



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΜΣ «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΘΕΜΑ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΚΜΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όνοματεπώνυμο Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας :

Ελένη – Νεφέλη Κολοκοτσά, Ιατρός

Επιβλέποντες:

Δρ. Βασιλική Καπάκη, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Κυριάκος Σουλιώτης, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και
Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΑΘΗΝΑ

2020

Τίτλος:

Μελέτη της Ποιότητας Ζωής Ασθενών με Ακμή στην Ελλάδα

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Κυριάκος Σουλιώτης, Καθηγητής Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιστημονικός Συνεργάτης Επισκέπτης - Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Ιωάννης Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Μαρία Καντζανού, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η διπλωματική εργασία παρουσιάστηκε ενώπιον της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής στις 21 /07/2020 και έγινε αποδεκτή με το βαθμό ΑΡΙΣΤΑ (10).

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΚΥΡΙΑΣ ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

13/02/2018 - μέχρι σήμερα	Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών « Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή Αθηνών. Υπεύθυνος: Ι. Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.
31/10/2017– μέχρι σήμερα	Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Θέμα: «Μελέτη της παθογένειας των T δερματικών λεμφωμάτων με έμφαση στη διερεύνηση της ενεργοποίησης ή καταστολής μοριακών σηματοδοτικών μονοπατιών». Επιβλέπουσα: Παππά Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αιματολογίας, Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Κλινική, Αττικό Νοσοκομείο Αθηνών.
17/10/2016 – 08/11/2018	Ειδικευόμενη Παθολογίας ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». Διευθύντης: Εμμανουήλ Ανδρεάδης, Δ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ
01/09/2009 – 07/07/2015	Πτυχίο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Βαθμός: “Λίαν Καλώς” (7.8/10) Έναρξη πτυχιακών σπουδών: Σεπτέμβριος 2009 Απόκτηση πτυχίου: Ιούλιος 2015
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Απολυτήριο Γενικού Λυκείου – Σχολή Ι.Μ Παναγιωτοπούλου Βαθμός: “Άριστα” (18.8/20)

ΜΕΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΛΛΟΓΩΝ – ΑΔΕΙΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

12/04/2017 – μέχρι σήμερα	Full Registration without Licence to practice Medicine General Medical Council, UK,
07/12/2015 – 11/04/2017	Full Registration with Licence to practice Medicine General Medical Council, UK,
07/08/2015 – μέχρι σήμερα	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
05/08/2015 – μέχρι σήμερα	Άδεια Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος, Ελληνική Δημοκρατία Περιφέρεια Αττικής Γεν. Δ/νση: Δημ. Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Π.Ε. Ανατολικής Αττικής Τμήμα Υπηρεσιών & Επαγγελμάτων Υγείας,

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- 23/12/2019 – μέχρι σήμερα Ιατρός Συνεργάτης Ογκολογικής Κλινικής Metropolitan General, Διευθύντρια: Μαρία Βασιλάκη.
- 11/01/2016 - 22/04/2016 Ιατρός κλινικός παρατηρητής (clinical observer) στο King's College Hospital, NHS Foundation Trust, London, United Kingdom.
Επιβλέπων: Dr. Tassos Grammatikopoulos, Locum Consultant in Paed. Hepatology, Paediatric Liver, GI & Nutrition Centre
- 27/07/2015 - 14/09/2015 Συμμετοχή στις δραστηριότητες (clinical attachment) της Ρευματολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Θεσσαλίας.
Επιβλέπων: Μπόγδανος Δημήτριος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας και Αυτοάνοσων Νοσημάτων, Ρευματολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

- 05/2017 – 11/2017 Master Class Series of Courses στις Κλινικές Δοκιμές
Διοργάνωση:
Τμήμα Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης,
Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας και Εκπαίδευσης, Cambridge University Hospital, NHS Foundation Trust.
- 27/07/2016 – 28/02/2017 ALS (Advanced Life Support) European Resuscitation Council. Πάροχος : Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης.

09/09/2013 - 27/09/2013	Clinical Attachment στο UCL και UCLH, UCL Centre for Gastroenterology & Clinical Nutrition, London, UK. Επιβλέπων: Professor Alastair Forbes.
19/10/2013	2ο Σεμινάριο Ιατρικών Δεξιότητων: «Συρραφή Τραύματος σε Πτωματικό Υλικό» , Εργαστήριο Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
08/05/2011	BLS/AED (Basic Life Support/Automated External Defibrillator) Πάροχος: Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ:

1. BAFF/APRIL System Is Functional in B-Cell Acute Lymphoblastic Leukemia in a Disease Subtype Manner. Sevdali E, Katsantoni E, Smulski CR, Moschovi M, Palassopoulou M, Kolokotsa EN, Argentou N, Giannakoulas N, Adamaki M, Vassilopoulos G, Polychronopoulou S, Germentis AE, Eibel H, Speletas M. *Front Oncol.* 2019 Jul 18;9:594. doi: 10.3389/fonc.2019.00594. eCollection 2019.
2. E. Georgiou, E.N. Kolokotsa, A. Koutroumpas, L. Sakkas, “The clue is in the radiography of the hands” *MJRheum* 2015; 1 (1): 85-86
3. A. Mavropoulos, A. Varna, I. Alexiou, E.N. Kolokotsa, E. Zafeiriou, M, Vlychou, D. Bogdanos, “ IL-10 Producing Regulatory B Cell Deficiency is a Feature of Psoriatic Arthritis” *Ann Rheum Dis* 2015; 74 Suppl 2 423 doi: 10.1136/annrheumdis -2015 –EULAR. 3565

Αφιερώνεται στην ιερή μνήμη του πατέρα μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας αποτελεί σταθμό στη σταδιοδρομία κάθε επιστήμονα. Δια τούτο και αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν καθοιονδήποτε τρόπο και διεδραμάτησαν καθοριστικό ρόλο για την παραγματοποίησή της.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μητέρα μου Δρ. Μελομένη Ι. Πέτρου, που μου συμπαραστέκεται και με στηρίζει σε κάθε μου βήμα.

Η παρούσα πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη της κυρίας Βασιλικής Καπάκη, Διδάκτορος Πολιτικής Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Μεταδιδακτορικής Ερευνήτριας Οικονομικών της Υγείας του ιδίου Πανεπιστημίου και Επιστημονικού Συνεργάτη του Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας. Την ευχαριστώ πολύ για τη βοήθειά της στην επιλογή του θέματος καθώς και για την καθοδήγησή της σε όλα τα στάδια της παρούσας εργασίας, που συνετέλεσαν στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Επίσης, θερμά ευχαριστώ:

Τον κύριο Κυριάκο Σουλιώτη, Καθηγητή Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιστημονικό Συνεργάτη Επισκέπτη - Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για τους νέους ορίζοντες που μου άνοιξαν τα μαθήματά του.

Τον κύριο Ιωάννη Τούντα, Καθηγητή Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας (MSc in Planning and Management of Health Services)», για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετάσχω στο συγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών.

Την κυρία Μαρία Καντζανού Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής

της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπό μου από την πρώτη στιγμή της γνωριμίας μας.

Το Διευθυντή της Δερματολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ευαγγελισμός» κύριο Γεώργιο Αναστασιάδη για την επιστημονική υποστήριξη που μου παρείχε, καθώς και το επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό της Δερματολογικής Κλινικής, χωρίς τη βοήθεια του οποίου η εκπόνηση της παρούσας εργασίας θα ήταν ανέφικτη.

Όλους τους ασθενείς που πρόθυμα διέθεσαν μέρος του χρόνου τους για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια.

Την οικογένειά μου και στους φίλους μου, για την ηθική συμπαράσταση και ενθάρρυνση.

Τέλος, ευχαριστώ την κα Ιωάννα Τούπου, Γραμματέα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, για τη γραμματειακή υποστήριξή της σε θέματα που αφορούσαν στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, καθώς η οργανωτικότητα, αλλά και η ταχύτητα στην επίλυση προβλημάτων, ήταν απaráμιλλες.

Αθήνα, 2020

Ελένη - Νεφέλη Ν. Κολοκοτσά

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κοινή ακμή είναι μια συνήθης δερματολογική νόσος, η οποία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή και η οποία έχει τόσο σωματικές όσο και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις [1]. Παρότι η παθογένεια της ακμής είναι αρκετά σύνθετη, έχουν περιγραφεί συγκεκριμένα γεγονότα που οδηγούν σε χαρακτηριστικές αλλαγές των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων. Οι αλλαγές αυτές εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο και στο ανώτερο τμήμα του θώρακα και των βραχιόνων, όπου εκδηλώνεται πιο συχνά η νόσος. Η υπερκεράτωση των τριχοσμηγματογόνων πόρων, οδηγεί σε απόφραξη τριχικών θυλάκων από υπολείμματα των κερατινοκυττάρων. Με αυτό τον τρόπο ξεκινάει ο σχηματισμός φαγεσώρων με μια αλληλουχία γεγονότων που περιλαμβάνουν την απόφραξη του θυλάκων, συσσώρευση σμήγματος, πολλαπλασιασμό του *Cutibacterium acnes* και περιθυλακική φλεγμονή. Αυτή η αλληλουχία των γεγονότων εξηγεί την ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων και τη διαφορετική βαρύτητα της ακμής. Το 2010 η κοινή ακμή κατετάγη όγδοη στη λίστα με τις πιο διαδεδομένες ασθένειες παγκοσμίως [2].

Το δέρμα θεωρείται ένα «κοινωνικό όργανο», με το οποίο οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το εξωτερικό περιβάλλον. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ακμής περιλαμβάνουν επιπτώσεις στον επαγγελματικό χώρο, οικονομική επιβάρυνση, άγχος, κοινωνική απόσυρση, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι κοινωνικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της ακμής είναι συγκρίσιμες με εκείνες ορισμένων χρονίων παθήσεων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, το άσθμα, η επιληψία και η αρθρίτιδα. Αυτό σημαίνει ότι η ακμή δεν πρέπει να θεωρείται ως ένα δευτερεύον πρόβλημα και χρήζει λήψης κατάλληλων μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από αυτή [3,4].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ποιότητα ζωής ως την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε

συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του [5].

Ένας από τους στόχους των παρόχων υπηρεσιών υγείας, είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών τους. Στη δερματολογία υπάρχουν εργαλεία , ερωτηματολόγια, με τα οποία δύναται να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ασθενών με δερματικές νόσους, όπως είναι το DLQI (Dermatology Life Quality Index), καθώς επίσης και ερωτηματολόγια ειδικά για συγκεκριμένες νόσους, όπως αυτό για την ακμή από το Πανεπιστήμιο του Cardiff (CADI – Cardiff Acne Disability Index).

Οι μετρήσεις αυτές μας επιτρέπουν να κατανοήσουμε την οπτική των ασθενών για τη νόσο τους. Η ακμή είναι ιάσιμη ασθένεια, ωστόσο απαιτεί μακροπρόθεσμη θεραπεία που βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Επειδή δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για την ποιότητα ζωής ασθενών με ακμή στην Ελλάδα [6,7], η παρούσα εργασία έχει στόχο τη μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών, τη συσχέτιση του βαθμού αναπηρίας με τη σοβαρότητα της νόσου, καθώς και τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής τους.

Θεωρούμε ότι με αυτή τη μελέτη θα εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την επίπτωση της νόσου στη χώρα μας, καθώς και για τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση των επιβαρυντικών παραγόντων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό Υπόβαθρο: Η κοινή ακμή (acne vulgaris) είναι μια συνήθης δερματολογική νόσος, η οποία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή και η οποία έχει τόσο σωματικές όσο και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ακμή στην Ελλάδα.

Υλικά και Μέθοδος: Πρόκειται για cross-sectional, βασιζόμενη σε ερωτηματολόγια μελέτη, σε δείγμα 150 ασθενών με κοινή ακμή που απευθύνονται στα εξωτερικά Δερματολογικά Ιατρεία του ΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» σε διάστημα έξι μηνών. Οι ασθενείς αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής συμπληρώνοντας τον Δείκτη Ποιότητας Ζωής Δερματολογίας (DLQI) και τον Δείκτη Αναπηρίας Ακμής Cardiff (CADI). Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση αυτών των δύο, με κάποιες πρόσθετες πληροφορίες που προέκυψαν από τα δημογραφικά δεδομένα. Η βαρύτητα της ακμής προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα Leeds.

Αποτελέσματα: Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άντρες και η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής. Η μεγαλύτερη διάρκεια και βαρύτητα της νόσου σχετίζεται με χειρότερα συμπτώματα και συναισθήματα και επηρεάζει δυσμενώς τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Συμπεράσματα: Η ακμή σχετίζεται με επιβάρυνση της ποιότητας ζωής. Η ευαισθητοποίηση σχετικά με τη νόσο και τις αιτίες της, καθώς και η επισήμανση του σημαντικού ρόλου και της σημασίας των δερματολόγων στην αντιμετώπισή της, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ακμή .

Λέξεις κλειδιά: ακμή, κοινή ακμή, acne vulgaris, ποιότητα ζωής, Δείκτης Ποιότητας Ζωής Δερματολογίας, Δείκτης Αναπηρίας Ακμής Cardiff, Ελλάδα

ABSTRACT

Background: Acne vulgaris is a common dermatological disease, which occurs mainly in adolescence and young adulthood and has both physical and psychosocial effects.

Aim: The assessment of quality of life of patients with acne vulgaris in Greece.

Materials and Methods : This was a cross-sectional questionnaire – based study in a cohort of 150 patients of acne vulgaris attending the outpatient dermatology department of "EVANGELISMOS" General Hospital within six months. Patients assessed quality of life by completing Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Cardiff Acne Disability Index (CADI). A correlation of those two was performed , with some additional information brought out through demographic data. The severity of acne was determined using the Leeds scale.

Results: The increase in acne severity is associated with worse quality of life. Women are more affected than men and the increase in educational level seems to be related to worse quality of life. The longer duration and severity of the disease is associated with worse symptoms and feelings and affects adversely interpersonal relationships.

Conclusions: Acne is associated with impairment in quality of life. In order to improve the quality of life in acne patients there is a need to improve awareness about the disease and its causes and to highlight the role and importance of dermatologists.

