

**Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**  
**Τμήμα Ιατρικής**  
**Μεταπτυχιακό «Αντιμετώπιση του Πόνου»**

**Αλίκη Τσοχαντάρη**  
**Διπλωματική εργασία**  
**«Επιπολασμός Ανεξήγητης Χρόνιας Κόπωσης στον Ελληνικό**  
**πληθυσμό»**

**Επιβλέπων καθηγητής: Πέτρος Σκαπινάκης**

**Σεπτέμβρης, 2017**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ [σ. 5]

- 1.1 Ιστορική Αναδρομή [6]
- 1.2 Ορισμός Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης [8]
- 1.3 Προβλήματα Ορισμού [11]
- 1.4 Αιτιολογία Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης [12]

## 2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ

- 2.1. Επιπολασμός Κόπωσης [14]
- 2.2 Δημογραφικές Συσχετίσεις [17]
  - α. Φύλο [17]
  - β. Ηλικία [18]
  - γ. Κοινωνικοοικονομική Κατάσταση [19]
- 2.3 Ψυχιατρική Συννοσηρότητα [20]
- 2.4 Σωματικά Προβλήματα [21]

## 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 3.1 Σκοπός Έρευνας [22]
- 3.2 Σχέδιο Μελέτης και Δείγμα [22]
- 3.3 Πρωτογενής Έρευνα [23]
  - 3.3.1 Δειγματοληψία [23]
  - 3.3.2 Συλλογή δεδομένων [24]
    - A) Εκτίμηση Ψυχιατρικών Διαταραχών [24]
    - B) Εκτίμηση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών [25]
    - Γ) Εκτίμηση Ποιότητας Ζωής [25]
- 3.4 Δευτερογενής Έρευνα [26]
  - 3.4.1 Κλίμακα Κόπωσης [26]
  - 3.4.2 Δημογραφικά Στοιχεία [27]
- 3.5 Στατιστική Ανάλυση [27]

## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Περιγραφή Δείγματος [28]

4.2 Συσχετίσεις Ανεξιγήτης Χρόνιας Κόπωσης με Δημογραφικά Χαρακτηριστικά [30]

4.3 Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης [32]

4.4 Ποσοστό εμφάνισης Ανεξιγήτης Χρόνιας Κόπωσης και Ψυχιατρικής Νοσηρότητας [35]

4.5 Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης Ανεξιγήτης Χρόνιας Κόπωσης και ψυχιατρικής συννοσηρότητας [36]

## **5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

5.1 Βασικά ευρήματα [40]

5.2 Περιορισμοί [41]

5.3 Σύγκριση με άλλες Έρευνες [42]

5.3.1 Ανεξιγήτη Χρόνια Κόπωση και Φύλο [43]

5.3.2. Ανεξιγήτη Χρόνια Κόπωση και Ηλικία [43]

5.3.3 Ανεξιγήτη Χρόνια Κόπωση και Κοινωνικοοικονομικές Μεταβλητές [44]

5.3.4 Ανεξιγήτη Χρόνια Κόπωση και Ψυχιατρική συννοσηρότητα [47]

5.4 Προτάσεις [45]

## **6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ [48]**

## **Περίληψη**

**Σκοπός:** Καμία έρευνα έως τώρα στην Ελλάδα δεν έχει αξιολογήσει τον επιπολασμό της χρόνιας κόπωσης χρησιμοποιώντας ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού από την ελληνική επικράτεια τόσο των χερσαίων όσο και των νησιωτικών περιοχών. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα αυτής της πρώτης έρευνας καθώς και να εξάγει συμπεράσματα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την πιθανή συννοσηρότητα που σχετίζονται με το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης (CFS).

**Μέθοδος:** Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων μελέτης που διεξήχθη μεταξύ 2009-2010 σε ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 4894 ατόμων που ζούσαν σε ιδιωτικά νοικοκυριά στην Ελλάδα.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Wessely (1998) η κόπωση είναι μια υποκειμενική κατάσταση μειωμένης ζωτικότητας και αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια στην οποία εμπλέκονται ψυχολογικοί, βιοχημικοί και οργανικοί μηχανισμοί.

Μετά από κάποια χρόνια στην σχετική αφάνεια, τα προβλήματα ασθενών με υπερβολική κόπωση που δεν μπορούν να εξηγηθούν με απλό τρόπο φαίνεται πως απασχολούν και πάλι μια μερίδα ερευνητών. Τα συμπτώματα αυτά τώρα κατηγοριοποιούνται υπό τον όρο "Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης" (Chronic Fatigue Syndrome - CFS). Το ζήτημα του CFS είναι εξαιρετικά πλούσιο και πολύπλοκο. Γι' αυτόν το λόγο, με το CFS πλέον ασχολούνται διάφοροι επιστημονικοί κλάδοι, όπως η ανθρωπολογία, η ενδοκρινολογία, η ιστορία, η ανοσολογία, η νευροφυσιολογία, η νευροψυχολογία, η ψυχιατρική και η ιολογία. Πρόοδος έχει παρουσιαστεί σε όλα αυτά τα πεδία χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει και πλήρης συμφωνία (Wessely, 1995).

Το CFS είναι ένα σύνδρομο το οποίο δεν έχει κατανοηθεί ακόμα πλήρως και χαρακτηρίζεται από σωματική και πνευματική κόπωση η αίσθηση της οποίας επιδεινώνεται από την σωματική αλλά και την πνευματική προσπάθεια. Το αίσθημα της κόπωσης είναι σχεδόν συνέχεια παρόν και διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες. Η κόπωση συνοδεύεται από μία σειρά σωματικών αλλά και ψυχολογικών συμπτωμάτων, κυρίως από μυαλγία και κατάθλιψη (Joyce et al., 1996). Συμπτώματα υπνηλίας, πονοκεφάλου, ζάλης, ιλίγγου, δυσκολίας στην συγκέντρωση, πόνου στο λαιμό αλλά και διαταραχών του συναισθήματος όπως ευερεθιστότητα, ανησυχία και ευσυγκινησία είναι πιθανό να παρουσιαστούν μαζί με την κόπωση (Vereker, 1992).

Έρευνες για τον επιπολασμό του CFS είναι κυρίως διαθέσιμες από το 1990, με τις περισσότερες να προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και την Ευρώπη. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός των ερευνών σε χώρες που προέρχονται από την Ασία και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αρχικά, οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό ήταν βασισμένες σε κλινικές αξιολογήσεις των ασθενών που βρίσκονταν σε κέντρα τριτοβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομεία) και οι πρώτες μελέτες του συνδρόμου στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν προβλεπτικές μέθοδοι στηρίχθηκαν σε παραπομπές ιατρών (Ho-Yen, 1991). Σταδιακά, οι ερευνητές άρχισαν να χρησιμοποιούν δείγμα από την πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά και από την ευρύτερη κοινότητα. Σήμερα οι έρευνες για τον επιπολασμό του συνδρόμου δείχνουν πως

κυμαίνεται από 0.2% έως 6.41% (Johnston et al., 2013). Παρά, ωστόσο, το σχετικά χαμηλό ποσοστό του CFS στον πληθυσμό, το αίσθημα της κόπωσης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνό με ποσοστά από 9% έως και 30% (Price et al., 1992, Van' t Leven et al., 2009).

Πολλές έρευνες επισημαίνουν μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών, με την καταθλιπτική και τις αγχώδεις διαταραχές να είναι οι κύριες (Wessely, 1995, Skaripinakis & Mavreas, 2003, Nater et al. 2009). Επιπρόσθετα, οι ερευνητές προσπαθούν να εκτιμήσουν τις βασικές δημογραφικές συσχετίσεις του συνδρόμου, όπως το φύλο, η ηλικία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Nacul et al., 2011, Fielding et al., 2012, Lin et al., 2015).

Στην Ελλάδα μέχρι τώρα δεν έχει υπάρξει έρευνα που να αξιολογεί τον επιπολασμό της χρόνιας κόπωσης σε ενήλικες, καθώς και τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά της σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα. Στόχος της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι να συμβάλει στην κάλυψη αυτού του κενού. Η εργασία επιδιώκει να αξιολογήσει τον επιπολασμό της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης (κόπωση άνω των έξι μηνών που δεν πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου και δεν οφείλεται σε χρήση φαρμάκων, σε σωματική ασθένεια ή άσκηση) και την συσχέτιση της με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του ενήλικου πληθυσμού. Ταυτόχρονα, θα ελεγχθεί και η συσχέτιση της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης με κάποιες βασικές ψυχιατρικές διαταραχές. Η εργασία αυτή, αποτελεί δευτερογενή ανάλυση δεδομένων της μελέτης «Επιπολασμός και κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα από τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας». Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε από τους Skaripinakis et al (2000), σε 4894 άτομα τα οποία διέμεναν σε ιδιωτικά νοικοκυριά στην Ελλάδα. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών είναι η αναθεωρημένη έκδοση της 'Clinical Interview Schedule (CIS-R)'.

### **1.1 Ιστορική αναδρομή**

Το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης (Chronic Fatigue Syndrome - CFS) δεν είναι νέο φαινόμενο. Διάφορα σύνδρομα κόπωσης έχουν αναφερθεί κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο αιώνων ενώ η πρώτη αναφορά σε ένα σύνολο συμπτωμάτων που ταιριάζει με τα συμπτώματα του σημερινού CFS εντοπίζεται στα τέλη της δεκαετίας

του 1820. Έτσι, οι ρίζες του συνδρόμου φαίνεται να προέρχονται από την ασθένεια που οι Βικτωριανοί αποκαλούσαν «νευρασθένεια» (Wessely, 1995).

Όπως και τόσες λέξεις στην ψυχιατρική έτσι και ο όρος «νευρασθένεια» έχει γνωρίσει πολλές διακυμάνσεις ως προς το νόημα και τη δημοτικότητα του κατά τη διάρκεια της ιστορίας του. Αυτές οι διακυμάνσεις είναι χωρίς αμφιβολία, μια αντανάκλαση ενός μεγάλου αριθμού μεταβλητών. Στο δέκατο όγδοο αιώνα, υπό την επίδραση μιας αναδυόμενης ορθολογικής παράδοσης στην ιατρική και την επιστήμη, με την εισαγωγή της θεωρίας της «διατήρησης της ενέργειας», ο Βρετανός γιατρός John Brown διατύπωσε την άποψη ότι η ευερεθιστότητα του νευρικού συστήματος μπορεί να προκαλέσει ψυχική ασθένεια. Με την εισαγωγή αυτής της θεωρίας ο όρος «νευρασθένεια» τέθηκε σε λειτουργία για να περιγράψει ένα διαγνωστικό σύνδρομο που αναφέρεται στην αδυναμία ή την εξάντληση του νευρικού συστήματος (Berger, 1973).

Ο George Beard ήταν αυτός που το 1869 υπό τον όρο «νευρασθένεια» προσπάθησε να ομαδοποιήσει ένα σύνολο συμπτωμάτων όπως την κούραση, την αδυναμία και την δυσπεψία (Bynum, B., 2003). Εκτός από αυτά, η «νευρασθένεια» κάλυπτε ένα ευρύ και ετερογενές φάσμα διαταραχών όπως η αϋπνία, η έλλειψη συγκέντρωσης, τα καταθλιπτικά συναισθήματα, η ευερεθιστότητα και οι φόβοι (Gosling, 1987).

Ο παραπάνω όρος κυριάρχησε στην ιατρική μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα και με την ανακάλυψη νέων διαταραχών, η νευρασθένεια, ακριβώς επειδή η χρήση του όρου ήταν κυρίως λειτουργική, έτεινε να αντικατασταθεί με τους νέους για την εποχή ψυχιατρικούς όρους και διαγνώσεις «άγχος» και «κατάθλιψη» (Taylor, 2001, Bynum, 2003). Βέβαια φαίνεται πως ο όρος δεν εξαλείφθηκε πλήρως αλλά έμεινε να περιγράφει ουσιαστικά μόνο την κόπωση (Berger, 1973). Έτσι, ίχνη της νευρασθένειας είχαν επιβιώσει σε καταστάσεις όπως η χρόνια βρουκέλλωση, η αντιδραστική υπογλυκαιμία, η χρόνια καντιντίαση και διαταραχές υπερευαισθησίας στο περιβάλλον. Η ίδια η νευρασθένεια ως διάγνωση παραμένει δημοφιλής στην Κίνα, τη Νοτιοανατολική Ασία, και στην Ανατολική Ευρώπη (Taylor, 2001).

Ο Wessely το 1990 πρότεινε πως υπάρχει μια συνέχεια μεταξύ του όρου «νευρασθένεια» και της σημερινής διάγνωσης του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης ή της

μυαλγικής εγκεφαλίτιδας (Taylor, 2001). Άτομα που υπέφεραν από σοβαρή κόπωση έχουν διαγνωστεί με μυαλγική εγκεφαλίτιδα. Ο όρος αυτός φαίνεται να προέκυψε από την εμφάνιση μιας ασθένειας που προσέβαλε το 1955 το προσωπικό του Royal Free Hospital στο Λονδίνο, η οποία περιλάμβανε πληθώρα ανεξήγητων νευρολογικών συμπτωμάτων (Compston, 1978). Άλλος ένας όρος που έχει αποδοθεί στην χρόνια κόπωση είναι το μεταϊικό σύνδρομο κόπωσης (Lewis & Wessely, 1992).

Ομοιότητες μεταξύ της βικτωριανής «νευρασθένειας» και της αρχικής διατύπωσης του CFS είναι η κοινή φύση των συμπτωμάτων: κόπωση, άγχος, πονοκέφαλοι, υψηλή πίεση, κατάθλιψη και νευραλγία, το προφίλ του τυπικού πάσχοντα καθώς και οι κοινές συνισταμένες στην αιτιολογία αλλά και στους τρόπους θεραπείας (Wessely, 1995).

Μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, έγινε αισθητή η ανάγκη να βρεθεί ένα αντικειμενικό τεστ που θα μετράει την κόπωση. Βέβαια, η δυσκολία στο να συγκροτηθεί ένα αντικειμενικό εργαλείο για μια τόσο υποκειμενική κατάσταση είναι αυτονόητη. Η κόπωση περιλαμβάνει συναισθηματικά, συμπεριφορικά αλλά και γνωσιακά χαρακτηριστικά του ατόμου η σχέση των οποίων φαίνεται να παραμένει ανεξερεύνητη. Για τον λόγο αυτόν, πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι αποτελεί το άκρο σε ένα συνεχές της κοινής αίσθησης της κούρασης που περιγράφεται συχνά σε έρευνες στην κοινότητα. Υποστηρίζεται πως σε έρευνες στον πληθυσμό αντί να ρωτάμε «αν έχεις» (κόπωση) είναι προτιμότερη η ερώτηση «πόσο πολύ από αυτό έχεις» (Lewis & Wessely, 1992).

