

Η κόπωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα

Κερασίνα Παπαστεργίου¹, Αλεξάνδρα Ξανθοπούλου¹, Μαρία Λαβδανίτη²

¹ Νοσηλεύτριες ΤΕ, ² Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα ορίζεται ως η χρόνια, συστηματική, φλεγμονώδης πολυσυστηματική, αυτοάνοση νόσος, η οποία προσβάλλει συνήθως τις περιφερικές αρθρώσεις με συμμετρική κατανομή. Η κόπωση είναι μία υποκειμενική έννοια και η οντότητα της είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί και να οριστεί. Το κύριο σύμπτωμα στην ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι η κόπωση που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του συμπτώματος της κόπωσης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων με λέξεις κλειδιά: κόπωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, νοσηλευτής καθώς και ο συνδυασμός αυτών.

Αποτελέσματα: Υπάρχουν πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της κόπωσης και οι οποίοι δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, ενώ οι αιτίες που την προκαλούν είναι δύσκολο να βρεθούν στον ίδιο ασθενή. Η αξιολόγηση και εκτίμηση της κόπωσης είναι δύσκολη λόγω της υποκειμενικότητας του συμπτώματος. Οι κλίμακες μέτρησης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τις μονοδιάστατες και τις πολυδιάστατες. Οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της θεραπείας που δημιουργεί η κόπωση στην ρευματοειδή αρθρίτιδα στον ασθενή αλλά και παροτρύνουν τον ασθενή να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του. Τέλος, βοηθούν στην σωστή αντιμετώπιση και στην μείωση του άγχους

Συμπεράσματα: Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή των νοσηλευτών στην ανακούφιση της κόπωσης που είναι και το κυριότερο σύμπτωμα της ασθένειας. Απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και εξειδίκευση των νοσηλευτών προκειμένου να αντιμετωπίσουν την κόπωση

Λέξεις Ευρετηρίου: κόπωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, νοσηλευτής, κλίμακες μέτρησης

Παραπομπή

Κ. Παπαστεργίου, Α. Ξανθοπούλου, Μ. Λαβδανίτη. Η κόπωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(3): 254-262.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα ορίζεται ως η χρόνια, συστηματική, φλεγμονώδης πολυσυστηματική, αυτοάνοση νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από επίμονη φλεγμονώδη θυλακίτιδα που προσβάλλει συνήθως τις περιφερικές αρθρώσεις με συμμετρική

κατανομή. Είναι μια εξελικτική νόσος αγνώστου αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται ως μια συμμετρική πολυαρθρίτιδα που προσβάλλει ποικίλες μικρές και μεγάλες αρθρώσεις και χαρακτηρίζεται από εξωαρθρικές εκδηλώσεις [1]. Προσβάλλει άτομα ηλικίας από 30-50 ετών και είναι πιο

συχνή στις γυναίκες. ενώ μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και σε νέα άτομα [2]. Η επίπτωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας κυμαίνεται από 0.2 μέχρι 1% παγκοσμίως. [1]

Ένα από τα κύρια συμπτώματα στην ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι η κόπωση που εμφανίζεται και δυσχεραίνει τον τρόπο ζωής των πασχόντων.

Η κόπωση είναι μία υποκειμενική έννοια και η οντότητα της είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί και να οριστεί. Η κόπωση ορίζεται ως «η κατάσταση, η οποία ενδεικνύεται από μειωμένη ικανότητα για σωματική και διανοητική εργασία και αποτελεσματικότητα στην διεκπεραίωση της εργασίας, που συνήθως συνοδεύεται από ένα αίσθημα εξάντλησης, νωθρότητας και μειωμένης ενεργητικότητας» [2].

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του συμπτώματος της κόπωσης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ο προσδιορισμός του βαθμού της κόπωσης σε αυτούς.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Υπάρχουν πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της κόπωσης και οι οποίοι δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, ενώ οι αιτίες που την προκαλούν είναι δύσκολο να βρεθούν στον ίδιο ασθενή [3].

Η κόπωση σε χρόνια ασθένεια πιθανολογείται κατά κύριο λόγο ότι οφείλεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Βάση των ερευνών που διεξήχθησαν έχει αποδειχθεί ότι αιτία της φυσικής αδυναμίας είναι η σωματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην δυσεπιλήρωση των δραστηριοτήτων τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να μην κινητοποιείται και να εμφανίζει την κόπωση [4].

