



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΕΕ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΑΣΙΜΗΣ

Ονοματεπώνυμο Επιβλέποντα Καθηγητή: Δρ Δραγκιώτη Έλενα

Ονοματεπώνυμο Καθηγητών Τριμελούς Επιτροπής: Δρ Γκούβα Μαίρη, Δρ Μαντζούκας
Στέφανος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2023

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο κεντρικός πόνος μετά από εγκεφαλικό (CPSP) είναι μια κατάσταση κεντρικού νευροπαθητικού άλγους στην οποία ο πόνος προκύπτει ως άμεσο αποτέλεσμα μιας εγκεφαλοαγγειακής βλάβης στο κεντρικό σωματοαισθητικό νευρικό σύστημα. Πολλές επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν μετά από εγκεφαλικό. Μία από αυτές τις επιπλοκές είναι ο σχηματισμός CPSP. Υπάρχει μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας του εγκεφαλικού επεισοδίου, της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής

Στόχοι και σκοποί της έρευνας: Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του νευροπαθητικού άλγους και της επίδρασής του στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα ασθενών με ΑΕΕ.

Υλικό και Μέθοδος: Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιείται μια ποσοτική προσέγγιση. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ασθενείς με ΑΕΕ. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις και αφορούσε το χρόνιο όνο και την ποιότητα ζωής.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών με ΑΕΕ ταλαιπωρούνται από χρόνιους πόνους, κάτι που επηρεάζει τις περισσότερες πτυχές της καθημερινότητάς τους και, κατά συνέπεια, την ποιότητα ζωής τους.

Συμπεράσματα: Ο υψηλός επιπολασμός του χρόνιου πόνου και ο τεράστιος αρνητικός αντίκτυπός του σε όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ασθενών απαιτεί τον σχεδιασμό αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών χρόνιου πόνου. Αν και ο χρόνιος πόνος είναι ένα τόσο σημαντικό πρόβλημα, παραμελείται σε σύγκριση με άλλες επιπλοκές. Ο χρόνιος πόνος θα πρέπει να αναγνωρίζεται στην πρώιμη περίοδο μετά το εγκεφαλικό και οι θεραπείες θα πρέπει να διευθετούνται ανάλογα.

Λέξεις Κλειδιά: ΑΕΕ, νευροπαθητικό άλγος, ποιότητα ζωής, αυτοφροντίδα

Abstract

Introduction: Central post-stroke pain (CPSP) is a central neuropathic pain condition in which pain arises as a direct result of cerebrovascular damage to the central somatosensory nervous system. Many complications can occur after a stroke. One of these complications is the formation of CPSP. There is an inverse relationship between stroke severity, functioning and quality of life

Aims and objectives of the research: The general aim of this research study is to investigate neuropathic pain and its effect on the quality of life and functionality of patients with stroke.

Material and Method: A quantitative approach is used in this research. The sample consisted of 100 stroke patients. The respondents were asked to answer a questionnaire with closed type questions and it was about the chronic only and the quality of life.

Results: The majority of stroke patients suffer from chronic pain, which affects most aspects of their daily life and, consequently, their quality of life.

Conclusions: The high prevalence of chronic pain and its enormous negative impact on all aspects of patients' quality of life calls for the design of effective and efficient chronic pain services. Although chronic pain is such an important problem, it is neglected compared to other complications. Chronic pain should be recognized in the early post-stroke period and treatments should be tailored accordingly.

Keywords: stroke, neuropathic pain, quality of life, self-care

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Περίληψη | 2 |
| Abstract..... | 3 |
| Περιεχόμενα..... | 4 |
| Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή..... | 6 |
| Κεφάλαιο 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας..... | 7 |
| 2.1 Ερευνητική ερώτηση | 7 |
| 2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας | 7 |
| 2.2 Αναστοχασμός..... | 8 |
| Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση | 9 |
| 3.1 Το υπόβαθρο του θέματος..... | 9 |
| 3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση | 10 |
| 3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας | 12 |
| 3.3.1 Κατάθλιψη | 12 |
| 3.3.2 Γνωστική Λειτουργία..... | 13 |
| 3.3.3 Φυσική λειτουργία | 14 |
| 3.3.4 Κόπωση | 16 |
| 3.3.5 Πόνος | 17 |
| 3.4 Το ερευνητικό κενό | 18 |
| Κεφάλαιο 4: Σχεδιασμός της Έρευνας..... | 19 |
| 4.1. Επιστημολογία..... | 19 |
| 4.2. Μεθοδολογία | 19 |
| 4.3. Δειγματοληπτική τεχνική..... | 20 |
| 4.4. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος | 21 |
| 4.5. Περιγραφή του δείγματος | 21 |

| | |
|--|----|
| 4.6. Περιγραφή του χώρου..... | 21 |
| 4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων..... | 21 |
| 4.7.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων | 21 |
| 4.7.2 Εκτίμηση πόνου- Κλίμακα πόνου LANSS | 21 |
| 4.7.3 Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία – SF-36..... | 22 |
| 4.8. Ηθική της έρευνας | 22 |
| 4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων | 22 |
| Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της έρευνας | 23 |
| 5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών..... | 23 |
| 5.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | 23 |
| 5.1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ..... | 42 |
| 5.1.3 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ | 49 |
| 5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων | 55 |
| Κεφάλαιο 6: Συζήτηση | 56 |
| 6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων | 56 |
| 6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας..... | 60 |
| 6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας..... | 60 |
| Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα..... | 62 |
| Βιβλιογραφία | 63 |
| Παράρτημα | 73 |
| Ερευνητικό πρωτόκολλο..... | 73 |
| Ερευνητικά εργαλεία | 77 |

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (IASP), ο χρόνιος πόνος που προκύπτει μετά από εγκεφαλικό είναι μια κατάσταση όπου ο πόνος αναπτύσσεται ως άμεσο αποτέλεσμα βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, λόγω εγκεφαλικού αγγειακού επεισοδίου (Klit et al., 2015). Η επιδημιολογία αυτού του χρόνιου πόνου έχει αναφερθεί σε ποσοστό περίπου 11% (Liampas et al., 2020). Μετά από ένα εγκεφαλικό, πολλές επιπλοκές μπορούν να εμφανιστούν, και ανάμεσα σε αυτές βρίσκεται και η ανάπτυξη χρόνιου πόνου. Περίπου το 50% των ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό αντιμετωπίζουν αυτήν τη συνθήκη, αλλά συχνά παραμελείται (Schwarzbach & Grau, 2020).

Υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας του εγκεφαλικού επεισοδίου, της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής (Ramos-Lima et al., 2018). Η μειωμένη ποιότητα ζωής μετά από εγκεφαλικό δεν οφείλεται μόνο στο ίδιο το εγκεφαλικό, αλλά και στις επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν μετά από αυτό. Παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η κόπωση, η σωματική αναπηρία, το γυναικείο φύλο, η διαμονή σε οίκο ευγηρίας, η ανάγκη για κοινωνική βοήθεια, η παρουσία πόνου στα προσβεβλημένα μέλη, η ανάγκη για διατροφή με σωλήνα και η έλλειψη σωματικής άσκησης μπορούν όλοι να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ατόμων μετά από εγκεφαλικό (Choi-Kwon et al., 2006, Naess et al., 2006, Kwok et al., 2006).

Ένας από τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής είναι η ανάπτυξη νευροπαθητικού πόνου. Αυτή η μορφή πόνου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της ζωής με διαταραχές ύπνου και κατάθλιψη ως αποτέλεσμα (Xu et al., 2020). Επιπλέον, η σοβαρότητα του νευροπαθητικού πόνου μπορεί να συσχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής (Aprile et al., 2015). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να μην θεωρούμε το νευροπαθητικό άλγος απλά ως μια απόπειρα πόνου.

Κεφάλαιο 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του νευροπαθητικού άλγους και της επίδρασής του στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα ασθενών με ΑΕΕ.

Αναλυτικότερα, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τις παρακάτω διαστάσεις:

- Ποια η συχνότητα εμφάνισης νευροπαθητικού άλγους σε ασθενείς με ΑΕΕ;
- Ποια η ποιότητα ζωής ασθενών με ΑΕΕ;
- Ποια η λειτουργικότητα ασθενών με ΑΕΕ;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ νευροπαθητικού άλγους και ποιότητας ζωής;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ νευροπαθητικού άλγους και λειτουργικότητας;

2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας

Λόγω της αύξησης της διάγνωσης, των ευκαιριών θεραπείας και των ποσοστών επιβίωσης, η συχνότητα των ασθενών με εγκεφαλικό αυξάνεται μέρα με τη μέρα και γίνεται πιο σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Αυτό δείχνει τη σημασία της παρακολούθησης και των επιπλοκών των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο για το άτομο και την κοινωνία. Όπως και με άλλες επιπλοκές μετά από εγκεφαλικό, το νευροπαθητικό άλγος προκαλεί μείωση της λειτουργικής ικανότητας και απώλεια ποιότητας ζωής. Αν και το νευροπαθητικό άλγος είναι ένα τόσο σημαντικό πρόβλημα, παραμελείται σε σύγκριση με άλλες επιπλοκές. Το νευροπαθητικό άλγος θα πρέπει να αναγνωρίζεται στην πρώιμη περίοδο μετά το εγκεφαλικό και οι θεραπείες θα πρέπει να διευθετούνται ανάλογα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αποτελέσουν εφελκτήριο για νέες συζητήσεις ως προς τον εννοιολογικό προσδιορισμό της αγάπης και τη διερεύνηση της παρουσίας της στο κλινικό περιβάλλον.

2.2 Αναστοχασμός

Η τεχνική του αναστοχασμού βοηθάει τον επαγγελματία υγείας να θέσει προβληματισμούς, αδυναμίες και μέσω της κριτικής σκέψης, δυνητικά να ωριμάσει και να αναπτύξει την επαγγελματική του οντότητα. Το πιο γνωστό αναστοχαστικό μοντέλο, είναι ο ανακλαστικός κύκλος του Gibbs, το οποίο αρχικά περιγράφει το γεγονός, στη συνέχεια αποτυπώνει τα συναισθήματα, αξιολογεί την εμπειρία, την αναλύει, αποτυπώνει συμπεράσματα και παρουσιάζει ένα σχέδιο δράσης.

Για την πραγμάτωση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας, πραγματοποιήθηκε ο αναστοχασμός, μέσα από το ανακλαστικό μοντέλο του Gibbs (Gibbs, 1988). Το μοντέλο αυτό επιλέχθηκε δεδομένου ότι, οι σκέψεις μου και τα συναισθήματά μου, αποτέλεσαν σημαντικό μέρος αυτού του προβληματισμού και η επεξεργασία του εξυπηρετείται από τον τρόπο που είναι διατυπωμένη η προσέγγιση του Gibbs.

Ως εργαζόμενος σε κέντρο αποκατάστασης, το θέμα αυτό είναι στην καθημερινότητά μου και θέλησα να το ερευνήσω περισσότερο, ώστε να έχω μια πιο ενδεδειγμένη γνώση και αντιμετώπιση των ασθενών με τους οποίους συναναστρέφομαι.

Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Ο πόνος μετά από εγκεφαλικό (PSP) αναφέρεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 10% έως 39% των ανθρώπων που υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο (Klit et al., 2011, O'Donnell et al., 2013). Περίπου το 40% των ανθρώπων που υπέστησαν εγκεφαλικό αντιμετωπίζουν κάποιο είδος πόνου πέντε χρόνια μετά το επεισόδιο (Westerlind et al., 2020). Ο πιο συνηθισμένος τύπος πόνου που παρατηρείται ονομάζεται "κεντρικός μετα-εγκεφαλικός πόνος" (chronic pain) και εμφανίζεται σε περίπου 2,7% των περιπτώσεων (O'Donnell et al., 2013). Άλλες ταξινομήσεις περιλαμβάνουν τον περιφερικό νευροπαθητικό πόνο και τον πόνο που προκαλείται από σπαστικότητα ή υπεξάρθρημα. Οι πονοκέφαλοι είναι επίσης μια αιτία του PSP, κυρίως τύπου πονοκεφαλίας τάσης (Harrison & Field, 2015). Περίπου το 25% των ανθρώπων αναγνωρίζουν ότι δεν ικανοποιούνται από τη φροντίδα τους για το PSP μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια (Westerlind et al., 2020). Σημαντικό ποσοστό των ατόμων με χρόνιο πόνο αναφέρει ότι δεν έλαβε αποτελεσματική θεραπεία για τον πόνο τους ή δεν έλαβε καθόλου θεραπεία (Widar & Ahlstrom, 2002). Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή οι ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν τον πόνο τους λόγω προβλημάτων όπως η αφασία, η παραμέληση και γνωστικές διαταραχές (Delpont et al., 2017). Αυτό μπορεί να καθιστά δύσκολη τη θεραπεία από τους κλινικούς ιατρούς. Ο πόνος μπορεί επίσης να οδηγήσει σε δευτερογενή αναπηρία, επηρεάζοντας αρνητικά τη σωματική λειτουργία και επηρεάζοντας αρνητικά τα αποτελέσματα της αποκατάστασης (Treister et al., 2016). Απαιτείται περαιτέρω έρευνα που θα εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία του PSP.

Τα δεδομένα από ανασκοπήσεις έχουν δείξει αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του πόνου και της ποιότητας ζωής (Jensen et al., 2007, Golomb et al., 2001, Tang et al., 2019). Ωστόσο, υπάρχουν αδυναμίες στην τρέχουσα έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που παρέχονται παράλληλα με άλλες χρόνιες ασθένειες (Jensen et al., 2007), της έλλειψης εστίασης στο PSP ως ένα ειδικό θέμα ανασκόπησης (Golomb et al., 2001, Tang et al., 2019), και της έλλειψης εστίασης σε ποιοτικά δεδομένα (Jensen et al., 2007, Golomb et al., 2001, Tang et al., 2019). Άλλοι παράγοντες που έχουν εντοπιστεί ότι επηρεάζουν το

PSP περιλαμβάνουν την κόπωση (αν και τα στοιχεία είναι ανάμικτα) (Dysvik et al., 2004), την ψυχική υγεία (με αντιφατικές ευρήματα) (Delpont et al., 2017), το άγχος (με αμφίδρομη σχέση) (Nadarajah & Goh, 2015) και τη γνωστική και κινητική λειτουργία (Michaelides & Zis, 2019).

Συνοψίζοντας, το PSP είναι μια σύνθετη κατάσταση με πολλούς διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου και την ποιότητα ζωής των ατόμων που το αντιμετωπίζουν. Είναι σημαντικό να διεξαγάγετε περαιτέρω έρευνα που θα εξετάσει αυτούς τους παράγοντες και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους, προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα το PSP και να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που το πληγώνει. Είναι επίσης σημαντικό τέτοιες έρευνες να τεκμηριώνουν ποιοτικά στοιχεία και διορατικότητα για βιωμένες εμπειρίες (Halaicka et al, 2019). Μια ολοκληρωμένη ή μικτής ανασκόπησης μελετών μπορεί να είναι η καλύτερη θέση για να επιτευχθεί αυτό. Από όσο γνωρίζουν οι συγγραφείς, καμία ανασκόπηση δεν μπόρεσε να παράσχει μια επισκόπηση διαφορετικών ψυχολογικών και φυσικών παραγόντων που επηρεάζουν την εμπειρία του PSP και να προσδιορίσει γιατί συμβαίνουν τέτοιες συσχετίσεις. Η παρούσα ανασκόπηση σχεδιάστηκε για να ενσωματώσει μελέτες που παρέχουν περαιτέρω κατανόηση των συσχετίσεων χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τύπους αποδεικτικών στοιχείων.