## **1.2 Ορισμός Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης**

Σήμερα, το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης αποτελεί μία κλινικά διαγνωσμένη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονη κόπωση και έναν συνδυασμό συμπτωμάτων με κύρια την αυτοαναφορά σε προβλήματα στην συγκέντρωση, προβλήματα στην βραχυπρόθεσμη μνήμη, διαταραχές ύπνου καθώς και μυοσκελετικούς πόνους (Fukuda et al., 1994). Το CFS μπορεί να οφείλεται σε πολλές αιτίες, που όλες έχουν κοινή κατάληξη. Αυτές οι αιτίες μπορεί να περιλαμβάνουν ιογενείς λοιμώξεις ή διαταραχές του νευρικού και ενδοκρινικού συστήματος ή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.



Σύμφωνα με το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών των ΗΠΑ (CDC), τον ορισμό του οποίου φαίνεται να χρησιμοποιούν πιο συχνά οι ερευνητές, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης μπορεί διαγνωσθεί εσφαλμένα ή να αγνοηθεί επειδή τα συμπτώματά του είναι παρόμοια με πολλές άλλες ασθένειες. Η κούραση, για παράδειγμα, μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα για πάρα πολλές νόσους. Εξετάζοντας, ωστόσο, στενότερα τη φύση των συμπτωμάτων, μπορεί να βοηθηθεί ένας γιατρός ώστε να διακρίνει το CFS και να αποκλείσει άλλες ασθένειες.

Όπως αντιλαμβανόμαστε από τον ίδιο τον όρο «Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης», η κόπωση αποτελεί ένα βασικό κομμάτι της ασθένειας. Στο CFS βέβαια, η κόπωση συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα. Έτσι, σύμφωνα πάντα με το CDC, η κόπωση που βιώνει το άτομο με CFS είναι μια σοβαρή κούραση (εξουθένωση) που δεν βελτιώνεται με ξεκούραση στο κρεβάτι και η οποία συχνά επιδεινώνεται από τη σωματική δραστηριότητα ή κάποιου είδους διανοητική άσκηση. Αποτελεί ένα είδος εξουθένωσης που καλύπτει τα πάντα και που μπορεί να μειώσει δραματικά το επίπεδο δραστηριότητας του ατόμου, την αντοχή του αλλά και την άμυνα του οργανισμού.

Η κόπωση που οφείλεται σε αυτό το σύνδρομο συνοδεύεται από χαρακτηριστικά συμπτώματα άλλων ασθενειών και για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση θα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες. Τέτοια συμπτώματα (τέσσερα από τα οποία θα πρέπει να συνυπάρχουν με την κόπωση) είναι: η αυξημένη δυσφορία (ακραία εξάντληση) μετά από σωματική δραστηριότητα ή διανοητική άσκηση, προβλήματα με τον ύπνο, δυσκολίες με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, επίμονος πόνος των μυών, πόνος στις αρθρώσεις (χωρίς ερυθρότητα ή οίδημα), πονοκέφαλος, πονόλαιμος και πρήξιμο στους λεμφαδένες του λαιμού ή της μασχάλης. Εκτός από τα παραπάνω, κάποιοι ασθενείς μπορεί να βιώνουν και άλλα συμπτώματα όπως: διανοητική σύγχυση, ζαλάδες, αλλεργίες ή ευαισθησίες σε τρόφιμα, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ρίγη και νυχτερινές εφιδρώσεις, διαταραχές της όρασης (ευαισθησία στο φως, θόλωση, πόνος του οφθαλμού), κατάθλιψη ή προβλήματα διάθεσης (ευερεθιστότητα, εναλλαγές της διάθεσης, άγχος, κρίσεις πανικού) (CDC, 1994).

**Πίνακας 1:** Τα κριτήρια του CDC για το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης (1994)

--	--

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το άτομο αναφέρει παρουσία έντονης κόπωσης διάρκειας από 6 μήνες και πάνω</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η κόπωση παρεμβαίνει σημαντικά στις καθημερινές δραστηριότητες και στη δουλειά του ατόμου</li> </ul>
3	<p>Το άτομο παρουσιάζει 4 από τα 8 συμπτώματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Κακουχία μετά την σωματική άσκηση που διαρκεί τουλάχιστον 24 ώρες</li> <li>• Μη αναζωογονητικός ύπνος</li> <li>• Βλάβη στη μνήμη και στη συγκέντρωση</li> <li>• Μυϊκοί πόνοι</li> <li>• Πόνος στις αρθρώσεις χωρίς οίδημα ή ερυθρότητα</li> <li>• Κεφαλαλγίες νέου τύπου, μοτίβου, ή σοβαρότητας</li> <li>• Ευαισθησία στους λεμφαδένες στο λαιμό ή μασχάλη</li> <li>• Πονόλαιμος, συχνός και επαναλαμβανόμενος</li> </ul>

**Υποσημείωση:** Αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να επιμένουν ή να υποτροπιάζουν για 6 ή περισσότερους συνεχόμενους μήνες, και δεν μπορούν να έχουν εμφανιστεί για πρώτη φορά πριν από την κόπωση.

Εκτός από τον ορισμό και τα κριτήρια που είναι απαραίτητα ώστε να δοθεί η διάγνωση του CFS, στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλοι όροι οι οποίοι αφορούν στην κόπωση. Έτσι λοιπόν υπάρχει ο όρος Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση (Unexplained Chronic Fatigue) η οποία διαρκεί από 6 μήνες και πάνω και περιλαμβάνει το CFS και την Ιδιοπαθή Χρόνια Κόπωση (Idiopathic Chronic Fatigue). Την Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση κάποιοι ερευνητές την αναφέρουν και ως Χρόνια Κόπωση (Chronic Fatigue) (Wessely et al., 1996). Η Ιδιοπαθής Χρόνια Κόπωση είναι το αίσθημα της κόπωσης που όμως δεν εμπίπτει στη διαγνωστική κατηγορία του Συνδρόμου. Ακόμη, χρησιμοποιείται ο όρος παρατεταμένη κόπωση (prolonged fatigue) και αφορά στο επίμονο αίσθημα της κόπωσης που διαρκεί περισσότερο από έναν μήνα. (Fukuda et al., 1994). Επιπλέον, φαίνεται πως χρησιμοποιείται ο όρος χρόνια κόπωση – σαν σύνδρομο (chronic fatigue – like syndrome, CFS – like) όπου περιλαμβάνει τα συμπτώματα του

CFS διάρκειας έξι μηνών, χωρίς όμως να έχει γίνει κάποια ιατρική εξέταση για να αποκλειστούν άλλες ασθένειες (Dinos et al., 2009). Στην παρούσα εργασία θα εξετάσουμε την Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση (Unexplained Chronic Fatigue) δηλαδή το αίσθημα της κόπωσης που διαρκεί από έξι μήνες και πάνω και το οποίο δεν οφείλεται σε χρήση φαρμάκων, σε κάποια σωματική ασθένεια ή σε έντονη σωματική άσκηση.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως εκτός από το CDC έχουν δοθεί κριτήρια για την διάγνωση του CFS από το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και από τα κέντρα Πρόληψης και Ελέγχου της Αυστραλίας. Η διάρκεια των συμπτωμάτων που απαιτείται για την διάγνωση είναι παντού ίδια (έξι μήνες) ενώ μικρές διαφορές υπάρχουν στον αριθμό των συμπτωμάτων εκτός της κούρασης που απαιτούνται (4 – 6) αλλά και στον αποκλεισμό άλλων ασθενειών των οποίων τα συμπτώματα μπορεί να μοιάζουν με αυτά της χρόνιας κόπωσης (Wessely, 1995).

### **1.3 Προβλήματα ορισμού**

Κάποια ζητήματα που προκύπτουν στην έρευνα για το CFS σχετίζονται άμεσα από τον ορισμό που προτείνεται αλλά και από το κατά πόσο έχουν διευκρινιστεί οι διαφορές μεταξύ CFS και νευροψυχιατρικών συνδρόμων. Οι διαταραχές όπως η σωματόμορφη διαταραχή, οι αγχώδεις διαταραχές, η μείζονα κατάθλιψη και άλλα συμπτωματικά σύνδρομα μπορούν να εμφανίσουν έντονη κόπωση (ως σύμπτωμα) και έντονα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα τα οποία είναι πιο πιθανό να διαγνωσθούν σε πληθυσμούς οι οποίοι βιώνουν χρόνια κόπωση και το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης, παρά στον γενικό πληθυσμό (Fukuda et al., 1994).

Διαφωνίες έχουν παρουσιαστεί σχετικά με το ποια θα είναι τα όρια του ορισμού της χρόνιας κόπωσης. Υπάρχει μια μερίδα ερευνητών που προτιμά έναν πιο περιοριστικό ορισμό (χρησιμοποιώντας περισσότερα συμπτώματα ως κριτήρια) και μια άλλη που προτιμά έναν πιο ευρύ ορισμό (με λιγότερα συμπτώματα ως κριτήρια) όπως έχει γίνει με τους ορισμούς του Ηνωμένου Βασιλείου αλλά και της Αυστραλίας. Αυτοί που υποστηρίζουν την ανάγκη για περισσότερα κριτήρια θεωρούν πως τα περισσότερα συμπτώματα αντανακλούν την εμπειρική κλινική αίσθηση πως το CFS αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα ως σύνδρομο. Ο αντίλογος είναι πως δεν έχουν υπάρξει συμπτώματα που να σχετίζονται μόνο με το CFS και πως ο περιορισμός των

συμπτωμάτων εισάγει σφάλμα στην επιλογή των υποθέσεων κυρίως εκείνων με κάποια ψυχιατρική διαταραχή (Fukuda et al., 1994).

Άλλη μια διαφωνία που σχετίζεται με τα κριτήρια για την διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης φαίνεται να είναι το κατά πόσο υπάρχει αλληλοεπικάλυψη με ψυχιατρικές διαταραχές. Σε πολλές έρευνες εμφανίζεται μια ισχυρή αλληλοεπικάλυψη της χρόνιας κόπωσης και ψυχιατρικών διαταραχών, με πολλούς να υποστηρίζουν πως αυτή η ισχυρή συσχέτιση είναι αποτέλεσμα του ευρύ ορισμού που χρησιμοποιείται για την χρόνια κόπωση και πως αν είχαν χρησιμοποιηθεί πιο στενά κριτήρια θα υπήρχε μικρότερη συννοσηρότητα (Fukuda et al., 1994). Βέβαια, παρά τα λίγα στοιχεία που έχουμε, υπάρχουν έρευνες σε ασθενείς αλλά και στον γενικότερο πληθυσμό (Pawlikowska et al., 1994) που δεν φαίνεται να υποστηρίζουν αυτή την υπόθεση. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Skaripakis et al. το 2003 σε ασθενείς από δεκατέσσερις χώρες βρέθηκε πως όσο προστίθενται περισσότερα κριτήρια στον ορισμό του CFS η επικράτηση των συμπτωμάτων στον πληθυσμό μειώνεται, παρ' όλα αυτά η συννοσηρότητα με άγχος και κατάθλιψη φαίνεται πως γίνεται ακόμα πιο ισχυρή. Στην έρευνα των Pawlikowska et al., τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια, δείχνοντας πως αυξάνοντας τον αριθμό των περιορισμών στον ορισμό της χρόνιας κόπωσης όχι μόνο δεν μειώνεται η συννοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές αλλά φαίνεται να έχουμε τα αντίθετα αποτελέσματα.

#### **1.4 Αιτιολογία Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης**

Δεν έχει βρεθεί ακόμα μια συγκεκριμένη αιτιολογία για το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης. Επίσης δεν υπάρχει διαθέσιμη κάποια συγκεκριμένη διαγνωστική εξέταση. Πριν την εμφάνιση του συνδρόμου οι περισσότεροι ασθενείς ήταν υγιείς, με κοινωνική ζωή και πλήρως λειτουργικοί. Έρευνες έχουν δείξει πως το 50% έως 80% αυτών που πάσχουν από Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης αναφέρουν πως η κόπωση άρχισε ξαφνικά ύστερα από κάποια γρίπη από την οποία ο ασθενής δεν μπόρεσε να συνέλθει πλήρως ποτέ. Το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης είναι σύνηθες να βρίσκεται ως διάγνωση μετά από ιογενή ή μικροβιακή λοίμωξη ή λοίμωξη από άλλους μικροοργανισμούς (Bested A. & Marshall N., 2015).

Στο σημείο αυτό, θα αναφέρουμε ενδεικτικά κάποιες πιθανές αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με την κόπωση:

Η *γενετική προδιάθεση* είναι μία από τις πιθανές αιτιολογίες. Δεδομένα από τρεις γενιές ανθρώπων από τη Βάση Δεδομένων της Γιούτα δείχνει έναν αυξημένο κίνδυνο μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού [2.70], δεύτερου βαθμού [2.34] και σε συγγενείς τρίτου βαθμού [1.93] (Underhill R & O’Gorman R, 2006). Μελέτες διδύμων έδειξαν πως το ποσοστό συμφωνίας εμφάνισης του συνδρόμου σε μονοζυγωτικούς διδύμους ήταν 55% ενώ σε διζυγωτικούς ήταν 19% (Buchward et al., 2001). Ακόμη, οι *ιογενείς μολύνσεις, η δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, η αναιμία* καθώς και *τα αυτοάνοσα και χρόνια νοσήματα* (Hinz, 2013, Hotopf et al., 1996, Lewis et al., 1992, Pawlikowsta et al., 1994, Nacul et al., 2011) φαίνεται να αποτελούν πιθανές αιτιολογίες. Έρευνα στο Χονγκ Κονγκ έδειξε πως στο Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης σημαντικό ρόλο παίζουν ο *χρόνιος πόνος* καθώς και η *αυπνία* (Fielding et al., 2012). Τέλος, το ιστορικό απώλειας βάρους, τα παραπάνω κιλά καθώς και η έλλειψη σωματικής άσκησης αποτελούν επίσης παράγοντες που σχετίζονται με την κόπωση (Lin et al., 2015, Price et al., 1992, Van’t Leven et al., 2009).

## **2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΟΠΩΣΗΣ**

### **2.1 Επιπολασμός**

Πολλοί ερευνητές διαπιστώνουν πως το αίσθημα της χρόνιας κόπωσης είναι πολύ συχνό στον γενικό πληθυσμό (Price et al., 1992, Wessely, 1995, Fukuda, 1994) αλλά τονίζουν πως το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης με τα αυστηρά κριτήρια του CDC εμφανίζεται σε πολύ μικρότερα ποσοστά. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η διαφορά αυτή (από 2.36% έως 75.7%) οφείλεται πιθανά στο γεγονός ότι δεν πραγματοποιείται σωστή διάγνωση του συνδρόμου από τους ειδικούς (μόνο το 15% του πληθυσμού που έχει Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης λαμβάνει σωστή διάγνωση) και τα άτομα με Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης δεν αναζητούν συχνά την βοήθεια κάποιου ειδικού. Ακόμη, τονίζεται πως η μεγάλη διαφοροποίηση στον επιπολασμό της κόπωσης που εμφανίζεται σε έρευνες, σχετίζεται με τον ορισμό της κόπωσης που χρησιμοποιείται (αυστηρότερα ή όχι κριτήρια, διάρκεια συμπτώματος), με τους τρόπους που γίνεται η κλινική εκτίμηση (κατά πόσο γίνεται με κλινική παρατήρηση από κάποιον ειδικό ή από αυτό-παρατήρηση του ασθενή) καθώς και με τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται (Nater et al., 2009, Lin et al., 2015).

