

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**<<Κόπωση σχετιζόμενη με τη ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή  
αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα>>**

**ΓΙΑΤΡΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**  
**Φυσικοθεραπεύτρια ΤΕ**

Σπάρτη, Νοέμβριος 2014

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**« Κόπωση σχετιζόμενη με τη ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή  
αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα»**

**ΓΙΑΤΡΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

**Φυσικοθεραπεύτρια ΤΕ**

**Μέλη συμβουλευτικής Επιτροπής**

Επιβλέπουσα: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χίλ, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Σπάρτη, Νοέμβριος 2014

Copyright © ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΓΙΑΤΡΑΚΟΥ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Γιατράκου Σταυρούλα

**Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

Σοφία Ζυγά

---

Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ

---

Μαρία Τσιρώνη

---

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες .....	11
Αφιέρωση.....	12
Περίληψη.....	13
Λέξεις κλειδιά .....	14
Abstract .....	15
Keywords .....	16

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Σκοπός της Μελέτης.....	17
1.2.Σημασία της έρευνας.....	17
1.3. Ορισμός χρόνιας ασθένειας .....	18
1.4. Ρευματικές παθήσεις .....	19
1.4.1. Ρευματοειδή αρθρίτιδα (Γενικά).....	20
1.4.1.1.Χαρακτηριστικά της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.....	21
1.4.1.2. Επιδημιολογία της νόσου .....	22
1.4.1.3.Αίτια της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.....	23
1.4.2. Οστεοαρθρίτιδα (Γενικά).....	26
1.4.2.1. Ορισμός και ταξινόμηση.....	27
1.4.2.2. Επιδημιολογία .....	28
1.4.2.3.Παράγοντες κινδύνου .....	29

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Ορισμός κόπωσης.....	36
2.2.Ταξινόμηση της κόπωσης .....	36
2.3.Έρευνα στον τομέα της κόπωσης.....	37
2.3.1.Κόπωση στο γενικό πληθυσμό.....	37
2.3.2.Σχέση της κόπωσης με την ηλικία .....	37
2.3.3.Σχέση κόπωσης με την εκπαίδευση .....	37

2.3.4. Η κόπωση στα χρόνια νοσήματα .....	37
2.4. Η κόπωση στις ρευματικές νόσους (οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα)	
2.4.1. Κόπωση και Οστεοαρθρίτιδα .....	
2.4.2. Κόπωση και ρευματοειδή αρθρίτιδα.....	38
2.5. Συμπεράσματα για την κόπωση .....	40

### **Κεφάλαιο 3**

3.1. Ορισμός Ποιότητα ζωής .....	43
3.2. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής .....	45
3.3. Ποιότητα ζωής και υγεία.....	45
3.4. Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	51
3.5. Συμπεράσματα για την ποιότητα ζωής.....	52

## **ΜΕΡΟΣ Β' (Ερευνητικό)**

### **Κεφάλαιο 4**

#### **Μεθοδολογία της έρευνας**

4.1. Σκοπός και στόχοι της μελέτης .....	55
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης .....	56
4.3. Πληθυσμός της μελέτης .....	58
4.4. Διαδικασία.....	58
4.5. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου .....	59
4.6. Η ταυτότητα της έρευνας .....	60

### **Κεφάλαιο 5**

#### **Αποτελέσματα**

5.1. Αποτελέσματα σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα .....	69
5.2. Αποτελέσματα σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.....	77
5.2.1. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τη σφαιρική ποιότητα ζωής .....	77

5.2.2. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τα συμπτώματα .....	78
5.2.3. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τη λειτουργικότητα .....	80
5.2.4. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τις διαπροσωπικές σχέσεις .....	81
5.2.5. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με την Ευεξία .....	83
5.2.6. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με την Πνευματικότητα .....	85
5.2.7. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τους τελικούς παράγοντες .....	87
5.3. Συσχέτιση της κόπωσης .....	
5.3.1. Συσχέτιση της κόπωσης με τα συμπτώματα των ασθενών .....	90
5.3.2. Συσχέτιση της κόπωσης με τη λειτουργικότητα των ασθενών .....	91
5.3.3. Συσχέτιση της κόπωσης με τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών.....	93
5.3.4. Συσχέτιση της κόπωσης με την ευεξία των ασθενών .....	95
5.3.5. Συσχέτιση της κόπωσης με την πνευματικότητα των ασθενών.....	97
5.3.6. Συσχέτιση της κόπωσης με τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών .....	99

## **Κεφάλαιο 6**

<b>Συζήτηση</b> .....	100
-----------------------	-----

<b>Βιβλιογραφία</b> .....	107
---------------------------	-----

<b>Παραρτήματα</b> .....	121
--------------------------	-----



## Ευχαριστίες

Για τη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας, αρκετοί είναι οι άνθρωποι των οποίων η συνεισφορά κρίθηκε ιδιαίτερα σημαντική.

Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Ζυγά Σοφία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, η οποία δέχτηκε με χαρά από την πρώτη στιγμή τη συνεργασία μας στην παρούσα διπλωματική εργασία, προσφέροντας σε μένα τις πολύτιμες γνώσεις της, καθοδηγώντας, στηρίζοντας και εμπνυχώνοντας με, κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου μελέτης.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χιλ, Επίκουρη Καθηγήτρια και την κυρία Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου οι οποίες έκαναν αποδεκτή την πρόταση που τους έγινε για τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Δρ Θεοφίλου Παρασκευή για την παραχώρηση της άδειας χρήσης των ερωτηματολογίων και στον κ. Σάββα Παπαπέτρου, για τη βοήθεια του στην ολοκλήρωση της μελέτης.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τον κ. Μανωλέα Ιωάννη, Ιατρό Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ο οποίος από την πρώτη στιγμή με ενθάρρυνε και με βοήθησε δίνοντας μου την άδεια διεξαγωγής της μελέτης και βοηθώντας με στη συλλογή του δείγματος των ασθενών. Καθώς επίσης και ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους μου για την υπομονή και την υποστήριξη στην προσπάθειά μου αυτή από την αρχή μέχρι το τέλος.

Τέλος, ένα τεράστιο ευχαριστώ στους συμμετέχοντες εθελοντές, που παρ' όλα τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν δέχτηκαν με χαρά να συμμετέχουν στην παρούσα διπλωματική μελέτη αφιερώνοντας λίγα λεπτά από τον χρόνο τους. Χωρίς αυτούς η πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης θα ήταν ανέφικτη.

## Αφιέρωση

*Σε εκείνους που με πίστεψαν...*

*Και ήταν πάντα δίπλα μου...*

## Περίληψη

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση εμφάνισης κόπωσης στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτιση της με την ποιότητα ζωής ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αντίστοιχα με τη βοήθεια δύο ερωτηματολογίων.

**Μεθοδολογία:** Στη μελέτη συμμετείχαν 179 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείτο από 95 άτομα με οστεοαρθρίτιδα και σε 84 άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα από τον πληθυσμό των ασθενών του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Καλαμάτα, και προέρχονταν από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Οι ασθενείς εφόσον πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής του δείγματος και μετά από ενημέρωση και τη συγκατάθεσή τους, συμπλήρωναν δύο ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια μέτρησης επιπέδου κόπωσης και ποιότητας ζωής [Κλίμακα: Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) και Fatigue Assessment Scale (FAS)].

### Αποτελέσματα:

Από τους 179 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα από τον πληθυσμό των ασθενών του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Καλαμάτα, η πλειοψηφία, φάνηκε να εμφανίζει χαμηλά ποσοστά κόπωσης 4,5%. Ωστόσο, ποσοστό 26.8% εμφάνισε υψηλά έως πολύ υψηλά ποσοστά κόπωσης. Μελετώντας την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών παρατηρήθηκε συσχέτιση της κόπωσης με την ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα από τον πληθυσμό των ασθενών του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Καλαμάτα ποσοστά κόπωσης παρουσιάζουν προβλήματα στην ποιότητα ζωής ( $p < 0,005$ ).

**Συμπεράσματα:**

Τα ευρήματα της μελέτης σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα από τον πληθυσμό των ασθενών του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Καλαμάτα μας δίνουν την δυνατότητα να κατανοήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αλλά και τη σημασία της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας της κόπωσης, με σκοπό τη βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα.

**Λέξεις κλειδιά:** κόπωση, ποιότητα ζωής, χρόνια νόσημα, οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα

## **Abstract**

**Purpose:** The purpose of the study is to investigate occurrence of fatigue in the different activities and the correlation of the quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis , respectively by means of two questionnaires.

**Methodology :** The study involved 179 patients who were divided into two groups The first group consisted of 95 people with osteoarthritis in 84 people with rheumatoid arthritis patient population of Surgery Physical Medicine and Rehabilitation in Kalamata , and came from all socioeconomic classes. Patients if they met the sample selection criteria and informed and their consent, completed two anonymous self-completed questionnaires measuring fatigue level and quality of life [ Scale : Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) and Fatigue Assessment Scale (FAS)].

## **Results :**

Of the 179 patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis patient population of Surgery Physical Medicine and Rehabilitation in Kalamata , the majority seemed to exhibit low fatigue rates 4.5%. However , a percentage of 26.8% showed high to very high stress levels. Studying the quality of life of these patients was observed correlation of fatigue with their quality of life .In particular , patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis patient population of Surgery Physical Medicine and Rehabilitation in Kalamata fatigue rates exhibit problems in quality of life ( $p < 0,005$ ).

**Conclusions:**

The findings of the study in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis patient population of Surgery Physical Medicine and Rehabilitation in Kalamata enable us to understand the correlation between fatigue and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis and the importance prevention, diagnosis and treatment of fatigue, in order to optimize the quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis .

**Keywords** : fatigue , quality of life , chronic disease , osteoarthritis , rheumatoid arthritis

## ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### 1.1.Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ερευνηθεί η εμφάνιση κόπωσης στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αντίστοιχα με τη βοήθεια δύο ερωτηματολογίων.

Συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη αποβλέπει μέσω της συμπλήρωσης ερευνητικών εργαλείων να μελετήσει:

- 1) Πως συνήθως αισθάνονται την κόπωση και την ποιότητα ζωής οι ασθενείς σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες.
- 2) Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευεξία, την πνευματικότητα και την συνολική ποιότητα ζωής τους.
- 3) Τέλος, να γίνει μία σύγκριση των δύο ομάδων σχετικά με τα επίπεδα κόπωσης και την συνολική ποιότητα ζωής.

#### 1.2.Σημασία της έρευνας

Η κόπωση έχει οριστεί σε μεγάλο βαθμό ως ένα υποκειμενικό σύμπτωμα και ως μια αντικειμενική μείωση της επίδοσης του ατόμου. Συνοδεύει χρόνιες ασθένειες και συχνά χαρακτηρίζεται ως μια πολυδιάστατη συνεχής κατάσταση και έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (Boshuizen et al., 2004) . Έχει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον καθώς είναι ένα διαδεδομένο σύμπτωμα στο γενικό πληθυσμό (Watt et al., 2000) και είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας διεθνώς (Nijrolde et al.,2008). Παρ' όλη τη μέχρι τώρα αναγνώριση της σημασίας της, η κόπωση ως θεωρητικό κατασκεύασμα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς και σε πολλές χρόνιες νόσους η αιτιολογία της δεν είναι πλήρως κατανοητή. Τα χρόνια νοσήματα επιφέρουν στον ασθενή πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής καθώς τον φέρνουν αντιμέτωπο με μακροχρόνιες θεραπείες, ανικανότητα και κοινωνικό στίγμα. Όλα τα

ανωτέρω επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής του καθώς ανατρέπουν την κοινωνική, οικονομική και συναισθηματική ισορροπία του ατόμου και της οικογένειάς του (Power et al., 2008).

Έτσι, λοιπόν η παρούσα εργασία θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα για περισσότερη μελέτη και περαιτέρω ανάλυση ώστε να γίνουν και άλλες έρευνες στο μέλλον, για ένα τόσο σοβαρό σύμπτωμα που είναι η κόπωση στα χρόνια νοσήματα ώστε να προσδιοριστεί ως ερευνητική προτεραιότητα και να ευαισθητοποιηθούν όλο και περισσότερο οι φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι γεγονός πως τα τελευταία χρόνια η κόπωση έχει λάβει μεγαλύτερη προσοχή από τους κλινικούς ιατρούς σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις καθώς παλαιότερα λόγω του υποκειμενικού χαρακτήρα της και της έλλειψης αποτελεσματικών θεραπειών αγνοείτο από τους κλινικούς γιατρούς ως σύμπτωμα.

### **1.3. Ορισμός χρόνιας ασθένειας**

Η σύνθετη φύση της χρόνιας ασθένειας επηρέασε το βαθμό δυσκολίας για την εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις των χρόνιων ασθενειών. Πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τη “χρόνια ασθένεια” και έδωσαν διάφορους ορισμούς.

Η Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζει τη χρόνια νόσο ως οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- η νόσος είναι μόνιμη
- αφήνει υπολείμματα ανικανότητας
- προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και μπορεί να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, παρακολούθηση ή φροντίδα (Mayo, 1956).

Σύμφωνα με την Coe (1970), *“χρόνια ασθένεια είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματός του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτά έχουν τις ρίζες τους : α) στην ίδια την ασθένεια, β) στο περιβάλλον και γ) στον ανθρώπινο πληθυσμό. ”* ( Σαπουντζή-Κρεπιά, 2004).



Οι χρόνιες ασθένειες πλήττουν τον πληθυσμό σε όλο τον κόσμο. Αν και χρόνιες παθήσεις είναι από τα πιο κοινά και δαπανηρά προβλήματα υγείας, είναι επίσης μεταξύ των πιο αποτρέψιμων και αυτών που πλέον μπορούν να ελεγχθούν αποτελεσματικά. . Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν οφείλονται σε μικροβιακούς παράγοντες, αλλά δημιουργούνται από ιδιοσυγκρασιακούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν σχέδια για την εκπαίδευση των ασθενών, την παροχή υπηρεσιών, καθώς και τα συστήματα πληρωμών όλων όσων επικεντρώνονται στην υποστήριξη των προσπαθειών των ασθενών και την ανάπτυξη των ικανοτήτων των ατόμων και των οικογενειών να διαχειριστεί αποτελεσματικά τη νόσο, αυξάνει τον έλεγχο της νόσου, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης πάει κάτω, και την οικογενειακή ευημερία βελτιώνεται. Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται μακροχρόνια νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθεις νεοπλασίες, ο διαβήτης, ρευματικές νόσοι κ.τ.λ., που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της σημερινής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Power et al.,2008).

#### **1.4. Ρευματικές παθήσεις**

Τα ρευματικά νοσήματα είναι συχνά, χρόνια, ορισμένα έχουν σοβαρή πορεία, με αποτέλεσμα τα συνηθέστερα χρόνια προβλήματα να περιθάλπονται συχνότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρίας σε ηλικίες άνω των 15 ετών. Αναμφίβολα, αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα ιατροκοινωνικά προβλήματα, για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, την κοινωνία και την οικονομία γενικότερα (Backman , 2006).

Οι ρευματικές παθήσεις είναι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού, οι οποίες είναι μη τραυματικές και μη χειρουργικές. Προσβάλλουν τις αρθρώσεις, τους τένοντες, τους συνδέσμους, τους μύες, τους ορογόνους θύλακες, τα οστά και την σπονδυλική στήλη. Μια κατηγορία ρευματικών παθήσεων, οι αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, προσβάλλουν και άλλα όργανα ή συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως π.χ. την καρδιά, τις αρτηρίες, τις φλέβες, το δέρμα, τους νεφρούς, τον εγκέφαλο, το ήπαρ κ.λπ.

Οι ρευματικές παθήσεις είναι πολλές, περίπου 200, και ταξινομούνται σε 6 μεγάλες ομάδες:

- **Φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις**

οι οποίες χωρίζονται σε τέσσερις υποομάδες:

- ✓ Αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις
- ✓ Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες
- ✓ Κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες
- ✓ Διάφορες άλλες παθήσεις

- **Οστεοαρθρίτιδα**
- **Οσφυαλγία**
- **Αυχεναλγία**
- **Παθήσεις εξωαρθρικού ρευματισμού**
- **Μεταβολικές παθήσεις των οστών (π.χ. οστεοπορωση)**

Σύμφωνα με μια πρόσφατη περιγραφική επιδημιολογική μελέτη (η μελέτη ESORDIG) που διεξήχθη, επί συνόλου 10.647 ατόμων του πληθυσμού της χώρας μας από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών και αρκετές Ρευματολογικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα το 2003, σχετικά με τον επιπολασμό των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα, αποδείχθηκε ότι τα ρευματικά νοσήματα είναι πολύ συχνά στον γενικό πληθυσμό ενηλίκων της χώρας μας. Περισσότεροι από το ¼ των ενηλίκων πάσχουν από ενεργό ή χρόνια ρευματικό νόσημα σε ύφεση (Ανδριάκος και συν., 2003).

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (Ρ.Α.) αποτελεί κύριο εκπρόσωπο των παραπάνω νοσημάτων.

#### **1.4.1. Ρευματοειδή αρθρίτιδα (Γενικά)**

Η Ρ.Α. είναι μια αυτοάνοση πάθηση, που προσβάλλει δύο φορές συχνότερα τις γυναίκες από τους άντρες. Είναι μία ασθένεια που οφείλεται σε μια διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού. Οι ερευνητές υποπτεύονται ότι ένας άγνωστος προς το παρόν παράγοντας, πιθανόν ένας ιός ή μια μορφή βακτηρίων, διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο επιτίθεται σε έναν παράγοντα που έχει εισβάλει στον οργανισμό. Στις αυτοάνοσες παθήσεις, τα κύτταρα, που συνήθως πολεμούν τον εισβολέα, μπερδεύονται και αντί γι' αυτόν πολεμούν και τα κύτταρα της ίδιας της άρθρωσης.

Η βασική περιοχή επίθεσης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι ο εσωτερικός χιτώνας των αρθρώσεων. Τα λευκά αιμοσφαίρια, των οποίων η δουλειά είναι να επιτίθενται σε ανεπιθύμητους εισβολείς, μετακινούνται με τη ροή του αίματος στον αρθρικό υμένα, στον οποίο προκαλούν φλεγμονή. Η φλεγμονή έχει ως αποτέλεσμα τη σκλήρυνση του υμένα και την απελευθέρωση χημικών ουσιών από τα κύτταρα του και από τα λευκά αιμοσφαίρια που έχουν εισχωρήσει στον υμένα. Αν η φλεγμονή δεν υποχωρήσει, οι απελευθερωμένες χημικές ουσίες αρχίζουν να καταστρέφουν το χόνδρο, τα οστά, τους τένοντες και τους συνδέσμους της άρθρωσης. Σταδιακά η άρθρωση παραμορφώνεται και στραβώνει. Οι σύνδεσμοι, οι μύες και οστά αποδυναμώνονται, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε χαλάρωση της άρθρωσης, και σε τελικό στάδιο η άρθρωση μπορεί να καταστραφεί. Επίσης, χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες φλεγμονές στις αρθρώσεις και στις σχετικές με αυτές δομές και συνοδεύεται συχνά με ποικιλία εξωαρθρικών εκδηλώσεων (Πλατή & Πριάμη, 2000).

Εκτιμάται, ότι 37 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α. πλήττονται από κάποιο τύπο αρθρίτιδας, ενώ 8 εκατομμύρια πάσχουν από Ρ.Α. και το 75% αντιστοιχεί στις γυναίκες (Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis, 2002).

Η Ρ.Α. είναι ο πλέον σοβαρός τύπος αρθρίτιδας, υπό την έννοια της χρόνιας ανικανότητας. Θεωρείται δε σημαντικό πρόβλημα υγείας, αφού καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μετά την καρδιακή νόσο, αν και ο θάνατος από Ρ.Α. είναι σπάνιος (Καραδήμας, 2005).

#### **1.4.1.1.Χαρακτηριστικά της ρευματοειδούς αρθρίτιδας**

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νόσος που προκαλεί πόνο, οίδημα (διόγκωση), δυσκαμψία και απώλεια της λειτουργικότητας των αρθρώσεων. Παρουσιάζει μερικά χαρακτηριστικά που την κάνουν να διαφέρει από άλλα είδη αρθρίτιδας:

- Ευαίσθητες, θερμές και διογκωμένες αρθρώσεις
- Προσβολή πολλών αρθρώσεων (πολυαρθρική προσβολή).
- Συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις του καρπού και οι εγγύς φαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών, επίσης, μπορεί να προσβληθούν οι αρθρώσεις του αυχένα, οι ώμοι, οι αγκώνες, τα ισχία, τα γόνατα, οι ποδοκνημικές αρθρώσεις και οι αρθρώσεις των άκρων ποδών.

- Συμμετρική προσβολή. Για παράδειγμα, εάν πάσχει το ένα γόνατο, πάσχει και το αντίστοιχο από την άλλη πλευρά του σώματος.
- Εύκολη κόπωση, περιστασιακά πυρετός, γενικό αίσθημα κακοδιαθεσίας.
- Πόνος και παρατεταμένη δυσκαμψία των αρθρώσεων κατά την αφύπνιση ή μετά από μακρόχρονη ανάπαυση.
- Προσβολή και άλλων οργάνων του σώματος, εκτός από τις αρθρώσεις.
- Η συμπτωματολογία μπορεί να επιμένει για πολλά έτη.
- Η συμπτωματολογία ποικίλει μεταξύ των ασθενών (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005; Allaire et al., 2003; Chorus et al., 2003)

Εκτός από τις αρθρώσεις, είναι δυνατόν να προσβάλλει και άλλα μέρη του σώματος επίσης, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν κόπωση, περιστασιακά πυρετό και γενικά αίσθημα κακοδιαθεσίας (κακουχία).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας είναι ότι διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο, σε ασθενείς με ήπια μορφή της νόσου εμφανίζονται περιόδους κατά τις οποίες τα συμπτώματα χειροτερεύουν (εξάρσεις) και περιόδους βελτίωσης (υφέσεις).

Σε πιο βαριά μορφή της νόσου, η ασθένεια μπορεί να είναι ενεργός τον περισσότερο καιρό, να διαρκεί για πολλά χρόνια και να οδηγήσει σε σοβαρές λειτουργικές βλάβες των αρθρώσεων. Αν και η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή, οι σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις, που περιλαμβάνουν την χορήγηση φαρμάκων, πρόγραμμα ανάπαυσης και φυσικής άσκησης, την εκπαίδευση του ασθενή, καθώς και ποικίλα προγράμματα κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, επιτρέπουν στους περισσότερους ασθενείς να έχουν μια δραστήρια και παραγωγική ζωή.

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει οδηγήσει σε ικανοποιητική κατανόηση της παθογένειας της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας αυξάνοντας την πιθανότητα, στο μέλλον, οι ερευνητές να ανακαλύψουν πιο αποτελεσματικές θεραπείες (Allaire et al., 2003).

#### **1.4.1.2. Επιδημιολογία της νόσου**

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα προσβάλλει όλες τις φυλές και τις εθνικές ομάδες. Η νόσος συνήθως ξεκινά στη 3η ή 4η δεκαετία της ζωής, αλλά είναι επίσης δυνατόν να

προσβάλλει γηραιότερα άτομα. Ωστόσο, όχι σπάνια, η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε νέους ενήλικες, ενώ ακόμα και τα παιδιά μπορούν να προσβληθούν από μια ειδική μορφή της ασθένειας. Όπως σε άλλα είδη αρθρίτιδας και αυτοάνοσων νοσημάτων, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (δύο με τρεις φορές συχνότερα). Οι επιστήμονες εκτιμούν ότι το 1% των ενηλίκων πάσχουν από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Allaire et al., 2003; Πλάτη & Πριάμη, 2000).

#### **1.4.1.3. Αίτια της ρευματοειδούς αρθρίτιδας**

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μία από τις πολλές «αυτοάνοσες» νόσους, κατά τις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου επιτίθεται εναντίον των ιστών του ίδιου του οργανισμού. Οι επιστήμονες δεν γνωρίζουν επακριβώς την αιτία που προκαλεί το νόσημα, όμως έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αρχίσει να διαλευκάνουν τους παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεσή του. Αν και πολλές ερωτήσεις παραμένουν ακόμα αναπάντητες, οι μέχρι τώρα παρατηρήσεις συγκλίνουν στο ότι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως γενετικών, περιβαλλοντικών και ορμονικών. Τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι παράγοντες γνώσεις μας για τα γενετικά χαρακτηριστικά των ασθενών και άλλους παράγοντες (όπως λοιμογόνους και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ορμονικές αλλαγές και ψυχολογικές επιβαρύνσεις) που μπορούν να ενεργοποιήσουν κάποιους βιολογικούς μηχανισμούς στο σώμα των ασθενών και να προκαλέσουν την εκδήλωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αρχίσει να διαλευκάνουν τους παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεση (Hammond et al., 2004; Louis, 2000).

**Γενετικοί (κληρονομικοί) παράγοντες:** Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς κληρονομούν από τους γονείς τους ορισμένα γονίδια (δηλ. γενετικά χαρακτηριστικά) που τους κάνουν πιο επιρρεπείς στην ασθένεια αυτή. Μάλιστα, έχει γίνει κατανοητό ότι περισσότερα από ένα εμπλεκόμενα γονίδια καθορίζουν την μορφή και την βαρύτητα της ασθένειας. Ωστόσο, προς το παρόν, δεν υπάρχει απόλυτος και ακριβής τρόπος για να διαπιστωθεί αυτή η

επιρρέπεια ή για να προβλεφθεί ποιος άνθρωπος θα εκδηλώσει ρευματοειδή αρθρίτιδα κάποια στιγμή της ζωής τους. Μερικά από τα γονίδια που έχουν διαπιστωθεί ότι καθορίζουν την προδιάθεση για Ρευματοειδή Αρθρίτιδα αντιπροσωπεύουν γονίδια που ελέγχουν την λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς που έχουν τέτοια γονίδια θα ασθενήσουν οπωσδήποτε, αφού φαίνεται ότι μια σειρά από άλλα ακόμη άγνωστα γονίδια, αλλά και περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στην επαγωγή της ασθένειας. (Arranz et al.,2000).

**Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Πιθανότατα, κάποιος παράγοντας του περιβάλλοντος (π.χ. ένας λοιμώδης παράγοντας, όπως κάποιος ιός ή βακτήρια) πυροδοτεί τη διαδικασία εκδήλωσης της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε άτομα των οποίων το γενετικό υπόστρωμα τους καθιστά ευαίσθητους στη νόσο. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι χωρίς αμφιβολία, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα δεν είναι μεταδοτική.

**Ορμονικοί παράγοντες:** Μια ποικιλία ορμονικών παραγόντων πιθανότητα εμπλέκεται στην γένεση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, όπως και άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων. Πιστεύεται ότι η διαταραχή κάποιων ορμονών, είναι δυνατόν να επάγει την ανάπτυξη της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε ένα γενετικά προδιατεθειμένο άτομο που έχει ήδη εκτεθεί σε εκλυτικό περιβαλλοντικό παράγοντα (Katz et al., 2006).

#### **1.4.1.4. Διάγνωση και θεραπεία**

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα ενδεχομένως **διαγιγνώσκεται** δύσκολα στα αρχικά της στάδια. Αυτό οφείλεται σε ποικίλους λόγους. Καταρχήν, συχνά δεν είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί με μία μόνο εξέταση. Επιπλέον, το είδος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Επίσης, είναι ενδεχόμενο να χρειάζεται χρόνος προκειμένου να αποκλεισθούν άλλες πιθανές διαγνώσεις, δεδομένου ότι τα συμπτώματα μπορεί να προσομοιάζουν σε αυτά άλλων τύπων αρθρίτιδας. Τέλος, μερικές φορές η συνολική κλινική εικόνα αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και

λίγα μόνο συμπτώματα εμφανίζονται από τα αρχικά στάδια. Έτσι ο ιατρός χρησιμοποιεί ποικίλα μέσα για να διαγνώσει τη νόσο και να αποκλείσει άλλες καταστάσεις.

