



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

## Η μελέτη της κόπωσης στη δρεπανοκυτταρική νόσο

### Σπουδαστής:

Δαφνός Κωνσταντίνος, Ψυχολόγος (Α.Μ. 94)

### Επιβλέπων καθηγητής:

Σκαπινάκης Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

### Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2009

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>A) ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	σελ 3
<b>B) ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1) ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	σελ 5
2) Η ΚΟΠΩΣΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ	σελ 9
3) Η ΚΟΠΩΣΗ ΩΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	σελ 11
4) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	σελ 13
4.1) Λοιμώδεις παράγοντες	σελ 14
4.2) Νευροενδοκρινικοί παράγοντες	σελ 14
4.3) Διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος	σελ 15
4.4) Διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος	σελ 15
4.5) Πεποιθήσεις – αντίληψη – στρατηγικές αντιμετώπισης	σελ 16
4.6) Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	σελ 16
5) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ	σελ 18
6) ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	
6.1) Η έννοια της συνοδού νοσηρότητας	σελ 20
6.2) Κόπωση και κατάθλιψη	σελ 21
6.3) Κόπωση και διαταραχή σωματοποίησης	σελ 23
6.4) Κόπωση και αγχώδης διαταραχή	σελ 24
7) Η ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	
7.1) Κλινική εικόνα	σελ 25
7.2) Επώδυνες κρίσεις	σελ 26
<b>Γ) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
8) ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	σελ 27
9) ΜΕΘΟΔΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	σελ 31
10) ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	σελ 33
11) ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	σελ 34
12) ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ 42
<b>Δ) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	σελ 46
<b>Ε) ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	σελ 52

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κόπωση είναι ένα πολύ κοινό σύμπτωμα στον γενικό πληθυσμό (Pawlikowska, T. et al.1994) και αποτελεί το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης (Reid, S, et al.2000).

Παρουσιάζεται επίσης σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών όπως ο καρκίνος (Winnigham, M, T, et al, 1994), τα αυτοάνοσα νοσήματα (Kozora, E, et al, 2006), οι ρευματοειδής παθήσεις (Stone, A, et al, 1997). Σε αυτές τις περιπτώσεις η κόπωση μπορεί να αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα δυσλειτουργίας και να αναφέρεται ως αξιοσημείωτο σύμπτωμα από τους ασθενείς.

Παρόλα αυτά η κόπωση συνήθως αγνοείται και δεν εκτιμάται η σοβαρότητα του συμπτώματος σε πολλές από τις ασθένειες στις οποίες έχει βρεθεί. Συνεπώς γνωρίζουμε λίγα πράγματα για την φαινομενολογία της σε αυτές τις καταστάσεις πέραν βέβαια της επιδημιολογίας και της αιτιολογίας της εκάστοτε ασθένειας. Αυτό έχει σαν συνέπεια η κόπωση να αποκλείεται από τον θεραπευτικό σχεδιασμό, ίσως επειδή πολλές φορές μοιάζει να μην έχει σχέση με την σοβαρότητα της κεντρικής διαδικασίας της νόσου.

Από την άλλη η κόπωση φαίνεται να έχει έναν πιο πολύπλοκο και δυσδιάκριτο χαρακτήρα, θέτοντας ζητήματα για τους τρόπους εμφάνισης και εξέλιξης.

Αποτελεί ένα από τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, και συνακόλουθα η κοινή συχνά παρουσία της με ψυχιατρικές διαταραχές στις χρόνιες ασθένειες προκαλεί ζητήματα σε σχέση με την διαφορική διάγνωση.

Πάνω σε αυτή την προβληματική θα εξετασθεί η παρουσία της κόπωσης στην Δρεπανοκυτταρική Νόσο. Πρόκειται για μια χρόνια νόσος. Δηλαδή διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, υποτροπιάζει ή είναι πιθανόν να υποτροπιάσει. Αποτελεί μια μόνιμη κατάσταση για τους ασθενείς, χρειάζονται επανεξέταση ή ειδική εκπαίδευση για να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν. Συχνά απαιτούνται μακροχρόνιες παρακολουθήσεις, εισαγωγές στα νοσοκομεία για επανειλημμένες περιθάλψεις. Αποτελεί ένα σύνολο κληρονομικών αιματολογικών συνδρόμων, των οποίων κοινό χαρακτηριστικό είναι η παρουσία στα ερυθρά αιμοσφαίρια άλλοτε άλλης ποσότητας αιμοσφαιρίνης S (Hbs). Κύριες εκδηλώσεις της νόσου είναι η χρόνια αιμολυτική αναιμία, οι αγγειο-αποφρακτικές κρίσεις, η χρόνια βλάβη

οργάνων, και η ευπάθεια σε λοιμώξεις. Επίσης έντονα επεισόδια πόνου ( Ashley-Koch, et al, 2000).

Η κόπωση ελάχιστα έχει μελετηθεί σε σχέση με την Δρεπανοκυτταρική νόσο, αν και αποτελεί ένα από τα συμπτώματα των ασθενειών με αναιμία. Αν και έχουν γίνει μελέτες που συσχετίζουν την κόπωση και τις ασθένειες που έχουν έντονο πόνο (Kaasa, S, et al, 1999) δεν έχει γίνει κάτι αντίστοιχο στην δρεπανοκυτταρική νόσο που παρουσιάζει επώδυνες κρίσεις πόνου.

Πέραν της μελέτης της κόπωσης θα εξετασθεί και το ζήτημα της συνοδού νοσηρότητας δίνοντας έμφαση στην κατάθλιψη, καθώς αποτελεί συχνή κλινική οντότητα σε χρόνιες ασθένειες (Moussavi, S, et al, 2007) και σχετίζεται άμεσα με την κόπωση (Skapinakis, P, Lewis, G, Mavreas, V, 2004).

## ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1) ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η κόπωση είναι ένα πολύ κοινό σύμπτωμα που ο καθένας μπορεί να βιώσει κατά την διάρκεια της ζωής του. Παρόλα αυτά αν γίνει προσπάθεια να εξηγηθεί με αντικειμενικότητα η πραγματική φύση της, θα υπάρξουν δυσκολίες στο να χαρακτηριστεί και να οριστεί με ακρίβεια. Κάποιοι από τους λόγους που συντελούν σε αυτό είναι η απουσία ξεκάθαρα και καλά καθορισμένου θεωρητικού πλαισίου, η κοινά αποδεκτή κλινική περιγραφή της, ο δύσκολα διακριτός και πολύπλοκος χαρακτήρας της, και η δυσκολία στην αντικειμενική διάγνωση και θεραπεία.

Σύμφωνα με το λεξικό ιατρικών όρων του Stedman (2005) η κόπωση χαρακτηρίζεται ιατρικά ως « η κατάσταση, μετά από μια περίοδο διανοητικής ή σωματικής δραστηριότητας, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα για την εργασία καθώς και μειωμένη απόδοση για την ολοκλήρωσή της. Συνοδεύεται συνήθως από ένα αίσθημα κόπωσης, υπνηλίας ή οξυθυμίας ».

Συχνά γίνεται ο διαχωρισμός σε **περιφερική** και **κεντρική**. Στην περιφερική, η κόπωση είναι αποτέλεσμα νευρομυϊκής δυσλειτουργίας εκτός του κεντρικού νευρικού συστήματος και σχετίζεται με την εξασθενημένη μεταφορά των εντολών στα περιφερειακά νεύρα και τις βλάβες στη μυϊκή συστολή. Στην κεντρική υπονοούνται μεταβολές ή ανωμαλίες στην λειτουργία των νευροδιαβιβαστών εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος και συχνά συνυπάρχουν ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις (Aaronsen, L. S. Teel, C. S. Cassmeyer, V. et al. 1999).

Ο Piper (1989) θεωρεί πιο χρήσιμο να ταξινομηθεί η κόπωση σε οξεία και χρόνια. Η **οξεία κόπωση** αφ' ενός χαρακτηρίζεται ως προστατευτική (σαν ένας μηχανισμός κινητοποίησης που προειδοποιεί τον οργανισμό για την δύσκολη κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει, εμποδίζοντας την περαιτέρω επιβάρυνση), συνδέεται με μια συγκεκριμένη αιτία, γενικά εμφανίζεται σε υγιή πληθυσμό, εκλαμβάνεται ως φυσιολογική, έχει γρήγορη έναρξη αλλά σύντομη διάρκεια, παρέρχεται συνήθως με την ανάπαυση, την σωστή διατροφή, την άσκηση και την διαχείριση του στρες και τέλος έχει δευτερεύουσα ή ελάχιστη επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αφ' ετέρου η **χρόνια κόπωση**, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο ερευνητή, δεν έχει σαφή αιτιολογία, ο μηχανισμός λειτουργίας της δεν είναι

συγκεκριμένος, έχει κυρίως επίπτωση σε κλινικό πληθυσμό, και εμφανίζεται χωρίς να έχει πάντα σχέση με κάποια δραστηριότητα. Επίσης η χρόνια κόπωση γίνεται αντιληπτή ως ασυνήθιστη, υπερβολική και μη φυσιολογική, έχει αιφνίδια έναρξη, παραμένει κατά την διάρκεια του χρόνου, δεν ανακουφίζεται με πρακτικές χαλάρωσης και ξεκούρασης, και έχει σημαντική επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής.

Δεδομένου ότι η κόπωση αποτελεί ένα υποκειμενικό σύμπτωμα δυσφορίας με αντικειμενικά εξασθενημένη απόδοση του οργανισμού σε επίπεδο φυσιολογικό, πνευματικό, ψυχικό, η απόδοση της γίνεται με διάφορους όρους. Χρησιμοποιούνται κυρίως οι έννοιες της κούρασης, κόπωσης, εξάντλησης, εξασθένησης, αδυναμίας, πιθανότατα και άλλες ανάλογα με το πώς το κάθε άτομο το βιώνει και προσπαθεί να το περιγράψει καλύτερα. Αυτό βέβαια αποτελεί πρόβλημα, στο να αξιολογηθεί αντικειμενικά η κόπωση ως σύμπτωμα και να δοθεί η ανάλογη βαρύτητα στην διάγνωσή της και την θεραπευτική αντιμετώπιση. Πολλές φορές οι ασθενείς την θεωρούν σημαντική ενώ οι επαγγελματίες υγείας δεν δίνουν την ανάλογη σημασία που χρειάζεται στην γενικότερη κλινική εικόνα με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζεται στην θεραπεία.

Η Olson (2007) κάνοντας μια συστηματική ανασκόπηση των ερευνών για την κόπωση σε ενήλικους πληθυσμούς τα τελευταία δέκα χρόνια , δίνει μια χρήσιμη κατηγοριοποίηση της κόπωσης διαφοροποιώντας, την ποιοτικά και ποσοτικά, από τις έννοιες της κούρασης και της εξάντλησης. Συγκρίνοντας δεδομένα κόπωσης από διαφορετικές καταστάσεις, σε νόσους, εργασία, γενικότερα δραστηριότητες, κατέληξε σε ένα προσαρμοστικό μοντέλο της κόπωσης που περιλαμβάνει τρεις διαβαθμίσεις: κούραση (tiredness) – κόπωση (fatigue) – εξάντληση (exhaustion). Για κάθε μία από αυτές αποδόθηκαν τα χαρακτηριστικά που αφορούν σε τέσσερα επίπεδα λειτουργικότητας του ανθρώπου:

- Της φυσικής κατάστασης
- Του γνωστικού επιπέδου
- Την ποιότητα ύπνου
- Την συναισθηματική απάντηση στα ερεθίσματα .

Συγκεκριμένα για κάθε μια από τις διαβαθμίσεις που κατέληξε περιλαμβάνουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

**Κούραση (tiredness)** → παρουσιάζεται προοδευτική αδυναμία των μυών κατά την εργασία . Υπάρχει μικρή εξασθένιση των γνωστικών λειτουργιών κυρίως στη λειτουργία της μνήμης. Σε συναισθηματικό επίπεδο παρατηρείται μικρή ένταση κυρίως με την μορφή της ανυπομονησίας. Παρόλα αυτά υπάρχει ικανοποιητικό επίπεδο ενέργειας και τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από ανάπαυση. Δεν παρουσιάζονται προβλήματα στην κοινωνική ζωή.

**Κόπωση (fatigue)** → εμφανίζεται σταδιακή απώλεια ενέργειας αλλά σοβαρότερης βαρύτητας . Η σωματική κατάσταση δεν μπορεί να επανέλθει έπειτα από ανάπαυση στην αρχική του κατάσταση. Παρατηρούνται δυσκολίες στο επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών (συγκέντρωση, μνήμη, προσοχή), εκδηλώνονται συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη, άγχος), δυσκολία στον ύπνο και υπάρχουν επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

**Εξάντληση (exhaustion)** → χαρακτηρίζεται ως συγχυτική κατάσταση, με μείζονα διαταραχή του ύπνου, συναισθηματική ψυχρότητα, ξαφνική απώλεια ενέργειας χωρίς να απαιτείται αξιοσημείωτη προσπάθεια για κάποιο σωματικό ή πνευματικό έργο, ανικανότητα ανάκαμψης έπειτα από ανάπαυση και κοινωνική απόσυρση.

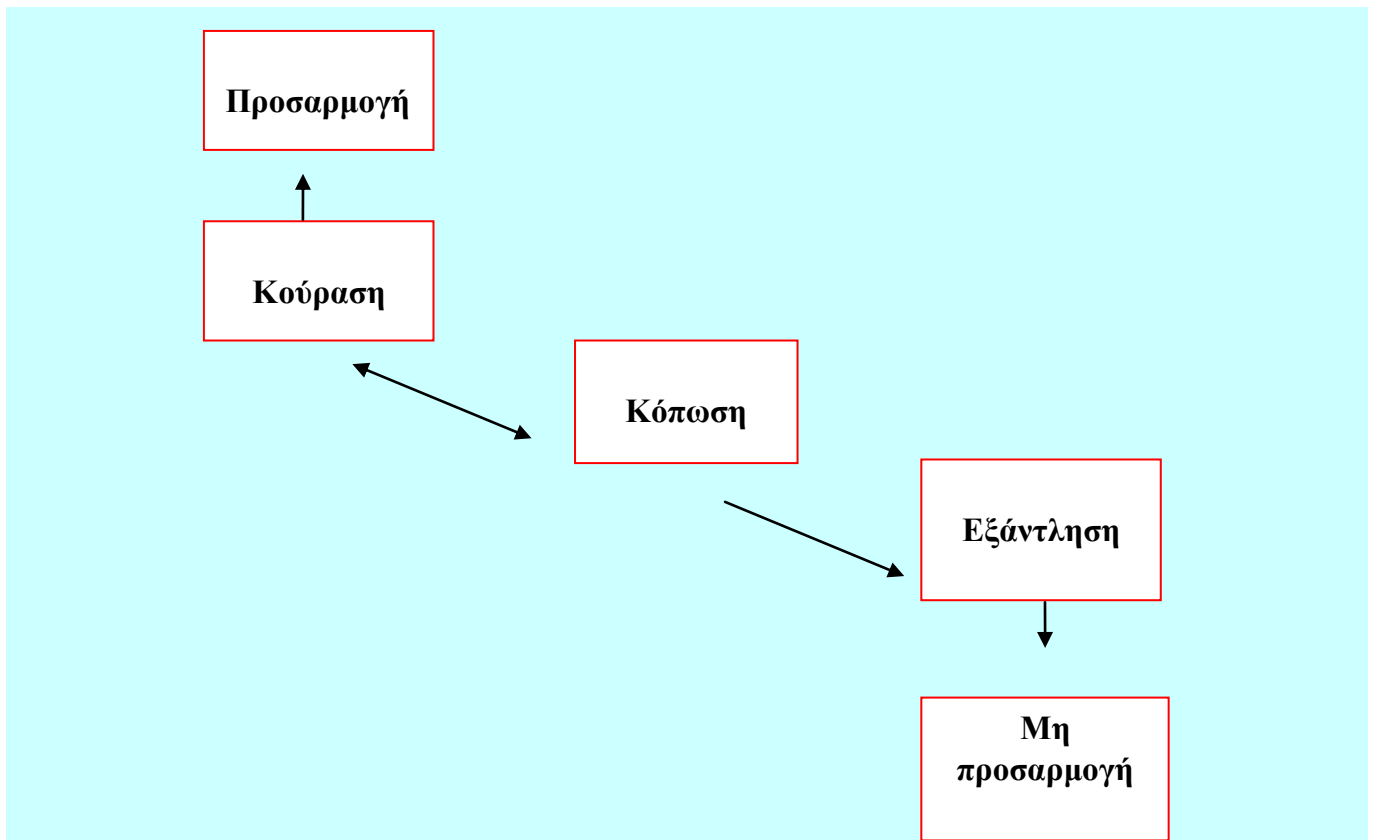
Το μοντέλο αυτό σχετίζεται με το μοντέλο του Seley (1950) για το στρες το σύνδρομο γενικής προσαρμογής (general adaptation syndrome) που είναι ένα μοντέλο της αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα γεγονότα. Το μοντέλο αυτό αναγνωρίζει τρεις φάσεις και συγκεκριμένα:

- α ) την αντίδραση συναγερμού.
- β ) το στάδιο αντίστασης.
- γ ) το στάδιο εξάντλησης.

