

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Συγχρονική μελέτη διερεύνησης του αυτοαναφερόμενου κινδύνου για σύνδρομο ανήσυχων ποδιών στην κοινότητα της Αλοννήσου

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση του αυτοαναφερόμενου κινδύνου για σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ) στον πληθυσμό της Αλοννήσου, καθώς και η συσχέτισή του με δημογραφικούς, διατροφικούς, γνωσιακούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Πρόκειται για συγχρονική επιδημιολογική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 236 ενήλικες μόνιμοι κάτοικοι της Αλοννήσου (115 άνδρες και 121 γυναίκες), αριθμός που αντιστοιχεί περίπου στο 10% του τοπικού πληθυσμού, γεγονός το οποίο καθιστά το δείγμα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού του νησιού. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τον κίνδυνο για ΣΑΠ, τον βαθμό υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής (MedDiet Score), τη γνωσιακή λειτουργία (general practitioner of cognition), την εργασιακή απόδοση (work ability index), καθώς και δημογραφικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό GraphPad Prism, με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από τους 236 συμμετέχοντες, το 15,32% βρέθηκε υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Παρουσιάστηκε σημαντική συσχέτιση του ΣΑΠ με τη μικρότερη ηλικία και τον χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), ενώ δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την καπνισματική συνήθεια, τη διατροφή, τη γνωσιακή λειτουργία, την εργασιακή απόδοση ή τον κίνδυνο για άνοια. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Το υψηλό ποσοστό κινδύνου για ΣΑΠ στον πληθυσμό της Αλοννήσου, σε συνδυασμό με την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, καθιστά αναγκαία την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής υγείας στα νησιά άγονης γραμμής. Τα ευρήματα της μελέτης μπορεί να συμβάλλουν στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση της υγείας σε αντίστοιχους απομακρυσμένους πληθυσμούς.

Εντός της ελληνικής επικράτειας υπάρχουν περίπου 6.000 νησιά, από τα οποία κατοικούνται τα 117. Κάποια από αυτά θεωρούνται νησιά άγονης γραμμής, χαρακτηρίζονται δηλαδή από μικρότερη δυνατότητα μετάβασης στην ηπειρωτική χώρα, εξ αιτίας των λιγότερο συχνών

δρομολογίων, συγκριτικά με άλλα, μεγαλύτερα νησιά.¹ Επί πλέον, η γεωγραφική διασπορά τους εγείρει ζητήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς τα εν λόγω νησιά συνήθως διαθέτουν ένα μικρό κέντρο υγείας με περιορισμένους πόρους και υγειονομικό προσωπικό και οι κάτοικοι

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2026, 43(4):529–534
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2026, 43(4):529–534

Π. Κάσας,¹
Ε. Γώγου,²
Χ. Βαρσαμάς,³
Κ. Βογιατζίδης,²
Α. Ψαθά,³
Μ. Πινακά,³
Δ. Σιαχπαζίδου,³
Α. Σιστού,³
Ε. Παπάζογλου,³
Δ. Καλούση,³
Κ. Βατζιά,³
Κ. Αστάρα,³
Ν. Τσιουβάκας,³
Σ. Ζαρογιάννης,^{1,2,3}
Κ. Γουργουλιάνης³

¹Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

²Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

³Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Cross-sectional study on the self-reported restless legs syndrome risk in the community of Alonissos

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητήριο

Επιδημιολογία
Νησιωτική δημόσια υγεία
Συγχρονική μελέτη
Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών

Υποβλήθηκε 5.4.2025

Εγκρίθηκε 31.5.2025

τους χρειάζεται να ταξιδεύσουν στην ηπειρωτική χώρα για συνήθειες ιατρικές εξετάσεις.¹ Παράλληλα, απουσιάζουν επιδημιολογικά δεδομένα για τους συγκεκριμένους πληθυσμούς και επομένως υπάρχει περιορισμένη γνώση για την κατάσταση της υγείας τους.²