Η κόπωση στην ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφανίζεται με διάφορες μορφές, όπως η

περιφερική κόπωση (στην οποία περιλαμβάνεται η σωματική), η κεντρική κόπωση (στην οποία περιλαμβάνεται η υποκειμενική κόπωση) και τέλος η ψυχοσωματική κόπωση [5].

Η σωματική κόπωση περιλαμβάνει το χρόνιο σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης, την μυϊκή και την νευρομυϊκή κόπωση, η οποία επέρχεται από τον πόνο που προκαλεί η πάθηση στις αρθρώσεις. Η ψυχοσωματική κόπωση επιδρά αρνητικά στην κοινωνική, την συναισθηματική και την πνευματική δραστηριότητα [6]. Η κόπωση κατά την διάρκεια της ημέρας μπορεί να έχει διαφορετική ένταση και μορφή. Οι διαταραχές ύπνου, όπως ο κακός ύπνος, η δυσκολία στην έναρξη του ύπνου και οι συχνές αφυπνίσεις κατά την διάρκεια του ύπνου, έχουν αποδειχθεί ότι συσχετίζονται με την κόπωση. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι τα επίπεδα της κόπωσης κατά τις πρωινές ώρες είναι ελαχιστοποιημένα, ενώ επιδεινώνεται κυρίως το απόγευμα προς το βράδυ [6]. Ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της. Η κατάθλιψη και γενικότερα οι συναισθηματικές διαταραχές μπορούν να επιφέρουν την κόπωση στους ασθενείς σε ποσοστό 87% περίπου, η οποία με την σειρά της μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματικές παθήσεις [7].

Η δευτερογενής κόπωση αναφέρεται στην κόπωση που είναι απόρροια των συμπτωμάτων της νόσου και η οποία συνδέεται έμμεσα με την εξέλιξη της νόσου. Ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της δευτερογενούς κόπωσης είναι η κακή διατροφή, οι διαταραχές του ύπνου, η κατάθλιψη, η φαρμακευτική αγωγή καθώς και η απουσία σωματικής άσκησης [8].

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Η αξιολόγηση και εκτίμηση της κόπωσης είναι δύσκολη λόγω της υποκειμενικότητας του συμπτώματος και πραγματοποιείται με διαφορετικό τρόπο τον κλινικό χώρο και την έρευνα. Οι υπάρχουσες κλίμακες μέτρησης ανευρίσκονται με την μορφή ερωτηματολογίων. Οι κλίμακες μέτρησης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τις μονοδιάστατες και τις πολυδιάστατες. **Οι μονοδιάστατες κλίμακες** περιγράφουν την κόπωση σε μία διάσταση μόνο [9]. Οι κυριότερες κλίμακες είναι:

❖ *Pearson & Byars Feeling Checklist*

Περιλαμβάνει 10 προτάσεις που περιγράφουν την κόπωση σε επίπεδο ενεργητικότητας. Αυτές οι προτάσεις είναι : υπερβολικά ζωντανός, πολύ ζωντανός, πολύ ανανεωμένος, αρκετά ανανεωμένος, κάπως ανανεωμένος, ελαφρώς κουρασμένος, σχεδόν κουρασμένος, εξαντλημένος, υπερβολικά κουρασμένος, και τέλος έτοιμος για εξάντληση. Κάθε μία από τις παραπάνω αξιολογείται ανάλογα με το συγκεκριμένο αίσθημα που αισθάνεται και περιγράφει το άτομο [10].

❖ *Mental Fatigue Inventory (MFI)*

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 9 επίπεδα που μετρούν τα κλινικά σημεία της κόπωσης. Περιλαμβάνει μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert από 0-4, που το 0 αντιστοιχεί στο καθόλου και το 4 στο πολύ [11].

❖ *Cancer-Related Fatigue Distress (CRFDS)*

Η κλίμακα αυτή αξιολογεί την δυσφορία που εμφανίζεται από την κόπωση σε ασθενείς με καρκίνο. Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης αποτελείται από 20 προτάσεις και παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εσωτερική εγκυρότητα [12].