Όπως έχει διαπιστωθεί η αίσθηση της εξουθένωσης αποτελεί έναν συνήθη λόγο για τον οποίο τα άτομα αναζητούν ιατρική φροντίδα αλλά και πηγή οικονομικού βάρους τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για την κοινωνία. Στην Αμερική, οι εργαζόμενοι με κόπωση κοστίζουν στους εργοδότες τους περίπου 136 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως για την υγεία που σχετίζεται με την απώλεια παραγωγικού χρόνου, δηλαδή περίπου 101 δισεκατομμύρια περισσότερα από τους εργαζόμενους που δεν έχουν κόπωση (Ricci JA et al., 2007). Η γνώση του επιπολασμού της Χρόνιας Κόπωσης στον γενικό πληθυσμό θα μπορούσε να διευκολύνει την εις βάθος κατανόηση του ποιος είναι περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να αναζητήσει φροντίδα για την υγεία του και γιατί (Junghaenel et al., 2011).

Ένα βασικό πρόβλημα που υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια είναι πως οι περισσότερες έρευνες στο πεδίο της χρόνιας κόπωσης είχαν πραγματοποιηθεί με δεδομένα από τριτοβάθμιες υπηρεσίες (Wessely et al., 1997), γεγονός το οποίο δημιουργεί προβλήματα διότι μπορεί να εισάγει σφάλμα επιλογής του δείγματος και έτσι να προκύπτει δυσκολία στην εξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων για τον γενικό πληθυσμό. Άλλος ένας περιορισμός των μελετών που διαθέτουμε για την χρόνια κόπωση είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία αυτών των ερευνών προέρχεται από δυτικές ανεπτυγμένες χώρες και ως εκ τούτου υπάρχει δυσκολία γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε πληθυσμούς άλλων χωρών (Skapinakis et al., 2003).

Για να μάθουμε, λοιπόν, περισσότερα όσον αφορά τη Χρόνια Κόπωση και να προσεγγίσουμε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια τον επιπολασμό, την αιτιολογία και ταυτόχρονα την πρόληψη και τη θεραπεία των συνδρόμων της, είναι σημαντικό να πραγματοποιούνται έρευνες με δείγμα από τον γενικό πληθυσμό. Σε αυτήν ακριβώς την προσπάθεια έχουν στραφεί οι διεθνείς μελέτες τα τελευταία χρόνια, με τις σχετικές έρευνες να παρουσιάζουν ιδιαίτερη αύξηση. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η παρούσα έρευνα χρησιμοποιώντας ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Οι έρευνες που μελετούν συστηματικά την ανεξήγητη χρόνια κόπωση (unexplained chronic fatigue) είναι σχετικά λίγες. Βέβαια το σύμπτωμα της κόπωσης και μάλιστα η διαρκής παρουσία του συμπτώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές και φαίνεται ότι είναι ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται συχνά στον πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, ο Wessely (1995) επισημαίνει πως η κόπωση είναι το πιο συχνό σύμπτωμα στην κοινότητα και αναφέρει έρευνες με υψηλά ποσοστά κόπωσης στον πληθυσμό (18% στον πληθυσμό της Βρετανίας, 21% και 10% στην αμερικανική και στην βρετανική πρωτογενή περίθαλψη, αντίστοιχα). Για το υψηλό ποσοστό του εμφάνισης της κόπωσης συμφωνούν μαζί του αρκετοί ερευνητές από διάφορες χώρες. Οι Van't Leven et al. (2009) αναφέρουν πως τα παράπονα για κόπωση ανέρχονται σε ποσοστά 25-30% στην πρωτογενή περίθαλψη και 30-50% στον πληθυσμό στην Ολλανδία. Άλλη μία έρευνα, στην Δανία αυτή τη φορά, δείχνει πως το ποσοστό όσων εκφράζουν παράπονα για κόπωση είναι ιδιαίτερα υψηλά (63,3%) ανάμεσα στα άτομα που επισκέπτονται έναν γενικό ιατρό (Koch H. et al., 2007). Οι Lerdal et al (2005) κατέληξαν σε ποσοστό 23,1% στην Νορβηγία ενώ οι Lin et al. (2015) βρήκαν την χρόνια κόπωση να εμφανίζεται σε ποσοστό 28,9% στους ενήλικους άνδρες της Κίνας και οι Kroenke και Price (1993) αποτίμησαν την κόπωση στο 23,6% σε έρευνα στην Αμερική. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Hinz et al. το 2013 που εκτιμά την κόπωση σε ποσοστό 44,3% στον γενικό πληθυσμό της Κολομβίας, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από τις έρευνες στην Ευρώπη και στη Βόρειο Αμερική.

Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί και με την εμφάνιση της χρόνιας κόπωσης (κόπωση που διαρκεί από έξι μήνες και πάνω). Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση φάνηκε πως αρκετές φορές οι ερευνητές χρησιμοποιούν τον ίδιο ορισμό για την χρόνια κόπωση και την ανεξήγητη χρόνια κόπωση. Αυτό που αλλάζει σε κάποιες έρευνες για

τον επιπολασμό είναι κατά πόσο στον αρχικό τους ορισμό συμπεριλαμβάνουν ψυχικά αλλά και σωματικά προβλήματα τα οποία μπορεί να εξηγούν την κόπωση. Έτσι λοιπόν, οι Pawlikowska et al. το 1994 εντόπισαν την χρόνια κόπωση σε ποσοστό 18,3% στον πληθυσμό της Βρετανίας. Οι Fielding & Wong (2012), Wessely et al (1997), και οι Bierl et al (2004) βρήκαν την χρόνια κόπωση 13,1%, 11,3% και 12,2% αντίστοιχα, ποσοστά τα οποία είναι παραπλήσια.

Έρευνες στον πληθυσμό οι οποίες προγραμματικά ασχολούνται με την ανεξήγητη χρόνια κόπωση δείχνουν πως τα ποσοστά είναι αρκετά κοντά με αυτά των ερευνών για την χρόνια κόπωση. Οι Furberg et al. (2004) βρήκαν πως η ανεξήγητη χρόνια κόπωση, χωρίς να αποκλείσουν τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα, στις Ηνωμένες Πολιτείες φτάνει το 15,7%, ενώ οι Skaripakis et al το 2000 συμπέραναν πως το ποσοστό της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης στη Μεγάλη Βρετανία είναι 13,4% αλλά όταν αποκλείουν τα άτομα που έχουν κάποια σωματικά προβλήματα που μπορεί να εξηγούν την κόπωση, το ποσοστό αυτό πέφτει στο 9%. Στον πρωτογενή τομέα περίθαλψης, τα ποσοστά των ατόμων με ανεξήγητη χρόνια κόπωση φαίνεται να είναι περίπου τα ίδια, ίσως λίγο χαμηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε κάποιες έρευνες που αφορούν τον επιπολασμό της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης με το δείγμα να προέρχεται από άτομα που έχουν προσέλθει στον πρωτογενή τομέα περίθαλψης. Έτσι, οι Aggarwal et al. (2005) στην Βορειοδυτική Αγγλία βρήκαν την κόπωση που δεν εξηγείται με κάποια άλλη ιατρική πάθηση μέχρι στιγμής, στο 8%, οι Skaripakis et al. (2003) σε ένα πολυεθνικό δείγμα την μέτρησαν στο 7,99%, οι Vincent et al. (2012) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το 22% ατόμων που είχαν εισέλθει σε κέντρα υγείας είχε ανεξήγητη χρόνια κόπωση, οι Cho & Wessely (2007) βρήκαν το ποσοστό 10,9% στην Βραζιλία και τέλος οι Kim, Shin & Won (2005) στην Κορέα, βρήκαν πως το ποσοστό των ατόμων που είχαν χρόνια κόπωση ήταν 8,4% και το 6,8% αυτού του ποσοστού μπορούσε να εξηγηθεί από κάποια άλλη σωματική ή ψυχική ασθένεια. Τέλος οι Van't Leven et al. (2009) κατέληξαν σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης (30,5%) στο οποίο βέβαια συμπεριλαμβάνονται άτομα με σωματικά και ψυχικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε και με βάση τις παραπάνω έρευνες, φαίνεται πως στις περιπτώσεις που πραγματοποιούνται έρευνες για την χρόνια κόπωση και την ανεξήγητη χρόνια κόπωση πρέπει να είναι σαφές κατά πόσο στις μετρήσεις περιλαμβάνονται τα άτομα των οποίων τα συμπτώματα κόπωσης εξηγούνται ή όχι από



κάποια σωματική ή ψυχική ασθένεια. Ακόμη, φάνηκε πως το αίσθημα της κόπωσης είναι ιδιαίτερα συχνό στους πληθυσμούς ενώ και η ανεξήγητη χρόνια κόπωση δεν είναι κάτι σπάνιο στους γενικούς πληθυσμούς παρόλο που στα ευρήματα παρουσιάζονται διακυμάνσεις. Ωστόσο, φαίνεται πως όταν εξαιρούμε κριτήρια (σωματικά), το ποσοστό του επιπολασμού μειώνεται αισθητά.

## 2.2 Δημογραφικές συσχετίσεις

### α. Φύλο

Από την εποχή της νευρασθένειας οι ερευνητές προσπαθούσαν να κατανοήσουν πώς κατανέμεται η ασθένεια αυτή στα δύο φύλα. Η Taylor (2001) αναφέρει πως παρά το ότι θεωρούνταν μία γυναικεία ασθένεια οι έρευνες σε στοιχεία του νοσοκομείου Queen Square του Λονδίνου από το 1870 έως το 1932 έδειξαν πως και οι άνδρες νοσούσαν και μάλιστα πως ποτέ η αναλογία ανδρών-γυναικών δεν έπεσε κάτω από το ένα τρίτο (1/3). Αυτά τα ευρήματα φαίνεται να έχουν διάρκεια στον χρόνο αφού και σήμερα οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι τα παράπονα κόπωσης είναι δύο με τρεις φορές πιο συχνά στις γυναίκες. Βέβαια, όσο πιο ομοιογενές είναι το δείγμα, τόσο οι διαφορές φαίνεται να μειώνονται (Lewis & Wessely, 1992). Πληθώρα ερευνών στον γενικό πληθυσμό (Pawlikowska et al., 1994, Skapinakis et al., 2000, Hinz et al., 2013, Van't Leven et al., 2009, Bakken J. et al., 2014) αλλά και στον πρωτογενή τομέα φροντίδας (Wessely, 1995, Ranjith, 2005, Koch et al., 2007, Cho & Wessely, 2007) δείχνουν υψηλή συσχέτιση των συνδρόμων χρόνιας κόπωσης και του γυναικείου φύλου. Αρκετοί ερευνητές μάλιστα, επιβεβαιώνουν την συσχέτιση 1 προς 3. Έχει αναφερθεί πως η διαφορά αυτή στα δύο φύλα, κυρίως των ερευνών που προέρχονται από τον τομέα της πρωτογενούς περίθαλψης, αντικατοπτρίζει τις διαφορές που υπάρχουν στο πόσο συχνά και για ποιους λόγους αναζητούν βοήθεια τα δύο φύλα (Ranjith, 2005). Παρόλα αυτά η συχνότητα εμφάνισης της κόπωσης στις γυναίκες φαίνεται να είναι πιο υψηλή σε σχέση με την εμφάνιση της στους άνδρες σε όλες τις έρευνες.

Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα φαίνεται να υπάρχουν και στον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται. Έτσι λοιπόν, στους άντρες φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο η διανοητική τους κατάσταση ενώ στις γυναίκες η σωματική (Nacul et al., 2011).

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες εκφράζουν πιο συχνά παράπονα από ό,τι οι άντρες για το ότι βιώνουν εξουθένωση και τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα νούμερα όσον αφορά τα επίπεδα της κόπωσης σε σχέση με τους άντρες (Junghaenel et al., 2011). Τέλος, στις γυναίκες φαίνεται να είναι πιο συχνή από ό,τι στους άντρες, η συννοσηρότητα με άλλες χρόνιες παθήσεις όπως ο χρόνιος πόνος και η χρόνια αϋπνία. Στην έρευνα στον πληθυσμό του Χονγκ Κονγκ βρέθηκε πως η πολλαπλή συννοσηρότητα (επικράτηση χρόνιας κόπωσης, χρόνιου πόνου και χρόνιας αϋπνίας) έφτανε σε ποσοστό 4.3% στον πληθυσμό της έρευνας, με το ποσοστό αυτό να είναι πιο συχνό κατά 5.7% για τις γυναίκες και κατά 2.6% για τους άντρες (Fielding & Wong, 2012).

## **β. Ηλικία**

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται, επίσης, η συσχέτιση της χρόνιας κόπωσης με την ηλικία. Ωστόσο, τα ευρήματα σε διαφορετικές περιοχές φαίνεται ότι σε κάποιο βαθμό διαφέρουν. Έτσι από τη μία, στην έρευνα στον ενήλικο πληθυσμό των ΗΠΑ τα μικρότερα σε ηλικία άτομα εμφανίζονται να επηρεάζονται περισσότερο από την κόπωση. Για την ακρίβεια στα ηλικιακά γκρουπ 30-44 και 45-60 η συχνότητα της κόπωσης παρουσιάζοταν πιο μεγάλη σε σχέση με τα ηλικιακά γκρουπ των 61-75 και όσων ήταν άνω των 75 ετών. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης χρόνιας κόπωσης από όσους είναι άνω των 75 ετών βρέθηκε να έχουν και τα άτομα κάτω των 30 ετών (Junghaenel et al., 2011). Η μικρότερη ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων χρόνιας κόπωσης υποστηρίζεται από αρκετές έρευνες με σημαντικότερη αυτή των Bakken et al. (2014) στον γενικό πληθυσμό της Νορβηγίας, όπου επισημαίνονται δύο συγκεκριμένα ηλικιακά γκρουπ, 15-19 και 30-39 ετών, ως αυτά που έχουν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη χρόνια κόπωση. Η έρευνα των Furberg et al. (2005) έχει κοντινά αποτελέσματα και προτείνει πως για τις γυναίκες η μέση ηλικία εμφάνισης κόπωσης είναι τα 31 χρόνια ενώ για τους άνδρες τα 33,5.