Το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ) είναι μια νευρολογική διαταραχή, γνωστή και ως σύνδρομο Willis-Ekbom, χαρακτηριστικό της οποίας είναι ανάγκη που νιώθει το άτομο να μετακινήσει τα άκρα του. Αν και ασθενείς υποστήριξαν ότι η δυσφορία που αισθάνονται εστιάζεται και στο επάνω μέρος του σώματος, η διαταραχή συνηθέστερα επηρεάζει το κάτω μέρος. Η επιδείνωση των συμπτωμάτων συμβαίνει σε περιόδους ανάπαυσης, κυρίως τη νύκτα. Για τον λόγο αυτόν το ΣΑΠ συγκαταλέγεται στις διαταραχές ύπνου.³ Όσον αφορά στον επιπολασμό, υπολογίζεται ότι προσβάλλει το 7–10% του ενήλικου πληθυσμού σε Ευρώπη και Αμερική,^{4–9} ενώ στις παιδικές ηλικίες το ποσοστό μειώνεται στο 1–4%.^{10–12}

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε τη διερεύνηση του ποσοστού του ενήλικου πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο για ΣΑΠ στην Αλόνησο, ένα νησί άγονης γραμμής που ανήκει στο σύμπλεγμα των Σποράδων. Παράλληλα, συσχέτιστηκε η ύπαρξη κινδύνου για ΣΑΠ με συμπεριφορικούς, διατροφικούς και γνωσιακούς παράγοντες, αλλά και με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός μελέτης

Η εν λόγω συγχρονική μελέτη έλαβε χώρα στο Περιφερειακό Ιατρείο Αλοννήσου την περίοδο 5–11 Ιουλίου 2018. Το Περιφερειακό Ιατρείο, το οποίο βρίσκεται στο Πατητήρι, την πρωτεύουσα του νησιού, αποτελεί τη μοναδική δημόσια δομή υγείας του νησιού. Η Αλόνησος ανήκει στο νησιωτικό σύμπλεγμα των Σποράδων και θεωρείται νησί άγονης γραμμής. Ο πληθυσμός του νησιού ανερχόταν στους 2.750 μόνιμους κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) για το 2011.

Οργάνωση μελέτης και διαδικασιών

Το Κέντρο Κοινότητας Αλοννήσου ανέλαβε την ενημέρωση του πληθυσμού για την εκπόνηση της μελέτης, τις ημερομηνίες διεξαγωγής της και τον σκοπό της, δημοσιεύοντας δύο εβδομάδες πριν από την έναρξή της (22 Ιουνίου 2018) σχετικό δελτίο τύπου. Οι εθελοντές συμμετέχοντες εκδήλωναν στο Κέντρο Κοινότητας το ενδιαφέρον συμμετοχής τους στη μελέτη, επιλέγοντας την ημέρα και την ώρα συνάντησής τους με την ερευνητική ομάδα. Την ομάδα αυτή αποτέλεσαν δύο καθηγητές πανεπιστημίου του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, μία γενική ιατρός, δύο πνευμονολόγοι, ένας καρδιολόγος, 3 νοσηλεύτριες, 5 προπτυχιακοί

φοιτητές του Τμήματος Ιατρικής και ένας υποψήφιος διδάκτορας.

Κατά την άφιξη των συμμετεχόντων στο Περιφερειακό Ιατρείο, κάθε συμμετέχων ενημερωνόταν διεξοδικά για τους εκπαιδευτικούς σκοπούς της μελέτης, τα στάδια διαδικασίας και τη διασφάλιση του απορρήτου των στοιχείων τους. Η συγκατάθεση συμμετοχής στη μελέτη εξασφαλιζόταν με την υπογραφή σχετικού εντύπου από κάθε συμμετέχοντα. Στη συνέχεια, νοσηλεύτρια λάμβανε το ιατρικό ιστορικό κάθε συμμετέχοντα και τούς διέθετε τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Τα ερωτηματολόγια έπρεπε να συμπληρωθούν εξ ολοκλήρου, προκειμένου να ληφθούν υπ' όψιν στην επικείμενη ανάλυση. Προς διευκόλυνση των συμμετεχόντων, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιείτο παρουσία μέλους της ερευνητικής ομάδας, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα υποστήριξης σε περίπτωση που κρινόταν αναγκαία.