Αναλογικά η κούραση είναι μια προσαρμοστική διαδικασία που αντιστοιχεί στην φάση συναγερμού, η κόπωση προσομοιάζει με το στάδιο της αντίστασης και η εξάντληση μοιάζει να είναι σχεδόν ταυτόσημη με την φάση της εξάντλησης στο μοντέλο του στρες. Όσο περισσότερο νοιώθει κανείς εξασθενημένος οργανικά τόσο περισσότερο εξασθενημένος αισθάνεται ψυχολογικά και το αντίστροφο.

Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται πως μπορεί να διαμορφωθεί η κατάσταση κάποιου όταν διέρχεται από τα διάφορα στάδια της κόπωσης σύμφωνα με το μοντέλο της Olson και αναλογικά με το σύνδρομο γενικής προσαρμογής του Selye.

*Πίνακας. Το μοντέλο της Olson για την κόπωση.*





## **2) Η ΚΟΠΩΣΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ**

Η κόπωση ως σύμπτωμα αποτελεί από τα πλέον δυσεπίλυτα προβλήματα στον χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στις χρόνιες ασθένειες. Είναι δύσκολο να καθορισθεί και βρίσκεται στα όρια του φυσιολογικού και του παθολογικού. Αυτό σημαίνει ότι είναι από τις περιπτώσεις που είτε κρίνονται ως «αναμενόμενες» και «κανονικές» ή ως «παθολογικές» ανάλογα με την ασθένεια που εμφανίζονται και το πιο σημαντικό ανάλογα με την υποκειμενική έκφραση του πάσχοντος.

Συνακόλουθα αυτό επηρεάζεται από την κατάσταση και την ιδιοσυγκρασία του εκάστοτε ανθρώπου. Πέραν τούτου η έλλειψη ακριβή ορισμού, η πολυσημία και ο τρόπος που αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας δεν βοηθούν στην ολοκληρωμένη αξιολόγηση και αντιμετώπιση της κόπωσης.

Η παρουσία της στη χρόνια ασθένεια περιπλέκεται και είναι δύσκολο να διαπιστωθεί αν οφείλεται δευτερογενώς στην παρατεταμένη παρουσία της νόσου ή αν αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα.

*Πινάκας. Η κόπωση στις χρόνιες ασθένειες.*

<p style="text-align: center;"><b>ΓΕΝΙΚΑ</b></p> <p style="text-align: center;">Αναιμίες, αυτοάνοσα νοσήματα, καρκίνος.</p> <p style="text-align: center;"><b>ΕΝΔΟΚΡΙΝΗΣ ΝΟΣΟΣ</b></p> <p style="text-align: center;">Διαβήτης, υποθυρεοειδισμός.</p> <p style="text-align: center;"><b>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ</b></p> <p style="text-align: center;">Παρεμποδιστική άπνοια, άλλες διαταραχές ύπνου.</p> <p style="text-align: center;"><b>ΝΕΥΡΟΜΥΙΚΕΣ</b></p> <p style="text-align: center;">Σκλήρυνση κατά πλάκας.</p> <p style="text-align: center;"><b>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ</b></p> <p style="text-align: center;">Ηπατικές ασθένειες.</p> <p style="text-align: center;"><b>ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ</b></p> <p style="text-align: center;">Χρόνιες καρδιακές παθήσεις.</p> <p style="text-align: center;"><b>ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ</b></p> <p style="text-align: center;">Χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις.</p>
---

Όμως η κόπωση είναι ένα διακριτό πρόβλημα, που απαιτεί άμεση διαχείριση όταν αναφέρεται από του ασθενείς ή προκύπτει στην κλινική εξέταση. Η επίπτωσή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών είναι άμεση ( Flechtner, H, Bottomley, A, 2003. Egner, A, et al, 2003).

Η φύση της κόπωσης είναι σημαντική ένδειξη για την διάγνωση. Οι τυποποιημένες διαγνωστικές εξετάσεις κρίνονται αναγκαίες στο να διερευνηθεί πιο καλά η φύση του προβλήματος. Βοηθά στο να γίνουν οι διαφορικές διαγνώσεις και να αποκλειστούν υποθέσεις. Πέραν της κλινικής διαγνωστικής εξέτασης ουσιαστική βοήθεια προσφέρει ένα καλό και πλήρες ιατρικό ιστορικό. Σε αυτό χρειάζεται να συμπεριλαμβάνονται μια συστηματική αναφορά προηγηθέντων ασθενειών, που πιθανά συνδέονται με κόπωση, αντιλήψεις του ασθενούς για την παρούσα κατάσταση και τους τρόπους που χρησιμοποιεί για να την αντιμετωπίσει (Swain, M, G, 2000).

Οι έως τώρα έρευνα για την κόπωση στις χρόνιες ασθένειες έχει δείξει πως οι κλινικές και οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν δίνουν μια ικανοποιητική εξήγηση για την αιτιολογία της κόπωσης. Προσφέρουν όμως σημαντική πληροφόρηση σχετικά με την κόπωση και την σοβαρότητα της ασθένειας (Franssen, et al, 2003).

- Γενικές εξετάσεις αίματος
- Ποσοστό ιζηματογένεσης ερυθροκυττάρων ή αντιδραστική πρωτεΐνη C
- Ηπατικές εξετάσεις
- Ουρία και ηλεκτρολύτες
- Θυρεοειδείς εξετάσεις
- Κίνηση κρεατίνης
- Εξετάσεις ούρων και αίματος για γλυκόζη
- Εξέταση ούρων για πρωτεΐνη

*Πίνακας. Τυποποιημένες εξετάσεις για την κόπωση.*

Η κόπωση όταν αναφέρεται στην συμπτωματολογία, θα πρέπει να διακρίνεται από την χαμηλή διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος. Επίσης δεν θα πρέπει να συγχέεται με την ανεπάρκεια των επιδόσεων, όπως μετράται με φυσιολογικά ή ψυχοτεχνικά εργαλεία αξιολόγησης. Για να θεωρηθεί ως σύμπτωμα θα πρέπει να αναφέρεται από τον ασθενή, να επηρεάζει την καθημερινή του λειτουργικότητα, να αντιπροσωπεύει μια σαφή αλλαγή από την προηγούμενη κατάστασή του και να έχει χρονική διάρκεια στην εμφάνισή της. Ακόμη τα συμπτώματα της κόπωσης θα πρέπει να περιγράφονται ως προς την σοβαρότητα, την συχνότητα και σχετικά με την δραστηριότητα (Wessely, S, 2001).

### **3) Η ΚΟΠΩΣΗ ΩΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Η κόπωση αποτελεί το βασικό σύμπτωμα του **σύνδρομου της χρόνιας κόπωσης**. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη και ανεξήγητη κόπωση που διαρκεί για διάστημα άνω των έξι μηνών. Η παρουσία της είναι κλινικά αποδεδειγμένη και επιφέρει έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου άνω του 50% σε επίπεδο σωματικό και πνευματικό. Παρατηρούνται προβλήματα στην συγκέντρωση, στη βραχύχρονη μνήμη, διαταραχές του ύπνου και μυοσκελετικοί πόνοι. Τα αίτια που το προκαλούν είναι άγνωστης αιτιολογίας και δεν παρέρχονται με την ανάπαυση. Επέρχονται προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητα. Η διάγνωση για το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης τίθεται μόνο, όταν αποκλεισθούν όλες οι άλλες ιατρικές και ψυχιατρικές περιπτώσεις, που συμπεριλαμβάνουν συμπτώματα κόπωσης (Holmes, G, P, et al, 1988).

Επιπλέον θα πρέπει να πληρούνται τέσσερα από τα παρακάτω κριτήρια (Fukuda, K et al, 1994. Sharpe, M, et al, 1994):

- Διαταραχή της πρόσφατης μνήμης και της συγκέντρωσης.
- Φαρυγγικό άλγος.
- Ευαίσθητοι λεμφαδένες.
- Μυϊκά άλγη. Αρθραλγίες, χωρίς αρθρίτιδα.
- Κεφαλαλγία (νέου τύπου, βαρύτητας).
- Διαταραχή του ύπνου.
- Μετά από άσκηση, καταβολή που διαρκεί πάνω από 24 ώρες.

Άλλα συμπτώματα, που μπορεί να παρουσιασθούν και χρειάζονται να ληφθούν υπόψη στην διάγνωση του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης, είναι και τα παρακάτω:

- Ζαλάδες.
- Νυχτερινή εφίδρωση.
- Ορθοστατική δυσανεξία.
- Κοιλιακά άλγη.
- Ευερέθιστο έντερο.
- Δυσκινησία οισοφάγου.
- Μεταβολή του βάρους.
- Οφθαλμολογικά προβλήματα.
- Ξηροστομία.
- Διαταραχή της γνωστικής αντίληψης.
- Δυσανεξία στο οινόπνευμα και σε άλλες ουσίες.

Ως κριτήρια αποκλεισμού είναι:

- Ενεργός και μη θεραπευμένη νόσος που προκαλεί κόπωση.
- Υποψία νόσου σχετική με κόπωση.
- Ψυχιατρικές καταστάσεις – ψυχωτικές διαταραχές, κατάθλιψη, άγχος.
- Διαταραχές διατροφής.
- Παχυσαρκία.
- Αλκοολισμός.
- Άνοια.

Μια υποκατηγορία του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης είναι το **μετα-λοιμώδες σύνδρομο κόπωσης** (Sharpe, M, et al, 1994). Ακολουθεί μετά από μια λοίμωξη ή συνδέεται με μια υπάρχουσα λοίμωξη. Αποτελεί βεβαίως ένδειξη για περαιτέρω έρευνα της αιτιολογικής σημασίας μεταξύ κόπωσης και της λοίμωξης. Θα πρέπει να πληρούνται όλα τα παραπάνω κριτήρια και επιπλέον θα πρέπει να ισχύουν τα παρακάτω: α) σαφής ένδειξη λοίμωξης κατά την πρώτη κλινική εικόνα (αξιολογώντας πάντα την αξιοπιστία της αναφοράς που κάνει ο ασθενής), β) το σύνδρομο να είναι παρόν για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την έναρξη της λοίμωξης, γ) η λοίμωξη να επιβεβαιώνεται εργαστηριακά.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια η κόπωση τοποθετείται στο φάσμα των λειτουργικών οργανικών συνδρόμων, τα οποία χαρακτηρίζονται περισσότερο από λειτουργική ανικανότητα και συμπτώματα υποκειμενικής έκφρασης παρά από αδιαμφισβήτητα οργανικά προβλήματα (Wessely, S, et al, 1999).

#### **4) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ**

Οι φυσιολογικοί και ψυχολογικοί μηχανισμοί της κόπωσης είναι ανεπαρκώς κατανοητοί μέχρι σήμερα λόγω της υποκειμενικής και λανθάνουσας κατάστασης. Μέσα από μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση θα ήταν δυνατόν να κατανοηθούν τα σωματικά συμπτώματα, οι ατομικές αντιδράσεις καθώς και η εμπειρία καθεαυτή. Η προσέγγιση αυτή ενσωματώνει σημαντικά ψυχολογικά φαινόμενα σε συνδυασμό με τις βιολογικές παραμέτρους, όπως το νόημα που αποδίδει το άτομο για την κατάστασή του, τις συνειδητές ή ασυνείδητες ανάγκες του, τα προσωπικά πρότυπα αντίδρασης (Engel, G, L. 1997).

Η κόπωση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η συνιστώσα πολλών αιτιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την προδιάθεση, την πρόκληση και την διαίωση . Στους παράγοντες προδιάθεσης συγκαταλέγονται το φύλο και το ιατρικό ιστορικό κόπωσης.

Στους παράγοντες πρόκλησης σημαντικό ρόλο παίζουν οι έντονες σωματικές επιβαρύνσεις, η προσβολή από ιό για παράδειγμα ο Epstein – Barr, οι ψυχολογικές πιέσεις, τα κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα.

Στους παράγοντες που συντηρούν μια τέτοια κατάσταση είναι η έλλειψη σωματικής άσκησης, η συνοδός ψυχιατρική νοσηρότητα, οι ψυχοκοινωνικές πιέσεις, οι διαταραχές ύπνου. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν και μέρος της κλινικής αξιολόγησης για τον προσδιορισμό της κόπωσης. ( Sharpe, M. Wilks, D. 2002).

Οι περισσότερες ασθένειες συνδέονται με κόπωση όπως η αναιμία, το άσθμα, η αρθρίτιδα. Επίσης μη ιατρικοί παράγοντες σχετίζονται με την κόπωση όπως η έλλειψη άσκησης. Οι περισσότερες έρευνες υποθέτουν πως αυτοί οι παράγοντες και η κόπωση συσχετίζονται. Εντούτοις έχει φανεί να υπάρχει συσχέτιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων και του αυξημένου κινδύνου να εμφανιστεί κόπωση. Προνοσηρή ψυχιατρική διαταραχή και/ή χαρακτηριστικά προσωπικότητας προδιαθέτουν για σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Επίσης μεταβλητές όπως οι στρατηγικές αντιμετώπισης,

οι πεποιθήσεις για την ασθένεια, επηρεάζουν και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων καταστάσεων κόπωσης ( Lewis, G. Wessely, S. 1992).