Key words: acne, acne vulgaris, quality of life, Dermatology Life Quality Index, Cardiff Acne Disability Index, Greece

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

C. acnes: Cutibacterium acnes

CADI: Cardiff Acne Disability Index

CRH: Corticotropin – releasing hormone

DHEAS: Dehydroepiandrosterone

DLQI: Dermatology Life Quality Index

FDA : Food and Drug Administration

HLA: Human Leukocyte Antigen

HRQL : Health – related quality of life

ICAM-1: Intercellular Adhesion Molecule 1

IGF: Insulin – like growth factor

P. acnes: Propionibacterium acnes

PPAR: Peroxisome proliferator – activated receptor

TLR: Toll – like receptors

VCAM – 1 : Vascular cell adhesion protein 1

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	13
ABSTRACT	14
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	15
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	18
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	20
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	21
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	23
1.1 Εισαγωγή	23
1.2 Ορισμός ποιότητας ζωής σχετιζόμενος με την υγεία	25
1.3 Μέτρηση της HRQL.....	26
1.4 Εργαλεία μέτρησης HRQL.....	28
1.5 Χρήση των HRQL δεδομένων	30
Κεφάλαιο 2. ΚΟΙΝΗ ΑΚΜΗ	33
2.1 Το Δέρμα - Ιστολογία	33
2.2 Γενικά	36
2.3 Επιδημιολογία	36
2.4 Παθοφυσιολογία.....	37
2.5 Κλινική εικόνα	40
2.6 Ταξινόμηση της βαρύτητας της ακμής	44
2.7 Διάγνωση	46
2.8 Διαφορική Διάγνωση.....	47
2.9 Αντιμετώπιση	48

2.10 Θεραπεία	48
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 3. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ	50
3.1 Σκοπός	50
3.2 Σχεδιασμός Μελέτης	50
3.3 Μεθοδολογία	51
3.4 Ζητήματα Ασφαλείας	51
3.5 Επεξεργασία Δεδομένων	52
3.6 Διασφάλιση ποιότητας	53
3.7 Χρηματοδότηση	53
3.8 Ηθική και Δεοντολογία	53
3.9 Στατιστική ανάλυση	54
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα	56
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση	79
Κεφάλαιο 6. Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	82
Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	94
ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	96
CARDIFF ACNE DISABILITY INDEX	97

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. Πίνακας 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. σελ. 56-57
2. Πίνακας 2. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. σελ. 59
3. Πίνακας 3. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο DLQI και τις επιμέρους κλίμακες του. σελ. 60-61
4. Πίνακας 4. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DLQI. σελ. 62
5. Πίνακας 5. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο CADI. σελ. 63
6. Πίνακας 6. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια DLQI και CADI. σελ. 65
7. Πίνακας 7. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία στο DLQI. σελ. 65-66
8. Πίνακας 8. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στο DLQI. σελ. 66-67
9. Πίνακας 9. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI. σελ. 67-68
10. Πίνακας 10. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI. σελ. 68
11. Πίνακας 11. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI. σελ. 69
12. Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI. σελ. 70
13. Πίνακας 13. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI. σελ. 71
14. Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI. σελ. 72

15. Πίνακας 15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI. σελ. 73
16. Πίνακας 16. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσωπικών σχέσεων στο DLQI. σελ. 74
17. Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσωπικών σχέσεων στο DLQI. σελ. 75
18. Πίνακας 18. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία θεραπείας στο DLQI. σελ. 76
19. Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στο CADI. σελ. 77
20. Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στο CADI. σελ. 78

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

1. Γράφημα 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. σελ. 58
2. Γράφημα 2. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. σελ. 60
3. Γράφημα 3. Οι μέσες τιμές για το ερωτηματολόγιο DLQI και τις επιμέρους κλίμακες του. σελ. 61
4. Γράφημα 4. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DLQI. σελ. 62
5. Γράφημα 5. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο CADI. σελ. 64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

1. Εικόνα 1: Εγκάρσια διατομή δέρματος, σελ. 35
2. Εικόνα 2: Ανοιχτοί και κλειστοί φαγέσωρες, σελ. 40
3. Εικόνα 3: Ανοιχτοί φαγέσωρες, σελ. 40
4. Εικόνα 4: Βλατίδες, σελ. 41
5. Εικόνα 5: Φλύκταινες, σελ. 41
6. Εικόνα 6: Οζίδια, σελ. 42
7. Εικόνα 7: Κύστεις, σελ. 42

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Εισαγωγή

Η ποιότητα ζωής έχει διαφορετική σημασία για τους περισσότερους ανθρώπους. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα αντιλήψεων που επηρεάζουν την γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή, και αφορούν στην υγεία, στην εργασία, στην προσωπική και οικογενειακή ασφάλεια, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εκπαίδευση και στην ψυχαγωγία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1995 όρισε ως ποιότητα ζωής την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του[8]. Η έννοια της ποιότητας ζωής εξειδικεύεται και χρησιμοποιείται με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο χώρο της υγείας, όπου ορίζεται ως ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (Health – related quality of life, HRQL) [9].

Η έννοια της HRQL αναδύθηκε από την ευρύτερη έννοια της ποιότητας ζωής και είναι εξ ορισμού, εστιασμένη στις πτυχές της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται από ή δύναται να επηρεάσουν άμεσα την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Αυτές οι πτυχές περιλαμβάνουν συμπτώματα νόσου και παρενέργειες θεραπευτικής αγωγής, ικανοποίηση από τη θεραπεία, σωματική λειτουργικότητα και ευεξία, κοινωνική λειτουργικότητα και ικανοποίηση από τη ζωή και ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής ευημερίας και της γνωστικής λειτουργικότητας. Η HRQL τυπικά δεν περιλαμβάνει πτυχές της ζωής που σχετίζονται με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας ζωής, όπως είναι για παράδειγμα το εισόδημα, η διατροφή, οι κλιματολογικές συνθήκες, και οι πολιτικές και ατομικές ελευθερίες.

Ειδικά εργαλεία που αξιολογούν την επίδραση κάποιας νόσου και της θεραπείας της περιλαμβάνουν την «ποσότητα» και ποιότητα ζωής και το οικονομικό κόστος για τον ασθενή. Παρόλο που η διάρκεια επιβίωσης αποτελούσε το σημαντικότερο μεταξύ αυτών, πλέον η

επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερη αναγνώριση. Μάλιστα, το 2009 ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Food and Drug Administration, FDA) εξέδωσε συγκεκριμένες οδηγίες για την ανάπτυξη και την επικύρωση εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, που θα χρησιμοποιούνται για κανονιστικούς σκοπούς [10].

1.2 Ορισμός ποιότητας ζωής σχετιζόμενος με την υγεία

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQL) θα μπορούσε επίσημα να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο η νόσος και η θεραπεία της επιδρούν στη συνήθη ή αναμενόμενη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου [11]. Αυτός ο ορισμός ενσωματώνει τις δύο ευρέως αποδεκτές πτυχές της ποιότητας ζωής, την υποκειμενικότητα και την πολυδιάσταση [12].

Η HRQL αντιπροσωπεύει μια υποκειμενική εκτίμηση της επίδρασης της νόσου και της θεραπείας της. Διαφορετικοί ασθενείς με το ίδιο αντικειμενικά πρόβλημα υγείας αναφέρουν διαφορετική HRQL, λόγω διαφορετικών προσδοκιών και ικανοτήτων αντιμετώπισης [13]. Επομένως, η HRQL θα πρέπει να μετριέται από την οπτική γωνία του ασθενούς και όχι άλλων εξωτερικών παρατηρητών, όπως για παράδειγμα οι φροντιστές τους, όποτε αυτό είναι εφικτό [14].

Η πολυδιάσταση είναι η άλλη σημαντική συνιστώσα της HRQL. Είναι κοινά αποδεκτό ότι η HRQL αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας, αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου.

1.3 Μέτρηση της HRQL

Η μέτρηση της HRQL έχει ως βασικό στόχο την ολιστική αποτίμηση της υγείας ενός ατόμου και ενός πληθυσμού, η οποία δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι κυριότεροι λόγοι που σχετίζονται με τη σκοπιμότητα υλοποίησης μελετών μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε πληθυσμιακό ή ατομικό επίπεδο είναι οι εξής:

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

Οι παραπάνω λόγοι μέτρησης της ποιότητας ζωής πραγματοποιούνται με κύριους στόχους:

- την αύξηση της μακροβιότητας,
- τη μείωση της νοσηρότητας,
- την ευεξία των ατόμων [15].

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η HRQL περιλαμβάνει τις παρακάτω διαστάσεις: α) τη φυσική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, την ικανότητα για εργασία και τη φυσική λειτουργία, β) την ψυχολογική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει τους υποκειμενικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής, γ) την κοινωνική διάσταση, η οποία περιλαμβάνει την οικογενειακή και κοινωνική ζωή [8].

1.4 Εργαλεία μέτρησης HRQL

Διατίθεται τεράστια ποικιλία επικυρωμένων και σταθμισμένων ερωτηματολογίων για την μέτρηση της HRQL [16]. Περιλαμβάνουν εργαλεία γενικής χρήσης (Generic Instruments) και εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments).

- 1. Γενική κατάσταση υγείας (generic health status):** τα εργαλεία αυτά έχουν εφαρμογή σε όλους τους πληθυσμούς και δύναται να συμπληρωθούν από άτομα που είτε έχουν, είτε δεν έχουν κάποια νόσο. Αυτά τα εργαλεία προσφέρουν το σημείο αναφοράς για σύγκριση διαφορετικών ομάδων, όπως μεταξύ υγιούς και νοσούντος πληθυσμού ή διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Παράδειγμα αποτελεί το ερωτηματολόγιο «Επισκόπηση υγείας του Nottingham» (Nottingham Health Profile), το οποίο αξιολογεί τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της υγείας του ατόμου, διερευνώντας όμως τις αρνητικές πτυχές της, καθώς όλες οι διατυπώσεις του εργαλείου περιγράφουν προβλήματα [17].
- 2. Γενική νόσος (generic illness) :** τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται σε πληθυσμούς με οποιαδήποτε νόσο ή ιατρική κατάσταση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σύγκριση διαφορετικών ασθενειών, βαρύτητας νόσου και τύπων παρεμβάσεων. Τέτοιου είδους συγκρίσεις είναι πολύ σημαντικές ιδιαίτερα για την κατανομή περιορισμένων οικονομικών πόρων [18]. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα εργαλεία τυπικά αξιολογούν την υποκειμενική αντίληψη του καθενός ως προς την επίπτωση στη λειτουργικότητα της νόσου ή αναπηρίας. Παράδειγμα αποτελεί το Sickness Impact Profile (SIP), το οποίο δημιουργήθηκε από τον Gilson και τους συνεργάτες του και ολοκληρώθηκε το 1981 από τον Bergner και τους συνεργάτες του. Αξιολογεί την αντίληψη της κατάστασης υγείας του ατόμου, μετρώντας την επίδραση της ασθένειας στη συμπεριφορά και την λειτουργικότητα του και συνίσταται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 κατηγορίες με δραστηριότητες της καθημερινότητας [19].
- 3. Εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments) :** είναι σχεδιασμένα να αξιολογούν την HRQL ατόμων με συγκεκριμένη νόσο (π.χ. κακοήθεια, σακχαρώδης διαβήτης), συγκεκριμένο είδος θεραπείας (π.χ.

χημειοθεραπεία, παρηγορητική αγωγή) ή συγκεκριμένα συμπτώματα (π.χ. ναυτία). Αυτού του είδους τα εργαλεία παρέχουν πιο λεπτομερή αξιολόγηση συγκεκριμένων νόσων και είναι πιθανό να είναι πιο ευαίσθητα σε συγκεκριμένες σχετιζόμενες με τη θεραπεία αλλαγές στο HRQL. Παράδειγμα αποτελεί το εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (Diabetes Quality of Life instrument) [20].

Μία τάση στις έρευνες HRQL αποτελεί ο συνδυασμός γενικών και συγκεκριμένων ασθενειών εργαλείων, έτσι ώστε, να καλύπτονται πλήρως σημαντικοί τομείς που μπορεί να έχουν επίπτωση στην HRQL [21].

1.5 Χρήση των HRQL δεδομένων

Τα δεδομένα που αφορούν τη HRQL κάποιας ασθένειας δύνανται να χρησιμοποιηθούν με ποικίλους τρόπους.

Κλινικές δοκιμές: Συχνά κλινικές δοκιμές που συγκρίνουν δύο ή περισσότερα φάρμακα χρησιμοποιούν HRQL ανάλυση, ως ένα μέσο που καθορίζει το συνολικό όφελος, ειδικά σε περιπτώσεις που υπάρχουν σημαντικές παρενέργειες σχετιζόμενες με τη θεραπεία. Συγκρινόμενη με τη θεραπεία ελέγχου, η εναλλακτική θεραπευτική επιλογή μπορεί να σχετίζεται με ποικίλους συνδυασμούς σχετικού οφέλους επιβίωσης και HRQL. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Μεγαλύτερη επιβίωση με καλύτερη HRQL
- Ίδια επιβίωση αλλά καλύτερη HRQL
- Μικρότερη επιβίωση αλλά καλύτερη HRQL
- Μεγαλύτερη επιβίωση αλλά χειρότερη HRQL
- Μικρότερη επιβίωση με χειρότερη HRQL

Παρόλο που κανένας δεν θα επέλεγε κάποια θεραπεία που έχει ως αποτέλεσμα μικρότερη επιβίωση και χειρότερη HRQL, η βελτίωση στη HRQL κατά τη διάρκεια αγωγής φαντάζει αρκετά θελκτική – ιδιαίτερα αναφορικά με αντικαρκινική θεραπεία- ώστε να υπερτερήσει έναντι κάπως μικρότερης διάρκειας επιβίωσης.

Η βελτίωση της HRQL ως καταληκτικού σημείου στην κλινική έρευνα, απαιτεί την στρατολόγηση ικανού μεγέθους δείγματος στη δοκιμή, ώστε να έχει επαρκή δύναμη [22].

Εργαλεία σχεδιασμού κλινικής αντιμετώπισης και φροντίδας: Επειδή οι πληροφορίες της HRQL παρέχουν λεπτομερή εκτίμηση της νόσου και του θεραπευτικού αποτελέσματος, καθώς και της γενικότερης επίδρασής τους στην καθημερινότητα του ασθενούς, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο σχεδιασμού για την αξιολόγηση της ανάγκης περαιτέρω θεραπείας, αποκατάστασης ή παρηγορητικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της

HRQL μπορεί να αποκαλύψει άγχος, καταθλιπτικά ή άλλα συμπτώματα, τα οποία δύνανται να ξεκινήσουν μία συζήτηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς για περαιτέρω ιατρική, ψυχολογική ή κοινωνική παρέμβαση, με στόχο τη βελτίωση της ευεξίας του δευτέρου [23,24].

Εντοπισμός αλλαγών στην κλινική κατάσταση κατά τη διάρκεια θεραπείας : Ολοένα και αυξάνεται η σημαντικότητα χρήσης των δεδομένων από την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Σε έρευνα, οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι η εβδομαδιαία αξιολόγηση τους βοήθησε να επικεντρωθούν σε θέματα που θα συζητήσουν με τους γιατρούς τους. Η αξιολόγηση είχε θετική αντιμετώπιση και από τους ιατρούς, οι οποίοι ανέφεραν ότι τους βοήθησε να συγκρίνουν τις απαντήσεις των ασθενών με την πάροδο του χρόνου [25]. Άλλη μελέτη καταλήγει ότι σε πληθυσμούς που εφαρμόζεται παρηγορητική φροντίδα, τα δεδομένα αυτά βελτιώνουν την ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανεκπλήρωτη ανάγκη και επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να ενεργούν για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών. Συνεπώς ωφελεί τη συναισθηματική και ψυχολογική ποιότητα ζωής των ασθενών [26]. Επίσης, μελέτες και σε ογκολογικούς ασθενείς δείχνουν ότι η χρήση ερωτηματολογίων HRQL βελτιώνει την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς επιτρέποντας καλύτερη και πιο ασθενοκεντρική φροντίδα [27,28].

Πρόβλεψη απάντησης στη θεραπεία : Μελέτη σε ασθενείς με μεταστατικό κακόηθες νεόπλασμα πνεύμονα έδειξε ότι αλλαγές στις απαντήσεις της HRQL κατά τη χημειοθεραπεία, είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες των κλινικών αποτελεσμάτων στον καρκίνο του πνεύμονα. Αυτό έχει επιπτώσεις στη διαστρωμάτωση των ασθενών σε κλινικές δοκιμές και μπορεί να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων στην κλινική πρακτική [29]. Η σημασία αυτών των δεδομένων για τη διαστρωμάτωση των ασθενών τυχαία σε θεραπευτική αγωγή είναι προφανής [30].

Επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης σε ασθενείς με σοβαρό, επικίνδυνο για τη ζωή νόσημα : Η επιμήκυνση της ζωής ανεξαρτήτως ποιότητας, δεν είναι ένας καθολικά επιθυμητός στόχος.

Όταν απαιτείται λήψη απόφασης σχετικά με την εφαρμογή επιθετικής αγωγής για την παράταση της ζωής ή το θάνατο, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψιν η αξιολόγηση της HRQL του καθενός ώστε, να γίνει κατανοητό για τι θεωρεί κανείς ότι αξίζει να ζει. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων θρησκευτικών πεποιθήσεων, αξιών, φόβο θανάτου, συμβάλλουν σημαντικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, επισημαίνοντας την πολύπλοκη σχέση μεταξύ HRQL και ποιότητα ζωής [31,32].

Αξιολόγηση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας : Ως μέσο καταγραφής και αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, βασισμένη στην βελτίωση ή διατήρηση των αναφερόμενων από τους ασθενείς αποτελεσμάτων [33,34].

2.1 Το Δέρμα - Ιστολογία

Το δέρμα, το μεγαλύτερο , βαρύτερο και πλέον ορατό όργανο του σώματος, αποτελείται εκτός από το καθαυτό δέρμα και από τα ποικίλα συναρτώμενά του, στα οποία περιλαμβάνονται οι σημηματογόνοι αδένες, οι ιδρωτοποιοί αδένες, οι τρίχες και οι όνυχες. Το δέρμα αποτελείται από ένα επιπολής κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο την επιδερμίδα και μία βαθύτερη στιβάδα συνδετικού ιστού το χόριο. Το δέρμα έρχεται σε επαφή με το περιβάλλον με το εξωτερικό του στρώμα ,την επιδερμίδα. Αυτή αποτελείται από τέσσερις τύπους κυττάρων: κερατινοκύτταρα, μελανοκύτταρα, κύτταρα του Langerhans και κύτταρα του Merkel. Τα κερατινικότταρα διατάσσονται σε πέντε στιβάδες ενώ οι υπόλοιποι τρεις τύποι απαντώνται διάσπαρτοι μεταξύ των κερατινοκυττάρων. Οι στιβάδες της επιδερμίδας είναι:

α) Βασική στιβάδα, αποτελούμενη από κυβικά ή κυλινδρικά κύτταρα που επικάθονται στην βασική μεμβράνη. Στην βασική στιβάδα επιτελούνται κυτταρικές διαιρέσεις, απαντώνται δε κύτταρα του Merkel και μελανοκύτταρα.

β) Ακανθωτή στιβάδα αποτελούμενη από πολλά στρώματα πολυεδρικών κυττάρων συνδεόμενα με μεσοκυττάρια γέφυρες. Απαντώνται επίσης κύτταρα Langerhans, αποφυάδες μελανοκυττάρων και μιτωτική δραστηριότητα.

γ) Κοκκώδης στιβάδα αποτελούμενη από αποπλατυσμένα κύτταρα, πληρούμενα με κοκκία κερατοϋαλίνης.

δ) Διαυγής στιβάδα, λεπτή και διάφανη, της οποίας τα κύτταρα περιέχουν ελαιοειδίνη. Η Κοκκώδης και η Διαυγής στιβάδα απουσιάζουν από το λεπτό δέρμα.

ε) Κερατίνη στιβάδα αποτελούμενη από τακτοποιημένες φολίδες που περιέχουν κερατίνη.

Το μεσαίο στρώμα, το χόριο συνίσταται κυρίως από μία δομική πρωτεΐνη, το κολλαγόνο και διαιρείται σε δύο στιβάδες, τη θηλώδη και τη δικτυωτή.

α) Οι ακρολοφίες του χορίου (θηλές) περιέχουν αγκύλες τριχοειδών , σωματία Meissner και λεπτές ίνες κολλαγόνου.

β) Δικτυωτή στιβάδα, αποτελείται από αδρές δέσμες ινών κολλαγόνου. Στηρίζει ένα αγγειακό πλέγμα και διαπλέκεται με το υπόδερμα. Συχνά περιέχει τριχοθυλάκια, σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, καθώς και κορύνες του Krause και σωματία Pacini. Η επιδερμίδα και το χόριο συναρμολύονται μεταξύ τους με τις θηλές του χορίου και χωρίζονται μεταξύ τους με την βασική μεμβράνη. Μεταξύ του δέρματος και των βαθύτερων δομών, παρεμβάλλεται το υπόδερμα.

Σε όλα τα μέρη του σώματος το δέρμα αποτελείται από αυτά τα διακριτά στρώματα, των οποίων όμως το πάχος διαφέρει από θέση σε θέση. Η επιδερμίδα είναι παχύτερη στα πέλματα και τις παλάμες (περίπου 1.5mm) και λεπτότερη στα βλέφαρα (λιγότερο από 0.1mm). Το χόριο είναι παχύτερο στην ράχη, μάλιστα 30 με 40 φορές περισσότερο από την υπερκείμενη επιδερμίδα.

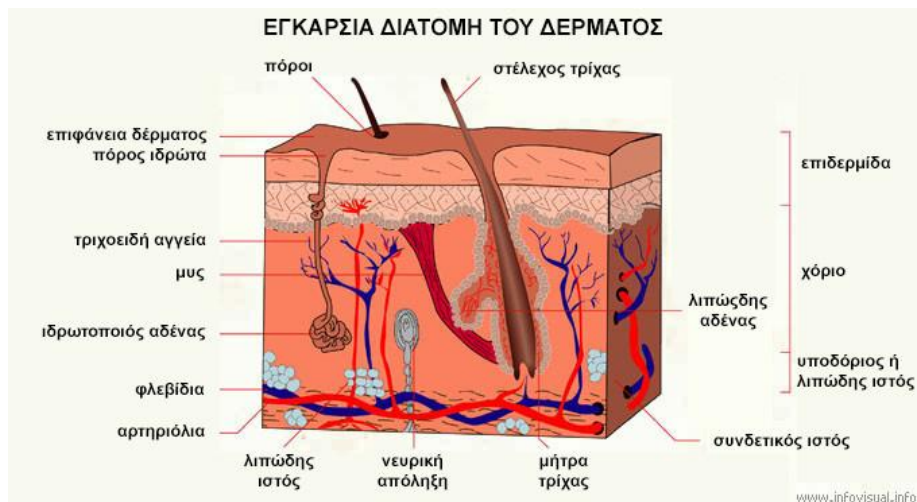
Στο δέρμα συναρτώνται οι τρίχες. Οι τρίχες αποτελούν επιδερμικές καταδύσεις, οι οποίες κατασκηνώνουν στο χόριο ή στον υποδόριο ιστό. Το ελεύθερο προεξέχον άκρο της καλείται στέλεχος και περιβάλλεται από μερικές στιβάδες κυλινδρικών κυτταρικών ελύτρων. Το τελικό διευρυσμένο άκρο του τριχοθυλακίου σχηματίζει τον βολβό της τρίχας, που αποτελείται από την θηλή και την ρίζα.

Οι σμηγματογόνοι αδένες αποτελούνται από σακκοειδείς λοβούς. Είναι ολοκρινείς αδένες, οι οποίοι παράγουν σμήγμα. Συνδέονται με τα τριχοθυλάκια και διοχετεύουν το έκκριμά τους στον αυχένα του τριχοθυλακίου μέσω εκφορητικού πόρου. Οι σμηγματογόνοι αδένες περιβάλλονται από τον ορθωτήρα μυ της τρίχας, ο οποίος εκτείνεται από το τριχοθυλάκιο έως την θηλώδη στιβάδα του χορίου .

Μερικές από τις πολλές λειτουργίες του δέρματος περιλαμβάνουν την προστασία από δυσμενείς φυσικές, χημικές και βιολογικές επιδράσεις, την εξασφάλιση αδιάβροχου φραγμού, την απορρόφηση υπεριώδους ακτινοβολίας, τόσο για τη σύνθεση βιταμίνης D , όσο και για

προστασία από την εν λόγω ακτινοβολία, την απέκκριση και τη θερμορρύθμιση, τον συνεχή έλεγχο του εξωτερικού περιβάλλοντος μέσω των διαφόρων νευρικών απολήξεων, καθώς και την ανοσιακή άμυνα του οργανισμού [35].

Εικόνα 1: Εγκάρσια διατομή δέρματος



Πηγή: <https://infovisual.info/> *Τα δικαιώματα αναπαραγωγής διατηρούνται και περιορίζονται αυστηρά

2.2 Γενικά

Η κοινή ακμή (acne vulgaris) είναι μια συνήθης δερματολογική νόσος, η οποία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή και η οποία έχει τόσο σωματικές όσο και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Παρότι η παθογένεια της ακμής είναι αρκετά σύνθετη, έχουν περιγραφεί συγκεκριμένα γεγονότα που οδηγούν σε χαρακτηριστικές αλλαγές των τριχοσμηματογόνων θυλάκων. Οι αλλαγές αυτές εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο και στο ανώτερο τμήμα του θώρακα και των βραχιόνων, όπου εκδηλώνεται πιο συχνά η κοινή ακμή.

2.3 Επιδημιολογία

Η κοινή ακμή είναι συχνή και παρουσιάζεται συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Εκτιμήσεις της επίπτωσης της νόσου σε εφήβους διεθνώς κυμαίνονται από 35 έως πάνω από 90 τοις εκατό [36-38]. Η ακμή συχνά ξεκινά στην προεφηβική περίοδο (9 έως 12 ετών) και εξαφανίζεται κατά την τρίτη δεκαετία της ζωής, ωστόσο δύναται να επιμείνει και κατά την ενήλικη ζωή ή και να εμφανιστεί de novo τότε. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας η ακμή υπερέχει στους άνδρες, ενώ μετεφηβικά στις γυναίκες [39]. Η νόσος που εμφανίζεται σε ενήλικες αυξάνεται και αφορά 12 – 15 % ενηλίκων γυναικών [40]. Έως την ηλικία των 45 ετών το 5% ανδρών και γυναικών συνεχίζει να έχει ακμή [41]. Η νόσος είναι πιο συχνή στους λευκούς. Φαίνεται ότι η εμφάνιση κυστικής ακμής υπερέχει στην περιοχή της Μεσογείου από την Ισπανία έως το Ιράν [42]. Εθνικότητες με πιο σκούρο χρώμα δέρματος είναι πιο επιρρεπείς στο σχηματισμό μεταφλεγμονώδους υπερμελάγχρωσης [43].

2.4 Παθοφυσιολογία

Η παθογένεια της ακμής είναι πολυπαραγοντική. Σημείο – κλειδί είναι η γενετική [44]. Η ακμή εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τεσσάρων παραγόντων:

1. Απελευθέρωση φλεγμονωδών μεσολαβητών στο δέρμα.
2. Θυλακική κερατινοποίηση με επακόλουθη απόφραξη θύλακα
3. Αποικισμός με *Cutibacterium acne*
4. Υπερπαραγωγή σμήγματος [45].

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι φλεγμονώδεις αποκρίσεις συμβαίνουν πριν από την υπερκερατινοποίηση. Οι κυτοκίνες που παράγονται από CD4 + T κύτταρα και μακροφάγα ενεργοποιούν τοπικά ενδοθηλιακά κύτταρα για την προς τα πάνω ρύθμιση φλεγμονωδών μεσολαβητών, όπως το μόριο προσκόλλησης αγγειακών κυττάρων-1 (VCAM-1), το μόριο διακυτταρικής προσκόλλησης-1 (ICAM-1) και το ανθρώπινο αντιγόνο λευκοκυττάρων (HLA) –DR στα αγγεία γύρω από το τριχοσμηγματογόνο θύλακα [46].

Η θυλακική υπερκερατινοποίηση συνεπάγεται αυξημένο πολλαπλασιασμό κερατινοκυττάρων και μειωμένη απολέπιση, οδηγώντας σε σχηματισμό φαγεσώρων γεμάτων με σμήγμα και κερατίνη [47].

Το *C. acnes* (πρώην *P. acnes*) είναι ένας αναερόβιος οργανισμός που αναγνωρίζεται στις βλάβες της ακμής. Η παρουσία *C. acnes* προάγει τη φλεγμονή μέσω ποικίλων μηχανισμών. Το *C. acnes* διεγείρει τη φλεγμονή παράγοντας προφλεγμονώδεις μεσολαβητές που διαχέονται μέσω του τοιχώματος των θυλακίων. Μελέτες έχουν δείξει ότι το *C. acnes* ενεργοποιεί τον TLR-2 σε μονοκύτταρα και ουδετερόφιλα [48]. Η ενεργοποίηση του υποδοχέα αυτού οδηγεί στη συνέχεια στην παραγωγή πολλαπλών προφλεγμονωδών κυτοκινών, συμπεριλαμβανομένων των ιντερλευκινών 12 και 8 και του παράγοντα νέκρωσης όγκων. Η υπερευαισθησία στο *C. acnes* μπορεί επίσης να εξηγήσει γιατί ορισμένα άτομα αναπτύσσουν φλεγμονώδη ακμή ενώ άλλα όχι [49].

Το υπερπαραγωγή σμήγματος είναι ένας άλλος βασικός παράγοντας για την ανάπτυξη της κοινής ακμής. Η παραγωγή και η απέκκριση σμήγματος ρυθμίζονται από διάφορες ορμόνες και μεσολαβητές. Συγκεκριμένα, τα ανδρογόνα προάγουν την παραγωγή και απελευθέρωση σμήγματος [50]. Ο βαθμός της φαγεσωρικής ακμής στα κορίτσια της προεφηβικής ηλικίας συσχετίζεται με τα κυκλοφορούντα επίπεδα της θεικής δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEAS) [51].

Πολλοί άλλοι μεσολαβητές και υποδοχείς, συμπεριλαμβανομένης της αυξητικής ορμόνης και του IGF, καθώς και των PPARs ρυθμίζουν επίσης τον σμηγματογόνο αδένες και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ακμής [52, 53]. Επιπλέον, ο σμηγματογόνος αδένες δρα ως ένα νευροενδοκρινικό φλεγμονώδες όργανο που ενεργοποιείται μέσω CRH σε απόκριση στο στρες και τις φυσιολογικές λειτουργίες [54].

Σχετιζόμενοι παράγοντες

Στην ανάπτυξη ακμής συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες . Σε αυτούς συγκαταλέγονται ο τραυματισμός του δέρματος, διατροφικές συνήθειες, το άγχος, η αντίσταση στην ινσουλίνη και ο δείκτης μάζας σώματος.

Τραυματισμός του δέρματος : ο επαναλαμβανόμενος μηχανικός τραυματισμός του δέρματος ,που προκαλείται από το τρίψιμο της προσβεβλημένης περιοχής με σάπωνες, απορρυπαντικές, στυπτικές ή άλλες ουσίες, δύνανται να επιδεινώσουν την ακμή, μέσω πρόκλησης ρήξης των φαγεσώρων και επακόλουθη φλεγμονή των βλαβών [55].

