



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Σχέση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τα συμπτώματα της χρόνιας
κνίδωσης και ο ρόλος της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Στεφανάκη Χρ.Ευθαλία: Ιατρός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: **Γκούβα Μαίρη**: Καθηγήτρια Ψυχολογίας ασθενών,

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος: Καθηγητής Πνευμονολογίας,

Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χατζόγλου Χρύσα: Καθηγήτρια Φυσιολογίας,

Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



The Relationship between Psychosocial Factors with Symptoms of Chronic Urticaria and Its Role in Primary Health Care

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Κεφάλαιο 1	11
1.1 Ορισμός -Ιστορική αναδρομή	11
1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά – ταξινόμηση –αιτιολογία- επιδημιολογία	12
1.3 Παθοφυσιολογία.....	14
1.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	16
Κεφάλαιο 2.....	17
2.1 Δερματικές διαταραχές και ποιότητα ζωής.....	17
2.1.1 Το στρες ως επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία του δέρματος	18
2.2 Η ποιότητα ζωής στη χρόνια κνίδωση	19
2.2.1 Κατάθλιψη και άγχος ως επιβαρυντικός παράγοντας και παράγοντας εκδήλωσης	22
2.2.2 Μετατραυματικό στρες και ψυχικές διαταραχές ασθενών με χρόνια κνίδωση.....	23
2.2.3 Χρόνια κνίδωση και διαταραχές ύπνου	25
2.3 Χρόνια κνίδωση και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στο πληθυσμό των παιδιών	25
Κεφάλαιο 3.....	28
3.1.1 Ο στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	28
3.1 Η ποιότητα υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	29
3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	29
3.2.1 Το νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	30
3.3 Το χρόνιο νόσημα και Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.....	31
Κεφάλαιο 4.....	33
4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα.....	33
4.2 Δείγμα και μέθοδος.....	33
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977).....	34

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας.....	34
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al. 2003).....	34
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	35
Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς.....	35
4.3 Στατιστική επεξεργασία	36
Κεφάλαιο 5.....	37
5.1 Περιγραφική ανάλυση.....	37
5.2 Επαγωγική ανάλυση.....	51
<i>Ηλικία – SF36</i>	51
<i>Ηλικία – CAQ</i>	52
<i>Ηλικία – ESLS</i>	52
<i>Φύλο – SF36</i>	53
<i>Φύλο – SCL90</i>	53
<i>Φύλο – ESLS</i>	54
<i>Φύλο – HSQ</i>	55
<i>Οικογενειακή κατάσταση – SF36</i>	56
<i>Οικογενειακή κατάσταση – CAQ</i>	57
<i>Τόπος καταγωγής – SF-36</i>	58
<i>Τόπος καταγωγής – ESLS</i>	59
<i>Πλήθος αδέρφια – SF36</i>	60
<i>Πλήθος αδέρφια – SCL-90</i>	60
<i>Πλήθος αδέρφια – ESLS</i>	61
<i>Πλήθος αδέρφια – HSQ</i>	61
<i>Έχετε παιδιά – SF36</i>	62
<i>Έχετε παιδιά – CAQ</i>	63
<i>Έχετε παιδιά – ESLS</i>	63
<i>Διακοπές – CAQ</i>	65
<i>Διακοπές – SCL-90</i>	65
<i>Διακοπές – ESLS</i>	66
<i>Περπατάτε – SF36</i>	67
<i>Περπατάτε – CAQ</i>	68
<i>Περπατάτε – SCL-90</i>	68
<i>Περπατάτε – ESLS</i>	69

Αλλεργικό πρόβλημα – SF36.....	70
Αλλεργικό πρόβλημα – CAQ.....	72
Αλλεργικό πρόβλημα – SCL-90.....	73
Αλλεργικό πρόβλημα – HSQ	75
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Σύγκριση με υγιή πληθυσμό.....	76
Κλίμακα Cardiac Anxiety – Σύγκριση με υγιή πληθυσμό.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	84
6.1 Συζήτηση.....	84
6.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

No

headings

found.