Αυτό γίνεται με τη λήψη ιστορικού, τη φυσική εξέταση (δέρμα, πνεύμονες, καρδιά, νευρικών αντανακλαστικών, μυϊκής δύναμης κ.α.), ακτινολογικές εξετάσεις (διαγνωσθεί αρθρικές διαβρώσεων) εργαστηριακές εξετάσεις (δοκιμασία για ανεύρεση ρευματοειδή παράγοντα, ενός παθολογικού αντισώματος) Εντούτοις, δεν είναι όλοι οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα θετικοί στο ρευματοειδή παράγοντα, ειδικά στα αρχικά στάδια της νόσου, ούτε το σύνολο των ανθρώπων με ρευματοειδή παράγοντα αναπτύσσουν τη νόσο. Άλλες κοινές εξετάσεις είναι η γενική αίματος (λευκοκυτταρικός τύπος, έλεγχος για αναιμία) και η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (που υποδηλώνει παρουσία φλεγμονής) (Μηνασίδου & Λεμονίδου, 2005; Allaire et al., 2003 ).

Όσον αφορά τη **θεραπεία** για την ώρα δεν υπάρχει μόνιμη ίαση για την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, με σωστή και έγκαιρη αγωγή, στους περισσότερους ασθενείς η νόσος μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά. Δηλαδή, η νόσος θεραπεύεται, αλλά προς το παρόν δεν ιάται. Στους κύριους στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνονται:

- Πλήρης ύφεση της νόσου (τελικός στόχος)
- Ανακούφιση από τον πόνο και γενικά έλεγχος όλων των συμπτωμάτων της νόσου
- Πρόληψη της βλάβης των αρθρώσεων και, επομένως, πρόληψη των παραμορφώσεων των αρθρώσεων, των λειτουργικών κινητικών διαταραχών και της αναπηρίας
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Χρυσοβιτσάνου , 2001)

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι τόσο στις γνώσεις μας πάνω στους παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου όσο και στη βιοτεχνολογία. Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα την παρασκευή και εισαγωγή στη θεραπευτική της ρευματοειδούς αρθρίτιδας νεότερων νοσοτροποποιητικών φαρμάκων στα οποία περιλαμβάνονται και οι βιολογικοί παράγοντες. Έτσι με την κατάλληλη χρησιμοποίηση σε κάθε ασθενή των φαρμάκων αυτών είναι σήμερα εφικτή η επίτευξη των παραπάνω στόχων της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Ωστόσο, υπάρχουν δύο παράγοντες που αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία αυτών των θεραπευτικών στόχων. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- έγκαιρη διάγνωση
- Η πρόωμη και επιθετική θεραπευτική παρέμβαση

Η θεραπεία συνιστάται κυρίως στην χορήγηση δραστικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που εμποδίζουν την ανάπτυξη των φλεγμονών σε συνδυασμό με την υποστηρικτική αγωγή που βελτιώνει τον τρόπο ζωής. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως διαφορετική σε ασθενείς με μακρόχρονη νόσο (και συχνά ελλιπή θεραπευτική αγωγή), όπου μόνιμες βλάβες έχουν δημιουργηθεί, αλλά οι φλεγμονές δεν είναι πλέον παρούσες. Εδώ, η θεραπεία συνίσταται κυρίως σε συντηρητική αγωγή, αλλά και σε χειρουργικές επεμβάσεις. Έτσι, σε ένα ασθενή με παραμορφωτικές βλάβες από παλαιά αθεράπευτη αρθρίτιδα χορηγείται αγωγή για την ανακούφιση από τον πόνο και υποβάλλεται σε φυσιοθεραπεία και διορθωτικές ορθοπεδικές επεμβάσεις με σκοπό την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων. Η θεραπευτική αγωγή αποτελεί θέμα - κλειδί για την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού. Μεταξύ άλλων, η συζήτηση με τον ιατρό βοηθά στην κατανόηση των προβλημάτων του νοσήματος και την επιβεβαίωση ότι ακολουθείται η σωστή αγωγή. Επίσης, η συζήτηση βοηθά τον ασθενή να πάρει αποφάσεις για ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση (Allaire et al., 2003). Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα χρειάζονται ισορροπία ανάμεσα σε άσκηση και ανάπαυση, φροντίδα των αρθρώσεων, καταπολέμηση του άγχους, υγιεινή διατροφή, το περιβάλλον- κλιματολογικές αλλαγές κ.α

Όλα αυτά σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των φλεγμονών και του πόνου, φέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, ώστε να μην υποφέρουν.

#### **1.4.2. Οστεοαρθρίτιδα (Γενικά)**

Η οστεοαρθρίτιδα (OA) είναι μια εκφυλιστική νόσος των αρθρώσεων η οποία είναι αποτέλεσμα μηχανικών και βιολογικών ανωμαλιών που αποσταθεροποιούν τη φυσιολογική ισορροπία της άρθρωσης και ειδικότερα του αρθρικού χόνδρου και του υποχόνδριου οστού που συνεπάγεται υποβάθμιση της άρθρωσης. Εκδηλώνεται με μοριακές, βιοχημικές, μορφολογικές και εμβιομηχανικές μεταβολές των κυττάρων του



αρθρικού χόνδρου με αποτέλεσμα την μαλάκυνση, ινιδισμό, εξέλκωση του και στο τελικό στάδιο την εξ ολοκλήρου απώλεια του αρθρικού χόνδρου, και στη συνέχεια σκλήρυνση υποχόνδριου οστού και δημιουργία υποχόνδριων κύστεων και οστεόφυτων. Η αύξηση της επίπτωσης της νόσου με την ηλικία αναμένεται να οδηγήσει στην αύξηση του αριθμού των συμπτωματικών ασθενών από το 15% (40 εκατομμύρια) του πληθυσμού που είναι σήμερα στις ΗΠΑ, στο 18% (59 εκατομμύρια) μέχρι το 2020 (Lawrence et al 1998). Επομένως καθίσταται αναγκαία η περαιτέρω κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν στην έναρξη και στην επιδείνωση της πάθησης, ώστε να δοθεί η δυνατότητα εφαρμογής θεραπευτικών σχημάτων που τροποποιούν την εξέλιξή της.

#### 1.4.2.1. Ορισμός και ταξινόμηση

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας οστεοαρθρίτιδα ορίζεται μια *«ετερογενής ομάδα συνθηκών που οδηγούν σε κοινά συμπτώματα και σημεία που σχετίζονται με την ελαττωματική ακεραιότητα του αρθρικού χόνδρου, ενώ παράλληλα σχετίζονται με αλλαγές στο υποκείμενο υποχόνδριο οστό»* (Kloppenburg and Kwok, 2012).

Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) είναι η πιο συχνή πάθηση των αρθρώσεων και σχετίζεται με πόνο και λειτουργική επιβάρυνση. Κυρίως στο παρελθόν θεωρείτο νόσος των ηλικιωμένων λόγω της φυσιολογικής γήρανσης των αρθρώσεων, στην εποχή μας όμως και με την εξέλιξη της επιστήμης, διαπιστώθηκαν συγκεκριμένοι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνισή της, καθώς πολλοί υπερήλικες δεν έχουν στις αρθρώσεις τους τον αναμενόμενο εκφυλισμό ενώ άλλοι νεότερης ηλικίας υποφέρουν από οστεοαρθρίτιδα βαριάς μορφής (Kloppenburg and Kwok, 2012).

Η ΟΑ είναι μία ετερογενής ομάδα διαταραχών η οποία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, στην **πρωτοπαθή (ή ιδιοπαθή) οστεοαρθρίτιδα** που είναι εστιακή, με μεμονωμένη προσβολή των άκρων χειρών, γονάτων, ισχίων ή σπονδυλικής στήλης, ή γενικευμένη, και την **δευτεροπαθή οστεοαρθρίτιδα** η οποία οφείλεται σε ανατομικές ανωμαλίες, μεταβολικά νοσήματα, ή σε φλεγμονώδεις παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Η ακριβή αιτία της οστεοαρθρίτιδας δεν είναι ακριβή. Καθώς η έρευνα εξελίσσεται γίνεται σαφές ότι δεν υπάρχει μόνο μια αιτία για την εμφάνιση της νόσου (Kloppenburg and Kwok, 2012).

#### 1.4.2.2. Επιδημιολογία

Επιδημιολογικά πρόκειται για ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας καθώς προσβάλλει έναν στους τρεις ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών με υπολογίσιμες οικονομικές προεκτάσεις οι οποίες θα μας απασχολήσουν περισσότερο και στο μέλλον καθώς το προσδόκιμο όριο ζωής αυξάνεται και σύμφωνα με τις στατιστικές περίπου 27 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από οστεοαρθρίτιδα στις Ηνωμένες Πολιτείες και 8 εκατ. Στην Μ. Βρετανία, ενώ ο αριθμός στην Ελλάδα υπολογίζεται σε 1 με 1.5 εκατ. περίπου (Lawrence et al, 2008).

Η ιδιοπαθής ΟΑ είναι η πιο κοινή μορφή αρθρίτιδας που επηρεάζει το 60% των ανδρών και το 70% των γυναικών ηλικίας άνω των 65 ετών (Brandt et al. 1998 ; Andrianakos A et al. 2003; Hunter et al. 2007) με τεράστιο κοινωνικοοικονομικό κόστος ανταγωνιζόμενο εκείνο της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Ένα παράδειγμα που δείχνει τις συνεχείς τάσεις αύξησης του αριθμού ασθενών με οστεοαρθρίτιδα είναι η έρευνα των Lawrence και των συνεργατών του το 2008 όπου έδειξε ότι ο αριθμός των ασθενών με συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα έχει αυξηθεί από 21 εκατ. περίπου στα 27 εκατομμύρια στις Ηνωμένες Πολιτείες, αντικατοπτρίζοντας πιθανώς την γήρανση του πληθυσμού και την επιδημία της παχυσαρκίας.

Πρόσφατα, ο Murphy και οι συνεργάτες του εκτίμησαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης συμπτωματικής οστεοαρθρίτιδας του γόνατος κατά τη διάρκεια της ζωής είναι περίπου 45% και αυξάνεται στα παχύσαρκα άτομα στο 66% (Murphy et al., 2008).

Η ΟΑ είναι συχνό αίτιο νοσηλείας: το 55% των νοσηλειών για αίτια σχετιζόμενα με αρθρίτιδα οφείλονται στην ΟΑ (Lethbridge-Cejku et al, 2003). Το συνολικό ετήσιο κόστος της ΟΑ υπολογίζεται σε 5.700 δολάρια ΗΠΑ (Maetzel et al, 2004), ενώ το 2004 το κόστος νοσηλείας ασθενών με ΟΑ ανήλθε σε 22,6 δις δολάρια ΗΠΑ (United States Bone and Joint Decade. The burden of musculoskeletal diseases in the United States. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2008).

Ο πόνος είναι το βασικό σύμπτωμα που οδηγεί τους ασθενείς στο να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη και ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ανικανότητα (Hadler NM., 1992).

Οι ασθενείς παραπονιούνται ότι δυσκολεύονται στο ανέβασμα της σκάλας καθώς και στο περπάτημα περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, καθώς η

οστεοαρθρίτιδα δημιουργεί την ασθένεια σε μεγάλες αρθρώσεις γόνατο και ισχίο δημιουργώντας αναπηρία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται σήμερα, στοχεύει περισσότερο στη βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων και λιγότερο στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου. Η προοδευτική επιδείνωση της πάθησης που οδηγεί σε σωματική ανικανότητα, αποτελεί την κύρια ένδειξη χειρουργικής θεραπείας με ολική αρθροπλαστική (DeFrances & Podgornik, 2004).

#### **1.4.2.3. Παράγοντες κινδύνου**

Η ΟΑ έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία και μπορεί να θεωρηθεί ως προϊόν αλληλεπίδρασης μεταξύ συστηματικών και τοπικών παραγόντων.

### **I. Συστηματικοί παράγοντες**

#### **I.1. Ηλικία**

Η αύξηση στον επιπολασμό και στην επίπτωση της οστεοαρθρίτιδας με την πάροδο των χρόνων είναι μάλλον συνέπεια των βιολογικών αλλαγών που επέρχονται με τη γήρανση καθώς και με την σωρευτικής έκθεσης σε διάφορους παράγοντες κινδύνου (Felson et al. 2000, Lawrence et al. 2008) Επίσης, μηχανισμοί που προστατεύουν την άρθρωση, όπως η ιδιοδεκτικότητα, η μυϊκή μάζα και η ευλυγισία κατά την ραιβότητα και την βλαισότητα, αποδιοργανώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Στην μελέτη Gingford οι υψηλότερες ηλικιακές ομάδες παρουσίαζαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΟΑ του γόνατος. Η πιθανότητα εμφάνισης οστεοφύτων αύξανε κατά 20% ανά πενταετία (Hart et al., 1999).

#### **I.2. Φύλο**

Το φύλο μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΟΑ του γόνατος. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει έχουν δείξει ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν οστεοαρθρίτιδα και σε πιο εκτεταμένη μορφή από ότι οι άνδρες (Srikanth et al., 2005). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι η αύξηση της συχνότητας της οστεοαρθρίτιδας ήταν στις γυναίκες αμέσως μετά την εμμηνόπαυση οδήγησε στο να γίνουν πολλές έρευνες οι οποίες προσπάθησαν να συσχετίσουν την οστεοαρθρίτιδα με ορμονικούς παράγοντες, και οι οποίες είχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα (Wluka et al., 2000). Όπως για παράδειγμα μια έρευνα των Cirillo και των συνεργατών του το

2006, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που έπαιρναν θεραπεία οιστρογόνων είχαν 15% λιγότερες πιθανότητες (Cirillo et al., 2006).

Στη μελέτη Framingham (Felson et al 1992), οι γυναίκες αναπτύσσουν πιο συχνά οστεοαρθρικές αλλοιώσεις στο γόνατο. Στη μελέτη NHANES I (Tepper et al 1993), η αμφοτερόπλευρη οστεοαρθρίτιδα του γόνατος εμφανίζονταν σε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες. Τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώθηκαν από τη μελέτη Zoetermeer (Van Saase et al 1988). Παρατηρήθηκε πως στα άτομα με ακτινολογικές αλλοιώσεις του γόνατος, οι άρρενες εμφάνιζαν ποσότητα χόνδρου που ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τις γυναίκες και στην επιφάνεια της επιγονατίδας και στους κνημιαίους κονδύλους (Ding et al 2003).

### **I.3.Οστική πυκνότητα (Bone Mineral Density)**

Η σχέση οστικής πυκνότητας και οστεοαρθρίτιδας του γόνατος έχει εξεταστεί από πολλές προοπτικές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα όπως αναφέρεται στην Framingham cohort, όπου υπήρχε χαμηλή οστική πυκνότητα στον αυχένα του μηριαίου οστού ο κίνδυνος εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας γόνατος ήταν μικρότερος. Με αυτά τα αποτελέσματα συμφωνεί και η έρευνα Rotterdam όπου στους ασθενείς με υψηλή οστική πυκνότητα στον αυχένα του μηριαίου και στην σπονδυλική στήλη η συχνότητα οστεοαρθρικών ευρημάτων ήταν υψηλότερη. Ο ρυθμός απώλειας της οστικής μάζας σε μέτρηση μετά την πάροδο δύο ετών έδειξε ότι ο ρυθμός απώλειας της οστικής μάζας ήταν μεγαλύτερος στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Η ελάττωση της οστικής πυκνότητας κάτω από ένα επίπεδο, πιθανόν να οδηγεί σε ενεργοποίηση της έκκρισης κυτταροκινών και επιδείνωσης της OA (Burger et al 1996).

### **I.4.Φυλή-εθνοκότητα**

Ο επιπολασμός της OA και τα είδη των αρθρώσεων που επηρεάζονται από αυτή ποικίλλουν μεταξύ των φυλετικών και των εθνοτικών ομάδων. Η OA του ισχίου και του χεριού είναι σπανιότερες μεταξύ των κινέζων της "Beijing Osteoarthritis Study" (Zhang YQ et al.,2001; Nevitt et al., 2002) σε σχέση με τους λευκούς τη μελέτης Framingham, αλλά αντιθέτως οι κινέζες της "Beijing Osteoarthritis Study" είχαν σημαντικά 32 υψηλότερο επιπολασμό ακτινολογικής και συμπτωματικής OA γόνατος από τις λευκές στην Μελέτη Framingham. [Zhang Y et al., 2001)] Η ακτινολογική OA

ισχίου έχει αναφερθεί ότι είναι σπάνια σε έγχρωμους Αφρικανούς, αλλά το πρώτο "NHANES and the Johnston County Osteoarthritis Project" ανέδειξε ότι η ΟΑ ισχίου είναι τουλάχιστον το ίδιο συχνή στους έγχρωμους Αμερικανούς Αφρικανικής καταγωγής, όσο και στους λευκούς Αμερικανούς (Heimick et al., 2003). Αν κάποια από αυτά τα φυλετικά / εθνοτικά χαρακτηριστικά αναφορικά με το μηριαίο οστόν και την κοτύλη, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ακτινολογική ΟΑ ισχίου στους λευκούς, είναι κάτι που χρήζει περαιτέρω μελέτη (Lane et al., 2000).

### **1.5.Γενετικοί παράγοντες**

Τα αποτελέσματα από πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η ΟΑ είναι κληρονομική και μπορεί η συχνότητα εμφάνισης να διαφέρει ανάλογα με την άρθρωση που προσβάλλεται. Μελέτες διδύμων και οικογενειών έχουν εκτιμήσει την κληρονομική συνιστώσα της ΟΑ να είναι μεταξύ 50% και 65%, με μεγαλύτερες γενετικές επιρροές για το χέρι και το ισχίο από ό,τι για την ΟΑ του γόνατος (Spector et al.,1996; Felson et al., 1998).

### **1.6.Διατροφή**

Οι διατροφικοί παράγοντες αποτελούν αντικείμενο με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ΟΑ, αλλά τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντικρουόμενα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η επίδραση των παραγόντων κινδύνου ενδέχεται να διαφέρει ανάλογα με τη συχνότητα και την εξέλιξη της ΟΑ, όπως και από τους ορισμούς της ακτινολογικής και της συμπτωματικής ΟΑ. Το 1996, ο McAlindon και οι συνεργάτες του (McAlindon et al.,1996) ανέφερε ότι ο κίνδυνος της προοδευτικής ΟΑ του γόνατος ήταν τριπλάσιος στα άτομα με χαμηλότερα (<27 ng/ml) και μεσαία (27,0-33,0 ng/ml) επίπεδα της 25-υδροξυβιταμίνης D στον ορό από ό,τι σε άτομα με υψηλότερη τιμή. Σε μια μελέτη των οστεοπορωτικών καταγμάτων, οι γυναίκες με μεσαία (23-29 ng/ml) και χαμηλά (8-22 ng/ml) επίπεδα της 25-υδροξυβιταμίνης D στον ορό είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν περιστατικό ΟΑ ισχίου, η οποία να χαρακτηρίζεται από στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος, σε σχέση με εκείνες που είχαν υψηλότερες τιμές (30-72 ng/ml). Στην ίδια μελέτη τα επίπεδα της βιταμίνης D στον ορό δεν συνδέθηκαν με τον κίνδυνο εμφάνισης ΟΑ ισχίου που να χαρακτηρίζεται από οστεόφυτα (Lane et al.,1999) Πιο πρόσφατα, στοιχεία από δύο μελέτες απέτυχαν να

επιβεβαιώσουν μια προστατευτική επίδραση της βιταμίνης D στη δομική επιδείνωση του γόνατος από ΟΑ (Felson et al.,2007) Σε μία τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή της βιταμίνης D που πραγματοποιήθηκε για να προσδιορίσει την σχέση μεταξύ των επιπέδων της βιταμίνης D στον ορό, της έκθεσης στον ήλιο και της απώλειας του χόνδρου στο γόνατο σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, κατέληξε στο ότι η έκθεση στο ηλιακό φως και τα επίπεδα της 25 (OH) D στον ορό συνδέονται με μειωμένη απώλεια χόνδρου στο γόνατο (που αξιολογήθηκε με ακτινογραφία ή μαγνητική τομογραφία). Αυτή είναι ποιοτικά η καλύτερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τη δράση της 25 (OH) D, χρησιμοποιώντας όλο το φάσμα της στον ορό και όχι μόνο προκαθορισμένα επίπεδα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επίτευξη επάρκειας βιταμίνη D μπορεί να προλάβει και / ή να επιβραδυνθεί τη απώλεια του χόνδρου στο ΟΑ γόνατο (Ding et al.,2009).

Στους άνδρες, η πρόσληψη βιταμίνης E συσχετίστηκε αντίστροφα με την εξέλιξη της ΟΑ του γόνατος, αλλά αυτή η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική (McAlindon et al.,1996) Μια πρόσφατη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή της βιταμίνης E, απέτυχε να βελτιώσει τα συμπτώματα σε ασθενείς με συμπτωματική ΟΑ του γόνατος ή να αποτρέψει την εξέλιξη της ΟΑ του γόνατος, όπως μετριέται με τον όγκο του χόνδρου στη μαγνητική τομογραφία (Wluka et al., 2002). Τα άτομα που είχαν χαμηλά επίπεδα σεληνίου, ένα ιχνοστοιχείο που μετράται στα νύχια, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ακτινολογική ΟΑ του γόνατος, αμφοτερόπλευρη ΟΑ γόνατος και σοβαρή ΟΑ γόνατος (Jordan et al., 2005) Σε άλλη μια μελέτη, τα υψηλά επίπεδα βιταμίνης K στον ορού συσχετίστηκαν με εμφάνιση ακτινολογικής ΟΑ στα χέρια και ιδιαίτερα με την παρουσία μεγάλων οστεοφύτων (Neogi et al., 2006). Η σχέση των επιπέδων βιταμίνης K στον ορό με την εμφάνιση ακτινολογικής ΟΑ του γόνατος είναι λιγότερο σαφής. Μια πρόσφατη τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη της βιταμίνης K (φυλλοκινόνη, 500 mg/d) δεν επιβεβαίωσε την προστατευτική επίδραση της βιταμίνης K στη γενικευμένη ακτινολογική ΟΑ των χεριών (Neogi et al., 2008).

## **II. Τοπικοί Παράγοντες Κινδύνου**

### **II.1.Επαγγελματική ασχολία**

Μελέτες έχουν δείξει ότι η επαναλαμβανόμενη χρήση των αρθρώσεων στην εργασία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας όπως για παράδειγμα οι

αγρότες εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό στην ΟΑ ισχίου (Croft et al., 1992). Ο Coggon και οι συνεργάτες του κατέδειξαν περαιτέρω ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΟΑ του γόνατος που συνδέεται με το γονάτισμα ή το βαθύ ημικάθισμα ήταν υψηλότερος ανάμεσα στα υπέρβαρα άτομα ή σε εκείνους που η εργασία τους απαιτούσε επιπλέον ανύψωση βάρους (Coggon et al., 2000).

## **II.2.Σωματικό βάρος**

Η παχυσαρκία συνδέεται ως ισχυρός παράγοντας κινδύνου με την οστεοαρθρίτιδα ειδικά του γόνατος (Felson et al.,2000). Μελέτες δείχνουν ότι απώλεια βάρους συνδέεται άμεσα με τον μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης νέου επεισοδίου οστεοαρθρίτιδας καθώς και μειωμένης ανάπτυξης ακτινολογικών αλλοιώσεων. Η παρέμβαση αυτή βοηθάει στη μείωση του πόνου και της αναπηρίας σε εγκατεστημένη οστεοαρθρίτιδα γόνατος (Messier et al.,2004; Christenssen et al.,2007). Η μελέτη Αρθρίτιδα, Διατροφή και Προώθησης της Δραστηριότητας (the arthritis, diet, and activity promotion trial) έδειξε ότι η απώλεια βάρους σε συνδυασμό με την άσκηση, αλλά ούτε η απώλεια βάρους ούτε η άσκηση μόνη της, ήταν αποτελεσματική στην ελάττωση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας σε παχύσαρκους ανθρώπους τρίτης ηλικίας που είχαν συμπτωματική ΟΑ γόνατος (Messier et al.,2004.) Σε μια μετα-ανάλυση της απώλειας βάρους στην ΟΑ, ο Christensen και οι συνεργάτες του κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η λειτουργικότητα θα μπορούσε να βελτιωθεί με μία μείωση βάρους της τάξης του 5%, αλλά οι επιδράσεις της απώλειας βάρους στον πόνο ήταν λιγότερο εμφανείς (Christenssen et al.,2007).

## **II.3.Σωματική Δραστηριότητα**

Οι αθλητικές δραστηριότητες και η συσχέτισή τους ή όχι με την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας είναι ένα ζήτημα που έχουν ασχοληθεί πολλές έρευνες στο παρελθόν με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στη Μελέτη των Alindon και των συνεργατών του, η οποία μελέτησε τη σωματική δραστηριότητα μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων γενικά χαρακτηρίστηκε από το χαλαρό περπάτημα και τις αγροτικές εργασίες. Τα άτομα που ασχολούνταν σε σχετικά υψηλά επίπεδα με τις ανωτέρωδραστηριότητες είχαν τριπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν ακτινογραφική ΟΑ του γόνατος από τα άτομα που έκαναν καθιστική ζωή όταν επανεκτιμήθηκαν μετά από 8 χρόνια παρακολούθησης

(Alindon et al., 2005). Άλλη μία έρευνα των Lane και των συνεργατών του αναφέρθηκαν παρόμοια αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα σε όσα άτομα από το δείγμα είχαν αυξημένη σωματική δραστηριότητα παρουσίασαν υψηλό επιπολασμό οστεοαρθρίτιδας ισχίου (Lane et al., 2000). Αντίθετα, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι, ελλείψει οξέως τραυματισμού, το τρέξιμο μικρής καταπόνησης κατά τη διάρκεια αεροβικής καύσης, δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης OA (Lane et al., 2004; Newton et. al., 2006).

#### **II.4.Τραυματισμός- Χειρουργική επέμβαση**

Σημαντική ζημία στις δομές της άρθρωσης, ιδιαίτερα ένα ενδαρθρικό κάταγμα, μία ρήξη μηνίσκου που απαιτεί μηνισκεκτομή ή μία ρήξη προσθίου χιαστού συνδέσμου λόγω τραυματισμού, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μελλοντικά OA και μυοσκελετικής συμπτωματολογίας (Lohmander et al., 2004; Roos et al., 2001).

##### **1.4.2.4. Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας, επειδή δεν ξέρουμε την αιτία της, δεν μπορεί να είναι αιτιολογική. Προσπαθούμε όμως, με διάφορα μέσα να επιβραδύνουμε την εξέλιξη της και να αντιμετωπίσουμε τα συμπτώματα. Για αυτό τον σκοπό χρησιμοποιούμε διάφορα φυσικά μέσα και φάρμακα και στα τελικά στάδια την λύση την δίνουν χειρουργικές επεμβάσεις

##### **1. Φυσικά μέσα (Μη φαρμακευτική θεραπεία)**

Τα φυσικά μέσα είναι κατάλληλα και βοηθητικά για κάθε στάδιο οστεοαρθρίτιδας. Σε αυτά περιλαμβάνονται η **Φυσικοθεραπεία**, η **Υδροθεραπεία** και ειδικές **Ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών της άρθρωσης**. Επίσης, πολλή σημαντική ανακούφιση προσφέρουν η απώλεια βάρους και χρησιμοποίηση βοηθημάτων κατά την βάδιση (Νάρθηκες, μαστούνια, περιπατητήρες.)

##### **2. Φαρμακευτική θεραπεία**

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας ανήκουν κυρίως στην κατηγορία των **αναλγητικών** και **αντιφλεγμονωδών φαρμάκων**,



τα οποία χορηγούνται είτε ως ενέσιμα είτε από το στόμα είτε υπό μορφή αλοιφών για τοπική χρήση.