Διατροφικές συνήθειες : ο ρόλος της διατροφής στην ανάπτυξη ακμής αποτελεί θέμα ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος [56-60]. Αρκετές μελέτες προτείνουν συσχέτιση της εμφάνισης ακμής με την αυξημένη κατανάλωση γαλακτοκομικών και δίαιτας υψηλού γλυκαιμικού δείκτη. Αυξημένα επίπεδα IGF σχετιζόμενα με κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων ή δίαιτας υψηλού γλυκαιμικού δείκτη, καθώς και τα φυσικά ορμονικά χαρακτηριστικά του γάλακτος ή άλλα βιοενεργά μόρια, έχει υποθεθεί ότι διαδραματίζουν

κάποιο ρόλο [61-64]. Παρόλο που αποτελεί κοινή υπόθεση ότι η κατανάλωση σοκολάτας αυξάνει τη βαρύτητα της ακμής, δεν έχει αποδειχθεί τέτοιου είδους συσχέτιση [59]. Δεδομένα ευεργετικής επίδρασης διαιτητικών παραγόντων όπως ο ψευδάργυρος, τα ωμέγα – 3 λιπαρά οξέα, τα αντιοξειδωτικά, η βιταμίνη Α και οι φυτικές ίνες, στην ακμή είναι περιορισμένα [65]. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες ώστε να διευκρινιστεί ο ρόλος αυτών των συμπληρωμάτων στην ακμή.

Άγχος (stress): η ψυχολογική πίεση συχνά προτείνεται ως παράγοντας που πιθανώς επιδεινώνει την ακμή [66,67]. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της αυξημένης βαρύτητας ακμής [68].

Αντίσταση στην ινσουλίνη :η αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να διεγείρει την αύξηση της παραγωγής ανδρογόνων και συσχετίζεται με αυξημένα επίπεδα IGF-1 στον ορό, ένα εύρημα που συνδέεται με αυξημένη παραγωγή σμήγματος [69].

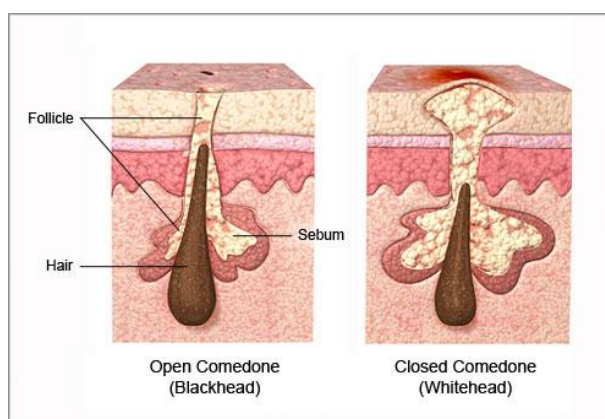
Δείκτης μάζας σώματος : μελέτες που εξετάζουν τη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με την ακμή, έχουν εξάγει ποικίλα αποτελέσματα, δημιουργώντας αβεβαιότητα ως προς την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ αυτών των καταστάσεων [70-73].

2.5 Κλινική εικόνα

Η τυπική κατανομή της κοινής ακμής αφορά περιοχές του σώματος με ορμονοεξαρτώμενους σμηγματογόνους αδένες. Σε αυτές περιλαμβάνονται το πρόσωπο και το ανώτερο τμήμα του θώρακα και των βραχιόνων. Τα είδη των βλαβών που εμφανίζονται είναι τα εξής:

1. Κλειστοί φαγέσωρες – μη φλεγμονώδεις, < 5 mm σε διάμετρο, λείες, θολωτές βλατίδες, είτε στο χρώμα του δέρματος, είτε λευκωπές.

Εικόνα 2: Ανοιχτοί και κλειστοί φαγέσωρες



Πηγή: MedicalRF.com,
<https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/acne/ss/slideshow-acne-dictionary>.

2. Ανοιχτοί φαγέσωρες– μη φλεγμονώδεις, < 5 mm σε διάμετρο, βλατίδες με κεντρικό, διατεταμένο στόμιο, εμπεριέχον κερατωτικό υλικό.

Εικόνα 3: Ανοιχτοί φαγέσωρες



Πηγή: Interactive Medical Media LLC,
<https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/acne/ss/slideshow-acne-dictionary>.

3. Βλατίδες και φλύκταινες – φλεγμονώδεις, σχετικά επιφανειακές βλατίδες και φλύκταινες, τυπικά < 5 mm σε διάμετρο.

Εικόνα 4: Βλατίδες



Πηγή: <http://www.dermweb.com/acneiformdisorders/mildpapularacnepage.htm>

Εικόνα 5: Φλύκταινες



Πηγή: Interactive Medical Media LLC,
<https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/acne/ss/slideshow-acne-dictionary>.

4. Οζίδια και κύστεις – φλεγμονώδεις, συχνά ευαίσθητες βλάβες.

Εικόνα 6: Οζίδια



Πηγή: Dr. P. Marazzi / Photo Researchers, Inc.

<https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/acne/ss/slideshow-acne-dictionary>.

Εικόνα 7: Κύστεις



Πηγή: Dr. P. Marazzi / Photo Researchers, Inc.

<https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/acne/ss/slideshow-acne-dictionary>.

Η έκταση και βαρύτητα της ακμής ποικίλλει και μπορεί να κυμαίνεται από περιοδική εμφάνιση ολίγων, μικρών φαγεσώρων έως τη χρόνια, υποτροπιάζουσα παρουσία φλεγμινουσών κύστεων. Οι νεαροί έφηβοι συχνά εμφανίζουν αρχικώς φαγεσωρική ακμή ,που αφορά στο μέτωπο, τη ρίνα και τον πώγωνα. Καθώς η ακμή εξελίσσεται, σχηματίζονται φλεγμονώδεις βλάβες. Οι ενήλικες γυναίκες δύνανται να εμφανίσουν δερματικές βλάβες στο

κατώτερο μέρος του προσώπου και στον τράχηλο και συσχετίζεται με προεμμηνορυσιακή έξαρση της νόσου. Αυτή η έξαρση φαίνεται να είναι συχνότερη σε γυναίκες άνω των 33 ετών παρά σε ηλικίες 20 με 30 ετών [74].

Η αποδρομή των βλαβών της ακμής δύναται να προκαλέσει παροδική ή μόνιμη αλλαγή του χρώματος του δέρματος. Η μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική για τους ασθενείς. Επίσης, η αλλεπάλληλη ρήξη και επανεπιθηλιοποίηση των κυστών οδηγεί στο σχηματισμό συριγγίων που επενδύονται με επιθήλιο, τα οποία συχνά συνοδεύονται από δύσμορφες ουλές.

2.6 Ταξινόμηση της βαρύτητας της ακμής

Αν και είναι εύκολο να τεθεί η διάγνωση της ακμής, η πολυμορφική φύση της δεν επιτρέπει μια απλή ταξινόμηση της βαρύτητάς της. Επειδή οι βλάβες της ακμής μπορεί να ποικίλουν σε αριθμό κατά τη διάρκεια της φυσικής πορείας της έχουν αναπτυχθεί διάφορες ταξινομήσεις, που βασίζονται στην κλινική εξέταση και την φωτογραφική τεκμηρίωσή της. Πιθανά, ο πρώτος άνθρωπος που χρησιμοποίησε ένα σύστημα καταγραφής των βλαβών της ακμής ήταν η Carmen Thomas το 1930 [75]. Το 1956, οι Pillsbury, Shelley και Kligman δημοσίευσαν το παλαιότερο γνωστό σύστημα βαθμολόγησης [76].

Το 1997, οι Doshi, Zaheer και Stiller επινόησαν ένα γενικό σύστημα ταξινόμησης ακμής (GAGS). Αυτό το σύστημα διαιρεί το πρόσωπο, στήθος και ράχη σε έξι περιοχές (το μέτωπο, κάθε παρειά, τη ρίνα, τον πώγωνα, το στήθος και τη ράχη) και αποδίδει ένα συντελεστή σε κάθε περιοχή με βάση το μέγεθος [77].

Το 2008, οι Hayashi et al. Χρησιμοποίησαν τη φωτογράφιση και την καταμέτρηση βλαβών για την ταξινόμηση της ακμής σε τέσσερις ομάδες (ήπια, μέτρια, σοβαρή, πολύ σοβαρή) [78].

Μια άλλη ταξινόμηση είναι αυτή του Leeds που αναθεωρήθηκε το 2003 από τον Cunliffe [79], σύμφωνα με την οποία η ακμή χωρίζεται σε τέσσερα στάδια:

στάδιο I: κλειστοί και ανοικτοί φαγέσωρες και μόνο λίγες βλατίδες (<10 σε αριθμό) – ήπια

στάδιο II: 10 – 40 βλατίδες και φλύκταινες - μέτρια

στάδιο III: 40 – 100 βλατίδες και φλύκταινες, > 40 φαγέσωρες και παρουσία οζιδίων - σοβαρή

στάδιο IV: κύστεις, οζίδια, βλατιδοφλύκταινες, κλειστοί και ανοικτοί φαγέσωρες, ουλές – πολύ σοβαρή.

Η αξιολόγηση της βαρύτητας της ακμής συνεχίζει να είναι μια πρόκληση για τους δερματολόγους. Κανένα σύστημα ταξινόμησης δεν έχει γίνει παγκοσμίως αποδεκτό [80]. Ένα ιδανικό σύστημα θα πρέπει:

1. να είναι ακριβές και αναπαραγωγίμο
2. να δίνει τη δυνατότητα τεκμηρίωσης για μελλοντική επαλήθευση
3. να είναι απλό για χρήση στην καθημέρα πράξη
4. να μην είναι χρονοβόρο
5. να είναι φθινό
6. να αντανακλά υποκειμενικά κριτήρια, π.χ, ψυχολογικούς παράγοντες.

2.7 Διάγνωση

Η διάγνωση της ακμής βασίζεται στην κλινική εξέταση. Δεν υπάρχουν εργαστηριακές εξετάσεις που να επιβεβαιώνουν τη διάγνωσή της. Η ανάγκη για εργαστηριακό ή απεικονιστικό έλεγχο περιορίζεται στους ασθενείς στους οποίους υπάρχει η υπόνοια υπερανδρογονισμού ή άλλων ειδικών καταστάσεων που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Γενικά, δεν είναι αναγκαία η βιοψία δέρματος.

Η λήψη ιστορικού είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για την αξιολόγηση της νόσου. Το ιστορικό είναι ιδιαίτερα βοηθητικό στην αναγνώριση ασθενών στους οποίους η ακμή έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από την έκθεση σε κάποιο παράγοντα π.χ. λήψη κάποιου φαρμάκου, ή μπορεί να σχετίζεται με άλλες καταστάσεις π.χ. υπερανδρογονισμό, σύνδρομο SAPHO (synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, osteitis). Επίσης, οι πληροφορίες που παρέχουν οι ασθενείς αξιοποιούνται και κατά την λήψη θεραπευτικής απόφασης.

Χρήσιμες πληροφορίες αποτελούν:

- διάρκεια ακμής
- λήψη φαρμάκων
- ιστορικό εμμηνου ρύσεως
- ιατρικό ιστορικό
- οικογενειακό ιστορικό ακμής
- σημεία υπερανδρογονισμού
- συστηματικά συμπτώματα σε ασθενείς με σοβαρή ακμή
- χρήση προϊόντων δερματικής φροντίδας (π.χ. χρήση φαγεσωρογόνων καλλυντικών)
- προηγούμενες θεραπείες και κλινική ανταπόκριση
- ψυχολογική επίπτωση

Κατά την κλινική εξέταση αναγνωρίζονται οι τυπικές βλάβες της ακμής (ανοιχτοί και κλειστοί φαγέσωρες, φλεγμαίνουσες βλατίδες και φλυκταινίδια, κύστεις), με χαρακτηριστική κατανομή (πρόσωπο, στέρνο, ώμοι, ράχοι, βραχίονες).

2.8 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση ακμοειδών εξανθημάτων περιλαμβάνει [81] :

- i. Πρωτοπαθείς δερματοπάθειες
 - A. Κοινή ακμή
 - B. Ροδόχρους νόσος
 - Γ. Θυλακίτιδα
 - Δ. Θυλακική υπερκεράτωση
 - E. Περιστοματική δερματίτιδα
- ii. Φάρμακα (αναβολικά στεροειδή, γλυκοκορτικοειδή, λίθιο, ιωδιούχα)
- iii. Συστηματικές νόσοι
 - A. Αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων
 1. Επινεφριδιακής αιτιολογίας (νόσος Cushing, ανεπάρκεια 21-υδροξυλάσης)
 2. Ωοθηκικής αιτιολογίας (νόσος πολυκυστικών ωοθηκών)
 - B. Κρυπτοκόκκωση, διάσπαρτη
 - Γ. Δίμορφοι μύκητες
 - Δ. Νόσος Behçet

2.9 Αντιμετώπιση

Οι θεραπευτικές επιλογές εξαρτώνται από το είδος και τη βαρύτητα της ακμής, από την ηλικία του ασθενούς και την εποχή του έτους. Η αγωγή που θα εφαρμοστεί μπορεί να είναι είτε τοπική, είτε συστηματική, είτε ακόμη και συνδυασμός των δύο. Η σωματική και η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να συνυπολογίζονται για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Οι θεραπείες πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλοποιημένες, χρησιμοποιώντας τα λιγότερα δυνατά φαρμακευτικά σκευάσματα. Ο ασθενής οφείλει να δείξει επιμονή και υπομονή, καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων απαιτούνται τουλάχιστον δύο μήνες για να φανούν τα αποτελέσματα της τοπικής αγωγής. Συνηθέστερα οι θεραπείες είναι συνεχείς και μακροχρόνιες, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις επιτυγχάνεται έλεγχος των εκδηλώσεων και όχι ίαση του νοσήματος. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η προδιάθεση του ασθενούς για σχηματισμό ουλών. Οι ασθενείς με ενδείξεις ουλοποίησης πρέπει να υπόκεινται σε συστηματική θεραπεία και στενή παρακολούθηση. Κατά τη θεραπεία της ακμής, πρέπει να συνυπολογίζεται η ευαισθησία του δέρματος και η παρουσία μη φλεγμονωδών και φλεγμονωδών βλαβών.

2.10 Θεραπεία

Η τοπική αγωγή αφορά στη χρήση ήπιων καθαριστικών, και σκευασμάτων με αντιμικροβιακά, ισοτρετινοΐνη, τρετινοΐνη, ανταπαλένη, υπεροξείδιο του βενζολίου, αζελαϊκό οξύ και αντισηπτικά. Επίσης, συνδυασμός θείου, ρεσορκινόλης και σαλικυλικού οξέος.

Συστηματική θεραπεία με αντιβιοτικά ή ισοτρετινοΐνη. Σε γυναίκες με υπερανδρογονισμό και βαριάς μορφής ακμή, χορηγούνται αντιανδρογόνα σε συνδυασμό με οιστρογόνα.

Συμπληρωματική θεραπεία γίνεται με χημικά peelings, fractional laser CO₂ και δερμοαπόξεση για τη βελτίωση των ουλών, κορτικοστεροειδή για την αντιμετώπιση των χηλοειδών και φωτοθεραπεία [82,83].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

3.1 Σκοπός

Η παρούσα έρευνα έχει στόχο τη μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με ακμή, στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία το ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) και Cardiff Acne Disability Index (CADI), για την αποτίμηση της επίπτωσης της νόσου, τη συσχέτιση του βαθμού αναπηρίας με τη σοβαρότητα της νόσου, καθώς και τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

3.2 Σχεδιασμός Μελέτης

Είδος μελέτης: Πρόκειται για περιγραφική συγχρονική μελέτη.

Δείγμα: 150 ασθενείς, ανεξαρτήτως φύλου, με ακμή οποιουδήποτε σταδίου, ηλικίας 16 – 30 ετών, που απευθύνονται στα εξωτερικά ιατρεία της Δερματολογικής Κλινικής του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Κριτήρια αποκλεισμού: συνοδές ψυχιατρικές νόσοι, ενδοκρινικά νοσήματα, λήψη φαρμάκων που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη ακμοειδών εξανθημάτων, ασθενείς έξω από το προκαθορισμένο ηλικιακό εύρος και ασθενείς που δεν έχουν συμπληρώσει την φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα

Χρονική διάρκεια: η προβλεπόμενη διάρκεια της μελέτης ήταν έξι μήνες.