Έγινε προσπάθεια να τεκμηριωθούν υποθέσεις σχετικά με την δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου, το νεύρο-ενδοκρινές σύστημα, την παθοφυσιολογία του ύπνου, την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, μελέτες για την προσβολή από ιούς καθώς και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. (Komaroff AL, Buchwald DS. 1998).

#### **4.1) Λοιμώδεις παράγοντες.**

Επειδή η έναρξη συχνά θυμίζει γριπώδη συνδρομή, μελετήθηκε η εμπλοκή διαφόρων ιών, μικροβίων και τοξινών στην αιτιολογία του συνδρόμου. Ο EBV για αρκετά χρόνια θεωρήθηκε ότι προκαλεί το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης. Η ανεύρεση, όμως, αντισωμάτων σε κάποιους από τους πάσχοντες, εξασθένησε την υπόθεση αυτή. Άλλοι λοιμώδεις παράγοντες που κατά καιρούς πιθανολογείται ότι εμπλέκονται είναι ο CMV, το τοξόπλασμα, διάφορα είδη μυκοπλάσματος, ρετροϊοί, ιοί ECHO, Coxsackie A και B, ερπητοϊοί, κυρίως ο 6. Ενδεχομένως, η ίωση αποτελεί εκλυτικό αίτιο της έναρξης της κόπωσης σε ευάλωτα άτομα. (Ablashi D.V 1994).

#### **4.2) Νευροενδοκρινικοί παράγοντες.**

Σε πολλές πρόσφατες μελέτες γίνεται αναφορά σε νεύρο-ενδοκρινική δυσλειτουργία, με επικέντρωση στη δυσλειτουργία του υποθάλαμο - υπόφυση - επινεφριδιακού άξονα. Μάλιστα, η επαναληπτικότητα των ενδοκρινολογικών διαταραχών είναι τέτοια, που πολλοί θεωρούν τη νεύρο-ενδοκρινική δυσλειτουργία ως στοιχείο - κλειδί στην εκδήλωση του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης. Τα ευρήματα αυτά είναι κυρίως η υποκορτιζολαιμία και η διαταραχή της ημερήσιας διακύμανσης. Μετρήθηκαν τα επίπεδα της πρωινής και απογευματινής κορτιζόλης στο πλάσμα και στη σίελο και της ελεύθερης κορτιζόλης στα ούρα 24ώρου και βρέθηκαν χαμηλά. Επίσης, βρέθηκε μεταβολή (αναστροφή) της ημερήσιας διακύμανσης, με χαμηλά τα πρωινά και αυξημένα τα απογευματινά επίπεδα της κορτιζόλης του πλάσματος. Και ενώ οι τιμές δεν είναι σημαντικά διαφορετικές από τους μάρτυρες, η συχνότητα των ευρημάτων είναι τέτοια, που αποκτά κλινική σημασία. Για πολλούς ερευνητές, η υποκορτιζολαιμία αντικατοπτρίζει την πρωταρχική διαταραχή, που είναι η διαταραχή του συστήματος του stress. Ο συνδυασμός υποκορτιζολαιμίας με τις κλινικές εκδηλώσεις (κόπωση, χαμηλή αρτηριακή πίεση) οδήγησε στο συσχετισμό του συνδρόμου της χρόνιας κόπωσης με τη νόσο του Addison, δηλαδή τα ευρήματα

αποδόθηκαν σε ελαφρά επινεφριδιακή ανεπάρκεια. (Michiels V, Cluydts R. 2001. Tiersky LA, Johnson SK, Lange G, Natelson BH, DeLuca J 1997).

#### **4.3) Διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος.**

Σε απεικονιστικούς ελέγχους του εγκεφάλου παρατηρήθηκαν μη αναμενόμενα ευρήματα, όπως φωτεινά σήματα της λευκής ουσίας στο MRI. Πιο εντυπωσιακά είναι τα ευρήματα από το SPECT scan, όπου η αιματική ροή βρέθηκε μειωμένη, σε σχέση με τους υγιείς. Η όποια κλινική σημασία των ευρημάτων αυτών χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. (Schwartz RB, Komaroff AL, Garada BM, Gleit M, Doolittle TH, Bates DW, Vasile RG, Holman BL. 1994)

#### **4.4) Διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος.**

Μη ανοχή στην ορθοστασία (orthostatic intolerance) παρατηρείται στους περισσότερους που διαγιγνώσκονται με χρόνια κόπωση. Στα άτομα αυτά, η ορθοστατική δυσανεξία παίρνει κυρίως τη μορφή της ορθοστατικής ταχυκαρδίας με υπόταση, συνοδευόμενη από ακροκυάνωση και περιφερικό οίδημα, επομένως πληροί τα κριτήρια της νευρογενούς υπότασης (στην οποία η αρτηριακή πίεση πέφτει όταν θα έπρεπε να αυξάνει). Σε μερικά άτομα μπορεί να εμφανισθεί συμπτωματική ορθοστατική ταχυκαρδία χωρίς υπόταση και μικτής αιτιολογίας συγκοπτικό (λιποθυμικό) επεισόδιο. (Soetekouw PM, Lenders JW, Bleijenberg G, Thien T, van der Meer JW. 1999).

#### **4.5) Πεποιθήσεις - αντίληψη – στρατηγικές αντιμετώπισης.**

Οι **πεποιθήσεις** για τις αιτίες της κόπωσης είναι σημαντικές για τον τρόπο που θα αντιμετωπισθεί. Οι καταστροφικές πεποιθήσεις, όπως για παράδειγμα ότι η αύξηση της δραστηριότητας θα προκαλέσει υποτροπή, σχετίζονται με μεγαλύτερο περιορισμό των δραστηριοτήτων και μεγαλύτερη έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι έχοντες κόπωση συχνά αποδίδουν την κατάσταση τους σε σωματικά ή φυσικά αίτια και ελαχιστοποιούν τους ψυχολογικούς παράγοντες. Συχνά τα συμπτώματα αποδίδονται σε έναν εξωτερικό παράγοντα όπως ένας ιός ή οι περιβαλλοντικές συνθήκες και λιγότερο σε ενδοψυχικά αίτια ή στην συμπεριφορά τους. Τέτοιου είδους ερμηνείες δεν ευνοούν την μείωση των συμπτωμάτων και οδηγούν σε μεγαλύτερη λειτουργική εξασθένηση (Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J .1996).

Η **αντίληψη** που υπάρχει για την κατάστασή, εικόνα που διαμορφώνεται για το σώμα τους και τα συμπτώματά του, ο τρόπος που αυτά αξιολογούνται και

διαχειρίζονται, η εκτίμηση για τους αγχογόνους παράγοντες μπορεί να επιδεινώσει και να παρατείνει την φυσική και ψυχοκοινωνική τους δυσλειτουργία.

( Schmaling KB, Smith WR, Buchwald DS.2000.).

Επίσης υιοθετούνται διάφορες **στρατηγικές (coping)** για να αντιμετωπισθούν οι συνέπειες. Έχει ερευνηθεί ότι οι έχοντες κόπωση χρησιμοποιούν σημαντικά περισσότερες στρατηγικές διαφυγής ή αποφυγής με αποτέλεσμα μεγαλύτερη κόπωση, εξασθένιση, και άλλες ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες.( Blakely AA, Howard RC, Sosich RM, Murdoch JC, Menkes DB,Spears GF. 1991).

Η υπερβολική δραστηριότητα ή η υπερβολική ανάπαυση είναι καθοριστική για το αν η κόπωση θα εξακολουθεί να υφίσταται. Αν υπάρξει επιστροφή στην έντονη σωματική και πνευματική άσκηση αμέσως μετά την ανάκαμψη ή υπάρχει η τάση για υπερδραστηριότητα δεν επιτρέπεται στον οργανισμό να ανακτήσει τις δυνάμεις του ( Van Hoodenhove, B, et al, 2001).

Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να επιλέγεται η υπερβολική ανάπαυση ή η παρατεταμένη ανάρρωση, που όμως αποτελεί προγνωστικό παράγοντα μεγαλύτερης κόπωσης για αρκετό μετέπειτα χρονικό διάστημα ( Hotopf, M, Noah, N, Wessely, S, 1996).

#### **4.6) Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.**

Η προσωπικότητα φαίνεται να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στη κόπωση αν και είναι δύσκολο να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα στην σαφή σχέση τους.

Η **αλεξιθυμία** είναι μια θεωρητική κατασκευή που προέρχεται από την κλινική πράξη και έχει βασιστεί σε παρατηρήσεις συμβουλευτικών συνεντεύξεων ή συνεδριών ψυχανάλυσης και ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Είχε προταθεί από τον Πέτρο Σιφναίο και τον John Nemiah στη δεκαετία του '70, για να περιγράψει τις δυσκολίες ορισμένων ασθενών, οι οποίοι έπασχαν από τις κλασσικές ψυχοσωματικές νόσους.

Οι ασθενείς αυτοί είχαν δυσκολία να εκφράσουν με λέξεις τα συναισθήματά τους, να διαχωρίζουν τις συγκινήσεις από τη σωματική αίσθηση και να έχουν φαντασιστική ψυχική δραστηριότητα. Εμφάνιζαν τάση για παρορμητικότητα, χρηστικό περιεχόμενο σκέψης που εστιάζει σε εξωτερικά πράγματα και λεξιλόγιο που περιορίζεται στην περιγραφή ανεξάντλητων λεπτομερειών. Το συναίσθημα παρουσιάζεται απρόσφορο, υπάρχει έλλειψη ευαισθησίας, χαοτικές διαπροσωπικές σχέσεις και πλήρη ανικανότητα κατανόησης της λέξης «συναίσθημα». Επίσης, δεν υπάρχουν όνειρα ή αν υπάρχουν αφορούν μόνο εκπλήρωση επιθυμιών. Η ενδοψυχική αυτή κατάσταση



αποκαλύπτεται μερικές φορές μέσα από την ακαμψία της στάσης του σώματος και την έλλειψη εκφραστικότητας της μιμικής του προσώπου ( Taylor 2001 ).

Εκτός από τις περιπτώσεις των ψυχοσωματικών νοσημάτων έχουν γίνει έρευνες για αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (van de Putte, E. M. Engelbert R. H. H. Kuis, W. Kimpfen, J. L. L Uiterwaal. C. S. P.M 2007).

Η αλεξιθυμία δεν αποτελεί μια ξεχωριστή ψυχοπαθολογική κατηγορία αλλά ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας αυτών των ασθενών. Αποτελεί ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα του ψυχολογικού προφίλ αυτών των ανθρώπων και επιβαρυντικό παράγοντα στην πορεία και αντιμετώπιση της χρόνιας κόπωσης. Δεν αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση αλλά περισσότερο επιβαρυντικό παράγοντα που δυσχεραίνει την αποκατάσταση και το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Θα μπορούσε σχηματικά να χαρακτηριστεί ως « μια μη ειδική διαταραχή » στην επεξεργασία και την βίωση των συναισθημάτων. Μπορεί να μην εμφανίζεται κανένα μετρήσιμο στοιχείο ψυχοπαθολογίας αλλά η ρύθμιση των εσωτερικών συναισθηματικών καταστάσεων και της σωματικής λειτουργικότητας είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικά στην κατάσταση της χρόνιας κόπωσης.

Η **συναισθηματική αστάθεια** είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό που έχει μελετηθεί σε σχετικές έρευνες. Αποτελεί ένα ποσοτικό γνώρισμα της προσωπικότητας και αφορά την ικανότητά του να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις στις οποίες εκτίθεται με τρόπο σχετικά σταθερό και μετρήσιμο. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλό αυτοσεβασμό και συναισθήματα ανησυχίας, θλίψης και ενοχής. Η συναισθηματική αστάθεια είναι ένα χαρακτηριστικό αρκετά ανθεκτικό και δύσκολα μεταβαλλόμενο στην προσωπικότητα ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική και πολιτισμική καταβολή του ατόμου.( Kato, K. Sullivan, P. F. Evengard, B. Pedersen, N. L. 2006)

Σε άλλες έρευνες έχει επισημανθεί το μεγάλο ποσοστό **νευρωτισμού** που παρουσιάζουν οι ασθενείς με κόπωση. Άνθρωποι με αυτό το χαρακτηριστικό εμφανίζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες και φαίνεται να υπάρχει μια έλλειψη σταθερότητας στο αυτόνομο νευρικό σύστημα το οποίο ελέγχει τις ακούσιες λειτουργίες όπως την αναπνοή τον καρδιακό σφυγμό και άλλα (Van Geelen, S. M. Sinnema, G. Hermans, H. J. M. Kuis, W. 2007).

Άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που έχουν ερευνηθεί σε σχέση με την κόπωση είναι η **αυτονομία**, η **εξωστρέφεια**, η **τερπνότητα**, η **ευσυνειδησία**, η **συναισθηματική σταθερότητα** ( μοντέλο των πέντε παραγόντων). Οι Vries και Heck (2002) βρήκαν πως αποτελούν σημαντικές διαστάσεις για την διακύμανση της κόπωσης. Στην έρευνα τους φάνηκε πως άτομα με αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κόπωση.

## **5) Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ**

Ο καθορισμός της κόπωσης και η διατύπωση ενός συγκεκριμένου εννοιολογικού πλαισίου δεν επαρκούν για την κατανόηση και την μελέτη του φαινομένου. Χρειάζεται επίσης αξιόπιστη και έγκυρη μέτρηση που να ανταποκρίνονται σε αυτό που πραγματικά βιώνουν οι ασθενείς. Η μέτρηση της κόπωσης παρουσιάζει διάφορα ζητήματα λόγω του πολύπλοκου χαρακτήρα της. Εντούτοις έχουν γίνει πολλές προσπάθειες στο να αξιολογηθεί. Οι Hjollund, Andersen και Bech (2007) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση της κόπωσης στη χρόνια ασθένεια καταμέτρησαν 252 διαφορετικούς τρόπους εκ των οποίων οι 150 χρησιμοποιήθηκαν για μία και μόνο φορά. Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 άρχισε να εκτιμάται η κόπωση καθώς είχε επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής αλλά αυτό γινόταν μέσα από πολύ-συμπτωματικές κλίμακες. Πιο ειδικά έως το 1990 η κόπωση αξιολογούνταν με κλίμακες ad hoc (επί τούτου) και με απλές ερωτήσεις ή με ανασκόπηση των ιατρικών αρχείων των ασθενών για να μετρήσουν οξείες παρενέργειες μιας κατάστασης. Από τότε και μετά άρχισε να μετράται συστηματικά η κόπωση και οι περισσότερες κλίμακες δημιουργήθηκαν αρχικά για να μετρήσουν την κόπωση σε συγκεκριμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος.

Η πλειοψηφία των εργαλείων μέτρησης της κόπωσης χρησιμοποιεί πολυδιάστατη προσέγγιση και οι κλίμακες αξιολόγησης χωρίζονται σε δύο μέρη, σωματική και πνευματική κόπωση. Η δε τελευταία χωρίζεται σε γνωστική και συναισθηματική κόπωση. Ο διαχωρισμός αυτός βοηθά στο να συνυπολογισθούν όλες οι πιθανές πλευρές της κόπωσης σε μια κατάσταση και κυρίως στη χρόνια ασθένεια. Αυτό το επιβάλλει και ο πολυδιάστατος και πολλές φορές ανεξήγητος χαρακτήρας των συμπτωμάτων της. Η αξιολόγηση της κόπωσης και η χρήση της κατάλληλης κλίμακας μπορεί να βοηθηθεί αν λάβουμε υπόψη μας κάποιες παραμέτρους. Ποιες

πτυχές της κόπωσης θέλουμε να μετρήσουμε, εάν θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε μονοδιάστατες ή πολυδιάστατες κλίμακες και αν η κλίμακα είναι κατάλληλη για το δείγμα του πληθυσμού που χρησιμοποιούμε. ( Dittner, A. J. Wessely, S. C. Brown, R. G. 2004).