❖ *Brief Fatigue Inventory*

Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης αξιολογεί την ένταση της κόπωσης. Περιέχει 9 προτάσεις και διαθέτει αριθμητική κλίμακα από το 0-10, όπου το 0 αντιστοιχεί στο καθόλου και το 10 στο μέγιστο. Η συγκεκριμένη κλίμακα μπορεί να συσχετιστεί με άλλες κλίμακες που μετρούν την κόπωση [13].

Λόγω του γεγονότος ότι η κόπωση είναι πολυδιάστατο σύμπτωμα είναι απαραίτητη η χρήση και άλλων κλιμάκων μέτρησης, οι οποίες είναι πολυδιάστατες. **Οι πολυδιάστατες κλίμακες** μετρούν πολλές διαστάσεις, όπως την ένταση και την ψυχική κόπωση. Ορισμένες πολυδιάστατες κλίμακες είναι:

❖ *Chalder Fatigue Scale (CHFS)*

Η κλίμακα Chalder Fatigue Scale αποτελείται από 11 προτάσεις και μπορεί να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον ασθενή. Η αξιολόγησή της γίνεται βάση της κλίμακας Likert με τέσσερις βαθμούς. Οι προτάσεις αναφέρονται στα συμπτώματα της ψυχικής και της σωματικής κόπωσης που βιώνουν οι ασθενείς [14].

❖ *Multidimensional Assessment of Fatigue*

Αποτελείται από 16 προτάσεις που χωρίζονται σε 4 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στην ένταση και περιέχει 2 προτάσεις, η δεύτερη κατηγορία όπου περιέχει 1 πρόταση και αναφέρεται στην δυσφορία, η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στη πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων και διαθέτει 11 προτάσεις και τέλος η τέταρτη κατηγορία όπου αναφέρεται στο χρόνο και διαθέτει 2 προτάσεις. Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και σε συμπτώματα ινομυαλγίας [15].

❖ *Fatigue Symptoms Inventory*

Αποτελείται από 13 προτάσεις που αξιολογούν την ένταση, την διάρκεια της κόπωσης και την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής. Έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με καρκίνο που βιώνουν εντονότερα το σύμπτωμα της κόπωσης [16].

❖ *Fatigue Impact Scale (FIS)*

Η FIS αποτελείται από 40 προτάσεις, οι οποίες διερευνούν την επίδραση της κόπωσης στην ποιότητα ζωής και διαιρούνται σε τρεις κατηγορίες. Αρχικά, η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει 10 προτάσεις και αναφέρεται στην γνωστική λειτουργία, η δεύτερη περιλαμβάνει 10 προτάσεις και αναφέρεται στην οργανική λειτουργία και η τρίτη αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική λειτουργία με 20 προτάσεις. Κάθε πρόταση αξιολογείται με κλίμακα 0-4, όπου το 0 αντιστοιχεί στο κανένα πρόβλημα και το 4 αντιστοιχεί στο υπερβολικό πρόβλημα [17].

❖ *Κλίμακα Piper*

Η κλίμακα Piper αποτελείται από 41 προτάσεις που αξιολογούνται με αριθμημένη κλίμακα από 0-10 και αναφέρονται στις παρακάτω διαστάσεις: στην ένταση, στην διάρκεια της κόπωσης, στον τρόπο βίωσης, στις επιδράσεις της κόπωσης, στη συμπεριφορά και την ψυχική κατάσταση του ασθενή. Η κλίμακα αυτή εμπεριέχει 3 ανοιχτές προτάσεις όπου ο ασθενής αναφέρει ποιές είναι οι πιθανές αιτίες για την εμφάνιση της κόπωσης. Επίσης, η κλίμακα αυτή αναφέρει τους τρόπους που χρησιμοποιεί για την ανακούφισή της καθώς και τα συνοδά συμπτώματα [18].

Καταλήγοντας, θα πρέπει να ειπωθεί πως η κάθε μία από τις προαναφερθείσες κλίμακες μέτρησης έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Οι επαγγελματίες υγείας ανάλογα με τον σκοπό της χρήσης θα

χρησιμοποιήσει την πιο κατάλληλη για την περίπτωση.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Ο νοσηλευτής που ασχολείται με ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, κατέχει αρκετούς ρόλους. Συγκεκριμένα συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κόπωσης του ασθενή και τον παροτρύνει να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του. [19]

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να ενθαρρύνει τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα να ζήσουν όσο το δυνατόν σε μεγαλύτερο βαθμό μια φυσιολογική ζωή παρόλο που πάσχουν από μια χρόνια πάθηση. Το διάστημα προσαρμογής στην ασθένεια μπορεί να επιφέρει αρκετούς περιορισμούς στους ασθενείς τους οποίους θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπ όψιν τους [20]. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της κόπωσης των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αρχικά θα πρέπει να αξιολογήσουν την κόπωση χρησιμοποιώντας τις κλίμακες που μπορούν να εφαρμοστούν την κλινική πρακτική [21].