Από την άλλη, στην έρευνα των Lin et al. (2015) στην Κίνα, τα αποτελέσματα ήταν διαφορετικά. Συγκεκριμένα άντρες άνω των 75 ετών είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν χρόνια κόπωση, απ' ό,τι μικρότεροι σε ηλικία άντρες. Ο Friedberg (2015) σε έρευνα στην Ουκρανία τονίζει ότι η κόπωση αυξάνεται σημαντικά στο ηλικιακό γκρουπ των 70 ετών και πάνω, κάτι που δεν υποστηρίζεται από έρευνες

στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε έρευνα στην Κολομβία, βρέθηκε πως η σχέση με την ηλικία ήταν γραμμική: έτσι όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία του ατόμου, τόσο πιο συχνή ήταν η κόπωση (Hinz et al., 2013). Στο ηλικιακό γκρουπ 40-60 ετών φαίνεται μια τάση να εμφανίζεται πιο συχνά το αίσθημα της κόπωσης, χωρίς αυτό να σημαίνει αναγκαστικά ότι η ηλικία αυτή αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για το σύνδρομο (Van't Leven et al., 2009). Τέλος, παρόλο που δεν υπάρχουν πολλές συστηματικές έρευνες για τις πολύ μικρές ηλικίες, είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η πρόγνωση της έκβασης της χρόνιας κόπωσης στα παιδιά είναι ιδιαίτερα καλή (Joyce et al., 1996).

### **γ. Κοινωνικοοικονομική θέση**

Παράγοντες που έχουν να κάνουν με την προσωπική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων φαίνεται να έχουν υψηλή συσχέτιση με το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Τέτοιοι παράγοντες έχουν να κάνουν με το αν κάποιος είναι παντρεμένος ή όχι, αν έχει παιδιά, με το επίπεδο της εκπαίδευσης καθώς και με την εργασία του (Lin et al., 2015).

Όταν είχε πρωτοεμφανιστεί το σύνδρομο της νευρασθένειας, είχε επικρατήσει ο μύθος πως πρόκειται για μία ασθένεια των ανώτερων οικονομικών στρωμάτων. Οι έρευνες για την εποχή εκείνη (κοντά στο 1890) έχουν δείξει πως αυτό μπορεί να ίσχυε σε έναν βαθμό, αλλά σχετικά γρήγορα η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας μετατοπίστηκε προς τις μεσαίες και χαμηλές οικονομικές τάξεις (Taylor, 2001, Ranjith, 2005). Ο Wessely (1995) αναφέρει πως υπάρχει μια πληθώρα ερευνών στις οποίες φαίνεται πως τα άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης τα οποία επισκέπτονται ειδικούς ή κέντρα φροντίδας, προέρχονται από υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Επισημαίνει όμως πως όταν οι έρευνες γίνονται στον γενικό πληθυσμό οι διαφορές αυτές εξαλείφονται.

Μεγάλη επικράτηση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης φαίνεται να υπάρχει και σε ζευγάρια με παιδιά καθώς και σε αυτούς που δεν έχουν ιδιαίτερη κοινωνική υποστήριξη. Αντίθετα, η επικράτηση είναι μικρότερη σε μοναχικά άτομα, σε άτομα που έχουν χηλεύσει και στους οικονομικά ανενεργούς (Skapinakis et al., 2000). Σε

έρευνα στην Κορέα, βρέθηκε πως τα άτομα που είναι διαζευγμένα έχουν περισσότερες πιθανότητες να παραπονεθούν για κόπωση (Kim CH et al., 2005).

Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί πως η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Οι Koch et al. (2007) βρήκαν πως τα περισσότερα άτομα με χρόνια κόπωση είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή κάποιο πανεπιστήμιο. Από την άλλη μεριά, οι Junghaenel et al., στην έρευνα σε πληθυσμό των ΗΠΑ βρήκαν πως όσοι είχαν τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού εμφάνιζαν κόπωση σε μικρότερη συχνότητα από αυτούς που είχαν κάποιον απλό πανεπιστημιακό τίτλο.

Τέλος στην βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές όσον αφορά τις εθνικές μειονότητες. Οι Dinos et al. (2009) αναφέρουν πως οι εθνικές μειονότητες στις ΗΠΑ, κυρίως οι Λατίνοι, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, παρόλο που παλαιότερες έρευνες (Wessely, 1995) υποστήριζαν πως οι εθνικές μειονότητες δεν φαινόταν να αποτελούν σημαντικό παράγοντα που να σχετίζεται με την χρόνια κόπωση. Ως εκ τούτου, περισσότερες έρευνες πάνω στο ζήτημα των μειονοτήτων και του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης είναι απαραίτητες.

### **2.3 Ψυχιατρική συννοσηρότητα**

Στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης έχουμε σημαντικούς περιορισμούς που αφορούν στην πνευματική αλλά και σωματική υγεία των ατόμων. Η κόπωση ως μεμονωμένο σύμπτωμα είναι στενά συνδεδεμένη με την ψυχολογική θλίψη η οποία συχνά προηγείται της ανάπτυξης μιας καταθλιπτικής διαταραχής (Wessely, 1995). Πολλές έρευνες, στον γενικό πληθυσμό αλλά και σε άτομα που επισκέπτονται κάποιο κέντρο πρωτογενούς ιατρικής φροντίδας, έχουν καταδείξει την υψηλή συννοσηρότητα του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης με μια ποικιλία ψυχιατρικών διαταραχών (Nater et al., 2009). Οι ψυχιατρικές διαταραχές που φαίνεται να σχετίζονται πιο συχνά με την χρόνια κόπωση είναι οι συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος (Wessely, 1995, Skarpinakis et al., 2000). Σε έρευνά τους στον γενικό πληθυσμό της Γεωργίας οι Nater et al. το 2009 εκτός από την κατάθλιψη και το άγχος έδειξαν πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αλλά και οι διαταραχές προσαρμογής είχαν επικράτηση 4.5% και 3.5% αντίστοιχα σε άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Οι ίδιοι, αν και επισημαίνουν πως οι διαταραχές χρήσης ουσιών συνήθως αποκλείονται για την

διάγνωση του συνδρόμου, βρήκαν πως η ύπαρξη της διαταραχής αυτής, οποιαδήποτε στιγμή στο παρελθόν, εμφανιζόταν σε ποσοστό 30-30.8% σε άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Η συσχέτιση της χρόνιας κόπωσης και της κατάχρησης ουσιών έχει επισημανθεί από αρκετούς ερευνητές (Price et al., 1992, Van't Leven et al., 2009). Ακόμη, σημαντική επικράτηση σε όσους έχουν χρόνια κόπωση, φαίνεται να παρουσιάζουν και οι διαταραχές προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, η παρανοειδής, η σχιζοειδής, η αποφευκτική, η ιδεοψυχαναγκαστική και η καταθλιπτική διαταραχή προσωπικότητας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα υψηλές στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (Nater et al., 2010).

## **2.4 Σωματικά προβλήματα**

Βάσει ορισμού το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης έχει άμεση συσχέτιση με την σωματική κατάσταση του ατόμου. Οι σχετικές έρευνες έχουν δείξει πως τα άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης παραπονιούνται πιο συχνά από άτομα που δεν βιώνουν κόπωση, για πληθώρα σωματικών πόνων (Wessely et al., 1996). Ακόμη, τα περισσότερα σωματικά προβλήματα και σωματικές ασθένειες, κυρίως οι χρόνιες, σχετίζονται με την χρόνια κόπωση. Τα άτομα με χρόνιες ασθένειες φαίνεται να επηρεάζονται πιο συχνά από την κόπωση από ό,τι άτομα χωρίς χρόνιες παθήσεις (Hinz et al., 2013). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ιστορικό απώλειας βάρους, τα παραπάνω κιλά καθώς και η έλλειψη σωματικής άσκησης αποτελούν επίσης παράγοντες που έχουν υψηλή συσχέτιση με τα παράπονα για κόπωση (Lin et al., 2015, Price et al., 1992, Van't Leven et al., 2009).

Τέλος, ιογενείς λοιμώξεις, δυσλειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος, μυαλγία, αναιμία, άσθμα και καρκίνος είναι μόνο κάποιες από τις ασθένειες που τα άτομα που τις έχουν, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κόπωση (Hotopf et al., 1996, Lewis et al., 1992, Pawlikowsta et al., 1994, Nacul et al., 2011).

### **3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **3.1 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι να εκτιμηθεί το ποσοστό του επιπολασμού της Ανεξήγητης Χρόνιας Κόπωσης στον Ελληνικό πληθυσμό. Ακόμη, βασικό στόχο της έρευνας αποτελεί η αποσαφήνιση των δημογραφικών στοιχείων των ατόμων με Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση στην Ελλάδα και η σύγκριση με δημογραφικά στοιχεία από αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες. Επιπλέον, η συγκεκριμένη έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση διαφόρων μεταβλητών σχετικά με την ανεξήγητη χρόνια κόπωση όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και άλλα. Ο ρόλος της ηλικίας και οι διαφορές φύλου είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που μελετώνται σε όλες τις σχετικές έρευνες.

Πέραν αυτού, ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την Ελλάδα παρουσιάζει και η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην ψυχική υγεία, μέσω της μελέτης της σχέσης της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων και της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης. Τέλος, στην έρευνα εξετάζεται και η πιθανή συννοσηρότητα του συνδρόμου με ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές. Η άντληση περισσότερων πληροφοριών όσον αφορά τις παραπάνω παραμέτρους, θα καθιστούσε ευκολότερη την προσπάθεια για μια εις βάθος κατανόηση των συνδρόμων κόπωσης καθώς και την αποτελεσματικότερη πρόληψη της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης.

#### **3.2 Σχέδιο μελέτης και δείγμα**

Η παρούσα εργασία αποτελεί δευτερογενή ανάλυση δεδομένων της έρευνας «Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece» των Skapinakis et al. (2013). Η αρχική αυτή έρευνα, αποτελεί κομμάτι του Psychiatric Morbidity Survey που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2009-2010 χρησιμοποιώντας ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού (18 έως 70 ετών). Η μελέτη οργανώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Σεπτέμβρη του 2009 έως τον Φεβρουάριο του 2010. Στην έρευνα έγινε προσπάθεια να καλυφθούν όλες οι γεωγραφικές περιοχές της χώρας· ωστόσο λόγω υψηλού κόστους δεν συμπεριλαμβάνεται η Κρήτη.

### **3.3 Πρωτογενής Έρευνα**

#### **3.3.1 Δειγματοληψία**

Η μέθοδος δειγματοληψίας σχεδιάστηκε και εκπονήθηκε από τους ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων όπως φαίνεται στο σχετικό άρθρο των Skaripnakis et al. (2013). Η ελληνική εταιρεία δημοσκοπήσεων MRB διεξήγαγε την έρευνα πεδίου με την επίβλεψη των ερευνητών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Επιπρόσθετα, η ανάλυση των δεδομένων και οι δημοσιεύσεις έγιναν και πάλι από τους ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Σύμφωνα με την τελευταία – πριν την εκπόνηση της έρευνας – εθνική απογραφή (2001) ο πληθυσμός της Ελλάδας που ανταποκρινόταν στο καθορισμένο ηλικιακό εύρος της έρευνας ανερχόταν περίπου στα 7.200.000 άτομα. Όσον αφορά την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε ένας σχεδιασμός τριών σταδίων: πρώτα, επιλέχθηκαν οι περιοχές βάσει του βαθμού αστικοποίησης (αστικό, ημιαστικό και αγροτικό περιβάλλον). Στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη η στρωματοποίηση ήταν διαφορετική: η Αθήνα χωρίστηκε σε 31 στρώματα και η Θεσσαλονίκη σε 9. Το σχέδιο για το μέγεθος του δείγματος της έρευνας ήταν 9.800 άτομα. Στο πρώτο αυτό στάδιο, οι παραπάνω μονάδες πρωτογενούς δειγματοληψίας είχαν πιθανότητα να επιλεγθούν αναλογικά με το μέγεθός τους.

Στο δεύτερο στάδιο, από κάθε περιοχή επιλέχθηκε το δείγμα των νοικοκυριών με τυχαία συστηματική δειγματοληψία. Κάθε ένα από τα νοικοκυριά είχε την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί για δείγμα. Στο τρίτο στάδιο επιλέχθηκε ένα εκλέξιμο μέλος από το νοικοκυριό με απλή τυχαία δειγματοληψία.

#### **3.3.2 Συλλογή δεδομένων και ποσοστό ανταπόκρισης**

Όσον αφορά τη συλλογή δεδομένων, όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σε ηλεκτρονική μορφή και όλες οι απαντήσεις στην ‘συνέντευξη’ περνούσαν κατευθείαν στον υπολογιστή. Ο χρόνος για την ολοκλήρωση της ‘συνέντευξης’ ήταν από 30 έως 45 λεπτά. Οι συμμετέχοντες, σε ποσοστό περίπου 35% καταχώρησαν τα δεδομένα τους στον υπολογιστή χωρίς καμία περαιτέρω καθοδήγηση από τον ερευνητή μετά από τις αρχικές οδηγίες, ενώ οι υπόλοιποι (65%) χρειάστηκαν κάποια βοήθεια από τον ερευνητή.

Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 54% με ένα εύρος από 51% έως 60% μεταξύ των περιοχών. Οι αρνήσεις ήταν πιο συχνές στις γυναίκες και στους συμμετέχοντες μέσης ηλικίας (40-55 ετών). Τέλος, οι διαφορές στο δείγμα της έρευνας και στα στοιχεία της απογραφής του 2001 ήταν ιδιαίτερα μικρές.