3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η ανασκόπηση που διενεργήθηκε (Whittemore & Knafl, 2015) αποτελούνταν από τρία βασικά στάδια. Το πρώτο στάδιο ήταν η αναζήτηση βιβλιογραφίας, το δεύτερο ήταν η αξιολόγηση των δεδομένων, και το τρίτο ήταν η ενσωμάτωση των δεδομένων (Moher et al, 2009). Η επιλογή των άρθρων για συμπερίληψη βασίστηκε σε συγκεκριμένα κριτήρια επιλεξιμότητας (Cooke et al, 2012).

Αρχικά, όσον αφορά το δείγμα, προσλάμβαναν μόνο άρθρα που εξέταζαν άτομα που αντιμετώπιζαν νευροπαθητικό πόνο σήμερα, χωρίς καμία περιορισμένη ηλικιακή ομάδα, καθώς η ηλικία δεν επηρέαζε τον πόνο (Klit et al, 2011). Επίσης, δεν έγιναν εξαιρέσεις όσον αφορά τη διάρκεια του χρόνου από την έναρξη του εγκεφαλικού επεισοδίου. Αυτό

έγινε διότι δεν υπήρχε άμεση συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών, καθώς ο πόνος εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (Hénon, 2006).

Όσον αφορά το πεδίο ενδιαφέροντος, τα άρθρα που επιλέχθηκαν εξειδικεύθηκαν στους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου από τους ασθενείς και την επίδραση αυτού του πόνου στην ποιότητα ζωής τους (QOL). Οι αναλυθέντες παράγοντες περιλάμβαναν τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία και την ανεξαρτησία (WHO WHOQOL, 2020). Επιπλέον, διερευνήθηκε ο πόνος σε διάφορα σημεία του σώματος και αναλύθηκαν διάφοροι τύποι του, ανεξαρτήτως είτε ήταν οξύς είτε χρόνιος.

Στον σχεδιασμό της ανασκόπησης, υιοθετήθηκαν διάφοροι τύποι μεθοδολογίας, συμπεριλαμβανομένων ποσοτικών, ποιοτικών και μελετών μικτών μεθόδων σε διάφορες μορφές. Συμπεριλήφθηκαν είτε μελέτες εφάπαξ είτε διαχρονικές και μόνο άρθρα γραμμένα στην αγγλική γλώσσα. Αποκλείστηκαν διατριβές και μελέτες περιπτώσεων. Κατά την αξιολόγηση, οι ποσοτικές μελέτες έπρεπε να περιλαμβάνουν αντικειμενικές μετρήσεις του πόνου και της ποιότητας ζωής, ενώ οι ποιοτικές μελέτες επικεντρώνονταν στην εμπειρία των ασθενών και την αντίληψή τους για τον πόνο. Επιπλέον, όλες οι μελέτες έπρεπε να παρέχουν τουλάχιστον τρεις τομείς της ποιότητας ζωής, όπως καθορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO WHOQOL, 2020).

Οι αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων διεξήχθησαν σύμφωνα με τις οδηγίες των McGowan et al (2020) και στόχευσαν στις ιστοσελίδες MEDLINE, AMED, CINAHL και PubMed. Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά και τελεστές Boolean. Συνεπώς, οι όροι αναζήτησης περιλάμβαναν "εμπειρία" Ή "αντίληψη" ΚΑΙ "πόνος" Ή "χρόνιος πόνος" Ή "μακροχρόνιος πόνος" Ή "οξύς πόνος" Ή "εγκεφαλικό επεισόδιο" ΚΑΙ "ποιότητα ζωής" Ή "σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής". Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις στο www.sciencedirect.com και στο Google Scholar. Τέλος, προστέθηκαν και άρθρα που ανακαλύφθηκαν μέσω των καταλόγων αναφοράς των μελετών που εξετάστηκαν (Higgins et al, 2019).

Συνολικά, εντοπίστηκαν 86 μελέτες, από τις οποίες 14 θεωρήθηκαν κατάλληλες για συμπερίληψη στην παρούσα ανασκόπηση.

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

3.3.1 Κατάθλιψη

Τον αρνητικό αντίκτυπο της κατάθλιψης στην εμπειρία του PSP έχουν αναγνωρίσει πολλές μελέτες. Συγκεκριμένα, το Jonsson και συνεργάτες (2006) έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τον PSP, καθώς τον καθιστά πιο έντονο. Οι Lindgren και συνεργάτες (2018) παρατηρούν ότι η κατάθλιψη αυξάνει την αντίληψη του πόνου και μπορεί να προκαλέσει αίσθημα εξοργισμού όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πόνο. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα η κατάθλιψη να εμφανίζεται ως αντίδραση στον πόνο και να συμβάλλει στην επιδείνωση του πόνου, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο των Gatchel και συνεργατών (1998), το οποίο υποστηρίζει ότι η συναισθηματική δυσφορία και ο πόνος αλληλεπιδρούν.

Παρά τα ανωτέρω ευρήματα, ορισμένες μελέτες δεν κατάφεραν να εντοπίσουν σαφή σχέση μεταξύ κατάθλιψης και PSP. Για παράδειγμα, οι Kong και συνεργάτες (2004), Galligan και συνεργάτες (2016), Naess και συνεργάτες (2012), και Ahin-Onat και συνεργάτες (2016) δεν βρήκαν σταθερή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και PSP. Ωστόσο, οι Ahin-Onat και συνεργάτες (2016) ανέφεραν έναν ελάχιστα σημαντικό διαφορετικό ελάχιστα κλινικά σημαντική μεταβολή (MCID), όπως μετρήθηκε από το BDI, μεταξύ πόνου και κατάθλιψης σε μία από τις μελέτες τους.

Παρά τα αντιφατικά ευρήματα, υπάρχει γενική συναίνεση ότι η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Ο όρος "λύπη" έχει θεωρηθεί δείκτης χαμηλότερης ποιότητας ζωής (Choi-Kwon και συνεργάτες, 2006). Αν και η αποθάρρυνση είναι σχετικά χαμηλή αμέσως μετά το εγκεφαλικό, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η παρουσία παρτνέρων ή παιδιών μπορεί να δημιουργήσει θετικό περιβάλλον για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν αποθάρρυνση (Anderson και συνεργάτες, 1995).

Επίσης, η μελέτη των Naess και συνεργατών (2012) διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής όταν αξιολογείται με το 15D, αλλά όχι με το EQ-5D. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το 15D αξιολογεί τη μελαγχολία και την ένταση ως ξεχωριστές πτυχές, ενώ το EQ-5D τις εξετάζει ως μία. Τα αποτελέσματα αυτά

είναι σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες που έχουν εντοπίσει σχέση μεταξύ κατάθλιψης και χαμηλότερης ποιότητας ζωής.

3.3.2 Γνωστική Λειτουργία

Σύμφωνα με τη μελέτη των Galligan και συνεργατών (2016), ο πόνος μπορεί να προκαλέσει καταστροφολογία, υπερεπαγρύπνηση και παραμορφωμένη εστίαση στα σωματικά συμπτώματα. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει το νοητικό κοινωνικό μοντέλο του Eccleson και Crombez (1999), το οποίο υποστηρίζει ότι η εμπειρία του βασανισμού και της ασθένειας ενεργοποιεί φυσιολογικά όργανα που αυξάνουν την αγωνία, τη σκέψη και την αποστροφή.

Οι Tang και συνεργάτες (2015) έχουν αναφέρει ότι η αυξημένη εμπειρία πόνου σχετίζεται με μειωμένη γνωστική λειτουργία. Σύμφωνα με την παρατήρηση των Jonsson και συνεργατών (2006), η διευρυμένη νοητική ικανότητα συσχετίζεται με διευρυμένη ενόραση των ατόμων που αντιμετωπίζουν πόνο. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως το γεγονός ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη νοητική ικανότητα είναι πιο ευέλικτοι στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τον πόνο.

Αν και τα ευρήματα αυτά σχετικά με τη γνώση είναι σημαντικά, παραμένει ασαφές πώς ακριβώς η νοητική ικανότητα επηρεάζει την εμπειρία του PSP. Επιπλέον, υπάρχουν πολλοί διάφοροι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την γνωστική λειτουργία και την αντίληψη του πόνου, και είναι σημαντικό να τους εξετάσουμε περαιτέρω.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Dixon-Woods και συνεργατών (2007), η ακατανόηση της αιτίας του πόνου αναφέρθηκε συχνά από ασθενείς σε ποιοτικές μελέτες. Αυτό μπορεί να προκαλέσει φόβο, άγχος και καταστροφολογία. Η γνωστική ικανότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη και την αντιμετώπιση του πόνου, και ενδέχεται να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν πόνο. Ωστόσο, παραμένει πολύπλοκο το πώς ακριβώς η νοητική ικανότητα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον πόνο και την ποιότητα της ζωής μας, και απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διευκρινιστούν αυτές οι σχέσεις.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Widar και συνεργατών (2004), η διατήρηση της γνωστικής ικανότητας και η δυνατότητα επικοινωνίας με άλλους αποτελούν σημαντικές πτυχές της ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς με γνωστική έκπτωση που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν ή να συμμετέχουν σε σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες μπορεί να αισθάνονται απομονωμένοι και να έχουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη. Η γνωστική ικανότητα επίσης συσχετίζεται με τον αντίκτυπο του πόνου στην ποιότητα ζωής, καθώς άτομα που έχουν χαμηλότερη γνωστική ικανότητα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα πόνου και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Παρ' όλα αυτά, οι σχέσεις μεταξύ γνωστικής ικανότητας, αντίληψης του πόνου και ποιότητας ζωής παραμένουν πολύπλοκες και χρειάζονται περαιτέρω έρευνα για να κατανοηθούν καλύτερα.

3.3.3 Φυσική λειτουργία

Η αληθινή εργασία φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά από τον πόνο (σύμφωνα με τη μελέτη των Galligan και συνεργατών, 2016). Η ύπαρξη της αγωνίας φαίνεται να προκαλεί μείωση στην πραγματική εργασία. Επίσης, σύμφωνα με τους Lindgren και συνεργάτες (2018), ο πόνος μπορεί να περιορίσει τις δραστηριότητες των ατόμων λόγω συμπεριφορών αποφυγής, καθιστώντας αναγκαίες προσαρμογές στις καθημερινές δραστηριότητες τους.

Σύμφωνα με το μοντέλο νοητικής συμπεριφοράς των Eccleson και Crombez (1999), οι άσκηση προσαρμογής και οι συμπεριφορές αποφυγής μπορούν να προκαλέσουν περαιτέρω επιδείνωση του πόνου μέσω του χειρουργικού καλουπώματος. Το μοντέλο αυτό υποδηλώνει μια επιπλέον διάσταση στην αντίληψη του πόνου που σχετίζεται με τη νοητική διαδικασία.

Από την άλλη πλευρά, οι Sahin-Onat και συνεργάτες (2016) δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της πραγματικής ικανότητας, όπως αξιολογείται από το FIM. Ωστόσο, παρατηρήθηκε αύξηση σε δύο φυσικές πτυχές του SF-36 λόγω του πόνου, προτείνοντας ότι το SF-36 μπορεί να είναι μια καλύτερη μέτρηση από το FIM σε αυτήν την περίπτωση.

Ωστόσο, οι Tang και συνεργάτες (2015) δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της πραγματικής ικανότητας και της αντίληψης του πόνου. Επίσης, οι Kong και συνεργάτες (2004) παρουσίασαν αποτελέσματα που δεν αναμενόταν σε διάφορες εξετάσεις, καθώς δεν βρέθηκε συσχέτιση. Παρ' όλα αυτά, οι Dysvik και συνεργάτες (2019) αναγνώρισαν τη σημασία της ανεξαρτησίας και της ελευθερίας ως μέρος της προσωπικής ικανοποίησης.

Συνολικά, αυτές οι ερευνητικές ανακαλύψεις αναδεικνύουν τη σύνθετη φύση της σχέσης μεταξύ πόνου, πραγματικής ικανότητας, και αντίληψης του πόνου, και υπογραμμίζουν τη σημασία της προσαρμογής και της ανεξαρτησίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν πόνο.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Widar και συνεργατών (2004), η άσκηση φαίνεται να προκαλεί πονοκεφάλους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή η άσκηση επηρεάζει την αρτηριακή πίεση και καθιστά τα αιμοφόρα αγγεία στο λαιμό και το κεφάλι πιο ευαίσθητα, με αποτέλεσμα την πιθανότητα εμφάνισης πονοκεφάλων (McCory, 2012).

Η μελέτη των Lindgren και συνεργατών (2018) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αγωνία ενδέχεται να είναι πιο έντονη όταν τα άτομα παραμένουν ακίνητα, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη επίγνωση και σκέψη σχετικά με τον πόνο, λόγω της μειωμένης διανοητικής απασχόλησης, όπως προσφάτως αναφέρθηκε (Eccleson και Crombez, 1999).

Η πραγματική ανεπάρκεια μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο φαίνεται ότι μπορεί να προκαλέσει ένταση και ανησυχία σχετικά με τον κίνδυνο πτώσης, με αποτέλεσμα την αποφυγή της συμμετοχής σε ασκήσεις και τη μείωση της ικανότητας για κίνηση. Επιπλέον, η έλλειψη αυτονομίας στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων μπορεί να συνδέεται με ψυχολογικές πτυχές, όπως η απώλεια της ελευθερίας, πίεση στις σχέσεις και κοινωνική απομόνωση, σύμφωνα με τη μελέτη των Lindgren και συνεργατών (2018).

Επιπλέον, η συμβατότητα με την πραγματική ικανότητα και η διατήρηση της αυτονομίας φαίνεται να αποτελούν σημαντικό μέρος της προσωπικής ικανοποίησης, όπως προκύπτει από τη μελέτη των Widar και συνεργατών (2004b) και των Dysvik και συνεργατών (2019). Το PSF (Physical Self-Functioning) φαίνεται να επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής και την ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες. Επιπλέον, η έλλειψη ανεξαρτησίας μπορεί να συνδέεται με κατάθλιψη, καθιστώντας την ενεργοποίηση δυσκολότερη, σύμφωνα με τη

μελέτη των Brown και συνεργατών (2012). Τέλος, η ικανότητα συμμετοχής στην πραγματική εργασία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου, καθώς και ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης και της ψυχολογικής στήριξης που λαμβάνει (Billinger et al., 2014).

Συνολικά, η δυσκολία στην ανεξαρτησία και η αντίσταση στην κίνηση μπορεί να συνδέονται με πολλούς παράγοντες και να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ατόμων που αντιμετωπίζουν πόνο και πραγματική ανεπάρκεια μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

3.3.4 Κόπωση

Η σχέση μεταξύ εξάντλησης και βαθιάς κατάστασης πόνου είναι προφανής. Αυτό το συσχετισμό αντανάκλαται στους δημόσιους κανόνες που αφορούν την αξιολόγηση της μελαγχολίας σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι κανόνες αυτοί εκφράζουν τη σημασία της αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης αυτών των ασθενών. Επιπλέον, η κούραση έχει εντοπιστεί ως παρενέργεια βαθιάς ταλαιπωρίας και αγωνίας, προκαλώντας αρνητικές επιπτώσεις στην εμπειρία του Physical Self-Functioning (PSF), σύμφωνα με τη μελέτη των Widar και συνεργατών (2004) και τη μελέτη των Galligan και συνεργατών (2016).

