαστρίτιδα ή δωδεκαδακτυλίτιδα	2	1
33. Ευερέθιστο έντερο ή κολίτιδα	2	1
34. Άλλη πάθηση του πεπτικού συστήματος	2	1
Ποιά:.....		
Παθήσεις ουροποιογεννητικού συστήματος		
35. Ουρολοίμωξη	2	1
36. Νεφροπάθειες (παθήσεις νεφρών)	2	1
37. Παθήσεις γεννητικών οργάνων (πχ. προστατίτιδα σε άνδρες, σαλπινγίτιδα σε γυναίκες)	2	1
38. Άλλη πάθηση ουροποιογεννητικού συστήματος	2	1
Ποιά:.....		
Δερματικές παθήσεις		
39. Αλλεργία, δερματικά εξανθήματα, έκζεμα	2	1
40. Άλλα εξανθήματα	2	1
Ποιά:.....		
41. Άλλη δερματική πάθηση	2	1
Ποιά:.....		
Όγκοι		
42. Καλοήθης όγκος	2	1
43. Κακοήθης όγκος (καρκίνος)	2	1
Πού:.....		
Παθήσεις του μεταβολισμού και των ενδοκρινών αδένων		
44. Παχυσαρκία	2	1
45. Σακχαρώδης Διαβήτης	2	1
46. Βρογχική και άλλες παθήσεις του θυρεοειδούς	2	1
47. Άλλη ενδοκρινική ασθένεια ή πάθηση του μεταβολισμού	2	1
Ποιά:.....		
Παθήσεις του αίματος		
48. Αναιμία	2	1
49. Άλλη αιματολογική διαταραχή	2	1
Ποιά:.....		
Συγγενείς ανωμαλίες		
50. Συγγενείς ανωμαλίες	2	1
Ποιές:.....		
Άλλες διαταραχές ή ασθένειες		
51. Άλλες διαταραχές ή ασθένειες	2	1
Ποιές:.....		

4. Εκτίμηση πιθανής ανικανότητας για εργασία εξαιτίας ασθενειών.

Είναι η ασθένεια ή ο τραυματισμός σας εμπόδιο για την τωρινή εργασία σας; (Κυκλώστε μια ή περισσότερες απαντήσεις αν είναι απαραίτητο)

Δεν με εμποδίζει / δεν έχω καμία ασθένεια	6
Είμαι ικανός να κάνω την εργασία μου, αλλά έχω κάποια συμπτώματα	5
Μερικές φορές πρέπει να ελαττώνω το ρυθμό μου ή να αλλάζω τρόπο/μέθοδο εργασίας	4
Συχνά πρέπει να ελαττώνω το ρυθμό μου ή να αλλάζω τρόπο/μέθοδο εργασίας	3
Εξαιτίας της ασθένειας μου, αισθάνομαι ότι είμαι ικανός να εργαστώ μόνο μειωμένο ωράριο	2
Κατά τη γνώμη μου είμαι εντελώς ανίκανος να εργαστώ	1

5. Απουσία λόγω ασθένειας το τελευταίο έτος (12 μήνες)

Πόσες πλήρεις ημέρες απουσιάσατε από την δουλειά σας για κάποιο πρόβλημα υγείας (ασθένεια ή εξετάσεις) τον τελευταίο χρόνο (12 μήνες);

Καμία απολύτως	5
1 έως 9 ημέρες	4
10 – 24 ημέρες	3
25 – 99 ημέρες	2
100 – 365 ημέρες	1

6. Η πρόγνωση σας για την ικανότητα εργασίας σας σε 2 χρόνια από τώρα

Πιστεύετε, θα είστε ικανός (η υγεία σας θα επιτρέπει) να εργάζεστε στην ίδια δουλειά σε 2 χρόνια από τώρα;

Μάλλον όχι	1
Δεν είμαι σίγουρος/η	4
Μάλλον ναι	7

7α. Το τελευταίο διάστημα, απολαμβάνετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;

Συχνά	4
Σχετικά συχνά	3
Μερικές φορές	2
Σχετικά σπάνια	1
Ποτέ	0

7β. Νοιώθετε τελευταία ακμαίος και δραστήριος;

Πάντα/Σχεδόν πάντα	4
Σχετικά συχνά	3
Μερικές φορές	2
Σχετικά σπάνια	1
Ποτέ	0

7γ. Έχετε νιώσει πρόσφατα γεμάτος αισιοδοξία για το μέλλον;