Εάν η κόπωση σχετίζεται με φυσικούς παράγοντες, η φυσική άσκηση και η φυσικοθεραπεία είναι ορισμένοι θεραπευτικοί τρόποι που βοηθούν στην βελτίωση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς. Εάν όμως η κόπωση οφείλεται στην κατάθλιψη η παραπομπή σε σύμβουλο ψυχικής υγείας για την θεραπευτική και αποτελεσματική αντιμετώπισή της, είναι η καταλληλότερη πρόταση. Τέλος, στην περίπτωση που η κόπωση σχετίζεται με την αναιμία, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη διατροφή αλλά και τη λήψη κατάλληλων σκευασμάτων που συμβάλλουν στην αύξηση του αιματοκρίτη [22].

Απαραίτητη θεωρείται και η ενθάρρυνση των ασθενών με ρευματοειδή

αρθρίτιδα να διατηρούν μια λίστα με όλα τα φάρμακα που παίρνουν. Υπάρχουν φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνονται για τα συμπτώματα της υποκείμενης ασθένειας, τα οποία όμως μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση ή την επιδείνωση της κόπωσης [23].

Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, είναι ένα μέτρο που μπορεί να σχεδιαστεί από το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεργασία με τον ασθενή, βοηθώντας τον έτσι στην εξοικονόμηση της ενέργειας. Ένα ακόμη μέτρο που μπορεί να ληφθεί είναι η ισορροπία που θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ της δραστηριότητας και της ξεκούρασης. Αυτό σημαίνει ότι δεν θα πρέπει να παραιτηθεί από την καθημερινότητα αλλά ούτε και να υπερβάλλει, επιβαρύνοντας έτσι περαιτέρω τον οργανισμό του [24].

Είναι απαραίτητο να ειπωθεί πως, ο ασθενής πρέπει να συμβουλευτεί τον νοσηλευτή, ώστε να μάθει να προγραμματίζει τις δραστηριότητες του και να διδαχθεί από την ομάδα υγείας ορισμένες τεχνικές χαλάρωσης. Ο νοσηλευτής μπορεί να υποδείξει στον ασθενή πως μπορεί να ντύνεται και να κάνει μπάνιο καθιστός. Επίσης, μπορεί να προτείνει στον ασθενή να χρησιμοποιεί ορισμένα βοηθήματα για την προσωπική του υγιεινή, όπως είναι η ηλεκτρική οδοντόβουρτσα. Όσον αφορά τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις του σπιτιού μπορεί να μοιράζει τις δουλειές σε διαφορετικές μέρες αντί να τις πραγματοποιεί όλες την ίδια μέρα. Επιπρόσθετα, μπορεί να εναλλάσσει τις δραστηριότητες (ελαφριές και βαριές υποχρεώσεις) πραγματοποιώντας στο ενδιάμεσο διάστημα ένα διάλειμμα για ανάπαυση. Παράλληλα, μπορεί να χρησιμοποιεί ηλεκτρικές συσκευές για μεγαλύτερη ευκολία. Οι ίδιοι οι ασθενείς, επίσης, θα πρέπει να μην πραγματοποιούν αρκετές δραστηριότητες κατά τις περιόδους

που υπάρχει υψηλή θερμοκρασία. Τέλος, πρέπει να υποδειχθεί από το νοσηλευτή πως αντικείμενα που χρησιμοποιεί συχνότερα ο ασθενής πρέπει να τα τοποθετεί σε μέρη που να είναι εύκολα στην πρόσβαση, χωρίς να σκόβει ή να τεντώνεται [22].