Πληθυσμός μελέτης

Συνολικά, στη μελέτη συμμετείχαν 245 άτομα, από τα οποία τα 9 εξαιρέθηκαν από την ανάλυση επειδή δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν: (α) Ηλικία >18 ετών, (β) μόνιμη διαμονή του συμμετέχοντα στην Αλόνησο τουλάχιστον 6 μήνες ετησίως και (γ) κατοχή διπλώματος οδήγησης.

Ερωτηματολόγια

Η μελέτη διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων που είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό. Πρώτον, αξιοποιήθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια που προτάθηκαν από το International RLS Study Group (IRLSSG), με τη χρήση των οποίων διερευνάται η ύπαρξη κινδύνου για ΣΑΠ.¹³ Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το General Practitioner Assessment of Cognition (GPCog), το οποίο είναι ειδικά σχεδιασμένο για τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) και αποτελεί μια σύντομη δοκιμασία της γνωστικής λειτουργίας, ελέγχοντας παράλληλα και τον κίνδυνο για άνοια.¹⁴ Επί πλέον, το Work Ability Index (WAI), το οποίο αποσκοπεί στην εκτίμηση του κόστους που προκαλούν στον χώρο εργασίας τα προβλήματα υγείας και επηρεάζουν την εργασιακή απόδοση των εργαζομένων,¹⁵ και το MedDiet Score, το οποίο αξιολογεί τον βαθμό υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής. Σε αυτό ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει πόσο συχνά καταναλώνει κάθε ένα από τα ένδεκα είδη τροφής ή ποτού που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο.^{16,17} Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων για τη λήψη στοιχείων που αφορούν στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ως προς την ηλικία, τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), την καπνισματική συνήθεια, την καπνισματική βαρύτητα κ.λπ.

Στατιστική ανάλυση

Η κανονικότητα των δεδομένων αξιολογήθηκε με τη δοκιμή Kolmogorov-Smirnov. Τα μη παραμετρικά δεδομένα παρουσιάζονται ως διάμεσος με τα εκατοστημόρια p25 και p75 σε παρένθεση. Για τη σύγκριση συνεχών δεδομένων μεταξύ ομάδων εφαρμόστηκε η δοκιμασία Mann-Whitney U. Οι κατηγορικές μεταβλητές

εκφράζονται ως ποσοστά. Για τη σύγκριση αναλογιών ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Chi-square ή το Fischer's exact test. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν σε ένα αρχείο Excel και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό GraphPad Prism, έκδοση 9.0. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα θεωρήθηκαν αυτά με τιμή $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης

Στη μελέτη συμμετείχαν 236 μόνιμοι κάτοικοι της Αλοννήσου, αριθμός που αντιστοιχεί στο 8,42% του συνολικού πληθυσμού του νησιού, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ το 2011. Η διάμεση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 55 έτη (40, 69) και η διάμεσος του ΔΜΣ 26,59 (23,47, 29,76). Το ποσοστό των καπνιζόντων βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλό, καθώς το 42% (99/236) των συμμετεχόντων δήλωσαν καπνιστές. Αναλυτική περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών ανά φύλο παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

Από τους 236 συμμετέχοντες, ένας δεν κατόρθωσε να ολοκληρώσει τη συμπλήρωση του συνόλου των ερωτηματολογίων. Επομένως, οι απαντήσεις των 235 συμμετεχόντων ελήφθησαν υπό όψιν στη στατιστική ανάλυση. Από τους 235 συμμετέχοντες, 36 βρέθηκαν υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ, αριθμός που αντιστοιχεί στο 15,32% των συμμετεχόντων. Από αυτούς, 15 ήταν άνδρες (13,04%) και 21 γυναίκες (17,5%), χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ($p=0,343$). Αντίθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε αναφορικά με διάφορους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ είχαν μικρότερη ηλικία ($p=0,02$) και χα-