Όταν τα ενοχλήματα της αρθρίτιδας είναι ήπια, τότε τα απλά **αναλγητικά φάρμακα** ή η τοπική χρήση αντιφλεγμονωδών αλοιφών και διαλυμάτων επαρκούν και περιορίζουν ικανοποιητικά τα συμπτώματα.

Σε πιο έντονες ενοχλήσεις χορηγούνται **αντιφλεγμονώδη φάρμακα**, προσπαθώντας να τα δώσουμε στην μικρότερη δυνατή δόση και για το μικρότερο αναγκαίο διάστημα, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειες που συνοδεύουν αυτά τα φάρμακα. Συνήθως τα προβλήματα που προκύπτουν από τα αντιφλεγμονώδη επηρεάζουν το γαστρεντερικό σύστημα, με κίνδυνο να προκαλέσουν γαστρορραγία, αλλά και το καρδιαγγειακό σύστημα, ειδικά όσους πάσχουν από υπέρταση.

Στις παροξύνσεις της εκφυλιστικής οστεοαρθρίτιδας, η **ενδοαρθρική έγχυση κορτιζόνης** δίνει άμεσα, καλά αποτελέσματα για αρκετό χρονικό διάστημα, δεν θα πρέπει όμως να επαναλαμβάνεται συχνά, παρά μόνο 1-2 φορές το χρόνο.

Τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιούνται ευρύτατα **ενδοαρθρικές εγχύσεις με υαλουρονικά**, τα οποία θεωρείται ότι έχουν λιπαντικές, αντιφλεγμονώδεις και αναλγητικές ιδιότητες. Η αποτελεσματικότητά τους όμως δεν είναι αποδεδειγμένη και έχουν μικρή απόδοση σε προχωρημένα στάδια της αρθρίτιδας.

### **3. Χειρουργική αντιμετώπιση**

Οι χειρουργικές επεμβάσεις στην οστεοαρθρίτιδα αποσκοπούν είτε στο να επιβραδύνουν τη εξέλιξή της και να ανακουφίσουν από τα έντονα ενοχλήματα είτε στην αντικατάσταση της φθαρμένης άρθρωσης με τεχνητή άρθρωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. Ορισμός κόπωσης

Για να περιγράψει ένας άνθρωπος στις καθημερινές του συζητήσεις ότι νιώθει κόπωση μπορεί να χρησιμοποιήσει εναλλακτικά πολλούς όρους όπως υπνηλία, κούραση, εξάντληση, έλλειψη ενέργειας. Η κόπωση στην επιστημονική βιβλιογραφία έχει ορισθεί ως ένα υποκειμενικό σύμπτωμα είτε ως μία αντικειμενική μείωση στις επιδόσεις του ατόμου, καθώς επίσης έχει αναγνωρισθεί και ως ανεξάρτητο σύνδρομο (σύνδρομο χρόνιας κόπωσης) (Wessely, 1998). Γενικά η κόπωση είναι πολυπαραγοντική και πολύπλοκη (Ream & Richardson, 1996), καθώς περιλαμβάνει τόσο φυσιολογικές όσο και ψυχολογικές παραμέτρους, αλλά και εργασιακά και ζωής γεγονότα που επηρεάζουν τον άνθρωπο (Aaronsen et al., 1999; Magnusson et al., 1999).

### 2.2. Ταξινόμηση της κόπωσης

Η κόπωση χωρίζεται σε **οξεία ή φυσιολογική**, που είναι η πιο απλή μορφή κόπωσης, καθώς ελαττώνεται με την ανάπαυση και λειτουργεί σαν προστατευτικός μηχανισμός ώστε να σηματοδοτήσει την ανάγκη για ξεκούραση. Αντίθετα, η **χρόνια ή παθολογική** είναι πιο σοβαρής μορφής κόπωση σχετίζεται με ασθένειες και για να εμφανιστεί φτάνει η παραμικρή προσπάθεια και το χαρακτηριστικό της είναι ότι μετά από ξεκούραση δεν υποχωρεί (Chaudhuri & Behan, 2000). Η χρόνια κόπωση συσχετίζεται συνήθως με ασθένειες όπως ο καρκίνος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η ρευματοειδή αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα κ.α. (Drayer et al., 2005; Kant et al., 2003). Επίσης η κόπωση έχει διακριθεί ως «περιφερική» (peripheral fatigue) και «κεντρική» (central fatigue) ανάλογα με το ποιες είναι οι διαδικασίες και τα συστήματα που λαμβάνουν μέρος στην εκδήλωσή της (Chaudhuri & Behan, 2004). Ορισμένοι αναφέρουν την κόπωση να ταξινομείται και σε ψυχολογική κόπωση, όμως κάτι τέτοιο δεν έχει καθορισθεί επαρκώς από τη βιβλιογραφία.

## **2.3. Έρευνα στον τομέα της κόπωσης**

### **2.3.1. Κόπωση στο γενικό πληθυσμό**

Στον γενικό πληθυσμό οι έρευνες που έχουν γίνει και αφορούν την κόπωση έχουν εξάγει αντιφατικά αποτελέσματα, με τα ποσοστά του επιπολασμού να κυμαίνονται από 7% έως 42% (Lewis et al., 1992) αυτό το γεγονός πιθανώς να οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει ένας ορισμός του τι περιλαμβάνει ένα περιστατικό κόπωσης.

### **2.3.2. Σχέση της κόπωσης με την ηλικία**

Όσον αφορά τη σχέση της κόπωσης με την ηλικία επίσης τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά, καθώς κάποιες έρευνες δεν βρήκαν ότι υπάρχει συσχέτιση (Nisenbaum et al., 1998; Hickie et al., 1996), κάποιες άλλες έρευνες παρατήρησαν ότι με την πάροδο της ηλικίας αυξανόταν και η κόπωση (Appels, 1999; Lawrie et al., 1997), ενώ και κάποιες άλλες έρευνες βρήκαν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης με την πάροδο της ηλικίας (Hardy, 1997; Hublin et al., 1996).

### **2.3.3. Σχέση κόπωσης με την εκπαίδευση**

Τα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με τη συσχέτιση της κόπωσης με την εκπαίδευση έδειξαν ότι η κοινωνική θέση συσχετίστηκε με λιγότερη κόπωση (Wessely et al., 1997; Fuhrer & Wessely, 1995), αν και σε ορισμένες έρευνες δεν βρέθηκαν τέτοιες συσχετίσεις (Lawrie et al., 1997).

### **2.3.4. Η κόπωση στα χρόνια νοσήματα**

Η κόπωση έχει εμφανιστεί σε συγκεκριμένες χρόνιες ιατρικές παθήσεις και έχει αναγνωριστεί ως ένα σοβαρό σύμπτωμα που μπορεί να μειώσει σημαντικά τη λειτουργικότητα ενός ατόμου που πάσχει από μία ασθένεια καθώς επίσης και να επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα ζωής ασθενών σε πολλές χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος ( Lee & Shun, 2012), η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) ( Schwid et al., 2002), ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) (Jacobson et al., 1997), η ρευματοειδή αρθρίτιδα (Singh et al., 2014; Swain, 2000), οστεοαρθρίτιδα (Power et al., 2008; Gignac et al., 2004) κ.α. Η κόπωση έχει χαρακτηριστεί ως μια από τις πιο δύσκολες πτυχές της χρόνιας ασθένειας (Power et al., 2008). Παρ' όλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως η αιτία

που προκαλεί κόπωση στις χρόνιες ασθένειες συνεχίζει να αποδεικνύεται δύσκολα, ακόμα κι αν αποτελεί το κύριο ή ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα μιας νόσου (όπως ο ΣΕΛ ή η ΣΚΠ) (Omdal et al., 2003; Schwid et al., 2002). Ο Swain το 2000, ο οποίος μελέτησε την κόπωση στα χρόνια νοσήματα προτείνει ότι η κόπωση στις χρόνιες ασθένειες προκαλείται κυρίως από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Συγκεκριμένα, αναφέρει στη μελέτη του ότι η ορμόνη απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης και των κυτταροκινών στο χρόνιο στρες, η ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω των νευροδιαβιβαστών καθώς και οι διαταραχές της διάθεσης όπως η κατάθλιψη, είναι πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κόπωση σε χρόνιες ασθένειες. Επίσης, οι διαταραχές του ύπνου, το στρες, ο πόνος, η αγωνία για την έκβαση της νόσου, η κατάθλιψη και πιθανόν άλλων συμπτωμάτων, καθώς και η προσωπικότητα του ασθενή συμβάλλουν στην υποκειμενική εμπειρία της κόπωσης σε χρόνιες παθήσεις (Berger et al., 2003; Schwid et al., 2002).

Ο Fishbain και οι συνεργάτες τους (2003) οι οποίοι έκαναν μία δομημένη, τεκμηριωμένη ανασκόπηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ **πόνου και κόπωσης**, με τα επίπεδα της κόπωσης να αυξάνονται όσο πιο έντονος είναι ο πόνος. Ομοίως έρευνες έχουν διαπιστώσει την επίδραση της κακής ψυχικής υγείας και κυρίως της **κατάθλιψης στην κόπωση** των ασθενών (Watt et al., 2000; Huyser et al., 1998). Τέλος, η **παχυσαρκία** είναι επίσης ένας ακόμα συνεισφέρον παράγοντας της κόπωσης, καθώς το περιττό βάρος κάνει τον ασθενή να έχει αυξημένα επίπεδα κόπωσης (Lim et al., 2005).

## **2.4. Η κόπωση στις ρευματικές νόσους (οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα)**

### **2.4.1. Κόπωση και Οστεοαρθρίτιδα**

Η κόπωση στην **οστεοαρθρίτιδα** δεν αξιολογείται τακτικά και έχει εξετασθεί σε περιορισμένο αριθμό μελετών μέχρι σήμερα.

Ο Wolfe και Michaud (2004) ανέφεραν ότι το 40% των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα έχουν σημαντική κόπωση καθώς επίσης ότι η κόπωση σχετιζόταν με τον πόνο καθώς ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της. Διαταραχές του ύπνου και κατάθλιψη επίσης ήταν πολύ σημαντικός προγνωστικός παράγοντας καθώς εμφανίστηκε τρεις φορές πιο συχνά σε άτομα με σημαντική κόπωση. Άλλη έρευνα των Gignac et al.

(2006) ανέφεραν ότι ενήλικες με μέτρια οστεοαρθρίτιδα που συμμετέχουν σε ομάδες εστίασης περιγράφουν την κούραση τους ως εξουθενωτική και μερικές φορές υπεύθυνη για περιορισμό δραστηριοτήτων τους. Έρευνα των Power et al. (2008), είχε σκοπό να εξετάσει την κόπωση σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος και κατά πόσο σχετίζεται με τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας όπως ο πόνος, η αναπηρία και η διάθεση για ύπνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική ποσότητα κόπωσης στους ασθενείς με αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους καθώς και μεγάλη επίδραση των συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας στην κόπωση των ασθενών.

#### **2.4.2. Κόπωση και ρευματοειδή αρθρίτιδα**

Σχετικά με τους ασθενείς με **ρευματοειδή αρθρίτιδα** οι έρευνες που έχουν γίνει είναι ανάλογες με αυτές με την οστεοαρθρίτιδα ψάχνοντας τους επιβαρυντικούς παράγοντες που πιθανόν σχετίζονται με την κόπωση. Τα τελευταία χρόνια κυρίως, το ενδιαφέρον των ερευνητών είναι πιο μεγάλο στον τομέα της κόπωσης και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Πιο συγκεκριμένα:

Πρόσφατη έρευνα των Lisitsyna et al. (2013) μελέτησε το μέγεθος της κόπωσης και τη σύνδεση της με την κατάθλιψη, τον πόνο και τη φλεγμονώδη δράση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συμμετείχαν 95 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν τρία ερωτηματολόγια ένα της δραστηριότητας της νόσου βάση των συμπτωμάτων (DAS28), μία κλίμακα της κόπωσης (FSS) και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της υγείας (EQ-5D). Το 80% βρέθηκαν με αυξημένα επίπεδα κόπωσης, το γεγονός αυτό επηρεαζόταν από το μέγεθος της κατάθλιψης, μαζί με το μέγεθος του πόνου που είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος της κόπωσης στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, η οποία δίνει αφορμή για προφανή λειτουργική αστοχία και χαμηλή ποιότητα ζωής. Η συνδυαστική θεραπεία για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να είναι αποτελεσματική, σε ψυχικές διαταραχές, κυρίως άγχος και καταθλιπτικού φάσματος παθήσεις, με την έγκαιρη διάγνωση να είναι υψίστης σημασίας. Έρευνα των Singh et al. (2014) μελέτησε την κόπωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και τη σχέση της με τη δραστηριότητα της νόσου και την αναιμία. Συμμετείχαν 100 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και αξιολογήθηκαν για την κόπωση (FACIT-F) για την δραστηριότητα της νόσου χρησιμοποιώντας τις κλίμακες (DAS28) και για την αναιμία (CDAI) με την χρήση των επιπέδων της

αιμοσφαιρίνης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κόπωση που βιώνουν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι σε υψηλά επίπεδα και συνδέεται στενά με τη σοβαρότητα της δραστηριότητας της νόσου και είναι ανεξάρτητη της αναιμίας.

Η κόπωση και ο πόνος είναι σημαντικά συμπτώματα για ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αλλά η χρονική συσχέτισή τους είναι άγνωστη.

Η έρευνα των Dartel et al. (2013) είχε ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ κόπωσης και πόνου σε ασθενείς με PA. Συμμετείχαν, 228 ασθενείς με PA και χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες, η μία ελέγχου ατομικής δύναμης (CIS) και η άλλη κλίμακα του σωματικού πόνου (Short Form 36), η έρευνα κράτησε ένα χρόνο με τις μετρήσεις να γίνονται κάθε μήνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν σοβαρή κόπωση στην έναρξη των μετρήσεων όμως κατά την πάροδο των μηνών δεν έδειξε χρονική συσχέτιση μεταξύ κόπωσης και πόνου.

Ενδείξεις ότι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπως η σωματική δραστηριότητα και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις παρέχουν οφέλη σε σχέση με την κόπωση σε ενήλικες ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν αρκετές έρευνες με μία από αυτές, να είναι η μελέτη των Cramp et al. (2013) οι οποίοι σε μία μετα-ανάλυση, που περιλάμβανε 24 μελέτες και συνολικά 2882 συμμετέχοντες με PA τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σωματική δραστηριότητα παρουσίασε οφέλη στην κόπωση των ασθενών.

## **2.5. Συμπεράσματα για την κόπωση**

Η κόπωση έχει μεγάλη κλινική και ερευνητική σημασία καθώς αποτελεί βασικό σύμπτωμα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διεθνώς (Nijrolder et al., 2009) καθώς αποτελεί σύμπτωμα πολλών χρόνιων ασθενειών (Singh et al., 2014; Power et al., 2008; Richardson & Ream, 1996; Schwartz et al., 1993), καθώς και παρενέργεια σε πολλές ιατρικές θεραπείες (Johansen et al., 2012).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει έχει αποδειχθεί ότι έχει σημαντική αρνητική επίδραση στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας των ασθενών και τελικά, στη συνολική ποιότητα ζωής τους (Visser & Smets, 1998). Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι στην βιβλιογραφία στις παλαιότερες έρευνες παρατηρούνταν αντιφάσεις στον τομέα της κόπωσης, και αυτό ενδέχεται να έχει προκληθεί από τον τρόπο με τον οποίο γινόταν αντιληπτή η κόπωση. Η κόπωση μετρούταν σαν μια μονοδιάστατη (unidimensional)

παράμετρος (δηλαδή τα άτομα αντιμετωπίζονταν σαν καταπονημένα είτε ως μη καταπονημένα). Σε αντίθεση όμως με ποιο πρόσφατες μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων συνάδουν πιο πολύ μεταξύ τους, λόγω του ότι έχουν ανάγει την κόπωση ως μια πολυδιάστατη, συνεχή μεταβλητή, που περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές, φυσιολογικές και συμπεριφοριστικές πτυχές (Dartel et al.,2013; McHorney et al., 2000). Επίσης, τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει μία προσπάθεια να μελετηθεί όσο το δυνατόν πιο πολύ η φυσιολογική βάση και οι καθοριστικοί παράγοντες της εμφάνισης της κόπωσης σε μια σειρά ασθενειών. Η κύρια υπόθεση περιλαμβάνει την αλλαγή λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) η οποία απορρέει από τη μη φυσιολογική του απάντηση του από ένα ερέθισμα, από αντίδραση σε μια μόλυνση από μια νευροενδοκρινική διαταραχή, είτε σε ένα κοινό αντιγόνο (Lorusso et al., 2009).

Ο υψηλός επιπολασμός της κόπωσης στο γενικό πληθυσμό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ενδιαφέροντος για την επίδραση των κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων σχετικά με το επίπεδο της κόπωσης που βιώνει ο πληθυσμός (Watt et al.,2000).

Εντούτοις παρά την αναγνώριση της σημασίας της κόπωσης ως θεωρητικό κατασκεύασμα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Μελέτες που έχουν ασχοληθεί με την κόπωση και ορισμένα από τα αποτελέσματά τους είναι τα ακόλουθα:

- Ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από μία χρόνια νόσο μια μικρή σωματική ή πνευματική προσπάθεια αρκεί για να εμφανίσει κόπωση χωρίς καμία προηγούμενη αιτία και να τη διατηρήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα ( Berrios,1998).
- Από επιστημονικές απόψεις η κόπωση θεωρείται ως μια συνεχής και πολυδιάστατη κατάσταση, η οποία θα πρέπει να βαθμολογείται από τους ίδιους τους ασθενείς που την βιώνουν (Glaus et al.,1998).
- Επίσης, η κόπωση πρέπει να εξετάζεται ως μια πολυπαραγοντική κατάσταση καθώς επηρεάζεται από διαταραχές του ύπνου, το στρες, τον πόνο ,την αγωνία για την έκβαση της νόσου, τη κατάθλιψη και πιθανόν άλλων συμπτωμάτων, καθώς και η προσωπικότητα του ασθενή συμβάλουν στην υποκειμενική εμπειρία της κόπωσης σε χρόνιες παθήσεις (Lisitsyna et al., 2013; Berger et al., 2003; Schwid et al., 2002).

- Η κόπωση είναι ένα από τα πιο βασικά συμπτώματα που βιώνουν οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα και διαμορφώνεται ανάλογα με επιβαρυντικούς παράγοντες όπως ο πόνος, η κατάθλιψη, η παχυσαρκία κ.α. (Singh et al.,2014; Dartel et al.,2013)
- Τέλος, η κόπωση σε υγιή άτομα είναι προσωρινή συνήθως μετά από σωματική ή ψυχική κούραση, με εξαίρεση το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn-out) ή το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (Chronic Fatigue Syndrome) (Haftgoli et al., 2010; Maslach et al.,2001).

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό πως η συνέχιση της έρευνας στον τομέα αυτό είναι πολύ σημαντική, ώστε να γίνει κατανοητή η αιτιολογία και η ανάπτυξη της θεωρητικής κατανόησης του συμπτώματος της κόπωσης καθώς και των επιπέδων της κόπωσης σε πληθυσμούς ασθενών.



## Κεφάλαιο 3

### 3.1. Ορισμός Ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής, από τότε που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά ως έννοια, έχει ορισθεί μέχρι σήμερα με πολλούς και διάφορους τρόπους. Είναι προφανές ότι η έννοια του όρου είναι διαφορετική για κάθε άτομο και άκρως υποκειμενική. Πρόκειται για έναν ευρύ όρο που αφορά όλες τις απόψεις της ζωής. Ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» που προτάθηκε για να διαχωριστούν από τον γενικό όρο της ποιότητας ζωής, οι σχετιζόμενες πλευρές με την κατάσταση υγείας του ατόμου ενσωματώνει τρεις βασικούς τομείς :

- την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου,
- την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην λειτουργικότητα του ατόμου,
- τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής.

Συνήθως, ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία γίνεται αντιληπτή, είτε ως οι αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής ενός ατόμου, είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δύο αντιλήψεων.

Αρχικά, ο όρος «ποιότητα ζωής» εξέφραζε τη κατοχή, κυρίως, υλικών αγαθών και χρήματος. Κατά την δεκαετία του '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας.

Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχο-κοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η υγεία και ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης,

οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής :

- **“Κοινωνικό-οικονομική δομή και λειτουργία κοινωνίας:** τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες:** επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες:** τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάθρωση, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- **Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** ήθη και έθιμα, επίπεδο αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- **Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:** επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- **Γεωφυσικοί παράγοντες:** φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- **Δημογραφικοί παράγοντες:** ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κ.λ.π.
- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών. ” (Σαρρής, 2001).

Τα όργανα εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι δυνατό να διακριθούν σε :

- α) γενικής χρήσης κλίμακες και
- β) ειδικής χρήσης ανά ασθένεια κλίμακες.

Οι πρώτες απευθύνονται σε έννοιες γενικής υγείας ασχέτως ηλικίας, πάθησης ή θεραπείας και προορίζονται για συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών ή διαφορετικών παθήσεων. Οι δεύτερες είναι πλέον ευαίσθητες σε σχέση με έναν εξειδικευμένο πληθυσμό πασχόντων και απευθύνονται σε μια συγκεκριμένη πάθηση ή κατάσταση

### **3.2. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής**

Ο όρος «ποιότητα ζωής» δεν είχε την ίδια έννοια σε όλη τη διάρκεια του εικοστού αιώνα. Στα τέλη του 2ου παγκόσμιου πολέμου στις ΗΠΑ, η ποιότητα ζωής ταυτίζονταν με την καλή ζωή, την ύπαρξη υλικών αγαθών, τη διάθεση χρημάτων και χρόνου για ανάπαυση. Το 1960, σε έκθεση της Commission, η ποιότητα ζωής αφορούσε την εκπαίδευση, την υγεία και ευημερία, την οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη και την προστασία του ελεύθερου κόσμου. Ο Lyndon Johnson ήταν ο πρώτος πολιτικός που χρησιμοποίησε τον όρο ποιότητα ζωής (Meeberg, 1993; Fallowfield, 1991). Η πολιτική και κοινωνική αναταραχή στα τέλη της δεκαετίας, κυρίως με την pop μουσική, τη μόδα και τη διανοήση, οδήγησε σε μια πιο υλιστική θεώρηση της ποιότητας ζωής με έμφαση στην ατομική ελευθερία, τη διασκέδαση, την άνεση και τη δράση (Fallowfield, 1991).

Παρά την υλιστική θεώρηση των πραγμάτων, η καλή κατάσταση της υγείας ήταν πρωταρχικό μέλημα όσων ήθελαν υψηλή ποιότητα ζωής. Σε μια μελέτη, για τις πιο σημαντικές και αξιόλογες καταστάσεις του ανθρώπου διαπιστώθηκε ότι όλοι θεωρούσαν την καλή υγεία ως την πιο σημαντική διάσταση. Η ποιότητα ζωής αποτελεί πλέον τη βασική μέριμνα της κοινωνίας και ιδιαίτερος των επαγγελματιών υγείας (Meeberg, 1993; Fallowfield, 1991).

### **3.3. Ποιότητα ζωής και υγεία**

Πολλές θεραπείες χρόνιων ασθενειών δεν είναι ικανές να θεραπεύσουν τον πάσχοντα αλλά είναι ικανοποιητικές στο να τον ανακουφίζουν από δυσάρεστα συμπτώματα, να τον διατηρούν στη ζωή και να επιβραδύνουν την άσχημη πορεία της νόσου. Σε περιπτώσεις σαν αυτές, επιτακτική ήταν και είναι η ανάγκη μελέτης της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών (Fayers & Machiin, 2006)

Ποιότητα ζωής είναι μια γενική, πλούσια σε περιεχόμενο και αφηρημένη έννοια, που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από αρχαιοτάτων χρόνων. Είναι δύσκολο να οριστεί και αναμφίβολα αποτελεί μία πολυδιάστατη μεταβλητή που μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία και θεωρητικά εμπεριέχει όλες τις διαστάσεις ή πλευρές της ζωής ενός ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007).

Στο τέλος του 20ου αιώνα υποστηρίχθηκε ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της, ήταν απαραίτητο να μετρηθεί με διαφορετικούς

τρόπους χρησιμοποιώντας συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών (Lehman, 1997).

Οι περισσότερες μελέτες υιοθέτησαν έναν μεγάλο αριθμό δεικτών σε θέματα υγείας, στέγασης, εργασίας, ψυχαγωγίας εγκληματικότητας, όμως σε τελική ανάλυση αυτό που προέκυψε είναι ότι η ποιότητα ζωής δεν μπορεί να αντικειμενικοποιηθεί αφού η επιλογή των δεικτών, η παρουσία τους και η ερμηνεία τους εμπεριέχουν ούτως η άλλως κάποιο βαθμό υποκειμενικότητας και επομένως η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την υποκειμενική εκτίμηση σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (Κοκκώση, 2007).

Αξίζει να σκεφτόμαστε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει στο άτομο να απολαμβάνει όσο γίνεται περισσότερο τη χαρά της ζωής, να εργάζεται δημιουργικά και να υπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανθρωπότητα. Η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας αποτελεί έκφραση μετριότητας. Η υγεία είναι ποιότητα ζωής που σηματοδοτεί έμπνευση και συνεχή δημιουργικότητα. Κατά τη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος, επιχειρεί να κατασκευάσει μια γέφυρα, μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται, τόσο 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. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και τη ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου (Σαρρής, 2001).

Η πεποίθηση ότι η υγεία ενός ατόμου έχει διαστάσεις σωματικές, διανοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές, οι οποίες αλληλεπιδρούν για να συνθέσουν την ολότητα της, τυγχάνει σήμερα ευρείας αποδοχής, τόσο στο χώρο των κοινωνικών επιστημών, όσο και στην Ιατρική (Βέμη και συν., 2007).

Οι πολιτικοί, οι φιλόσοφοι, οι ιερείς, οι ψυχολόγοι, οι ποιητές, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορεί να δίνουν διαφορετική ερμηνεία και να προτείνουν διαφορετικές μεθόδους μέτρησης της ποιότητας ζωής. Ίσως για ορισμένους η μέτρηση της ποιότητας ζωής δε χρειάζεται. Από τη στιγμή όμως που η ποιότητα άρχισε να

απασχολεί το χώρο της υγείας, απαιτείται μεγαλύτερη ακρίβεια στη χρήση του όρου και ανάπτυξη κατάλληλης μεθόδου μέτρησης (Fallowfield, 1991).

Στη διεθνή βιβλιογραφία απαντώνται πολλές έννοιες συνώνυμες με την ποιότητα ζωής, όπως καλή κατάσταση, ευτυχία, συνθήκες ζωής και ικανοποίηση. Ορισμένοι συγγραφείς ταυτίζουν την ποιότητα με την ικανοποίηση των αναγκών. Ωστόσο, η ικανοποίηση, εξαρτάται από τα υποκειμενικά στοιχεία, ενώ η ποιότητα ζωής στηρίζεται τόσο σε υποκειμενικά όσο και σε αντικειμενικά στοιχεία και είναι πολυσύνθετο φαινόμενο. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής δεν αφορά μια μονοδιάστατη αντίληψη, αλλά ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώντων παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τέσσερις βασικούς τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διαστάσεις:

- α) την ψυχολογική
- β) την κοινωνική
- γ) την επαγγελματική και
- δ) τη σωματική διάσταση.

Στη συνέχεια αναλύονται οι τέσσερις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

### ***Ψυχική διάσταση***

#### *A. Άγχος και κατάθλιψη*

Οι ασθενείς που υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη δεν μπορούν να απολαύσουν τίποτε και η αυτοεκτίμησή τους μειώνεται με επακόλουθο τη μη προσαρμογή τους στη νόσο.