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των πόνων που προκαλούνται στις αρθρώσεις εξαιτίας της πάθησης, ο νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή να αλλάζει συχνά θέση, να κάθεται σε αναπαυτικό μέρος και σε θέση που ο πόνος ανακουφίζεται. Παράλληλα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί μια αντικειμενική αξιολόγηση για την ένταση του πόνου και να παρακολουθεί τον ασθενή για την αποτελεσματικότητα που παρέχει η αναλγησία σε αυτόν. Επίσης, μπορεί να του υποδείξει να τοποθετεί μαξιλάρια κάτω από τις αρθρώσεις που φλεγμαίνουν. Σε μεγάλο βαθμό βοηθούν και ορισμένες ασκήσεις που πρέπει να διδαχθούν από τον φυσικοθεραπευτή, ώστε να μειωθεί η αρθραλγία. Η τοποθέτηση των άκρων του στις 90° μοίρες, η εφαρμογή θερμών ή ψυχρών επιθεμάτων και η πραγματοποίηση ασκήσεων μετά την εφαρμογή αυτών, είναι κάποιες αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ανακούφιση της κόπωσης. Τέλος η χορήγηση αναλγητικών, αντιφλεγμονωδών και στεροειδών φαρμάκων, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, μειώνουν την ένταση του πόνου και επομένως και της κόπωσης που σχετίζεται με αυτόν [25, 26].

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κόπωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα που αντιμετωπίζεται, είτε με συντηρητική θεραπεία είτε με φαρμακευτική αγωγή. Η αιτιολογία της δεν είναι πλήρως γνωστή καθώς είναι πολυπαραγοντική και περίπλοκη.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην ανακούφιση της κόπωσης είναι σημαντικός

αφού η κόπωση αποτελεί ένα από τα πρωταρχικά συμπτώματα της ασθένειας. Εξαιτίας του υποκειμενικού της χαρακτήρα η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση της είναι αρκετά δύσκολη, ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βρίσκουν τρόπους για την εκτίμηση της και στη συνέχεια να πραγματοποιούν τον σχεδιασμό κατάλληλων

παρεμβάσεων για την ανακούφιση της. Απαιτούνται περισσότερες έρευνες τόσο σε διεθνές όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να αξιολογηθεί η κόπωση σε αυτήν την ομάδα ασθενών και να σχεδιαστούν κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Majithia, V. & Geraci, S.A. Rheumatoid arthritis: diagnosis and management, *Am J Med* 2007, 120 (11): 936-939.
2. Τσιλιγγίρη Μ. Νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα. Πανελλήνιο Συνέδριο Φυσικοθεραπευτών «Αναπηρία και Σύγχρονη Φυσικοθεραπευτική Αποκατάσταση». 2011, Αθήνα
3. Klimas N, Koneru AB. Chronic fatigue syndrome: Inflammation, Immune Function and Neuroendocrine Interactions. *Curr Rheumatol Rep* 2007; 9 (6): 482-487.
4. Atzeni F, Cazzola M, Benucci M, et al. Chronic widespread pain in the spectrum of rheumatological diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011; 25: 165-171.
5. Norheim K.B., Jonsson G. & Omdal R. Biological mechanisms of chronic fatigue. *Rheumatol J* 2011; 50: 1009-1018.
6. Ramsey-Goldman R., Rothrock N. Fatigue in Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010; 2: 384-392.
7. Repping-Wuts H., Uitterhoeve R., Riel P.V., Achterberg T.V. Fatigue as experienced by patients with rheumatoid arthritis (RA): A qualitative study, *Int J Nurs Studies* 2008; 45: 995-1002.
8. Pollard LC, Choy EH, Gonzalez J, Khoshaba B, Scott DL. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology* 2006; 45, 885-889.
9. Hewlett, H. Ambler N, Almeida C, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1060-1067.