μηλότερο ΔΜΣ ($p=0,031$) σε σχέση με τους συμμετέχοντες που χαρακτηρίστηκαν ως χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΠ που να αφορούν στην καπνισματική συνήθεια ($p=0,545$), στην καπνισματική βαρύτητα ($p=0,159$), στον βαθμό υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής ($p=0,278$), στην εργασιακή απόδοση ($p=0,628$), στη γνωστική λειτουργία ($p=0,173$) και στον κίνδυνο για άνοια ($p=0,15$). Αναλυτική παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ δίνεται στον πίνακα 2.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα αποτελεί μια συγχρονική μελέτη διερεύνησης του ποσοστού του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο για ανάπτυξη ΣΑΠ, αλλά και συσχέτισης του κινδύνου για ΣΑΠ με γνωσιακά, διατροφικά, συμπεριφορικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το γεγονός ότι ο πληθυσμός μελέτης αντιπροσώπευε το 8,42% του συνολικού πληθυσμού της Αλοννήσου συνιστά σημαντικό στοιχείο, καθώς μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός και να δώσει μια ασφαλή εικόνα για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τα χαρακτηριστικά του.

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των ατόμων σε κίνδυνο για ΣΑΠ βρέθηκε υψηλότερο (15,32%) από το αντίστοιχο της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπου καταγράφεται επιπολασμός 7–10% στον ενήλικο γενικό πληθυσμό της Ευρώπης και της Αμερικής.^{4–9} Παράλληλα, αν και αναφέρεται θετική συσχέτιση του ΣΑΠ με την ηλικία, με το ποσοστό στους ηλικιωμένους να ανέρχεται στο 18–23%,^{18,19} το εύρημα

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης.

	Άνδρες	Γυναίκες	p
Φύλο	115 (48,73%)	121 (51,27%)	
Ηλικία	56 (42, 73)	54 (38,50, 67,50)	0,205
ΔΜΣ	27,70 (24,68, 30,52)	25,61 (22,59, 29,34)	0,005
Καπνισματική συνήθεια	Καπνιστές: 48 (41,74%) Πρώην καπνιστές: 53 (46,09%) Μη καπνιστές: 14 (12,18%)	Καπνιστές: 51 (42,50%) Πρώην καπνιστές: 19 (15,83%) Μη καπνιστές: 50 (41,67%)	<0,001
Πακέτα/έτη	35 (11, 50)	13,50 (7, 25)	<0,001
MedDietScore	33 (29,75, 36)	32 (29, 35)	0,181
Εργασιακή απόδοση	43 (39, 47)	43 (36, 46)	0,273
Άνοια	14 (12,17%)	13 (10,83%)	0,839

Πίνακας περιγραφής των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού μελέτης ανά φύλο. Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως διάμεσοι και p_{25} , p_{75} ή n (%). Μία γυναίκα συμμετέχουσα δεν απάντησε στις ερωτήσεις που αφορούσαν στην καπνισματική συνήθεια και καπνισματική βαρύτητα. Πλάγια γραφή στις τιμές p υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος

Πίνακας 2. Συμμετέχοντες υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ.

	Υψηλού κινδύνου ΣΑΠ	Χαμηλού κινδύνου ΣΑΠ	p
Ηλικία	47 (34, 62,50)	56 (42, 70)	0,02
ΔΜΣ	24,63 (22,11, 27,71)	26,82 (23,81, 30,21)	0,031
Καπνισματική συνήθεια	Καπνιστές: 18 (50%) Πρώην καπνιστές: 9 (25%) Μη καπνιστές: 9 (25%)	Καπνιστές: 80 (40,4%) Πρώην καπνιστές: 63 (31,82%) Μη καπνιστές: 55 (27,78%)	0,545
Πακέτα/έτη	12 (6, 33)	22 (8,05, 43)	0,159
MedDietScore	33 (30,25, 35)	32 (29, 35)	0,278
Εργασιακή απόδοση	43 (36, 47)	43 (38, 46)	0,628
Γνωστική λειτουργία			
Άνοια	ΥΚ: 7 (19,44%) ΧΚ: 29 (80,56%)	ΥΚ: 20 (10,05%) ΧΚ: 179 (89,95%)	0,15

ΣΑΠ: Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος, ΥΚ: Υψηλού κινδύνου, ΧΚ: Χαμηλού κινδύνου

αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στη δική μας μελέτη. Αντίθετα αποτελέσματα, επίσης, προέκυψαν στη μελέτη μας όσον αφορά στη σχέση του ΣΑΠ με τον ΔΜΣ. Μολονότι στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται θετική συσχέτιση,²⁰ στην παρούσα μελέτη οι υψηλού κινδύνου για ΣΑΠ είχαν σημαντικά χαμηλότερο ΔΜΣ. Επίσης, στη μελέτη μας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ αναφορικά με την καπνισματική συνήθεια ή την καπνισματική βαρύτητα, ενώ στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι μη καπνιστές έχουν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΠ.²¹

Στην παρούσα μελέτη, επίσης, δεν καταγράφηκε κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ ως προς τον βαθμό υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής (ΜΔ). Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με πρόσφατη μελέτη, η οποία διερεύνησε για πρώτη φορά στη χώρα μας τη σχέση μεταξύ ΣΑΠ και βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ και στην οποία ο σχετικός λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων (ΣΛΣΠ) βρέθηκε 1,06, καταδεικνύοντας έτσι πολύ μικρή σχέση του βαθμού υιοθέτησης της ΜΔ με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΑΠ.²² Όσον αφορά στη σχέση ανάμεσα σε εργασιακή απόδοση και ΣΑΠ, στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται σημαντική επίπτωση του ΣΑΠ στην εργασιακή απόδοση, καθώς η ύπαρξη ΣΑΠ αυξάνει το κόστος που αφορά στον εργαζόμενο, αυξάνει τις απουσίες από την εργασία και μειώνει σημαντικά την απόδοσή του.²³ Η εν λόγω αρνητική συσχέτιση μεταξύ ΣΑΠ και εργασιακής απόδοσης δεν επιβεβαιώνεται στη μελέτη μας, καθώς δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στην εργασιακή απόδοση των υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ εργαζομένων.

Τέλος, όσον αφορά στη σχέση ανάμεσα στο ΣΑΠ και

στην άνοια, αν και υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν επιπολασμό του ΣΑΠ της τάξης του 25% στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από άνοια, υποδεικνύοντας αυξημένο επιπολασμό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό,²⁴ στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ΣΑΠ ανοϊκούς ασθενείς. Ωστόσο, η διερεύνηση της παραπάνω σχέσης αντιμετωπίζει αντικειμενικές δυσκολίες, καθώς πολλές μελέτες συμφωνούν ότι στα άτομα με άνοια υπάρχει δυσκολία κατανόησης των ερωτήσεων και ως εκ τούτου αδυνατούν να απαντήσουν με ακρίβεια σε μια διαγνωστική συνέντευξη για το ΣΑΠ.²⁵

Ένα δυνατό στοιχείο της μελέτης μας είναι ότι για πρώτη φορά παρουσιάζεται ποσοστό γενικού πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο για ΣΑΠ σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού (περίπου το 10% των μόνιμων κατοίκων) σε νησί άγονης γραμμής της Ελλάδας. Επίσης, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν ως εργαλείο για τη σχεδίαση στρατηγικών πρωτοβάθμιας φροντίδας και προγραμμάτων πρόληψης σε παρόμοιους πληθυσμούς, με στόχο τη βελτίωση της υγείας τους. Ωστόσο, ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης ήταν το γεγονός ότι τον πληθυσμό μας αποτέλεσαν εθελοντές συμμετέχοντες, στοιχείο που θα μπορούσε να θεωρηθεί μεροληψία επιλογής. Για τον λόγο αυτόν, η συμμετοχή σχεδόν του 10% των μόνιμων κατοίκων στόχευε στην ενίσχυση της αξιοπιστίας των δεδομένων μας και στον περιορισμό της ισχύος του παραπάνω περιορισμού.

Στη μελέτη μας βρέθηκε υψηλό ποσοστό των ατόμων που ήταν σε κίνδυνο για ΣΑΠ. Λαμβάνοντας υπ' όψιν την υποδιάγνωση του συνδρόμου κρίνεται απαραίτητη η οργάνωση προγραμμάτων προαγωγής υγείας για την ενίσχυση

της γνώσης στον γενικό πληθυσμό. Επίσης, δεδομένου ότι η Αλόνησος ανήκει στα νησιά άγονης γραμμής και ως εκ τούτου βρίσκεται σε μειονεκτική θέση ως προς την

πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, κρίνεται αδήριτη η ανάγκη βελτίωσης των παροχών της ΠΦΥ στα νησιά άγονης γραμμής της Ελλάδας.