Επιπλέον, η εξάντληση εμφανίζεται ως η κύρια κλινική παράμετρος που επηρεάζει την εμπειρία του PSF, όπως καταγράφεται από τη μελέτη των Naess και συνεργατών (2012). Αυτά τα ευρήματα επικυρώνονται από τις μελέτες των Hinkle και συνεργατών (2017) και των Miller και συνεργατών (2015), οι οποίες εξετάζουν ειδικά τον ρόλο της εξάντλησης και της αδυναμίας.

Ο τραυματισμός του εγκεφάλου απαιτεί την ανάπτυξη νέων μοτορικών δεξιοτήτων μέσω της προσαρμοστικότητας του εγκεφάλου, όπως υποδεικνύει η μελέτη των Su και συνεργατών (2018). Οι νέες προσαρμογές στην ανάπτυξη λόγω της αγωνίας και των πραγματικών ελλείψεων απαιτούν περισσότερη ενέργεια, καθώς χρησιμοποιούνται διάφοροι μύες που δεν είναι τόσο αποτελεσματικοί. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αποκατάσταση. Οι μελέτες των

Galligan και συνεργατών (2016) υποστηρίζουν αυτήν την ιδέα, καθώς επισημαίνουν τη συσχέτιση μεταξύ εξάντλησης και πτώσης.

Τέλος, η ένταση του πόνου φαίνεται να αυξάνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας, ίσως λόγω της αυξημένης εστίασης στα συμπτώματα καθώς μειώνεται η γνωστική αποσπάση της προσοχής. Αυτό έχει αρνητική επίδραση στον ύπνο, καθιστώντας την κόπωση ακόμη πιο έντονη, με την αποτέλεσμα να μειώνονται τα επίπεδα ενέργειας. Η προηγούμενη έρευνα των Naess και συνεργατών (2012) και των Miller και συνεργατών (2015) υπογραμμίζει τον αρνητικό αντίκτυπο της κόπωσης στην ποιότητα ζωής, καθώς μειώνει τη συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες, δυσκολεύει την επιστροφή στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και μειώνει την ποιότητα ζωής.

3.3.5 Πόνος

Το συνολικό εύρημα από τις μελέτες του Tang και συνεργατών (2019) καταδεικνύει τη συνεχή αρνητική επίδραση του συνολικού πόνου στην ποιότητα ζωής. Αυτό το αποτέλεσμα είναι συμβατό με προηγούμενες ερευνητικές ευρήματα και υπογραμμίζει τη σημασία της διαχείρισης του πόνου σε άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ωστόσο, όταν χρησιμοποιήθηκε το BPI, ένα μέτρο έκβασης που δεν έχει επικυρωθεί για χρήση σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση του πόνου στην ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τη μελέτη του Kong και συνεργατών (2004). Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στη μη κατάλληλη χρήση του μέτρου και επισημαίνει την ανάγκη για πιο κατάλληλες μεθόδους αξιολόγησης του πόνου σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα.

Επιπλέον, οι υψηλές μέσες βαθμολογίες MBI που χρησιμοποιήθηκαν (96,5/100) υποδεικνύουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος ήταν σχετικά ανεξάρτητο και είχε λιγότερη επηρεασμένη εμπειρία βασανισμού. Ως αποτέλεσμα, αυτά τα ευρήματα ενδέχεται να μην αντιπροσωπεύουν πλήρως τον πληθυσμό των ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο και, συνεπώς, να παρουσιάζουν περιορισμούς στη γενικευσιμότητά τους.

Οι ομάδες παρενεργειών, που περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο παρενέργειες, αντιμετωπίζονται ως φυσιολογικές και έχουν τη δυνατότητα να επιδεινώσουν περαιτέρω την εμπειρία του βασανισμού επεκτείνοντας την έντασή του, σύμφωνα με τη μελέτη των Naess και συνεργατών (2012). Επιπλέον, η αλληλεπικάλυψη των συμπτωμάτων τονίζει την ανάγκη αναγνώρισης και αντιμετώπισης κάθε ξεχωριστού συμπτώματος, προκειμένου να μειωθεί ο συνολικός αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής.

3.4 Το ερευνητικό κενό

Στην Ελλάδα οι έρευνες σχετικά με το υπό μελέτη ζήτημα είναι μηδαμινές κι έτσι αυτή η μελέτη θα προσπαθήσει να ρίξει λίγο φως σε αυτό το ζήτημα.

Κεφάλαιο 4: Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1. Επιστημολογία

Στην συγκεκριμένη έρευνα, έχει υιοθετηθεί η μετα-θετικιστική επιστημολογία, η οποία ανήκει στην κατηγορία των ποσοτικών μετρήσεων. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, ο ερευνητής που εκπροσωπεί αυτό το είδος έρευνας αποδέχεται την ύπαρξη μιας πραγματικότητας που είναι παρατηρήσιμη, αλλά δυσκολεύεται να εξηγήσει πλήρως, λόγω της περιορισμένης φύσης του ανθρώπινου νου και της σύνθετης φύσης των κοινωνικών φαινομένων. Ο ερευνητής που υιοθετεί τη μετα-θετικιστική προσέγγιση περιορίζεται στην ανάλυση των χρονικών και χωρικών παραμέτρων που έχει θέσει, με αποτέλεσμα τα ευρήματά του να μην είναι πάντα ισχυρά και να μην έχουν απόλυτη ισχύ. Σε κάποιο βαθμό, ο ερευνητής και το θέμα της έρευνας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, καθιστώντας την προσέγγιση αυτή διαφορετική από τη θετικιστική προσέγγιση που θεωρεί τις δύο αυτές έννοιες ανεξάρτητες μεταξύ τους (Μαντζούκας, 2003).

4.2. Μεθοδολογία

Η σημασία της ερευνητικής διαδικασίας είναι αναγκαίο να αντιληφθεί, καθώς η επιστημονική γνώση συνδέεται άμεσα με τις διάφορες παρατηρήσεις και διαπιστώσεις. Αυτό καθιστά την αξία της αδιαμφισβήτητη και της προσδίδει μια αυτονόητη σημασία. Η νοσηλευτική έρευνα ασχολείται με προβλήματα που έχουν ύψιστη προτεραιότητα λόγω των πρακτικών αναγκών της επιστήμης και στοχεύει στην παροχή βέλτιστης φροντίδας υγείας. Υπάρχουν δύο είδη ερευνών, καθεμία με διαφορετικές επιστημολογικές προσεγγίσεις. Στις ποσοτικές - αριθμητικές έρευνες, οι επιστημολογίες που εφαρμόζονται είναι η θετικιστική και η μετα-θετικιστική. Στη θετικιστική επιστημολογία υπάρχει μια αντικειμενική, αυτόνομη πραγματικότητα, που διαμορφώνεται από εξωγενείς αιτίες, με στόχο την ανακάλυψη της αλήθειας. Στη μετα-θετικιστική επιστημολογία, ο ερευνητής αναγνωρίζει ότι η πραγματικότητα δεν μπορεί να κατανοηθεί πλήρως λόγω της ασταμάτητης φύσης των φαινομένων και, για αυτόν τον λόγο, χρησιμοποιεί παραμέτρους και μετρήσεις για τον έλεγχό της. Στις ποιοτικές έρευνες ανήκουν η σχετική/ερμηνευτική

και η κριτική/συμμετοχική επιστημολογία. Στη σχετική/ερμηνευτική επιστημολογία, ο ερευνητής και ο συμμετέχων αλληλεπιδρούν, και η φύση της πραγματικότητας είναι υποκειμενική, λαμβάνοντας πολλές μορφές. Τέλος, στην κριτική/συμμετοχική επιστημολογία, η πραγματικότητα διαμορφώνεται από τη συνδυασμένη επίδραση πολιτικών, πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων. Η πραγματικότητα βασίζεται σε μια ουτοπική συνείδηση, με τους συμμετέχοντες να αλληλεπιδρούν και τους ισχυρούς να λειτουργούν προς όφελος των υπολοίπων. Ο ερευνητής πρέπει να επηρεάσει αυτήν την πραγματικότητα.

Σε αυτήν την έρευνα, χρησιμοποιείται μια ποσοτική μεθοδολογία. Στην ποσοτική έρευνα, ένας ειδικός εξαρτάται από μαθηματικές πληροφορίες για να ελέγξει τις συνδέσεις μεταξύ των παραγόντων (Maree, 2007). Ένα παράδειγμα αυτού του είδους της εξερεύνησης με ποσοτική προσέγγιση θα μπορούσε να είναι μια έρευνα ανασκόπησης (Kaplan, 2004). Ο ποσοτικός ειδικός εξετάζει υποθέσεις σχετικά με τον πραγματικό κόσμο, αναζητά περιστάσεις και λογικά αποτελέσματα και χρησιμοποιεί ποσοτικά μέτρα για τη συγκέντρωση πληροφοριών προς επίτευξη ερευνητικών στόχων. Ως αποτέλεσμα, επιλέγεται η μεθοδολογία της νεοθετικιστικής προσέγγισης, καθώς το ερευνητικό θέμα υπόκειται σε εμπειρικές μετρήσεις για επαλήθευση και αξιολόγηση.

4.3. Δειγματοληπτική τεχνική

Για τον σκοπό της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιείται μια διαδικασία που ονομάζεται "δειγματοληψία τυχαίας πιθανότητας". Σύμφωνα με τον Jupp (2007), οποιαδήποτε τεχνική εξέτασης που βασίζεται σε κάποιο είδος τυχαίου επιλογής εξασφαλίζει ότι όλες οι μονάδες στον πληθυσμό έχουν ισοδύναμη ευκαιρία ή πιθανότητα να επιλεγούν. Η δυνατότητα να βγάλουμε συμπεράσματα από δείγματα που επιλέγονται τυχαία και η τυχαία επιλογή αποτελούν ένα κεντρικό στοιχείο της θεωρίας πιθανοτήτων.

4.4. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια αποδοχής του δείγματος ήταν: ασθενείς με ΑΕΕ. Κριτήρια αποκλεισμού: ασθενείς που η γνωστική τους κατάσταση δεν τους επέτρεπε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

4.5. Περιγραφή του δείγματος

Ο αριθμός των συμμετεχόντων (N=100) αποτελούνταν από ασθενείς με ΑΕΕ. Οι ερωτηθέντες διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα προσόντα, τη γλώσσα, την εκπαίδευση.

4.6. Περιγραφή του χώρου

Η ποσοτική ερευνητική μελέτη έλαβε χώρα σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης των Ιωαννίνων.

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Το δείγμα μας κλήθηκε να απαντήσει σε ερωτήσεις κλειστού τύπου με τη μορφή ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε έγκριση από τη Διοίκηση του νοσοκομείου (βλ. παράρτημα)

4.7.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

4.7.2 Εκτίμηση πόνου- Κλίμακα πόνου LANSS

Ο κεντρικός νευροπαθητικός πόνος αξιολογήθηκε με την κλίμακα πόνου LANSS (Bennett, 2001). Η συνολική βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα είναι 24. Ο πόνος με σκορ 12 και άνω θεωρείται νευροπαθητικός πόνος.

4.7.3 Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία – SF-36

Το SF-36 είναι μια κλίμακα που αξιολογεί τη γενική κατάσταση υγείας με 36 ερωτήσεις σε 8 υποκατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων της φυσικής λειτουργίας, του περιορισμού του σωματικού ρόλου, του περιορισμού του συναισθηματικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της κοινωνικής λειτουργίας, της ψυχικής υγείας, της ζωτικότητας και της γενικής υγείας (Ware & Sherbourne, 1992).

4.8. Ηθική της έρευνας

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, ενημερώθηκαν για το στόχο της μελέτης και διασφαλίστηκε το απόρρητο και η ανωνυμία στη διαδικασία με βάση τα στοιχεία ηθικής και δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν μία έρευνα. Ακόμα πληροφορήθηκαν για την εθελοντική φύση της συμμετοχής, ενώ λύθηκαν πιθανές απορίες των συμμετεχόντων κατά την υπογραφή του έντυπου συγκατάθεσης πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα. (Βλ. παράρτημα)

4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, ακολούθησε στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Έχει διεξαχθεί ανάλυση συχνότητας και έχουν υπολογιστεί περιγραφικά στατιστικά στοιχεία όπου η κατανομή των δεδομένων έχει αξιολογηθεί με επιθεώρηση των βαθμολογιών του μέσου όρου, της τυπικής απόκλισης, της λοξότητας και της κύρτωσης για όλες τις κλίμακες που μετρήθηκαν από τα όργανα (Neuman, 2003). Για περαιτέρω ανάλυση, χρησιμοποιούνται τεστ ελέγχου συσχετίσεων όπως t-test.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της έρευνας

5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών

5.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 100 ασθενείς, ηλικίας από 42 ως 94 ετών, με την πλειοψηφία (62%) να είναι ως 75 ετών.

ΗΛΙΚΙΑ

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 42,00 | 4 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| | 62,00 | 7 | 7,0 | 7,0 | 11,0 |
| | 63,00 | 13 | 13,0 | 13,0 | 24,0 |
| | 64,00 | 7 | 7,0 | 7,0 | 31,0 |
| | 72,00 | 12 | 12,0 | 12,0 | 43,0 |
| | 73,00 | 12 | 12,0 | 12,0 | 55,0 |
| | 75,00 | 7 | 7,0 | 7,0 | 62,0 |
| | 76,00 | 5 | 5,0 | 5,0 | 67,0 |
| | 80,00 | 5 | 5,0 | 5,0 | 72,0 |
| | 85,00 | 11 | 11,0 | 11,0 | 83,0 |
| | 89,00 | 5 | 5,0 | 5,0 | 88,0 |
| | 90,00 | 7 | 7,0 | 7,0 | 95,0 |
| | 94,00 | 5 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, το 64% ήταν γυναίκες και το 36% άνδρες.

ΦΥΛΟ

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΑΝΔΡΑΣ | 36 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | ΓΥΝΑΙΚΑ | 64 | 64,0 | 64,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το 52% είπαν πως είναι χήροι, το 36% έγγαμοι, το 7% άγαμοι και το 5% διαζευγμένοι.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΑΓΑΜΟΣ/Η | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | ΕΓΓΑΜΟΣ/Η | 36 | 36,0 | 36,0 | 43,0 |
| | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η | 5 | 5,0 | 5,0 | 48,0 |
| | ΧΗΡΟΣ/Α | 52 | 52,0 | 52,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 61% είπαν πως ζούσαν σε χωριό/ κωμόπολη, το 27% σε πόλη κάτω των 150.000 κατοίκων και το 12% σε πόλη άνω των 150.000 κατοίκων.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ | 61 | 61,0 | 61,0 | 61,0 |
| | ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | 27 | 27,0 | 27,0 | 88,0 |
| | ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ | 12 | 12,0 | 12,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Στη συνέχεια, το 43% δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικού, το 31% απόφοιτοι λυκείου, το 9% αναλφάβητοι, το 8% απόφοιτοι γυμνασίου, το 5% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και το 4% κάτοχοι μεταπτυχιακού.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ | 9 | 9,0 | 9,0 | 9,0 |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ | 43 | 43,0 | 43,0 | 52,0 |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ | 8 | 8,0 | 8,0 | 60,0 |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ | 31 | 31,0 | 31,0 | 91,0 |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ | 5 | 5,0 | 5,0 | 96,0 |
| | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ | 4 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

Επαγγελματικά, το 65% ήταν συνταξιούχοι, το 14% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 12% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και το 9% ιδιωτικοί υπάλληλοι.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΟΙΚΙΑΚΑ | 14 | 14,0 | 14,0 | 14,0 |
| | ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | 9 | 9,0 | 9,0 | 23,0 |
| | ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | 12 | 12,0 | 12,0 | 35,0 |
| | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ | 65 | 65,0 | 65,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Συγκεκριμένα, το 26% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 21% ήταν αγρότες και αγρότισσες, το 15% αστυνομικοί, το 7% βοηθοί μικροβιολόγου και ιδιωτικοί υπάλληλοι (χωρίς να διευκρινίσουν τι ακριβώς είναι), από 5% ήταν εκπαιδευτικοί, επιχειρηματίες, εργάτες και εφοριακοί και το 4% νοσηλεύτες.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ/ ΗΤΑΝ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΑΓΡΟΤΗΣ | 16 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | ΑΓΡΟΤΙΣΑ | 5 | 5,0 | 5,0 | 21,0 |

| | | | | |
|----------------------|-----|-------|-------|-------|
| ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΣ | 15 | 15,0 | 15,0 | 36,0 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΥ | 7 | 7,0 | 7,0 | 43,0 |
| ΔΑΣΚΑΛΑ | 5 | 5,0 | 5,0 | 48,0 |
| ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ | 5 | 5,0 | 5,0 | 53,0 |
| ΕΡΓΑΤΡΙΑ | 5 | 5,0 | 5,0 | 58,0 |
| ΕΦΟΡΙΑΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | 5 | 5,0 | 5,0 | 63,0 |
| ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | 7 | 7,0 | 7,0 | 70,0 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 4 | 4,0 | 4,0 | 74,0 |
| ΟΙΚΙΑΚΑ | 26 | 26,0 | 26,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 38% είπαν πως βοηθούν οικονομικά τα παιδιά τους, το 47% πως νοικιάζουν σπίτι και το 73% δήλωσαν ως εξοχικό το πατρικό στο χωριό.

ΒΟΗΘΑΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΝΑΙ | 38 | 38,0 | 38,0 | 38,0 |
| | ΟΧΙ | 62 | 62,0 | 62,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΝΟΙΚΙΑΖΕΤΕ ΣΠΙΤΙ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 47 | 47,0 | 47,0 | 47,0 |
| | OXI | 53 | 53,0 | 53,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΕΧΕΤΕ ΕΞΟΧΙΚΟ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | OXI | 27 | 27,0 | 27,0 | 27,0 |
| | ΤΟ ΠΑΤΡΙΚΟ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ | 73 | 73,0 | 73,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 93% είπαν πως έχουν αδέρφια (από 1 ως 12), ενώ μεταξύ αυτών το 73% είχαν 1-4 αδελφές και το 76% είχαν 1-8 αδελφούς. Σχετικά με τη σειρά γέννησής τους, το 21% είπαν πως γεννήθηκαν πρώτοι, το 42% δεύτεροι, το 16% τρίτοι, το 13% τέταρτοι και το 1% έβδομοι, ενώ όλοι είπαν πως έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους.

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 93 | 93,0 | 93,0 | 93,0 |
| | OXI | 7 | 7,0 | 7,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

ΠΟΣΑ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 0 | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | 1 | 19 | 19,0 | 19,0 | 26,0 |
| | 2 | 29 | 29,0 | 29,0 | 55,0 |
| | 3 | 20 | 20,0 | 20,0 | 75,0 |
| | 5 | 7 | 7,0 | 7,0 | 82,0 |
| | 6 | 17 | 17,0 | 17,0 | 99,0 |
| | 12 | 1 | 1,0 | 1,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 0 | 27 | 27,0 | 27,0 | 27,0 |
| | 1 | 49 | 49,0 | 49,0 | 76,0 |
| | 2 | 17 | 17,0 | 17,0 | 93,0 |
| | 4 | 7 | 7,0 | 7,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 0 | 24 | 24,0 | 24,0 | 24,0 |
| | 1 | 49 | 49,0 | 49,0 | 73,0 |
| | 2 | 5 | 5,0 | 5,0 | 78,0 |
| | 3 | 8 | 8,0 | 8,0 | 86,0 |
| | 4 | 13 | 13,0 | 13,0 | 99,0 |
| | 8 | 1 | 1,0 | 1,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ:

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 0 | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | 1 | 21 | 21,0 | 21,0 | 28,0 |
| | 2 | 42 | 42,0 | 42,0 | 70,0 |
| | 3 | 16 | 16,0 | 16,0 | 86,0 |
| | 4 | 13 | 13,0 | 13,0 | 99,0 |
| | 7 | 1 | 1,0 | 1,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 0 | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | NAI | 93 | 93,0 | 93,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 0 | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | NAI | 89 | 89,0 | 89,0 | 96,0 |
| | OXI | 4 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | OXI | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |

| | | | | |
|-------|-----|-------|-------|-------|
| NAI | 93 | 93,0 | 93,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Όλοι είπαν πως έχουν ή είχαν καλές σχέσεις με τους γονείς τους.

ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid NAI | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Το 56% είπαν πως μένουν μόνοι τους, το 16% με τους συζύγους και τα παιδιά τους και ένα ίδιο ποσοστό με τα παιδιά τους και το 12% με τους συντρόφους τους.

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid ΜΕ ΤΟΝ(ΗΝ) ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΣ | 16 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| ΜΟΝΟΣ (Η) | 56 | 56,0 | 56,0 | 72,0 |
| ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ | 12 | 12,0 | 12,0 | 84,0 |
| ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ | 16 | 16,0 | 16,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Ακολουθώς, το 36% είπαν πως κάνουν διακοπές, το 45% πως περπατάνε, το 70% πως έχουν κήπο και το 100% πως έχουν και είχαν φίλους.

ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΑΚΟΠΕΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 36 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | OXI | 64 | 64,0 | 64,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΠΕΡΠΑΤΑΤΕ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 45 | 45,0 | 45,0 | 45,0 |
| | OXI | 55 | 55,0 | 55,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΕΧΕΤΕ ΚΗΠΟ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 70 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| | OXI | 30 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 |
|-------|-----|-------|-------|

ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Όλων το πρόβλημα υγείας ήταν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) και το 76% θεωρούν ότι το πρόβλημα υγείας τους είναι κάτι δύσκολο.

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΑΕΕ | 100 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΔΥΣΚΟΛΟ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 76 | 76,0 | 76,0 | 76,0 |
| | OXI | 24 | 24,0 | 24,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 11% είπαν πως έχουν το συγκεκριμένο πρόβλημα 1 χρόνο, το 5% 10 χρόνια, το 12% 2 χρόνια, το 12% 3 χρόνια και το υπόλοιπο 60% κάποιους μήνες, ενώ όλοι είπαν πως παίρνουν φάρμακα (από 1 ως 10).

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΧΕΤΕ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 1 ΧΡΟΝΟ | 11 | 11,0 | 11,0 | 11,0 |
| | 10 ΧΡΟΝΙΑ | 5 | 5,0 | 5,0 | 16,0 |
| | 1ΜΗΝΑ | 5 | 5,0 | 5,0 | 21,0 |
| | 2ΜΗΝΕΣ | 9 | 9,0 | 9,0 | 30,0 |
| | 2ΧΡΟΝΙΑ | 12 | 12,0 | 12,0 | 42,0 |
| | 3ΜΗΝΕΣ | 5 | 5,0 | 5,0 | 47,0 |
| | 3ΧΡΟΝΙΑ | 12 | 12,0 | 12,0 | 59,0 |
| | 4ΜΗΝΕΣ | 15 | 15,0 | 15,0 | 74,0 |
| | 5ΜΗΝΕΣ | 14 | 14,0 | 14,0 | 88,0 |
| | 6ΜΗΝΕΣ | 5 | 5,0 | 5,0 | 93,0 |

| | | | | |
|--------|-----|-------|-------|-------|
| 7ΜΗΝΕΣ | 7 | 7,0 | 7,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΠΟΣΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 1 | 10 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | 3 | 8 | 8,0 | 8,0 | 18,0 |
| | 4 | 14 | 14,0 | 14,0 | 32,0 |
| | 5 | 11 | 11,0 | 11,0 | 43,0 |
| | 6 | 19 | 19,0 | 19,0 | 62,0 |
| | 7 | 23 | 23,0 | 23,0 | 85,0 |
| | 10 | 15 | 15,0 | 15,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 18% είπαν πως κοιμούνται καλά και το 79% πως βλέπουν όνειρα, εκ των οποίων οι περισσότεροι είπαν πως βλέπουν ωραία όνειρα (36%).

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | NAI | 18 | 18,0 | 18,0 | 18,0 |
| | OXI | 26 | 26,0 | 26,0 | 44,0 |

| | | | | |
|---------------------------|-----|-------|-------|-------|
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΨΙΝΙΕΣ | 56 | 56,0 | 56,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΠΟΛΛΑ | 30 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 49 | 49,0 | 49,0 | 79,0 |
| | ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ | 21 | 21,0 | 21,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΩΡΑΙΑ | 36 | 36,0 | 36,0 | 36,0 |
| | ΑΣΧΗΜΑ | 18 | 18,0 | 18,0 | 54,0 |
| | ΕΦΙΑΛΤΕΣ | 16 | 16,0 | 16,0 | 70,0 |
| | ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ | 30 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 28% είπαν πως πάσχουν και από κάποια άλλη νόσο, όπως Α.Υ.-Σ.Δ. (5%), αφαίρεση στήθους (5%), πολυνευροπάθεια (8%), ρευματοειδή αρθρίτιδα (5%) και Σ.Ν. (5%) και για την οποία παίρνουν φάρμακα (1-2).

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΝΑΙ | 28 | 28,0 | 28,0 | 28,0 |
| | ΟΧΙ | 72 | 72,0 | 72,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | | 72 | 72,0 | 72,0 | 72,0 |
| | Α.Υ.-Σ.Δ. | 5 | 5,0 | 5,0 | 77,0 |
| | ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΤΗΘΟΥΣ | 5 | 5,0 | 5,0 | 82,0 |
| | ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ | 8 | 8,0 | 8,0 | 90,0 |
| | ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΘΡΙΤΙΔΑ | 5 | 5,0 | 5,0 | 95,0 |
| | Σ.Ν. | 5 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΓ' ΑΥΤΗ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 72 | 72,0 | 72,0 | 72,0 |
| 1 | 10 | 10,0 | 10,0 | 82,0 |
| 2 | 18 | 18,0 | 18,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Το 54% είπαν πως έχουν συμπτώματα χρόνιου πόνου, το 14% εδώ και 10 χρόνια, το 19% 1 χρόνο, το 5% 3 χρόνια, το 12% 5 χρόνια και το 4% 6 χρόνια και όλοι παίρνουν φάρμακα γι'αυτόν.

ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | ΝΑΙ | 54 | 54,0 | 54,0 | 54,0 |
| | ΟΧΙ | 46 | 46,0 | 46,0 | 100,0 |
| Total | | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 46 | 46,0 | 46,0 | 46,0 |

| | | | | |
|----------|-----|-------|-------|-------|
| 10XPONIA | 14 | 14,0 | 14,0 | 60,0 |
| 1XPONO | 19 | 19,0 | 19,0 | 79,0 |
| 3XPONIA | 5 | 5,0 | 5,0 | 84,0 |
| 5XPONIA | 12 | 12,0 | 12,0 | 96,0 |
| 6 XPONIA | 4 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΟΝ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 46 | 46,0 | 46,0 | 46,0 |
| NAI | 54 | 54,0 | 54,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Ακολουθώς, το 72% είπαν πως έχουν πονέσει σωματικά τον τελευταίο καιρό, με το 62% να λέει πως ο πόνος οφείλεται στο ΑΕΕ, το 5% σε κράμπες και το υπόλοιπο 5% στο ισχίο. Το 26% εντόπισαν τον πόνο στα πόδια και το 41% σε πόδια και χέρια. Το 62% φοβήθηκαν λόγω του πόνου.

ΠΟΝΕΣΑΤΕ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ ΣΩΜΑΤΙΚΑ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid NAI | 72 | 72,0 | 72,0 | 72,0 |

| | | | | |
|-------|-----|-------|-------|-------|
| OXI | 28 | 28,0 | 28,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΤΙ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 28 | 28,0 | 28,0 | 28,0 |
| AEE | 62 | 62,0 | 62,0 | 90,0 |
| ΚΡΑΜΠΕΣ | 5 | 5,0 | 5,0 | 95,0 |
| ΠΟΝΟ ΣΤΟ ΙΣΧΙΟ | 5 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΣΕ ΠΟΙΟ ΟΡΓΑΝΟ Ή ΣΗΜΕΙΟ

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 33 | 33,0 | 33,0 | 33,0 |
| ΙΣΧΙΟ | 4 | 4,0 | 4,0 | 37,0 |
| ΠΟΔΙ-ΧΕΡΙ | 29 | 29,0 | 29,0 | 66,0 |
| ΠΟΔΙΑ | 22 | 22,0 | 22,0 | 88,0 |
| ΠΟΔΙΑ-ΧΕΡΙΑ | 12 | 12,0 | 12,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

ΑΝ ΝΑΙ, ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ;

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 28 | 28,0 | 28,0 | 28,0 |
| NAI | 62 | 62,0 | 62,0 | 90,0 |
| OXI | 10 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

5.1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το 73% έκριναν την υγεία τους ως μέτρια ως πολύ καλή, ενώ το 25% θεωρούν πως η υγεία τους είναι καλύτερη και πολύ καλύτερη από ότι ήταν ένα χρόνο πριν, το 14% πως είναι ίδια και το 61% χειρότερη και πολύ χειρότερη.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

| | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | 9 | 9,0 | 9,0 | 9,0 |
| Πολύ καλή | 11 | 11,0 | 11,0 | 20,0 |
| Καλή | 53 | 53,0 | 53,0 | 73,0 |
| Μέτρια | 27 | 27,0 | 27,0 | 100,0 |
| Κακή | 100 | 100,0 | 100,0 | |
| Total | | | | |

2.Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν | 10 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν | 15 | 15,0 | 15,0 | 25,0 |
| | Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν | 14 | 14,0 | 14,0 | 39,0 |
| | Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν | 32 | 32,0 | 32,0 | 71,0 |
| | Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν | 29 | 29,0 | 29,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το η αν και σε ποιο βαθμό η κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει σε κάποιες δραστηριότητες. Το 93% είπαν πως τους περιορίζει λίγο ή πολύ σε έντονες δραστηριότητες όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση, το 82% σε Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας και στο σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων, το 89% στο ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων, στο ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου και στο σκύψιμο ή το γονάτισμα, το 93% στο περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο, στο περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων και στο περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου και το 82% στο να κάνουν μπάνιο ή να ντυθούν.