### **3.3.3 Ψυχομετρικά εργαλεία**

#### **A) Εκτίμηση Ψυχιατρικών Διαταραχών**

Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε με την διαγνωστική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule – Revised» (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη) (Lewis et al., 1992). Η τελευταία, αποτελεί μια δομημένη συνέντευξη, η οποία έχει σχεδιαστεί κατά τέτοιον τρόπο ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι). Έναν βασικό λόγο για την επιλογή της συγκεκριμένης συνέντευξης συνιστά η ύπαρξή της σε ηλεκτρονική μορφή, έτσι ώστε να μπορεί να χορηγηθεί με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η μορφή αυτή έχει βρεθεί να έχει συγκρίσιμη αξιοπιστία με την κλασική «πρόσωπο με πρόσωπο» συνέντευξη (Lewis et al., 1988), ενώ παρουσιάζει το πλεονέκτημα της ευκολίας στην εισαγωγή των δεδομένων αλλά και της μεγαλύτερης εχεμύθειας· η τελευταία διευκολύνει την συμπλήρωση των σχετικών με την ψυχική υγεία ερωτημάτων. Η ηλεκτρονική αυτή μορφή έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες στην Μ. Βρετανία και σε άλλες χώρες, ενώ στην χώρα μας έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε τρεις μελέτες, δύο σε γενικό πληθυσμό του Βορείου Αιγαίου και της νήσου Πάρου, και μίας στο περιβάλλον του σχολείου, σε εφήβους μαθητές Γενικών Λυκείων. Όλες αυτές οι μελέτες έγιναν με την επιστημονική ευθύνη και την συνεργασία του Ψυχιατρικού Τμήματος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η συνέντευξη διερεύνησε την παρουσία, κατά τις τελευταίες επτά ημέρες από την πραγματοποίησή της, δεκατεσσάρων κοινών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά ήταν κατά σειρά διερεύνησης τα εξής: σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για την σωματική υγεία, κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις ιδέες (ανησυχίες), άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογήθηκε με μία τιμή από μηδέν έως τέσσερα, εκτός από την κατάθλιψη που είχε μέγιστη τιμή πέντε. Οι διαγνωστικές κατηγορίες οι οποίες μπορούσαν να εκτιμηθούν



ήταν οι ακόλουθες: κατάθλιψη (όλες οι μορφές), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ειδικές φοβίες και κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδης/καταθλιπτική διαταραχή, καθώς και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (νευρασθένεια κατά ICD-10). Η συνέντευξη μεταφράστηκε στα Ελληνικά από ερευνητική ομάδα του Ψυχιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και σταθμίσθηκε στο πλαίσιο των ερευνών που προαναφέρθηκαν (Σκαπινάκης Π., Μπέλλος Σ. & Μαυρέας Β., 2010).

### **Β) Εκτίμηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος**

Στο πλαίσιο της έρευνας, δόθηκαν από τους συμμετέχοντες πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Οι κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές που μετρήθηκαν περιλαμβάνουν τις συνήθεις ερωτήσεις που εκτιμώνται στις κοινωνικές έρευνες. Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση υπήρξε διάκριση μεταξύ των ανέργων (το άτομο δεν έκανε καμία δουλειά επί πληρωμή αλλά έψαχνε να βρει μία κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων) και των οικονομικά ανενεργών ατόμων (το άτομο δεν έκανε καμία δουλειά επί πληρωμή και δεν έψαχνε να βρει καμία κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων). Σε αυτά τα άτομα δόθηκαν επιπρόσθετες ερωτήσεις ώστε να διευκρινιστούν οι λόγοι για τους οποίους δεν έψαχναν κάποια δουλειά, όπως για παράδειγμα α) αν ασχολούνται με το νοικοκυριό, β) αν έχουν συνταξιοδοτηθεί, γ) αν υπάρχουν άλλοι λόγοι (που περιλαμβάνουν αυτούς που εκτελούν την στρατιωτική τους θητεία, αυτούς που είναι ανίκανοι να εργαστούν, όσους ζουν από άλλα εισοδήματα, όπως ενοίκια κ.ά.).

Ακόμη, στους συμμετέχοντες παρουσιάστηκε μία λίστα χρόνιων και σοβαρών ασθενειών (καρδιοαγγειακές ασθένειες, χρόνιες πνευμονικές ασθένειες, διαβήτης, οποιαδήποτε κακοήθεια και χρόνιες παθήσεις των νεφρών) και τους ζητήθηκε να απαντήσουν κατά πόσο πάσχουν από κάποια εξ αυτών.

### **Γ) Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και της Λειτουργικότητας**

Για την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και της Λειτουργικότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EuroQol ή EQ-5D όπως είναι γνωστό, το οποίο έχει μεταφρασθεί και σταθμισθεί στην Ελλάδα (Kontodimopoulos et al., 2008). Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά πέντε διαστάσεις της λειτουργικότητας και αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το EQ-5D μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τις διαγνωστικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών που θα εξαχθούν από το CIS-R ώστε να ταξινομηθούν οι διαγνώσεις ανάλογα με την βαρύτητά τους, αλλά και για να εκτιμηθεί η επιδείνωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές.

### **3.4 Δευτερογενής Έρευνα**

#### **3.4.1 Κλίμακα Κόπωσης**

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία αποτελεί δευτερογενή ανάλυση της προαναφερθείσας έρευνας. Στην τελευταία, ιδιαίτερα σημαντική ήταν η κλίμακα της Χρόνιας Κόπωσης η οποία ανιχνεύθηκε μεταξύ των μετρούμενων συμπτωμάτων κατά την ψυχιατρική συνέντευξη CIS-R. Η κλίμακα της κόπωσης-ατονίας αποτελείται από εννέα λήμματα. Τα τρία πρώτα λήμματα αφορούν ερωτήσεις διαλογής κλειστού τύπου (Ναι/Όχι) στις οποίες, αφού τα άτομα απαντήσουν αρνητικά, παραλείπουν τις υπόλοιπες ερωτήσεις της κλίμακας. Η τρίτη ερώτηση αποτελείται από δύο υποερωτήματα: το πρώτο είναι κλειστού τύπου ενώ το δεύτερο διερευνά την υποκειμενική αντίληψη της πιθανής αιτιολογίας της κόπωσης. Δίνονται οχτώ επιλογές: 'προβλήματα με τον ύπνο', 'λήψη φαρμάκων', 'σωματική ασθένεια', 'σκληρή και εντατική δουλειά', 'άγχος-ανησυχία', 'σωματική άσκηση', 'άλλη αιτία', 'δεν ξέρω'.

Η τελευταία ερώτηση της κλίμακας αφορά στη χρονική διάρκεια της κόπωσης. Υπάρχουν πέντε πιθανές απαντήσεις: 'λιγότερο από 2 εβδομάδες', 'από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες', 'από 6 μήνες έως 1 χρόνο', '1 χρόνο αλλά λιγότερο από 2 χρόνια', '2 χρόνια και περισσότερο'. Σε όσα άτομα απαντήσουν πως βιώνουν κόπωση από 6 μήνες και πάνω τότε σύμφωνα με τον ορισμό (CDC, 1994) είναι δυνατό να τεθεί η διάγνωση του Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης.

Για την συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εργασία δημιουργήθηκε η μεταβλητή «Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση» (Unexplained Chronic Fatigue), η οποία αφορά τα άτομα με κόπωση άνω των έξι (6) μηνών που όμως η κόπωσή τους δεν μπορεί να

εξηγηθεί από τη λήψη φαρμάκων, από την έντονη σωματική άσκηση ή από κάποια σωματική ασθένεια. Στην κλίμακα της κόπωσης, αφορά τα άτομα που έχουν σκορ  $\geq 2$  και από τα οποία εξαιρούμε τα άτομα στα οποία το αίσθημα της κόπωσης εξηγείται από τη λήψη φαρμάκων, την σωματική άσκηση ή κάποια σωματική ασθένεια.

### 3.4.2 Δημογραφικά στοιχεία

Τα προς μελέτη δημογραφικά στοιχεία αποτελούν το **φύλο**, η **ηλικία** στην οποία μετρήσαμε τις ηλικιακές κατηγορίες 18 έως 29, 30 έως 39, 40 έως 49, 50 έως 59 και 60 έως 70, η **οικογενειακή κατάσταση** όπου μετρήσαμε τις μεταβλητές ‘παντρεμένος’, ‘μόνος’, ‘διαζευγμένος/χωρισμένος’ και ‘χήρος’, καθώς και η **εκπαίδευση**, όπου οι μεταβλητές που μετρήσαμε είναι ‘καμία εκπαίδευση/πρωτοβάθμια’, ‘γυμνάσιο’, ‘λύκειο’, ‘τεχνική εκπαίδευση’ και ‘ανώτερη εκπαίδευση’. Κάποια ακόμα δημογραφικά στοιχεία είναι η **κατάσταση απασχόλησης** όπου μετρήσαμε τις μεταβλητές ‘πλήρης/μερική απασχόληση’, ‘οικιακά’, ‘άνεργος’, ‘συνταξιούχος’ και ‘άλλοι οικονομικά ανενεργοί’ καθώς και ο **τόπος διαμονής** όπου ορίσαμε τις περιοχές ως ‘αστική περιοχή’, ‘ημιαγροτική περιοχή’ και ‘αγροτική περιοχή’. Τέλος, άλλο ένα στοιχείο που μετρήσαμε είναι οι **οικονομικές δυσκολίες** όπου μετρήσαμε δύο μεταβλητές: την μεταβλητή ‘λίγες’ και την μεταβλητή ‘πολλές’.

Εν κατακλείδι, η παρούσα έρευνα διερευνά την σχέση της μεταβλητής «Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση» με τα διάφορα δημογραφικά στοιχεία.

### 3.5 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι αναλύσεις έγιναν με την χρήση του στατιστικού πακέτου STATA 9.0 SE. Αρχικά εκτιμήθηκε η συσχέτιση της ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης με κάθε μία από τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές μέσω της ανάλυσης  $\chi^2$ . Στη συνέχεια έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και εκτιμήθηκαν οι λόγοι των odds ratios και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω της εντολής του STATA logistic regression. Στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έγινε στάθμιση όλων των δημογραφικών μεταβλητών.

## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1 Περιγραφή του δείγματος

Στην έρευνα που διεξήχθη από το συνολικό δείγμα των 9.800 ατόμων πάρθηκε συνέντευξη από 4.894 ενήλικες. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν δηλαδή 54,2%. Οι γυναίκες αποτέλεσαν το 50.4% του τελικού δείγματος. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 42 έτη με μία τυπική απόκλιση στα 15 έτη. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι (61.2%), εργαζόμενοι (59.6%), είχαν αποφοιτήσει από το Λύκειο (47.98%), ζούσαν σε αστικό περιβάλλον (54.8%) και δεν είχαν ιδιαίτερες οικονομικές δυσκολίες (67.98%). Περίπου το 23.66% του δείγματος ανέφερε πως έχει νιώσει κόπωση, περίπου το 14.83% φαίνεται να έχει χρόνια κόπωση ενώ το 10.95% φαίνεται να έχει ΑΧΚ.

<b>Πίνακας 2:</b> Περιγραφή Δείγματος (Ηλικίες 18 – 70 ετών)		
Δημογραφικά στοιχεία	N	%
<b>Φύλο</b>		
Άνδρες	2425	49.55%
Γυναίκες	2469	50.45%
<b>Ηλικία</b>		
18-29	1226	25.05%
30-39	1032	21.09%
40-49	934	19.08%
50-59	802	16.39%
60-70	900	18.39%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Παντρεμένος	2995	61.20%
Ελεύθερος	1446	29.55%
Διαζευγμένος/Χωρισμένος	240	4.90%
Χήρος	213	4.35%

<b>Εκπαίδευση</b>		
Καμία/ Πρωτοβάθμια	926	18.92%
Γυμνάσιο	797	16.28%
Λύκειο	2348	47.98%
Τεχνική εκπαίδευση	439	8.97%
Ανώτερη εκπαίδευση	384	7.85%
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>		
Πλήρης/μερική απασχόληση	2917	59.60%
Οικιακά	691	14.12%
Άνεργος	184	3.76%
Συνταξιούχος	577	11.79%
Άλλοι οικονομικά ανενεργοί	525	10.73%
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Αστική	2682	54.80%
Ημιαγροτική	607	12.40%
Αγροτική	1605	32.80%
<b>Οικονομικές δυσκολίες</b>		
Πολλές	463	9.46%
Λίγες / Αρκετές	1148	23.46%
Καμία/ Πολύ λίγες	3283	67.98%

N = Δείγμα γενικού πληθυσμού

% = Ποσοστό επί τοις 100

<b>Πίνακας 3: Επιπολασμός</b>			
	N	n	%
<b>Κόπωση</b>	4894	<b>1158</b>	<b>23.66%</b>
<b>Χρόνια Κόπωση</b>	4894	<b>726</b>	<b>14.83%</b>
<b>Ανεξήγητη ΧΚ</b>	4894	<b>536</b>	<b>10.95%</b>

N = Δείγμα γενικού πληθυσμού

n = Δείγμα έρευνας

% = Ποσοστό επί τοις 100 του δείγματος της έρευνας

#### 4.2 Συσχετίσεις Ανεξήγητης Χρόνιας Κόπωσης και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Όπως διαπιστώνεται, η Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση (ΑΧΚ) απασχολεί συνολικά το 10.95% του αρχικού δείγματός μας.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4) παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της Ανεξήγητης Χρόνιας Κόπωσης με τα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος. Για την ακρίβεια, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις τις Ανεξήγητης Χρόνιας Κόπωσης με τις μεταβλητές φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, κατάσταση απασχόλησης, τόπος διαμονής και οικονομικές δυσκολίες, με την χρήση του  $\chi^2$ .

Η ΑΧΚ φαίνεται να σχετίζεται με το φύλο, καθώς οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίζουν σε σχέση με τους άντρες ( $\chi^2 = 25.9$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.00$ ). Υπήρξε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ΑΧΚ ( $\chi^2 = 75.09$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.00$ ) με τις ηλικίες κάτω των τριάντα ετών να παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά (4.4%). Ακόμη, υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και ΑΧΚ ( $\chi^2 = 93.95$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.00$ ) με τους διαζευγμένους και τους χήρους να έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ( 19.2% και 17.8% αντίστοιχα) ενώ οι ελεύθεροι παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά ( 4.8%). Σημαντική συσχέτιση υπήρξε

**Πίνακας 4:** Συσχετίσεις

	<b>N</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Pearson X2</b>
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	2425	210	8.7%	X2=25.9, df=1, p=.00
Γυναίκες	2469	326	13.2%	
<b>Ηλικία</b>				X2=75.09, df= 4, p=.00
18-29	1226	54	4.4%	
30-39	1032	123	11.9%	
40-49	934	122	13.1%	
50-59	802	107	13.3%	
60-70	900	130	14.4%	

<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Παντρεμένος	2995	383	12.8%	X <sup>2</sup> =93.95, df= 3, <b>p=.00</b>
Ελεύθερος	1446	69	4.8%	
Διαζευγμένος/Χωρισμένος	240	46	19.2%	
Χήρος	213	38	17.8%	
<b>Εκπαίδευση</b>				
Καμία/ Πρωτοβάθμια	926	148	16.00%	X <sup>2</sup> = 46.36 df= 4, <b>p= .00</b>
Γυμνάσιο	797	110	13.8%	
Λύκειο	2348	204	8.7%	
Τεχνική εκπαίδευση	439	38	8.7%	
Ανώτερη εκπαίδευση	384	36	9.4%	
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>				
Πλήρης/μερική απασχόληση	2917	338	11.6%	X <sup>2</sup> = 32.73, df= 4, <b>p=.00</b>
Οικιακά	691	92	13.3%	
Άνεργος	184	19	10.3%	
Συνταξιούχος	577	67	11.6%	
Άλλοι οικονομικά ανενεργοί	525	20	3.8%	
<b>Τόπος διαμονής</b>				
Αστική	2682	296	11.00%	X <sup>2</sup> = .06, df= 2, p > 0.5
Ημιαγροτική	607	65	10.7%	
Αγροτική	1605	175	10.9%	
<b>Οικονομικές δυσκολίες</b>				
Πολλές	463	95	20.52%	X <sup>2</sup> = 48, df= 1, <b>p=.00</b>
Καμία / αρκετές	4431	441	9.95%	

N = αριθμός δείγματος

n = αριθμός με AXK

% = ποσοστό με AXK

ακόμα μεταξύ εκπαίδευσης ( $\chi^2= 46.36$   $df = 4$ ,  $p = 0.00$ ) και ΑΧΚ με όσους δηλώνουν χωρίς καμία εκπαίδευση να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά (16%) σε σχέση με όσους έχουν εκπαίδευση, μεταξύ κατάστασης απασχόλησης και ΑΧΚ ( $\chi^2 = 32.73$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.00$ ) με τους οικονομικά ανενεργούς να έχουν πολύ μικρό ποσοστό (3.8%) και τέλος υπήρξε μια σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ όσων αντιμετωπίζουν πολλές οικονομικές δυσκολίες και ΑΧΚ ( $\chi^2 = 48$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.00$ ) σε σχέση με όσους αντιμετωπίζουν λιγότερες. Ο τύπος διαμονής φαίνεται να μην έχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΑΧΚ ( $\chi^2= 0.06$ ,  $df = 2$ ,  $p > 0.5$ ).