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας: «Όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή» Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Για μερικούς ασθενείς ίσως χρειαστεί θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή (Fallowfield, 1991).

Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Το άτομο οδηγείται στην επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της πρόκλησης της νόσου και διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Τις βασικές αρχές της θεραπείας της συμπεριφοράς αναφέρει ο στωικός φιλόσοφος Επισθένης που τονίζει «οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από πράγματα αλλά από τον τρόπο που τα βλέπουν και τα αντιλαμβάνονται» (Fallowfield, 1991). Παρόμοια άποψη διατυπώνει και ο Shakespeare στον Hamlet «δεν υπάρχουν καλά και κακά, οι σκέψεις μας τα κάνουν έτσι» (Shakespeare et al., 1991).

### *B. Αποδοχή της νόσου*

Αυτό που κάνει τον άνθρωπο να ξεχωρίζει από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο είναι η ικανότητα να προσαρμόζεται, να αποδέχεται και να κατευθύνει τη ζωή του. Η επιβίωσή του εξαρτάται από την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων, όπως οξυγόνου και φωτός για τη ζωή μέσα στο νερό και στο έδαφος, και ένδυσης στις αρκτικές και τροπικές ζώνες. Παρομοίως, η επιβίωση του εσωτερικού κόσμου είναι εφικτή για τον άνθρωπο μόνο με την προσαρμοστική ικανότητα.

Ορισμένα άτομα δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ασθένειες δίχως την υποστήριξη των δικών τους καθώς και των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν και άτομα που αντλούν από μόνοι τους το κουράγιο, το σθένος, την αξιοπρέπεια ακόμη και το χιούμορ για να αντιμετωπίσουν τον πόνο, την αναπηρία και το θάνατο (Fallowfield, 1991).

Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η καλή ψυχολογία επιτρέπει σε κάποιον να προσαρμόζεται και να αντιμετωπίζει κάθε σωματική και κοινωνική απειλή, όπως φαίνεται και από τις μαρτυρίες διασωθέντων από στρατόπεδα συγκεντρώσεων. Η συναισθηματική καλή κατάσταση συνδέεται με την σωματική, είναι όμως κάτι ξεχωριστό. Είναι διπολική, καθώς παρουσιάζει θετική και αρνητική επίδραση στη ζωή ενός ατόμου. Ένα καλό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τις δύο διαστάσεις του συναισθήματος.

Συμπερασματικά, έχει βρεθεί ότι η ψυχική ευεξία, η αποδοχή και η προσαρμοστική ικανότητα στις διάφορες ασθένειες συμβάλλουν στη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Οι ασθενείς λοιπόν, με χρόνια νοσήματα μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις προκλήσεις της ασθένειας, μέσα από μια προσπάθεια ελέγχου και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που επιφέρει η διάγνωση μιας νόσου.

## **Κοινωνική διάσταση**

### *A. Κοινωνικές σχέσεις*

Σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στο φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως, όταν πρόκειται για χρόνια-προχωρημένη-θανατηφόρο νόσο. Το σύνθημα που κυριαρχεί στις τάξεις των ασθενών αυτών είναι: «Ο πιστός φίλος είναι το φάρμακο της ζωής». Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπολοίπους συνανθρώπους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η κοινωνική καλή κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Οι περισσότερες κλίμακες ποιότητας ζωής είτε ερευνούν ελάχιστα το θέμα είτε δεν ασχολούνται καθόλου με την κοινωνική και οικογενειακή δραστηριότητα των ασθενών. Το φαινόμενο αυτό δείχνει την τάση πολλών να αποφεύγουν ό,τι «πονάει» (Fallowfield, 1991)

Στην κοινωνική διάσταση υπάγονται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων διασκέδασης, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να ξεπεράσει τη νόσο (Cella, 1993). Έτσι, για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και η κοινωνική υποστήριξη είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

### *B. Σεξουαλικές σχέσεις*

Τα σοβαρότερα προβλήματα στην σεξουαλική ζωή των ανθρώπων προέρχονται από συναισθηματικά και σωματικά τραύματα. Το άγχος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να υποχωρήσει ή ακόμη και να εξαφανιστεί με την κατάλληλη βοήθεια του συντρόφου. Ο φόβος για την απώλεια του ερωτικού συντρόφου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των χρόνιων ασθενών έτσι όπως εκφράζεται

από μια ασθενή «η διατήρηση της σχέσης σου είναι το πρώτο που σε απασχολεί, μόλις ξεπεραστούν τα προβλήματα υγείας. Αυτό είναι η πιο σημαντική δοκιμασία που έχεις να περάσεις. Πώς θα αντιδράσει βλέποντας μια γυναίκα με επιδέσμους ανίκανη να βοηθήσει τον ίδιο της τον εαυτό, ακόμη και όταν υπάρχει έρωτας, υπάρχουν πράγματα που του θυμίζουν την κατάστασή σου».

Για τους περισσότερους ανθρώπους, υγιείς και ασθενείς, η επαφή αποτελεί βασική ανάγκη που αποδεικνύει την αγάπη και το ενδιαφέρον. Στα άτομα που αρνούνται τη σωματική επαφή σε περιπτώσεις ανίατων νόσων, εκδηλώνεται τελικά σοβαρή κατάθλιψη.

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η υποστήριξη του συντρόφου και η βοήθεια για την ανακάλυψη νέων τρόπων έκφρασης της αγάπης (Fallowfield, 1991).

### **Επαγγελματική διάσταση**

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσο της εργασίας μπορεί να πετύχει την κοινωνική και οικονομική του ανάδειξη. Επιπλέον, η επαγγελματική ευεξία επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή στα έξοδα του σπιτιού. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμηση, όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Αυτή η εξάρτηση μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και τον καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή. Για τα άτομα με χρόνια νόσημα η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτό-εκτίμηση του ατόμου με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Fallowfield, 1991).

### **Σωματική διάσταση**

Η σωματική καλή κατάσταση αναφέρεται στη σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων που συνίστανται στα συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής (Fallowfield, 1991). Η διάκριση της νόσου, από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της θεραπείας, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς είναι ασήμαντη (Cella, 1993).



Ο πόνος αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες προσφυγής στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την κινητικότητα του ατόμου και έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, στην κοινωνική και στην οικονομική κατάσταση του. Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν βιώσει πόνο, όμως είναι πολύ δύσκολο να περιγράψουν επαρκώς το πλήθος των συναισθημάτων που προκαλεί.

Ο χρόνιος πόνος συχνά είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός. Ο ανίατος, όμως, πόνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των ασθενών. Ακόμη και όταν δεν επηρεάζει την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη καθώς βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο. Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο αλλά μπορεί να αποδειχθεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο (Fallowfield, 1991).

#### **3.4. Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα**

Χρόνιες ασθένειες έχουν αναδειχθεί σε μείζονες ανησυχίες για την υγεία των ανθρώπων τις τελευταίες δεκαετίες. Οι άνθρωποι όλο και δεν επικεντρώνονται απλώς στο να ζουν περισσότερο, αλλά και για τη διατήρηση ή ακόμη και τη βελτίωση της ικανότητάς τους να ζουν πάνω τους όλη τη ζωή. Σε γενικές γραμμές, χρόνιες ασθένειες είναι αργές στην εξέλιξη και μακρά σε διάρκεια, και να απαιτούν ιατρική θεραπεία. Όλες οι χρόνιες ασθένειες έχουν τη δυνατότητα να περιορίσουν την λειτουργική κατάσταση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που ζουν μαζί τους. Επιπλέον, χρόνιες ασθένειες είναι μια σημαντική συμβολή στην υγεία λόγω των ιατρικών εξόδων φροντίδας των ατόμων με χρόνιες ασθένειες αντιπροσωπεύουν το 75 τοις εκατό του \$ 2.000 δισεκατομμυρίων στις ΗΠΑ οι ετήσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) και το μη κερδοσκοπικό Αρθρίτιδα Ιδρύματος ζήτησε βοήθεια από το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) για να βοηθήσει στον εντοπισμό των δράσεων για τη δημόσια υγεία να μειώσει την αναπηρία και να βελτιώσει το τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που ζουν με χρόνιες ασθένειες (Bell et al., 2012). Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως η διατήρηση συναισθηματικής ισορροπίας και αυτοεκτίμησης, αυτοελέγχου, ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον. Βασικό

χαρακτηριστικό των χρόνιων νοσημάτων είναι οι διαγνωστικές ασάφειες, το κοινωνικό στίγμα, η ανικανότητα, η εξάρτηση και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής ( Ridder & Schreurs, 2001). Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των κοινωνιολόγων και των επαγγελματιών υγείας για τις επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής. Πλέον και οι ίδιοι οι ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές παθήσεις έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται όχι μόνο για τις πιθανότητες επιβίωσης αλλά και για την ποιότητα της ζωής τους (Fiebiger et al.,2004; Patric & Chiang, 2000; McKinley et al.,1995; Burckhardt et al.,1993).

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι πρόκειται για ένα τόσο σοβαρό θέμα και το ενδιαφέρον των ίδιων των ασθενών είναι τεράστιο, πολύ λίγο έχει ερευνηθεί και ελάχιστες είναι οι πληροφορίες για την επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών.

### **3.5. Συμπεράσματα για την ποιότητα ζωής**

Η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής, στην κλινική Ιατρική, εφαρμόζεται για την παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες παθήσεις ή την αξιολόγηση των αναγκών υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Στην εκτίμηση αυτή έμφαση δίνεται στις επιπτώσεις της αρρώστιας στις διάφορες σφαίρες της ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο του στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, την πρόσβαση, τις υπηρεσίες κλπ.

Συνοψίζοντας ως σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται «*η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του*». Στην έννοια ποιότητα ζωής περιλαμβάνονται όροι όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζην και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου.

Το ενδιαφέρον λοιπόν σήμερα εστιάζεται όχι μόνο την επιμήκυνση της ζωής των ασθενών, αλλά και για τις επιπτώσεις που προκαλούνται, όπως οι ενδεχόμενες επιπλοκές και τα συμπτώματα που επηρεάζουν τη ζωή τους. Οι επιπτώσεις αυτές, τις περισσότερες φορές δημιουργούν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνουν το

θεραπευτικό όφελος και επιδρούν αρνητικά στην αναμενόμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος και συν., 2001). Από πολλούς μελετητές τονίζεται ότι, στο βαθμό που η αρρώστια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις στη σωματική και στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς, η αβεβαιότητα θα αποτελεί το επίκεντρο της υποκειμενικής εμπειρίας πολλών χρόνιων παθήσεων και παρατηρείται ο χρόνιος ασθενής να ζει υπό συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης πολλές φορές, που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής (Dew et al.,1990).

Παράλληλα εκδηλώνεται και αποσαφηνίζεται η ανάγκη από μελετητές, η κατάσταση της ασθένειας να ερευνάται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής, των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της αρρώστιας (Matas et al., 2002).

Σημαντικό επίσης ενδιαφέρον για τους ερευνητές παρουσιάζει ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της ιατρικής παρέμβασης και η βελτίωση της διαδικασίας των ιατρικών αποφάσεων. Η εκτίμηση αυτή της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και η χρησιμότητα που έχει μια θεραπευτική πράξη για τον ασθενή καθώς και ρόλος και η σχέση της με την ποιότητα ζωής, μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Συνοψίζοντας, μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας, παρατηρούμε ότι τα χρόνια νοσήματα όπως η οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα δεν επιφέρουν μονό, αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού, αλλά οδηγούν σε βαθύτερες προεκτάσεις, που ανατρέπουν την συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ισορροπία του ατόμου και της οικογενείας του (Σπύρου, 2004). Οι χρόνιοι δε πάσχοντες από οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις όπως, της διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοέλεγχου και του συμβιβασμού, πολλές φορές, με ένα αβέβαιο μέλλον. Οι διαγνωστικές δυσκολίες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές που επιφέρουν η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, κοινά προβλήματα των χρονίων πασχόντων, παρουσιάζεται να έχουν, δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Μηνασίδου και Λεμονίδου,2005).

Στην κλινική Ιατρική, η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής, εφαρμόζεται κυρίως για την παρακολούθηση ασθενών με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής

αρθρίτιδα ή την αξιολόγηση των αναγκών υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Στην εκτίμηση αυτή έμφαση δίνεται στις επιπτώσεις της αρρώστιας στις αδιάφορες σφαίρες της ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο του στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, την πρόσβαση, τις υπηρεσίες κλπ.

## **ΜΕΡΟΣ Β΄ (Ερευνητικό)**

### **Κεφάλαιο 4**

#### **Μεθοδολογία της έρευνας**

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια του ερευνητικού έργου. Γίνεται λεπτομερής αναφορά στο δείγμα και στον πειραματικό σχεδιασμό. Ακόμη, παρουσιάζονται τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, γίνεται περιγραφή της διαδικασίας της έρευνας.

##### **4.1.Σκοπός και στόχοι της μελέτης**

Στη μελέτη αυτή, σκοπός είναι να διερευνηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα καθώς και η ποιότητα ζωής τους και το επίπεδο της κόπωσης τους. Επίσης να γίνει συσχετισμός των αποτελεσμάτων μεταξύ του επιπέδου κόπωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών και παρουσίαση των νέων επιστημονικών δεδομένων για την ποιότητα ζωής.

Η σημασία της μελέτης συνίσταται στο ότι η συστηματική γνώση και η κατανόηση της επίδρασης της οστεοαρθρίτιδας και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην κόπωση αλλά και στην ποιότητα ζωής όσο και η εκτίμηση των αναγκών των πασχόντων σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προάγει και διασφαλίζει την υγεία, αποκαλύπτει τυχόν ανεπάρκειες και με συγκεκριμένες προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύει στην επίτευξη της μακροβιότητας, της μείωσης της νοσηρότητας και της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας του ατόμου (WHO, 1952).

Προασπίζοντας στην κατεύθυνση αυτή τα θεμελιώδη αυτά ανθρώπινα δικαιώματα «της υγείας, της ασφάλειας και... ανώτερης ποιότητας ζωής» (OHE, 1948) και των αρχών του ΠΟΥ για «υγεία για όλους», «προσθήκη χρόνων» και «υγείας στην ζωή» και «ζωής στα χρόνια» (WHO, 1991).

Η Παλαιού τύπου κλασική ιατρονοσηλευτική φροντίδα πρέπει να παραχωρήσει την θέση της σε μια νέα σφαιρική αντίληψη της θεραπείας που εκτός από την ιατρική φροντίδα να περιλαμβάνει και την ψυχοκοινωνική μέριμνα για τους πάσχοντες ασθενείς

με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα και τις οικογένειες τους (Vardaki, Fhilalithis, Vlachonikolis, 2004). Στα πλαίσια δε της παραπάνω ολιστικής αντίληψης, γίνεται αντιληπτό ότι θεμελιώδης προσδιοριστής της ποιότητας ζωής είναι η υγεία ως προς τις ατομικές και κοινωνικές τις διαστάσεις και τις υποκειμενικές και αντικειμενικές της παραμέτρους (Rokeach, 1973).

Οφείλεται δε να δίνεται έμφαση στις επιπτώσεις της οστεοαρθρίτιδας και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στις διάφορες σφαίρες της ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, την πρόσβαση, τις υπηρεσίες αλλά και στις άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Οι μελέτες αποτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι αρκετά περιορισμένες στην Ελλάδα λόγω της ελλιπούς πιθανόν συνειδητοποίησης από την πλευρά της επιστημονικής κοινότητας της αναγκαιότητας αλλά και της έλλειψης κατάλληλου ερευνητικού δυναμικού (Σταυριανού, 2007).

Συγκεκριμένα στην Ελλάδα οι μελέτες αποτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι ελάχιστες.

#### **4.2.Ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης**

Η κύρια υπόθεση της μελέτης αφορά στη συσχέτιση μεταξύ της εκτιμώμενης ποιότητας ζωής και της κόπωσης των ασθενών με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Ειδικότερα, αναμένεται ότι οι ασθενείς με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα που εμφανίζουν σημάδια κόπωσης, θα εμφανίσουν χειρότερη ποιότητα ζωής.

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα έχουν ως εξής:

1. Πώς συνήθως αισθάνονται την ποιότητα ζωής και την κόπωση οι ασθενείς με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα;
2. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα σε σχέση με:
  - Τα συμπτώματα
  - Τη λειτουργικότητα
  - Τις διαπροσωπικές σχέσεις

- Την ευεξία
- Την πνευματικότητα και
- Τη συνολική ποιότητα ζωής

### **4.3. Πληθυσμός της μελέτης**

Σε μία εμπειρική έρευνα το σημαντικότερο τμήμα αποτελεί ο καθορισμός και η επιλογή του δείγματος. Το δείγμα θα πρέπει να είναι σε ένα ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Οι βασικοί παράγοντες που προσδιορίζουν το βαθμό αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος είναι το μέγεθος του δείγματος και ο τρόπος επιλογής των μονάδων του.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελέσαν ασθενείς με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα οι οποίοι έκαναν φυσικοθεραπείες στο Ιατρείο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του κ. Μανωλέα Ιωάννη στην Καλαμάτα.

Ως προς το μέγεθος του δείγματος, είναι φανερό πως όσο μεγαλύτερο είναι τόσο αυξάνει και η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, αφού το μέγιστο μέγεθος συμπίπτει με τον πληθυσμό. Έτσι, λοιπόν ο αριθμός του δείγματος έφθασε τους εκατόν εβδομήντα εννέα ασθενείς.

### **4.4. Διαδικασία**

Η πρώτη ενέργεια ήταν η χορήγηση άδειας διεξαγωγής της μελέτης από τον Ιατρό-διευθυντή του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Παράρτημα 1) και στη συνέχεια η χορήγηση άδειας από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Παράρτημα 2). Στη συνέχεια, ελέγχτηκε ο φάκελος του κάθε υποψήφιου εθελοντή ώστε να υπάρχει ιατρικό ιστορικό που να αποδεικνύει μια από τις δύο εξεταζόμενες παθήσεις (οστεοαρθρίτιδα ή ρευματοειδή αρθρίτιδα) και στη συνέχεια ενημέρωση του ασθενή από τον ερευνητή για το σκοπό της παρούσας έρευνας (Παράρτημα 4). Εφόσον ο ασθενής δεχόταν να συμμετέχει στην εν λόγω έρευνα, υπέγραφε το έντυπο συγκατάθεσης (Παράρτημα 3) και στη συνέχεια συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια, που γίνεται εκτενή αναφορά στη συνέχεια. Κατά τη διάρκεια της όλης διαδικασίας ο ασθενής συμπλήρωνε μόνος του τα ερωτηματολόγια παρουσία του ερευνητή ο οποίος έδινε οδηγίες διευκρινιστικού τύπου.



#### 4.5.Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στους συμμετέχοντες διανεμήθηκαν, εκτός από το ερωτηματολόγιο με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, δύο έγκριτα ερωτηματολόγια (μετά από άδεια που είχε δοθεί από την Παρασκευή Θεοφίλου ερευνήτρια που τα είχε σταθμίσει και χρησιμοποιήσει στο παρελθόν):

##### **1.Το ερωτηματολόγιο *Missoula-VITAS Quality of Life Index -15 (MVQOLI -15)*:**

Η κλίμακα *Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)* είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης, το οποίο συγκεντρώνει αναφορές και πληροφορίες από ασθενείς, σχετικά με την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια μίας προχωρημένης νόσου. Η ελληνική εκδοχή περιλαμβάνει τις 15 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 διαστάσεις (συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα) και τη συνολική βαθμολογία. Έχει σχεδιαστεί ειδικά για να αξιολογείται η προσωπική εμπειρία του κάθε ασθενή σε καθεμία από αυτές τις διαστάσεις ή τομείς της ποιότητας ζωής. Τέλος, επιδιώκει να περιγράψει την ποιοτική και υποκειμενική εμπειρία της ποιότητας ζωής των ασθενών με έναν τρόπο που μπορεί γρήγορα να ερμηνευθεί από επαγγελματίες φροντιστές. Το τελικό σκορ σε κάθε διάσταση αντικατοπτρίζει το συνολικό αντίκτυπο του εν λόγω τομέα στην ποιότητα ζωής.

- Η διάσταση με θετικό σκορ επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής.
- Η διάσταση με αρνητικό σκορ επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής.
- Το μέγεθος του σκορ στην κάθε διάσταση αντικατοπτρίζει το μέγεθος της επιρροής της, στην ποιότητα ζωής (Byock & Merriman,1998).

##### **2.Το ερωτηματολόγιο «*fatigue assessment scale (FAS)*»**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διερευνά και αξιολογεί την δυνατότητα του ασθενούς να ανταπεξέλθει πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες. Αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισης της κόπωσης. Οι πέντε από αυτές αφορούν την σωματική κόπωση και οι υπόλοιπες πέντε την πνευματική κόπωση. Ωστόσο, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θεωρείται μονοδιάστατο και κατά συνέπεια μπορούμε να υπολογίσουμε μόνο ένα συνολικό σκορ

(Michielsen et al, 2003).

#### 4.6. Η ταυτότητα της έρευνας

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι τα υποκείμενα – ασθενείς - της έρευνας στην πλειοψηφία τους – ποσοστό 86,6% - είναι γυναίκες και μόλις το 13,4% είναι άνδρες.

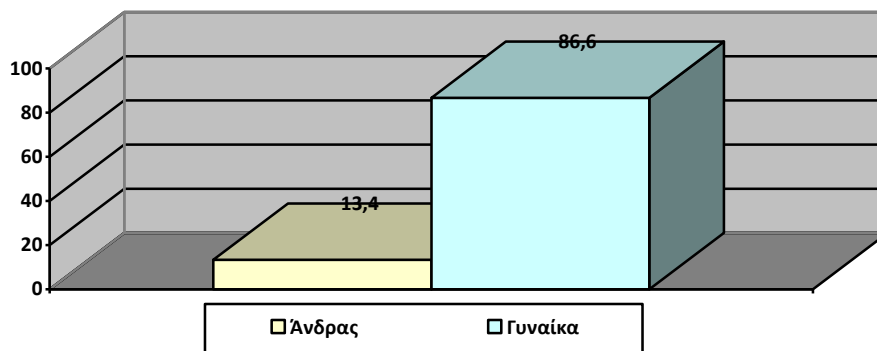
Πίνακας

##### 1. Φύλο:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνδρας	24	13,4	13,4	13,4
Γυναίκα	155	86,6	86,6	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

##### A.2. Φύλο:



Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι τα υποκείμενα – ασθενείς - της έρευνας έχουν ηλικία η οποία κυμαίνεται από 30 έως και 71 ετών. Η πλειοψηφία σε ποσοστό 65,9% είχαν ηλικία 51 – 60 ετών και σε μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 61- 70 σε ποσοστό 15,6%, 41- 50 σε ποσοστό 15,6% και 71- σε ποσοστό 2,8%.

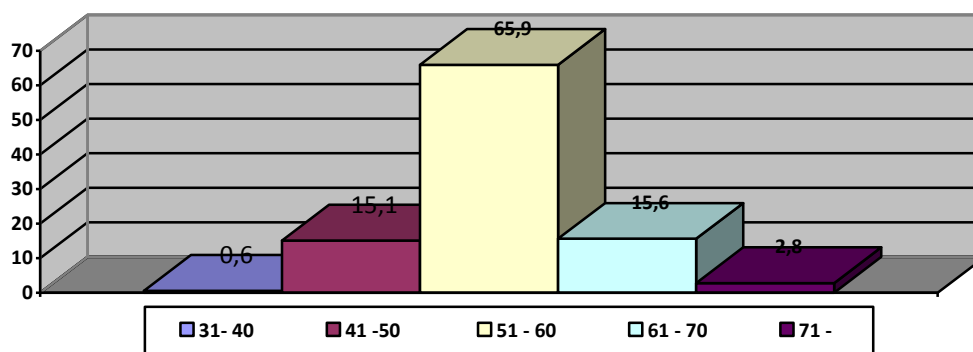
Πίνακας

## 2. Ηλικία σε έτη

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
31- 40	1	,6	,6	,6
41 -50	27	15,1	15,1	15,6
51 - 60	118	65,9	65,9	81,6
61 - 70	28	15,6	15,6	97,2
71 -	5	2,8	2,8	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

## 2. Ηλικία:



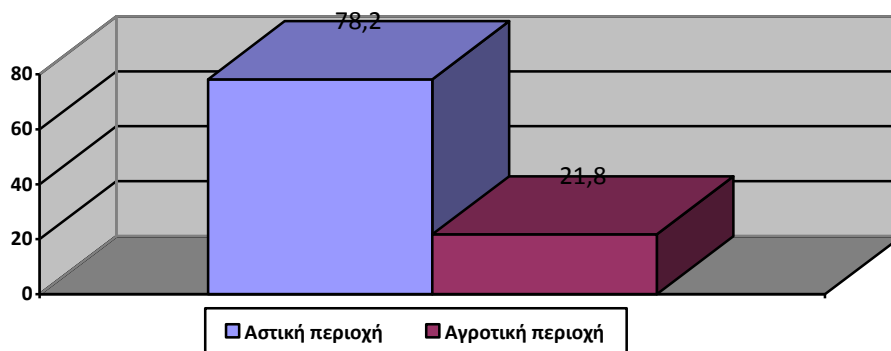
Όπως είδαμε στην αντίστοιχη υποενότητα τον πληθυσμό της μελέτης αποτελέσαν 179 ασθενείς. Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι τα υποκείμενα – ασθενείς - της έρευνας στην πλειοψηφία σε ποσοστό 78,2% προέρχονται από αστική περιοχή και σε ποσοστό 21,8% από αγροτική.

Πίνακας

## 3. Τόπος διαμονής:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Αστική περιοχή	140	78,2	78,2	78,2
Αγροτική περιοχή	39	21,8	21,8	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

### Γραφική παράσταση



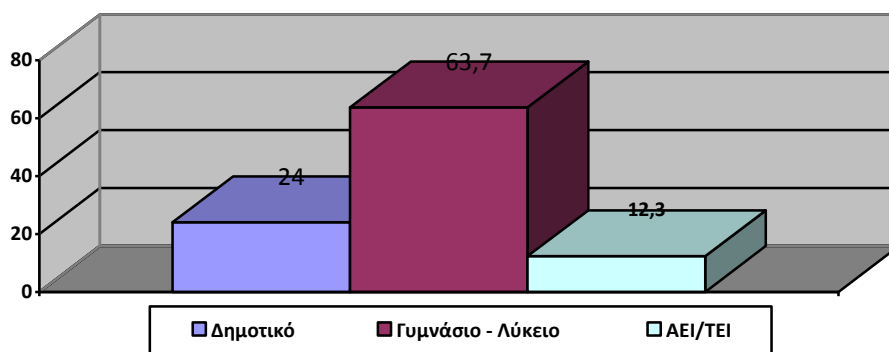
Ένα από τα ερωτήματα που υποβάλλαμε στους ασθενείς, είναι και το επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς της έρευνας στην πλειοψηφία σε ποσοστό 63,7% έχουν ολοκληρώσει Λυκειακές σπουδές, ακολουθούν οι βασικές γνώσεις Δημοτικού σχολείου σε ποσοστό 24,0% και οι Ανώτερες σπουδές σε ποσοστό 12,3%.

Πίνακας

#### 4. Μορφωτικό επίπεδο:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος πρωτοβάθμιας	43	24,0	24,0	24,0
Απόφοιτος δευτεροβάθμιας	114	63,7	63,7	87,7
Απόφοιτος τριτοβάθμιας	22	12,3	12,3	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

### Γραφική παράσταση



Ένα άλλο βασικό από τα ερωτήματα που υποβάλλαμε στους, είναι και η οικογενειακή τους κατάσταση. Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς της έρευνας στην πλειοψηφία σε ποσοστό 88,8% είναι έγγαμοι, ακολουθούν οι Χήροι σε ποσοστό 6,7% και σε μικρότερα ποσοστά Διαζευγμένοι 3,9% και άγαμοι 0,6%.