ABSTRACT

Cross-sectional study on the self-reported restless legs syndrome risk in the community of Alonissos

P. KASSAS,¹ E. GOGOU,² C. VARSAMAS,³ K. VOGIATZIDIS,² A. PSATHA,³ M. PINAKA,³
D. SIACHPAZIDOU,³ A. SISTOU,³ E. PAPAZOGLU,² D. KALOUSHI,³ K. VATZIA,³ K. ASTARA,³
N. TSIΟΥVAKAS,³ S. ZAROGIANNIS,^{1,2,3} K. GOURGOULIANIS³

¹Postgraduate Program in Primary Health Care, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa,

²Department of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa,

³Department of Respiratory Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2026, 43(4):529–534

OBJECTIVE To investigate the self-reported risk of restless legs syndrome (RLS) in the population of Alonissos and explore its correlation with demographic, dietary, cognitive and behavioral factors. **METHOD** This cross-sectional epidemiological study involves 236 adult permanent residents of Alonissos (115 men and 121 women), a number that represents approximately 10% of the local population, making the sample representative of the island's general population. Participants completed questionnaires assessing RLS risk, adherence to the Mediterranean Diet (MedDiet Score), cognitive function (general practitioner assessment of cognition), work ability (Work Ability Index), as well as demographic data. Statistical analysis was performed using GraphPad Prism software, with a significance level set at $p < 0.05$. **RESULTS** Of the 236 participants, 15.32% were found to be at high risk for RLS. A significant correlation was observed between RLS risk and younger age and lower body mass index (BMI). No statistically significant differences were found in relation to smoking habits, dietary adherence, cognitive function, work ability, or dementia risk. **CONCLUSIONS** The high proportion of individuals at risk for RLS in the population of Alonissos, combined with limited access to healthcare services, highlights the need to strengthen primary health care and develop health promotion programs for remote islands. The findings of this study may contribute to the design of targeted interventions for improving health in similar isolated populations.

Key words: Cross-sectional study, Epidemiology, Insular public health, Restless legs syndrome

Βιβλιογραφία

- ADAMOY A, GIANNOPOULOS AS, ARVANITI C, BELIOS I, DALAMPIRA D, ELEFThERiADIS G ET AL. Self-reported risk of obstructive sleep apnea syndrome, and awareness about it in the community of 4 insular complexes comprising 41 Greek islands. *Sleep Sci* 2022, 15:105–109
- KASSAS P, VAVOUGIOS GD, HATZOGLU C, GOURGOULIANIS KI, ZAROGIANNIS SG. Cross sectional study of the community self-reported risk of obstructive sleep apnoea (OSA) and awareness in Thessaly, Greece. *Clocks Sleep* 2022, 4:16–22
- GIANNAKI CD, HADJIGEORGIOU GM, KARATZAFERI C, PANTZARIS MC, STEFANIDIS I, SAKKAS GK. Epidemiology, impact, and treatment options of restless legs syndrome in end-stage renal disease patients: An evidence-based review. *Kidney Int* 2014, 85:1275–1282
- ALLEN RP, PICHIETTI DL, GARCIA-BORREGUERO D, ONDO WG, WALTERS AS, WINKELMAN JW ET AL. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria – history, rationale, description, and significance. *Sleep Med* 2014, 15:860–873
- PHILLIPS B, HENING W, BRITZ P, MANNINO D. Prevalence and correlates of restless legs syndrome: Results from the 2005 National Sleep Foundation Poll. *Chest* 2006, 129:76–80
- LAVIGNE GJ, MONTPLAISIR JY. Restless legs syndrome and sleep bruxism: Prevalence and association among Canadians. *Sleep* 1994, 17:739–743
- GAO X, SCHWARZSCHILD MA, WANG H, ASCHERIO A. Obesity and restless legs syndrome in men and women. *Neurology* 2009, 72:1255–1261
- ALLEN RP, WALTERS AS, MONTPLAISIR J, HENING W, MYERS A, BELL TJ ET