3.3 Μεθοδολογία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων.

Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια Dermatology Life Quality Index (DLQI) και Cardiff Acne Disability Index (CADI) (παράρτημα) για τα οποία έχει ληφθεί άδεια χρήσης στην ελληνική γλώσσα (License ID CUQoL2172, ανανέωση άδειας License ID CUQoL2520) και (License ID CUQoL2198, ανανέωση άδειας License ID CUQoL2521) αντίστοιχα από το Πανεπιστήμιο του Cardiff.

Η ταξινόμηση της βαρύτητας της ακμής θα γίνει από την κύρια ερευνήτρια με τη χρήση της κλίμακας του Leeds που αναθεωρήθηκε το 2003 από τον Cunliffe σε ήπια, μέτρια, σοβαρή και πολύ σοβαρή μορφή.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν στις αίθουσες αναμονής των εξωτερικών ιατρείων της Δερματολογικής Κλινικής του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», αφού προηγουμένως οι ασθενείς συμπλήρωσαν τη φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Το πρωτόκολλο της εργασίας κατατέθηκε και εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (31/07/2019, ΑΡ ΠΡΩΤ. 419).

3.4 Ζητήματα Ασφαλείας

Αυτή η μελέτη δεν ενδέχεται να περιλαμβάνει κινδύνους και ενοχλήσεις για τους συμμετέχοντες. Αυτή η έρευνα γίνεται για ερευνητικούς σκοπούς μόνο και δεν αποτελεί μέρος θεραπείας. Οποιοσδήποτε συμμετέχων μπορεί να αποσυρθεί από το πρόγραμμα όποτε εκείνος το επιθυμεί. Η απόσυρση δεν επηρεάζει τη δυνατότητά του να λαμβάνει θεραπεία από τη Δερματολογική Κλινική του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ή άλλα προνόμια τα οποία έχει, ούτε η άρνησή του να συμμετάσχει στο πρόγραμμα επηρεάζει τη δυνατότητά του να λαμβάνει θεραπεία από τη Δερματολογική Κλινική του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ή την απολαβή άλλων προνομίων που έχει.

3.5 Επεξεργασία Δεδομένων

Στο DLQI, κάθε απάντηση κλειστού τύπου βαθμολογείται από 0-3 ως εξής: 0 για κάθε δοθείσα απάντηση «καθόλου» ή «άσχετο», 1 για την απάντηση «λίγο», 2 για τη απάντηση «πολύ» και 3 για κάθε απάντηση «πάρα πολύ» καθώς και στην ερώτηση νούμερο 7. Το DLQI υπολογίζεται με το άθροισμα της βαθμολογίας κάθε ερωτήματος με αποτέλεσμα το μέγιστο των 30 και το ελάχιστο του 0. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο περισσότερο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής ως εξής:

0 - 1 καθόλου επίδραση στη ζωή του ασθενούς

2 - 5 μικρή επίδραση στη ζωή του ασθενούς

6 - 10 μέτρια επίδραση στη ζωή του ασθενούς

11 - 20 πολύ μεγάλη επίδραση στη ζωή του ασθενούς

21 - 30 εξαιρετικά μεγάλη επίδραση στη ζωή του ασθενούς

Οι ερωτήσεις 1 και 2 αφορούν στα συμπτώματα και συναισθήματα, οι 3 και 4 στις καθημερινές δραστηριότητες, οι 5 και 6 στον ελεύθερο χρόνο, η 7 σε εργασία και σχολείο, οι 8 και 9 στις προσωπικές σχέσεις και η 10 στη θεραπεία.

Στο CADΙ επίσης κάθε απάντηση κλειστού τύπου βαθμολογείται από 0-3 με τη συνολική βαθμολογία να κυμαίνεται από 0-15 ως εξής:

0 καθόλου επίδραση στη ζωή του ασθενούς

1 - 5 μικρή επίδραση στη ζωή του ασθενούς

6 - 10 μέτρια επίδραση στη ζωή του ασθενούς

11 - 15 σοβαρή επίδραση στη ζωή του ασθενούς

3.6 Διασφάλιση Ποιότητας

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν έπειτα από άδεια από το Πανεπιστήμιο του Cardiff, είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα για χρήση στην ελληνική γλώσσα.

Η ταξινόμηση της βαρύτητας της ακμής θα γίνει από την κύρια ερευνήτρια με τη χρήση της κλίμακας του Leeds.

Η έρευνα θα διεξαχθεί στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της Ελλάδας, με στόχο την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

3.7 Χρηματοδότηση

Η παρούσα μελέτη δεν χρηματοδοτείται. Τα έξοδά της (εκτύπωση ερωτηματολογίων, γραφική ύλη), καλύπτονται εξ ολοκλήρου από την κύρια ερευνήτρια.

3.8 Ηθική και Δεοντολογία

Η συμμετοχή στη έρευνα είναι ανώνυμη και εφόσον έχει συμπληρωθεί η φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης.

Η φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης επισυνάπτεται προς έγκριση από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Η χρήση των ερωτηματολογίων γίνεται έπειτα από άδεια από το Πανεπιστήμιο του Cardiff και σύμφωνα με τους κανόνες που ορίζονται περί πνευματικής ιδιοκτησίας.

3.9 Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Η συχνότητα επίσκεψης στον δερματολόγο εξαιτίας του μεγάλου ποσοστού απουσιών τιμών (62%) δεν μπορούσε να συμπεριληφθεί στις συσχετίσεις που διερευνήθηκαν. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια DLQI και CADI.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες ικανοποίησης. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p. Επειδή οι βαθμολογίες στα

ερωτηματολόγια δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν οι λογάριθμοί τους για να πραγματοποιηθούν οι γραμμικές παλινδρομήσεις. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται απολογαριθμισμένα, έτσι ώστε να είναι απλούστερα κατανοητά.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Κεφάλαιο 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 150 ασθενείς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1 και στο γράφημα 1. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 23,1 έτη, ενώ οι περισσότεροι ήταν γυναίκες (77,3%), ελληνικής καταγωγής (95,3%), άγαμοι/διαζευγμένοι (90,7%), απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ (59,3%) και εργαζόμενοι (48%).

Πίνακας 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

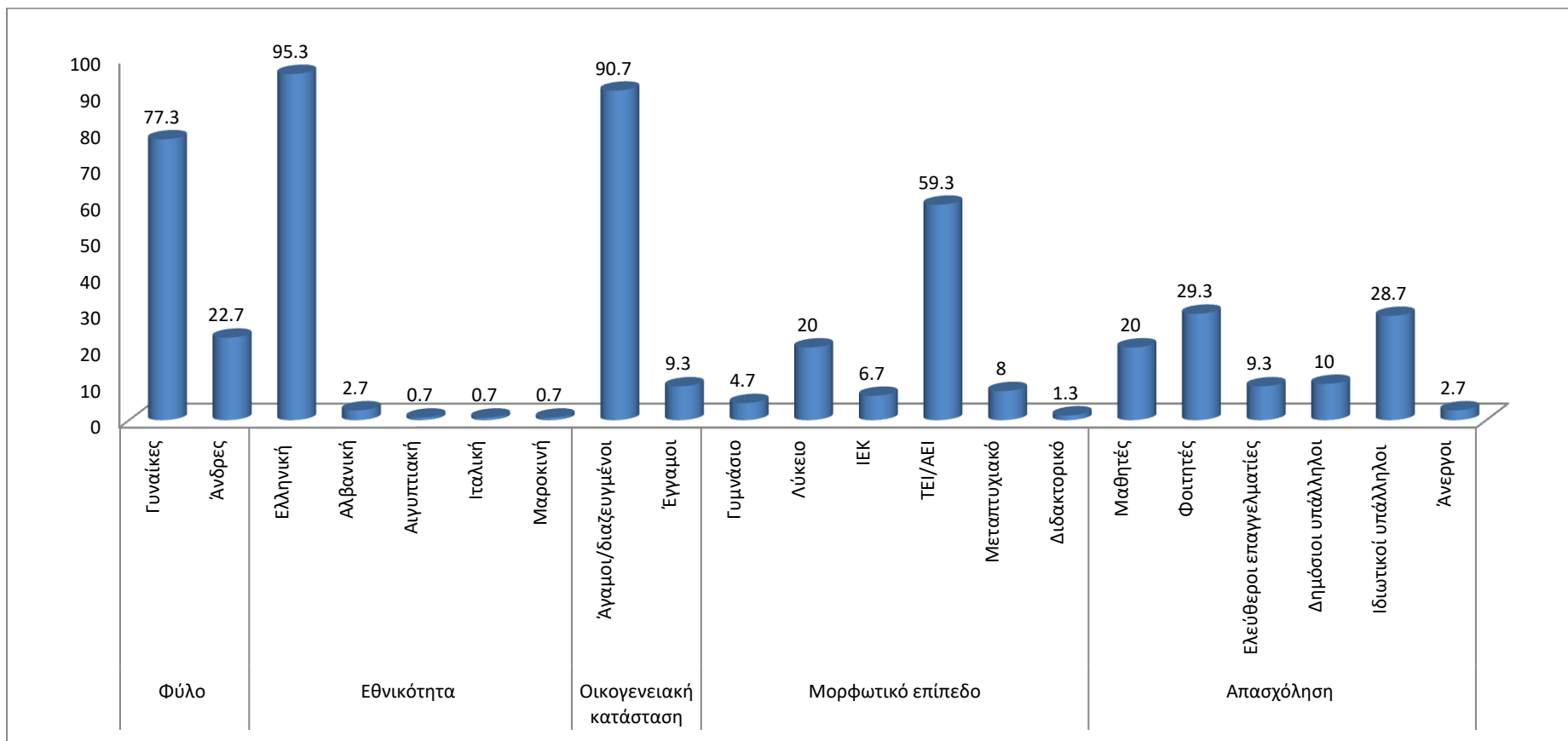
Χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	116	77,3
Άνδρες	34	22,7
Ηλικία	23,1 ^α	5 ^β
Εθνικότητα		
Ελληνική	143	95,3
Αλβανική	4	2,7
Αιγυπτιακή	1	0,7
Ιταλική	1	0,7
Μαροκινή	1	0,7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι/διαζευγμένοι	136	90,7
Έγγαμοι	14	9,3
Μορφωτικό επίπεδο		
Γυμνάσιο	7	4,7
Λύκειο	30	20
ΙΕΚ	10	6,7
ΤΕΙ/ΑΕΙ	89	59,3
Μεταπτυχιακό	12	8

Διδακτορικό	2	1,3
Απασχόληση		
Μαθητές	30	20
Φοιτητές	44	29,3
Ελεύθεροι επαγγελματίες	14	9,3
Δημόσιοι υπάλληλοι	15	10
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	43	28,7
Άνεργοι	4	2,7

^a μέση τιμή

^b τυπική απόκλιση

Γράφημα 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.



Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και στο γράφημα 2. Η μέση διάρκεια της ακμής ήταν 5 έτη, ενώ το 62% των ασθενών επισκέπτονται δερματολόγο όταν έχουν πρόβλημα. Το 38% των ασθενών έχουν μέτρια ακμή, το 26% έχουν σοβαρή, το 20,7% έχουν ήπια και το 15,3% έχουν πολύ σοβαρή.

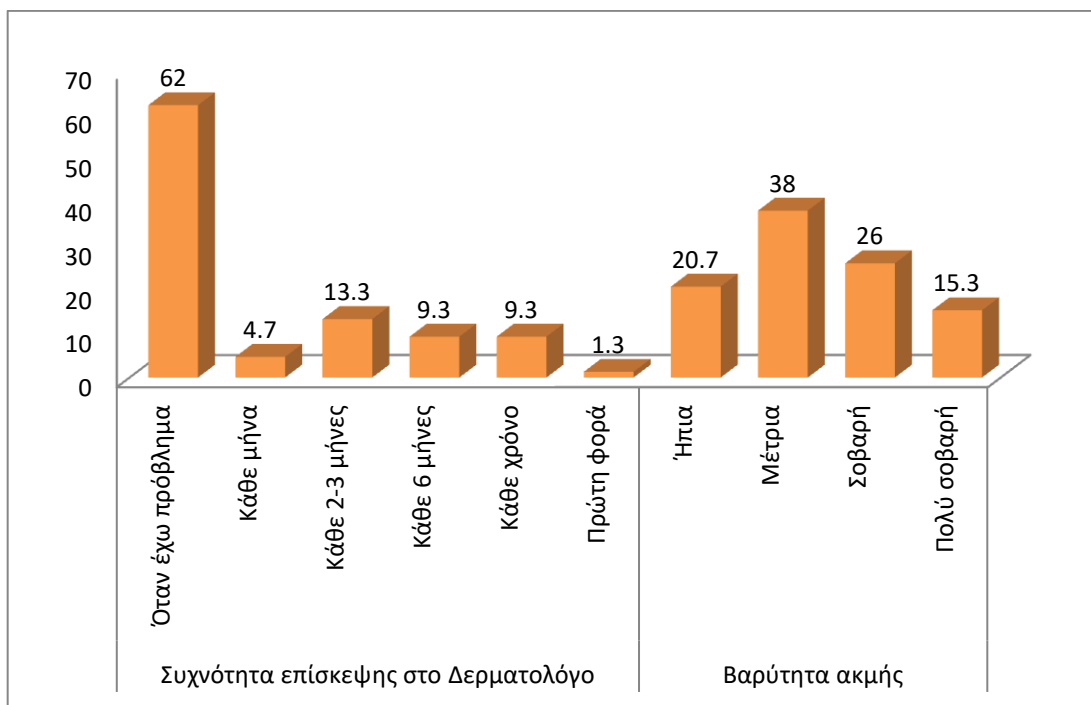
Πίνακας 2. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικά	N	%
Συχνότητα επίσκεψης στον δερματολόγο		
Όταν έχω πρόβλημα	93	62
Κάθε μήνα	7	4,7
Κάθε 2-3 μήνες	20	13,3
Κάθε 6 μήνες	14	9,3
Κάθε χρόνο	14	9,3
Πρώτη φορά	2	1,3
Διάρκεια ακμής	5 ^α	3,5 ^β
Βαρύτητα ακμής		
Ήπια	31	20,7
Μέτρια	57	38
Σοβαρή	39	26
Πολύ σοβαρή	23	15,3

^α μέση τιμή

^β τυπική απόκλιση

Γράφημα 2. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.