#### **4.3 Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης δημογραφικών χαρακτηριστικών**

Στην παρούσα μελέτη έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η οποία μας επιτρέπει να εκτιμήσουμε ή να προβλέψουμε την απουσία ή την παρουσία ενός χαρακτηριστικού/μεταβλητής. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5) παρουσιάζονται τα σταθμισμένα αποτελέσματα ως προς το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, την κατάσταση απασχόλησης, τον τόπο διαμονής αλλά και τις οικονομικές δυσκολίες σε σχέση με την Ανεξιγήγητη Χρόνια Κόπωση.

Έτσι λοιπόν είναι εμφανές πως το φύλο έχει σημαντική στατιστική σχέση με την ΑΧΚ: οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άντρες να έχουν ΑΧΚ (OR= 1.65, 95%CI 1.33-2.03). Επίσης στατιστικά σημαντική σχέση αναδεικνύεται στην ηλικία, όπου οι ηλικιακές ομάδες 30-39, 40-49, 50-59 και 60-70 φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ΑΧΚ από την ηλικιακή ομάδα των 18-29 (αναφοράς) (OR= 1.84, 1.77, 1.70, 2.09 και 1.00 με 95%CI και τιμές 1.26-2.67, 1.19-2.63, 1.12-2.59, 1.32-3.31 αντίστοιχα). Στατιστικά σημαντική σχέση φαίνεται να έχει και η οικογενειακή κατάσταση με τους χωρισμένους (OR= 1.46, 95%CI 1.02-2.09) και τους χήρους (OR= 1.25, 95%CI 0.83-1.90) να έχουν αυξημένες πιθανότητες για ΑΧΚ σε σχέση με τους παντρεμένους (αναφοράς) και τους ελεύθερους με τους οποίους φαίνεται να υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση (OR= 0.60, 95%CI 0.43-0.83). Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα όπως αναφέραμε παραπάνω, έχουμε βρει και για το επίπεδο εκπαίδευσης. Στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης φαίνεται πως όσο μεγαλώνει το επίπεδο εκπαίδευσης μειώνονται οι πιθανότητες το άτομο να έχει ΑΧΚ, έχουμε δηλαδή αρνητική συσχέτιση. Για τις μεταβλητές Γυμνάσιο, Λύκειο, Τεχνική εκπαίδευση, Ανώτερη εκπαίδευση OR= 0.95, 0.66, 0.60, 0.62 95%CI και τιμές 0.71-



1.26, 0.50-0.87, 0.39-0.91, 0.40-0.96 αντίστοιχα, ενώ για την μεταβλητή Καμία/Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (μεταβλητή αναφοράς) τα odds ratio = 1, δηλ φαίνεται να μην έχει άμεση συσχέτιση με την ΑΧΚ. Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε πως υπάρχει και στην κατάσταση απασχόλησης, με τις μεταβλητές Οικιακά, Άνεργος, Συνταξιούχος, Άλλοι οικονομικά ανενεργοί να έχουν OR= 0.60, 0.74, 0.50, 0.32, 95%CI και τιμές 0.44-0.80, 0.44-1.24, 0.35-0.73, 0.22-0.57 αντίστοιχα ενώ όσοι έχουν πλήρη ή μερική απασχόληση (μεταβλητή αναφοράς) τα OR= 1. Ακόμη, ο τύπος διαμονής φάνηκε πως έχει αρνητική συσχέτιση με την ΑΧΚ.

Τέλος, οι υποκειμενικά πολλές οικονομικές δυσκολίες φαίνεται να έχουν μια στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ΑΧΚ σε σχέση με όσους αναφέρουν πως έχουν λιγότερες οικονομικές δυσκολίες (μεταβλητή αναφοράς). Η μεταβλητή «πολλές οικονομικές δυσκολίες» έχει OR= 1.93, 95%CI και τιμές 1.48-2.52.

**Πίνακας 5:** Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης δημογραφικών χαρακτηριστικών

	%	Adjusted OR	95% CI
<b>Φύλο</b>			
Άνδρες	8.7%	1.00	REF
Γυναίκες	13.2%	<b>1.65</b>	<b>1.33-2.03</b>
<b>Ηλικία</b>			
18-29	4.4%	1.00	REF
30-39	11.9%	<b>1.84</b>	<b>1.26-2.67</b>
40-49	13.1%	<b>1.77</b>	<b>1.19-2.63</b>
50-59	13.3%	<b>1.70</b>	<b>1.12-2.59</b>
60-70	14.4%	<b>2.09</b>	<b>1.32-3.31</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Παντρεμένος	12.8%	1.00	REF
Ελεύθερος	4.8%	<b>0.60</b>	<b>0.43-0.83</b>
Διαζευγμένος / Χωρισμένος	19.2%	<b>1.46</b>	<b>1.02-2.09</b>
Χήρος	17.8%	<b>1.25</b>	<b>0.83-1.90</b>
<b>Εκπαίδευση</b>			
Καμία/ Πρωτοβάθμια	16.00%	1.00	REF
Γυμνάσιο	13.8%	<b>0.95</b>	<b>0.71-1.26</b>
Λύκειο	8.7%	<b>0.66</b>	<b>0.50-0.87</b>
Τεχνική εκπαίδευση	8.7%	<b>0.60</b>	<b>0.39-0.91</b>
Ανώτερη εκπαίδευση	9.4%	<b>0.62</b>	<b>0.40-0.96</b>
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>			
Πλήρης/ μερική απασχόληση	11.6%	1.00	REF
Οικιακά	13.3%	<b>0.60</b>	<b>0.44-0.80</b>
Άνεργος	10.3%	<b>0.74</b>	<b>0.44-1.24</b>
Συνταξιούχος	11.6%	<b>0.50</b>	<b>0.35-0.73</b>
Άλλοι οικονομικά ανενεργοί	3.8%	<b>0.32</b>	<b>0.22-0.57</b>

<b>Τόπος διαμονής</b>			
Αστική	11.00%	1.00	REF
Ημιαγροτική	10.7%	0.92	0.68-1.23
Αγροτική	10.9%	0.91	0.74-1.11
<b>Οικονομικές δυσκολίες</b>			
Πολλές	20.52%	<b>1.93</b>	<b>1.48-2.52</b>
Καμία/ Αρκετές	9.95%	1.00	REF
<p>% = ποσοστό δείγματος με ΑΧΚ</p> <p>OR = Odds Ratio</p> <p>CI = Confidence Interval</p> <p>REF = κατηγορία αναφοράς</p>			

#### 4.4 Ποσοστό εμφάνισης Ανεξήγητης Χρόνιας Κόπωσης και Ψυχιατρικής Νοσηρότητας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η πρωτογενής έρευνα αφορούσε στον επιπολασμό των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών. Έτσι λοιπόν, μπορούμε σχετικά εύκολα να εξάγουμε συμπεράσματα για το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που εμφανίζουν ΑΧΚ και ταυτόχρονα κάποιου είδους ψυχιατρική συννοσηρότητα. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 6) βλέπουμε πως το ποσοστό του δείγματος που εμφανίζει ΑΧΚ και δεν έχει καμία ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι 3.89% του συνολικού δείγματος ενώ συνολικά το ποσοστό του δείγματος που δεν έχει ΑΧΚ και αντιστοίχως δεν έχει καμία ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι αρκετά μεγάλο (96,11%). Ακόμη, βλέπουμε πως όσο αυξάνει η σοβαρότητα της ψυχιατρικής νοσηρότητας φαίνεται να αυξάνει και το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν συγχρόνως και ΑΧΚ. Έτσι, το ποσοστό των ατόμων που έχουν υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα και ΑΧΚ είναι 22,7%, το ποσοστό των ατόμων που έχουν κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα μέτριας βαρύτητας και ΑΧΚ είναι 37% και το ποσοστό των ατόμων που έχουν κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα υψηλής βαρύτητας και ΑΧΚ είναι 47,67%.

<b>Πίνακας 6:</b> Ποσοστό εμφάνισης Ανεξιγήγητης Χρόνιας Κόπωσης και Ψυχιατρικής Νοσηρότητας					
Ανεξιγήγητη Χρόνια Κόπωση	Χωρίς Ψυχιατρική νοσηρότητα	Υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα	Κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα μέτριας βαρύτητας	Κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα υψηλής βαρύτητας	
Δεν έχουν	n	3,559	436	206	157
	%	96,11%	77,30%	63,00%	52,33%
Έχουν	n	144	128	121	143
	%	<b>3,89%</b>	<b>22,7%</b>	<b>37,00%</b>	<b>47,67%</b>

n = δείγμα με AXK

% = ποσοστό δείγματος με AXK

#### **4.5 Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης Ανεξιγήγητης Χρόνιας Κόπωσης και ψυχιατρικής συννοσηρότητας**

Στην παρούσα μελέτη έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η οποία μας επιτρέπει να εκτιμήσουμε ή να προβλέψουμε την απουσία ή την παρουσία ενός χαρακτηριστικού/μεταβλητής. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7) παρουσιάζονται τα σταθμισμένα αποτελέσματα ως προς το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, την κατάσταση απασχόλησης, τον τόπο διαμονής, τις οικονομικές δυσκολίες και την συννοσηρότητα. Η ανάλυση που ακολουθεί στον πίνακα 8 είναι παρόμοια με αυτή που παρουσιάστηκε στον πίνακα 7 αλλά με την επιπρόσθετη στάθμιση για ψυχιατρική συννοσηρότητα. Οι μεταβλητές αυτές μας δείχνουν κατά πόσο η ύπαρξή τους μπορεί να προβλέψει και την ύπαρξη της AXK. Παραπάνω αναλύθηκε η συσχέτιση μεταξύ των περισσότερων μεταβλητών που αποτελούν δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στον παρακάτω πίνακα τα ιδιαίτερα στατιστικά σημαντικά ευρήματα σχετίζονται με την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Έτσι λοιπόν η απουσία ψυχιατρικής συννοσηρότητας (αναφοράς) φαίνεται να μην έχει

στατιστικά σημαντική σχέση με την ΑΧΚ. Η ‘υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα’ φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την ΑΧΚ (OR= 7.22, 95%CI 5.53-9.42), η ‘κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα μέτριας βαρύτητας’ φαίνεται επίσης να έχει ιδιαίτερα σημαντική συσχέτιση με την ΑΧΚ (OR= 14.74, 95%CI 10.9-19.79) και τέλος στατιστικά σημαντική σχέση με την ΑΧΚ φαίνεται να έχει η μεταβλητή ‘κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα υψηλής βαρύτητας’ (OR= 23.24, 95%CI 17.09-31.60).

**Πίνακας 7:** Ανάλυση Παλινδρόμησης Δημογραφικών χαρακτηριστικών και Ψυχιατρικής συννοσηρότητας

	Adjusted OR	95% CI
<b>Φύλο</b>		
Ανδρες	1.00	REF
Γυναίκες	<b>1.35</b>	<b>1.067-1.70</b>
<b>Ηλικία</b>		
18-29	1.00	REF
30-39	<b>2.06</b>	<b>1.37-3.08</b>
40-49	<b>1.67</b>	<b>1.08-2.57</b>
50-59	<b>1.60</b>	<b>1.01-2.52</b>
60-70	<b>1.99</b>	<b>1.20-3.31</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Παντρεμένος	1.00	REF
Ελεύθερος	<b>0.61</b>	<b>0.42-0.88</b>
Διαζευγμένος / Χωρισμένος	1.20	0.80-1.81
Χήρος	0.91	0.58-1.44
<b>Εκπαίδευση</b>		
Καμία/ Πρωτοβάθμια	1.00	REF
Γυμνάσιο	0.93	0.67-1.29
Λύκειο	0.80	0.58-1.11
Τεχνική εκπαίδευση	0.77	0.48-1.23
Ανώτερη εκπαίδευση	0.73	0.45-1.99
<b>Κατάσταση απασχόλησης</b>		
Πλήρης/ μερική απασχόληση	1.00	REF
Οικιακά	<b>0.55</b>	<b>0.40-0.78</b>
Άνεργος	<b>0.52</b>	<b>0.30-0.92</b>

Συνταξιούχος	<b>0.38</b>	<b>0.25-0.57</b>
Άλλοι οικονομικά ανενεργοί	<b>0.28</b>	<b>0.17-0.47</b>
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Αστική	1.00	REF
Ημιαγροτική	0.81	0.58-1.13
Αγροτική	0.85	0.67-1.07
<b>Οικονομικές δυσκολίες</b>		
Πολλές	1.03	0.76-1.39
Καμία/ Αρκετές	1.00	REF
<b>Συννοσηρότητα</b>		
Χωρίς Ψυχιατρική νοσηρότητα	1.00	REF
Υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα	<b>7.22</b>	<b>5.53-9.42</b>
Κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα μέτριας βαρύτητας	<b>14.74</b>	<b>10.9-19.79</b>
Κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα υψηλής βαρύτητας	<b>23.24</b>	<b>17.09-31.60</b>

OR = Odds Ratio

CI = Confidence Interval

REF = κατηγορία αναφοράς

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 5.1 Βασικά ευρήματα

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε να διερευνηθεί το ποσοστό των ενήλικων ατόμων του πληθυσμού της Ελλάδας που έχει Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 4.894 άτομα (ποσοστό συμμετοχής 54%). Συγχρόνως, εκτός από τον επιπολασμό στον ελληνικό πληθυσμό, μελετήθηκαν οι πιθανές συσχετίσεις της ΑΧΚ με μια σειρά από δημογραφικές μεταβλητές καθώς και με την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Περίπου το 23.66% του δείγματος ανέφερε πως έχει νιώσει κόπωση, περίπου το 14.83% του δείγματος φαίνεται να έχει χρόνια κόπωση, ενώ το 10.95% του δείγματος φαίνεται να έχει ΑΧΚ. Σε αυτό το 10,95% δεν περιλαμβάνονται άτομα που τα συμπτώματά τους μπορεί να οφείλονται στη λήψη φαρμάκων, άτομα που έχουν μια σωματική ασθένεια και άτομα των οποίων τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται σε σωματική άσκηση.