A. Εντονες δραστηριό- **B. Μέτριες δραστηριό-** **Γ. Το σήκωμα** **Δ. Το ανέβασμα** **Ε. Το ανέβασμα** **ΣΤ. Το σκύψιμο** **Ζ. Το περπά-** **Η. Το περπά-** **Θ. Το περπά-** **Ι. Το να κάνετε**

| | τητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση | τητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας | και η μεταφορά των ψώνιων | με τα πόδια μερικών ορόφων | με τα πόδια ενός ορόφου | ή το γονάτισμα | τημα από-στασης μεγαλύτερης από 1,5χμ | τημα μιας από-στασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων | τημα μιας από-στασης ενός οικοδομικού τετραγώνου | μπάνιο ή να ντυθείτε |
|--------------------------------|---|---|---------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------|---------------------------------------|---|--|----------------------|
| Ναι, περιορίζονται Πολύ | 84% | 75% | 70% | 82% | 77% | 77% | 89% | 89% | 84% | 72% |
| Ναι, περιορίζονται Λίγο | 9% | 7% | 12% | 7% | 12% | 12% | 4% | 4% | 9% | 10% |
| Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου | 7% | 18% | 18% | 11% | 11% | 11% | 7% | 7% | 7% | 18% |

Ακολούθως, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής τους υγείας ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά τους ή στις καθημερινές τους δραστηριότητες κάποιο πρόβλημα. Εδώ όλοι είπαν πως μείωσαν το χρόνο που αφιέρωσαν στη δουλειά τους ή σε άλλες δραστηριότητες, πως καταφέρανε να κάνουν λιγότερα από όσα θα θέλανε και πως περιορίσανε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, ενώ το 96% είπαν πως είχαν δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά τους ή των άλλων δραστηριοτήτων τους.

| | A. Μειώσατε το χρόνο που αφιέρωσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες | B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε | Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας | Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας |
|-----|--|---|--|--|
| ΝΑΙ | 100% | 100% | 100% | 96% |
| ΌΧΙ | 0% | 0% | 0% | 4% |

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά τους προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά τους ή στις καθημερινές τους δραστηριότητες κάποιο

πρόβλημα. Εδώ όλοι είπαν πως μείωσαν το χρόνο που αφιέρωσαν στη δουλειά τους ή σε άλλες δραστηριότητες και πως καταφέρνανε να κάνουν λιγότερα από όσα θα θέλανε, ενώ το 91% είπαν πως δεν έκαναν τη δουλειά τους ή τις άλλες τους δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως.

| | A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες | B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε | Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως |
|-----|--|---|--|
| ΝΑΙ | 100% | 100% | 91% |
| ΌΧΙ | 0% | 0% | 9% |

Ακολουθώς, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές τους δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες τους κλπ. Το 16% είπε πως αυτό συνέβη ελάχιστα, το 28% μέτρια, το 13% αρκετά και το 43% πάρα πολύ.

SF6

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | Ελάχιστα | 16 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Μέτρια | 28 | 28,0 | 28,0 | 44,0 |
| | Αρκετά | 13 | 13,0 | 13,0 | 57,0 |
| | Πάρα πολύ | 43 | 43,0 | 43,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Έπειτα, αναφορικά με το πόσο πόνο ένιωσαν κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, το 7% είπαν καθόλου, το 5% πολύ ήπιο, το 21% ήπιο, το 12% μέτριο, το 33% έντονο και το 22% πολύ έντονο.

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων;

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | Καθόλου | 7 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | Πολύ ήπιο | 5 | 5,0 | 5,0 | 12,0 |
| | Ήπιο | 21 | 21,0 | 21,0 | 33,0 |
| | Μέτριο | 12 | 12,0 | 12,0 | 45,0 |
| | Έντονο | 33 | 33,0 | 33,0 | 78,0 |
| | Πολύ έντονο | 22 | 22,0 | 22,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Επίσης, σχετικά με το κατά πόσο ο πόνος κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων εμπόδιζε τις συνηθισμένες τους δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού), το 5% είπαν ελάχιστα, το 16% μέτρια, το 25% αρκετά και το 54% πάρα πολύ.

Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, κατά πόσο ο πόνος εμπόδιζε τις συνηθισμένες σας δουλειές

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | Ελάχιστα | 5 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| | Μέτρια | 16 | 16,0 | 16,0 | 21,0 |

| | | | | |
|-----------|-----|-------|-------|-------|
| Αρκετά | 25 | 25,0 | 25,0 | 46,0 |
| Πάρα πολύ | 54 | 54,0 | 54,0 | 100,0 |
| Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Αναφορικά με το πώς νιώθανε και πως ήταν τα πράγματα για αυτούς κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, το 33% είπαν πως είχαν ζωντάνια από αρκετά συχνά ως πάντα, το 31% ήταν πολύ νευρικοί, το 24% είχαν τόσο «τις μαύρες τους» που τίποτε δεν μπορούσε να τους φτιάξει το κέφι, το 41% νιώσανε ήρεμοι και γαλήνιοι, το 40% είχαν μεγάλη ενεργητικότητα, το 67% νιώσανε αποκαρδιωμένοι και μελαγχολικοί, το 46% νιώσανε εξαντλημένοι, το 28% ήταν ευτυχισμένοι άνθρωποι και το 64% νιώσανε κουρασμένοι.

| | A. Είχατε ζωντάνια; | B. Ήσασταν ένα πολύ νευρικό άτομο; | Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; | Δ. Νιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος; | Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα; | ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/ η και μελαγχολικός/ ή; | Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/ η; | Η. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος; | Θ. Νιώσατε κουρασμένος/ η; |
|----------------------|----------------------------|---|--|--|---|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Πάντα | 17% | 19% | 0% | 37% | 24% | 37% | 22% | 17% | 19% |
| Τις πιο πολλές φορές | 9% | 5% | 5% | 0% | 12% | 26% | 12% | 4% | 33% |
| Αρκετά συχνά | 7% | 7% | 19% | 4% | 4% | 4% | 12% | 7% | 12% |
| Μερικές φορές | 23% | 31% | 44% | 28% | 31% | 16% | 44% | 34% | 19% |
| Όχι συχνά | 17% | 14% | 15% | 19% | 12% | 0% | 5% | 33% | 0% |
| Ποτέ | 27% | 24% | 17% | 12% | 17% | 17% | 5% | 5% | 17% |

Έπειτα, το 37% είπαν πως κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) πάντα, το 35% τις πιο πολλές φορές, το 23% αρκετά συχνά και το 5% μερικές φορές.

SF10

| | | Frequency | Percent | Nalid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Nalid | Πάντα | 37 | 37,0 | 37,0 | 37,0 |
| | Τις πιο πολλές φορές | 35 | 35,0 | 35,0 | 72,0 |
| | Αρκετά συχνά | 23 | 23,0 | 23,0 | 95,0 |
| | Μερικές φορές | 5 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 100 | 100,0 | 100,0 | |

Τέλος, το 36% είπαν πως είναι σωστό ή μάλλον σωστό το ότι φαίνεται να αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα από τους άλλους, το 36% πως είναι τόσο υγιείς όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζουν, το 24% πως περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει και το 29% πως η υγεία τους είναι εξαιρετική.

| | A. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους | B. Είστε τόσο υγιείς όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε | Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει | Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική |
|---------------|---|---|--|--|
| Απόλυτα σωστό | 29% | 12% | 0% | 5% |
| Μάλλον σωστό | 7% | 14% | 24% | 24% |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------|------|--------|--------|------|-------|------|-------|-------|
| 1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | Equal variances assumed | 9,411 | ,003 | 4,921 | 98 | ,000 | ,768 | ,156 | ,458 | 1,078 |
| | Equal variances not assumed | | | 4,766 | 75,532 | ,000 | ,768 | ,161 | ,447 | 1,089 |
| 2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; | Equal variances assumed | 1,244 | ,267 | 1,892 | 98 | ,061 | ,495 | ,262 | -,024 | 1,014 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,914 | 97,942 | ,059 | ,495 | ,259 | -,018 | 1,009 |
| Α. Εντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση | Equal variances assumed | 2,828 | ,096 | ,558 | 98 | ,578 | ,064 | ,114 | -,163 | ,290 |
| | Equal variances not assumed | | | ,580 | 87,993 | ,563 | ,064 | ,110 | -,154 | ,281 |
| Β. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας | Equal variances assumed | 3,107 | ,081 | -,568 | 98 | ,571 | -,089 | ,157 | -,402 | ,223 |
| | Equal variances not assumed | | | -,559 | 87,368 | ,578 | -,089 | ,160 | -,407 | ,228 |
| Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων | Equal variances assumed | 5,787 | ,018 | -1,262 | 98 | ,210 | -,198 | ,157 | -,510 | ,113 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,243 | 87,615 | ,217 | -,198 | ,159 | -,515 | ,119 |
| Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων | Equal variances assumed | ,244 | ,623 | -,506 | 98 | ,614 | -,067 | ,132 | -,329 | ,195 |
| | Equal variances not assumed | | | -,509 | 97,115 | ,612 | -,067 | ,131 | -,328 | ,194 |
| Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου | Equal variances assumed | 1,826 | ,180 | -1,310 | 98 | ,193 | -,176 | ,134 | -,441 | ,090 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,314 | 96,433 | ,192 | -,176 | ,134 | -,441 | ,090 |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα | Equal variances assumed | 2,148 | ,146 | ,789 | 98 | ,432 | ,106 | ,135 | -,161 | ,374 |
| | Equal variances not assumed | | | ,798 | 97,939 | ,427 | ,106 | ,133 | -,158 | ,371 |
| Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο | Equal variances assumed | 13,129 | ,000 | 1,606 | 98 | ,112 | ,172 | ,107 | -,041 | ,385 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,699 | 73,521 | ,093 | ,172 | ,101 | -,030 | ,374 |
| Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων | Equal variances assumed | 13,129 | ,000 | 1,606 | 98 | ,112 | ,172 | ,107 | -,041 | ,385 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,699 | 73,521 | ,093 | ,172 | ,101 | -,030 | ,374 |
| Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου | Equal variances assumed | 2,828 | ,096 | ,558 | 98 | ,578 | ,064 | ,114 | -,163 | ,290 |
| | Equal variances not assumed | | | ,580 | 87,993 | ,563 | ,064 | ,110 | -,154 | ,281 |
| Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε | Equal variances assumed | 8,158 | ,005 | ,807 | 98 | ,421 | ,127 | ,158 | -,185 | ,440 |
| | Equal variances not assumed | | | ,827 | 95,997 | ,410 | ,127 | ,154 | -,178 | ,432 |
| Λ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς ή των άλλων δραστηριοτήτων σας | Equal variances assumed | 24,628 | ,000 | -2,245 | 98 | ,027 | -,087 | ,039 | -,164 | -,010 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,070 | 45,000 | ,044 | -,087 | ,042 | -,172 | -,002 |
| Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως | Equal variances assumed | 89,910 | ,000 | -3,588 | 98 | ,001 | -,196 | ,055 | -,304 | -,087 |
| | Equal variances not assumed | | | -3,308 | 45,000 | ,002 | -,196 | ,059 | -,315 | -,077 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| SF6 | Equal variances assumed | | ,025 | ,874 | 1,607 | 98 | ,111 | ,370 | ,230 | -,087 | ,826 |
| | Equal variances not assumed | | | | 1,608 | 95,668 | ,111 | ,370 | ,230 | -,087 | ,826 |
| 7.Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων; | Equal variances assumed | | 6,380 | ,013 | 8,649 | 98 | ,000 | 1,952 | ,226 | 1,505 | 2,400 |
| | Equal variances not assumed | | | | 8,449 | 81,841 | ,000 | 1,952 | ,231 | 1,493 | 2,412 |
| Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες δουλειές | Equal variances assumed | | 13,421 | ,000 | 1,525 | 98 | ,130 | ,277 | ,182 | -,083 | ,637 |
| | Equal variances not assumed | | | | 1,477 | 75,492 | ,144 | ,277 | ,187 | -,097 | ,650 |
| A. Είχατε ζωντάνια; | Equal variances assumed | | 31,753 | ,000 | 4,320 | 98 | ,000 | 1,437 | ,333 | ,777 | 2,097 |
| | Equal variances not assumed | | | | 4,179 | 74,687 | ,000 | 1,437 | ,344 | ,752 | 2,122 |
| B. Είσαταν ένα πολύ νευρικό άτομο; | Equal variances assumed | | 8,639 | ,004 | -1,318 | 98 | ,190 | -,464 | ,352 | -1,162 | ,234 |
| | Equal variances not assumed | | | | -1,340 | 97,859 | ,183 | -,464 | ,346 | -1,151 | ,223 |
| Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; | Equal variances assumed | | 2,349 | ,129 | -7,538 | 98 | ,000 | -1,320 | ,175 | -1,668 | -,973 |
| | Equal variances not assumed | | | | -7,484 | 92,189 | ,000 | -1,320 | ,176 | -1,671 | -,970 |
| Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος; | Equal variances assumed | | 3,682 | ,058 | 3,589 | 98 | ,001 | 1,283 | ,358 | ,574 | 1,993 |
| | Equal variances not assumed | | | | 3,570 | 93,179 | ,001 | 1,283 | ,359 | ,570 | 1,997 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|-----------------------------|--------|------|--------|--------|------|--------|------|--------|--------|
| Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα; | | μεγάλη | Equal variances assumed | ,112 | ,738 | 1,828 | 98 | ,071 | ,651 | ,356 | -,056 | 1,357 |
| | | | Equal variances not assumed | | | 1,833 | 96,404 | ,070 | ,651 | ,355 | -,054 | 1,355 |
| ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή; | | Νοιώθατε | Equal variances assumed | 43,054 | ,000 | -7,793 | 98 | ,000 | -2,262 | ,290 | -2,838 | -1,686 |
| | | | Equal variances not assumed | | | -7,288 | 52,271 | ,000 | -2,262 | ,310 | -2,884 | -1,639 |
| Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/η; | | Νοιώσατε | Equal variances assumed | 2,650 | ,107 | -2,417 | 98 | ,018 | -,685 | ,283 | -1,248 | -,123 |
| | | | Equal variances not assumed | | | -2,371 | 84,731 | ,020 | -,685 | ,289 | -1,260 | -,111 |
| Η. Είσαστε ευτυχισμενος άνθρωπος; | | έναν | Equal variances assumed | 48,055 | ,000 | 3,276 | 98 | ,001 | ,943 | ,288 | ,372 | 1,514 |
| | | | Equal variances not assumed | | | 3,123 | 64,200 | ,003 | ,943 | ,302 | ,340 | 1,546 |
| Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η; | | Νοιώσατε | Equal variances assumed | 22,449 | ,000 | -9,696 | 98 | ,000 | -2,353 | ,243 | -2,835 | -1,872 |
| | | | Equal variances not assumed | | | -9,333 | 71,027 | ,000 | -2,353 | ,252 | -2,856 | -1,851 |
| SF10 | | | Equal variances assumed | 10,596 | ,002 | -3,499 | 98 | ,001 | -,597 | ,171 | -,936 | -,259 |
| | | | Equal variances not assumed | | | -3,401 | 78,244 | ,001 | -,597 | ,176 | -,947 | -,248 |
| Α. Φαίνεται αρρωσταίνετε ευκολότερα από άλλους | | ότι λίγο τους | Equal variances assumed | 2,132 | ,147 | -,977 | 98 | ,331 | -,278 | ,284 | -,842 | ,287 |
| | | | Equal variances not assumed | | | -,980 | 96,673 | ,329 | -,278 | ,283 | -,840 | ,285 |
| | | | Equal variances assumed | 15,726 | ,000 | 4,110 | 98 | ,000 | 1,086 | ,264 | ,562 | 1,611 |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------|------|--------|--------|------|-------|------|--------|-------|
| Β.Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε | Equal variances not assumed | | | 3,997 | 78,679 | ,000 | 1,086 | ,272 | ,545 | 1,627 |
| Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει | Equal variances assumed | 23,733 | ,000 | -3,201 | 98 | ,002 | -,741 | ,231 | -1,200 | -,281 |
| | Equal variances not assumed | | | -3,309 | 91,636 | ,001 | -,741 | ,224 | -1,185 | -,296 |
| Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική | Equal variances assumed | 22,664 | ,000 | 4,631 | 98 | ,000 | 1,065 | ,230 | ,609 | 1,522 |
| | Equal variances not assumed | | | 4,456 | 70,852 | ,000 | 1,065 | ,239 | ,589 | 1,542 |

Τέλος, ο χρόνιος πόνος δε φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα συνολικά σκορ των PCS και MCS.