Ερωτηματολόγιο DLQI

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο DLQI ήταν 0,80 γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

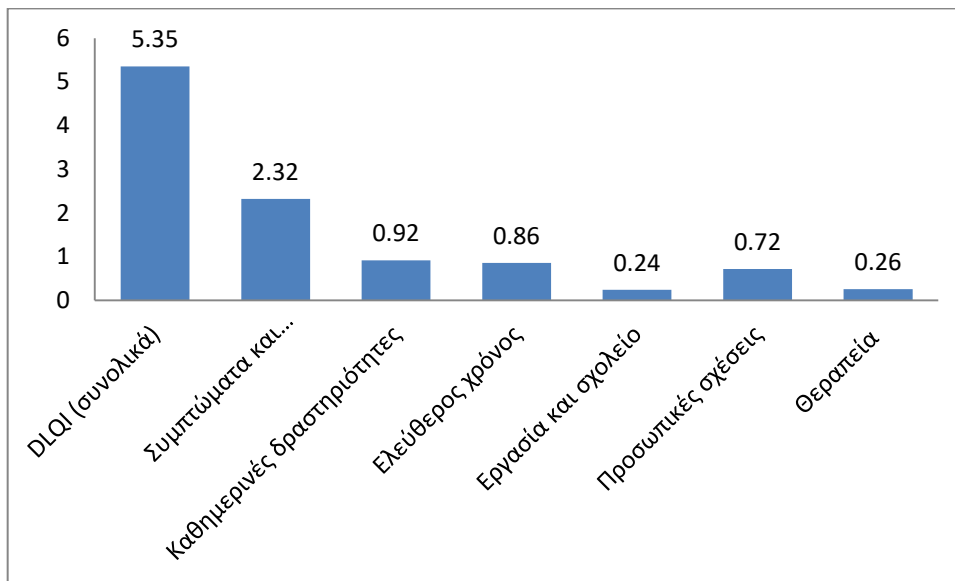
Τα περιγραφικά αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο DLQI και τις επιμέρους κλίμακες του παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και στο γράφημα 3.

Πίνακας 3. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για το ερωτηματολόγιο DLQI και τις επιμέρους κλίμακες του.

Κλίμακα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
DLQI (συνολικά)	5,35	4,74	4	0	20

Συμπτώματα και συναισθήματα	2,32	1,42	2	0	6
Καθημερινές δραστηριότητες	0,92	1,24	0	0	6
Ελεύθερος χρόνος	0,86	1,24	0	0	6
Εργασία και σχολείο	0,24	0,59	0	0	3
Προσωπικές σχέσεις	0,72	1,26	0	0	6
Θεραπεία	0,26	0,52	0	0	2

Γράφημα 3. Οι μέσες τιμές για το ερωτηματολόγιο DLQI και τις επιμέρους κλίμακες του.



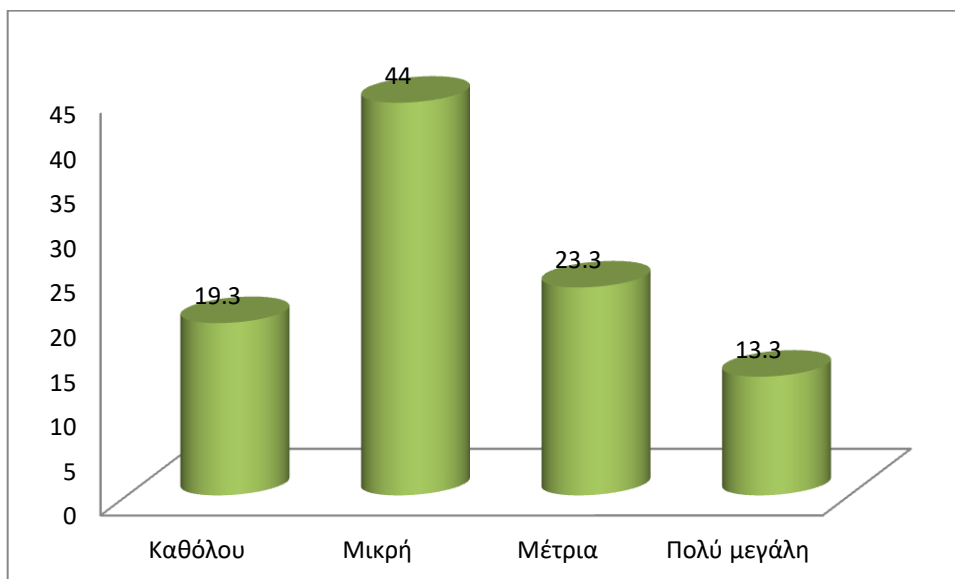
Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DLQI παρουσιάζεται στον πίνακα 4 και στο γράφημα 4. Στο 44% των ασθενών, η επίδραση της ακμής στην

ποιότητα ζωής ήταν μικρή, στο 23,3% ήταν μέτρια, στο 19,3% δεν υπήρχε καμία επίδραση και στο 13,3% ήταν πολύ μεγάλη.

Πίνακας 4. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DLQI.

Επίδραση	N	%
Καθόλου	29	19,3
Μικρή	66	44
Μέτρια	35	23,3
Πολύ μεγάλη	20	13,3

Γράφημα 4. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DLQI.



Ερωτηματολόγιο CADI

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο CADI ήταν 0,86 γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

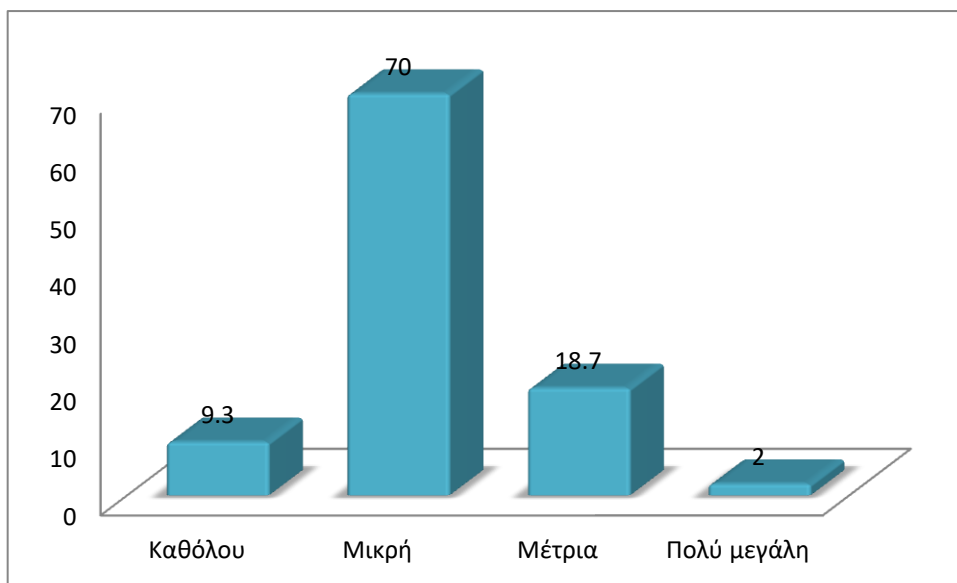
Η μέση τιμή των ασθενών στο ερωτηματολόγιο CADI ήταν 3,59, η τυπική απόκλιση ήταν 2,55, η διάμεσος ήταν 3, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 12.

Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο CADI παρουσιάζεται στον πίνακα 5 και στο γράφημα 5. Στο 70% των ασθενών, η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής ήταν μικρή, στο 18,7% ήταν μέτρια, στο 9,3% δεν υπήρχε καμία επίδραση και στο 2% ήταν πολύ μεγάλη.

Πίνακας 5. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο CADI.

Επίδραση	N	%
Καθόλου	14	9,3
Μικρή	105	70
Μέτρια	28	18,7
Πολύ μεγάλη	3	2

Γράφημα 5. Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής των ασθενών σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο CADL.



Συσχετίσεις

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια DLQI και CADI παρουσιάζονται στον πίνακα 6. Σε όλες τις περιπτώσεις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια DLQI και CADI, καθώς η βελτίωση της ποιότητας ζωής στο ένα ερωτηματολόγιο δηλώνει και αντίστοιχη βελτίωση και στο άλλο.

Πίνακας 6. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια DLQI και CADI.

Κλίμακα	CADI	
	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	Τιμή p
DLQI (συνολικά)	0,70	<0,001
Συμπτώματα και συναισθήματα	0,54	<0,001
Καθημερινές δραστηριότητες	0,57	<0,001
Ελεύθερος χρόνος	0,56	<0,001
Εργασία και σχολείο	0,24	0,003
Προσωπικές σχέσεις	0,54	<0,001
Θεραπεία	0,35	<0,001

Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολική βαθμολογία στο DLQI

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία στο DLQI.

Πίνακας 7. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση συνολική βαθμολογία στο DLQI	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,01 ^a
Γυναίκες	4,5	20	

Άνδρες	3	16	
Ηλικία		0,2 ^β	0,1^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,1^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι	4	20	
Έγγαμοι	6,5	15	
Εθνικότητα			0,03^α
Μη Ελληνική	1	6	
Ελληνική	4	20	
Μορφωτικό επίπεδο		0,14 ^β	0,1^β
Απασχόληση			0,1^α
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	4	20	
Εργαζόμενοι	4,5	20	
Διάρκεια ακμής		0,1 ^β	0,2^β
Βαρύτητα ακμής		0,4 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 8 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία στο DLQI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	2,2	0,3 έως 3,9	0,022

Μορφωτικό επίπεδο	0,9	0,2 έως 1,7	0,011
Βαρύτητα ακμής	1,9	1,1 έως 2,7	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άνδρες.
- Η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23% της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας στο DLQI.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI.

Πίνακας 9. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,21 ^α
Γυναίκες	2	6	
Άνδρες	2	5	
Ηλικία		0 ^β	0,9 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,4 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι	2	5	
Έγγαμοι	2,5	6	
Εθνικότητα			0,1 ^α
Μη Ελληνική	1	4	
Ελληνική	2	6	

Μορφωτικό επίπεδο		0 ^β	0,9 ^β
Απασχόληση			0,9 ^α
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	2	5	
Εργαζόμενοι	2	6	
Διάρκεια ακμής		0,1 ^β	0,2^β
Βαρύτητα ακμής		0,4 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 2 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Διάρκεια ακμής	0,07	0,004 έως 0,13	0,038
Βαρύτητα ακμής	0,6	0,3 έως 0,8	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της διάρκειας της ακμής σχετίζονταν με χειρότερα συμπτώματα και συναισθήματα.
- Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετίζονταν με χειρότερα συμπτώματα και συναισθήματα.

- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 16% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συμπτωμάτων και συναισθημάτων στο DLQI.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI.

Πίνακας 11. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,001^a
Γυναίκες	1	6	
Άνδρες	0	3	
Ηλικία		0,1 ^β	0,2^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,01^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι	0	6	
Έγγαμοι	2	4	
Εθνικότητα			0,4 ^a
Μη Ελληνική	0	3	
Ελληνική	0	6	
Μορφωτικό επίπεδο		0,1 ^β	0,3 ^β
Απασχόληση			0,3 ^a
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	0	5	
Εργαζόμενοι	0,5	6	
Διάρκεια ακμής		0,1 ^β	0,2^β
Βαρύτητα ακμής		0,3 ^β	<0,001^β

^a έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 5 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	0,9	0,4 έως 1,3	0,001
Βαρύτητα ακμής	0,4	0,2 έως 0,6	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν χειρότερη επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με τους άνδρες.
- Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετίζονταν με χειρότερη επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 15% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας καθημερινών δραστηριοτήτων στο DLQI.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI.

Πίνακας 13. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,3 ^α
Γυναίκες	0	6	
Άνδρες	0	5	
Ηλικία		0,2 ^β	0,01^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,1^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι	0	6	
Έγγαμοι	1	3	
Εθνικότητα			0,1^α
Μη Ελληνική	0	1	
Ελληνική	0	6	
Μορφωτικό επίπεδο		0,2 ^β	0,01^β
Απασχόληση			0,03^α
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	0	4	
Εργαζόμενοι	1	6	
Διάρκεια ακμής		0,1 ^β	0,7 ^β
Βαρύτητα ακμής		0,2 ^β	0,01^β

^α έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 6 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μορφωτικό επίπεδο	0,3	0,1 έως 0,5	0,002
Βαρύτητα ακμής	0,3	0,1 έως 0,5	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου σχετίζονταν με χειρότερη επίδραση στον ελεύθερο χρόνο.
- Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετίζονταν με χειρότερη επίδραση στον ελεύθερο χρόνο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ελεύθερου χρόνου στο DLQI.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI.

Πίνακας 15. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,3 ^α
Γυναίκες	0	3	
Άνδρες	0	1	
Ηλικία		0,2 ^β	0,05^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι	0	3	
Έγγαμοι	0	1	
Εθνικότητα			0,21 ^α
Μη Ελληνική	0	3	
Ελληνική	0	3	
Μορφωτικό επίπεδο		0,1 ^β	0,4 ^β
Απασχόληση			0,04^α
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	0	3	
Εργαζόμενοι	0	3	
Διάρκεια ακμής		0,2 ^β	0,1^β
Βαρύτητα ακμής		0,1 ^β	0,2^β

^α έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 4 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ελεύθερου χρόνου στο DLQI στην οποία δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία διαπροσωπικών σχέσεων στο DLQI

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία διαπροσωπικών σχέσεων στο DLQI.

Πίνακας 16. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία διαπροσωπικών σχέσεων στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,1^α
Γυναίκες	0	6	
Άνδρες	0	4	
Ηλικία		0,3 ^β	0,001^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,4 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι	0	6	
Έγγαμοι	0	4	
Εθνικότητα			0,1^α
Μη Ελληνική	0	6	
Ελληνική	0	6	
Μορφωτικό επίπεδο		0,3 ^β	0,001^β
Απασχόληση			0,01^α
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	0	6	
Εργαζόμενοι	0	5	
Διάρκεια ακμής		0,1 ^β	0,22 ^β
Βαρύτητα ακμής		0,2 ^β	0,04^β

^α έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 6 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία διαπροσωπικών σχέσεων στο DLQI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 17.

Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία διαπροσωπικών σχέσεων στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μορφωτικό επίπεδο	0,3	0,1 έως 0,5	0,002
Βαρύτητα ακμής	0,3	0,1 έως 0,5	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου σχετίζονταν με χειρότερη επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετίζονταν με χειρότερη επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 12% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας διαπροσωπικών σχέσεων στο DLQI.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία θεραπείας στο DLQI

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία θεραπείας στο DLQI.

Πίνακας 18. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία θεραπείας στο DLQI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,01^a
Γυναίκες	0	2	
Άνδρες	0	1	
Ηλικία		0,1 ^β	0,5 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,5 ^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι	0	2	
Έγγαμοι	0	2	
Εθνικότητα			0,2^a
Μη Ελληνική	0	2	
Ελληνική	0	2	
Μορφωτικό επίπεδο		0,1 ^β	0,3 ^β
Απασχόληση			0,8 ^a
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	0	2	
Εργαζόμενοι	0	2	
Διάρκεια ακμής		0 ^β	0,9 ^β
Βαρύτητα ακμής		0,1 ^β	0,1^β

^a έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 3 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία θεραπείας στο DLQI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση.

Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία στο CADI

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στο CADI.

Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στο CADI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Διάμεση βαθμολογία	Εύρος	Τιμή p
Φύλο			0,01^a
Γυναίκες	4	12	
Άνδρες	2,5	8	
Ηλικία		0,1 ^β	0,3 ^β
Οικογενειακή κατάσταση			0,1^a
Άγαμοι/διαζευγμένοι	3	12	
Έγγαμοι	4	9	
Εθνικότητα			0,01^a
Μη Ελληνική	1	3	
Ελληνική	3	12	
Μορφωτικό επίπεδο		0,1 ^β	0,1^β
Απασχόληση			0,3 ^a
Άνεργοι/μαθητές/φοιτητές	3	12	
Εργαζόμενοι	3	11	
Διάρκεια ακμής		0,1 ^β	0,1^β
Βαρύτητα ακμής		0,5 ^β	<0,001^β

^a έλεγχος Mann-Whitney

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) ανάμεσα σε 6 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στο CADI. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 20.

Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στο CADI.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Γυναίκες σε σχέση με άνδρες	1,6	0,6 έως 2,5	0,002
Βαρύτητα ακμής	1,2	0,8 έως 1,6	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι γυναίκες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άνδρες.
- Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 26% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στο CADI.