Στην στατιστική ανάλυση εντοπίστηκαν αρκετές συσχετίσεις της ΑΧΚ με τις μεταβλητές φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, κατάσταση απασχόλησης, οικονομικές δυσκολίες, τόπος διαμονής, υπό-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα, κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα μέτριας βαρύτητας και κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα υψηλής βαρύτητας. Σε αυτό το μοντέλο μονομεταβλητής ανάλυσης, το φύλο φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΑΧΚ. Ομοίως η αύξηση της ηλικίας, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, η κατάσταση απασχόλησης και η αναφορά για οικονομικές δυσκολίες. Ο τόπος διαμονής φάνηκε ότι δεν έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΑΧΚ. Τέλος, η ψυχιατρική συννοσηρότητα φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Στην λογιστική παλινδρόμηση τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται, με τις γυναίκες να έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άντρες να εμφανίσουν ΑΧΚ, και την αύξηση της ηλικίας να δείχνει περισσότερες πιθανότητες για ΑΧΚ. Το να είναι κανείς διαζευγμένος ή χήρος φαίνεται επίσης πως αυξάνει τις πιθανότητες για ΑΧΚ ενώ το να είναι κανείς ελεύθερος φαίνεται να μειώνει τις πιθανότητες. Επιπρόσθετα, η τεχνική και η ανώτερη εκπαίδευση φαίνεται να μειώνουν τις πιθανότητες για ΑΧΚ, όπως και το να είναι κανείς συνταξιούχος ή οικονομικά ανενεργός δείχνει πως έχει μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσει ΑΧΚ σε σχέση με κάποιον που είναι άνεργος.



Ακόμη, το να αναφέρει κανείς πως έχει πολλές οικονομικές δυσκολίες φαίνεται πως αυξάνει τις πιθανότητες να έχει εμφανίσει ΑΧΚ σε σχέση με αυτούς που αναφέρουν λίγες ή καθόλου οικονομικές δυσκολίες. Από τα σημαντικότερα ευρήματα είναι πως τα άτομα με υπό-ουδική, με ψυχιατρική νοσηρότητα μέτριας βαρύτητας αλλά και με ψυχιατρική νοσηρότητα υψηλής βαρύτητας φαίνεται να έχουν σημαντική συσχέτιση με την ΑΧΚ.

Ως προς τον τόπο διαμονής προκύπτει πως το να μένει κανείς σε ημιαγροτική ή αγροτική περιοχή φαίνεται να αποτελεί παράγοντα που μειώνει την πιθανότητα ανεξήγητης χρόνιας κόπωσης. Το εύρημα αυτό όμως με βάση την πρώτη στατιστική ανάλυση δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

## 5.2 Περιορισμοί

Για την πληρέστερη κατανόηση των παραπάνω ευρημάτων είναι απαραίτητη η αναφορά μας σε κάποιους περιορισμούς που θέτει η ίδια η μελέτη.

Ένας βασικός περιορισμός τίθεται από τον ίδιο τον τύπο της μελέτης. Καταρχάς, η μελέτη αυτή αποτελεί δευτερογενή ανάλυση. Η αρχική μελέτη είναι συγχρονικού τύπου, κάτι το οποίο σημαίνει πως δεν λαμβάνει υπόψη την χρονική αλληλουχία μεταξύ των μεταβλητών καθώς και πως οι όποιες συσχετίσεις αναδεικνύονται επιδέχονται πολλές διαφορετικές ερμηνείες οι οποίες δεν είναι αιτιολογικές. Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί δευτερογενή ανάλυση δεδομένων σημαίνει ότι υπάρχει αρκετά μεγάλη δυσκολία να ελεγχθούν τυχόν σφάλματα της πρωτογενούς μελέτης (σφάλματα σε οποιοδήποτε στάδιο της αρχικής έρευνας) και παράλληλα τέτοιου είδους μελέτες δεν μπορούν να ερμηνεύσουν κοινωνικά φαινόμενα. Κάποιοι επιστημολογικοί περιορισμοί που συνήθως αφορούν στις δευτερογενείς αναλύσεις εστιάζουν κυρίως στον ερευνητικό σχεδιασμό της πρωτογενούς έρευνας, ο οποίος εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο σκοπό που συχνά διαφέρει από τους ερευνητικούς στόχους και ανάγκες του ερευνητή της δευτερογενούς ανάλυσης (Bryman, 2004).

Επιπρόσθετα, η χρήση αυτοαναφοράς ως τρόπου συλλογής δεδομένων έχει κάποιους περιορισμούς. Η μέθοδος της αυτοαναφοράς είναι ένας αξιόπιστος τρόπος συλλογής δεδομένων αν και πάντα υπάρχει η πιθανότητα συγκέντρωσης ανειλικρινών απαντήσεων, καθώς και η αδυναμία να εξασφαλισθεί πως όλοι οι συμμετέχοντες

ερμηνεύουν με τον ίδιο τρόπο τις ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα μας υπήρχε η ερώτηση 'εάν έχουν πολλές, λίγες/αρκετές ή καθόλου οικονομικές δυσκολίες'. Οι «οικονομικές δυσκολίες» αποτελούν μια καθαρά υποκειμενική μεταβλητή η οποία εξαρτάται από το πώς την ερμηνεύουν οι συμμετέχοντες.

Τέλος, στην συγκεκριμένη έρευνα λαμβάνεται υπ' όψιν η ψυχιατρική συννοσηρότητα (συννοσηρότητα με κατάθλιψη, στρες και άλλες διαταραχές) όπου πολλές έρευνες στην Ευρώπη και στην Αμερική έχουν δείξει πώς τα άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή τείνουν να αναφέρουν πιο συχνά συμπτώματα κόπωσης χωρίς όμως να διευκρινίζεται το είδος των ψυχιατρικών διαταραχών αλλά μόνο η βαρύτητά τους.

### 5.3 Σύγκριση με άλλες Έρευνες

Η χρόνια κόπωση όπως είδαμε, είναι μία κατάσταση για την οποία έχουν γίνει αρκετές μελέτες σε βάθος ετών. Το γεγονός ότι υπάρχει ένα σχετικά ευρύ φάσμα ορισμών που αφορά στις διάφορες μορφές κόπωσης, καθιστά την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά δύσκολη και αμφιλεγόμενη. Στην συγκεκριμένη ενότητα θα επιχειρηθεί η σύγκριση των κυριότερων ευρημάτων της παρούσας μελέτης που αφορά στην Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση στους ενήλικες.

Στην συγκεκριμένη μελέτη ο επιπολασμός της χρόνιας κόπωσης βρέθηκε να είναι 14,83%, ένα ποσοστό το οποίο εμπεριέχεται στο ευρύ 2.36%-75.7% όπου, όπως αναφέραμε στην αρχή, υπολογίζεται το αίσθημα χρόνιας κόπωσης στον γενικό πληθυσμό και τείνει να συμφωνεί με τα ποσοστά σε έρευνες στην Ευρώπη και στην Αμερική. Τέλος, η Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να είναι 10.95%. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά κοντά με ποσοστά που βρέθηκαν σε άλλες έρευνες και που χρησιμοποιούν κοντινό ορισμό. Οι Skaripnakis et al το 2000 βρήκαν σε έρευνα στη Μεγάλη Βρετανία πως η AXK έφτανε στο 13.6%. Ωστόσο, όταν αποκλείουν από τη μελέτη τα άτομα που έχουν κάποια σωματικά προβλήματα που μπορεί να εξηγούν την κόπωση (όπως αποκλείονται από τον ορισμό στην παρούσα μελέτη), το ποσοστό αυτό πέφτει στο 9%, ποσοστό λίγο χαμηλότερο από αυτό που βρέθηκε εδώ. Οι Skaripnakis, Lews & Mavreas σε διαπολιτισμική έρευνα βρήκαν πως το 16.74% του δείγματος είχε AXK ποσοστό κοντά σ αυτό που βρήκαν οι Furberg et al. το 2004 (15.7%) χωρίς να αποκλείσουν τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα, στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ακόμη, οι Vincent et al. (2012) βρήκαν από έρευνα σε ιατρικά

αρχεία πως το 10.93% είχε συμπτώματα AXK και τέλος, οι Cho Jin Hyong & Wessely S. το 2007 βρήκαν το ίδιο ποσοστό (10.9%) AXK σε δείγμα από τον πρωτογενή τομέα φροντίδας της Βραζιλίας. Σημαντικό είναι να τονιστεί πως ακόμα και σε μελέτες με παρόμοια αποτελέσματα, είναι δύσκολη η σύγκριση λόγω των διαφορετικών ορισμών, της διαφορετικής ερευνητικής μεθοδολογίας που μπορεί να έχει χρησιμοποιηθεί αλλά και λόγω διαφορών στα χαρακτηριστικά του κάθε δείγματος.

### **5.3.1 Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση και Φύλο**

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πως το φύλο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση. Πιο συγκεκριμένα, το να είσαι γυναίκα σημαίνει ότι έχεις μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσεις AXK. Παρόμοιο εύρημα έχει βρεθεί σχεδόν σε όλες τις έρευνες που μελετούν την χρόνια κόπωση και τα σύνδρομά της ανεξαρτήτως ορισμού σε σχέση με το φύλο. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες έρευνες με παρόμοια αποτελέσματα: Pawlikowska et al. 1994, Wessely 1995, Wessely et al. 1997, Ranjith G 2005, Van't Leven et al. 2009, Junghaenel et al. 2011.

Από την παράθεση αυτών των ερευνών φαίνεται σε ένα βαθμό και η διαχρονικότητα του ευρήματος. Το εύρημα αυτό φαίνεται ότι δεν οφείλεται στις διαφορές των δύο φύλων στις συμπεριφορές αναζήτησης φροντίδας. Συχνά τα δείγματα των ερευνών δεν είναι από τον γενικό πληθυσμό αλλά από κέντρα φροντίδας ή νοσοκομεία που έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες τα επισκέπτονται συχνότερα από τους άνδρες. Ενδεχομένως οι γυναίκες να αναφέρουν πιο συχνά την κόπωση ως ένα από τα συμπτώματά τους διότι έχουν διαφορετική αντίληψη του στρες κάτι για το οποίο έρευνες έχουν δείξει ότι σχετίζεται με τα σύνδρομα κόπωσης (Nater et al. 2009).

### **5.3.2 Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση και Ηλικία**

Στην συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει πως η ηλικία έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την AXK. Για την ακρίβεια όλες οι ηλικίες άνω των 29 ετών έχουν αυξημένη πιθανότητα για AXK με το ηλικιακό γκρουπ 60-70 να έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες. Στην παρούσα μελέτη φαίνεται να υπάρχει μια ελαφριά τάση με την αύξηση της ηλικίας να αυξάνονται και τα ποσοστά ατόμων με AXK. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και σε άλλες έρευνες. Οι Lewis & Wessely (1992) θεωρούν πως δεν είναι σύνηθες να εμφανίζουν κόπωση τα άτομα πριν την ενηλικίωση. Επιπρόσθετα

οι Lin et al. το 2015 βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα δείχνοντας πως η αύξηση της ηλικίας αυξάνει τις πιθανότητες για χρόνια κόπωση. Οι Aggarwal et al. το 2006 σε έρευνα στη Νοτιοδυτική Αγγλία βρήκαν πως η Χρόνια Κόπωση είχε μια σημαντική αύξηση μεταξύ της 5<sup>ης</sup> και 7<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής. Συμπληρωματικά σε αυτά τα αποτελέσματα, είναι τα αποτελέσματα των Furberg et al (2005) αλλά και των Bakken et al. (2014) όπου στις έρευνές τους βρήκαν πως συχνά η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων κόπωσης για τις γυναίκες είναι περίπου τα 31 έτη ενώ για τους άντρες τα 33 έτη.

### **5.3.3 Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση και Κοινωνικοοικονομικές Μεταβλητές**

Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εκπαίδευση. Έτσι λοιπόν βρέθηκε πως όσο μεγαλύτερη η εκπαίδευση, τόσο μικρότερες οι πιθανότητες για ΑΧΚ. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνεται από τους Lin et al (2015) και από τους Junghaenel et al (2011) σε έρευνες για την χρόνια κόπωση και την συσχέτιση με την ηλικία. Παρόλα αυτά η έρευνα των Cho & Wessely το 2007 για την ΑΧΚ σε δείγμα από τον πρωτογενή τομέα φροντίδας της Βραζιλίας βρήκαν πως όσο μεγάλωνε το επίπεδο μόρφωσης τόσο αυξάνονταν οι πιθανότητες εμφάνισης ΑΧΚ. Ενδεχομένως οι διαφορές αυτές να οφείλονται στο ότι το δείγμα της τελευταίας έρευνας δεν ήταν στον γενικό πληθυσμό σε αντίθεση με τις προηγούμενες έρευνες που αναφέρθηκαν. Περαιτέρω έρευνες για το επίπεδο μόρφωσης και την ΑΧΚ θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθούν.