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|-------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower | Upper |
| PCS12 | Equal variances assumed | 4,731 | ,032 | -1,962 | 98 | ,053 | -2,00114 | 1,01993 | -4,02517 | ,02288 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,015 | 95,046 | ,047 | -2,00114 | ,99305 | -3,97258 | -,02970 |
| MCS12 | Equal variances assumed | ,299 | ,586 | ,300 | 98 | ,765 | ,46059 | 1,53402 | -2,58362 | 3,50480 |
| | Equal variances not assumed | | | ,303 | 97,532 | ,763 | ,46059 | 1,52260 | -2,56114 | 3,48232 |

5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Από την παρούσα έρευνα διαφάνηκε πως η πλειοψηφία των ασθενών με ΑΕΕ ταλαιπωρούνται από χρόνιους πόνους, κάτι που επηρεάζει τις περισσότερες πτυχές της καθημερινότητάς τους και, κατά συνέπεια, την ποιότητα ζωής τους.

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Στην έρευνά μας, παρατηρήθηκε ότι ο ρυθμός εμφάνισης χρόνιου πόνου ανήλθε στο 54%. Σε προηγούμενη μελέτη από τους Liampas et al. (2020), αναφέρθηκε ότι ο ρυθμός εμφάνισης χρόνιου πόνου ήταν στο 11%. Σε μια διαφορετική μελέτη, καταγράφηκε ότι ο ελάχιστος επιπολασμός από απόλυτο ή πιθανό χρόνιο πόνο ήταν 7,3%, ενώ ο επιπολασμός δυσαισθησίας ή πόνου που μοιάζει με χρόνιο πόνο ανήλθε στο 8,6% (Klit et al., 2011).

Σε άλλη έρευνα, παρατηρήθηκε ότι ο χρόνιος πόνος εμφανίστηκε σε περίπου 8% από τους 166 ασθενείς που είχαν υποστεί εγκεφαλικό (Mhangara et al., 2020). Σε μια μελέτη που διεξήχθη στη Νιγηρία, το ποσοστό εμφάνισης χρόνιου πόνου καταγράφηκε στο 5% (Bashir et al., 2017). Αυτή η διαφορά στα αποτελέσματα μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικά κριτήρια επιλογής των ατόμων, στη χρονική διάρκεια της μελέτης και στις διαφορετικές εθνοτικές ομάδες που διερευνήθηκαν.

Στην έρευνά μας, παρατηρήθηκε ότι ορισμένες υποκατηγορίες του SF-36 είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε ασθενείς με χρόνιο πόνο σε σχέση με ασθενείς που δεν είχαν χρόνιο πόνο. Σε μια μελέτη από τους Şahin et al. (2016), αναφέρθηκε ότι ορισμένες υποκατηγορίες του SF-36 (όπως ο περιορισμός στον συναισθηματικό ρόλο, η κοινωνική λειτουργία, η ψυχική υγεία, η ζωτικότητα και η γενική υγεία) εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Σε μια άλλη έρευνα, βρέθηκε ότι ο χρόνιος πόνος συνδέεται με την ποιότητα ζωής (Choi-Kwon et al., 2017). Στη μελέτη των Gfkkaya et al. (2005), παρατηρήθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται με παράγοντες όπως η λειτουργική κατάσταση, το φύλο, η εκπαίδευση, η παρουσία συννοσηρότητας και ψυχολογικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τους Gorst et al. (2016), διάφορες διαταραχές στο πόδι και τον αστράγαλο, όπως ο πόνος, επηρέασαν σημαντικά την κίνηση, την ισορροπία και τον φόβο πτώσης σε ασθενείς με εγκεφαλικό.

Σε μια άλλη έρευνα, τα νευρολογικά συμπτώματα, η γνωστική λειτουργία και τα ευρήματα από νευροαπεικόνιση βρέθηκαν να είναι χρήσιμα για την πρόβλεψη της ανεξάρτητης βάδισης σε ασθενείς με θαλαμική αιμορραγία (Hiraoka et al., 2017). Υπάρχουν επίσης

πολλές μελέτες που έχουν δείξει ότι ο πόνος, ειδικά ο χρόνιος πόνος, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Στην έρευνά μας, διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε αρνητικά από την παρουσία χρόνιου πόνου, γεγονός που συμφωνεί με την επιστημονική βιβλιογραφία.

Τέλος, ο χρόνιος πόνος αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη και/ή το άγχος, και έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο και συνυπάρχουσα κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να σκέφτονται την αυτοκτονία (Ilgen et al., 2013). Επιπλέον, ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο αναφέρουν συνήθως υψηλότερα επίπεδα βασανισμού σε σύγκριση με εκείνους που δεν υποφέρουν από χρόνιο πόνο. Η μείωση της δυστυχίας συνδέεται με τη μείωση της σοβαρότητας του βασανισμού και του αριθμού των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς (Gerrits et al., 2015). Οι αποθαρρυσμένοι ασθενείς επισημαίνουν επίσης υψηλότερα επίπεδα βασανιστηρίων σε σχέση με τους μη αποθαρρυσμένους ασθενείς, και η μείωση της δυστυχίας συσχετίζεται με τη μείωση της σοβαρότητας των βασανιστηρίων και τον αριθμό των προβλημάτων κινητικότητας (Campbell et al., 2003).

Συνολικά, ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο φαίνεται να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση στην προσωπική ικανοποίηση σε σύγκριση με ασθενείς που αντιμετωπίζουν άλλες μακροχρόνιες παθήσεις. Μια φινλανδική μελέτη (Vartiainen et al., 2016) ανέφερε επίσης ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είχαν έναν από τους χαμηλότερους μέσους όρους ποιότητας ζωής, όπως αξιολογήθηκε με τη χρήση του 15D, ένα γενικό μέτρο που αξιολογεί την ποιότητα ζωής βασισμένο στις ατομικές προτιμήσεις για την υγεία (Sintonen, 2001). Η μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής στη φινλανδική μελέτη ήταν χαμηλότερη από τις βαθμολογίες ποιότητας ζωής που αναφέρθηκαν σε άλλες έρευνες που αφορούν Φινλανδούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Vaatainen et al., 2014), ρευματοειδή αρθρίτιδα (Laas et al., 2009), φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Haaramaki et al., 2010) και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Mazur et al., 2011).

Το μαρτύριο, όταν είναι συνεπές και ανεξέλεγκτο, έχει καταστροφική επίδραση σε σχεδόν κάθε πτυχή της ζωής ενός ατόμου. Προκαλεί πίεση και πόνο στο περιβάλλον του ατόμου, εμποδίζοντας την ευημερία του. Επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά του να λειτουργήσει κανονικά. Επιπλέον, δυσχεραίνει την ικανοποίησή του από τις οικογενειακές, κοινωνικές

και επαγγελματικές δραστηριότητες. Είναι προφανές ότι το μαρτύριο οδηγεί σε μειωμένη προσωπική ικανοποίηση. Η ποιότητα ζωής υποβαθμίζεται σε όλους τους τομείς της. Αυτή η επίπτωση διασχίζει όλες τις ηλικίες και φάσεις της ζωής, συμβαίνει ανεξάρτητα από την αιτία του πόνου ή το είδος της αγωνίας.

Για παράδειγμα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Won και τους συνεργάτες του σε 49.971 ηλικιωμένους κατοίκους οίκων ευγηρίας που είχαν σχεδόν οποιαδήποτε διαταραχή, περισσότεροι από ένας στους τέσσερις (26,3%) ανέφεραν ότι βιώνουν πόνο καθημερινά. Αυτός ο καθημερινός πόνος σχετίστηκε θετικά με προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες, προβλήματα ψυχικής κατάστασης και μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες. Αυτές οι συσχετίσεις παρέμειναν σημαντικές ακόμη και μετά τον έλεγχο για διάφορους παράγοντες, όπως φύλο, φυλή, ψυχική κατάσταση και άλλα υγειονομικά προβλήματα (Won et al., 1999).

Το νεότερο άκρο του φάσματος της ηλικίας είναι εξίσου επηρεασμένο από τις αρνητικές επιπτώσεις του πόνου στην ποιότητα ζωής. Σε μια έρευνα με 128 νέους που υπέφεραν από συνεχές μαρτύριο, διαπιστώθηκε ότι όσο ο πόνος γίνεται πιο έντονος και διαρκής, τόσο περισσότερο μειώνεται η προσωπική τους ικανοποίηση. Ο πόνος επηρέασε αρνητικά τους τομείς της διανοητικής εργασίας, της πραγματικής κατάστασης και της ωφελμιστικής κατάστασης, με αυξημένα προβλήματα στην καθημερινή δραστηριότητα και την ψυχική κατάσταση (Hunfeld et al., 2001).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι το μαρτύριο επηρεάζει αρνητικά και την ποιότητα ζωής των οικογενειών των ατόμων που υποφέρουν από αυτόν. Μητέρες παιδιών που υπέφεραν από μαρτύριο ανέφεραν ότι ο πόνος των παιδιών τους επηρέασε αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.

Σε πολλές μελέτες, ο πόνος συσχετίζεται με μειωμένη ψυχολογική ευεξία, όπως αποδεικνύεται από τις βαθμολογίες σε διάφορα ερωτηματολόγια όπως η Ψυχολογική Γενική Κλίμακα Ευημερίας και η κλίμακα SF-36. Οι ατομικές διαστάσεις όπως η ανησυχία, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η θετική ευημερία και η κατάθλιψη επηρεάζονται αρνητικά από τον πόνο. Επίσης, ο πόνος επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα των ατόμων

να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και να απολαμβάνουν τη ζωή τους (Becker et al., 1997).

Συνοψίζοντας, το μαρτύριο και ο πόνος έχουν εκτεταμένες και σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων και των οικογενειών τους, ανεξάρτητα από την ηλικία και το είδος της αγωνίας που αντιμετωπίζουν.

Ο κακοήθης πόνος προκαλεί παρόμοιες σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Roman και τους συνεργάτες του, ερευνήθηκε η επίδραση της αγωνίας στην προσωπική ικανοποίηση σε 117 ασθενείς που αντιμετώπιζαν επαναλαμβανόμενη κακοήθη ανάπτυξη στο στήθος ή γυναικολογική ανάπτυξη. Οι ερευνητές ανέδειξαν μια σημαντική σχέση ανάμεσα στον πόνο και τις πτυχές της προσωπικής ικανοποίησης, τόσο σωματικές όσο και κοινωνικές. Παρά ταύτα, παρατήρησαν μια πιο ενδεχομένη συσχέτιση μεταξύ της επιδείνωσης του πόνου και των ψυχολογικών και άλλων πτυχών της προσωπικής ικανοποίησης. Αυτή η ασυνήθιστη εύρεση ερμηνεύεται με βάση το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς είχαν μικρότερο βαθμό αγωνίας και κανείς δεν βίωσε έντονη, εξουθενωτική αγωνία. Η πλειονότητα των ερευνών έχει αναφέρει ότι ο πόνος και η ποιότητα ζωής εξαρτώνται από τη διάσταση της έντασης του πόνου, δηλαδή, όσο η ένταση αυξάνεται, μειώνεται αναλογικά διαφορετικά.

Για παράδειγμα, σε μια μελέτη που περιλάμβανε 216 ενήλικες ασθενείς με διάφορες παθήσεις, οι οποίοι ταξινομήθηκαν ανάλογα με το επίπεδο σοβαρότητας του πόνου, παρατηρήθηκε ότι εκείνοι με μέτρια ή ακραία αγωνία είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα SF-36 από τους ασθενείς χωρίς επιδείνωση ή με λιγότερη έντονη αγωνία. Αυτό υποδηλώνει ότι η ένταση του πόνου είναι σημαντικότερη από τον απλό προσδιορισμό της παρουσίας ή απουσίας πόνου. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι αυξημένη ένταση πόνου συσχετίζεται με μειωμένη ψυχολογική και σωματική ευημερία.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η διαχείριση του πόνου συχνά δεν είναι επαρκής, αν και υπάρχουν αποτελεσματικές αναλγητικές θεραπείες. Συχνά, ο πόνος υποθεραπεύεται ή ελέγχεται ανεπαρκώς, παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών αναλγητικών φαρμάκων. Συνεπώς, υπογραμμίζεται η ανάγκη για αποτελεσματικότερες στρατηγικές διαχείρισης του πόνου, ειδικά σε ασθενείς με κακοήθη ανάπτυξη.

Όταν ρωτήθηκαν, οι ειδικοί παραδέχθηκαν ότι η βελτίωση των προσπαθειών του συμβουλίου είναι σε μεγάλο βαθμό ανεπαρκής. Σύμφωνα με τη μελέτη του Von Roenn et al. (1993), μόνο το 51% όλων των ιατρών που συνδέονται με την ECOG και είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση του πόνου πίστευαν ότι ο έλεγχος του πόνου στις δικές τους ιατρικές πρακτικές ήταν είτε καλός είτε πολύ καλός. Το 31% τον χαρακτήρισε ως δίκαιο, ενώ το 18% ανέφερε ότι ήταν φτωχός ή εξαιρετικά φτωχός.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Οι πτυχές που δεν εξετάσαμε στην έρευνά μας περιλαμβάνουν τα εξής: Πρώτον, η κατανομή των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη μας δεν ήταν ομοιόμορφη ως προς την ηλικία και την τοποθεσία της επηρεαζόμενης βλάβης, κάτι που δυσχέραινε την αξιολόγηση του πώς η εμπλοκή της ημισφαιρικής περιοχής επηρεάζει την ανάπτυξη χρόνιου πόνου. Δεύτερον, καθώς ομαδοποιήσαμε τους ασθενείς μόνο σε θαλαμικούς και εξωθαλαμικούς ανάλογα με τη θέση της βλάβης, δεν λάβαμε υπόψη την επίδραση άλλων σημαντικών παραγόντων όπως το εκτεταμένο ή περιορισμένο έμφραγμα και η παρουσία αλλοιωμένων δομών στον εγκέφαλο. Τρίτον, η αξιολόγηση των ασθενών σε διαφορετικές χρονικές στιγμές μπορεί να έχει επηρεάσει το ποσοστό των ατόμων με χρόνια πόνο. Τέλος, δεν μελετήθηκε η σπαστικότητα των περιστάσεων και δεν χρησιμοποιήθηκαν πιο απαιτητικές κλίμακες για την αξιολόγηση της περιοδικότητας, αποτελώντας, έτσι, αδυναμίες της μελέτης μας.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η διαδικασία αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια πολύπλοκη κατάσταση που περιλαμβάνει διάφορες αιτίες πόνου και νευροπαθητική δυσφορία. Συγκεκριμένα, αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα, μεταξύ των οποίων είναι εστιακό μεταεγκεφαλικό πόνο, περιθωριακές περίπλοκες διαταραχές βασανισμού, σπαστική αγωνία και μαρτύριο ώμου. Η αντιμετώπιση και θεραπεία αυτών των καταστάσεων περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις, όπως φαρμακολογικές, ορθωτικές, εμβιομηχανικές, ηλεκτροφυσιολογικές και συμβουλευτικές θεραπείες. Συχνά, η βέλτιστη θεραπεία για έναν

ασθενή απαιτεί τον συνδυασμό πολλαπλών μεθόδων θεραπείας. Εντούτοις, το πρώτο βήμα προς την παροχή έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας είναι η καλύτερη κατανόηση των αιτιών που οδηγούν στον χρόνιο πόνο μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών.