Κεφάλαιο 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε προκύπτει ότι η παρούσα εργασία είναι η πρώτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, αναφορικά με τη μελέτη της ποιότητας ζωής πασχόντων από ακμή, τόσο εφήβων όσο και ενηλίκων. Δύο παλαιότερες μελέτες, αφορούσαν μόνο εφήβους.

Μελέτη που διεξήχθη από Τασούλα και συνεργάτες το 2012 [6] αφορά στην διερεύνηση της επίπτωσης της νόσου στην ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής παιδιών και εφήβων, ηλικίας 11 – 19 ετών. Η συγκεκριμένη μελέτη καταλήγει ότι η ακμή επηρεάζει την ποιότητα ζωής των νέων εφήβων στην Ελλάδα. Ο αντίκτυπος είναι ανάλογος με τη βαρύτητα της ακμής. Η πιο σοβαρή ακμή σχετίζεται με μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής με επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση, στην εικόνα του σώματος και στις σχέσεις με άλλους.

Έτερη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2007 από Ρηγόπουλο και συνεργάτες [7] επιχειρεί να αξιολογήσει τις αντιλήψεις των Ελλήνων μαθητών λυκείου, ηλικίας 13 – 18 ετών, σχετικά με την αιτία της ακμής, τους επιβαρυντικούς παράγοντες, τις πηγές πληροφόρησης και την επίδραση στην καθημερινή ζωή και τη σχολική τους απόδοση. Σύμφωνα με αυτή, οι πεποιθήσεις των Ελλήνων εφήβων για την ακμή αποδείχθηκαν παρόμοιες με εκείνες των μαθητών σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες.

Στην παρούσα έρευνα το 62% των ασθενών απάντησε ότι επισκέπτεται το δερματολόγο όταν έχει πρόβλημα. Σε μελέτη του 2019 με δεδομένα από την Ιταλία, το 8% των ερωτηθέντων μητέρων αναφέρει ότι επισκέπτεται με το παιδί τους τακτικά το δερματολόγο [84]. Μελέτη του 2017 στο Ηνωμένο Βασίλειο, επιχείρησε να διερευνήσει τους λόγους που ωθούν τους εφήβους να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι νέοι συχνά αποφεύγουν να αναζητήσουν βοήθεια λόγω αμηχανίας ,καθώς και γιατί θεωρούν τους ιατρούς απρόσιτους [85]. Οι Chernyshov και συνεργάτες στην Ουκρανία αναζήτησαν του σχετιζόμενους με την ποιότητα ζωής παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών με ακμή να επισκεφτεί δερματολόγο. Η μελέτη τους έδειξε ότι η

επίδραση που έχει η ακμή στην ποιότητα ζωής, είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για ασθενείς που αναζητούν δερματολογική εκτίμηση, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου. Η αμηχανία, η αυτοσυνείδηση, η επιθετικότητα και η απογοήτευση, οι δυσκολίες στις κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης του δέρματος, ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση των ασθενών με ακμή να ζητήσουν θεραπεία από δερματολόγο [86]. Κρίνεται αναγκαία η εύρεση τρόπου υπερσκελισμού των αναφερόμενων εμποδίων, ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρη αναζήτηση δερματολογικής αντιμετώπισης και να προλαμβάνονται επιπλοκές της νόσου, όπως για παράδειγμα ο σχηματισμός ουλών.

Το 20,7% στην παρούσα έρευνα εμφανίζει ήπια ακμή, το 38% μέτρια, το 26% σοβαρή και το 15,3% πολύ σοβαρή, σύμφωνα με την κλίμακα ταξινόμηση της βαρύτητας του Leeds. Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο γενικό μέρος της παρούσης, η αξιολόγηση της βαρύτητας της ακμής είναι μια πρόκληση για τους δερματολόγους. Κανένα σύστημα ταξινόμησης δεν έχει γίνει παγκοσμίως αποδεκτό. Αυτό καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των βιβλιογραφικών αποτελεσμάτων.

Σε όλες τις περιπτώσεις βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια DLQI και CADI στην εν λόγω έρευνα, καθώς παρατηρήθηκε αντίστοιχη επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στα δύο. Στο σχεδιασμό της μελέτης μας αποφασίστηκε να ακολουθηθεί η τάση στις έρευνες HRQL που αποτελεί ο συνδυασμός γενικών και συγκεκριμένων ασθενειών εργαλείων, έτσι, ώστε να καλυφθούν πλήρως οι τομείς που μπορεί να έχουν επίπτωση στη HRQL και να έχουμε αξιόπιστα αποτελέσματα. **Η αύξηση της βαρύτητας της ακμής και η διάρκειά της, σχετίστηκε με χειρότερη ποιότητα ζωής, που αποτιμήθηκε τόσο από το DLQI όσο και από το CADI.** Αυτό το αποτέλεσμα είναι συμβατό με τα περισσότερα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα [85-90]. Ωστόσο, μελέτη που διεξήχθη στην Ινδία, σε δείγμα 100 ασθενών, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της ακμής και της έκπτωσης της ποιότητας ζωής. Οι ερευνητές σχολιάζουν στους περιορισμούς, ότι το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό και ότι μειώνεται η αξιοπιστία της μέτρησης της

ποιότητας ζωής λόγω αυτοαξιολόγησης [91], παρόλο που χρησιμοποιήθηκε το CADI ως εργαλείο μέτρησης.

Ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα που συνάδει με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία είναι το ότι **η ποιότητα ζωής στις γυναίκες επηρεάζεται περισσότερο σε σχέση με τους άντρες**. Η αντιμετώπιση της γυναικείας ακμής πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο την ιατρική θεραπεία των συμπτωμάτων, αλλά και μια ολοκληρωμένη, ολιστική προσέγγιση που αφορά την ασθενή στο σύνολό της, τις ιδιαιτερότητες του τρόπου ζωής της και τον αντίκτυπο της ακμής στην ποιότητα ζωής της [92-95].

Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι **η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου συσχετίζεται με μεγαλύτερη επιβάρυνση στη σχετιζόμενη με την ακμή ποιότητα ζωής και χειρότερη επίδραση στους επιμέρους παράγοντες, ελεύθερο χρόνο και διαπροσωπικές σχέσεις**. Τις διαπροσωπικές σχέσεις φάνηκε ότι επηρεάζει δυσμενώς και η αύξηση της βαρύτητας της νόσου. Σε μελέτη που διερεύνησε τις αντιλήψεις για τους ασθενείς με ακμή, οι ερωτηθέντες ήταν πιο πρόθυμοι να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά με άτομα με καθαρό δέρμα παρά με άτομα με ακμή. Ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό ερωτηθέντων ήταν πιθανό να προσλάβει ή να ψηφίσει εκείνους χωρίς ακμή. Τα άτομα με ακμή θεωρήθηκαν επίσης ότι έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και λιγότερες ηγετικές ικανότητες [96]. Έρευνα που διεξήχθη στην Τουρκία μελέτησε την σεξουαλική ποιότητα ζωής γυναικών με ακμή. Οι συμμετέχουσες ανέφεραν μια πολύ χειρότερη σεξουαλική ποιότητα ζωής και είχαν σημαντικά μειωμένες βαθμολογίες στην κλίμακα ποιότητας του σωματικού πόνου, της γενικής αντίληψης για την υγεία, σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Ούτε η σεξουαλική ποιότητα ζωής, ούτε η ποιότητα ζωής συσχετίστηκαν με αντικειμενική και υποκειμενική σοβαρότητα και διάρκεια ακμής. Φάνηκε ότι η ακμή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σεξουαλική ποιότητα ζωής σε γυναίκες ασθενείς. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι αυτή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση της ακμής στις γυναίκες, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητά της [97].

Κεφάλαιο 6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Περιορισμοί της παρούσας μελέτης είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων. Το γεγονός ωστόσο ότι η έρευνα διεξήχθη στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της Ελλάδας θεωρούμε ότι θα μας δώσει αντιπροσωπευτικό δείγμα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Επίσης, δεν συμπεριλήφθηκε ομάδα ελέγχου. Τέλος, το γεγονός ότι κανένα σύστημα ταξινόμησης της ακμής δεν έχει γίνει παγκοσμίως αποδεκτό, καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των βιβλιογραφικών δεδομένων.

Η ακμή είναι ένα νόσημα το οποίο επηρεάζει την HRQL των πασχόντων. Ως εκ τούτου, χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση. Τόσο η φύση του νοσήματος όσο και η χρονιότητά του απαιτούν πληθώρα θεραπευτικών προϊόντων – συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς συμπληρωματικών (π.χ. καθαριστικών, καλυπτικών κ.λ.π). Επομένως, θα ήταν χρήσιμη μία μελέτη αποτίμησης της οικονομικής επιβάρυνσης (financial burden) του νοσήματος τόσο για το κράτος όσο και για τους ασθενείς.

Κεφάλαιο 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν την παραδοχή ότι η ακμή επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών στην Ελλάδα. Η επιβάρυνση που προκαλεί σχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου. Προκειμένου να βελτιωθεί η HRQL σε ασθενείς με ακμή, πρέπει να υπάρξει ευαισθητοποίηση σχετικά με τη νόσο και τις αιτίες της και να τονιστεί ο ρόλος και η σημασία των δερματολόγων στην αντιμετώπισή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hazarika N, Archana M. The Psychosocial Impact of Acne Vulgaris. *Indian J Dermatol.* 2016; 61 (5):515-520.
2. Hay RJ, Johns NE, *et al.* The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol.* 2014; 134(6):1527–34.
3. Morrison I, Löken LS, Olausson H. The skin as a social organ. *Exp Brain Res.* 2010; 204(3):305-14.
4. Demircay Z, Seckin D, Senol A, *et al.* Patient’s perspective: an important issue not to be overlooked in assessing acne severity. *Eur J Dermatol.* 2008; 18:181-4.
5. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). WHO QOL: Measuring Quality of Life. Geneva: World Health Organization.
6. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, *et al.* The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol* 2012;87:862-9.
7. Rigopoulos D, Gregoriou S, Ifandi A, *et al.* Coping with acne: beliefs and perceptions in a sample of secondary school Greek pupils. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007 Jul;21:806-10.
8. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41:1403-9.
9. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989;27S148.
10. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims [PDF on the Internet], U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, 2009 Διαθέσιμο στο : <https://www.fda.gov/media/77832/download>.
11. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol* 1995;22:73.
12. Aaronson NK. Quality of life : what is it? How should it be measured? *Oncology (Williston Park)* 1988;2:69.

13. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835.
14. Sonn GA, Sadetsky N *et al.* Differing perceptions of quality of life in patients with prostate cancer and their doctors. *J Urol* 2009;182:2296.
15. Αγγελική Αργέντου, “ΕΛΕΥΘΩ”, 1:25-30, 2009.
16. Kirkova J, Davis MP *et al.*, Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol* 2006;24:1459.
17. Hunt SM, Mc Ewen J *et al.*, Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:185.
18. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989;27:S217.
19. Bergner M, Bobbitt RA *et al.*, The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19:787.
20. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complication trial (DCCT). The DCCT Research Group. *Diabetes Care* 1988;11:725.
21. Hawker G, Melfi C *et al.*, Comparison of a generic (SF-36) and a disease specific (WOMAC) (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) instrument in the measurement of outcomes after knee replacement surgery. *J Rheumatol* 1995;22:1193.
22. Cheung YB, Goh C *et al.*, Variability and sample size requirements of quality-of-life measures: a randomized study of three major questionnaires. *J Clin Oncol* 2005;23:4936.
23. McLachlan SA, Allenby A *et al.*, Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patients self – assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001;19:4117.
24. Detmar SB, Muller MJ, *et al.*, Health – related quality of – life assessments and patients – physician communication : a randomized control trial. *JAMA* 2002;288:3027.
25. Davis K, Yount S, *et al.*, An innovative symptom monitoring tool for people with advanced lung cancer: a pilot demonstration. *J Support Oncol* 2007;5:381.

26. Etkind SN, Daveson BA, *et al.*, Capture, transfer and feedback of patient - centered outcomes data in palliative care populations: does it make a difference? A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2015;49:611.
27. Velikova G, Booth L, *et al.*, Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well – being: a randomized control trial. *J Clin Oncol* 2004;22:714.
28. Chen J, Ou L, *et al.*, A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers, and health organizations in an oncologic setting. *BMC Health Serv Res* 2013;13:211.
29. Eton DT, Fairclough DL, *et al.*, Early change in patient – reported health during lung cancer chemotherapy predicts clinical outcomes beyond those predicted by baseline report: results of an Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592. *J Clin Oncol* 2003;21:1536
30. Gotay CC, Trial-related quality of life: using quality – of – life assessment to distinguish among cancer therapies. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996;20 :1-6.
31. Yellen SB, Cella DF. Someone to live for: social well-being, parenthood status, and decision-making in oncology. *J Clin Oncol* 1995;13:1255.
32. Cicirelli VG, Relationship of psychosocial and background variables to older adults' end – of – life decisions. *Psychol Aging* 1997;12:72.
33. National Quality Forum. Patient – reported Outcomes in Performance Measurement. 2012.
34. Cella D, Hahn EA, *et al.*, Patient – reported outcomes in performance measurement, RTI Press, Research Triangle Park 2015.
35. Leslie P. Garther, James L. Hiatt, *Εγχειρίδιο Ιστολογίας*, 5η Έκδοση, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γ.Ν. Αντωνακόπουλος, 229-232, Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε, 2010.
36. Stathakis V, Kilkenny M, *et al.*, Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J Dermatol*, 1997;38:115.
37. Collier CN, Harper JC, *et al.*, The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:56.

38. Wolkenstein P, Machovcova A, *et al.*, Acne prevalence and associations with lifestyle: a cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:298.
39. Goulden V, Clark SM, *et al.*, Post-adolescent acne: a review of clinical features. *Br J Dermatol* 1997;136:66.
40. American Academy of Dermatology. Skin conditions by the numbers. Διαθέσιμο στο <http://www.aad.org/media/stats/conditions/skin-conditions-by-the-numbers>.
41. Kligman AM, Postadolescent acne in women. *Cutis*, 1991;48(1):75-7.
42. Smithh RN, Mann NJ, *et al.*, The effect of a high protein, low glycemic-load diet versus a conventional, high glycemic-load diet on biochemical parameters associated with acne vulgaris : a randomized, investigator – masked, controlled trial. *J Am Acad Dermatol*, 2007, 57 (2):247-56.
43. Davis EC, Callender VD. A review of acne in ethnic skin: pathogenesis, clinical manifestations, and management strategies. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2010;3(4):24-38.
44. GouldenV, McGeown CH, The familial risk of adult acne: a comparison between first – degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol* 1999;141(2):297-300.
45. Thiboutot D, Gollnick H, *et al.*, New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(5):S1-50.
46. Jeremy AH, Holland DB, *et al.*, Inflammatory events are involved in acne lesions initiation. *J Invest Dermatol*. 2003;121(1):20-7.
47. Norris JF, Cunliffe WJ, A histological and immunocytochemical study of early acne lesions. *Br J Dermatol*. 1998;118(5):651-9.
48. Kim J, Ochoa MT, *et al.*, Activation of toll-like receptor 2 in acne triggers inflammatory cytokine responses. *J Immunol*. 2002;169(3):1535-41.
49. Webster GF, Inflammatory acne represents hypersensitivity to *Propionibacterium acnes*. *Dermatology* 1998;196(1):80-1.
50. Pochi PE, Strauss JS. Sebaceous gland activity in black skin. *Dermatol Clin* 1988;6(3):349-51.