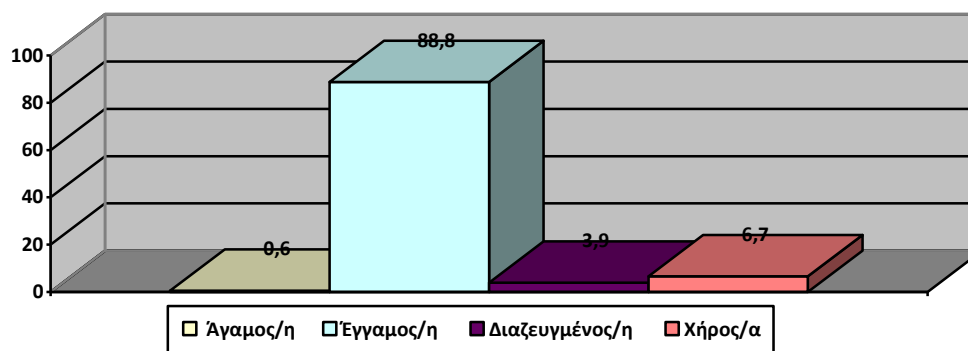
Πίνακας

### 5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμος/η	1	,6	,6	,6
Έγγαμος/η	159	88,8	88,8	89,4
Διαζευγμένος/η	7	3,9	3,9	93,3
Χήρος/α	12	6,7	6,7	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

### A.5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;



Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς της έρευνας στην πλειοψηφία σε ποσοστό 58,1% έχουν μέχρι δύο παιδιά, ακολουθούν αυτοί με ένα μόνο παιδί σε ποσοστό 17,9% και σε μικρότερα ποσοστά τρία παιδιά (6,1%) και άνω των τεσσάρων 3,9%.

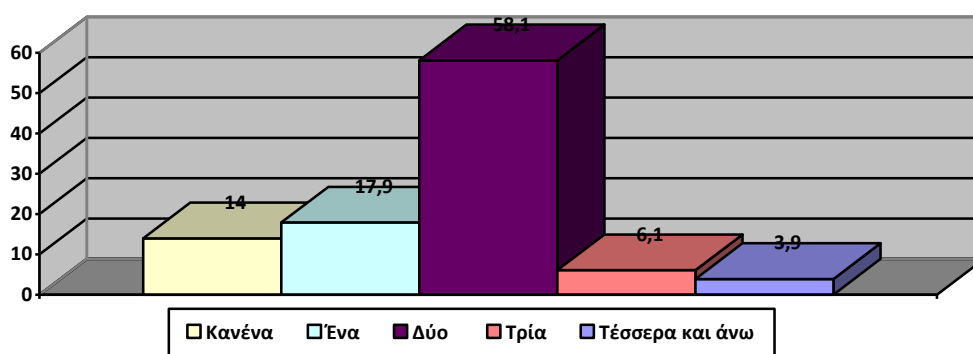
Πίνακας

### 6.Αριθμός παιδιών:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κανένα	25	14,0	14,0	14,0
Ένα	32	17,9	17,9	31,8
Δύο	104	58,1	58,1	89,9
Τρία	11	6,1	6,1	96,1
Τέσσερα και άνω	7	3,9	3,9	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση

### 6.Αριθμός παιδιών:



Ας σημειωθεί ότι όλοι οι ασθενείς ήταν ελληνικής καταγωγής.

Πίνακας

### 7.Εθνικότητα:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ελληνική	179	100,0	100,0	100,0
Άλλη				
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα άλλο βασικό από τα ερωτήματα που υποβάλλαμε στους ασθενείς, είναι η επαγγελματική τους απασχόληση.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς της έρευνας στην πλειοψηφία σε ποσοστό 58,1% είναι συνταξιούχοι, ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 17,3% και σε μικρότερα ποσοστά κάτω του 10% όλες οι υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες.

Πίνακας

### 8. Ποια είναι η επαγγελματική σας απασχόληση;

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ιδιωτικός Υπάλληλος	31	17,3	17,3	17,3
Δημόσιος Υπάλληλος	10	5,6	5,6	22,9
Ελεύθερος Επαγγελματίας	17	9,5	9,5	32,4
Συνταξιούχος	104	58,1	58,1	90,5
Αγρότης	8	4,5	4,5	95,0
Οικιακά	9	5,0	5,0	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

## II. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σε ένα δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου ζητήσαμε από τους ασθενείς, στοιχεία για το ατομικό τους ιατρικό ιστορικό.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς της έρευνας στην πλειοψηφία σε ποσοστό 53,1% υποβάλλονται σε θεραπεία οστεοαρθρίτιδας και σε ποσοστό 46,9% υποβάλλονται σε θεραπεία για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Πίνακας

### 1. Πάσχετε από:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
οστεοαρθρίτιδα	95	53,1	53,1	53,1
ρευματοειδή αρθρίτιδα	84	46,9	46,9	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Στην ερώτηση για το αν πότε ασθενείς έμαθαν για πρώτη φορά ότι έχουν οστεοαρθρίτιδα/ρευματοειδή αρθρίτιδα; το 70,9% απάντησε ότι γνωρίζει ότι πάσχει από την ασθένεια περισσότερα από 5 χρόνια., το 20,1% των ασθενών απάντησε ότι γνωρίζει ότι πάσχει από την ασθένεια ένα έως 5 χρόνια και σε ποσοστό 8,0% απάντησε ότι γνωρίζει ότι πάσχει από την ασθένεια λιγότερο από 1 χρόνο.

Πίνακας

**2. Πότε μάθατε για πρώτη φορά ότι έχετε οστεοαρθρίτιδα/ρευματοειδή αρθρίτιδα;**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<1χρ	16	8,9	8,9	8,9
1χρ-5χρ	36	20,1	20,1	29,1
5>	127	70,9	70,9	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα ακόμη ερώτημα προς τους ασθενείς ήταν το «ποιο είναι το βασικό σύμπτωμα που σας οδήγησε στο γιατρό σας». Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό 44,7% οδηγήθηκαν στον Γιατρό μετά από πόνο & οίδημα γόνατος. Ακολουθούν οι ασθενείς με ποσοστό 49,2% οι οποίοι οδηγήθηκαν στον Γιατρό μετά από πόνο στο γόνατο και με ποσοστό 6,1% αυτοί που οδηγήθηκαν στον Γιατρό μετά από πόνο γόνατος -ακρας χείρας.

Πίνακας

**3. Ποιο είναι το βασικό σύμπτωμα που σας οδήγησε στο γιατρό σας;**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πόνος στο γόνατο	88	49,2	49,2	49,2
πόνος & οίδημα γόνατος	80	44,7	44,7	93,9
πόνος γόνατος-ακρας χείρας	11	6,1	6,1	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα ακόμη ερώτημα προς τους ασθενείς ήταν το «Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή». Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό 68,7% παίρνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή, ενώ ασθενείς με ποσοστό 31,3% απαντούν ότι δεν παίρνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας

**4. Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;**



	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	123	68,7	68,7	68,7
Όχι	56	31,3	31,3	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα ακόμη ερώτημα προς τους ασθενείς ήταν «Πόσες συνεδρίες φυσικοθεραπείας έχετε κάνει το τελευταίο διάστημα». Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό 67,0% έχουν κάνει το τελευταίο διάστημα 10 συνεδρίες φυσικοθεραπείας. Επίσης με ποσοστό 21,2% έχουν κάνει το τελευταίο διάστημα >10 συνεδρίες φυσικοθεραπείας και με ποσοστό 11,7% έχουν κάνει το τελευταίο διάστημα <10 συνεδρίες φυσικοθεραπείας.

Πίνακας

**5. Πόσες συνεδρίες φυσικοθεραπείας έχετε κάνει το τελευταίο διάστημα;**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<10	21	11,7	11,7	11,7
10	120	67,0	67,0	78,8
>10	38	21,2	21,2	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα ακόμη ερώτημα προς τους ασθενείς ήταν «Έχετε δει κάποια διαφορά στην ποιότητα ζωής σας μετά το πέρας το φυσικοθεραπειών σας». Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό 88,8% έχουν δει κάποια διαφορά στην ποιότητα ζωής μετά το πέρας το φυσικοθεραπειών.

Πίνακας

**6. Έχετε δει κάποια διαφορά στην ποιότητα ζωής σας μετά το πέρας το φυσικοθεραπειών σας;**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	159	88,8	88,8	88,8
Όχι	20	11,2	11,2	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα ακόμη ερώτημα προς τους ασθενείς ήταν «Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα». Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό 67,0% τη νύχτα κοιμούνται 6- 8 ώρες. Επίσης με ποσοστό 17,9% τη νύχτα κοιμούνται 4- 6 ώρες και με ποσοστό 15,1% τη νύχτα κοιμούνται <4 ώρες.

Πίνακας

**7. Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα;**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<4	27	15,1	15,1	15,1
4-6	32	17,9	17,9	33,0
6-8	120	67,0	67,0	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Ένα ακόμη ερώτημα προς τους ασθενείς ήταν «Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή για να κοιμηθείτε». Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό 50,3% δεν παίρνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή για να κοιμηθούν.

Πίνακας

**8. Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή για να κοιμηθείτε;**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	35	19,6	19,6	19,6
Όχι	90	50,3	50,3	69,8
Μερικές φορές	44	24,6	24,6	94,4
Σπάνια	10	5,6	5,6	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

### 3.Αποτελέσματα

#### 5.1. Αποτελέσματα σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα:

*Πώς συνήθως αισθάνονται την ποιότητα ζωής και την κόπωση οι ασθενείς;*

#### FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS)

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου ζητήσαμε από τους ασθενείς να απαντήσουν σε δέκα ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται η δυνατότητα του ασθενούς να ανταπεξέλθει πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες. Τελικά εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισης της κόπωσης.

Στο πρώτο ερώτημα για το αν τους ενοχλεί η κούραση, ένα ποσοστό 35,8% απάντησε Μερικές φορές, ποσοστό 24,6% απάντησε Συχνά, ποσοστό 35,8% απάντησε τακτικά, ποσοστό 0,0% απάντησε ποτέ και ποσοστό 20,7% απάντησε πάντα.

Πίνακας

#### 1.Με ενοχλεί η κούραση

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1				
Μερικές φορές	2	34	19,0	19,0	19,0
Τακτικά	3	64	35,8	35,8	54,7
Συχνά	4	44	24,6	24,6	79,3
Πάντα	5	37	20,7	20,7	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην ερώτηση για το αν κουράζονται πολύ εύκολα, το 21,2% των ασθενών απάντησε Μερικές φορές, το 39,1% των ασθενών απάντησε Συχνά, το 31,8% των ασθενών απάντησε Τακτικά, το 0,6% των ασθενών απάντησε Ποτέ και το 7,3% των ασθενών απάντησε Πάντα.

Πίνακας

### 2.Κουράζομαι πολύ εύκολα

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	1	,6	,6	,6
Μερικές φορές	2	38	21,2	21,2	21,8
Τακτικά	3	57	31,8	31,8	53,6
Συχνά	4	70	39,1	39,1	92,7
Πάντα	5	13	7,3	7,3	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην ερώτηση «Δεν κάνω πολλές δουλειές στη διάρκεια της ημέρας», ένα ποσοστό 25,7% απάντησε Μερικές φορές, ποσοστό 44,7% απάντησε Τακτικά, ποσοστό 1,1% απάντησε Ποτέ, ποσοστό 25,1% απάντησε Συχνά και ένα ποσοστό 3,4% απάντησε Πάντα.

Πίνακας

### 3.Δεν κάνω πολλές δουλειές στη διάρκεια της ημέρας

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	2	1,1	1,1	1,1
Μερικές φορές	2	46	25,7	25,7	26,8
Τακτικά	3	80	44,7	44,7	71,5
Συχνά	4	45	25,1	25,1	96,6
Πάντα	5	6	3,4	3,4	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στο ερώτημα για το αν έχουν αρκετή ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες, το 9,5% των ασθενών απάντησε Μερικές φορές, το 53,6% των ασθενών απάντησε Συχνά, το 2,2% των ασθενών απάντησε Ποτέ, το 53,6% των ασθενών απάντησε Τακτικά και το 16,8% των ασθενών απάντησε Πάντα.

Πίνακας

### 4.Έχω αρκετή ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	4	2,2	2,2	2,2

Μερικές φορές	2	17	9,5	9,5	11,7
Τακτικά	3	32	17,9	17,9	29,6
Συχνά	4	96	53,6	53,6	83,2
Πάντα	5	30	16,8	16,8	100,0
Σύνολο		179	179	100,0	

Στην ερώτηση για το αν αισθάνονται εξουθενωμένοι σωματικά, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους με ποσοστό 46,9% απάντησαν Μερικές φορές, ένα ποσοστό 1,7% απάντησε Ποτέ, ένα ποσοστό 24,6% απάντησε Τακτικά, ένα ποσοστό 19,6% απάντησε Συχνά και ένα ποσοστό 6,7% απάντησε Πάντα.

Πίνακας

#### 5.Σωματικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	3	1,7	1,7	1,7
Μερικές φορές	2	84	46,9	47,2	48,9
Τακτικά	3	44	24,6	24,7	73,6
Συχνά	4	35	19,6	19,7	93,3
Πάντα	5	12	6,7	6,7	100,0
Μερικό σύνολο		178	99,4	100,0	
Δεν απάντησαν		1	,6		
Σύνολο		179	100,0		

Στο ερώτημα για το αν δυσκολεύονται να ξεκινήσουν να κάνουν πράγματα, το 15,6% των ασθενών απάντησε Ποτέ, άλλο ένα 30,7% των ασθενών απάντησε Μερικές φορές, το 25,1% των ασθενών απάντησε Τακτικά, το 16,2% των ασθενών απάντησε Συχνά και το 12,3% απάντησε Πάντα.

Πίνακας

#### 6.Δυσκολεύομαι να ξεκινήσω να κάνω πράγματα

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	28	15,6	15,6	15,6
Μερικές φορές	2	55	30,7	30,7	46,4
Τακτικά	3	45	25,1	25,1	71,5
Συχνά	4	29	16,2	16,2	87,7
Πάντα	5	22	12,3	12,3	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην ερώτηση για το αν δυσκολεύονται να σκεφτούν καθαρά, οι ασθενείς με ποσοστό 24,0% απάντησαν Ποτέ, το 52,0% των ασθενών απάντησε Μερικές φορές, το 14,0% των ασθενών απάντησε Τακτικά, το 7,3% των ασθενών απάντησε Συχνά και το 2,8% των ασθενών απάντησε Πάντα.

Πίνακας

**7.Δυσκολεύομαι να σκεφτώ καθαρά**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	43	24,0	24,0	24,0
Μερικές φορές	2	93	52,0	52,0	76,0
Τακτικά	3	25	14,0	14,0	89,9
Συχνά	4	13	7,3	7,3	97,2
Πάντα	5	5	2,8	2,8	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην ερώτηση «Δεν έχω διάθεση να κάνω οποιαδήποτε δραστηριότητα», ένα ποσοστό 57,5% απάντησε Μερικές φορές, ποσοστό 7,3% απάντησε Ποτέ, ποσοστό 10,1% απάντησε Συχνά, ποσοστό 23,5% απάντησε Τακτικά και ποσοστό 1,7% απάντησε Πάντα.

Πίνακας

**8.Δεν έχω διάθεση να κάνω οποιαδήποτε δραστηριότητα**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	13	7,3	7,3	7,3
Μερικές φορές	2	103	57,5	57,5	64,8
Τακτικά	3	42	23,5	23,5	88,3
Συχνά	4	18	10,1	10,1	98,3
Πάντα	5	3	1,7	1,7	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στο ερώτημα για το αν αισθάνονται εξουθενωμένοι νοητικά, οι ασθενείς με ποσοστό 24,6% απάντησαν Ποτέ, το 62,6% των ασθενών απάντησε Μερικές φορές, το 5,6% των ασθενών απάντησε Τακτικά, το 1,7% των ασθενών απάντησε Πάντα και το 5,6% των ασθενών απάντησε Συχνά.

Πίνακας

**9.Νοητικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	44	24,6	24,6	24,6
Μερικές φορές	2	112	62,6	62,6	87,2
Τακτικά	3	10	5,6	5,6	92,7
Συχνά	4	10	5,6	5,6	98,3
Πάντα	5	3	1,7	1,7	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Τέλος στο ερώτημα για το αν μπορούν να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, ποσοστό 24,6% απάντησε Ποτέ, ποσοστό 35,2% απάντησε Μερικές φορές, ποσοστό 26,3% απάντησε Τακτικά, ποσοστό 12,3% απάντησε Συχνά και ένα ποσοστό 1,7% απάντησε Πάντα.

Πίνακας

**10. Όταν κάνω κάποια δραστηριότητα, μπορώ να συγκεντρώνομαι αρκετά καλά**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1	44	24,6	24,6	24,6
Μερικές φορές	2	63	35,2	35,2	59,8
Τακτικά	3	47	26,3	26,3	86,0
Συχνά	4	22	12,3	12,3	98,3
Πάντα	5	3	1,7	1,7	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Η συνολική εικόνα των υποκειμένων σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αποτυπώνεται στον πίνακα που ακολουθεί. Από τους 179 ασθενείς, φάνηκε ότι η δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, είναι πολύ περιορισμένη σε ποσοστό 4,5%. Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνει η αξιολογική κατηγορία «Ποτέ» και «Μερικές φορές». Ποσοστό 68,7% απάντησαν «Τακτικά», ποσοστό 26,8% απάντησαν «Συχνά» και μηδενικό ποσοστό 0,0% απάντησαν «Πάντα».

Πίνακας  
**FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS) (Σύνολο)**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ποτέ	1				
Μερικές φορές	2	8	4,5	4,5	4,5
Τακτικά	3	123	68,7	68,7	73,2
Συχνά	4	48	26,8	26,8	100,0
Πάντα	5				
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Είδαμε πως η συνολική εικόνα των υποκειμένων σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα καταγράφει γενικά υψηλά έως πολύ υψηλά ποσοστά στις αντίστοιχες αξιολογικές κατηγορίες. Έτσι φάνηκε ότι, η δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, είναι πολύ περιορισμένη σε ποσοστό 4,5%.

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται μόνο στις γυναίκες στην αξιολογική κατηγορία «Ποτέ» και «Μερικές φορές». Παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε τετραπλάσιο ποσοστό (12,5% έναντι 87,5%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 68,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Τακτικά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε διπλάσιο ποσοστό (83,7% έναντι 16,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 26,8% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συχνά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε τριπλάσιο ποσοστό (6,3% έναντι 93,8%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες



δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Σε μηδενικό ποσοστό, της τάξης του 0,0% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Πάντα», όπου δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε αν οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Πίνακας  
FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS) (Σύνολο)

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Ποτέ									
Μερικές φορές	1	12,5	4,2	7	87,5	4,5	8	100	4,5
Τακτικά	20	16,3	83,3	103	83,7	66,5	123	100	68,7
Συχνά	3	6,3	12,5	45	93,8	29	48	100	26,8
Πάντα									
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν  
 $\chi^2 = 2,9 - DF = 2 - P < 0,05$

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται μόνο στην Οστεοαρθρίτιδα στην αξιολογική κατηγορία «Ποτέ» και «Μερικές φορές». Παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες από Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες από Ρευματοειδή αρθρίτιδα σε πενταπλάσιο ποσοστό (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 68,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Τακτικά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες από Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες από Ρευματοειδή αρθρίτιδα σε διπλάσιο ποσοστό (63,4% έναντι 36,6%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 26,8% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συχνά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες από Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες από Ρευματοειδή αρθρίτιδα σε τριπλάσιο ποσοστό (18,8% έναντι 81,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Σε μηδενικό ποσοστό, της τάξης του 0,0% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Πάντα», όπου δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε αν οι πάσχοντες από Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες από Ρευματοειδή αρθρίτιδα θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Πίνακας  
FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS) (Σύνολο)

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Ποτέ									
Μερικές φορές	8	100	8,4	-	-	-	8	100	4,5
Τακτικά	78	63,4	82,1	45	36,6	53,6	123	100	68,7
Συχνά	9	18,8	9,5	39	81,3	46,4	48	100	26,8
Πάντα									
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν  
 $\chi^2 = 35,0 - DF = 2 - P < 0,05$

### 3.2. Αποτελέσματα σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα:

2. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με: τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευεξία, την πνευματικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής. **MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX - VERSION – 15R**

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου ζητήσαμε από τους ασθενείς να απαντήσουν σε 15 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κλίμακας Missoula- VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) το οποίο συγκεντρώνει αναφορές και πληροφορίες από ασθενείς, σχετικά με την Ποιότητα Ζωής κατά τη διάρκεια μίας προχωρημένης νόσου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 διαστάσεις (συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα) και τη συνολική βαθμολογία.

#### 5.2.1. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τη σφαιρική ποιότητα ζωής

Στην πρώτη ερώτηση για το πώς θα βαθμολογούσαν τη συνολική ποιότητα ζωής τους, το 12,3% των ασθενών απάντησε καλή, το 52,5% των ασθενών απάντησε μέτρια, το 1,1% των ασθενών απάντησε πολύ καλή, το 30,2% των ασθενών απάντησε φτωχή και το 3,9% των ασθενών απάντησε πολύ φτωχή.

Πίνακας

#### 1. Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πολύ φτωχή	1	7	3,9	3,9	3,9
Φτωχή	2	54	30,2	30,2	34,1
Μέτρια	3	94	52,5	52,5	86,6
Καλή	4	22	12,3	12,3	98,9
Πολύ καλή	5	2	1,1	1,1	100,0
Σύνολο		134	179	100,0	100,0

### 5.2.2. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τα συμπτώματα

Στην ενότητα που αφορά τα συμπτώματα, στην πρώτη ερώτηση «Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια», ένα ποσοστό 41,9% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ένα ποσοστό 20,1% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία Διαφωνώ, ένα ποσοστό 29,1% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία συμφωνώ, ένα ποσοστό 6,1% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία Διαφωνώ Απόλυτα και ένα ποσοστό 6,1% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία Συμφωνώ Απόλυτα.

Πίνακας

#### 1. Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Συμφωνώ Απόλυτα	-2	11	6,1	6,1	6,1
Συμφωνώ	-1	52	29,1	29,1	35,2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	75	41,9	41,9	77,1
Διαφωνώ	1	36	20,1	20,1	97,2
Διαφωνώ απόλυτα	2	5	2,8	2,8	100,0
Σύνολο		134	179	100,0	100,0

Στην επόμενη ερώτηση στη συγκεκριμένη ενότητα για το αν είναι ικανοποιημένοι με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων τους, το 40,2% των ασθενών απάντησε συμφωνώ, το 6,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απολυτά, το 38,5% των ασθενών απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 15,1% των ασθενών απάντησε διαφωνώ και το 0,0% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

#### 2. Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου.

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	-4				
Διαφωνώ	-3	27	15,1	15,1	15,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	69	38,5	38,5	53,6
Συμφωνώ	3	72	40,2	40,2	93,9
Συμφωνώ Απόλυτα	4	11	6,1	6,1	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην τελευταία ερώτηση για την ενότητα αυτή ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν στο αν η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση. Ένα ποσοστό 22,9% απάντησε διαφωνώ, ένα ποσοστό 30,7% απάντησε συμφωνώ, ένα ποσοστό 40,2% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ένα ποσοστό 2,2% απάντησε διαφωνώ απόλυτα και ένα ποσοστό 3,9% απάντησε συμφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**3. Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση.**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	1	4	2,2	2,2	2,2
Διαφωνώ	2	41	22,9	22,9	25,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	72	40,2	40,2	65,4
Συμφωνώ	4	55	30,7	30,7	96,1
Συμφωνώ Απόλυτα	5	7	3,9	3,9	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

### 5.2.3. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τη λειτουργικότητα

Στη συνέχεια ακολουθεί η ενότητα που αφορά τη λειτουργικότητα των ασθενών. Στο πρώτο ερώτημα της ενότητας αυτής «Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω», το 44,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ, το 4,5% των ασθενών απάντησε διαφωνώ, το 15,6% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 34,6% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ και το 1,1% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

#### 1. Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω.

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Συμφωνώ Απόλυτα	-2	28	15,6	15,6	15,6
Συμφωνώ	-1	79	44,1	44,1	59,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	62	34,6	34,6	94,4
Διαφωνώ	1	8	4,5	4,5	98,9
Διαφωνώ απόλυτα	2	2	1,1	1,1	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην επόμενη ερώτηση για το αν αποδέχονται το γεγονός ότι δεν μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα που συνήθιζαν να κάνουν, ένα ποσοστό 47,5% απάντησε συμφωνώ, ένα ποσοστό 15,6% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, ένα ποσοστό 4,5% απάντησε διαφωνώ, ένα ποσοστό 31,8% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ και ένα ποσοστό 15,6% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

#### 2. Αποδέχομαι το γεγονός ότι δεν μπορώ να κάνω πολλά από τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	-4	1	,6	,6	,6
Διαφωνώ	-3	8	4,5	4,5	5,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	57	31,8	31,8	36,9
Συμφωνώ	3	85	47,5	47,5	84,4
Συμφωνώ Απόλυτα	4	28	15,6	15,6	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην τελευταία ερώτηση της δεύτερης ενότητας ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν στο αν η ικανοποίηση από τη ζωή τους εξαρτάται από το να είναι δραστήριοι και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται. Το 68,7% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 31,3% των ασθενών απάντησε συμφωνώ.

Πίνακας

**3. Η ικανοποίηση από τη ζωή μου εξαρτάται από το να είμαι δραστήριος/α και να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	1			
Διαφωνώ	2			
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3			
Συμφωνώ	4	56	31,3	31,3
Συμφωνώ Απόλυτα	5	123	68,7	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

**5.2.4. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τις διαπροσωπικές σχέσεις**

Στην ενότητα που αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, η πρώτη ερώτηση είχε να κάνει με το αν τον τελευταίο καιρό οι ασθενείς είναι ικανοί να μοιράζονται σημαντικά πράγματα με τα κοντινά τους πρόσωπα. Το 34,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ, το 0,0% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 37,4% των ασθενών απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 24,6% των ασθενών απάντησε διαφωνώ και το 3,9% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**1. Τον τελευταίο καιρό είμαι ικανός/ή να μοιράζομαι σημαντικά πράγματα με τα κοντινά μου πρόσωπα.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Συμφωνώ Απόλυτα	-2			
Συμφωνώ	-1	61	34,1	34,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	67	37,4	71,5
Διαφωνώ	1	44	24,6	96,1
Διαφωνώ απόλυτα	2	7	3,9	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν στην ερώτηση αν στην παρούσα φάση περνούν όσο χρόνο θέλουν με την οικογένεια και φίλους. Ένα ποσοστό 1,1% απάντησε συμφωνώ, ένα ποσοστό 0,0% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, ένα ποσοστό 30,2% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ένα ποσοστό 1,1% απάντησε διαφωνώ και ένα ποσοστό 0,0% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**2. Στην παρούσα φάση περνώ όσο χρόνο θέλω με την οικογένεια και φίλους.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	4			
Διαφωνώ	3	2	1,1	1,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	54	30,2	31,3
Συμφωνώ	-3	73	40,8	72,1
Συμφωνώ Απόλυτα	-4	50	27,9	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Στην επόμενη ερώτηση για το αν είναι σημαντικό για αυτούς να έχουν στενές προσωπικές σχέσεις, το 29,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 45,8% απάντησε συμφωνώ, το 25,1% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 0,0% απάντησε διαφωνώ και το 0,0% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**3. Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	1			
Διαφωνώ	2			
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	45	25,1	25,1
Συμφωνώ	4	82	45,8	70,9
Συμφωνώ Απόλυτα	5	52	29,1	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	



### 5.2.5. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με την Ευεξία

Στην πρώτη ερώτηση της επόμενης ενότητας που αφορά την ευεξία το ερώτημα που τέθηκε στους ασθενείς ήταν «Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα». Ένα ποσοστό 48,0% απάντησε συμφωνώ, ένα ποσοστό 33,0% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ένα ποσοστό 16,2% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, άλλο ένα 2,8% απάντησε διαφωνώ και ένα ποσοστό 0,0% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

#### 1. Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα.

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Συμφωνώ Απόλυτα	-2	29	16,2	16,2	16,2
Συμφωνώ	-1	86	48,0	48,0	64,2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	59	33,0	33,0	97,2
Διαφωνώ	1	5	2,8	2,8	100,0
Διαφωνώ απόλυτα	2				
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην επόμενη ερώτηση ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν στο αν είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους τώρα από ότι ήταν πριν την ασθένειά τους. Το 30,7% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα, το 40,2% των ασθενών απάντησε διαφωνώ, το 22,3% των ασθενών απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 1,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα και το 5,6% των ασθενών απάντησε συμφωνώ.