Η ανεπαρκής αναγνώριση της πολυπλοκότητας του χρόνιου πόνου μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή διαχείριση του πόνου, όπως αποδεικνύεται από την κακή ποιότητα ζωής που ανέφεραν οι ασθενείς με χρόνιο πόνο σε αυτήν τη μελέτη. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η ανάγκη για περαιτέρω ανάπτυξη στην πρόσβαση και την φύση της διαχείρισης της συνεχούς αγωνίας, καθώς αυτή επηρεάζει σημαντικά την προσωπική ικανοποίηση των ασθενών. Οι θεραπευτικές τεχνικές πρέπει να στοχεύουν όχι μόνο στην αντιμετώπιση της δυσφορίας αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της συνολικής ευημερίας των ασθενών. Μια πολυεπιστημονική ολιστική προσέγγιση, βασισμένη σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που προωθεί την αυτοδιαχείριση και την αυτοαποτελεσματικότητα εκτός από τη φαρμακολογική αγωγή, μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση αυτών των πτυχών της θεραπείας (Hadi et al., 2017).

Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

Οι ασθενείς που υποφέρουν από συνεχιζόμενο μαρτύριο βιώνουν μια μειωμένη προσωπική ικανοποίηση σε αντίθεση με άλλους ασθενείς με περιοριστικές ασθένειες. Αυτό επηρεάζει την ικανότητά τους να ασχολούνται με τις καθημερινές δραστηριότητές τους, όπως την εργασία τους, την επικοινωνία με τα παιδιά τους, τη συντροφική τους σχέση και τη νυχτερινή ανάπαυση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικές αντιδράσεις όπως οργή, απογοήτευση και θλίψη. Οι ασθενείς αυτοί, όταν αισθάνονται αποθαρρυσμένοι, μπορεί να αντιμετωπίζουν αυξημένη αγωνία και να έχουν λιγότερη κίνητρο να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε πραγματική δραστηριότητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε έναν ατέλειωτο κύκλο αρνητικών συναισθημάτων και ανασφάλειας που είναι δύσκολο να διακοπεί και να ξεπεραστεί. Η προσέγγιση των μικτών τεχνικών μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα πάνω στην προσωπική ικανοποίηση, δίνοντας στους ειδικούς μια ολοκληρωμένη κατανόηση του πώς η κατάσταση της ασθένειας επηρεάζει την προσωπική ικανοποίηση. Οι υπηρεσίες για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου πρέπει να σχεδιάζονται με προσοχή, λόγω της υψηλής επιδημιολογίας της πάθησης και των σημαντικών αρνητικών επιπτώσεών της στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Συνολικά, η ανάγκη για παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών με χρόνια πόνο μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο αντιλαμβάνεται ότι είναι σημαντική για τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία. Όπως και σε άλλες περιπλοκές καταστάσεις μετά από εγκεφαλικό, η συνεχής αγωνία πρέπει να αντιμετωπίζεται από τα πρώτα στάδια μετά το εγκεφαλικό, και η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα.

Βιβλιογραφία

Andersen, G., Vestergaard, K., Ingemann-Nielsen, M. and Lauritzen, L. (1995). Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, [online] 92(3), pp.193–198. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09567.x>.

Barge-Schaapveld, D.Q.C.M., Nicolson, N.A., Berkhof, J. and deVries, M.W. (1999). Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*, 88(3), pp.173–189. doi:[https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(99\)00081-5](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(99)00081-5).

Bashir, A.H., Abdullahi, A., Abba, M.A. and Mukhtar, N.B. (2017). Central Poststroke Pain: Its Profile among Stroke Survivors in Kano, Nigeria. *Behavioural Neurology*, 2017, pp.1–5. doi:<https://doi.org/10.1155/2017/9318597>.

Becker, N., Thomsen, A.B., Olsen, A.K., Sjøgren, P., Bech, P. and Eriksen, J. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73(3), pp.393–400. doi:[https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00126-7](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00126-7).

Bennett, M. (2001). The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain*, 92(1), pp.147–157. doi:[https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00482-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00482-6).

Billinger, S.A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J.J., Franklin, B.A., Johnson, C.M., MacKay-Lyons, M., Macko, R.F., Mead, G.E., Roth, E.J., Shaughnessy, M. and Tang, A. (2014). Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Stroke*, 45(8), pp.2532–2553. doi:<https://doi.org/10.1161/str.0000000000000022>.

Brown, C., Hasson, H., Thyselius, V. and Almborg, A.-H. . (2011). Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. *Acta Neurologica Scandinavica*, 126(1), pp.45–51. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2011.01595.x>.

Campbell, L.C., Clauw, D.J. and Keefe, F.J. (2003). Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, 54(3), pp.399–409. doi:[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00545-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00545-6).

Choi-Kwon, S., Choi, J.M., Kwon, S.U., Kang, D.-W. and Kim, J.S. (2006). Factors that Affect the Quality of Life at 3 Years Post-Stroke. *Journal of Clinical Neurology*, 2(1), p.34. doi:<https://doi.org/10.3988/jcn.2006.2.1.34>.

Cleeland, C.S. and Ryan, K.M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, [online] 23(2), pp.129–138. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080219/>.

Cleeland, C.S., Gonin, R., Hatfield, A.K., Edmonson, J.H., Blum, R.H., Stewart, J.A. and Pandya, K.J. (1994). Pain and Its Treatment in Outpatients with Metastatic Cancer. *New England Journal of Medicine*, 330(9), pp.592–596. doi:<https://doi.org/10.1056/nejm199403033300902>.

Cooke, A., Smith, D. and Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, [online] 22(10), pp.1435–1443. doi:<https://doi.org/10.1177/1049732312452938>.

Deary, V., Chalder, T. and Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), pp.781–797. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>.

Delpont, B., Blanc, C., Osseby, G.V., Hervieu-Bègue, M., Giroud, M. and Béjot, Y. (2018). Pain after stroke: A review. *Revue Neurologique*, 174(10), pp.671–674. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.11.011>.

Dixon-Woods, M., Sutton, A., Shaw, R., Miller, T., Smith, J., Young, B., Bonas, S., Booth, A. and Jones, D. (2007). Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), pp.42–47. doi:<https://doi.org/10.1258/135581907779497486>.

Dysvik, E., Lindstrøm, T.C., Eikeland, O.-J. and Natvig, G.K. (2004). Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Management Nursing*, [online] 5(2), pp.66–74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2003.11.003>.

Eccleston, C. and Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological bulletin*, [online] 125(3), pp.356–66. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.356>.

Galligan, N.G., Hevey, D., Coen, R.F. and Harbison, J.A. (2016). Clarifying the associations between anxiety, depression and fatigue following stroke. *Journal of Health Psychology*, 21(12), pp.2863–2871. doi:<https://doi.org/10.1177/1359105315587140>.

Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. and Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, [online] 133(4), pp.581–624. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>.

Gerrits, M.M.J.G., van Marwijk, H.W.J., van Oppen, P., van der Horst, H. and Penninx, B.W.J.H. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), pp.64–70. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.011>.

Gokkaya, N.K.O., Aras, M.D. and Cakci, A. (2005). Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(3), pp.229–235. doi:<https://doi.org/10.1097/00004356-200509000-00005>.

Golomb, B.A., Vickrey, B.G. and Hays, R.D. (2001). A Review of Health-Related Quality-of-Life Measures in Stroke. *Pharmacoeconomics*, 19(2), pp.155–185. doi:<https://doi.org/10.2165/00019053-200119020-00004>.

Gorst, T., Lyddon, A., Marsden, J., Paton, J., Morrison, S.C., Cramp, M. and Freeman, J. (2015). Foot and ankle impairments affect balance and mobility in stroke (FAiMiS): the views and experiences of people with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), pp.589–596. doi:<https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1052888>.

Haapamäki, J., Roine, R.P., Sintonen, H., Turunen, U., Färkkilä, M.A. and Arkkila, P.E.T. (2010). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease measured with the generic 15D instrument. *Quality of Life Research*, 19(6), pp.919–928. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9650-4>.

Hadi, M.A., Alldred, D.P., Briggs, M., Marczewski, K. and Closs, S.J. (2017). 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open*, [online] 7(6), p.e016454. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016454>.

Halicka, M., Vittersø, A.D., Proulx, M.J. and Bultitude, J.H. (2020). Neuropsychological Changes in Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). *Behavioural Neurology*, 2020, pp.1–30. doi:<https://doi.org/10.1155/2020/4561831>.

Harrison, R.A. and Field, T.S. (2015). Post Stroke Pain: Identification, Assessment, and Therapy. *Cerebrovascular Diseases*, 39(3-4), pp.190–201. doi:<https://doi.org/10.1159/000375397>.

Hart, R.P., Martelli, M.F. and Zasler, N.D. (2000). *Neuropsychology Review*, 10(3), pp.131–149. doi:<https://doi.org/10.1023/a:1009020914358>.

Haythornthwaite, J.A. and Benrud-Larson, L.M. (2000). Psychological Aspects of Neuropathic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 16(Supplement), pp.S101–S105. doi:<https://doi.org/10.1097/00002508-200006001-00017>.

Henon, H. (2006). Pain after stroke: a neglected issue. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77(5), pp.569–569. doi:<https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.085761>.

Higgins, J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J. and Welch, V.A. eds., (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. [online] Wiley. doi:<https://doi.org/10.1002/9781119536604>.

Hill, C.L., Parsons, J., Taylor, A. and Leach, G. (1999). Health related quality of life in a population sample with arthritis. *The Journal of Rheumatology*, [online] 26(9), pp.2029–2035. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10493687/>.

Hinkle, J.L., Becker, K.J., Kim, J.S., Choi-Kwon, S., Saban, K.L., McNair, N. and Mead, G.E. (2017). Poststroke Fatigue: Emerging Evidence and Approaches to Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Stroke*, 48(7). doi:<https://doi.org/10.1161/str.000000000000132>.

Hiraoka, S., Shinichiro Maeshima, Okazaki, H., Hori, H., Tanaka, S., Okamoto, S., Reisque Funahashi, Kei Yagihashi, Fuse, I., Asano, N. and Sonoda, S. (2017). Factors necessary for independent walking in patients with thalamic hemorrhage. 17(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12883-017-0991-2>.

Horwitz, A.V. (2013). *Anxiety*. [online] www.press.jhu.edu. Johns Hopkins University Press. Available at: <https://www.press.jhu.edu/books/title/10523/anxiety> [Accessed 23 Jun. 2023].

Huang, G., Xiao, P., Hung, Y.S., Iannetti, G.D., Zhang, Z.G. and Hu, L. (2013). A novel approach to predict subjective pain perception from single-trial laser-evoked potentials. *NeuroImage*, [online] 81, pp.283–293. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.017>.

Hunfeld, J.A.M., Perquin, C.W., Duivenvoorden, H.J., Hazebroek-Kampschreur, A.A.J.M., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L.W.A. and van der Wouden, J.C. (2001). Chronic Pain and Its Impact on Quality of Life in Adolescents and Their Families. *Journal of Pediatric Psychology*, [online] 26(3), pp.145–153. doi:<https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.3.145>.

Ilgen, M.A., Kleinberg, F., Ignacio, R.V., Bohnert, A.S.B., Valenstein, M., McCarthy, J.F., Blow, F.C. and Katz, I.R. (2013). Noncancer Pain Conditions and Risk of Suicide. *JAMA Psychiatry*, 70(7), p.692. doi:<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.908>.

Jensen, M.P., Chodroff, M.J. and Dworkin, R.H. (2007). The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: Review and implications. *Neurology*, 68(15), pp.1178–1182. doi:<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000259085.61898.9e>.

Jonsson, A-C. (2006). Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77(5), pp.590–595. doi:<https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.079145>.

Jupp, V. (2006). *The Sage dictionary of social research methods: Probability sampling*. Johannesburg, South Africa: Sage Research Methods, University of Johannesburg Faculty.

Klit, H., Finnerup, N.B., Overvad, K., Andersen, G. and Jensen, T.S. (2011). Pain Following Stroke: A Population-Based Follow-Up Study. *PLoS ONE*, 6(11), p.e27607. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027607>.

Kong, K.-H., Woon, V.-C. and Yang, S.-Y. (2004). Prevalence of chronic pain and its impact on health-related quality of life in stroke survivors11No commercial party having a direct financial interest in the results of the research supporting this article has or will confer a benefit upon the author(s) or upon any organization with which the author(s) is/are associated. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, [online] 85(1), pp.35–40. doi:[https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(03\)00369-1](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(03)00369-1).

Laas, K., Roine, R., Räsänen, P., Sintonen, H. and Leirisalo-Repo, M. (2008). Health-related quality of life in patients with common rheumatic diseases referred to a university clinic. *Rheumatology International*, 29(3), pp.267–273. doi:<https://doi.org/10.1007/s00296-008-0673-x>.

Lindgren, I., Gard, G. and Brogårdh, C. (2018). Shoulder pain after stroke - experiences, consequences in daily life and effects of interventions: a qualitative study. *Disability and rehabilitation*, [online] 40(10), pp.1176–1182. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1290699>.

Maree, S. (2007). *First steps in research*. Pretoria, South Africa: Van Schaik

Markham, R., & Darke, S. (1991). The effects of anxiety on verbal and spatial task performance. *Australian Journal of Psychology*, 43(2), 107–111. <https://doi.org/10.1080/00049539108259108>

Mazur, W., Kupiainen, H., Pitkäniemi, J., Kilpeläinen, M., Sintonen, H., Lindqvist, A., Kinnula, V.L. and Laitinen, T. (2011). Comparison between the disease-specific Airways Questionnaire 20 and the generic 15D instruments in COPD. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-4>.

McCrorry, P. (2000). Headaches and Exercise. *Sports Medicine*, 30(3), pp.221–229. doi:<https://doi.org/10.2165/00007256-200030030-00006>.

McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D.M., Cogo, E., Foerster, V. and Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, [online] 75(1), pp.40–46. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>.

Michaelides, A. and Zis, P. (2019). Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate medicine*, [online] 131(7), pp.438–444. doi:<https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1663705>.

Miller, K.K., Combs, S.A., Van Puymbroeck, M., Altenburger, P.A., Kean, J., Dierks, T.A. and Schmid, A.A. (2013). Fatigue and Pain: Relationships with Physical Performance and Patient Beliefs after Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(4), pp.347–355. doi:<https://doi.org/10.1310/tsr2004-347>.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. and The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

Nadarajah, M. and Goh, H.-T. (2015). Post-stroke fatigue: a review on prevalence, correlates, measurement, and management. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(3), pp.208–220. doi:<https://doi.org/10.1179/1074935714z.0000000015>.

Naess, H., Lunde, L. and Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen Stroke Study. *Vascular Health and Risk Management*, p.407. doi:<https://doi.org/10.2147/vhrm.s32780>.

Naess, H., Lunde, L. and Brogger, J. (2012). The Triad of Pain, Fatigue and Depression in Ischemic Stroke Patients: The Bergen Stroke Study. *Cerebrovascular Diseases*, 33(5), pp.461–465. doi:<https://doi.org/10.1159/000336760>.

Ntsiea, V. (2020). The prevalence and management of central post-stroke pain at a hospital in Zimbabwe. *Malawi Medical Journal*, 32(3), pp.132–138. doi:<https://doi.org/10.4314/mmj.v32i3.5>.

O'Donnell, M.J., Diener, H.-C., Sacco, R.L., Panju, A.A., Vinisko, R. and Yusuf, S. (2013). Chronic Pain Syndromes After Ischemic Stroke. *Stroke*, 44(5), pp.1238–1243. doi:<https://doi.org/10.1161/strokeaha.111.671008>.