Συνεχώς	4
Σχετικά συχνά	3
Μερικές φορές	2
Σχετικά σπάνια	1
Ποτέ	0

Ενημερωμένη συγκατάθεση

Συμφωνείτε να συμπεριληφθούν στον ιατρικό σας φάκελο, τα αποτελέσματα και ο δείκτης ικανότητας εργασίας που θα υπολογιστεί από τις απαντήσεις σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Υπογραφή _____

10. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της υγείας, της Πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και της Ποιότητάς τους

Α. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;
Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Κακή
Πολύ κακή
2. Πώς θα χαρακτηρίζατε την στοματική υγεία σας σήμερα;
Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Κακή
Πολύ κακή
3. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη ψυχική σας υγεία σήμερα;
Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Κακή
Πολύ κακή
4. Πιστεύετε ότι τα παραπάνω σας επηρέασαν στις καθημερινές σας συνήθειες;
Πάρα πολύ
Πολύ
Μέτρια
Λίγο
Πολύ λίγο
5. Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας για το οποίο είναι απαραίτητο να παίρνετε συχνά φάρμακα;
Ναι
Όχι
6. Ποιο είναι το είδος του προβλήματος για το οποίο χρειάζεται να παίρνετε φάρμακα;
α.
β.
γ.
δ.
7. Καπνίζετε;
Ναι
Όχι
8. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα και για πόσα χρόνια.

9. Κατά μέσο όρο, πόσο αλκοόλ καταναλώνετε την ημέρα;
Καθόλου
Ένα - δύο ποτήρια την ημέρα
Τρία - τέσσερα ποτήρια την ημέρα
Περισσότερο από πέντε ποτήρια

Β. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας χρειάστηκε να επισκεφτείτε (πολλαπλές απαντήσεις) εκτός Αλοννήσου;
Κέντρο υγείας
Νοσοκομειακή περίθαλψη
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου
Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Άλλο (προσδιορίστε)
2. Ποιους επαγγελματίες υγείας χρειάστηκε να επισκεφτείτε (πολλαπλές απαντήσεις) εκτός Αλοννήσου;
Γυναικολόγο
Χειρουργό
Παθολόγο/ Γενικό ιατρό
Δερματολόγο
Ψυχίατρο/ Ψυχολόγο
Γαστρεντερολόγο
Οδοντίατρο
Φυσιοθεραπευτή
Κοινωνικό λειτουργό
Άλλο (προσδιορίστε)
3. Πως θα χαρακτηρίζατε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κατά την παραμονή σας στην Αλόννησο;
Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Κακή
Πολύ κακή
4. Πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας από τις ιατρικές δομές της Αλόννησου (φαρμακευτική, διαγνωστικές εξετάσεις, ιατρική/ νοσηλευτική/ ή άλλη εξειδικευμένη φροντίδα);
Πολύ καλή
Καλή
Μέτρια
Κακή
Πολύ κακή
5. Ήταν δυνατή η πρόσβαση σε νοσοκομείο όταν κρίθηκε αναγκαία;
Ναι
Όχι
Δε ξέρω/ δεν απαντώ

11. Mediterranean Diet Score (MedDietScore)

The Mediterranean Diet Score

Πόσο συχνά καταναλώνετε	Συχνότητα Κατανάλωσης (γεύματα/μήνα)						
	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18	
Μη επεξεργασμένα δημητριακά (ψωμί ολικής αλέσεως, ζυμαρικά, ρύζι κ.λπ.)							
Πατάτες							
Φρούτα							
Λαχανικά							
Όσπρια							
Ψάρι							
Κόκκινα κρέας και παράγωγα							
Πουλερικά							
Πλήρη λιπαρών γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι και γάλα)							
Χρήση ελαιόλαδου στο μαγείρεμα (φορές / βδομάδα)	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Καθημερινά	
Αλκοολούχα ποτά (ml / ημέρα, 100 ml ¼ 12 g αιθανόλης)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0	

12. Ευχαριστήριο Μήνυμα συμμετοχής στην έρευνα

Αγαπητέ κύριε/κυρία

Εκ μέρους της Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής, σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα έγκαιρης διάγνωσης, που διεξάγεται σε συνεργασία με το Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Θα θέλαμε, επίσης, να σας ενημερώσουμε, ότι σε περίπτωση που θα χρειαστεί κάποια επιπλέον διευκρινιστική εξέταση, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας, κατά τον προσεχή μήνα.

Κ.Ι. Γουργουλιάνης

Καθηγητής Πνευμονολογίας

Παν/μίου Θεσσαλίας

Διευθυντής Πνευμονολογικής
Κλινικής Παν/μίου Θεσσαλίας