Πίνακας

#### 2. Είμαι περισσότερο ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου τώρα από ότι ήμουν πριν την ασθένειά μου.

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	-4	55	30,7	30,7	30,7
Διαφωνώ	-3	72	40,2	40,2	70,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	40	22,3	22,3	93,3
Συμφωνώ	3	10	5,6	5,6	98,9
Συμφωνώ Απόλυτα	4	2	1,1	1,1	100,0
Σύνολο		179	100,0	100,0	

Στην τελευταία ερώτηση της ενότητας αυτής το ερώτημα ήταν αν είναι σημαντικό για τους ασθενείς να είναι καλά με τον εαυτό τους. Οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους απάντησαν συμφωνώ απόλυτα με ποσοστό 74,3% ένα ποσοστό 25,7% απάντησε συμφωνώ, ένα ποσοστό 0,0% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ενώ ένα ποσοστό 0,0% απάντησε διαφωνώ απόλυτα. κανένας ασθενής δεν επέλεξε την απάντηση διαφωνώ.

Πίνακας

**3. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλά με τον εαυτό μου.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	1			
Διαφωνώ	2			
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3			
Συμφωνώ	4	46	25,7	25,7
Συμφωνώ Απόλυτα	5	133	74,3	74,3
Σύνολο	134	179	100,0	100,0

### 5.2.6. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με την Πνευματικότητα

Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά την πνευματικότητα. Στην πρώτη ερώτηση της ενότητας αυτής ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν στο αν αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι είχε στο παρελθόν. Ένα ποσοστό 30,2% απάντησε διαφωνώ απόλυτα, ένα ποσοστό 52,0% απάντησε διαφωνώ, ένα ποσοστό 7,8% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, ένα ποσοστό 7,3% απάντησε συμφωνώ και ένα ποσοστό 2,8% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

Πίνακας

**1 Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι είχε στο παρελθόν.**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Συμφωνώ Απόλυτα	-2	14	7,8	7,8	7,8
Συμφωνώ	-1	13	7,3	7,3	15,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	5	2,8	2,8	17,9
Διαφωνώ	1	93	52,0	52,0	69,8
Διαφωνώ απόλυτα	2	54	30,2	30,2	100,0
Μερικό σύνολο		132	179	100,0	100,0

Στην επόμενο ερώτημα «Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος», το 34,1% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα, το 41,3% των ασθενών απάντησε διαφωνώ, το 20,1% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 3,4% απάντησε συμφωνώ και το 1,1% απάντησε συμφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**2. Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος.**

		Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	-4	61	34,1	34,1	34,1
Διαφωνώ	-3	74	41,3	41,3	75,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	0	36	20,1	20,1	95,5
Συμφωνώ	3	6	3,4	3,4	98,9
Συμφωνώ Απόλυτα	4	2	1,1	1,1	100,0
Μερικό σύνολο		133	179	100,0	100,0

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου για το αν είναι σημαντικό για αυτούς να αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει νόημα, η πλειοψηφία των ασθενών με ποσοστό 74,3% απάντησε συμφωνώ απόλυτα. ένα ποσοστό 22,9% απάντησε συμφωνώ, ένα ποσοστό 2,8% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ένα ποσοστό 0,0% απάντησε διαφωνώ και άλλο ένα 0,0% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**3. Είναι σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα.**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	1			
Διαφωνώ	2			
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	5	2,8	2,8
Συμφωνώ	4	41	22,9	25,7
Συμφωνώ Απόλυτα	5	133	74,3	100,0
Σύνολο	133	179	100,0	100,0

### 5.2.7. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τους τελικούς παράγοντες

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα τελικά αποτελέσματα σε σχέση με τους επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου. Έτσι, τα επιμέρους ερωτήματα στην ενότητα που αφορά στα συμπτώματα, φάνηκε ότι ένα ποσοστό 10,1% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα», ποσοστό 13,4% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», ποσοστό 66,5% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», ποσοστό ,6% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία «συμφωνώ» και ποσοστό 9,5% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία και «Συμφωνώ Απόλυτα».

Πίνακας

#### 1.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Symptom (Sx) (Q1+Q2) xQ3

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	18	10,1	10,1	10,1
Διαφωνώ	24	13,4	13,4	23,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	119	66,5	66,5	89,9
Συμφωνώ Απόλυτα	17	9,5	9,5	99,4
Συμφωνώ	1	,6	,6	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι στα επιμέρους ερωτήματα στην ενότητα που αφορά τα συμπτώματα τα υποκείμενα απαντούν σε ποσοστό 0,6% στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ». Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται στις γυναίκες στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 9,5% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τα συμπτώματα, στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε ποσοστό 82,4% έναντι 17,6% απαντούν θετικά στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά τα συμπτώματα.

Ποσοστό, της τάξης του 66,5% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ », όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε διπλάσιο ποσοστό (82,4% έναντι 17,6%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε

διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά στα συμπτώματα.

Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 13,4% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες (95,8% έναντι 4,2%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν αρνητικά στο βασικό ερώτημα στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά στα συμπτώματα.

Σε ποσοστό, της τάξης του 10,1% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ απόλυτα», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες (83,3% έναντι 16,7%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να απαντούν αρνητικά στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά τα συμπτώματα.

Πίνακας

**1.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ** (Symptom (Sx) (Q1+Q2) x Q3

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	3	16,7	12,5	15	83,3	9,7	18	100	10,1
Διαφωνώ	1	4,2	4,2	23	95,8	14,8	24	100	13,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17	14,3	70,8	102	85,7	65,8	119	100	66,5
Συμφωνώ Απόλυτα	3	17,6	12,5	14	82,4	9	17	100	9,5
Συμφωνώ	-	-	-	1	100	0,6	1	100	0,6
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν

$$\chi^2 = 2,4 - DF = 4 - P > 0,05$$

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι στα επιμέρους ερωτήματα στην ενότητα που αφορά τα συμπτώματα τα υποκείμενα απαντούν σε ποσοστό 0,6% στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ». Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται στους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 9,5% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τα συμπτώματα, στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε ποσοστό 58,8% έναντι 41,2% απαντούν θετικά στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά τα συμπτώματα.

Ποσοστό, της τάξης του 66,5% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε διπλάσιο ποσοστό (59,7% έναντι 40,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά στα συμπτώματα.

Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 13,4% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα (62,5% έναντι 37,5%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν αρνητικά στο βασικό ερώτημα στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά στα συμπτώματα.

Σε ποσοστό, της τάξης του 10,1% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ απόλυτα», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα (61,1% έναντι 38,9%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να απαντούν αρνητικά στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά τα συμπτώματα.

Πίνακας

**1.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Symptom (Sx) (Q1+Q2) x Q3**

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	7	38,9	7,4	11	61,1	13,1	18	100	10,1
Διαφωνώ	9	37,5	9,5	15	62,5	17,9	24	100	13,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	71	59,7	74,7	48	40,3	57,1	119	100	66,5
Συμφωνώ Απόλυτα	7	41,2	7,4	10	58,8	11,9	17	100	9,5
Συμφωνώ	1	100	1,1	-	-	-	1	100	0,6
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν

$$\chi^2 = 7,7 - DF = 4 - P < 0,05$$

Στη συνέχεια ακολουθεί η ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα στην τα οποία συνθέτουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Στην ενότητα της λειτουργικότητας των ασθενών, φάνηκε ότι το 1,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ, το 14,0% των ασθενών απάντησε διαφωνώ, το 25,7% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 54,7% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ και το 4,5% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**2.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Function (F)(Q4+Q5) xQ6**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	8	4,5	4,5	4,5
Διαφωνώ	25	14,0	14,0	18,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	98	54,7	54,7	73,2
Συμφωνώ Απόλυτα	46	25,7	25,7	98,9
Συμφωνώ	2	1,1	1,1	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με τη λειτουργικότητα στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 4,5%.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 14,0% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τη λειτουργικότητα, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι άνδρες διαφωνούν σε σχέση προς τις γυναίκες σε ποσοστό 20,0% έναντι 80,0% σε σχέση με τη λειτουργικότητα.



Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 54,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε διπλάσιο ποσοστό (87,5% έναντι 14,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Σε ποσοστό, της τάξης του 1,17% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «συμφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε πολλαπλάσιο ποσοστό (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν θετικά σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Σε μεγαλύτερο ποσοστό, της τάξης του 25,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε διπλάσιο ποσοστό (93,5% έναντι 6,5%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να απαντούν θετικά σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Πίνακας

## 2.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Function (F) (Q4+Q5) x Q6

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	25	8,3	6	75	3,9	8	100	4,5
Διαφωνώ	5	20	20,8	20	80	12,9	25	100	14
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	14,3	58,3	84	85,7	54,2	98	100	54,7
Συμφωνώ Απόλυτα	3	6,5	12,5	43	93,5	27,7	46	100	25,7
Συμφωνώ	-	-	-	2	100	1,3	2	100	1,1
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 4,1 - DF = 4 - P < 0,05$

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με τη λειτουργικότητα στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 4,5%.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 14,0% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τη λειτουργικότητα, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε ποσοστό 52,0% έναντι 48,0% σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 54,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε ποσοστό (46,9% έναντι 53,1%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Σε ποσοστό, της τάξης του 1,1% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «συμφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε πολλαπλάσιο ποσοστό (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν θετικά σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Πίνακας

## 2.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (Function (F) (Q4+Q5) x Q6

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	8	100	8,4	-	-	-	8	100	4,5
Διαφωνώ	12	48	12,6	13	52	15,5	25	100	14
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	52	53,1	54,7	46	46,9	54,8	98	100	54,7
Συμφωνώ Απόλυτα	21	45,7	22,1	25	54,3	29,8	46	100	25,7
Συμφωνώ	2	100	2,1	-	-	-	2	100	1,1
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 10,1 - DF = 4 - P < 0,05$

Στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα στην τα οποία συνθέτουν τον παράγοντα διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών φάνηκε ότι το 0,0% των ασθενών απάντησε συμφωνώ, το 1,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 93,3% των ασθενών απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 2,8% των ασθενών απάντησε διαφωνώ και το 1,1% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

### 3.ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (Interpersonal (IP) (Q7+Q8) xQ9

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	2	1,1	1,1	1,1
Διαφωνώ	5	2,8	2,8	3,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	167	93,3	93,3	97,2
Συμφωνώ Απόλυτα	5	2,8	2,8	100,0
Συμφωνώ				
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με τις **διαπροσωπικές σχέσεις** στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 1,1%. Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται σε ίδιο ποσοστό στους άνδρες και τις γυναίκες στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 2,8% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τις **διαπροσωπικές σχέσεις**, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι άνδρες συμφωνούν σε σχέση προς τις γυναίκες σε ποσοστό 20,0% έναντι 80,0% .

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 93,3% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε μειωμένο ποσοστό (13,2% έναντι 86,8%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στο ερώτημα.

Σε παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 2,8% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα

τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να απαντούν θετικά στο ερώτημα.

Πίνακας

**3.ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ** (Interpersonal (IP) (Q7+Q8) x Q9

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	50	4,2	1	50	0,6	2	100	1,1
Διαφωνώ	1	20	4,2	4	80	2,6	5	100	2,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	22	13,2	91,7	145	86,8	93,5	167	100	93,3
Συμφωνώ Απόλυτα	-	-	-	5	100	3,2	5	100	2,8
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 3,2 - DF = 3 - P < 0,05$

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί

Πίνακας

**3.ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ** (Interpersonal (IP) (Q7+Q8) x Q9

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	50	1,1	1	50	1,2	2	100	1,1
Διαφωνώ	4	80	4,2	1	20	1,2	5	100	2,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	85	50,9	89,5	82	49,1	97,6	167	100	93,3
Συμφωνώ Απόλυτα	5	100	5,3	-	-	-	5	100	2,8
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 6,2 - DF = 3 - P < 0,05$

Στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα στην τα οποία συνθέτουν τον παράγοντα Ευεξία φάνηκε ότι ποσοστό 0,0% απάντησε συμφωνώ, ποσοστό 10,1% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ποσοστό 2,8% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, άλλο ένα 16,8% απάντησε διαφωνώ και ένα ποσοστό 70,4% απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

Πίνακας

**4.ΕΥΕΞΙΑ (Well-Being (WB) (Q10+Q11) xQ12**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	126	70,4	70,4	70,4
Διαφωνώ	30	16,8	16,8	87,2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18	10,1	10,1	97,2
Συμφωνώ Απόλυτα	5	2,8	2,8	100,0
Συμφωνώ				
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με **την Ευεξία** στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 70,4%. Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται σε τριπλάσιο ποσοστό στις γυναίκες στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 16,8% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με **την Ευεξία**, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε ποσοστό 6,7% έναντι 93,3% απαντούν στο ερώτημα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 10,1% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε τριπλάσιο ποσοστό (11,1% έναντι 10,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στο ερώτημα.

Σε παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 6,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες

σε σχέση προς τους άνδρες (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να απαντούν θετικά στο ερώτημα.

Πίνακας

**4.ΕΥΕΞΙΑ** (Well-Being (WB) (Q10+Q11) x Q12

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	20	15,9	83,3	106	84,1	68,4	126	100	70,4
Διαφωνώ	2	6,7	8,3	28	93,3	18,1	30	100	16,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2	11,1	8,3	16	88,9	10,3	18	100	10,1
Συμφωνώ Απόλυτα	-	-	-	5	100	3,2	5	100	2,8
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 2,6 - DF = 3 - P < 0,05$

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί

Πίνακας

**4.ΕΥΕΞΙΑ** (Well-Being (WB) (Q10+Q11) x Q12

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	68	54	71,6	58	46	69	126	100	70,4
Διαφωνώ	14	46,7	14,7	16	53,3	19	30	100	16,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	61,1	11,6	7	38,9	8,3	18	100	10,1
Συμφωνώ Απόλυτα	2	40	2,1	3	60	3,6	5	100	2,8
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 1,3 - DF = 3 - P > 0,05$

Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά την πνευματικότητα. Στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα στην τα οποία συνθέτουν τον παράγοντα πνευματικότητα φάνηκε ότι ποσοστό 31,8% απάντησε διαφωνώ απόλυτα, ποσοστό 45,8% απάντησε διαφωνώ, ποσοστό 2,8% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, ποσοστό 0,6% απάντησε συμφωνώ και ποσοστό 19,0% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

Πίνακας

**5.ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ (Transcendent (T) (Q13+Q14) xQ15**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	57	31,8	31,8	31,8
Διαφωνώ	82	45,8	45,8	77,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	34	19,0	19,0	96,6
Συμφωνώ Απόλυτα	5	2,8	2,8	99,4
Συμφωνώ	1	,6	,6	100,0
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με **την Πνευματικότητα** στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 31,8%. Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται σε τριπλάσιο ποσοστό στις γυναίκες στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 45,8% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με **την Πνευματικότητα**, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε ποσοστό 14,6% έναντι 85,4% απαντούν στο ερώτημα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 19,0% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε τριπλάσιο ποσοστό (11,8% έναντι 88,2%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στο ερώτημα.

Πίνακας

**5.ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ** (Transcendent (T) (Q13+Q14) x Q15

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	8	14	33,3	49	86	31,6	57	100	31,8
Διαφωνώ	12	14,6	50	70	85,4	45,2	82	100	45,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4	11,8	16,7	30	88,2	19,4	34	100	19
Συμφωνώ Απόλυτα	-	-	-	5	100	3,2	5	100	2,8
Συμφωνώ	-	-	-	1	100	0,6	1	100	0,6
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 1,1$  - DF = 4 - P > 0,05

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί

Πίνακας

**5.ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ** (Transcendent (T) (Q13+Q14) x Q15

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	44	77,2	46,3	13	22,8	15,5	57	100	31,8
Διαφωνώ	36	43,9	37,9	46	56,1	54,8	82	100	45,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	41,2	14,7	20	58,8	23,8	34	100	19
Συμφωνώ Απόλυτα	1	20	1,1	4	80	4,8	5	100	2,8
Συμφωνώ	-	-	-	1	100	1,2	1	100	0,6
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 21,3$  - DF = 4 - P < 0,05



Ο τελευταίος παράγοντας του ερωτηματολογίου αφορά την συνολική βαθμολογία από όλους τους επιμέρους παράγοντες. Στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα τα οποία συνθέτουν τον τελικό αυτό παράγοντα φάνηκε ότι ποσοστό 3,9% απάντησε διαφωνώ απόλυτα, ποσοστό 44,1% απάντησε διαφωνώ, ποσοστό 16,8% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, ποσοστό 0,0% απάντησε συμφωνώ και ποσοστό 35,2% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

Πίνακας

**6. TOTAL SCORE (Sum of Weighted Dimension Scores/10) + 15)**

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαφωνώ απόλυτα	7	3,9	3,9	3,9
Διαφωνώ	79	44,1	44,1	48,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	63	35,2	35,2	83,2
Συμφωνώ Απόλυτα	30	16,8	16,8	100,0
Συμφωνώ				
Σύνολο	179	100,0	100,0	

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με την συνολική βαθμολογία από όλους τους επιμέρους παράγοντες στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 3,9%. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 44,1% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με την συνολική βαθμολογία από όλους τους επιμέρους παράγοντες, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τις άνδρες σε ποσοστό 84,8% έναντι 15,2% απαντούν στο ερώτημα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 32,5% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τις άνδρες σε τριπλάσιο ποσοστό (87,5% έναντι 14,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στο ερώτημα.

Πίνακας

**6. TOTAL SCORE** (Sum of Weighted Dimension Scores/10) + 15)

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	3	42,9	12,5	4	57,1	2,6	7	100	3,9
Διαφωνώ	12	15,2	50	67	84,8	43,2	79	100	44,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	9	14,3	37,5	54	85,7	34,8	63	100	35,2
Συμφωνώ Απόλυτα	-	-	-	30	100	19,4	30	100	16,8
Σύνολο	24	13,4	100	155	86,6	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 10,1 - DF = 3 - P < 0,05$

Σε σχέση με τη μεταβλητή «ασθένεια» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με την συνολική βαθμολογία από όλους τους επιμέρους παράγοντες στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 3,9%. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο στους πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 44,1% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με την συνολική βαθμολογία από όλους τους επιμέρους παράγοντες, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε ποσοστό 67,1% έναντι 32,9% απαντούν στο ερώτημα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 32,5% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε ποσοστό (57,1% έναντι 42,9%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στο ερώτημα.

Πίνακας

**6. TOTAL SCORE** (Sum of Weighted Dimension Scores/10) + 15)

	Οστεοαρθρίτιδα			Ρευμ. αρθρίτιδα			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	85,7	6,3	1	14,3	1,2	7	100	3,9
Διαφωνώ	53	67,1	55,8	26	32,9	31	79	100	44,1
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	27	42,9	28,4	36	57,1	42,9	63	100	35,2
Συμφωνώ Απόλυτα	9	30	9,5	21	70	25	30	100	16,8
Σύνολο	95	53,1	100	84	46,9	100	179		100

Δεν απάντησαν

$\chi^2 = 18,2$  - DF = 3 - P < 0,05

## Κεφάλαιο 6

### Συζήτηση- Προτάσεις

#### 6.1. Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα

Η συνολική εικόνα των υποκειμένων σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα όπως είδαμε στην αντίστοιχη υποενότητα έχει ως εξής: Από τους 179 ασθενείς, φάνηκε ότι η δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, είναι πολύ περιορισμένη σε ποσοστό 4,5%. Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνει η αξιολογική κατηγορία «Ποτέ» και «Μερικές φορές». Ποσοστό 68,7% απάντησαν «Τακτικά», ποσοστό 26,8% απάντησαν «Συχνά» και μηδενικό ποσοστό 0,0% απάντησαν «Πάντα».

Έτσι, η συνολική εικόνα των υποκειμένων σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα καταγράφει γενικά υψηλά έως πολύ υψηλά ποσοστά στις αντίστοιχες αξιολογικές κατηγορίες. Έτσι φάνηκε ότι, η δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, είναι πολύ περιορισμένη σε ποσοστό 4,5%.

Σε σχέση με τη μεταβλητή «φύλο» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται μόνο στις γυναίκες στην αξιολογική κατηγορία «Ποτέ» και «Μερικές φορές». Παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε τετραπλάσιο ποσοστό (12,5% έναντι 87,5%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 68,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Τακτικά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε διπλάσιο ποσοστό (83,7% έναντι 16,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 26,8% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συχνά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε τριπλάσιο ποσοστό (6,3% έναντι 93,8%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται μόνο στην Οστεοαρθρίτιδα στην αξιολογική κατηγορία «Ποτέ» και «Μερικές φορές». Παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες από Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες από Ρευματοειδή αρθρίτιδα σε πενταπλάσιο ποσοστό (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 68,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Τακτικά», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες από Οστεοαρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες από Ρευματοειδή αρθρίτιδα σε διπλάσιο ποσοστό (63,4% έναντι 36,6%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα.

## **6.2. Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα**

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου ζητήσαμε από τους ασθενείς να απαντήσουν σε 15 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κλίμακας Missoula- VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) το οποίο συγκεντρώνει αναφορές και πληροφορίες από ασθενείς, σχετικά με την Ποιότητα Ζωής κατά τη διάρκεια μίας προχωρημένης νόσου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 διαστάσεις (συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα) και τη συνολική βαθμολογία.

Στη συνέχεια χωρίσαμε τους ασθενείς σε δύο ομάδες, και μελετήσαμε την ποιότητα ζωής τους στις επιμέρους διαστάσεις σε σχέση με το ποσοστό της κόπωσης που παρουσιάζουν. Στην πρώτη ομάδα (Ομάδα 1) αντιστοιχούν οι ασθενείς με χαμηλά ποσοστά κόπωσης

(FAS $\leq$ 30) ενώ στη δεύτερη ομάδα (Ομάδα 2) αντιστοιχούν οι ασθενείς με υψηλότερα ποσοστά κόπωσης (FAS $>$ 30).

### **6.2.1. Ως προς τον παράγοντα «συμπτώματα»**

Με βάση τις βαθμολογίες και των δύο ομάδων στη διάσταση των συμπτωμάτων παρατηρούμε ότι η διάσταση των συμπτωμάτων επηρεάζει περισσότερο θετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι στα επιμέρους ερωτήματα στην ενότητα που αφορά τα συμπτώματα τα υποκείμενα απαντούν σε ποσοστό 0,6% στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ». Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται στους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 9,5% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τα συμπτώματα, στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε ποσοστό 58,8% έναντι 41,2% απαντούν θετικά στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά τα συμπτώματα.

Ποσοστό, της τάξης του 66,5% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε διπλάσιο ποσοστό (59,7% έναντι 40,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά στα συμπτώματα.

Σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 13,4% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα (62,5% έναντι 37,5%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν αρνητικά στο βασικό ερώτημα στην ομάδα ερωτημάτων η οποία αφορά στα συμπτώματα.

ποσοστό 9,5% απάντησε στην αξιολογική κατηγορία και «Συμφωνώ Απόλυτα».

### **6.2.2. Ως προς τον παράγοντα «λειτουργικότητα»**

Με βάση τις βαθμολογίες και των δύο ομάδων στη διάσταση της λειτουργικότητας παρατηρούμε ότι η διάσταση της λειτουργικότητας επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σε σχέση με τη μεταβλητή «είδος ασθένειας» των υποκειμένων παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με τη λειτουργικότητα στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 4,5%.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 14,0% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με τη λειτουργικότητα, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε ποσοστό 52,0% έναντι 48,0% σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 54,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι πάσχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση προς τους πάσχοντες με Οστεοαρθρίτιδα σε ποσοστό (46,9% έναντι 53,1%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα σε σχέση με τη λειτουργικότητα.

### **6.2.3. Ως προς τον παράγοντα «διαπροσωπικές σχέσεις»**

Με βάση τις βαθμολογίες και των δύο ομάδων στη διάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων παρατηρούμε ότι η διάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων επηρεάζει περισσότερο θετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Έτσι στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα στην τα οποία συνθέτουν τον παράγοντα διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών φάνηκε ότι το 0,0% των ασθενών απάντησε συμφωνώ, το 1,1% των ασθενών απάντησε συμφωνώ απόλυτα, το 93,3% των ασθενών απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 2,8% των ασθενών απάντησε διαφωνώ και το 1,1% των ασθενών απάντησε διαφωνώ απόλυτα.

#### **6.2.4. Ως προς τον παράγοντα «Ευεξία»**

Με βάση τις βαθμολογίες και των δύο ομάδων στη διάσταση της ευεξίας παρατηρούμε ότι η διάσταση της ευεξίας επηρεάζει λιγότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών

Έτσι παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα απαντούν, σε σχέση με **την Ευεξία** στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ Απόλυτα» σε ποσοστό 70,4%. Το ποσοστό αυτό συγκεντρώνεται σε τριπλάσιο ποσοστό στις γυναίκες στην αντίστοιχη αξιολογική κατηγορία.

Επίσης από το ποσοστό της τάξης του 16,8% των υποκειμένων που απάντησαν, σε σχέση με **την Ευεξία**, στην αξιολογική κατηγορία «Διαφωνώ», παρατηρούμε ότι οι άνδρες σε σχέση προς τις γυναίκες σε ποσοστό 6,7% έναντι 93,3% απαντούν στο ερώτημα.

Παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 10,1% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες σε τριπλάσιο ποσοστό (11,1% έναντι 10,3%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα. Έτσι απαντούν ουδέτερα στο ερώτημα.

Σε παρόμοιο ποσοστό, της τάξης του 6,7% των υποκειμένων απάντησαν στην αξιολογική κατηγορία «Συμφωνώ απόλυτα», όπου επίσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε σχέση προς τους άνδρες (100,0% έναντι 0,0%) θεωρούν μειωμένη τη δυνατότητα τους ως ασθενείς να ανταπεξέλθουν πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και να συγκεντρώνονται αρκετά καλά όταν κάνουν κάποια δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να απαντούν θετικά στο ερώτημα.