Şahin-Onat, Ş., Ünsal-Delialioğlu, S., Kulaklı, F. and Özel, S. (2016). The effects of central post-stroke pain on quality of life and depression in patients with stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(1), pp.96–101. doi:<https://doi.org/10.1589/jpts.28.96>.

Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design: Correlation*. (265-268). Johannesburg, South Africa: Sage Research Methods, University of Johannesburg Faculty.

Sieber, C.C. (2007). The elderly patient--who is that? *Der Internist*, [online] 48(11), pp.1190, 1192–4. doi:<https://doi.org/10.1007/s00108-007-1945-3>.

Sintonen, H. (2001). The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine*, 33(5), pp.328–336. doi:<https://doi.org/10.3109/07853890109002086>.

Smith, B.H. and Torrance, N. (2011). Management of chronic pain in primary care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5(2), pp.137–142. doi:<https://doi.org/10.1097/spc.0b013e328345a3ec>.

Sophie Su, Y., Veeravagu, A. and Grant, G. (2018). *Neuroplasticity after Traumatic Brain Injury*. [online] PubMed. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26583189/>.

Stroemel-Scheder, C., Kundermann, B. and Lautenbacher, S. (2020). The effects of recovery sleep on pain perception: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, pp.408–425. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.028>.

Tang, S.-C., Lee, L.J.-H., Jeng, J.-S., Hsieh, S.-T., Chiang, M.-C., Yeh, S.-J., Hsueh, H.-W. and Chao, C.-C. (2019). Pathophysiology of Central Poststroke Pain. *Stroke*, 50(10), pp.2851–2857. doi:<https://doi.org/10.1161/strokeaha.119.025692>.

Tang, W.-K., Lau, C.G., Mok, V., Ungvari, G.S. and Wong, K.-S. (2015). The impact of pain on health-related quality of life 3 months after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(3), pp.194–200. doi:<https://doi.org/10.1179/1074935714z.0000000024>.

Tombaugh, T.N. and McIntyre, N.J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, [online] 40(9), pp.922–35. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x>.

Treister, A.K., Hatch, M.N., Cramer, S.C. and Chang, E.Y. (2017). Demystifying post-stroke pain: from etiology to treatment. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, [online] 9(1), pp.63–75. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.05.015>.

Väättäinen, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Saramies, J., Uusitalo, H., Tuomilehto, J. and Martikainen, J. (2014). Quality of life along the diabetes continuum: a cross-sectional view of health-related quality of life and general health status in middle-aged and older Finns. *Quality of Life Research*, 23(7), pp.1935–1944. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-014-0638-3>.

van Almenkerk, S., Depla, M.F.I.A., Smalbrugge, M., Eefsting, J.A. and Hertogh, C.M.P.M. (2015). Pain among institutionalized stroke patients and its relation to emotional distress and social engagement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(10), pp.1023–1031. doi:<https://doi.org/10.1002/gps.4256>.

Vartiainen, P., Heiskanen, T., Sintonen, H., Roine, R.P. and Kalso, E. (2016). Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. *PAIN*, 157(10), pp.2269–2276. doi:<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000641>.

Von Roenn, J.H. (1993). Physician Attitudes and Practice in Cancer Pain Management: A Survey From the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal Medicine*, 119(2), p.121. doi:<https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-2-199307150-00005>.

Wang, X.S., Cleeland, C.S., Mendoza, T.R., Engstrom, M.C., Liu, S., Xu, G., Hao, X., Wang, Y. and Ren, X.S. (1999). The effects of pain severity on health-related quality of life: a study of Chinese cancer patients. *Cancer*, [online] 86(9), pp.1848–1855. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10547560/> [Accessed 23 Jun. 2023].

Ware, J.E. and Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, [online] 30(6), pp.473–483. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>.

Westerlind, E., Singh, R., Persson, H.C. and Sunnerhagen, K.S. (2020). Experienced pain after stroke: a cross-sectional 5-year follow-up study. *BMC Neurology*, 20(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12883-019-1584-z>.

Whittemore, R. and Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), pp.546–553.

Widar, M. and Ahlstrom, G. (2002). Disability after a stroke and the influence of long-term pain on everyday life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), pp.302–310. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00090.x>.

Widar, M., Ahlstrom, G. and Ek, A.-C. (2004). Health-related quality of life in persons with long-term pain after a stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), pp.497–505. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00815.x>.

Widar, M., Ek, A.-C. and Ahlström, G. (2004). Coping with long-term pain after a stroke. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), pp.215–225. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.006>.

Won, A., Lapane, K., Gambassi, G., Bernabei, R., Mor, V. and Lipsitz, L.A. (1999). Correlates and Management of Nonmalignant Pain in the Nursing Home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(8), pp.936–942. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb01287.x>.

World Health Organization (2012). *WHOQOL - measuring quality of life| the world health organization*. [online] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol>.

Μαντζούκας, Σ., (2003). Έρευνα και αντιληπτά περιγράμματα: Τα είδη και η χρησιμότητά τους για τους ερευνητές νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 42 (4), 405 - 413.

Παράρτημα

Ερευνητικό πρωτόκολλο



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

| | |
|------------------------------|--|
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ : | ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΑΣΙΜΗΣ |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ : | ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : | ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ |

1. Ενδεικτικός Τίτλος :

«Ο ρόλος του νευροπαθητικού άλγους στην ποιότητα ζωής ασθενών με ΑΕΕ και στην αυτοφροντίδα τους»

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP), ο κεντρικός πόνος μετά από εγκεφαλικό (CPSP) είναι μια κατάσταση κεντρικού νευροπαθητικού άλγους στην οποία ο πόνος προκύπτει ως άμεσο αποτέλεσμα μιας εγκεφαλοαγγειακής βλάβης στο κεντρικό σωματοαισθητικό νευρικό σύστημα (Klit et al. , 2015). Ο επιπολασμός της CPSP έχει

αναφερθεί ότι είναι 11% (Liampas et al, 2020). Πολλές επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν μετά από εγκεφαλικό. Μία από αυτές τις επιπλοκές είναι ο σχηματισμός CPSP. Αν και περίπου το 50% των ασθενών με εγκεφαλικό υποφέρουν από χρόνιο πόνο, αυτό μπορεί να αγνοηθεί (Schwarzbach & Grau, 2020).

Υπάρχει μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας του εγκεφαλικού επεισοδίου, της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής (Ramos-Lima et al, 2018). Η μείωση της ποιότητας ζωής μετά το εγκεφαλικό δεν σχετίζεται μόνο με το εγκεφαλικό. Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά το εγκεφαλικό μπορούν επίσης να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ατόμων. Κατάθλιψη, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κόπωση, σωματική αναπηρία, γυναικείο φύλο, διαμονή σε οίκο ευγηρίας, καταστάσεις που απαιτούν κοινωνική βοήθεια, παρουσία πόνου στα προσβεβλημένα άκρα, καταστάσεις που απαιτούν ήπια διατροφή ή σίτιση με σωλήνα και έλλειψη σωματικής άσκησης επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό (Choi-Kwon et al, 2006. Naess et al, 2006. Kwok et al, 2006). Μία από τις επιπλοκές που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής είναι η εμφάνιση νευροπαθητικού άλγους. Το νευροπαθητικό άλγος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής διαταράσσοντας την ποιότητα του ύπνου και προκαλώντας κατάθλιψη (Xu et al, 2020). Επίσης, η σοβαρότητα του νευροπαθητικού πόνου μπορεί να σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής (Aprile et al, 2015). Επομένως, το νευροπαθητικό άλγος δεν πρέπει να θεωρείται ως απλό σύνδρομο πόνου.

2. Σκοπός και Στόχοι :

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του νευροπαθητικού άλγους στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΑΕΕ.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Το νευροπαθητικό άλγος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΑΕΕ;
- Το νευροπαθητικό άλγος επηρεάζει την αυτοφροντίδα των ασθενών με ΑΕΕ;

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2023 έως τον **Ιούνιο** του 2023.

Το δείγμα της έρευνας θα είναι ασθενείς με ΑΕΕ. Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν για τους στόχους και το σκοπό της μελέτης και θα τους δοθούν οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις για την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων τους. Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αυτού θα συλλέγει κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, δηλαδή ηλικία, επάγγελμα, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κτλ. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου θα περιέχει το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αδέλφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, διαμονή, φύλο καθώς και ερωτήσεις που αφορούν στο νευροπαθητικό πόνο τους.

2. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992).

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη της σημαντικότητας του νευροπαθητικού πόνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΑΕΕ. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με την αυτοφροντίδα τους.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να προβούν στην ωρίμανση των ασθενών με νευροπαθητικό άλγος και να προάγουν την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

5. Χρονοδιάγραμμα :

Ιανουάριος 2023 – Φεβρουάριος 2023 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

Φεβρουάριος - Μάρτιος 2023 : Συλλογή ερωτηματολογίων

Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023 : Στατιστική Επεξεργασία και Συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.

Ιούνιος 2023 : Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

7. Παραπομπές:

- Aprile I, Briani C, Pazzaglia C, Cecchi F, Negrini S, Padua L, et al. Pain in stroke patients: characteristics and impact on the rehabilitation treatment. A multicenter cross-sectional study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2015;51:725-36.
- Choi-Kwon S, Choi JM, Kwon SU, Kang DW, Kim JS. Factors that affect the quality of life at 3 years post-stroke. *J Clin Neurol* 2006;2:34-41.
- Klit HM, Finnerup NB, Jensen TS. Diagnosis, prevalence, characteristics, and treatment of central poststroke. *Pain: Clin Updates* 2015;23:1-7.
- Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:1177-82.
- Liampas A, Velidakis N, Georgiou T, Vadalouca A, Varrassi G, Hadjigeorgiou GM, et al. Prevalence and management challenges in central post-stroke neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Adv Ther* 2020;37:3278-91.
- Naess H, Waje-Andreassen U, Thomassen L, Nyland H, Myhr KM. Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke* 2006;37:1232-6.
- Ramos-Lima MJM, Brasileiro IC, Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics (Sao Paulo)* 2018;73:e418.
- Schwarzbach CJ, Grau AJ. [Complications after stroke: clinical challenges in stroke aftercare]. *Der Nervenarzt* 2020;91:920-5.
- Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
- Xu XM, Luo H, Rong BB, Zheng XM, Wang FT, Zhang S-J, et al. Nonpharmacological therapies for central poststroke pain: a systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2020;99:e2261.

Υπογραφή φοιτητή

Υπογραφή Επιβλέπουσας

Ημερομηνία: 12/1/2023

Ερευνητικά εργαλεία



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη σχέση μας με την υγεία μας. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2023

ΑΝΔΡΑΣ _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΓΥΝΑΙΚΑ _____

ΦΥΛΟ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΧΗΡΟΣ/Α _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΠΟΛΗ <150.000

ΠΟΛΗ >150.000

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------|-------------------|
| ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: | ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ_____ <input type="checkbox"/> | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ | ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: |
| ΑΝΕΡΓΟΣ_____ | <input type="checkbox"/> | | |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ___ <input type="checkbox"/> | | |
| ΟΙΚΙΑΚΑ_____ | <input type="checkbox"/> | | |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ___ <input type="checkbox"/> | | |
| ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ | <input type="checkbox"/> | | |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ_____ <input type="checkbox"/> | | ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ |
| ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | <input type="checkbox"/> | | |
| | ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ_____ <input type="checkbox"/> | | ΔΗΜΟΣΙΟΣ |
| ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | <input type="checkbox"/> | | |
| | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ_____ <input type="checkbox"/> | | |
| ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ <input type="checkbox"/> | | | |

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ/ ΗΤΑΝ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;.....

ΒΟΗΘΑΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΙΔΙΑ___

ΣΑΣ ΒΟΗΘΟΥΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ Ή ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ Ή ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ___

ΝΟΙΚΙΑΖΕΤΕ ΣΠΙΤΙ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ **ΕΧΕΤΕ ΕΞΟΧΙΚΟ;** ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ **ΤΟ ΠΑΤΡΙΚΟ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ**___

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ **ΠΟΣΑ;**___ **ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ;**___ **ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ;**___ **ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ:**___

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ___

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ **ΠΟΣΑ;**___

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ___ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ___

ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ___ ΟΧΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ___ ΟΧΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ___

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΕ ΤΟΝ(ΗΝ) ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΔΙΑ ΜΑΣ___ ΜΟΝΟΣ (Η)___ ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ___ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η)___ ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ___ ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ___ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ___

ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΑΚΟΠΕΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΕΡΠΑΤΑΤΕ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΚΗΠΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ
ΟΧΙ ΟΧΙ

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ; _____

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΔΥΣΚΟΛΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΧΕΤΕ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ; _____ ΠΟΣΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ; _____

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΠΝΙΕΣ _____

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ; ΠΟΛΛΑ _____ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ _____ ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ _____

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ; ΩΡΑΙΑ _____ ΑΣΧΗΜΑ _____ ΕΦΙΑΛΤΕΣ _____ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ _____

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

.....
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΓ' ΑΥΤΗ;.....

ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ;

.....
ΠΟΝΟΥ; ΟΧΙ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΓ' ΑΥΤΟΝ;.....

ΠΟΝΗΣΑΤΕ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΤΙ;ΣΕ ΠΟΙΟ ΟΡΓΑΝΟ Ή ΣΗΜΕΙΟ.....

ΣΩΜΑΤΙΚΑ; ΟΧΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΑΥΤΟ;.....

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς ασθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική.....1

Πολύ καλή2

Καλή3

Μέτρια4

Κακή 5

2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν1

Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν2

Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν3

Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν4

Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

| | Ναι, περιορίζονται | Ναι, περιορίζονται | Όχι, δεν περιορίζονται |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| | Πολύ | Λίγο | Καθόλου |
| A. Έντονες δραστηριότητες , όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση | 1 | 2 | 3 |
| B. Μέτριες δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας | 1 | 2 | 3 |
| Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων | 1 | 2 | 3 |
| Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων | 1 | 2 | 3 |
| Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου | 1 | 2 | 3 |
| ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα | 1 | 2 | 3 |
| Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο | 1 | 2 | 3 |
| Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων | 1 | 2 | 3 |
| Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου | 1 | 2 | 3 |
| Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε | 1 | 2 | 3 |

4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, η **κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

| | ΝΑΙ |
|--|------------|
| A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες | 1 |
| B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε | 1 |
| Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας | 1 |
| Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας | 1 |

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, τα **συναισθηματικά σας προβλήματα** (όπως η μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:

| | ΝΑΙ |
|---|------------|
| A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες | 1 |
| B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε | 1 |
| Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως | 1 |

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

- Καθόλου.....1
- Ελάχιστα2
- Μέτρια3
- Αρκετά4
- Πάρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1

Πολύ ήπιο2

Ήπιο3

Μέτριο4

Έντονο5

Πολύ έντονο6

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου1

Λίγο2

Μέτρια3

Αρκετά4

Πάρα πολύ5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

| | Πάντα | Τις πιο πολλές φορές | Αρκετά συχνά | Μερικές φορές | Όχι |
|---|-------|----------------------|--------------|---------------|-----|
| A. Είχατε ζωντάνια; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| B. Είσαταν ένα πολύ νευρικό άτομο; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Γ. Είχατε τόσο «τις μιάρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/η; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Η. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η; | 1 | 2 | 3 | 4 | |

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό η **σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

- Πάντα.....1
- Τις πιο πολλές φορές.....2
- Μερικές φορές3
- Όχι συχνά.....4
- Ποτέ 5

11. Πόσο *σωστό ή λάθος* είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

| | Απόλυτα σωστό | Μάλλον σωστό | ΔΓ | Μάλλον λάθος |
|---|--------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| Α. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Β. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική | 1 | 2 | 3 | 4 |