This is an automatic table of contents. To use it, apply heading styles (on the Home tab) to the text that goes in your table of contents, and then update this table.

If you want to type your own entries, use a manual table of contents (in the same menu as the automatic one).

Ο δρόμος της γνώσης είναι μοναχικός και επίπονος

Ευχαριστίες,

Στην κ. Μαίρη Γκούβα

που φωτεινά και απλόχερα χάραξε και οδήγησε το ταξίδι του εκπονήματος

Στους γονείς μου , στον σύζυγο μου και στον γιο μου

που είναι πάντα αρωγοί στα επιστημονικά μου όνειρα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν στους ασθενείς με χρόνια κνίδωση.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 117 ασθενείς με χρόνια κνίδωση ενώ για τη συλλογή των δεδομένων ο ερευνητής χρησιμοποίησε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών αλλά και τις ακόλουθες κλίμακες: α) Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), β) Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF36), γ) Humor Styles Questionnaire (HSQ), δ) Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) και ε) Κλίμακα αξιολόγησης της Κοινωνικής Μοναξιάς.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος καταγωγής και η αντίληψη που έχουν για τη δυσκολία του αλλεργικού προβλήματος που αντιμετωπίζουν οι ερωτηθέντες σχετίζεται με τη μοναξιά που βιώνουν, την ανησυχία για τη λειτουργία της καρδιάς τους, τη κατάσταση της υγείας τους, ψυχικής και σωματικής, τη ψυχοπαθολογία τους και το χιούμορ τους, διαστάσεις οι οποίες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των ασθενών με χρόνια κνίδωση.

Συμπεράσματα: Τα στοιχεία της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με χρόνια κνίδωση και η κατάσταση της υγείας τους επηρεάζει τον τρόπο και την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ασθένειας.

Λέξεις κλειδιά : Χρόνια κνίδωση, Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες , Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this research work is to investigate the psychological factors that affect patients with chronic urticaria.

Methodology: The sample of the study consisted of 117 patients with chronic urticaria while the researcher used the questionnaire as a research tool. Specifically, the questionnaire used included questions about the socio-demographic characteristics of the patients but also the following scales: a) Psychopathology Scale (SCL-90), b) Health Survey Questionnaire (SF36), c) Humor Styles Questionnaire (HSQ), d) Cardiac Anxiety Scale (CAQ) and e) Social Loneliness Rating Scale.

Results: The results of the survey showed that socio-demographic factors such as gender, age, marital status, place of origin and their perception of the difficulty of the allergic problem faced by the respondents are related to the loneliness they experience, concern about the functioning of their heart, their state of health, mental and physical, their psychopathology and their humor, dimensions that affect the health status of patients with chronic urticaria.

Conclusions: The evidence of psychopathology in patients with chronic urticaria and their state of health affects the manner and extent of the symptoms of the disease.

Keywords: Chronic urticaria, Psychosocial Factors, Primary Health Care

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κνίδωση είναι που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πομφών, αγγειοοιδήματος ή και των δύο. Υπάρχουν πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής όπως είναι η κατάθλιψη, το έντονο άγχος χρόνιο ή μη, το μετατραυματικό στρες που μπορεί κανείς να βιώνει, τα ψυχικά προβλήματα αλλά και η ανθεκτικότητα κάθε ανθρώπου, ο τρόπος με τον οποίο δηλαδή αντιδρά και αντιμετωπίζει τις διάφορες δυσκολίες που προκύπτουν. Το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα τελευταία χρόνια έχει υποστεί μια σειρά μεταρρυθμίσεων οι οποίες έχουν ως στόχο τη παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου. Πιο συγκεκριμένα, έχει ενισχυθεί ο χαρακτήρας πρόληψης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων αλλά και στη μετανοδομική περίθαλψη των ασθενών αποτελεί ένα ακόμη ζήτημα στο οποίο δίνεται περισσότερη προσοχή από τη πλευρά του κράτους. Στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών/ ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στους ασθενείς με χρόνια κνίδωση και του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Κεφάλαιο 1