#### **6.2.5. Ως προς τον παράγοντα «πνευματικότητα»**

Τέλος, με βάση τις βαθμολογίες και των δύο ομάδων στη διάσταση της πνευματικότητας παρατηρούμε ότι η διάσταση της πνευματικότητας επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών

Στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα στην τα οποία συνθέτουν τον παράγοντα πνευματικότητα φάνηκε ότι ποσοστό 31,8% απάντησε διαφωνώ απόλυτα, ποσοστό 45,8% απάντησε διαφωνώ, ποσοστό 2,8% απάντησε συμφωνώ απόλυτα,



ποσοστό 0,6% απάντησε συμφωνώ και ποσοστό 19,0% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

#### **6.2.6. Ως προς «τη συνολική βαθμολογία»**

Ως προς τη συνολική βαθμολογία, συγκρίνοντας τη συνολική βαθμολογία των δύο ομάδων στο ερωτηματολόγιο της κλίμακας Missoula- VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) παρατηρούμε ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής

Ο τελευταίος παράγοντας του ερωτηματολογίου αφορά την συνολική βαθμολογία από όλους τους επιμέρους παράγοντες. Στην ενότητα που αφορά στα επιμέρους ερωτήματα τα οποία συνθέτουν τον τελικό αυτό παράγοντα φάνηκε ότι ποσοστό 3,9% απάντησε διαφωνώ απόλυτα, ποσοστό 44,1% απάντησε διαφωνώ, ποσοστό 16,8% απάντησε συμφωνώ απόλυτα, ποσοστό 0,0% απάντησε συμφωνώ και ποσοστό 35,2% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

Οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα δίνουν τον δικό τους αγώνα για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που τους παρουσιάζονται καθημερινά. Στόχος τους δεν είναι μόνο η επιβίωση, αλλά και η διατήρηση ενός καλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά για την κόπωση ασθενών με οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα θα λέγαμε ότι είναι ένα συχνό σύμπτωμα σε ηλικιωμένους κυρίως, το οποίο έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Παραμένει ακόμα ελάχιστα κατανοητό και οι επιστήμονες έχουν δείξει την απαιτούμενη προσοχή για την αντιμετώπισή τους. Η έγκαιρη αντιμετώπιση της κόπωσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να προλάβει την εξέλιξή της σε χρόνια ενώ η έγκαιρη αναγνώριση της κόπωσης ασθενών με οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να μειώσει τον αριθμό των ασθενών που καταφεύγουν σε μία σειρά μη αποδεκτών και επιβλαβών εναλλακτικών προσεγγίσεων (Horigan et al, 2012).

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα φάνηκε να διαφοροποιήθηκαν σχετικά από αυτά που έχουν προκύψει από παρόμοιες μελέτες στο παρελθόν. Αυτό ήταν αναμενόμενο και έγκειται στο γεγονός ότι πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκαν τα δύο ερωτηματολόγια κόπωσης και ποιότητας ζωής (FAS & MVQOLI-15) σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα καθώς και στην ποικιλία χρήσης των ερωτηματολογίων στις εκάστοτε έρευνες.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της παρούσας μελέτης παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά

κόπωσης της τάξης του 26,8% (απάντησαν «συχνά» στο σύνολο των δέκα ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της κόπωσης) σε πεντάβαθμη κλίμακα συμφωνίας ή διαφωνίας. Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι ποσοστό 68,7% απάντησαν «τακτικά» ότι τους ενοχλεί η κόπωση σε μια σειρά από δραστηριότητες.

Μια σειρά από μελέτες του παρελθόντος, σχετικά με την κόπωση και την οστεοαρθρίτιδα χαρακτηρίζουν την κόπωση εξαντλητική και πολλές φορές υπεύθυνη για τον περιορισμό των δραστηριοτήτων τους (Wolfe & Michaud, 2004; Gignac et al.,2006; Power et al.,2008). Επίσης έρευνες σχετικά με την κόπωση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα επίσης την σύνδεσαν με αυξημένα επίπεδα κόπωσης εξετάζοντας επίσης άλλες παραμέτρους όπως κατάθλιψη, αναιμία, βάρος, πόνο κ.α. (Singh et al.,2014; Lisitsyna et al.,2013).

Η έλλειψη των κατάλληλων μεθόδων για τη μέτρηση της κόπωσης, η έλλειψη ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας, και η πολυπλοκότητα της παθογένειας της κόπωσης ασθενών με οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα καθιστούν πιο δύσκολη την ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων μέτρησης και παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της κόπωσης. Έτσι, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για την ανάπτυξη βελτιωμένων μεθόδων αξιολόγησης της κόπωσης και για τη διερεύνηση του ρόλου και άλλων παραγόντων που συμβάλλουν στην κόπωση ασθενών με οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα. Μια εκτίμηση όλων αυτών των παραγόντων μπορεί να αναγνωρίσει πιθανούς στόχους στους οποίους θα μπορούμε να παρέμβουμε θεραπευτικά (Jhamb et al, 2008). Χρειάζεται συνεχής έρευνα για να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα και τον αντίκτυπο αυτών των παρεμβάσεων με σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα & ρευματοειδή αρθρίτιδα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία**

1. Aaronson LS, Teel CS, Cassmeyer V, Neuberger GB, Pallikkathayil L, Pierce J.(1999) Defining and measuring fatigue. *Image--the journal of nursing scholarship*. Jan;31(1):45–50.
2. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyiannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, Kaziolas G,Vafiadou E, Pantelidou K, Karamitsos D, Kontelis L, Krachtis P, Nikolia Z, Kaskani E, Tavaniotou E, Antoniadis C, Karanikolas G, Kontoyanni A (2003). Prevalence of the rheumatic diseases in Greece. A cross-sectional population based epidemiology study. The ESORDIG study, *J Rheumatol* 30:1589-1601
3. Appels A. (1999) Inflammation and the mental state before an acute coronary event. *Annals of medicine*.Apr;31 Suppl 1:41–4.
4. Backman L. Catherine (2006). “Psychosocial aspects in the management of arthritis pain”. *Arthritis Research and Therapy* 2006 8:221.
5. Berger A. (2003). Treating fatigue in cancer patients. *The oncologist*. Jan;8 Suppl 1:10–4.
6. Berrios GE. (1998). Feelings of fatigue and psychopathology: a conceptual history. *Comprehensive psychiatry*. Jan;31(2):140–51.
7. Brandt KD, Doherty M, Lohmander S (eds) (1998). *Osteoarthritis*, New York: Oxford University Press
8. Chaudhuri A, Behan PO (2000). Fatigue and basal ganglia. *Journal of the neurological sciences*. Oct 1;179(S 1-2):34–42.
9. Chaudhuri A, Behan PO.(2004) Fatigue in neurological disorders. *Lancet*. Mar 20;363(9413):978–88.
10. Chorus A.M. (2003). «Quality of Life and work in Patient with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age». *Amn.Rreum.Diseases*, 62
11. Christensen R, Bartels EM, Astrup A (2007). Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 66(4):433-9.

12. Cirillo DJ, Wallace RB, Wu L. (2006). Effect of hormone therapy on risk of hip and knee joint replacement in the women's health initiative. *Arthritis Rheum* 54(10):3194-204.
13. Coggon D, Croft P, Kellingray S (2000). Occupational physical activities and osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 43(7):1443-9
14. Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan JR, Choy EH, Chalder T, Pollock J, Christensen R. (2013) Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 23;8
15. Croft P, Cooper C, Wickham C. (1992). Osteoarthritis of the hip and occupational activity. *Scand J Work Environ Health*, 18(1):59-63.
16. Dartel SA Repping-Wuts JW, van Hoogmoed D, Bleijenberg G, van Riel PL, Franssen J (2013) Association between fatigue and pain in rheumatoid arthritis: does pain precede fatigue or does fatigue precede pain? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Jun;65(6):862-9
17. Drayer RA, Mulsant BH, Lenze EJ, Rollman BL, Dew MA, Kelleher K. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International journal of geriatric psychiatry*. Oct;20(10):973–82.
18. DeFrances CJ, Podgornik MN.( 2006) National Hospital Discharge Survey. *Adv Data* (371 ):1-19.
19. Ding C, Cicuttini F, Scott F, Glisson M, Jones G (2003). Sex differences in knee cartilage volume in adults: role of body and bone size, age and physical activity. *Rheumatology*. 42(11):1317 – 1323
20. Ding C, Cicuttini F, Parameswaran V, Burgess J, Quinn S, Jones G. (2009) Serum levels of vitamin D, sunlight exposure, and knee cartilage loss in older adults: the Tasmanian older adult cohort study. *Arthritis Rheum*. May;60(5):1381-9.
21. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis (2002), American Rheumatology College of umlogy. Vol.45, No.2, Feb.2002 [328-346].
22. Felson DT, Zhang Y, Anthony JM, Naimark A, Anderson JJ.(1992) Weight loss reduces the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham study. *Ann Intern Med* 116(7): 535 -539
23. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA. (2000) Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 133(8):635-46.

24. Burger H, van Daele LP, Odding E, Valkenburg HA, Hofman A, Grobbee DE, Schutte HE, Birkenhager JC, Pols HA.(1996) Association of radiographically evident osteoarthritis with higher bone mineral density and increased bone loss with age. The Rotterdam Study. *Arthritis Rheum* 39(1): 81 – 86
25. Felson DT, Zhang Y. (1998) An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis Rheum* 41(8): 1343-55.
26. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA. (2000) Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 133(8):635-46.
27. Felson DT, Couropmitree NN, Chaisson CE. (1998) Evidence for a Mendelian gene in a segregation analysis of generalized radiographic osteoarthritis: the Framingham study. *Arthritis Rheum* 41(6): 1064-71.
28. . Felson DT, Niu J, Clancy M, (2007). Low levels of vitamin D and worsening of knee osteoarthritis: results of two longitudinal studies. *Arthritis Rheum* 56(1 ):129-36.
29. Fuhrer R, Wessely S.(1995) The epidemiology of fatigue and depression: a French primary-care study. *Psychological Medicine*. 25(5):895–905.
30. Glaus A, Crow R, Hammond S.(1996). A qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. *European journal of cancer care*. Jun;5(2Suppl):8–23.
31. Hadler NM. Knee pain is the malady not osteoarthritis.(1992). *Ann Intern Med* 116(7):598-9.
32. Hammond Alison (2004) «Rehabilitation in rheumatoid arthritis: A Critical Review». *Musculoskeletal Care* Vol.2(3) [135-146].
33. Hart DJ, Doyle DV, Spector TD.(1999). Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle – aged women, the Chingford Study. *Arthritis Rheum* 42: 17 –24
34. Heimick CG, Renner JB, Luta G. (2003) Prevalence of hip pain, radiographic hip osteoarthritis, severe radiographic hip osteoarthritis, and symptomatic hip osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 47:S212.
35. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B. (2010) Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and

- somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice*. Jan;11:67.
36. Hickie IB, Hooker AW, Hadzi-Pavlovic D, Bennett BK, Wilson AJ, Lloyd AR.(1996) Fatigue in selected primary care settings: sociodemographic and psychiatric correlates. *The Medical journal of Australia*. May 20;164(10):585–8.
  37. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Heikkilä K, Koskenvuo M.(1996) Daytime sleepiness in an adult, Finnish population. *Journal of internal medicine*. May;239(5):417–23.
  38. Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS.(1997) Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *Journal of psychosomatic research*. Jul;43(1):83–92.
  39. Huyser BA, Parker JC, Thoreson R, Smarr KL, Johnson JC, Hoffman R (1998). Predictors of subjective fatigue among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 41:2230-2237
  40. Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NM. (1997) Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. *Clinical immunology and immunopathology*. Sep;84(3):223–43.
  41. Johansen KL, Finkelstein FO, Revicki DA, Evans C, Wan S, Gitlin M. (2012) Systematic review of the impact of erythropoiesis-stimulating agents on fatigue in dialysis patients. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. Jun;27(6):2418–25.
  42. Jordan JM, Fang F, Arab L. (2005) Selenium levels are associated with increased risk for osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 52(9):s455.
  43. Kant IJ, Bültmann U, Schröer KAP, Beurskens AJHM, Van Amelsvoort LGPM, Swaen GMH.(2003) An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht Cohort Study. *Occupational and environmental medicine*. Jun;60 Suppl 1:i32–9.
  44. Katz P.P., Morris A., Yelin H.E. (2006) “Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with theumatoid arthritis”. *AuuRheum* 659. Dis , 763-76

45. Kloppenburg, M. and W. Y. Kwok (2012). "Hand osteoarthritis--a heterogeneous disorder." *Nat Rev Rheumatol* 8(1): 22-31.
46. Lawrie SM, Manders DN, Geddes JR, Pelosi AJ.(1997) A population-based incidence study of chronic fatigue. *Psychological medicine*. Mar;27(2):343–53.
47. Lorusso L, Mikhaylova S V, Capelli E, Ferrari D, Ngonga GK, Ricevuti G.(2009) Immunological aspects of chronic fatigue syndrome. *Autoimmunity reviews*. Feb;8(4):287–91.
48. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG. (2008) Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum*,58(1 ):26-35.
49. Lawrence, R. C., D. T. Felson, C. G. Helmick, L. M. Arnold, H. Choi, R. A. Deyo, S. Gabriel, R. Hirsch, M.C. Hochberg, G. G. Hunder, J. M. Jordan, J. N. Katz, H. M. Kremers, F. Wolfe and N. A. D. Workgroup(2008). "Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States.Part II." *Arthritis Rheum* 58(1): 26-35.
50. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum*, 58(1 ):26-35.
51. Lohmander LS, Ostenberg A, Englund M. (2004). High prevalence of knee osteoarthritis, pain, and functional limitations in female soccer players twelve years after anterior cruciate ligament injury. *Arthritis Rheum* 50(10):3145-52.
52. Lane NE, Hochberg MC, Pressman A, (2000) Recreational physical activity and the risk of osteoarthritis of the hip in elderly women. *J Rheumatol* 26(4):849-54.
53. Lane NE, Michel B, Bjorkengren A. (2004) The risk of osteoarthritis with running and aging: a 5-year longitudinal study. *J Rheumatol* 20(3):461-8.
54. Lohmander LS, Ostenberg A, Englund M. (2004). High prevalence of knee osteoarthritis, pain, and functional limitations in female soccer players twelve years after anterior cruciate ligament injury. *Arthritis Rheum*. 50(10):3145-52.
55. Lane NE, Lin P, Christiansen L. (2000) Association of mild acetabular dysplasia with an increased risk of incident hip osteoarthritis in elderly white women: the study of osteoporotic fractures. *Arthritis Rheum* 43(2):400-4.

56. Lee P-H, Shun S-C.(2012) Applying fatigue practice guidelines in clinical care: examples of adult leukemia patients. *Hu li za zhi The journal of nursing*. Oct;59(5):74–8.
57. Lane NE, Gore LR, Cummings SR. (1999). Serum vitamin D levels and incident changes of radiographic **hip** osteoarthritis: a longitudinal study. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arthritis Rheum* 42(5):854-60.
58. Lawrie SM, Manders DN, Geddes JR, Pelosi AJ.(1997). A population-based incidence study of chronic fatigue. *Psychological medicine*. Mar;27(2):343–53.
59. Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Gerasimov AN, Seravina OF, Kovalevskaya OB, Zeltyn AE, Novikov AA, Aleksandrova EN, Tallerova AV, Kovalenko LP, Durnev AD, Krasnov VN, Nasonov EL. (2013). The magnitude of fatigue and its association with depression, pain, and inflammatory activity in rheumatoid arthritis. *Ter Arkh*. 85(5):8-15
60. Lewis G, Wessely S. (1992) The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *Journal of epidemiology and community health*. Apr;46(2):92–7.
61. Lim W, Hong S, Nelesen R, Dimsdale JE. (2005). The association of obesity, cytokine levels, and depressive symptoms with diverse measures of fatigue in healthy subjects. *Arch intern Med*. 165:910-915
62. Magnusson K, Möller A, Ekman T, Wallgren A.(1999). A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 8(4):224–32.
63. McAlindon TE, Felson DT, Zhang Y. (1996). Relation of dietary intake and serum levels of vitamin D to progression of osteoarthritis of the knee among participants in the Framingham study. *Ann Intern Med* 125(5):353-9.
64. McAlindon TE, Jacques P, Zhang Y. (1996). Doantioxidant micronutrients protect against the development and progression of knee osteoarthritis? *Arthritis Rheum* 39(4):648-56.
65. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.(2001). Job burnout. *Annual review of psychology*. Jan;52:397–422.
66. McAlindon TE, Wilson PW, Aliabadi P. (2005). Level of physical activity and the risk of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham study.*Am J Med* 106(2):151-7.



67. Murphy L, Schwartz T, Heimick CG. (2008). Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* Sep 15;59(9):1207-13
68. McHorney CA, Kosinski M, Ware JE. (2000). Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. *Medical care.* Jun;32(6):551-67.
69. Messier SP, Loeser RF, Miller GD. (2004). Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the arthritis, diet, and activity promotion trial. *Arthritis Rheum* 50(5):1501-10.
70. Neogi T, Booth SL, Zhang YQ. (2006). Low vitamin K status is associated with osteoarthritis in the hand and knee. *Arthritis Rheum*, 54(4): 1255-61.
71. Nijrolder I, Van der Windt D, Van der Horst H.(2009). Prediction of outcome in patients presenting with fatigue in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* Apr;59(561):e101-9.
72. Nisenbaum R, Reyes M, Mawle AC, Reeves WC.(1998). Factor analysis of unexplained severe fatigue and interrelated symptoms: overlap with criteria for chronic fatigue syndrome. *American journal of epidemiology.* Jul 1;148(1):72-7.
73. Newton PM, Mow VC, Gardner TR. (2006). Winner of the 1996 Cabaud award. The effect of lifelong exercise on canine articular cartilage. *Am J Sports Med.* 25(3):282-7.
74. Nevitt MC, Xu L, Zhang YQ. (2002). Very low prevalence of hip osteoarthritis among Chinese elderly in Beijing compared to Caucasians in the U.S.: the Beijing Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum.* 46:1773-9.
75. Neogi T, Felson DT, Sarno R, Booth SL.(2008). Vitamin K in hand osteoarthritis: results from a randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis.* Jul 14 Nov;67(11):1570-3.
76. Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI.(2003) Fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: the psychosocial aspects. *The Journal of rheumatology.* Feb;30(2):283-7.
77. Power JD, Badley EM , French MR , Wall AJ, Hawker GA. (2008). Fatigue in osteoarthritis: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 9:63

78. Pronto Louis (2000) «Γίνε ο καλύτερος φίλος του Εαυτού σου» Αθήνα, Εκδόσεις: ΑΛΚΥΩΝ.
79. Richardson A, Ream E.(1996) The experience of fatigue and other symptoms in patients receiving chemotherapy. *European journal of cancer care.* Jun;5(2 Suppl):24–30.
80. Roos EM, Ostenberg A, Roos H. (2001). Long-term outcome of meniscectomy: symptoms, function, and performance tests in patients with or without radiographic osteoarthritis compared to matched controls. *Osteoarthritis Cartilage.* 9(4):316-24.
81. Ream E, Richardson A.(1996). Fatigue: a concept analysis. *International journal of nursing studies.* Oct;33(5):519–29.
82. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA. (2004). Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum,* 51:578-585.
83. Schwartz JE, Jandorf L, Krupp LB.(1993) The measurement of fatigue: a new instrument. *Journal of psychosomatic research.* Oct;37(7):753–62.
84. Srikanth VK, Fryer JL, Zhai G. (2005). Ameta-analysis of sex differences prevalence, incidenceand severity of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage,* 13(9):769-81
85. Spector TD, Cicuttini F, Baker J. (1996) Genetic influences on osteoarthritis in women: a twin study. *BMJ* 312(7036):940-3.
86. Swain MG. (2000). Fatigue in chronic disease. *Clinical science (London, England :* 1979). Jul;99(1):1–8.
87. Sara Lynn H. Allaire. (2003) « Reduction of job Loss in Persons with Rheumatic Diseases Receiving Vocational Rehabilitation. A Randomized Controlled Trial». *American College of Rheumatology. Arthritis & Rheumatism* Vol.48, No.11, pp.[3212-3218].
88. Schwid SR, Covington M, Segal BM, Goodman AD. (2002) Fatigue in multiple sclerosis: current understanding and future directions. *Journal of rehabilitation research and development.* Jan;39(2):211–24
89. Singh H, Arya S, Talapatra P, Lather K, Mathur R, Singhania A, Chaudhary V. (2014) Assessment of fatigue in rheumatoid arthritis (by functional assessment of

- chronic illness therapy-fatigue score) and its relation to disease activity and anemia. *J Clin Rheumatol*. Mar;20(2):87-90
90. Tepper S, Hochberg MC. (1993). Factors associated with hip osteoarthritis: data from the First National Health and Nutrition Survey (NHANES – I). *Am J Epidemiol* 137: 1081 –1088.
  91. Van Saase JL, Vandenbroucke JP, van Romunde KL, Valkenburg HA. (1988) Osteoarthritis and obesity in the general population. A relationship calling for an explanation. *J Rheumatol* 15(7): 1152 – 1158.
  92. Visser MRM, Smets EMA (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Supportive Care in Cancer*. Mar 20;6(2):101–8.
  93. Watt T, Groenvold M, Bjorner JB, Noerholm V, Rasmussen NA, Bech P. (2000). Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. *Journal of epidemiology and community health*. Nov;54(11):827–33.
  94. Wessely S.(1998) The epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. Jan;7(1):10–24.
  95. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D.(1997). The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study. *American journal of public health*. Sep;87(9):1449–55.
  96. Wluka AE, Stuckey S, Brand C. (2002). Supplementary vitamin E does not affect the loss of cartilage volume in knee osteoarthritis: a 2 year double blind randomized placebo controlled study. *J Rheumatol*, 29(12):2585-91.
  97. Wluka AE, Cicuttini FM, Spector TD.(2000). Menopause, oestrogens and arthritis. *Maturitas* 35(3): 183-99.
  98. Zhang YQ, Xu L, Nevitt MC. (2001). Chinese have a much lower prevalence of radiographic osteoarthritis of the hand than Caucasians in the U.S. *Arthritis Rheum* 44(9):2065-71.
  99. Zhang Y, Xu L, Nevitt MC. (2001) Comparison of the prevalence of knee osteoarthritis between the elderly Chinese population in Beijing and whites in the United States: the Beijing osteoarthritis study. *Arthritis Rheum* 44(9):2065-71.

## Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Ανδριανάκος Α., Τρότζας Π. & συνεργ. (2003). «Επιπολασμός των Ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα. Περιγραφική Επιδημιολογική Μελέτη. Η Μελέτη ESORDIG». Ιατρική 84 (3-4) 6
2. Βέμη Ν., Αναγνωστόπουλος Φ., & Νιάκας Δ. (2007) Σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα των Ελλήνων αστυνομικών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Suppl.1): 43-50
3. Πλατή Χρ., Πριάμη Μ. (2000). «Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις κατά την Οξεία και Χρόνια Φάση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας». Νοσηλευτική 39 (1) [73-3].
4. Καραδήμας Ε. (2005). «Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη». Αθήνα, Εκδόσεις: ΤΥΠΟΘΗΤΩ. [141-15].
5. Κοινωνικές επιστήμες και υγεία Μάρκος Σαρρής κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα ζωής εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001
6. Μηνασίδου Ευγ., Λεμονίδου Χρ. (2005). «Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών» Νοσηλευτική, 44 (2) [22-211].

# Παράρτημα

## 1. Άδεια διεξαγωγής έρευνας

ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΜΑΝΩΛΕΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ  
ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ 3  
ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Καλαμάτα, 27 Ιουνίου 2014

ΠΡΟΣ: Γιατράκου Σταυρούλα, Φυσικοθεραπεύτρια MSc(c)

Θέμα: Έγκριση χορήγησης άδειας συλλογής ερωτηματολογίων

Σε απάντηση στην αίτησή σας για τη διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας σας με θέμα «Κόπωση σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα» στα πλαίσια των συμβατικών ακαδημαϊκών υποχρεώσεων σας, **εγκρίνεται** η συλλογή ερωτηματολογίων που θα απευθύνονται σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα και οι οποίοι κάνουν φυσικοθεραπείες στο Ιατρείο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης της ευθύνης μου.

Ο Διευθυντής -Ιατρός  
ΜΑΝΩΛΕΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡ. ΜΑΝΩΛΕΑΣ  
ΕΙΔΗΘΗΣ ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ  
ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ 3 - ΚΑΛΑΜΑΤΑ  
Α.Φ.Μ.: 040637460 - Δ.Ο.Υ.: ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
Α.Μ.Κ.Α.: 01076002278 ΤΗΛ: 27210-22773

## 2. Άδεια από Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα



ΑΡΧΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δ/ση Γραμματείας  
Τμήμα : Ελεγκτών  
Ταχ. Δ/ση : Κηφισίας 1-3, Αθήνα  
Ταχ. Κώδ. : 115 23  
Πληροφ. : Χαρίκλεια Ζ. Λάτσιου  
Τηλ. : 210-6475692  
Fax : 210-6475628  
Email : [contact@dpa.gr](mailto:contact@dpa.gr)  
Ιστοσελίδα : [www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)

Αθήνα, 24-09-2014

Αριθ. Πρωτ.: ΓΝ/ΕΞ/4843-1/24-09-2014

ΠΡΟΣ  
Σταυρούλα Γιατράκου  
Νικηταρά 16  
Τ.Κ. 24 100 Καλαμάτα

α/α Αδείας : 1356

**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΜΕ  
ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΑΡΘΡΟ 7 Ν. 2472/1997**

Η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα συνεδρίασε σε σύνθεση Τμήματος στην έδρα της την Τετάρτη 24.09.2014 και ώρα 10:00 μετά από πρόσκληση του Προέδρου της προκειμένου να εξετάσει τις υπ' αρ. πρωτ. ΑΠΔΠΧ Γ/ΕΙΣ/4843/05.08.2014 και Γ/ΕΙΣ/4967/12.08.2014 αιτήσεις της Σταυρούλας Γιατράκου και του Ιωάννη Μανωλέα, αντίστοιχα, σχετικά με την χορήγηση άδειας πρόσβασης στην ερευνητρια Σταυρούλα Γιατράκου στο πλαίσιο εκπόνησης ερευνητικής μελέτης. Παρέστησαν ο Αναπληρωτής Πρόεδρος, Γεώργιος Μπατζαλέξης, κωλυμένου του Προέδρου της Αρχής Πέτρου Χριστόφορου και τα αναπληρωματικά μέλη Σπυρίδων Βλαχόπουλος, ως εισηγητής, Γρηγόριος Λαζαράκος και Χαράλαμπος Ανθόπουλος, σε αντικατάσταση των τακτικών μελών Λεωνίδα Κοτσαλή, Αναστάσιου – Ιωάννη Μεταξά και Δημήτριου Μπριόλα, αντίστοιχα, οι οποίοι, αν και εκλήθησαν νομίμως εγγράφως, δεν παρέστησαν λόγω κωλύματος. Παρούσες χωρίς δικαίωμα ψήφου ήταν η Χαρίκλεια Λάτσιου, νομικός ελεγκτής - δικηγόρος, ως βοηθός εισηγητρια και η Ειρήνη Παταγεωργοπούλου, υπάλληλος του τμήματος διοικητικών και οικονομικών υποθέσεων, ως γραμματέας. Η Αρχή, μετά από εξέταση των στοιχείων του φακέλου της υπόθεσης, αφού άκουσε τον εισηγητή και τη βοηθό εισηγήτρια, η οποία στη συνέχεια αποχώρησε, και κατόπιν διεξοδικής συζήτησης, σκέφτηκε σύμφωνα με το νόμο και αποφάσισε τη χορήγηση της παρακάτω άδειας ίδρυσης και λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα.

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Σταυρούλα Γιατράκου.

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ:** Νικηταρά 16, Τ.Κ. 24 100 Καλαμάτα.

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ:** Η ίδια με την προηγούμενη.

**ΕΙΔΟΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:** Ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα (ιδίως σχετικά με την υγεία) των ασθενών του Εργαστηρίου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα στοιχεία συλλέγονται και τηρούνται για την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας της φυσικοθεραπεύτριας Σταυρούλας Γιατράκου με θέμα «Κόπωση σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα» που διενεργείται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με επιβλέπουσα την Επ. Καθηγήτρια Σοφία Ζυγά. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της εμφάνισης κόπωσης στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Για τον σκοπό της μελέτης αυτής θα διανεμηθούν ερωτηματολόγια σε ενδιαφερομένους ασθενείς με διαγνωσμένη οστεοαρθρίτιδα

και ρευματοειδή αρθρίτιδα, οι οποίοι επισκέπτονται για φυσικοθεραπείες το ιδιωτικό Εργαστήριο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ιατρού Ιωάννη Μανωλέα. Τα ερωτηματολόγια θα περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με δημογραφικά στοιχεία, ατομικό ιστορικό, αντίληψη για την ποιότητα της ζωής (συμπτώματα, λειτουργικότητα, πνευματικότητα). Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική.