Αυτό θα μας βοηθήσει στο να βγάλουμε όσο το δυνατόν γίνεται αξιόπιστα συμπεράσματα σχετικά με :

- Την ποιοτική και ποσοτική μέτρηση της κόπωσης
- Τους παράγοντες πίεσης που προκαλούν κόπωση
- Την επίπτωση της κόπωσης στην ποιότητα ζωής
- Την συσχέτιση της κόπωσης με συνοδά νοσηρά συμπτώματα
- Τις πιθανές βιολογικές παραμέτρους

Η συγκέντρωση πληροφοριών για τις παραπάνω παραμέτρους μέσα από την κατάλληλη διαδικασία αξιολόγησης βοηθά στην καλύτερη κατανόηση και διάγνωση της κόπωσης.

*Πίνακας. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες κόπωσης.*

**Fatigue Severity Scale** (Krupp, L, B, et al, 1989)

**Fatigue Questionnaire/Fatigue Rating Scale/**

**Chalder Fatigue Scale** (Chalder, T, et al, 1993)

**Multidimensional Fatigue Inventory** (Smets, E, M, et al, 1995)

**Piper Fatigue Scale** (Piper, B, F, et al, 1998)

**Fatigue Impact Scale/Fisk Fatigue Severity Score** (Fisk, J, D, et al, 1994)

## **6) ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ**

### **6.1) Η έννοια της συνοδού νοσηρότητας**

Ο όρος συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση διατυπώθηκε από τον Feinstein (1970) για να περιγράψει μια πρόσθετη κλινική οντότητα που συνυπάρχει παράλληλα με μια ήδη διαγνωσμένη κλινική διαταραχή. Η πρώτη περιγραφή της αφορούσε σωματικές ασθένειες και αργότερα χρησιμοποιήθηκε και σε άλλους κλάδους όπως η ψυχιατρική. Η συνοδός νοσηρότητα μπορεί να διαστρεβλώσει τα ερευνητικά συμπεράσματα αλλά ταυτόχρονα να προσφέρει ευκαιρίες να εξετασθούν οι αιτιολογικοί μηχανισμοί.

Ο Rutter (1997) αναφέρει πέντε εναλλακτικές υποθέσεις που μπορεί να μελετηθεί η συννοσηρότητα. Η πρώτη αναφέρεται στο ότι η συννοσηρότητα αντιπροσωπεύει δύο εκδηλώσεις της ίδιας διαταραχής. Η δεύτερη ότι αντανακλούνται τα δύο στάδια της ίδιας λανθάνουσας κατάστασης. Η τρίτη αναφέρεται στο γεγονός ότι η συννοσηρότητα προκύπτει από τους ίδιους ή σχετιζόμενους παράγοντες κινδύνου. Σε μία τέταρτη υπόθεση είναι ότι η συννοσηρότητα αντιπροσωπεύει μια ευδιάκριτη νοσολογική οντότητα. Και τέλος μια πέμπτη ότι η συννοσηρότητα οφείλεται σε έναν παράγοντα και προδιαθέτει για έναν άλλο. Όλες οι εναλλακτικές υποθέσεις θα πρέπει να εξετασθούν αφού επιδειχθεί η διαφορετικότητα των όποιων συνδρόμων που συμπεριλαμβάνονται. Αυτό μπορεί να γίνει επιδεικνύοντας διαφορές στην παθοφυσιολογία ή την ψυχοπαθολογία, συσχετίζοντας τις πτυχές των αιτιωδών διαδικασιών, με την ανταπόκριση του ασθενούς στην θεραπευτική αγωγή και την έκβαση.

Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι δεν μπορεί να στηριχθεί σε θεωρητικά συμπεράσματα. Είναι η περιγραφή ενός εμπειρικού στατιστικού φαινομένου που από μόνο του δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Σημασία έχουν οι μηχανισμοί που δεν είναι εμφανείς. Η συννοσηρότητα μπορεί να αντανακλά πολλούς διαφορετικούς αιτιώδεις μηχανισμούς οπότε το ερευνητικό ενδιαφέρον θα πρέπει να εστιαστεί στον κατάλληλο προσδιορισμό των εννοιών σε σχέση με τις διάφορες μορφές και τα είδη των συνοδών διαταραχών (Sharpe, M. 2005).

## **6.2) Κόπωση και κατάθλιψη**

Συχνά οι ψυχιατρικές διαταραχές συνδέονται με την κόπωση σε μελέτες που γίνονται στην πρωτοβάθμια και ειδική περίθαλψη. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν κόπωση πληρούν πολλές φορές τα κριτήρια για ψυχιατρική διαταραχή και κυρίως κατάθλιψη.

Η κόπωση δεν προϋποθέτει πάντα την απαρχή ψυχιατρικής νοσηρότητας αλλά συχνά είναι πρόδρομος ψυχιατρικής διαταραχής μαζί με άλλα λειτουργικά συμπτώματα. Συσχετίζονται όμως ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Van Der Linden, G. Chalder, T. Hickie, I. Koschera, A. Sham, P. Wessely, S. 1999).

Σε έρευνες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό έχει φανεί πως η κόπωση και κυρίως η χρόνια ανεξήγητη κόπωση, συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ψυχιατρική νοσηρότητα (Skapinakis, P. Lewis, G. Meltzer, H. 2000).

Η κόπωση ή η σημαντική απώλεια ενέργειας αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Αυτό συμβαίνει για όλες τις διαστάσεις της κόπωσης σε επίπεδο σωματικό, γνωστικό και συναισθηματικό ( DSM IV-TR, 2000)

Η αλληλοεπικάλυψη στην συμπτωματολογία καθιστά δύσκολη υπόθεση την διαφορική διάγνωση μεταξύ της κόπωσης και των καταθλιπτικών διαταραχών. Αυτό που περιπλέκει περισσότερο τα πράγματα είναι οι υποκατηγορίες της κατάθλιψης, κυρίως στην μελαγχολία και την άτυπη κατάθλιψη. Δημιουργούνται συγχυτικά συμπεράσματα ακόμη και αν περιορίσουμε την αξιολόγηση είτε στα κλινικά σημεία της κατάθλιψης είτε σε αυτά της κόπωσης καθώς υπάρχει και πάλι υψηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο οντοτήτων ( Arnold, L. M. 2008).

Είναι επίσης αξιοσημείωτες οι ομοιότητες μεταξύ κόπωσης και κατάθλιψης ως προς την αξιολόγηση της κλινικής οντότητας. Δηλαδή η κόπωση όπως και η κατάθλιψη μπορεί να αξιολογηθεί ως:

- ενιαίο σύμπτωμα (μονοδιάστατη προσέγγιση)
- ενιαίο σύνολο συμπτωμάτων (πολυδιάστατη προσέγγιση)
- ως κλινικό σύνδρομο (σύνολο διαγνωστικών κριτηρίων)

Τα συμπτώματα που μπορεί να αφορούν την κόπωση και την κατάθλιψη παρουσιάζονται παρακάτω στον πίνακα.

<b>Σωματικά</b>	<b>Γνωστικά</b>	<b>Συναισθηματικά</b>
Γρήγορη κούραση	Μειωμένη	Αποφυγή
Μειωμένη δραστηριότητα	συγκέντρωση	Γενική αδυναμία
Χαμηλή ενέργεια	Βραδύτητα σκέψης	Έλλειψη κινήτρων
Μειωμένη φυσική αντοχή	Αδυναμία προσοχής	Μειωμένο ενδιαφέρον
Ύπνος που δεν ξεκουράζει		Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Η αλληλεπικαλυπτόμενη συμπτωματολογία κόπωσης και κατάθλιψης συσχετίζεται με διάφορες ασθένειες όπως ο καρκίνος (Jacobsen, P. B. Donovan, K. A. Weitzner, M. A. 2003), οι ρευματοειδείς παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (Wolfe, F. Hawley, D, J. Wilson, K. 1996. Tench, C. M. McCurdie, I. White, P. D. et al. 2000), η πολλαπλή σκλήρυνση (Mohr, D. C. Hart, S. L. Goldberg, A. 2003), οι καρδιοαγγειακές παθήσεις (Sullivan, M. D. Newton, K. Hecht, J. et al. 2004), στον HIV και AIDS (Millikin, C. P. Rourke, S. B. Halman, M. H. et al. 2003).

Υπάρχουν τέσσερις τουλάχιστον πιθανές εξηγήσεις για την συσχέτιση κόπωσης και κατάθλιψης (Skaripnakis, P. Lewis, G. Mavreas, V. 2004):

1. η κόπωση προκαλείται από την κατάθλιψη
2. η κατάθλιψη είναι δευτερογενής σε κάποια νόσο
3. η κόπωση και η κατάθλιψη έχουν τους ίδιους παράγοντες κινδύνου και προκαλούν συσχετίσεις μεταξύ τους.
4. η συσχέτιση οφείλεται στα αλληλεπικαλυπτόμενα κριτήρια.

Αυτό που φαίνεται να προκύπτει από τα αποτελέσματα των ερευνών είναι πως η κόπωση και οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι ανεξάρτητες κλινικές οντότητες . Η κόπωση και η κατάθλιψη, παρά το γεγονός ότι έχουν ευδιάκριτους παράγοντες

κινδύνου, συσχετίζονται υψηλά γιατί επηρεάζονται από κάποιους κοινούς παράγοντες και τα κριτήρια διάγνωσης τους αλληλεπικαλύπτονται.

### **6.3) Κόπωση και διαταραχή σωματοποίησης**

Η ασάφεια των συμπτωμάτων της κόπωσης και η παρουσία ενός μεγάλου εύρους σωματικών ενοχλημάτων χωρίς σαφή αιτιολογία έχουν συσχετισθεί με την διαταραχή σωματοποίησης σε αρκετές έρευνες ( Afari, N. Buchwald, D. 2001)

Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-10 (1993) ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση είναι πολλαπλά και ποικίλα σωματικά συμπτώματα χωρίς επαρκή εξήγηση σωματικής αφετηρίας.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν υψηλά ποσοστά συσχέτισης μεταξύ κόπωσης και διαταραχής σωματοποίησης εντούτοις αποτελούν δύο ανεξάρτητες κλινικές καταστάσεις που όμως υπόκεινται στις ίδιες λανθάνουσες διαδικασίες, όπως η γνωστική επεξεργασία, η ψυχοφυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στα ερεθίσματα και η συμπεριφορά κατά την νόσο (Martin, A. Chalder, T. Rief, W. Braehler, E. 2007).

Στα πλαίσια των διαταραχών σωματοποίησης, η κόπωση συνδέεται στενά με την νευρασθένεια. Η χρόνια κόπωση έχει περιγραφεί κλινικά για περισσότερο από 150 χρόνια και ο όρος νευρασθένεια (κόπωση ως ασθένεια - ελλείπει συγκεκριμένης νόσου) που προτάθηκε το 1869 από τον George Beard ήταν μια από τις επικρατούσες διαγνώσεις προς το τέλος του 1800. Ετούτοις από το πρώτο μισό του 20 αιώνα η νευρασθένεια ως όρος διαγνωστικός χρησιμοποιήθηκε ελάχιστα και οι ασθενείς με διάγνωση κόπωσης θεωρήθηκαν από τους ειδικούς, είτε να έχουν καταθλιπτική νόσο είτε μια άλλη ψυχιατρική κατάσταση (Afari N. Buchwald D.2003)

Βέβαια ο όρος εξακολουθεί να υπάρχει στην ταξινόμηση ICD-10 αλλά έχει αποκλειστεί πλέον από το DSM-IV-R. Στην κλινική παρουσία της διαταραχής βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί η έντονη κόπωση μετά από πνευματική δραστηριότητα που συνυπάρχει με αξιοσημείωτη κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται δυσκολία στην συγκέντρωση και στην οργάνωση της σκέψης. Επίσης παρατηρούνται σωματική αδυναμία και εξάντληση μετά από μικρή προσπάθεια, που συνυπάρχουν με μυϊκούς πόνους και αδυναμία χαλάρωσης. Συνακόλουθα παρατηρούνται ζαλάδες, κεφαλαλγίες τάσεως και αίσθημα αστάθειας.

Επίσης διαταραγμένος ύπνος, ευερεθιστότητα και αίσθηση γενικότερης ψυχολογικής κατάπτωσης(WPA, Group of Experts in Neurathenia. 2002) Σε αρκετές χώρες η νευρασθένεια δεν χρησιμοποιείται πλέον σαν διαγνωστική κατηγορία. Έχει αντικατασταθεί από ορισμούς που περιλαμβάνουν μέσα τους την έννοια της κόπωσης (πχ. σύνδρομο χρόνιας κόπωσης) και αυτό συμβαίνει κυρίως σε χώρες του δυτικού κόσμο. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται, φαίνεται να είναι πιο έντονες οι επιρροές από πολιτισμικές συνθήκες όπως στις χώρες της Ασίας. Υπάρχει ακόμη διχογνωμία για το αν η νευρασθένεια αποτελεί ένα ανεξάρτητο κλινικό σύνδρομο, αν πλέον υπολογίζεται στα σύνδρομα που αφορούν την κόπωση ή αν αποτελεί συνοδό νοσηρή κατάσταση με άλλες χρόνιες ασθένειες (Starcevic, 1999).

#### **6.4) Κόπωση και αγχώδης διαταραγή**

Οι εκδηλώσεις άγχους είναι σημαντικά συμπτώματα, που λόγω της πίεσης που προκαλούν από την παρατεταμένη ανησυχία συνδέονται συχνά με την κόπωση. Το προκαταβολικό άγχος και η προσπάθεια να αποφευχθεί η αγχογόνος κατάσταση αναφέρονται συχνά σαν μια έκφραση κόπωσης. Συχνά μετά από ένα έντονο επεισόδιο ο ασθενής αισθάνεται κόπωση. Στις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές η κόπωση ή συμπτωματολογία παρεμφερή της κόπωσης συμπεριλαμβάνεται στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι ασθενείς πολλές φορές είτε λόγω ιδιομορφίας στην έκφραση είτε για να αποφύγουν τον στιγματισμό της ψυχικής νόσου κάνουν λόγο για αισθήματα κόπωσης (Greenberg, D. B 2002).

Η σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και των αγχωδών διαταραχών έχει φανεί σε αρκετό ποσοστό ερευνών. Φαίνεται επίσης να μοιράζονται τους ίδιους επιβαρυντικούς παράγοντες και να ανταποκρίνονται στα ίδια ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών και στις ίδιες ψυχολογικές συγκρούσεις (Fischler, B. Cluydts, R. De Gucht, V. Kaufman, L. De Meirleir, K. 1997).