Ακόμη βρέθηκε πως το να είναι κανείς διαζευγμένος ή χήρος αυξάνει τις πιθανότητες για ΑΧΚ. Παρόμοιο αποτέλεσμα βρήκαν οι Lin et al (2015) για το αίσθημα της κόπωσης. Τέλος δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τον τόπο διαμονής και την ΑΧΚ. Ομοίως, στην έρευνα των Reeves et al (2007) δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό του Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης και στον τόπο διαμονής των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

### **5.3.4 Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση και Ψυχιατρική συννοσηρότητα**

Άλλο ένα στατιστικά σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η υψηλή συσχέτιση της ΑΧΚ με την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Για την ακρίβεια, φαίνεται

πως όσο αυξάνει το επίπεδο σημαντικότητας της ψυχιατρικής κατάστασης του ατόμου, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες το άτομο να εμφανίζει ΑΧΚ. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από αρκετές έρευνες. Οι Hotopf et al., το 1996, αναφέρουν πως μία βασική μεταβλητή που προβλέπει καλύτερα το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης είναι η ψυχιατρική συννοσηρότητα. Οι Skarlinakis et al. το 2000, σε έρευνα στην Βρετανία, βρήκαν πως η ψυχιατρική συννοσηρότητα ήταν ισχυρά σχετιζόμενη με την Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση (odds ratio=4.93, 95%CI=4.23-5.75). Άλλες έρευνες που επιβεβαιώνουν την υψηλή συσχέτιση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας με την ανεξήγητη χρόνια κόπωση είναι η έρευνα των Nater et al. το 2009 στον πληθυσμό της Γεωργίας, όπου βρήκαν πως το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης αλλά και η ιδιοπαθής χρόνια κόπωση έχουν μεγάλη συννοσηρότητα με συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως με την κατάθλιψη. Ομοίως ο Nater et al., το 2010, βρήκε πως οι διαταραχές προσωπικότητας έχουν μεγάλη επικράτηση στα άτομα με σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

#### 5.4 Προτάσεις

Στις παραπάνω ενότητες έγινε φανερό πως η κόπωση και πιο συγκεκριμένα η Ανεξήγητη Χρόνια Κόπωση είναι ένα φαινόμενο αρκετά συχνό τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στον γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα αυτά βέβαια βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με τον ορισμό που δίνουν οι εκάστοτε ερευνητές στη χρόνια κόπωση και τα σύνδρομά της. Αυτό ακριβώς (οι διαφορετικοί ορισμοί) δυσχεραίνει και την συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων των διάφορων ερευνών.

Έτσι λοιπόν, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να υπάρξουν σαφέστεροι ορισμοί για το τί συνιστά χρόνια κόπωση αλλά και για το τί συνιστά ανεξήγητη χρόνια κόπωση, καθώς κυρίως ως προς την ανεξήγητη χρόνια κόπωση διαφορετικές μελέτες εμπειρικλείουν ή αποκλείουν από τον ορισμό τις σωματικές ασθένειες ή την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Η έλλειψη σαφούς ορισμού ή η μη επισήμανσή του στις έρευνες περιπλέκει ιδιαίτερα την διερεύνηση του φαινομένου.

Το σύμπτωμα της κόπωσης αναφέρεται σε πνευματική αλλά και σωματική εξουθένωση, όπου η εξουθένωση αυτή διαφέρει από την απλή έλλειψη κινήτρου και δεν εμπίπτει σε κάποια διαγνωσμένη ασθένεια. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως η κόπωση ως σύμπτωμα στην κοινότητα ενώ συχνά φαίνεται να αγνοείται, είναι ιδιαίτερα

συχνή, ενώ το Σύνδρομο Χρόνια Κόπωσης είναι σαφώς λιγότερο συχνό. Από την άλλη, η ΑΧΚ βρίσκεται σε μεγάλα ποσοστά και έρευνες έχουν δείξει πως υπάρχει αυξημένο ρίσκο στα άτομα με ΑΧΚ να εμφανίσουν ΣΧΚ (De Gucht et al., 2016). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι σε σχέση με άλλες χρόνιες ασθένειες έχει βρεθεί πως τα άτομα με συμπτώματα ΑΧΚ έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής (Koch et al., 2007).

Με βάση λοιπόν την συχνότητα εμφάνισης της ΑΧΚ, όπου και στην παρούσα μελέτη το ποσοστό της στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι σημαντικό, οι άνθρωποι οι οποίοι ασχολούνται με τον πρωτογενή τομέα περίθαλψης οφείλουν να γνωρίζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της ΑΧΚ ώστε η περίθαλψη να είναι κατάλληλη για την κάθε περίπτωση. Επιπρόσθετα, η αναγνώριση του επιπέδου δυσκολίας για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες όπως είναι η ΑΧΚ είναι ιδιαίτερα σημαντική ώστε να δημιουργηθούν υπηρεσίες στήριξης όπου θα καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες τους.

Η ηλικιακή ποικιλία που φαίνεται να υπάρχει και στην παρούσα έρευνα, εγείρει ένα σημαντικό θέμα: το κατά πόσο η παρουσία συμπτωμάτων σε μικρότερες ηλικίες αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ή παράγοντα κινδύνου για τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Τέλος, η συγκεκριμένη μελέτη για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ψυχιατρική συννοσηρότητα των ενήλικων ατόμων με ΑΧΚ επιβεβαιώνει τα αντίστοιχα ευρήματα για την ΑΧΚ τόσο στην Αμερική όσο και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Ταυτόχρονα, προσθέτει στη βιβλιογραφία τα αποτελέσματα από μια Ευρωπαϊκή χώρα του Νότου με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως αυτό της οικονομικής αλλά και μεταναστευτικής κρίσης. Άλλες έρευνες έχουν δείξει πως η οικονομικές δυσκολίες παίζουν ρόλο στην ΧΚ αλλά και πως στις εθνικές μειονότητες είναι πιο συχνή η ΧΚ χωρίς αυτό να αποτελεί όμως παράγοντα κινδύνου. Στην παρούσα έρευνα φάνηκε πως οι οικονομικές δυσκολίες αποτελούν μια στατιστικά σημαντική μεταβλητή για την ΑΧΚ ενώ δεν μετρήθηκε η μεταβλητή των εθνικών μειονοτήτων. Στο μέλλον, θα μπορούσε να διεξαχθεί μια επιδημιολογική έρευνα διαχρονικού τύπου ώστε να δούμε τί αλλαγές θα έχουν γίνει κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από την οικονομική κρίση της χώρας. Επιπλέον, θα μπορούσαμε να δούμε πώς η μεταναστευτική κρίση, η οποία φαίνεται πως εκ των πραγμάτων θα αλλάξει την ανθρωπογεωγραφία της χώρας, ίσως μας δώσει νέα αποτελέσματα για τις εθνικές μειονότητες. Ολοκληρώνοντας, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στα ευρήματα για την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Στην

διεθνή βιβλιογραφία για την ΑΧΚ η ψυχιατρική συννοσηρότητα φαίνεται να αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή και ταυτόχρονα δίνει διεξόδους, καθώς η ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να αποτελεί μέσο εξάλειψης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων αλλά και του αισθήματος της κόπωσης. Ένα ερώτημα που εγείρεται είναι κατά πόσο η ψυχιατρική κατάσταση των ατόμων είναι το αίτιο για την εμφάνιση ΑΧΚ ή αν υπάρχουν αλληλοεπικαλυπτόμενα συμπτώματα. Περαιτέρω έρευνες θα μπορούσαν να διαλευκάνουν περισσότερο την φύση της σχέσης μεταξύ ΑΧΚ και ψυχιατρικών διαταραχών, κάτι που θα βελτίωνε την κατανόηση μας για την ΑΧΚ αλλά και για την φροντίδα των ατόμων με ΑΧΚ.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε πως η έγκαιρη και σωστή διάγνωση της κόπωσης, καθώς και η ενημέρωση ότι η κόπωση μπορεί να αποτελέσει ένα αυτούσιο σύνδρομο και μάλιστα χρόνιο, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα πρόληψης, υποστήριξης και εν τέλει θεραπείας για ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού.

## 6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aggarwal V.R. et al., 2005. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors?, *International Journal of Epidemiology*, **35**, pp. 468-476.

Bakken I.J. et al., 2014. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A population-based registry study from Norway 2008-2012, *BMC Medicine*, **12**, pp. 167-174.

Berger D., 1973. The Return of Neurasthenia, *Comprehensive Psychiatry*, **14** (6), pp. 557-562.

Bested A. C. & Marshall L.M., 2015. Review of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: an evidence-based approach to diagnosis and management by clinicians, *Reviews of Environmental Health*, **30** (4), pp. 223-249.

Bierl C. et al., 2004. Regional distribution of fatiguing illnesses in the United States: a pilot study, *Population Health Metrics*, **2** (1), pp. 1.

Bryman, A. 1988. Quantity and Quality in Social Research, London, Boston : *Unwin Hyman Publications*.

Buchwald D. et al., 2001. A twin study of chronic fatigue, *Psychosomatic Medicine*, **63**, pp. 936-943.

Bynum B., 2003. Discarded Diagnosis Neurasthenia, *The Lancet*, **361**, pp. 1753.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)., 1994. The 1994 Case Definition. (online). (<http://www.cdc.gov/cfs/case-definition/1994.html>)

Cho H.J. & Wessely S., 2007. The prevalence and associations of unexplained chronic fatigue in Brazilian primary care, *Primary care and Community Psychiatry*, **12** (2), pp. 81-87.

Compston, N.D., 1978. An outbreak of encephalomyelitis in Royal Free Hospital Group, London, in 1955. *Postgraduate Medical Journal*, **54**, pp. 722-724.



De Gucht V. et al., 2016. Differences in Physical and Psychosocial Characteristics Between CFS and Fatigued Non-CFS Patients, a Case-Control Study, *International Journal of Behavioral Medicine*, published online.

Dinos S. et al., 2009. A systematic review of chronic fatigue, its syndromes and ethnicity: prevalence, severity, co-morbidity and coping, *International Journal of Epidemiology*, pp. 1-17.

Fielding R. & Wong WS. 2012. Prevalence of chronic pain, insomnia, and fatigue in Hong Kong, *Hong Kong Medicine Journal*, **18** (3), pp. 9-12.

Friedberg F. 2015. Prolonged fatigue in Ukraine and the United States: Prevalence and risk factors, *Pub Med Central*, **33** (1), pp. 33-46.

Fukuda K. et al., 1994. The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to its Definition and Study, *Annals of Internal Medicine*, **121** (12), pp.953-959.

Furberg H. et al., 2005. The prevalence of self – reported chronic fatigue in a U. S. twin registry, *Journal of Psychosomatic Research*, **59**, pp. 283-290.

Gosling, F.G., 1987. Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community, pp. 1870 – 1910, Urbana, IL: University of Illinois Press.

Hinz A. et al., 2013. Fatigue in general population of Colombia – Normative Values for the Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20, *Oncologie*, **36**, pp. 403-407.

Hotopf M., Noah N., Wessely S., 1996. Chronic fatigue and minor psychiatric morbidity after viral meningitis: a controlled study, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, **60**, pp. 504-509.

Ho-Yen DO & McNamara I. 1991. General Practitioners' experience of the chronic fatigue syndrome. *British Journal of General Practice*, **41** (349), pp. 324-326.

Johnston et al, 2013. The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a meta – analysis, *Clinical Epidemiology*, **5**, pp. 105-110.

Joyce J., Hotopf M., Wessely S., 1996. The prognosis of chronic fatigue syndrome: a systematic review, *The Quarterly Journal of Medicine*, **90**, pp. 223-233.

Juanghaenel D. U. et al., 2011. Demographic Correlates of Fatigue in the US General Population: Results from the patient – reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Initiative. *Journal Psychosomatic Research*, **71** (13), pp. 117-123.

Kim H.K., Shin H.C. & Won C.W., 2005. Prevalence of Chronic Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome in Korea: Community – Based Primary Care Study, *Journal of Korean Medicine*, **20**, pp. 529-534.

Koch H. et al, 2007. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice, *Quality of Life Research Journal*, **16**, pp. 1483-1489.

Kroenke K. & Price R., 1993. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity, *Archives of internal medicine*, **53** (21), pp. 2474-2480.

Lerdal A. et al. 2005. Fatigue in the general population: a translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale, *Scandinavian Journal of Public Health*, **33** (2), pp. 123-130.

Lewis G., Wessely S., 1992. The epidemiology of fatigue: more questions than answers, *Journal of Epidemiology and Community Health*, **46**, pp.92-97

Lin W.Q. et al., 2015. Factors associated with fatigue among men aged 45 and older: A cross-sectional study, *International Journal of Environmental Public Health*, **12**, pp. 10897-10909.

Nacul et al., 2011. The functional status and well being of people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and their carers, *BMC Public Health*, **11**, pp. 402-413.

Nater U.M. et al., 2009. Psychiatric Comorbidity in persons with Chronic Fatigue Syndrome identified from the Georgia Population, *Psychosomatic Medicine*, **71** (5), pp. 557-565.

Pawlikowska T. et al., 1994. Population based study of fatigue and psychological distress, *BMJ Psychiatry*, **308**, pp. 763-766.

Price R. K., North C. S., Wessely S., Fraser J. V., 1992. Estimating the Prevalence of Chronic Fatigue Syndrome and Associated Symptoms in the Community, *Public Health Reports*, **107** (5), pp. 514-523.

Ranjith G. 2005. Epidemiology of Chronic Fatigue Syndrome, *Occupational Medicine*, **55**, pp. 13-19.

Reeves W.C et al., 2007. Prevalence of chronic fatigue syndrome in metropolitan, urban and rural Georgia. *Population Health Metrics*, **5**, pp.5

Ricci J.A. et al., 2007. Fatigue in the U.S. workforce: Prevalence and implications for lost productive time. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **49**, pp. 1-10.

Skapinakis P., Lewis G. and Meltzer H, 2000. Clarifying the Relationship Between Unexplained Chronic Fatigue and Psychiatric Morbidity: Results From a Community Survey in Great Britain, *The American Journal of Psychiatry*, **157**, pp. 1492-1498.

Skapinakis P., Lewis G., Mavreas V., 2003. Unexplained Fatigue Syndromes in a Multinational Primary Care Sample: Specificity of Definition and Prevalence and Distinctiveness from Depression and Generalized Anxiety. *AJP Psychiatry*, **160** (4), pp. 785-787.

Taylor R.E., 2001. Death of neurasthenia and its psychological reincarnation, *Journal of Psychiatry*, **179**, pp. 550-557.

Underhill R, O’Gorman R, 2006. The prevalence of Chronic Fatigue Syndrome and chronic fatigue among family members of CFS patients. *Journal of CFS*, **13**(1), pp. 3–13.

Van’t Leven M. et al., 2009. Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome-like complaints in the general population, *European Journal of Public Health*, **20** (3), pp. 251-257.

Vereker M.L. 1992. Chronic fatigue syndrome: a joint pediatric – psychiatric approach. *Archives of Disease in Childhood*, **67**, pp. 550- 555.

Vincent A. et al., 2012. Prevalence, Incidence and Classification of Chronic Fatigue Syndrome in Olmest County, Minnesota, as Estimated Using the Rochester Epidemiology Project, *Mayo Clinic Proceedings Journal*, **87** (12), pp. 1145-1152.

Wessely S., Hotopf M. & Sharpe M. 1998. Chronic fatigue and its syndromes. Oxford, Uk: Oxford University Press.

Wessely et al.1997. The Prevalence and Morbidity of Chronic Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome: A Prospective Primary Care Study, *American Journal of Public Health*, **87** (9), pp. 1449-1455.

Wessely S. et al., 1996. Psychological Symptoms, Somatic Symptoms, and Psychiatric Disorder in Chronic Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome: A Prospective Study in the Primary Care Setting, *Am J Psychiatry*, **153**, pp. 8.

Wessely S., 1995. The Epidemiology of Chronic Fatigue Syndrome, *Epidemiologic Reviews*, **17** (1), pp. 139-151.