- AL. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005, 165:1286–1292
9. TISON F, CROCHARD A, LÉGER D, BOUÉE S, LAINEY E, EL HASNAOUI A. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: A nationwide survey: The INSTANT Study. *Neurology* 2005, 65:239–246
 10. PICCHIETTI D, ALLEN RP, WALTERS AS, DAVIDSON JE, MYERS A, FERINI-STRAMBIL. Restless legs syndrome: Prevalence and impact in children and adolescents – the Peds REST study. *Pediatrics* 2007, 120:253–266
 11. YILMAZ K, KILINCASLAN A, AYDIN N, KOR D. Prevalence and correlates of restless legs syndrome in adolescents. *Dev Med Child Neurol* 2011, 53:40–47
 12. TURKDOGAN D, BEKIROGLU N, ZAIMOGLU S. A prevalence study of restless legs syndrome in Turkish children and adolescents. *Sleep Med* 2011, 12:315–321
 13. INTERNATIONAL RESTLESS LEGS SYNDROME STUDY GROUP. Diagnostic criteria. Available at: <http://irlsng.org/diagnostic-criteria/>
 14. BRODATY H, POND D, KEMP NM, LUSCOMBE G, HARDING L, BERMAN K ET AL. The GPCOG: A new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002, 50:530–534
 15. ALEXOPOULOS EC, MEREKOULIAS G, GNARDELLIS C, JELASTOPULU E. Work Ability Index: Validation of the Greek version and descriptive data in heavy industry employees. *Br J Med Med Res* 2013, 3:608–621
 16. PANAGIOTAKOS DB, PITSAVOS C, ARVANITI F, STEFANADIS C. Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Prev Med* 2007, 44:335–340
 17. PANAGIOTAKOS DB, MILIAS GA, PITSAVOS C, STEFANADIS C. MedDietScore: A computer program that evaluates the adherence to the Mediterranean dietary pattern and its relation to cardiovascular disease risk. *Comput Methods Programs Biomed* 2006, 83:73–77
 18. YOKOYAMA E, SAITO Y, KANEITA Y, OHIDA T, HARANO S, TAMAKI ET AL. Association between subjective well-being and sleep among the elderly in Japan. *Sleep Med* 2008, 9:157–164
 19. JUUTI AK, LÄÄRÄ E, RAJALA U, LAAKSO M, HÄRKÖNEN P, KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI S ET AL. Prevalence and associated factors of restless legs in a 57-year-old urban population in northern Finland. *Acta Neurol Scand* 2010, 122:63–69
 20. OHAYON MM, O'HARA R, VITIELLO MV. Epidemiology of restless legs syndrome: A synthesis of the literature. *Sleep Med Rev* 2012, 16:283–295
 21. BATOOL-ANWAR S, LI Y, DE VITO K, MALHOTRA A, WINKELMAN J, GAO X. Lifestyle factors and risk of restless legs syndrome: Prospective cohort study. *J Clin Sleep Med* 2016, 12:187–194
 22. LIAMPAS I, SIOKAS V, KYROZIS A, SAKOUTIS G, YANNAKOULIA M, KOSMIDIS MH ET AL. Prevalence and determinants of restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease) in an older Greek population. *Behav Sleep Med* 2023, 21:411–423
 23. McCULLAGH MC. Restless legs syndrome negatively impacts worker health and safety. *Workplace Health Saf* 2018, 66:360
 24. ROSE KM, BECK C, TSAI PF, LIEM PH, DAVILA DG, KLEBAN M ET AL. Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. *Sleep* 2011, 34:779–786
 25. RICHARDS K, SHUE VM, BECK CK, LAMBERT CW, BLIWISE DL. Restless legs syndrome risk factors, behaviors, and diagnoses in persons with early to moderate dementia and sleep disturbance. *Behav Sleep Med* 2010, 8:48–61
- Corresponding author:*
- P. Kassas, Postgraduate Master Program in Primary Health Care, School of Health Sciences, University of Thessaly, Biopolis, 415 00 Larissa, Greece
e-mail: pkassas@uth.gr
-