## **7) Η ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

### **7.1) Κλινική περιγραφή**

Ο όρος «Δρεπανοκυτταρική Νόσος» αναφέρεται σε καταστάσεις κατά τις οποίες συνυπάρχει το γονίδιο βs με άλλο παθολογικό γονίδιο Hb και στις οποίες υπάρχει κίνδυνος δρεπάνωσης των ερυθροκυττάρων κάτω από ορισμένες συνθήκες. Περιλαμβάνει την ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία και πολλά είδη διπλής ετεροζυγωτίας όπως HbS-β0MA, HbS-β+MA και άλλες. Οι ποικίλες εκδηλώσεις της νόσου εξηγούνταν από μια σειρά αντιδράσεων, που οδηγούσαν στον πολυμερισμό της HbS μετά από οξυγόνωση, δρεπάνωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ελάττωση της παραμορφωσιμότητας και απόφραξη της μικροκυκλοφορίας από τα δύσκαμπτά δρεπανοκύτταρα. Νεότερες μελέτες αποκάλυψαν, ότι στην παθολογοφυσιολογία της νόσου παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο και άλλοι παράγοντες, όπως προσκόλληση των ερυθρών στο ενδοθήλιο με την βοήθεια υποδοχέων, βλάβη της κυτταρικής μεμβράνης, ενεργοποίηση των ενδοθηλιακών κυττάρων του αγγείου, ενεργοποίηση παραγόντων πήξεως και μεταβολές στον τόνο των αγγείων (Χριστάκης, I.B. Χασαποπούλου, E 1999 ).

Οι σημαντικότερες εκδηλώσεις της Δρεπανοκυτταρικής Νόσου σχετίζονται με:

- Την χρόνια αιμολυτική αναιμία
- Τις αγγειοαποφρακτικές ή άλλες κρίσεις
- Τις χρόνιες βλάβες οργάνων
- Την ευπάθεια στις λοιμώξεις

Οι σημαντικότερες αγγειοαποφρακτικές κρίσεις είναι:

- Οι επώδυνες κρίσεις
- Το οξύ θωρακικό σύνδρομο
- Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Ο πριαπισμός

Οι παραπάνω αγγειοαποφρακτικές κρίσεις σε συνδυασμό με την επιδείνωση της προϋπάρχουσας αναιμίας, είτε λόγω απλαστικής κρίσεως, είτε λόγω αιμολυτικής κρίσεως, είτε λόγω σπληνικού εγκλωβισμού, αποτελούν τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας στη Δρεπανοκυτταρική Νόσο (Redding-Lallinger, R. Knoll, C. 2006).

## 7.2) Επώδυνες κρίσεις

Οι επώδυνες κρίσεις είναι η κυριότερη και σοβαρότερη αιτία η οποία θα οδηγήσει τον ασθενή στο νοσοκομείο. Εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ της ηλικίας 10 και 30 ετών, ενώ μετά τα 30 έτη μειώνονται προοδευτικά και σπανίζουν μετά την ηλικία των 40 ετών. Οι επώδυνες κρίσεις είναι συχνότερες σε ασθενείς με υψηλό αιματοκρίτη και χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης F. Παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση μιας επώδυνης κρίσης θεωρούνται οι λοιμώξεις, ο πυρετός, η αφυδάτωση, το ψύχος (ιδιαίτερα η απότομη πτώση της θερμοκρασίας), η σωματική καταπόνηση, η υποξία, το συναισθηματικό στρες. Συχνά εμφανίζονται χωρίς να υπάρχει φανερή αιτία.

Ο πόνος εντοπίζεται στα άνω και κάτω άκρα, το θώρακα, τη σπονδυλική στήλη, την κοιλιά, τα οστά της λεκάνης. Μπορεί να είναι πολυεστιακός, αμφοτερόπλευρος ή ετερόπλευρος, μετακινούμενος, οξύς μέτριας έως μεγάλης έντασης. Διαρκεί 8 με 10 ημέρες και στο 50% των περιπτώσεων συνυπάρχουν γενικά φαινόμενα όπως πυρετός, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπέρταση, ναυτία, έμετοι και τοπικά όπως οιδήματα και ευαισθησία στην πάσχουσα περιοχή. Εργαστηριακά διαπιστώνεται λευκοκυττάρωση, αύξηση της LDH και των πρωτεϊνών οξείας φάσεως IL-1, TNF-α και αύξηση της γλοιότητας (Αθανασίου-Μεταξά, Μ. 2003).

Ο πόνος εμφανίζεται ως οξύς ή χρόνιος. Στον ακόλουθο πίνακα φαίνεται αναλυτικά ο διαχωρισμός.

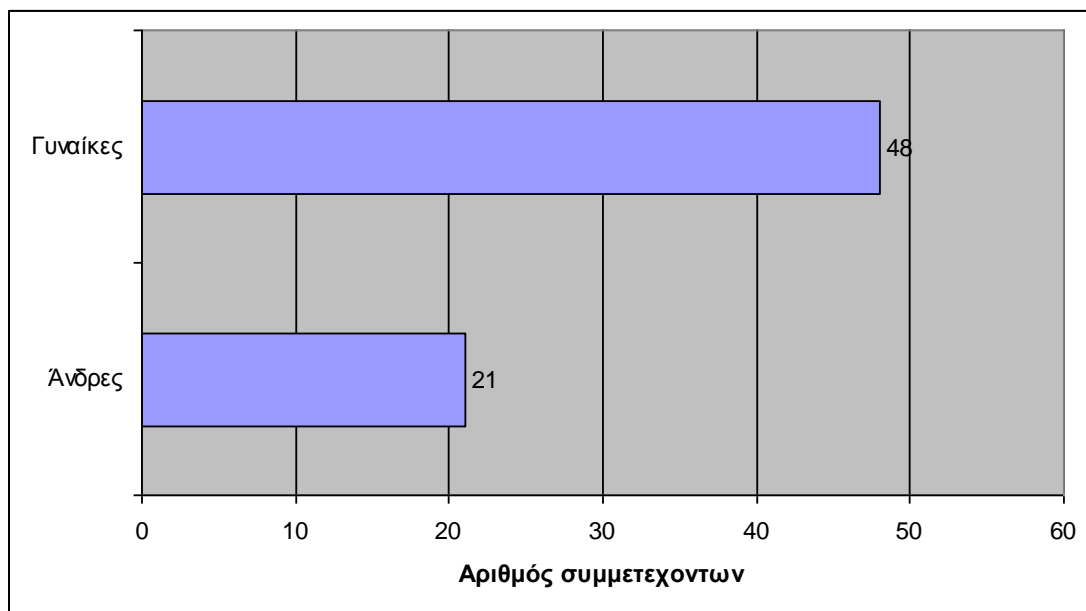
<b>ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ</b>	<b>ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ</b>
Οξύ θωρακικό σύνδρομο	Αρθρίτιδα - Αρθροπάθεια
Επώδυνη κρίση	Άσηπτη νέκρωση κεφαλής μηριαίου
Οξεία χολοκυστίτιδα	Άτονα έλκη ποδός
Σύνδρομο χειρός-ποδός	Οσφυαλγία λόγω καθιζήσεως σπονδύλου
Πριαπισμός	
Οξεία χολοκυστίτιδα	
Σύνδρομο άνω δεξιού τεταρτημόριου	

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

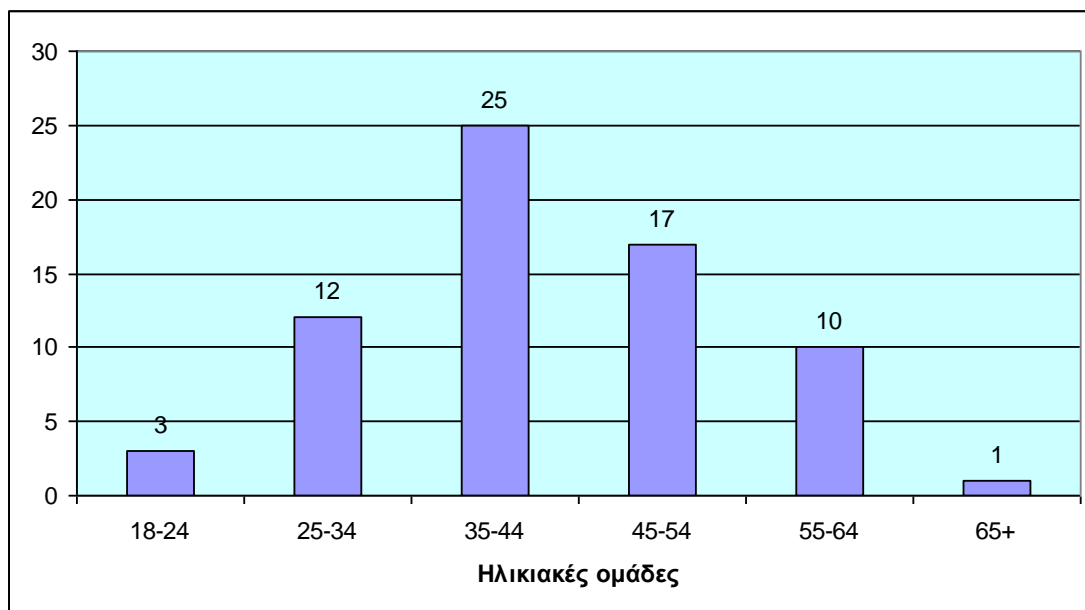
### 8) ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο και των δυο φύλων. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων είναι 69 άτομα (N = 69). Το ποσοστό των ανδρών είναι 30.4% (21 άτομα) και το αντίστοιχο των γυναικών 69.6% (48 άτομα).

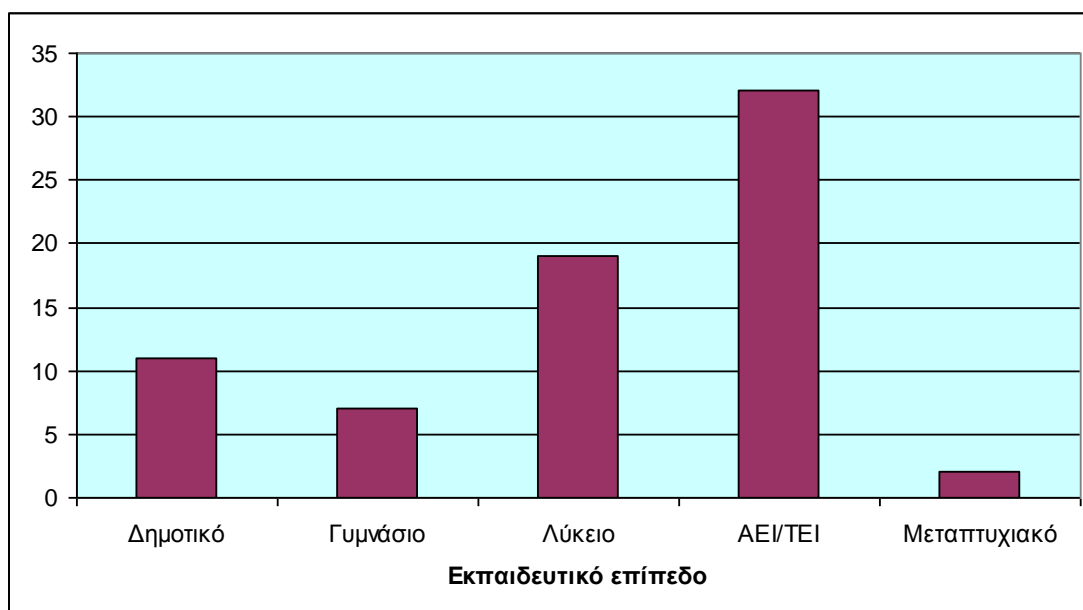
Πίνακας. Αριθμός συμμετεχόντων, ανδρών και γυναικών, στην έρευνα.



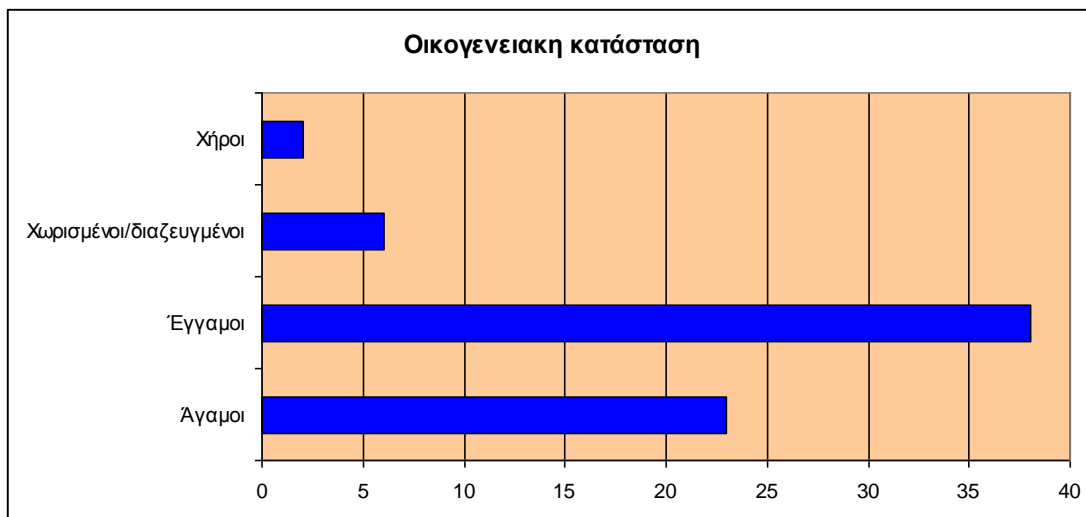
Οι ηλικιακές ομάδες του δείγματος και για τα δύο φύλα χωρίστηκαν σε έξι κατηγορίες έχουν την εξής κατανομή : α) από 18 έως 24 ετών 4.3% (3 άτομα), β) από 25 έως 34 ετών 17.4% (12 άτομα), γ) από 35 έως 44 ετών 36.2% (25) δ) από 45 έως 54 ετών 24.6% (17 άτομα), ε) από 55 έως 64 14.5% (10 άτομα) στ) από 65 και πάνω 1.4% (1 άτομο).



Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, και για τα δύο φύλα, παρουσιάζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) εκπαίδευση Δημοτικού 15.9% (11 άτομα), β) εκπαίδευση Γυμνασίου 10.1% (7 άτομα), γ) εκπαίδευση Λυκείου 27.5% (19 άτομα), εκπαίδευση ΑΕΙ/ΤΕΙ 43.5%(30 άτομα), εκπαίδευση μεταπτυχιακού επιπέδου 2.9% (2 άτομα).



Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων είναι: α) άγαμοι 33.3% (23 άτομα), β) έγγαμοι 55.1% (38 άτομα), γ) χωρισμένοι/διαζευγμένοι 8.7% (6 άτομα), δ) χήροι 2.9% (2 άτομα).



## **9 ) ΜΕΘΟΔΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Για την αξιολόγηση της κόπωσης και την μελέτη της συνοσηρότητας στην δρεπανοκυτταρική νόσο χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα κόπωσης της Chalder (Chalder Fatigue Scale), το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενούς - 9 ( Personal Health Questionnaire – 9 ), το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας - 12 ( General Health Questionnaire – 12). Πρόκειται για ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης. Οι συμμετέχοντες κλίθηκαν να περιγράψουν την κατάστασή τους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Η μέθοδος χορήγησης έγινε με ταχυδρομικό τρόπο. Στον φάκελο αποστολής υπήρχε ενημερωτικό σημείωμα για τους σκοπούς της έρευνας και προπληρωμένος φάκελος επιστροφής. Μετά την πρώτη αποστολή των ερωτηματολογίων, ακολούθησε έπειτα από ένα μήνα δεύτερη επιστολή υπενθύμισης. Εστάλησαν συνολικά 170 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 69 που ήταν και το τελικό δείγμα της έρευνας όπως αναφέρθηκε πιο πάνω. Η συμμετοχή των ατόμων του δείγματος είναι ανώνυμη. Η προσέγγιση τους έγινε μέσω του συλλόγου πασχόντων με δρεπανοκυτταρική νόσο του λεκανοπεδίου Αττικής.

### **Η κλίμακα κόπωσης της Chalder / Chalder Fatigue Scale.**

Για την αξιολόγηση της κόπωσης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κόπωσης της Chalder ( Chalder T. et al 1993). Είναι μια σύντομη και εύκολη στην χρήση κλίμακα αυτό-αξιολόγησης. Εκτιμά την σοβαρότητα των συμπτωμάτων κόπωσης και είναι έγκυρο και αξιόπιστο μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιείται σε επιδημιολογικές έρευνες. Παράλληλα η χρήση της συνίσταται και για κλινική εκτίμηση. Η κλίμακα αποτελείται από 14 ερωτήσεις που ανιχνεύουν σωματική και ψυχική κόπωση. Το υποκείμενο καλείται να απαντήσει πως αισθάνεται σχετικά το διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων. Δίνονται τέσσερις επιλογές απάντησης: « Λιγότερο από ότι συνήθως, Όπως συνήθως, Περισσότερο από ότι συνήθως, Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως ». Ο τρόπος βαθμολόγησης είναι 0,0,1,1. Ως κατώτατο όριο (cut-off) ορίστηκε το  $\geq 4$ , που χρησιμοποιείται συνήθως στην βιβλιογραφία.

### **Το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενούς - 9 / Personal Health Questionnaire – 9**

Το PHQ – 9 είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για τον εντοπισμό και την διάγνωση της κατάθλιψης (Kroenke, K. Spitzer, R. L. 2002). Είναι κλίμακα αυτό-αξιολόγησης και βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για την μείζονα κατάθλιψη. Μετρά επίσης και υποκατηγορίες της καταθλιπτικής διαταραχής καθώς επίσης και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων της καταθλιπτικής διαταραχής Το σύστημα βαθμολόγησης με βάση τα κριτήρια βοηθά στην αποφυγή σύγχυσης των σωματικών συμπτωμάτων στους ιατρικούς πληθυσμούς. Τίθενται ερωτήματα για την καταθλιπτική διάθεση, την απώλεια ενδιαφέροντος, τις διαταραχές του ύπνου, την όρεξη, την συγκέντρωση, την ενεργητικότητα, την αυτοεκτίμηση, την ψυχοκινητική λειτουργικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει για την κατάσταση του τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Οι απαντήσεις που δίνονται είναι: « 0= καθόλου, 1=αρκετές ημέρες, 2=περισσότερες από τις μισές ημέρες, 3=σχεδόν κάθε μέρα ».

### **Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας - 12 / General Health Questionnaire – 12.**

Το GHQ-12 χρησιμοποιείται για την ανίχνευση ψυχιατρικής διαταραχής στο γενικό πληθυσμό, μέσα στην κοινότητα και σε μη κλινικά ψυχιατρικά πλαίσια όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή σε ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων του γενικού νοσοκομείου. Αξιολογεί την παρούσα κατάσταση του ασθενή και ρωτά αν διαφέρει από την έως τώρα συνήθη κατάσταση του. Αξιολογεί βραχυπρόθεσμες ψυχιατρικές διαταραχές. Το υποκείμενο καλείται να απαντήσει σε μια κλίμακα με 12 ερωτήσεις όπου η κάθε ερώτηση έχει τέσσερις επιλογές. Το κατώτατο όριο (cut-off) που χρησιμοποιήθηκε είναι το  $\geq 4$  για τον προσδιορισμό κοινής ψυχιατρικής διαταραχής.



## **10 ) ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

### Φύλο

Κατηγορική μεταβλητή

### Ηλικία

Συνεχής μεταβλητή

### Μορφωτικό επίπεδο

Κατηγορική μεταβλητή που διακρίνεται σε 3 επίπεδα: (α) χαμηλό (απόφοιτοι δημοτικού ή γυμνασίου), (β) μέσο (απόφοιτοι λύκειου) και (γ) υψηλό (απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/μεταπτυχιακών σπουδών)

### Οικογενειακή κατάσταση

Κατηγορική μεταβλητή που διακρίνεται σε 2 επίπεδα: (α) έγγαμοι, (β) άγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι

### Κατάθλιψη

Κατηγορική μεταβλητή που διακρίνεται σε 2 επίπεδα: (α) παρουσία κατάθλιψης, (β) απουσία κατάθλιψης

### Αθροιστικός δείκτης (score) της κλίμακας κόπωσης Chalder

Συνεχής μεταβλητή η οποία κυμαίνεται από 0 (απουσία κόπωσης) έως 14 (έντονη κόπωση). Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως κατηγορική μεταβλητή με 2 επίπεδα: (α)  $score < 4$ , (β)  $score \geq 4$

### Αθροιστικός δείκτης (score) της κλίμακας ψυχικής νοσηρότητας GHQ-12

Συνεχής μεταβλητή η οποία κυμαίνεται από 0 (απουσία ψυχικής διαταραχής) έως 12 (έντονη παρουσία ψυχικής διαταραχής).

## **11) ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή±τυπική απόκλιση, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές ως απόλυτη και σχετική συχνότητα. Το Κριτήριο Student's t-test χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των σχέσεων μεταξύ συνεχών μεταβλητών ενώ ο έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τη χρήση του κριτηρίου  $X^2$  και του Fisher's Exact test σε περιπτώσεις μικρών συχνοτήτων. Στη συνέχεια, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ κόπωσης (εξαρτημένη μεταβλητή) και κοινωνικο-δημογραφικών καθώς και κλινικών χαρακτηριστικών (ανεξάρτητες μεταβλητές) με τη βοήθεια πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Περαιτέρω, η επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων σε σχέση με την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (εξαρτημένη μεταβλητή) αξιολογήθηκε με ένα δεύτερο στατιστικό μοντέλο, αυτή τη φορά πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης. Όλες οι τιμές p βασίζονται σε δίπλευρους ελέγχους και συγκρίνονται με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ίσο με το 5%. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό SAS (Version 9.1, SAS Institute Inc, Cary, NC).

### **11.1) Κόπωση**

Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος 69 άτομα με εύρος ηλικίας 23-69 έτη. Από το σύνολο του δείγματος συμπτώματα κόπωσης εμφάνισαν 24 συμμετέχοντες (34.8%). Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά όσων έλαβαν μέρος στη μελέτη ανάλογα με την παρουσία συμπτωμάτων κόπωσης. Η μέση ηλικία των ατόμων με κόπωση ανέρχεται στα  $42.17 \pm 10.26$  έτη, ενώ το αντίστοιχο νούμερο για όσους δεν αισθάνονταν κόπωση ήταν  $43.18 \pm 10.53$  έτη. Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των πασχόντων από κόπωση και των με πασχόντων όσον αφορά στην κατανομή του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης ( $p=0.87$  και  $p=0.69$  αντίστοιχα). Η παρουσία κόπωσης φάνηκε να είναι περισσότερο συνήθης σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ωστόσο το αποτέλεσμα αυτό ήταν λίγο πάνω από τα όρια της στατιστικής σημαντικότητας ( $p=0.08$ ). Φαίνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων με κατάθλιψη έπασχαν συγχρόνως και από κόπωση ( $p=0.0001$ ). Τέλος οι έχοντες κόπωση εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στον αθροιστικό δείκτη (score) της κλίμακας ψυχικής νοσηρότητας ( $p=0.0001$ ).

Περαιτέρω ανάλυση με τη χρήση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Πίνακας 2) έδειξε ότι η κόπωση σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη και συγκεκριμένα οι πάσχοντες από κατάθλιψη έχουν υψηλότερη μέση τιμή κατά 2.74 μονάδες στον αθροιστικό δείκτη (score) της κλίμακας κόπωσης ( $p=0.01$ ). Επιπρόσθετα, αύξηση του αθροιστικού δείκτη (score) της κλίμακας ψυχικής νοσηρότητας κατά μία μονάδα επιφέρει αύξηση της μέσης τιμής του αθροιστικού δείκτη της κλίμακας κόπωσης κατά 0.61 μονάδες ( $p=0.0001$ ). Φαίνεται ότι όσοι δεν διάγουν έγγαμο βίο εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης και συγκεκριμένα η μέση τιμή του αθροιστικού δείκτη της κλίμακας κόπωσης μειώνεται κατά -1.79

μονάδες ( $p=0.02$ ). Το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο καθώς και η ηλικία δεν φάνηκε να σχετίζονται με τα επίπεδα κόπωσης.

*Πίνακας : Κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των 69 συμμετεχόντων ανάλογα με την παρουσία συμπτωμάτων κόπωσης*

Μεταβλητές	Παρουσία συμπτωμάτων κόπωσης † ( $n=24$ )	Απουσία συμπτωμάτων κόπωσης ( $n=45$ )	P
Φύλο			0.87
άντρες	7 (29.2)	14 (31.1)	
γυναίκες	17 (70.8)	31 (68.9)	
Ηλικία	42.17±10.26	43.18±10.53	0.71
Μορφωτικό επίπεδο			0.08
χαμηλό ( $\leq 9$ έτη)	10 (41.7)	8 (17.8)	
μέσο (10-12 έτη)	4 (16.6)	15 (33.3)	
υψηλό (13+ έτη)	10 (41.7)	22 (48.9)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.69
έγγαμοι	14 (58.3)	24 (53.3)	
άγαμοι/διαζευγμένοι	10 (41.7)	21 (46.7)	
Κατάθλιψη			0.0001
όχι	13 (54.2)	43 (95.6)	
ναι	11 (45.8)	2 (4.4)	
Αθροιστικός δείκτης (score) ψυχικής νοσηρότητας	5.46±4.12	1.44±1.98	0.0001

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή±τυπική απόκλιση ή N (%)

† Παρουσία συμπτωμάτων κόπωσης όταν ο αθροιστικός δείκτης (score) της κλίμακας Chalder είναι ίσος ή μεγαλύτερος από 4 ( $score \geq 4$ )

*Πίνακας : Αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης η οποία αξιολόγησε την παρουσία συμπτωμάτων κόπωσης ανάλογα με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος*

Μεταβλητές	Κατηγορία	Συντελεστής παλινδρόμησης ( $\beta$ )	Τυπικό σφάλμα	P
Φύλο	άντρες	κατηγορία αναφοράς		
	γυναίκες	0.15	0.70	0.83
Ηλικία	10 έτη επιπλέον	-0.66	0.42	0.12
Μορφωτικό επίπεδο	1 επίπεδο επιπλέον	-0.30	0.46	0.52
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμοι	κατηγορία αναφοράς		
	άγαμοι/διαζευγμένοι	-1.79	0.73	0.02
Κατάθλιψη	όχι	κατηγορία αναφοράς		
	ναι	2.74	1.06	0.01
Αθροιστικός δείκτης (score) ψυχικής νοσηρότητας	1 μονάδα επιπλέον	0.61	0.12	0.0001

## 11.2) Κατάθλιψη

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι 13 άτομα (18.8%) έπασχαν από κατάθλιψη. Τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των 69 συμμετεχόντων ανάλογα με την εμφάνιση κατάθλιψης παρουσιάζονται στον Πίνακα . Το 23% των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη παρουσίασαν κατάθλιψη, ενώ για τους άντρες το αντίστοιχο ποσοστό κυμάνθηκε στο 10%, αν και η παραπάνω διαφορά δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0.32$ ). Τόσο οι συμμετέχοντες που έπασχαν από κατάθλιψη όσο και εκείνοι οι οποίοι δεν έπασχαν, είχαν περίπου την ίδια μέση ηλικία ( $p=0.41$ ) και την ίδια οικογενειακή κατάσταση ( $p=0.47$ ). Συγκρινόμενο με τη χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το υψηλό μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης αν και το αποτέλεσμα ήταν οριακό ( $p=0.05$ ). Οι πάσχοντες από κατάθλιψη είχαν κατά μέσο όρο πολύ υψηλότερη τιμή στον αθροιστικό δείκτη (score) της κλίμακας κόπωσης σε σχέση με τους μη πάσχοντες ( $p=0.0001$ ). Τέλος φαίνεται ότι η ψυχική νοσηρότητα έχει έναν επιβαρυντικό ρόλο αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο κατάθλιψης ( $p=0.0001$ ).

Τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης σταθμισμένης προς διάφορους συγκριτικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση) έδειξαν ότι αύξηση μιας μονάδας στον αθροιστικό δείκτη (score) της κλίμακας κόπωσης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης κατά 41% (σχετικός κίνδυνος OR: 1.41, 95% CI: 1.01-1.97,  $p=0.04$ ). Επιπρόσθετα, από την ανάλυση φάνηκε και μια επιβαρυντική δράση της ψυχικής νοσηρότητας και συγκεκριμένα, αύξηση μιας μονάδας στον αθροιστικό δείκτη (score) της κλίμακας ψυχικής νοσηρότητας συσχετίζεται με 46% υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (σχετικός κίνδυνος OR: 1.46, 95% CI: 1.02-2.08,  $p=0.04$ ). Από την άλλη πλευρά, το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση δεν

φάνηκε να σχετίζονται με τον κίνδυνο κατάθλιψης ( $p=0.43$ ,  $p=0.93$ ,  $p=0.53$  και  $p=0.82$  αντίστοιχα).

Συμπερασματικά λοιπόν, από τα προαναφερθέντα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων, φαίνεται ότι η κόπωση σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη και την ψυχική νοσηρότητα, ενώ αντίστροφη είναι η συσχέτιση της με τον έγγαμο βίο. Όσον αφορά στην κατάθλιψη, φάνηκε ότι το αίσθημα κόπωσης και η ψυχική νοσηρότητα αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.

Πίνακας : Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των 69 συμμετεχόντων ανάλογα με την εμφάνιση κατάθλιψης.