1.1 Ορισμός -Ιστορική αναδρομή

Η κνίδωση ορίζεται στη βιβλιογραφία ως νόσος [1] και πιο πρόσφατα ως κατάσταση [2] που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πομφών, αγγειοιδήματος ή και των δύο[1] [2]. Η κνίδωση ανάλογα με τη χρονική της διάρκεια μπορεί να είναι οξεία (<6 εβδομάδες) ή χρόνια(>6 εβδομάδες) και από τη στιγμή εκδήλωσής της μέχρι την πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων είναι πιθανό περάσουν μήνες έως και έτη ενώ η πιθανότητα της επανεμφάνισης/ υποτροπής είναι υπαρκτή[3]. Δυνητικά μπορεί να εμφανιστεί για ένα μικρό χρονικό διάστημα ή ο ασθενής να υποφέρει από αυτήν για έτη. Η χρόνια κνίδωση αναφέρθηκε ως «ενοχλητικό πρόβλημα» σε μια ανασκόπηση ορόσημο πριν από περίπου μισό αιώνα, και παραμένει μέχρι και σήμερα [3], με απρόβλεπτη πορεία και διάρκεια [5].

Πολλά διαφορετικά ονόματα χρησιμοποιήθηκαν τα προηγούμενα 1000 χρόνια για να περιγράψουν την οντότητα της κνίδωσης[6]. Η κνίδωση έχει περιγραφεί στην κινεζική ιατρική ήδη από τον έβδομο αιώνα και είναι γνωστή ως Fong-Tzen-Kwai("αέρας-εξάνθημα-κηλίδα")[4]. Ο Ιπποκράτης τον 4ο Π.Χ. προσπαθώντας να περιγράψει την κνίδωση, υποστήριξε την άποψη πως αυτή προκαλείται από τη κατάποση ροφημάτων όπως είναι το γάλα, την επαφή με χόρτα όπως είναι η τσουκνίδα και το τσίμπημα κάποιου εντόμου όπως το κουνούπι αλλά κυρίως την επαφή με χόρτα όπως είναι η τσουκνίδα(nettles) και εκδηλώνεται με έντονο κνησμό και ερυθρότητα του δέρματος[6],[7].Αναζητώντας την προέλευση του ονόματος της ασθένειας διαπιστώνεται ότι το όνομα «Urtica» (τσουκνίδα) που χρησιμοποιείται στη σύγχρονη εποχή έχει λατινικές ρίζες και για πρώτη φορά αναφέρθηκε ως «urticaria», στο βιβλίο Synopsia Nosalogiae Methodica του 18ου αιώνα. Κατά τους αιώνες που ακολούθησαν έχουν αναφερθεί και περιγραφεί από τους επιστήμονες διάφοροι τύποι κνίδωσης.Το 1877 ο Paul Exrlich χρησιμοποίησε τον όρο «mastzellen» μαστοκύτταρα δηλαδή κύτταρα τα οποία φέρουν κοκκία με αγγειοδιασταλτικές ουσίες όπως η ισταμίνη που είναι και η κύρια πηγή αποθήκευσης της ισταμίνης των ιστών ωστόσο η συγκεκριμένη ανακάλυψη δεν αξιολογήθηκε μέχρι τις αρχές του 1950.Μάλιστα νεότερα ευρήματα έδειξαν ότι σε περιπτώσεις χρόνιας κνίδωσης τα μαστοκύτταρα απελευθερώνουν ισταμίνη καθώς κι άλλους μεσολαβητές καθιστώντας αναγκαία την εκτενή επιστημονική έρευνα σχετικά με την ισταμίνη και το ρόλο της[8]. Η ανακάλυψη αυτή βοήθησε στη περαιτέρω κατανόηση της ασθένειας, σε συνδυασμό ανακάλυψη τους Ishizaka

et al (1966) ,του ρόλου της ανοσοσφαιρίνης IgE , η οποία βοηθά στον χαρακτηρισμό της ως οξεία κνίδωση αλλεργικής αιτιολογίας, τύπου I αντίδραση υπερευαισθησίας [9] ,[8].