51. Lucky AW, Biro FM, *et al.*, Predictors of severity of acne vulgaris in young adolescent girls: results of a five-year longitudinal study. *J Pediatr* 1997;133(1):30-9
52. Trivedi NR, Cong Z, *et al.*, Peroxisome proliferator – activated receptors increase human sebum production. *J Invest Dermatol.* 2006;126(9):2002-9.
53. Smith TM, Cong Z, *et al.*, Insulin-like growth factor-1 induces lipid production in human SEB-1 sebocytes via sterol response element – binding protein - 1 . *J Invest Dermatol.* 2006;126(6):1226-32.
54. Zouboulis CC, Bohm M. Neuroendocrine regulation of sebocytes -- a pathogenetic link between stress and acne. *Exp. Dermatol.* 2004;13 Suppl 4:31-5.
55. Gollnick H, Cunliffe W, *et al.*, Management of acne: a report from Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:S1.
56. Cordain L, Lindeberg S, *et al.*, Acne Vulgaris: a disease of Western civilizations. *Arch Dermatol* 2002;138:1584.
57. Thiboutot DM, Strauss JS. Diet and acne revisited. *Arch Dermatol* 2002;138:1591.
58. Bershad S. The unwelcome return of the acnediet. *Arch Dermatol* 2003;139:940.
59. Spencer EH, Ferdowsian HR, *et al.*, Diet and acne: a review of the evidence. *Int J Dermatol* 2009;48:339.
60. Grossi E, Cazzaniga S, *et al.*, The constellation of dietary factors in adolescent acne: a semantic connectivity map approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:96.
61. Adebamowo CA, Spiegelman D, *et al.*, High school dietary diary intake and teenage acne. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:207.
62. Thiboutot D. Acne hormonal concepts and therapy. *Clin Dermatol* 2004;22:419.
63. Cappel M, Mauger D, *et al.*, Correlation between serum levels of insulin – like growth factor 1, dehydroepiandrosterone sulfate, and dihydrotestosterone and acne lesions counts in adult women. *Arch Dermatol* 2005;141:333.

64. Holmes MD, Pollak MN, *et al.*, Dietary correlates of plasma insulin – like growth factor 1 and insulin – like growth factor binding protein 3 concentrations. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11:852.
65. Bowe WP, Joshi SS, *et al.*, Diet and acne. *J Am Dermatol* 2010;63:124.
66. Rasmussen JE, Smith SB. Patients concepts and misconceptions about acne. *Arch Dermatol* 1983;119:570.
67. Green J, Sinclair RD. Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australas J Dermatol* 2001;42:98.
68. Chiu A, Chon SY, *et al.*, The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Arch Dermatol* 2003;139:897.
69. Vora S, Ovhal A, *et al.*, Correlation of facial sebum to serum insulin – like growth factor -1 in patients with acne. *Br J Dermatol* 2008;159:990.
70. Di Landro A, Cazzaniga S, *et al.*, Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67:1129.
71. Tsai MC, Chen W, *et al.*, Higher body mass index is a significant risk factor for acne formation in schoolchildren. *Eur J Dermatol* 2006;16:251.
72. Halvorsen JA, Vleugels RA, *et al.*, A population – based study of acne and body mass index in adolescents. *Arch Dermatol* 2012;148:131.
73. Snast I, Datal A, *et al.*, Acne and obesity: A nationwide study of 600,404 adolescents. *J Am Acad Dermatol* 2019;81:723.
74. Stoll S, Shalita AR, *et al.*, The effect of the menstrual cycle on acne. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:957.
75. Witkowski JA, Parish LC. From the ghosts of the past: Acne lesion counting. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:131.

76. Witkowski JA, Parish LC. The assessment of acne: An evaluation of grading and lesion counting in the measurement of acne. *Clin Dermatol* 2004;22:394-7.
77. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol* 1997;36:416-8.
78. Hayashi N, Akamatsu H, Kawashima M. Acne Study Group. Establishment of grading criteria for acne severity. *J Dermatol* 2008;35:255-60.
79. Hayashi N, Akamatsu H, Kawashima M. Acne Study Group. Establishment of grading criteria for acne severity. *J Dermatol* 2008;35:255-60.
80. Balaji A, Rashmi K, *et.al.*, Scoring systems in acne vulgaris, *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009 ;75:323-6.
81. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, HARRISON , Εσωτερική Παθολογία, 17^η έκδοση, 329-333, Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε, 2010.
82. Zaenglein AL, Pathy AL *et al.*, Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2016;74:945.
83. Friedlander SF, Baldwin HE, *et al.*, The acne continuum: an age – based approach to therapy. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30:S6.
84. Tavecchio S, Barbareschi M, *et al.*, What Italians think about acne: results of a survey on 2.327 patients and 2.327 mothers. *G Ital Dermatol Venereol* 2019 Jan 8.
85. Desai KP, Martyn-Simmons C, *et al.*, Help-seeking behaviours, opportunistic treatment and psychological implications of adolescent acne: cross-sectional studies in schools and hospital outpatient departments in the UK. *BMJ Open.* 2017 Sep 21;7(9):e016964.
86. Chernyshov PV, Petrenko A, *et al.*, What Health-related Quality of Life Factors Influence the Decision of Patients with Acne to Visit a Dermatologist? *J Clin Aesthet Dermatol.* 2018 Jul;11:21-25.

87. Alanazi MS, Hammad SM , *et al.*, Prevalence and psychological impact of Acne vulgaris among female secondary school students in Arar city, Saudi Arabia, in 2018. *Electron Physician*. 2018 Aug 25;10:7224-7229.
88. Akinboro AO, Ezejiolori OI, *et al.*, The impact of acne and facial post-inflammatory hyperpigmentation on quality of life and self-esteem of newly admitted Nigerian undergraduates. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2018;11:245-252.
89. El-Hamd MA, Nada EEA, *et al.*, Prevalence of acne vulgaris and its impact of the quality of life among secondary school-aged adolescents in Sohag Province, Upper Egypt. *J Cosmet Dermatol*. 2017;16:370-373.
90. Hazarika N, Rajaprabha RK. Assessment of Life Quality Index Among Patients with Acne Vulgaris in a Suburban Population. *Indian J Dermatol*. 2016;61:163-8.
91. Gupta A, Sharma YK, *et al.*, Quality of life in acne vulgaris: Relationship to clinical severity and demographic data. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016;82:292-7.
92. Al-Shidhani A, Al-Rashdi S, *et al.*, Impact of acne on quality of life of students at Sultan Qaboos university. *Oman Med J*. 2015;30:42-7.
93. Dreno B, Bagatin E, *et al.*, Female type of adult acne: Physiological and psychological considerations and management. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2018;16:1185-1194.
94. Gokalp H, Bulur I, *et al.*, Evaluation of the effects of acne vulgaris on quality of life in Turkey by using TAQLI. *J Cosmet Dermatol*. 2017;16:485-490.
95. Babar O, Mobeen A. Prevalence and Psychological Impact of Acne Vulgaris in Female Undergraduate Medical Students of Rawalpindi and Islamabad, Pakistan. *Cureus*. 2019 22;11:e5722.
96. Loh KC, Chan LC, *et al.*, Perceptions and psychosocial judgement of patients with acne vulgaris. *Med J Malaysia*. 2020;75:18-23.

97. Afsar FS, Seremet S, *et al.*, Sexual quality of life in female patients with acne. *Psychol Health Med.* 2020;25:171-178.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

ΑΥΞΩΝ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ _____

Τίτλος Προγράμματος: Μελέτη της Ποιότητας Ζωής Ασθενών με Ακμή στην Ελλάδα

Σχολή/Τμήμα: Η έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια Διπλωματικής Εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σχεδιασμού και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Κύρια ερευνήτρια: Ελένη- Νεφέλη Κολοκοτσά

Επιβλέποντες έρευνας: Κυριάκος Σουλιώτης, Βασιλική Καπάκη

Σας ζητείται να συμμετέχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που γίνεται με τη στήριξη του **Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών**. Οι ακόλουθες πληροφορίες παρέχονται προς ενημέρωσή σας προκειμένου να αποφασίσετε αν επιθυμείτε να συμμετέχετε.

1.Σκοπός

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό τη μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με ακμή στην Ελλάδα.

2.Διαδικασίες

Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων καθώς και δύο ερωτηματολογίων, τα οποία θα μοιράζονται και θα συμπληρώνονται στην αίθουσα αναμονής.

Το δείγμα των ασθενών θα είναι 150 άτομα, ώστε να πραγματοποιηθεί ανάλυση των παραμέτρων, να απαντηθούν οι σκοποί αυτής της έρευνας και να αποτυπωθούν οι συσχετίσεις που θα προκύψουν.

3.Εξαιρέσεις

Δεν μπορείτε να συμμετάσχετε σε αυτήν την έρευνα αν είστε **κάτω των 16 ή άνω των 30 ετών**, εαν πάσχετε από ψυχιατρικά ή ενδοκρινικά νοσήματα, εαν λαμβάνετε φάρμακα που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη ακμοειδών εξανθημάτων ή εαν δεν συμπληρώσετε την φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

4.Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Αυτή η μελέτη **δεν** ενδέχεται να περιλαμβάνει κινδύνους και ενοχλήσεις για εσάς.

5.Κόστος Έρευνας

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή.

6.Πληρωμή

Δεν θα πληρωθείτε για τη συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα.

7.Εναλλακτικές λύσεις

Αυτή η έρευνα γίνεται για ερευνητικούς σκοπούς **μόνο** και **δεν** αποτελεί μέρος

θεραπείας.

8.Εμπιστευτικότητα

Κρατείται πλήρης εμπιστευτικότητα για όλα τα αρχεία. Πάραυτα, δεν υπάρχει εγγύηση ότι αυτές οι πληροφορίες δε μπορούν να γνωστοποιηθούν σε δικαστήριο ή άλλη νομική διαδικασία. Ωστόσο, ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, το όνομά σας δε θα αναφέρεται σε καμία αναφορά ή δημοσίευση.

9.Δικαίωμα μη - συμμετοχής ή απόσυρσης

Μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα όποτε εσείς επιθυμείτε. Η απόσυρσή σας δεν επηρεάζει τη δυνατότητά σας να λαμβάνετε θεραπεία από τη Δερματολογική Κλινική του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ή άλλα προνόμια τα οποία έχετε, ούτε η άρνησή σας να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα επηρεάζει τη δυνατότητά σας να λαμβάνετε θεραπεία από τη Δερματολογική Κλινική του « ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ή την απολαβή άλλων προνομίων που έχετε.

Ο υπεύθυνος ερευνητής αυτής της έρευνας έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη συμμετοχή σας σε οιονδήποτε χρόνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μη αναμενόμενη αντίδρασή σας, ή σε μη επιτυχή παρακολούθηση των οδηγιών από εσάς, ή επειδή έχει σταματήσει η έρευνα εξ ολοκλήρου.

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα. Εκτιμώ ότι θα λάβω αντίγραφο της φόρμας συγκατάθεσης όταν αυτή έχει υπογραφεί.

Υπογραφή συμμετέχοντα ή νομικό κηδεμόνα

Ημερομηνία

Υπογραφή ερευνητή που έλαβε τη συγκατάθεση

Ημερομηνία

ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στόχος αυτού του ερωτηματολογίου είναι να εκτιμήσει το βαθμό κατά το οποίο το δερματολογικό σας πρόβλημα επηρέασε την ζωή σας ΤΗΝ ΠΕΡΑΣΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ. Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση για κάθε ερώτηση, σημειώνοντας με το κατάλληλο τετραγωνάκι.

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------|
| 1. Την περασμένη εβδομάδα, πόσο νοιώσατε το δέρμα σας να φαγουρίζει , να ενοχλεί να πονάει ή να τσούζει ; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 2. Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας ενόχλησε ή σας απασχόλησε η κατάσταση του δέρματός σας ; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 3. Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στο να πάτε για ψώνια ή να ασχοληθείτε με το σπίτι ή το κήπο σας; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 4. Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στην επιλογή των ρούχων σας ; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 5. Την περασμένη εβδομάδα πόσο σας επηρέασε η δερματική σας κατάσταση στις κοινωνικές σας δραστηριότητες ή στα χόμπυ σας; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 6. Την περασμένη εβδομάδα, πόσο σας δυσκόλεψε η δερματική σας κατάσταση στο να ασχοληθείτε με σπόρ ; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 7. Την περασμένη εβδομάδα, σας εμπόδισε η δερματική σας κατάσταση να εργαστείτε ή να μελετήσετε ; | Ναι
Όχι | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| Εάν «Όχι», κατά πόσο το δέρμα σας δημιούργησε πρόβλημα στη δουλειά ή στη μελέτη την περασμένη εβδομάδα; | Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 8. Την περασμένη εβδομάδα, κατά πόσο η δερματική σας κατάσταση σας προκάλεσε προβλήματα στην σχέση σας με τον σύντροφό σας ή με κάποιον από τους στενούς σας φίλους ή συγγενείς ; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 9. Την περασμένη εβδομάδα, κατά πόσο η δερματική σας κατάσταση σας δημιούργησε προβλήματα στην σεξουαλική σας ζωή ; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |
| 10. Την περασμένη εβδομάδα, κατά πόσο η θεραπεία του δέρματός σας αποτέλεσε πρόβλημα, για παράδειγμα δημιουργώντας ακαταστασία στο σπίτι, ή απαιτώντας αρκετό από το χρόνο σας; | Πάρα πολύ
Πολύ
Λίγο
Καθόλου | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Άσχετο <input type="checkbox"/> |

Ελέγξτε ότι απαντήσατε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις. Ευχαριστούμε.

CARDIFF ACNE DISABILITY INDEX

<p>1. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα νιώσατε επιθετικότητα, απογοήτευση ή αμηχανία εξαιτίας της ακμής σας;</p>	<p>α. Πραγματικά πάρα πολύ β. Πολύ γ. Λίγο δ. Καθόλου</p>
<p>2. Πιστεύετε ότι η ακμή σας κατά τον τελευταίο μήνα επηρέασε την καθημερινή κοινωνικότητά σας, τις κοινωνικές σας εκδηλώσεις ή τις σχέσεις σας με άτομα του αντίθετου φύλου;</p>	<p>α. Σε σοβαρό βαθμό, επηρέασε όλες τις δραστηριότητες β. Μέτρια, επηρέασε τις περισσότερες δραστηριότητες γ. Περιστασιακά, επηρέασε μόνο κάποιες δραστηριότητες δ. Δεν επηρέασε καθόλου</p>
<p>3. Κατά την διάρκεια του περασμένου μήνα αποφύγατε δημόσια αποδυτήρια ή να φορέσετε μαγιώ εξαιτίας της ακμής σας;</p>	<p>α. Συνεχώς β. Τις περισσότερες φορές γ. Περιστασιακά δ. Καθόλου</p>
<p>4. Πώς θα περιγράφατε τα συναισθήματά σας για την εμφάνιση του δέρματός σας τον τελευταίο μήνα;</p>	<p>α. Πολύ μελαγχολικός και μίζερος β. Συνήθως ανήσυχος γ. Περιστασιακά ανήσυχος δ. Δεν με απασχόλησε</p>
<p>5. Παρακαλούμε να υποδείξετε πόσο βαριά πιστεύετε ότι είναι η ακμή σας τώρα.</p>	<p>α. Η χειρότερη που θα μπορούσε να είναι β. Αποτελεί πολύ μεγάλο πρόβλημα γ. Αποτελεί μικρό πρόβλημα δ. Κανένα πρόβλημα</p>