Μεταβλητές	Εμφάνιση κατάθλιψης (n=13)	Απουσία κατάθλιψης (n=56)	P
Φύλο			0.32
άντρες	2 (15.4)	19 (33.9)	
γυναίκες	11 (84.6)	37 (66.1)	
Ηλικία	45.0±10.17	42.32±10.45	0.41
Μορφωτικό επίπεδο			0.05
χαμηλό (≤9 έτη)	7 (53.8)	11 (19.6)	
μέσο (10-12 έτη)	3 (23.1)	16 (28.6)	
υψηλό (13+ έτη)	3 (23.1)	29 (51.8)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.47
έγγαμοι	6 (46.2)	32 (57.1)	
άγαμοι/διαζευγμένοι	7 (53.8)	24 (42.9)	
Αθροιστικός δείκτης (score) κόπωσης	8.54±3.57	2.23±2.70	0.0001
Αθροιστικός δείκτης (score) ψυχικής νοσηρότητας	7.77±3.94	1.70±2.09	0.0001



*Πίνακας : Αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης η οποία αξιολόγησε τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης ανάλογα με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος*

Μεταβλητές	Κατηγορία	Σχετικός κίνδυνος (OR)	Όριο αξιοπιστίας (CI)	P
Φύλο	άντρες	κατηγορία αναφοράς		
	γυναίκες	2.61	0.24-27.67	0.43
Ηλικία	10 έτη επιπλέον	1.07	0.20-5.60	0.93
Μορφωτικό επίπεδο	1 επίπεδο επιπλέον	0.60	0.12-2.96	0.53
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμοι	κατηγορία αναφοράς		
	άγαμοι/διαζευγμένοι	1.41	0.08-26.60	0.82
Αθροιστικός δείκτης (score) κόπωσης	1 μονάδα επιπλέον	1.41	1.01-1.97	0.04
Αθροιστικός δείκτης (score) ψυχικής νοσηρότητας	1 μονάδα επιπλέον	1.46	1.02-2.08	0.04

## **12 ) ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σκοπός της ερευνητικής προσπάθειας ήταν να μελετήσουμε την κόπωση στους ασθενείς με Δρεπανοκυτταρική Νόσο. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη. Παράλληλα γίνεται συσχέτιση με ζητήματα συνοδού νοσηρότητας δίνοντας έμφαση στην παρουσία κατάθλιψης. Η έμφαση δόθηκε αφενός, γιατί η κόπωση συσχετίζεται υψηλά με την κατάθλιψη στις χρόνιες ασθένειες. Αφετέρου τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ κοινά στις χρόνιες ασθένειες και συχνά δυσκολεύουν την διάγνωση. Η κόπωση και η κατάθλιψη συχνά παρερμηνεύονται στην κλινική εκτίμηση της χρόνιας ασθένειας λόγω αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων. Έλλειψη ευχαρίστησης, μειωμένη όρεξη, απώλεια σωματικού βάρους διαταραγμένος ύπνος, αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, έλλειψη συγκέντρωσης μπορεί να αποτελούν εκδηλώσεις τόσο της κόπωσης, της κατάθλιψης και της δρεπανοκυτταρικής νόσου (Hasan, S. P. et al. 2003).

Στην έρευνά μας το ποσοστό που παρουσίασε κόπωση ήταν το 34.8%. Το ποσοστό είναι σημαντικό και επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι περισσότερες σωματικές χρόνιες ασθένειες σχετίζονται με την κόπωση ( Chen, M. (1986)., Wessely, S. Nickson, J. Cox, B. (1990). Τα ευρήματά μας αφορούν την ύπαρξη κεντρικής κόπωσης και ανταποκρίνονται περισσότερο στην γενικότερη κατάσταση των ασθενών αυτών, σωματική και ψυχική. Δεν υπήρξε μέτρηση της περιφερικής κόπωσης, που να αφορά νευρομυϊκή δυσλειτουργία. Η συγκεκριμένη μορφή κόπωσης δεν κρίθηκε αναγκαίο να αξιολογηθεί καθώς δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με κατεξοχήν μορφές χρόνιας ασθένειας. Αντίθετα η κεντρική κόπωση φαίνεται συχνά να υπάρχει σε χρόνιες ασθένειες μαζί με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη (Krupp, L. B. et al (1998)., Krupp, L. B. et al (1990)., Jones, E. A. (1995)., Huysen, B. A. et al (1998)., Wolfe, F. et al (1996).

Δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί αν η κόπωση είναι αποτέλεσμα της επίπτωσης της νόσου και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της ή συνέπεια της χρονιότητας της κατάστασης. Δεν υπήρξε σταθερό εύρημα σε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας. Η αναιμία και οι επιπλοκές της είναι ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί εμφάνιση κόπωσης αλλά φαίνεται πως δεν αποτελεί πάντα ικανή και αναγκαία συνθήκη. Αυτό υπόκειται στους περιορισμούς που θέτουν οι συγχρονικές μελέτες καθώς εξετάζουμε χαρακτηριστικά μια δεδομένη χρονική στιγμή, δηλαδή τις

τελευταίες δύο εβδομάδες. Συνέπεια αυτού είναι, ο περιορισμός της αιτιολογικής σημασίας των αποτελεσμάτων. Σε πρώτη φάση δεν έρχεται σε αντίθεση με τον αρχικό στόχο, που είναι η παρουσία ή όχι κόπωσης. Στον περιορισμό αυτό εμπίπτει και η αξιολόγηση της συσχέτισης ψυχιατρικής νοσηρότητας και κόπωσης. Και αυτό γιατί η ψυχιατρική νοσηρότητα θα μπορούσε να είναι το αποτέλεσμα της κόπωσης και όχι η αιτία ή η ψυχιατρική νοσηρότητα θα μπορούσε να έχει σημασία στην διατήρηση της κόπωσης και όχι στην έκλυσή της.

Από αυτούς που παρουσίασαν κόπωση το 70.8% ήταν γυναίκες. Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει, ότι αξιοσημείωτη κόπωση παρουσιάζουν οι γυναίκες δύο ή και τρεις φορές πιο πάνω από τους άνδρες. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι η διάρκεια της κόπωσης, στην έρευνά μας το χρονικό διάστημα είναι οι τελευταίες δύο εβδομάδες. Η υπόθεση ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά κόπωσης λόγω υψηλότερων ποσοστών ψυχιατρικών διαταραχών δεν επιβεβαιώνεται στην βιβλιογραφία, αν και κάτι τέτοιο φαίνεται να συμβαίνει στην έρευνά μας. Η παρουσία κατάθλιψης και οι ενδείξεις ψυχιατρικής νοσηρότητας είναι πιο υψηλή στις γυναίκες (84.6%) από ότι στους άνδρες (15.4%). Στην βιβλιογραφία δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις όσο αφορά την ηλικία, κάτι που επιβεβαιώνεται και εδώ (Lewis, G., Wessely, S. 1992).

Στην έρευνά μας διαπιστώσαμε, πως άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν περισσότερο κόπωση. Όπως επίσης και οι έγγαμοι παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κόπωσης. Μια πιθανή ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών σχετίζεται με την καθημερινότητα των ανθρώπων αυτών και γενικότερα την ποιότητα ζωής. Όσοι δεν είναι παντρεμένοι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης και συγκεκριμένα μειώνεται κατά -1.79 μονάδες ( $p=0.02$ ). Ο τρόπος ζωής κάποιου που δεν έχει πολλές οικογενειακές υποχρεώσεις, δεν χρειάζεται να εργάζεται πολλές ώρες και η απουσία φροντίδας παιδιών, να δημιουργούν καλύτερες συνθήκες αποτρέποντας τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης (Valgini, A. F. Steinhardt, S. Jaffe, A S. (1987). David, A. et al(1990).

Η υψηλή συσχέτιση της κόπωσης με την κατάθλιψη (PHQ-9) και την ψυχιατρική νοσηρότητα (GHQ-12) θέτουν ζητήματα για την ύπαρξη συνοδούς νοσηρής κατάστασης. Η παρουσία κόπωσης δείχνει να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης όπως επίσης η παρουσία κατάθλιψης αυξάνει τον δείκτη του σκορ στην κλίμακα της κόπωσης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα της

βιβλιογραφίας όπου στις χρόνιες ασθένειες η κόπωση και η κατάθλιψη συσχετίζονται υψηλά (Visser, M. R. M., Smets, E. M. A. (1998). Η μελέτη του συσχετισμού κόπωσης και κατάθλιψης έχει δείξει, πως πρόκειται για δύο διακριτές κλινικές οντότητες παρά τις όποιες ομοιότητες ή τον προβληματισμό που δημιουργείται σχετικά με την αλληλοεπικάλυψη των διαγνωστικών κριτηρίων. Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί, εάν η κόπωση αποτελεί κλινικό σημείο της κατάθλιψης ή της γενικότερης ψυχιατρικής νοσηρότητας. (Skaripakis, P. Lewis, G. Meltzer, H. 2000). Τα ευρήματά μας δείχνουν πως αυτοί που παρουσιάζουν κόπωση δεν έχουν και απαραίτητα κατάθλιψη. Όμως η ύπαρξη και των δυο χαρακτηριστικών σε κάποιον ασθενή δείχνει ότι η αύξηση μιας μονάδας στον αθροιστικό δείκτη της κλίμακας της κόπωσης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης κατά 41% (odd ratio:1.41).

Τα παραπάνω ευρήματα σε μια έρευνα των Hartz, A. J. et al (1999) προδιαθέτουν σε κακή πρόγνωση της αποκατάστασης από την κόπωση. Συγκεκριμένα η ψυχιατρική συμπτωματολογία (κυρίως η κατάθλιψη), το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία αποτελούν παράγοντες κινδύνου.

Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη μας και τον αυξητικό αριθμό των στρεσογόνων γεγονότων ζωής αυτών των ασθενών. Αυτό θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε περισσότερο την ύπαρξη των συμπτωμάτων κόπωσης και της συνοδού νοσηρότητας. Άτομα με αυτή την διαταραχή βιώνουν κοινωνικά, οικονομικά και επαγγελματικά προβλήματα. Υπάρχουν συχνά ενδονοσοκομειακές νοσηλείες. Προβλήματα καθημερινής λειτουργικότητας και δυσκολίες στην λήψη αποφάσεων. Δυσκολίες στο να διαχειριστούν καθημερινά την κατάστασή τους. Συνακόλουθα ψυχολογικές εκδηλώσεις, η καταθλιπτική διάθεση, τα γενικευμένα άγχη, οι προβληματισμοί για την θεραπεία, ο φόβος του θανάτου, η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Whitten, C.F. Fischhoff, J. 1974).

Συνεπώς στα συμπεράσματά μας και στις μετέπειτα προοπτικές έρευνας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι. Τέτοιες είναι η προσωπικότητα του ατόμου, οι πεποιθήσεις του για την ασθένεια, η αντίληψη της παρούσας κατάστασης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, το οικογενειακό του πλαίσιο, η ποιότητα ζωής και ζητήματα που αφορούν την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση,

Η ερευνητική μας προσπάθεια αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση της κόπωσης στην Δρεπανοκυτταρική νόσο. Θελήσαμε να εξετάσουμε αρχικά την ύπαρξη ή όχι αξιοσημείωτης κόπωσης. Η αρχική μας υπόθεση ότι θα υπάρξει στατιστικά

σημαντική κόπωση επιβεβαιώθηκε. Σε δεύτερη φάση προσπαθήσαμε να δούμε την πιθανότητα ύπαρξης συνοδού ψυχιατρικής νοσηρότητας και να την συσχετίσουμε με την εμφάνιση της κόπωσης. Τα ευρήματα ανταποκρίνονται με αυτά της σχετικής βιβλιογραφίας.

Η έρευνα υπόκειται σε περιορισμούς. Ο πιο σημαντικός είναι το μικρό ποσοστό του δείγματος. Αυτό δεν μας επιτρέπει να εξάγουμε συμπεράσματα στο γενικό πληθυσμό. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει, τουλάχιστον δεν έπεσε στην αντίληψή μας, έρευνα που να παραθέτει στοιχεία για την επίπτωση και τον επιπολασμό της κόπωσης στον γενικό Ελληνικό πληθυσμό, δεν επιτρέπει να γίνουν ανάλογες συγκρίσεις.

Στα θετικά της έρευνας συγκαταλέγονται τα ευρήματα των συσχετίσεων. Η αντιστοιχία των αποτελεσμάτων μας με αποτελέσματα ερευνών σε άλλες χρόνιες ασθένειες, όπου μελετήθηκε η κόπωση και η συνοδός νοσηρότητα, δίνουν το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη του θέματος. Φαίνεται έως τώρα στην μελέτη της Δρεπανοκυτταρικής νόσου ότι δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο θέμα της κόπωσης. Το να δοθεί μια πρώτη εικόνα είναι βοηθητικό στο να δημιουργηθούν νέες ερευνητικές υποθέσεις, που θα λαμβάνουν υπόψη τους και άλλες μεταβλητές. Αυτό θα βοηθήσει στο να κατανοήσουμε περισσότερο την κατάσταση αυτών των ανθρώπων, με σκοπό πάντα την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Κατανόηση του ζητήματος της κόπωσης σημαίνει και καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών αυτών. Είναι ένα θέμα που ακόμη υποεκτιμάται από τις υπηρεσίες υγείας παρά την μεγάλη έμφαση που έχει δοθεί στην χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Aaronson, L. S. Teel, C. S. Cassmeyer, V. et al. (1999) - Defining and measuring fatigue. *Journal of nursing scholarship*, 31:1, 45-50.
2. Ablashi DV (1994) - Viral studies of CFS. *Clin Infect Dis*; 18(suppl1):130–132
3. Afari N. Buchwald D. (2003) - Chronic Fatigue Syndrome: A Review, *Am J Psychiatry*; 160:221–236.
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision ). Washington, DC: Author.
5. Ashley-Koch, A. Yang, Q. Olney, R. S (2000) – Sickle Hemoglobin (Hb. S) Allele and Sickle Cell disease. *Am J. Epidemiol.* Vol. 151. no 9
6. Arnold L. M.(2008) - Understanding fatigue in major depressive disorder and other medical disorders. *Psychosomatics*, 49:185-190.
7. Blakely AA, Howard RC, Sosich RM, Murdoch JC, Menkes DB,Spears GF (1991) - Psychiatric symptoms, personality and ways of coping in chronic fatigue syndrome. *Psychol Med* 1; 21:347–362.
8. Buchwald D. Pearlman T. Kith P. Katon W. Schmaling K. (1997) - Screening for psychiatric disorders in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 42, No 1 pp. 87-94.
9. Chalder T. Berelowitz G. Pawlikowska T. Watts L. Wessely D. W. Wallace E. P. (1993). Development of a fatigue scale, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 37, No 2 , 147-153.
10. Chen, M. K. (1986) – The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Prev. Med.* 15(1): 74-81
11. Courjareta J. Christiaan K.W. Schotteb D. E. Wijnantse H. Moorkense G. Cosyns P. (2009) - Chronic fatigue syndrome and DSM-IV personality disorders, *Journal of Psychosomatic Research* 66, 13–20.
12. David, A., Pelosi, A., McDonald, E., Stephens, D., Ledger,D., Rathbone, R., Mann, A., (1990) - Tired, weak, or in need of rest: fatigue among general practice attenders. *BMJ* 301, 1199-1202.
13. Denburg, S. D., Carbotte, R. M. Denburg, J. A. (1997) – Psychological aspects of systemic lupus erythematosus: cognitive function, mood, and self – report. *J.*