Ο όρος «knidosis» (η ελληνική λέξη κνίδη = τσουκνίδα) χρησιμοποιήθηκε από το Alibert M προκειμένου να εξηγήσει το εξάνθημα που εμφανιζόταν από την τσουκνίδα (στα λατινικά urtica=τσουκνίδα) και από το 1833 χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του όρου «urticaria» προκειμένου να αποδώσει την ασθένεια[10]. Στο βιβλίο του Thomas More «Βασιλιάς Ριχάρδος ο 3ος» ο συγγραφέας περιγράφει με ακρίβεια τη νόσο χωρίς ωστόσο να της αποδίδει κάποια χαρακτηριστική ονομασία. Η περιγραφή αυτή συγκεντρώνει έντονο ενδιαφέρον καθώς αποτελεί τη πρώτη περιγραφή περιστατικού κνίδωσης το οποίο είχε ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενή[11].

Ο χαρακτηρισμός της κνίδωσης ως μια συστηματική ασθένεια που προκαλεί δερματικές εκδηλώσεις, παρουσιάζει διαφορετικές αιτίες φλεγμονής ή παρουσιάζεται με συνυπάρχουσες νόσους αναφέρεται σε πολλές μελέτες ερευνητών από τα μέσα του 20ου αιώνα. Ο σουηδός δερματολόγος Rorsman, υπογράμμισε για πρώτη φορά το γεγονός ότι πρόκειται για πιθανή αυτοάνοση ασθένεια, ενώ είχε προηγηθεί ο συσχετισμός της κνίδωσης με την αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα από τον ερευνητή Leznoff[12].Στη σύγχρονη εποχή η χρόνια κνίδωση προσεγγίζεται από τον επιστημονικό κόσμο ως συστηματική νόσος [7].

1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά – ταξινόμηση –αιτιολογία- επιδημιολογία

Η κνίδωση αποτελεί μία από τις 10 πιο συχνές δερματοπάθειες [13] που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πομφών –αγγειοιδήματος μεγέθους χιλιοστών έως εκατοστών. Δυνητικά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του δέρματος [14].

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των πομφών της κνίδωσης και του αγγειοιδήματος είναι:

Πομφοί

α. Χαρακτηρίζονται από κεντρικό λείο οίδημα, ερυθρού ή ροζ χρώματος, διαφόρου μεγέθους ή σχήματος που περιβάλλεται από συνοδό ερύθημα.

β. Σχεδόν πάντοτε παρουσιάζουν έντονο ή λιγότερο έντονο κνησμό ή κάποιες φορές με αίσθημα καύσου.

γ. Η παρουσία τους διαρκεί από 1-24 ώρες (κάποιες φορές < 1ώρα).

Αγγειοοίδημα

α. Χαρακτηρίζεται από οίδημα που περιλαμβάνει τον υποδόριο ή υποβλεννογόνο ιστό. Συνήθως εμφανίζεται στα χείλη, στο πρόσωπο (ιδιαίτερα στις περιοφθαλμικές περιοχές), στα μαλακά μέρη των άνω-κάτω άκρων (παλάμες, πέλματα, δάκτυλα), στα γεννητικά όργανα και ευκαιριακά στη γλώσσα ή τον φάρυγγα (σχεδόν ποτέ όμως στον λάρυγγα)

β. Είναι μάλλον περισσότερο επώδυνο, παρά κνησμάδες με συχνή εντόπιση υποβλεννογόνια. Η υποχώρηση του οιδήματος είναι περισσότερο αργή, συγκριτικά με τους πομφούς της κνίδωσης και μπορεί να απαιτηθεί χρονικό διάστημα μέχρι 72 ώρες για την αποδρομή [15], [1].