**ΠΗΓΕΣ:** Πηγές των δεδομένων είναι οι ίδιοι οι ασθενείς.

**ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ:** Η άδεια ισχύει μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας και πάντως όχι πέραν της πενταετίας.

**ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Άδεια λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 στοιχ. α' του Ν. 2472/1997.

**ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Η άδεια προσδιορίζεται από τον προαναφερόμενο σκοπό επεξεργασίας και περιλαμβάνει όλες τις εγκαταστάσεις του υπεύθυνου επεξεργασίας.

**ΠΑΡΑΒΟΛΟ:** τριάντα (30,00) ευρώ.



### ΟΡΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

1. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας θα διενεργήσει ο ίδιος την έρευνα στον χώρο του Εργαστηρίου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ιατρού Ιωάννη Μανωλέα και δεσμεύεται από την τήρηση του απορρήτου και της ασφάλειας της επεξεργασίας σύμφωνα με τα οριζόμενα στη διάταξη του άρθρου 10 του ν.2472/1997.
2. Για να είναι έγκυρη η συγκατάθεση και επιτρεπτή η επεξεργασία πρέπει να τηρούνται οι όροι του ν. 2472/97 (βλ. άρθρ. 2 στοιχ. ια' και άρθρ. 7 παρ. 2 περ. α'). Τα υποκείμενα των δεδομένων, αφού έχουν προσηκόντως (με σχετικό έντυπο) ενημερωθεί για τον ειδικό σκοπό της επιστημονικής έρευνας και τα λοιπά στοιχεία κατά το άρθρ. 11 του ν. 2472/97, πρέπει να συγκατατίθενται ελευθέρως.
3. Αποδέκτες των δεδομένων δύνανται να είναι τα ίδια τα υποκείμενα και τα εξουσιοδοτημένα από αυτά πρόσωπα.
4. Απαγορεύεται η διαβίβαση δεδομένων σε τρίτους. Επιτρέπεται η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της έρευνας, στατιστικών ή ανωνυμοποιημένων στοιχείων για τον σκοπό ενημέρωσης της επιστημονικής κοινότητας (βλ. άρθρ. 7 παρ. 2 περ. στ' του ν. 2472/97). Έτσι, στοιχεία δημοσιοποιήσιμα σε επιστημονικά άρθρα, μονογραφίες, επιστημονικά περιοδικά δύνανται να είναι μόνο στοιχεία ανωνυμοποιημένα ή συγκεντρωτικά στατιστικά.
5. Πριν από την παράδοση της άδειας στον υπεύθυνο επεξεργασίας θα πρέπει να καταβληθεί το ορισθέν παράβολο.
6. Κάθε μεταβολή των στοιχείων που αναφέρονται στην παρούσα άδεια πρέπει να γνωστοποιείται άμεσα στην Αρχή.
7. Είναι αυτονόητη η συμμόρφωση του υπευθύνου της επεξεργασίας προς τις γνωμοδοτήσεις, οδηγίες και λοιπές αποφάσεις της Αρχής σχετικά με την ερμηνεία και εφαρμογή του κανονιστικού καθεστώτος που διέπει την λειτουργία του αρχείου προσωπικών δεδομένων.
8. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τους παραπάνω όρους η άδεια παύει να ισχύει.

Ανανέωση της άδειας δύνανται να γίνει με αίτηση του υπεύθυνου επεξεργασίας δύο μήνες πριν την λήξη της παρούσας.

Ο ΑΝΑΠΑΗΡΩΤΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ

24/09/2014  
Γεώργιος Μπατζαλέξης

### 3. Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

#### Δελτίο Συγκατάθεσης

Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας με θέμα:

**«ΚΟΠΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ  
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ».**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Σταυρούλα Γιατράκου

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ : Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Ο/Η υπογεγραμμένος/η δηλώνω ότι ενημερώθηκα επαρκώς για την ερευνητική μελέτη η οποία εστιάζει στη διερεύνηση εμφάνισης κόπωσης στις διάφορες δραστηριότητες και τη συσχέτιση της με την ποιότητα ζωής ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αντίστοιχα με τη βοήθεια δύο ερωτηματολογίων.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της κόπωσης ασθενών με χρόνια νόσο (οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα) σε σχέση με τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευεξία, την πνευματικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής.

Γνωρίζω ότι θα τηρηθεί ανωνυμία όσον αφορά τα στοιχεία που θα συλλεχθούν, καθώς επίσης κατανοώ ότι η επιλογή μου σ' αυτή τη μελέτη είναι εθελοντική και έγινε λόγω του ότι έχω διαγνωσθεί με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή οστεοαρθρίτιδα, αντίστοιχα.

Πιθανά οφέλη αυτής της έρευνας είναι ότι θα συμβάλλω με την συμμετοχή μου προκειμένου να ερευνηθεί ένα διαδεδομένο σύμπτωμα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα αυτό της κόπωσης, που είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας διεθνώς.

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία: .....

#### 4.Ενημερωτικό φυλλάδιο συμμετεχόντων

##### **Ενημερωτικό φυλλάδιο για τους συμμετέχοντες στην έρευνα**

Με το παρόν φυλλάδιο θα θέλαμε να ενημερώσουμε τους συμμετέχοντες στην έρευνα και να ζητήσουμε την ουσιαστική και πολύ σημαντική συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Η έρευνα αυτή έχει στόχο τη διερεύνηση εμφάνισης κόπωσης στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτιση της με την ποιότητα ζωής ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αντίστοιχα με τη βοήθεια δύο ερωτηματολογίων.

Η βοήθεια σας είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς θα βοηθήσει ώστε να αξιολογηθούν πτυχές της πάθησής σας ώστε να συμβάλλει στην επιστημονική γνώση για την καλύτερη σφαιρική προσέγγιση της ασθένειάς σας από τους επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στην αποκατάστασή σας.

Η διαδικασία δεν θα διαρκέσει πάνω από δέκα λεπτά και το μόνο που θα σας ζητηθεί είναι να απαντήσετε σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν την κόπωση και την ποιότητα ζωής σας. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Από τις απαντήσεις σας, δεν θα είναι δυνατόν να αναγνωρισθεί η ταυτότητά σας. Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα γίνεται με την έγκριση του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Θα θέλατε να μας βοηθήσετε στην προσπάθεια αυτή.

Στη διάθεσή σας τα στοιχεία μου

**Γιατράκου Σταυρούλα**

*Φυσικοθεραπεύτρια και Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής*

**Τηλ: 6949319646**

**Email: [voula.g.21@windowslive.com](mailto:voula.g.21@windowslive.com)**

## 5. Ερωτηματολόγια έρευνας

### «ΚΟΠΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ»

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και θα διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται.

Είναι σαφές ότι δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων και επιπλέον κανείς δεν γνωρίζει τους συμμετέχοντες εκτός από τους ερευνητές.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας και για τον χρόνο σας!  
Σταυρούλα Γιατράκου

#### I. Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

2. Ημερομηνία γέννησης: ..... ..

3. Τόπος διαμονής: Αστική περιοχή  Αγροτική περιοχή

4. Μορφωτικό επίπεδο:

Απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η  Έγγαμος/η  Διαζευγμένος/η  Χήρος/α

6. Αριθμός παιδιών: .....

7. Εθνικότητα: Ελληνική  Άλλη

8. Ποια είναι η επαγγελματική σας απασχόληση;

Άνεργος

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Δημόσιος Υπάλληλος

Ελεύθερος Επαγγελματίας

Συντ/χος

Αγρότης

Οικιακά

## II. Ατομικό Ιστορικό

1. Πάσχετε από: οστεοαρθρίτιδα  ρευματοειδή αρθρίτιδα
2. Πότε μάθατε για πρώτη φορά ότι έχετε οστεοαρθρίτιδα/ρευματοειδή αρθρίτιδα;  
<1χρ  1χρ-5χρ  5>
3. Ποιο είναι το βασικό σύμπτωμα που σας οδήγησε στο γιατρό σας;  
.....
4. Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; Ναι  Όχι
5. Πόσες συνεδρίες φυσικοθεραπείας έχετε κάνει το τελευταίο διάστημα; <10  10  >10
6. Έχετε δει κάποια διαφορά στην ποιότητα ζωή σας μετά το πέρας το φυσικοθεραπειών σας;  
Ναι  Όχι
7. Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα; <4  4-6  6-8  >8
8. Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή για να κοιμηθείτε;  
Ναι  Όχι  Μερικές φορές  Σπάνια

### FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS)

Οι παρακάτω δέκα προτάσεις αναφέρονται στο πώς συνήθως αισθάνεστε. Για κάθε πρόταση, μπορείτε να επιλέξετε μία από τις πέντε απαντήσεις, από το «ποτέ» έως το «πάντα». Κυκλώστε εκείνη την απάντηση στην καθεμία ερώτηση που σας εκφράζει περισσότερο. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα κι αν τώρα αισθάνεστε καλά.

	Ποτέ	Μερικές φορές	Τακτικά	Συχνά	Πάντα
1.Με ενοχλεί η κούραση	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2.Κουράζομαι πολύ εύκολα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3.Δεν κάνω πολλές δουλειές στη διάρκεια της ημέρας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
*4.Έχω αρκετή ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5.Σωματικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6.Δυσκολεύομαι να ξεκινήσω να κάνω πράγματα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7.Δυσκολεύομαι να σκεφτώ καθαρά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8.Δεν έχω διάθεση να κάνω οποιαδήποτε δραστηριότητα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9.Νοητικά, αισθάνομαι εξουθενωμένος/η	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
*10.Όταν κάνω κάποια δραστηριότητα, μπορώ να συγκεντρώνομαι αρκετά καλά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

\*reversed scoring

## MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX VERSION – 15R

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις κυκλώνοντας κάθε φορά μία απάντηση. Αν κάνετε λάθος ή αλλάξετε γνώμη, διαγράψτε με ένα **X** τη λάθος απάντηση και κυκλώστε τη σωστή απάντηση. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

### ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

#### 1. Πώς θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας;

Πολύ Φτωχή <sub>1</sub> Φτωχή <sub>2</sub> Μέτρια <sub>3</sub> Καλή <sub>4</sub> Πολύ καλή <sub>5</sub>

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

#### 1. Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια.

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>-2</sub>  
Συμφωνώ <sub>-1</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
Διαφωνώ <sub>1</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>2</sub>

#### 2. Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου.

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>4</sub>  
Συμφωνώ <sub>3</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
Διαφωνώ <sub>-3</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>-4</sub>

#### 3. Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση.

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>5</sub>  
Συμφωνώ <sub>4</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>3</sub>  
Διαφωνώ <sub>2</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>1</sub>

### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

#### 4. Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω.

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>-2</sub>  
Συμφωνώ <sub>-1</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
Διαφωνώ <sub>1</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>2</sub>

#### 5. Αποδέχομαι το γεγονός ότι δεν μπορώ να κάνω πολλά από τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>4</sub>

- Συμφωνώ <sub>3</sub>  
 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
 Διαφωνώ <sub>-3</sub>  
 Διαφωνώ απόλυτα <sub>-4</sub>

**6. Η ικανοποίηση από τη ζωή μου εξαρτάται από το να είμαι δραστήριος/α και να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι.**

- Συμφωνώ Απόλυτα <sub>5</sub>  
 Συμφωνώ <sub>4</sub>  
 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>3</sub>  
 Διαφωνώ <sub>2</sub>  
 Διαφωνώ απόλυτα <sub>1</sub>

**ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

**7. Τον τελευταίο καιρό είμαι ικανός/ή να μοιράζομαι σημαντικά πράγματα με τα κοντινά μου πρόσωπα.**

- Συμφωνώ Απόλυτα <sub>-2</sub>  
 Συμφωνώ <sub>-1</sub>  
 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
 Διαφωνώ <sub>1</sub>  
 Διαφωνώ απόλυτα <sub>2</sub>

**8. Στην παρούσα φάση περνώ όσο χρόνο θέλω με την οικογένεια και φίλους.**

- Συμφωνώ Απόλυτα <sub>4</sub>  
 Συμφωνώ <sub>3</sub>  
 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
 Διαφωνώ <sub>-3</sub>  
 Διαφωνώ απόλυτα <sub>-4</sub>

**9. Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις.**

- Συμφωνώ Απόλυτα <sub>5</sub>  
 Συμφωνώ <sub>4</sub>  
 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>3</sub>  
 Διαφωνώ <sub>2</sub>  
 Διαφωνώ απόλυτα <sub>1</sub>

**ΕΥΞΕΙΑ**

**10. Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα.**

- Συμφωνώ Απόλυτα <sub>-2</sub>  
 Συμφωνώ <sub>-1</sub>  
 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>

Διαφωνώ <sub>1</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>2</sub>

**11. Είμαι περισσότερο ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου τώρα από ότι ήμουν πριν την ασθένειά μου.**

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>4</sub>  
Συμφωνώ <sub>3</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
Διαφωνώ <sub>-3</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>-4</sub>

**12. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλά με τον εαυτό μου.**

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>5</sub>  
Συμφωνώ <sub>4</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>3</sub>  
Διαφωνώ <sub>2</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>1</sub>

**ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

**13. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι είχε στο παρελθόν.**

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>-2</sub>  
Συμφωνώ <sub>-1</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
Διαφωνώ <sub>1</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>2</sub>

**14. Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος.**

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>4</sub>  
Συμφωνώ <sub>3</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>0</sub>  
Διαφωνώ <sub>-3</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>-4</sub>

**15. Είναι σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα.**

Συμφωνώ Απόλυτα <sub>5</sub>  
Συμφωνώ <sub>4</sub>  
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <sub>3</sub>  
Διαφωνώ <sub>2</sub>  
Διαφωνώ απόλυτα <sub>1</sub>



## 6. Πρωτόκολλο μελέτης

### ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

#### ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

#### ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

#### «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

<b>ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	
<b>Τίτλος:</b>	<b>ΚΟΠΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΑ</b>
<b>Ημερομηνία:</b>	03/05/2014
<b>Υπεύθυνος ερευνητικός φορέας</b>	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής <u>Επιβλέπων Καθηγητής:</u> Σοφία Ζυγά <u>Μεταπτυχιακή φοιτήτρια :</u> Σταυρούλα Γιατράκου
<b>Είδος μελέτης</b>	Πρόκειται για μια ποσοτική μελέτη και μελέτη συσχέτισης.
<b>Εισαγωγή-Θεωρητικό πλαίσιο</b>	<p>Η κόπωση έχει οριστεί σε μεγάλο βαθμό ως ένα υποκειμενικό σύμπτωμα και ως μια αντικειμενική μείωση της επίδοσης του ατόμου. Μπορεί να είναι οξεία ή φυσιολογική, η οποία μειώνεται με την ανάπαυση και χρόνια ή παθολογική η οποία συνεχίζει και μετά την ξεκούραση . Συνοδεύει χρόνιες ασθένειες όπως νόσο Parkinson<sup>1</sup> , καρκίνο<sup>2</sup>, πολλαπλή σκλήρυνση, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο<sup>4</sup>, ρευματοειδή αρθρίτιδα<sup>5</sup> κ.ά.</p> <p>Η κόπωση συχνά χαρακτηρίζεται ως μια πολυδιάστατη συνεχής</p>

	<p>κατάσταση και έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών<sup>6</sup>.</p> <p>Έχει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον καθώς είναι ένα διαδεδομένο σύμπτωμα στο γενικό πληθυσμό<sup>8</sup> και είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας διεθνώς<sup>7</sup>.</p> <p>Παρ' όλη τη μέχρι τώρα αναγνώριση της σημασίας της, η κόπωση ως θεωρητικό κατασκεύασμα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς και σε πολλές χρόνιες νόσους η αιτιολογία της δεν είναι πλήρως κατανοητή.</p> <p>Τα χρόνια νοσήματα επιφέρουν στον ασθενή πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής καθώς τον φέρνουν αντιμέτωπο με μακροχρόνιες θεραπείες, ανικανότητα και κοινωνικό στίγμα. Όλα τα ανωτέρω επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής του καθώς ανατρέπουν την κοινωνική, οικονομική και συναισθηματική ισορροπία του ατόμου και της οικογένειάς του. Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, των κοινωνιολόγων ακόμα και των ίδιων των ασθενών έχει αυξηθεί σχετικά με τις επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής τους<sup>9,16</sup>).</p> <p>Η οστεοαρθρίτιδα είναι από τις πιο κοινές χρόνιες παθήσεις στον πληθυσμό<sup>10</sup> που επηρεάζει το 60% των ανδρών και το 70% των γυναικών ηλικίας άνω των 65 ετών<sup>11</sup> με τεράστιο κοινωνικοοικονομικό κόστος, ανταγωνιζόμενο εκείνο της ισχαιμικής καρδιοπάθειας<sup>12</sup>, και σε συνδυασμό με την γήρανση του πληθυσμού, ο επιπολασμός και η επίπτωση της νόσου αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά<sup>13,14</sup>.</p> <p>Το 2003 σε μία έρευνα που έγινε από το Καναδικό Ινστιτούτο Έρευνας της Υγείας, οι Καναδοί που ζουν με αρθρίτιδα προσδιόρισαν την κόπωση ως ερευνητική προτεραιότητα, αλλά μέχρι σήμερα πολύ λίγες έρευνες κινήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση<sup>14</sup>.</p>
--	---

	<p>Η ρευματοειδής αρθρίτιδας αποτελεί τη συχνότερη φλεγμονώδη αρθροπάθεια. Προσβάλλει το 1% των ενηλίκων και είναι συχνότερη στο γυναικείο πληθυσμό. Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί προς την κατεύθυνση της κόπωσης των ασθενών καθώς και της ποιότητας ζωής τους σε μεγαλύτερο βαθμό<sup>17</sup>.</p> <p>Συμπερασματικά, η κόπωση συχνά χαρακτηρίζεται ως μία από τις πιο δύσκολες πτυχές της χρόνιας νόσου και είναι ένα σύμπτωμα που έχει σημαντική επίπτωση στην καθημερινή δραστηριότητα καθώς και στην ποιότητα ζωής των ασθενών<sup>18,19</sup>.</p>
<p><b>Σκοπός-Επιμέρους στόχοι</b></p>	<p>Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση εμφάνισης κόπωσης στις διάφορες δραστηριότητες και η συσχέτιση της με την ποιότητα ζωής ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αντίστοιχα με τη βοήθεια δύο ερωτηματολογίων.</p>
<p><b>Σχεδιασμός μελέτης και μεθοδολογία</b></p>	<p>Διενεργήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: κόπωση, ποιότητα ζωής, χρόνιο νόσημα, οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, quality of life, fatigue, osteoarthritis, rheumatoid arthritis.</p> <p>Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 2000-2014 προκειμένου να είναι σύγχρονη η βιβλιογραφία και να περιέχονται σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα.</p> <p>Παράλληλα τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.</p> <p><b>Συλλογή δεδομένων</b></p> <p>Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει με ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια της συνεδρίας των φυσικοθεραπειών των ασθενών. Ειδικότερα, στους ασθενείς θα δοθούν δύο ερωτηματολόγια μέτρησης επιπέδου κόπωσης και ποιότητας ζωής.</p>

### **Ερωτηματολόγια και ερευνητικά εργαλεία**

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων.

Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων που προτείνεται να χρησιμοποιηθούν για τη συγκέντρωση των απαραίτητων ερευνητικών στοιχείων είναι τα ακόλουθα:

- 1) Η κλίμακα *Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)* η οποία είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών κατά τη διάρκεια μιας προχωρημένης νόσου. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 15 ερωτήσεις και καλύπτει 5 διαστάσεις της νόσου (συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία, πνευματικότητα) βάση των οποίων αξιολογείται η προσωπική εμπειρία του κάθε ασθενή σε κάθε μία από αυτές τις διαστάσεις ή τομείς της ποιότητας ζωής.
- 2) Η κλίμακα «**Fatigue Assessment Scale (FAS)**» η οποία διερευνά και αξιολογεί την δυνατότητα του ασθενούς να ανταπεξέλθει πνευματικά και φυσικά σε διάφορες δραστηριότητες. Αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται η συχνότητα εμφάνισης της κόπωσης.

Στην προτεινόμενη μελέτη θα συμμετέχουν δύο ομάδες ασθενών. Η πρώτη ομάδα θα αποτελείται από αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με οστεοαρθρίτιδα και η δεύτερη αντίστοιχο αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα από τον πληθυσμό των ασθενών του Ιατρείου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και θα προέρχονται από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

	<p><b>Κριτήρια επιλογής δείγματος:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ηλικία άνω των 18 ετών,</li> <li>• οι ασθενείς να είναι ικανοί να γράφουν να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα,</li> <li>• οι ασθενείς να είναι ικανοί να διαβάζουν και να υπογράφουν το έντυπο συγκατάθεσης,</li> <li>• οι ασθενείς να είναι προσανατολισμένοι ως προς το χρόνο και το χώρο,</li> <li>• ασθενείς με διάγνωση οστεοαρθρίτιδας και ρευματοειδούς αρθρίτιδας.</li> </ul> <p><b>Κριτήρια αποκλεισμού:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ασθενείς με συστηματικές παθήσεις π.χ. καρκίνος, αναπνευστική, καρδιακή, νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια κ.ά,</li> <li>• ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα όπως χρόνια οσφυοισχιαλγία κ.ά,</li> <li>• ασθενείς με ιστορικό για λήψη ηρεμιστικών,</li> <li>• ασθενείς με γνωστικές ή ψυχολογικές διαταραχές,</li> <li>• ασθενείς με προβλήματα όρασης ή ακοής,</li> <li>• ασθενείς με περιορισμένη δυνατότητα αυτοφροντίδας.</li> </ul> <p><b>Συγχυτικοί παράγοντες:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσκολία στην κατανόηση της ορολογίας στα ερευνητικά εργαλεία</li> <li>• Παρεμβολές από εξωγενείς παράγοντες (διακοπές από άλλους, θερμοκρασία δωματίου, θόρυβος, κόπωση των συμμετεχόντων με άλλες συνοδές παθολογικές καταστάσεις).</li> </ul>
--	--

<p><b>Ανάλυση δεδομένων</b></p>	<p>Η στατιστική ανάλυση θα γίνει με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις θα χρησιμοποιηθεί επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0,05.</p> <p>Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα έχουν ως εξής:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Πώς συνήθως αισθάνονται την ποιότητα ζωής και την κόπωση οι ασθενείς;</li> <li>2. Πόσο καλή είναι η ποιότητα ζωής και η κόπωση των ασθενών σε σχέση με τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευεξία, την πνευματικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής.</li> </ol> <p>Οι επιμέρους στατιστικές αναλύσεις θα γίνουν τόσο σε επίπεδο περιγραφικής, όσο και επαγωγικής στατιστικής.</p> <p>Ως προς την περιγραφική στατιστική θα παρουσιαστούν όλες οι μεταβλητές και όλοι οι επιμέρους παράγοντες σε πίνακες μονής εισόδου με τους αντίστοιχους περιγραφικούς δείκτες.</p> <p>Ως προς την επαγωγική στατιστική θα παρουσιαστούν όλες οι μεταβλητές και όλοι οι επιμέρους παράγοντες σε πίνακες διπλής εισόδου με τα αντίστοιχα κριτήρια.</p>
<p><b>Αναμενόμενα αποτελέσματα</b></p>	<p>Η ερευνητική υπόθεση της μελέτης αφορά τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ κόπωσης και ποιότητας ζωής των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα αντίστοιχα, με τα μεγέθη να είναι αντιστρόφως ανάλογα μεταξύ τους. Ειδικότερα, όσο υψηλότερα επίπεδα κόπωσης τόσο χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών.</p>

<p><b>Ηθικά θέματα</b></p>	<p>Όλοι οι συμμετέχοντες στην παρούσας μελέτης θα συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους, παρουσία του ερευνητή ο οποίος θα δίνει κάποιες εξηγήσεις διευκρινιστικού τύπου, αλλά δεν θα επιτρέπεται να υποδείξει στον εξεταζόμενο καμία απάντηση.</p> <p>Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπάρχουν. Θα εφαρμοστούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, αφού θα εξασφαλίζεται προηγουμένως η συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση, ενώ η συμμετοχή στη μελέτη θα είναι εθελοντική και θα τηρηθεί ανωνυμία. Τέλος, ο φορέας στον οποίο θα γίνει η εκπόνηση της μελέτης δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά.</p>
<p><b>Βιβλιογραφία</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chaudhuri A, Behan PO. (2000) Fatigue and basal ganglia. <i>Journal of the neurological sciences</i>. Oct 1;179(S 1-2):34–42.</li> <li>2. Cella D, Lai JS, Chang CH, Peterman A, Slavin M (2002). Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. 94:528-538.</li> <li>3. Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, Scheinberg LC(1988). Fatigue in multiple sclerosis. <i>Arch Neurol</i>, 45:435-437.</li> <li>4. Tench CM, McCurdie I, White PD, D'Cruz DP (2000) The prevalence and associations of fatigue in systemic lupus erythematosus. <i>Rheumatology (Oxford)</i>, 39:1249-1254.</li> <li>5. Pollard LC, Choy EH, Gonzalez J, Khoshaba B, Scott DL (2006) Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. <i>Rheumatology (Oxford)</i>. 45:885-889.</li> <li>6. Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA (2004) Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum</i>, 51:578-585.</li> <li>7. Nijrolder I, Van der Windt DAWM, Van der Horst HE. (2008) Prognosis of fatigue and functioning in primary care: a 1-year</li> </ol>

	<p>follow-up study. <i>Annals of family medicine</i>. 6(6):519–27.</p> <p>8. Watt T, Groenvold M, Bjorner JB, Noerholm V, Rasmussen NA, Bech P. (2000) Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. <i>Journal of epidemiology and community health</i>. Nov;54(11):827–33.</p> <p>9. Lagace C, Perruccio A, DesMeules M, Badley EM (2003) The Impact of Arthritis on Canadians. In <i>Arthritis in Canada: An Ongoing Challenge</i> Edited by: Badley EM, DesMeules M. Ottawa: Health Canada. 7-31.</p> <p>10. Hunter DJ, Niu J, Felson DT. (2007) Knee alignment does not predict incident osteoarthritis: the Framingham osteoarthritis study. <i>Arthritis Rheum</i>. 56(4):1212-8.</p> <p>11. Lawrence, R. C., D. T. Felson, C. G. Helmick, L. M. Arnold, H. Choi, R. A. Deyo, S. Gabriel, R. Hirsch, M.C. Hochberg, G. G. Hunder, J. M. Jordan, J. N. Katz, H. M. Kremers, F. Wolfe and N. A. D. Workgroup(2008). "Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II." <i>Arthritis Rheum</i> 58(1): 26-35.</p> <p>12. Hootman JM, Helmick CG (2006). Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. <i>Arthritis Rheum</i>. 54:226-229.</p> <p>13. Perruccio AV, Power JD, Badley EM (2006) Revisiting arthritis prevalence projections – it's more than just the aging of the population. <i>J Rheumatol</i>. 33:1856-1862.</p> <p>14. Canadian Institutes for Health Research: <i>Institute for Musculoskeletal Health and Arthritis, Stakeholder Meeting</i> 2003.</p> <p>15. Power JD, Badley EM, French MR, Wall AJ, Hawker GA. (2008) Fatigue in osteoarthritis: a qualitative study. <i>BMC Musculoskelet Disord</i>. 9:63</p> <p>16. Μηνασίδου Ε., Λεμονίδου Χ., (2005), Ποιότητα ζωής ατόμων</p>
--	--



	<p>με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών, Νοσηλευτική, vol. 44(2), 202-211, Ανασκόπηση</p> <p>17. <a href="#">Cramp F</a>, <a href="#">Hewlett S</a>, <a href="#">Almeida C</a>, <a href="#">Kirwan JR</a>, <a href="#">Choy EH</a>, <a href="#">Chalder T</a>, <a href="#">Pollock J</a>, <a href="#">Christensen R</a>.(2013). Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis . Cochrane Database Ryst Rev. 23;8</p> <p>18. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA (2004). Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Rheum</i>, 51:578-585.</p>
--	---