10. Nikolaus S. , Bode C, Taal E, et al. Items and dimensions for the construction of a multidimensional computerized adaptive test to measure fatigue in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol* 2013, 66: 1175-1183.
11. Jong N., Candel MJ, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Ann Oncol* 2004, 15: 896-905.
12. Park K.U. Assessment of Change of Quality of Life in Terminally Ill Patients under Cancer Pain Management Using the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in a Korean Sample. *Oncology* 2008, 74(1): 7-12.
13. Minton O, Berger A, Barsevick A, et al. Cancer-Related Fatigue and Its Impact on Functioning, Cancer-Related Fatigue. *Cancer* 2013; 119(11): 2124-2130.
14. Jabbari Ys. Al., Mparmpagadaki A., Zinelis S., Eliades G. Assessment of fatigue parameters of dental resin composites using dynamic fatigue testing. *J Composite Mat* 2012; 47(4): 419-424.
15. Jason LA, Evans M, Brown M, et al. Fatigue Scales and Chronic Fatigue Syndrome: Issues of Sensitivity and Specificity. *Disabil Stud Q* 2011; 31(1): 1-15.
16. Neogaard, M.T., Stromgren, A.S., Pedersen, L. Multidimensional Measurement of Fatigue in Advanced cancer patients in Palliative Care: An Application of the Multidimensional Fatigue Inventory. (Online). 2006 (Updated June 2006) Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392406002600> (accessed 24 April 2013)
17. Stein KD, Jacobsen PB, Blanchard CM, Thors C. Further validation of the multidimensional fatigue symptom inventory-short form. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27(1): 14-23.
18. Fisk, J.D. & Doble, S.E. Construction and validation of fatigue impact scale for daily administration CD-FIS. 2002 (Online). (Updated May 2002) Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074263> (accessed 24 April 2013).
19. Clark PC., Ashford S, Burt, R., Aycock, D.M., Kimble, L.P. Factor Analysis of the Revised Piper Scale in a caregiver sample. 2006 (Online). (Updated 2006) Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17086781> (accessed 24 April 2013).
20. Swanson, K.I. & Pfenning, S. The Nurse Practitioners role in the Management of Rheumatoid Arthritis. *JNP* 2011, 7(10): 858-870.
21. Ndosu M, Lewis M., Hale C., et al. A randomised, controlled study of outcome and cost effectiveness for RA patients attending nurse-led rheumatology clinics: Study protocol of an ongoing nationwide multi-centre study, *International Journal of Nursing Studies*, 2011; 48: 995-1001.

22. Hustings Y.E., Tubergen A., Bostrom C. et al., EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis, *Annoual Rheumatoid Diseases* 2013, 71: 13-19.
23. Esselens G., Westhovens R. & Verschueren P. Effectiveness of an integrated outpatient care program compared with present-day standard care in early rheumatoid arthritis, *Musculoskeletal Care* 2009; 7(1): 1-16.
24. Dewit S.C. Φλεγμονώδεις διαταραχές του Μυοσκελετικού Συστήματος, Ρευματοειδής Αρθριτιδα, Στο: Dewit S.C., Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες & Πρακτική, 2009 Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 1110-1123.
25. Mechlenborg Kristiansen T., Primdahl RN.J., Antoft R., Hørslev-Petersen K. Everyday Life with Rheumatoid Arthritis and Implications for Patient Education and Clinical Practice: A Focus Group Study, *Musculoskeletal Care*, 2012; 10(1), 29-38.
26. Scott, D.L., Wolfe F. & Huizinga T.W.J. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010, 376: 1094-1108.

Fatigue in rheumatoid arthritis patients

K. Papastergiou¹, A. Xanthopoulou¹, M. Lavdaniti²

¹ Registered Nurses, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki, ² Assistant Professor of Nursing Department, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid Arthritis is defined as the chronic, systemic, inflammatory multisystem, autoimmune disease that usually affects peripheral joints with symmetrical distribution. Fatigue is a subjective concept and it is difficult to be characterized and defined. The main symptom of rheumatoid arthritis is fatigue that appears in patients and affect their quality of life.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the symptom of fatigue in patients with rheumatoid arthritis and to determine the role of the nurse in the treatment of fatigue in these patients.

Material and Methods: A search was made in the Pubmed and Scopus databases for reports on fatigue and rheumatoid arthritis. There were used the following key words: fatigue, rheumatoid arthritis, nurse and the combination of them.

Results: There are many etiologic factors responsible for the onset of fatigue and they have not been fully elucidated. The evaluation and assessment of fatigue is difficult because the symptom is subjective. The scales are divided into two categories: one-dimensional and multidimensional. Nurses help patients with fatigue in rheumatoid arthritis and encourage him to improve the health status. Finally, they help patient with the appropriate treatment and stress reduction.

Conclusions: The contribution of nurses to relieve fatigue is particularly important because fatigue is the main symptom of the disease. It is required continuing education and specialist in order to alleviate patients' fatigue.

Keywords: fatigue, rheumatoid arthritis, nurse, scales

Citation

K. Papastergiou, A. Xanthopoulou, M. Lavdaniti. *Fatigue in rheumatoid arthritis patients. Scientific Chronicles* 2014;19(3): 254-262.