Σύμφωνα με την ICD-10 ταξινόμηση η κνίδωση ανάλογα με τη διάρκεια της μπορεί να διακριθεί σε οξεία ή χρόνια θέτοντας ως όριο αυτό των 6 εβδομάδων. **Η οξεία κνίδωση**(<6 εβδομάδων) με ή χωρίς τη παρουσία αγγειοοιδήματος μπορεί να προκληθεί μετά από έκθεση σε διάφορους παράγοντες όπως π.χ. φάρμακα, τροφές, αλλεργιογόνα που δρουν εξ επαφής, νυγμοί υμενοπτέρων κ.λπ. Στην περίπτωση που η αντίδραση εξελιχθεί άμεσα παρουσιάζοντας συμπτωματολογία και από άλλους ιστούς και όργανα του σώματος (αναπνευστικό, γαστρεντερικό, καρδιαγγειακό) τότε θεωρείται πως ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση αναφυλαξίας και αν συμβεί απώλεια αισθήσεων αλλεργικού shock σοβαρές παθολογικές καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. Επεξηγηματικά σε αυτήν την περίπτωση ,η οξεία κνίδωση ήταν το αρχικό τμήμα μια σοβαρότερης αλλεργικής αντίδρασης[16].

Όσον αφορά τη **χρόνια κνίδωση**(>6 εβδομάδων) η ταξινόμηση της για κλινική χρήση είναι η παρακάτω:

Χρόνια Αυθόρμητη Κνίδωση/XAK (Chronic spontaneous urticaria) όταν τα συμπτώματα (πομποί ή/και αγγειοοίδημα) αυθόρμητη /αυτόματη εμφάνιση (από γνωστούς και άγνωστους παράγοντες) και

Χρόνια επαγόμενη κνίδωση (Chronic inducible urticaria) όταν διαπιστώνεται ότι τα παραπάνω συμπτώματα προκαλούνται από κάποιον παράγοντα-ερέθισμα συνήθως φυσικό αίτιο όποτε σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται ο συμπτωματικός δερμογραφισμός, κνίδωση εκ ψύχους, κνίδωση εκ πίεσεως επιβραδυνόμενου τύπου, ηλιακή κνίδωση, κνίδωση από θερμότητα,

αγγειοίδημα από δόνηση, κνίδωση εξ επαφής, υδατογενής κνίδωση. Η κλινική ταξινόμηση της κνίδωσης συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και στη καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Ωστόσο κρίνεται απαραίτητο να αναφέρουμε την ύπαρξη ασθενειών όπως η κνιδωτική αγγειίτιδα, η ηωσινοφιλική κυτταρίτιδα (Σύνδρομο Wells), Σύνδρομο Schnitzler's, μελαγχρωματική κνίδωση, αναφυλαξία επαγόμενη από άσκηση κ.α. με συμπτωματολογία ομοιάζουσα με πομφούς που συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση αλλά δεν πρέπει να παρερμηνευτούν ως κνίδωση [1].

Όσον αφορά τη χρόνια κνίδωση μπορεί να οφείλεται είτε σε φυσικά αίτια (ήλιος, θερμότητα, κρύο, νερό πίεση) λόγω αντίδρασης υπερευαισθησίας του οργανισμού είτε να είναι ιδιοπαθής ή επαγόμενη. Ωστόσο η χρόνια κνίδωση είτε συνδέεται με την εκδήλωση αγγειοοιδήματος είτε όχι αποτελεί μια αυτοπεριοριζόμενη μορφή κνίδωσης. Συνήθως όμως ένα μεγάλο ποσοστό των χρόνιων κνιδώσεων έχει αυτοάνοση βάση[3]. Άλλοι ειδικοί τύποι κνιδώσεων αποτελούν η χολινεργική κνίδωση,(αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος) η υδατογενής κνίδωση, η κνίδωση εξ'επαφής και η κνίδωση λόγω άσκησης. Η κλινική ταξινόμηση της κνίδωσης συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και στη καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς [1].

Σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες εκτιμάται ότι περίπου το 20% των ανθρώπων θα εμφανίσουν κνίδωση τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους[17]. Πολλές έρευνες μάλιστα διαπίστωσαν ότι η εμφάνιση οξείας και χρόνιας κνίδωσης είναι συχνότερη στις γυναίκες από τους άντρες. Όσον αφορά τη χρόνια κνίδωση δεδομένα δείχνουν πως εμφανίζεται κυρίως μεταξύ των ηλικιών 20-40 έτη και ο επιπολασμός της εκτιμάται στο 0,5-5 % [18]. Ποσοστό 8.7% των περιπτώσεων χρόνιας κνίδωσης έχουν διάρκεια από 1 έως 5 χρόνια και το 11.3% των περιπτώσεων έχουν διάρκεια μεγαλύτερη των 5 ετών[19].