14. Dittner, A. J. Wessely, S. C. Brown, R. G. (2004) - The assessment of fatigue. A practical guide for clinicians and researchers. *Journal of Psychosomatic Research* 56. 157-170
15. Fishler B. Cluydts R. De Gucht V. De Meirleir K. (1997) - Generalized anxiety disorder in chronic fatigue syndrome. *Acta Psychiatr Scand* :95: 405-413
16. Fukuda K. Straus S. E. Hickie I. Sharpe M. C. Dobbins J. G. Komaroff A.(1994) – The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern. Med*:121:953-959
17. Gil, K. M., Abrams, M. R., Phillips, G., & Williams, D. A. (1992) - Sickle cell disease pain: Predicting health care use and activity level at nine-month follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 267...273.
18. Given, C. W. Given, B. Faouzi, A. Kozachik. S. Stommel, M. (2001) - Predictors of Pain and Fatigue in the Year Following Diagnosis Among Elderly Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 21No.6
19. Greenberg D. B. (2002) - Clinical dimensions of fatigue, *J Clin Psychiatry*; 4(3)
20. Hasan, S. P. Hashmi, S. Alhassen, M. Lawson, W. Castro, O. (2003) – Depression in Sickle Cell disease. *J Natl Med Assoc*.95:533-538.
21. Hartz, A. J. Kuhn, E. M. Bentler, S .E. Levine, P. H. London, R (1999)- Prognostic factors for persons with Idiopathic Fatigue. *Arch. Fam. Med.* 8:495-501.
22. Hjollund N. H, Andersen J. H. Bech P. (2007) - Assessment of fatigue in chronic disease: a bibliographic study of fatigue measurement scales, *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:12
23. Hotopf M, Noah N, Wessely S.(1996) - Chronic fatigue and minor psychiatric morbidity after viral meningitis: a controlled study. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry*; 60:495–503.
24. Huyser, B. A., Parker, J. C, Thoreson, R., Smarr, K. L., Johnson, J. C. Hoffman, R. (1998) – Predictors of subjective fatigue among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*.41, 2230-2237

25. I.C.D – 10. (1993) – Ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για την διάγνωση. Π.Ο.Υ. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
26. Jacobsen, P. B. Donovan, K. A. Weitzner, M. A. (2003) - Fatigue After Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Cancer*, 110(8): 1851–1859
27. Jones, E. A. (1995) – Fatigue associated with chronic liver disease: a riddle wrapped in a mystery inside an enigma. *Hepatology*. 22, 1606-1608.
28. Kato, K. Sullivan, P. F. Evengard, B. Pedersen, N. L. (2006) – Premorbid Predictors of Chronic Fatigue. *Arch Gen Psychiatry*, 63:1267-1272
29. Komaroff AL, Buchwald DS (1998) - Chronic fatigue syndrome: an update. *Annu Rev Med.*; 49:1-13.
30. Kozora, E. Ellison, M. West, S. (2006) - Depression, Fatigue, and Pain in Systemic Lupus Erythematosus (SLE). *Arthritis & Rheumatism*, Vol. 55, No. 4,
31. Kroenke, K. Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals* 32:9
32. Krupp, L. B., Alvarez, L A., LaRocca, N. G., Steinberg, L. C. (1988) – Fatigue in multiple sclerosis. *Arch. Neurol.* 45, 435-437
33. Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir, J. Steinberg, A. D. (1990) – A study of fatigue in systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 17, 1450-1452
34. Lewis G. Wessely S. (1992) - The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *Journal of epidemiology and community health*.46:92-97
35. Martin, A. Chalder, T. Rief, W. Braehler, E. (2007) - The relationship between chronic fatigue and somatisation syndrome: a general population survey. *Journal of psychosomatic research*, 63.147-156
36. Michiels V, Cluydts R (2001) - Neuropsychological functioning in chronic fatigue syndrome: a review. *Acta Psychiatr Scand*; 103:84–93
37. Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J (1996) - Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *Br J Health Psychol* ; 1:15–25
38. Moussavi, S. Chatterji, S. Verdes, E. Tandon, A. Patel V. Ustun, B.(2007) – Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, *Lancet*; 370:851-858
39. Olson K. Turner R. Courneya K.S. Field C. Man G. Cree M. Hanson J. (2008) -



- Possible links between behavioral and psysiological indices of tiredness, fatigue and exhaustion in advanced cancer. *Support Care Cancer* 16:241-249
40. Piper, B.F. (1989) - Fatigue: current bases of practice. In Funk S. G. Tornquist E.M. Champagne M.T. Copp L.A. Wiese R (Eds), Key aspects of comfort(187-198) N.Y Springer
  41. Pawlikowska, T. Chalder, T. Hirsch, S. R. Wallace, P. Wright, D. J. Wessely, S. C. (1994) – Population base study of fatigue and psychological distress. *British medical journal*. 308: 763-6.
  42. Redding-Lallinger, R. Knoll, C. (2006). Sickle Cell Disease—Pathophysiology and Treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* ;36:346-376
  43. Reid, S. Chalder, T. Cleare, A. Hotopf, M. Wessely, S.(2000) – Chronic fatigue syndrome. *British medical journal*;320:292-296
  44. Rutter M. (1997) - Comorbidity: contacts, claims and choices. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 7, 265–285
  45. Schmaling KB, Smith WR, Buchwald DS (2000) - Significant other responses are associated with fatigue and functional status among patients with chronic fatigue syndrome. *Psychosom Med*; 62:444–450
  46. Schwartz RB, Komaroff AL, Garada BM, Gleit M, Doolittle TH, Bates DW, Vasile RG, Holman BL (1994) - SPECT imaging of the brain: comparison of findings in patients with chronic fatigue syndrome, AIDS dementia complex, and major unipolar depression. *Am J Roentgenol* ; 162:943–951
  47. Selye H.(1950) - Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*
  48. Sharpe M. (2005) - Psychiatric diagnosis and chronic fatigue syndrome: Controversies and conflicts, *Journal of Mental Health*, 14(3): 269 – 276
  49. Skapinakis P. Lewis G. Mavreas V. (2003) - One – year outcome of unexplained syndromes in primary care: results from an international study. *Psychological Medicine*, 33, 857-866
  50. Skapinakis P. Lewis G. Mavreas V. (2003) - Unexplained fatigue syndromes in a multinational primary care sample: specificity of definition and prevalence and distinctiveness from depression and generalized anxiety, *Am J Psychiatry*, 160:785-787.
  51. Skapinakis P. Lewis G. Meltzer H. (2000) - Clarifying the Relationship

- Between Unexplained Chronic Fatigue and Psychiatric Morbidity: Results From a Community Survey in Great Britain, *Am J Psychiatry*; 157:1492–1498
52. Soetekouw PM, Lenders JW, Bleijenberg G, Thien T, van der Meer JW (1999) - Autonomic function in patients with chronic fatigue syndrome. *Clin Auton Res*; 9:334–340
  53. Starcevic V. (1999) - Neurasthenia: Cross-Cultural and Conceptual Issues in Relation to Chronic Fatigue Syndrome, *General Hospital Psychiatry* 21, 249–255
  54. Stedman (2005) - Stedman's Medical Dictionary, 27th Edition
  55. Stone, A. A. Broderick, J. E. Porter, L. S. Kaell, A. (1997) - The Experience of Rheumatoid Arthritis Pain and Fatigue: Examining Momentary Reports and Correlates Over One Week. *American College of Rheumatology*. Vol. 10, No. 3
  56. Swain M. G.(2000) - Fatigue in chronic disease. *Clinical science* 99, 1-8
  57. Tiersky LA, Johnson SK, Lange G, Natelson BH, DeLuca J (1997) - Neuropsychology of chronic fatigue syndrome: a critical review. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997; 19:560–586
  58. Tench, C. M. McCurdie, I. White, P. D. et al. (2000) - Factors associated with fatigue in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 58:379-381
  59. Valgini, A. F. Steinhardt, S. Jaffe, A S. (1987) - Demographic Correlates of Fatigue in a University Family Health Centre. *Family Practice* Vol. 4, No. 2, 103-107
  60. Van de Putte, E. M. Engelbert R. H. H. Kuis, W. Kimpen, J. L. L Uiterwaal. C. S. P.M (2007) - Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome, *Journal of Psychosomatic Research* 63 377–380
  61. Van der Linden G. Chulder T. Hickie I. Koschera A. Sham P. Wessely S. (1999) - Fatigue and psychiatric disorder: different or the same? *Psychological Medicine*, 29, 863-868
  62. Van Geelen S. M. Sinnema G. Hermans H. J. M. Kuis W.(2007) - Personality and chronic fatigue syndrome: Methodological and conceptual issues, *Clinical Psychology Review* 27, 885–903
  63. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. (2001) - Premorbid ‘overactive’ lifestyle in chronic fatigue syndrome and

fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res*;51: 571–576

64. Visser, M.R.M Smets E.M.A. (1998) - Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Support Care Cancer* 6 :101–108
65. Wessely S. (2001) - Chronic Fatigue: Symptom and Syndrome, *Ann Intern Med*, 134:838-843.
66. Wessely, S. Nickson, J. Cox, B. (1990) - Symptoms of low blood pressure: a population study. *British Medical Journal*. 301:362-365
67. Winningham N, Nail L. Barton Burke, M. Brophy, L Cimrich, B. Jones, L. Pickard-Holley, S. Rhode, S. V. St. Pierre, B. Beck, S. Glass, E. Mock, V. Mooney, K. Pipper, B. (1994) Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. *Oncology Nursing Forum*. 21(1): 23-36.
68. Whitten CF, Fischhoff J. (1974) - Psychosocial effects of sickle cell disease. *Arch Intern Med*;133:681–9.
  
69. Wolfe, F., Hawley, D. J. Wilson, K. (1996) – The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J. Rheumatol*. 23, 1407-1417.
70. WPA, Group of Experts in Neurathenia. 2002
71. Αθανασίου-Μεταξά, Μ. (2003). Κρίσεις στη Δρεπανοκυτταρική Νόσο. *Αίμα – Ελληνική Αιματολογική Εταιρεία*. 77-79
72. Χριστάκης, Ι.Β. Χασαποπούλου, Ε (1999). Αναμιές, διάγνωση και θεραπεία – Δρεπανοκυτταρική Νόσος σελ. 154-184.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις. Δεν χρειάζεται να γράψετε το ονοματεπώνυμό σας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

1. Φύλο:  Άνδρας  
 Γυναίκα
2. Ηλικία: \_\_\_\_\_
3. Μόρφωση:  Δημοτικό  
 Γυμνάσιο  
 Λύκειο  
 ΤΕΙ/ΑΕΙ  
 Μεταπτυχιακό
4. Εργασία: \_\_\_\_\_
5. Οικογενειακή κατάσταση:  Άγαμος/η  
 Έγγαμος/η  
 Χωρισμένος/η – Διαζευγμένος/η  
 Χήρος/α

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΠΩΣΗΣ

Διαβάστε κάθε ερώτηση προσεκτικά και **κυκλώστε (ή σημειώστε με ένα ✓) την απάντηση** που ανταποκρίνεται περισσότερο στο πώς νιώθατε τις τελευταίες δύο εβδομάδες

<b>1. Νιώθετε κούραση;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>2. Νιώθετε να χρειάζεστε ξεκούραση ή ανάπαυση;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>3. Αισθάνεστε νυσταγμένος/η ή κοιμισμένος/η;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>4. Έχετε δυσκολία να ξεκινήσετε πράγματα;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>5. Ξεκινάτε πράγματα εύκολα και στη πορεία νιώθετε να σας εγκαταλείπουν οι δυνάμεις σας;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>6. Νιώθετε ατονία - έλλειψη ενέργειας;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>7. Έχετε προβλήματα με την μυϊκή σας δύναμη;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>8. Νιώθετε εξασθενημένος/η;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>9. Έχετε προβλήματα με την συγκέντρωσή σας;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>10. Δυσκολεύεστε να σκεφτείτε καθαρά;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>11. Κάνετε μικρολαθάρια όταν μιλάτε (παραδρομές της γλώσσας);</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>12. Δυσκολεύεστε να βρείτε την κατάλληλη λέξη;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>13. Έχετε προβλήματα με την μνήμη σας;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
<b>14. Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για αυτά που κάνετε;</b>	Λιγότερο από ότι συνήθως	Όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 12 ερωτήσεις σημείωσε την απάντηση που σε εκφράζει περισσότερο από την κλίμακα δίπλα. Σκέψου πώς ήσουν τον τελευταίο μήνα.

<b>1. Τα καταφέρνεις να συγκεντρωθείς σε οτιδήποτε κάνεις;</b>	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
<b>2. Χάλασε καθόλου ο ύπνος σου επειδή είχες ανησυχίες στο μυαλό σου;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<b>3. Αισθάνεσαι ότι είσαι χρήσιμος-η;</b>	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
<b>4. Έχεις αισθανθεί ικανός-η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;</b>	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
<b>5. Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<b>6. Έχεις αισθανθεί πως δε θα μπορούσες να ξεπεράσεις τις δυσκολίες σου;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<b>7. Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;</b>	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
<b>8. Καταφέρνεις να αντιμετωπίσεις τα προβλήματά σου;</b>	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
<b>9. Αισθάνεσαι στεναχωρημένος-η ή μελαγχολικός-η;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<b>10. Έχεις χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σου;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<b>11. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<b>12. Σε γενικές γραμμές αισθάνεσαι ευτυχισμένος-η;</b>	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΡΗQ-9)**  
**(Βάλτε ένα √ στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)**

	<b>Κατά την διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ πόσο συχνά ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα προβλήματα...</b>	<b>ΠΟΤΕ</b>	<b>ΚΑΠΟΙΕΣ ΜΕΡΕΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΙΣΕΣ ΜΕΡΕΣ</b>	<b>ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ</b>
		0	1	2	3
α	...Μειώθηκε το ενδιαφέρον σας ή η ευχαρίστηση που παίρνετε από τις καθημερινές σας ασχολίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β	...Νιώθατε στενοχώρια ή λύπη ή μελαγχολία ή απογοήτευση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ	...Είχατε προβλήματα με τον ύπνο σας, π.χ. να αργεί να σας πάρει ο ύπνος, ή να ξυπνάτε ενδιάμεσα ή πιο νωρίς απ' ότι επιθυμείτε ή να κοιμάστε περισσότερες ώρες από τις συνηθισμένες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ	...Νιώθατε κόυραση ή καταβολή ή ατονία ή έλλειψη ενέργειας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε	...Είχατε προβλήματα με το φαγητό σας, όπως να μειώθηκε η όρεξή σας να φάτε ή αντίθετα να αυξήθηκε περισσότερο από το συνηθισμένο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ	...Νιώθατε άσχημα για το εαυτό σας ή να σκέφτεστε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή τους δικούς σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Κατά την διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ πόσο συχνά ενοχληθήκατε από τα ακόλουθα προβλήματα...</b>	<b>ΠΟΤΕ</b>	<b>ΚΑΠΟΙΕΣ ΜΕΡΕΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΙΣΕΣ ΜΕΡΕΣ</b>	<b>ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ</b>
ζ	...Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε για να κάνετε διάφορα πράγματα, όπως π.χ. να διαβάσετε κάτι ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η	...Αντιληφθήκατε να κινείστε ή να μιλάτε πιο αργά από ότι συνήθως τόσο που να μπορεί να γίνει αντιληπτό από τους άλλους; Η' το αντίθετο, να είστε τόσο ανήσυχοι και αναστατωμένοι που να γυροφέρνετε πολύ περισσότερο από ότι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ	...Σκεφτόσασταν ότι θα ήταν καλύτερα για σας εάν είχατε πεθάνει ή σκεφτόσασταν να κάνετε εσείς κακό στον εαυτό σας με οποιονδήποτε τρόπο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>