1.3 Παθοφυσιολογία

Παρόλο που η κνίδωση είναι συχνή νόσος ο παθογενετικός της μηχανισμός είναι πολύπλοκος. Το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται σε τρεις βασικούς άξονες 1) στα κύτταρα και

στους μεσολαβητές που συμμετέχουν 2) στους μηχανισμούς ενεργοποίησης των μαστοκυττάρων 3) στους μηχανισμούς αυτοανοσίας της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης [20].

Η εμφάνιση της χρόνιας ή οξείας κνίδωσης θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα της απελευθέρωσης βιοδραστικών μεσολαβητών από τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα. Τέτοιοι διαμεσολαβητές είναι η ισταμίνη και τα λευκοτριένια που εκκρίνονται μετά από την ενεργοποίηση της φυσικής ή επίκτητης ανοσίας. Ωστόσο πολλοί ερευνητές θεωρούν πως η εκδήλωση της κνίδωσης προκαλείται μετά από ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων από ειδικά αντισώματα (IgE, IgM, IgG) τα οποία ενεργοποιούν την κλασική οδό του συμπληρώματος. Επίσης η διεξαγωγή μεταγενέστερων ερευνών απέδειξε τη παρουσία και άλλων μεσολαβητών που ανήκουν είτε στη κατηγορία των νευροπεπτιδίων (ουσία P, πεπτιδίο σχετιζόμενο με το γονίδιο της καλσιτονίνης και νευροκινίνη A) είτε στη κατηγορία των φαρμακευτικών ουσιών (οπιούχα). Αυτοί οι μεσολαβητές ενεργοποιούν μέσω ειδικών υποδοχέων τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα ανεξάρτητα από το μονοπάτι που ενεργοποιεί η ανοσοσφαιρίνη IgE. Επίσης οι παραπάνω μεσολαβητές δρουν χημειοτακτικά προσελκύοντας ηωσινόφιλα, ουδετερόφιλα και T κύτταρα στις εστίες της φλεγμονής καθώς δημιουργείται ένα περιαγγειακό διήθημα προσφιλές για τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος[21].

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν αυξανόμενα στοιχεία που παρουσιάζουν την αυτοανοσία ως ένα βασικό αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης. Στην τύπου I αντίδραση έχουν βρεθεί αυτοαντισώματα (όπως τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα) που διασταυρώνουν την IgE στα μαστοκύτταρα και βασεόφιλα απελευθερώνοντας μεσολαβητές ενώ στην τύπου II που εμφανίζεται στο 40-50% των περιπτώσεων γίνεται λόγος για την ανεύρεση ενός συγκεκριμένου αντισώματος IgG ή IgM που δρα είτε έναντι του υποδοχέα FcεRI της IgE είτε απευθείας έναντι της IgE. Οι δύο διακριτοί τύποι αυτοανοσίας εμπλέκονται στον πολύπλοκο παθογενετικό μηχανισμό της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης[22]. Αν και αυτά τα αυτοαντισώματα παρουσιάζουν μεγάλο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον η κλινική τους σημασία είναι ασαφής όπως έχουν δείξει πρόσφατες μελέτες στις οποίες η θεραπευτική προσέγγιση ήταν εξίσου αποτελεσματική παρουσία ή απουσία αυτών των αυτοαντισωμάτων[21]. Επιπρόσθετα αντικείμενο επιστημονικής έρευνας κατά το 2018 για τους παθογενετικούς μηχανισμούς της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης αποτελεί spleen tyrosine kinase (SYK), από τα IgE

αυτοαντισώματα το IgE/anti-IL-24 και η C-reactive protein (CRP) ως βιοδείκτης συστηματικής φλεγμονής [23].

1.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Υπάρχουν ορισμένες θεραπείες που χρησιμοποιούνται με περισσότερη συχνότητα για την αντιμετώπιση της κνίδωσης. Σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης είναι κοινή για τις περιπτώσεις της οξείας και της χρόνιας κνίδωσης. Αυτή περιλαμβάνει τη χρήση H1 αντιισταμινικών σε αυξανόμενες δόσεις έχοντας ως όριο τη τετραπλή δόση που αποτελεί και τη στρατηγική δεύτερης γραμμής. Στην περίπτωση που τα συμπτώματα επιμένουν γίνεται συγχορήγηση με κυκλοσπορίνη ή με omalizumab[1]. Η omalizumab είναι η περισσότερο μελετημένη φαρμακολογική θεραπεία για χρόνια κνίδωση το 2018. Σε δεδομένα μετά ανάλυσης 67 μελετών που περιλάμβαναν 1000 ασθενείς που χορηγούνταν omalizumab καταδείχθηκε η υψηλή αποτελεσματικότητα της με το 72.2% των ασθενών να παρουσιάζουν εξάλειψη των συμπτωμάτων και το 17.8% μερική ανταπόκριση[23].

Η ολοένα και καλύτερη κατανόηση της παθογένειας έχει οδηγήσει στη δημιουργία νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων που τείνουν να εμφανίζουν ένα πολύ καλό προφίλ ασφάλειας. Την τελευταία διετία, τα δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με τη θεραπεία της χρόνιας κνίδωσης είναι εντυπωσιακά συμβάλλοντας στη καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι πιο πρόσφατες στρατηγικές στοχεύουν στην ανάπτυξη αποτελεσματικών αντισωμάτων έναντι της IgE και του υποδοχέα της αλλά και στην αναστολή της φλεγμονώδους απόκρισης και της έκκρισης μεσολαβητών και κυτταροκινών. Τέλος δυνητικά αποτελεσματική θεωρείται και η χορήγηση βιταμίνης D διότι οι ασθενείς με χρόνια κνίδωση εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα [24].

Κεφάλαιο 2

2.1 Δερματικές διαταραχές και ποιότητα ζωής

Η εμφάνιση χρόνιων παθήσεων του δέρματος όπως αυτή της κνίδωσης σχετίζεται με τη μεταβολή της ποιότητας ζωής συνδεδεμένη με το επίπεδο υγείας των ασθενών με ποικίλους τρόπους. Σε περιπτώσεις δερματικών ασθενειών όπως πχ της ψωρίασης ο έντονος κνησμός, οι ποικίλες εκτεταμένες δερματικές βλάβες και οι διάφοροι περιορισμοί στους οποίους υπόκειται ο ασθενής λόγω της ασθένειας είναι δυνατό να μεταβάλλουν σημαντικά τη ποιότητα ζωής του [25]. Με τον τρόπο αυτό γίνεται κατανοητό πως κάθε διαταραχή επιδρά με διαφορετικό τρόπο στη ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ έχει καθοριστεί από τους επιστήμονες ένα άτυπο «προφίλ» για κάθε ασθένεια έτσι ώστε να γίνεται εύκολα αντιληπτή η επίδραση κάθε δερματικής διαταραχής στη ποιότητα ζωής των ασθενών [26].

Η γνώση γύρω από τις δερματικές διαταραχές είναι περιορισμένη και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μη δίνεται η δυνατότητα στους ερευνητές να δημιουργήσουν το ακριβές προφίλ κάθε διαταραχής έχοντας έτσι τη δυνατότητα καλύτερης διαχείρισης του και περιορισμού των συμπτωμάτων που υποβαθμίζουν το επίπεδο ζωής των ασθενών. Από τις δερματικές παθήσεις η χρόνια κνίδωση, η ψωρίαση και η ατοπική δερματίτιδα αποτελούν δερματικά προβλήματα που επηρεάζουν άμεσα και σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών [27]. Σύμφωνα με τον Hide (1993) οι ασθενείς με χρόνια κνίδωση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ψυχο-δερματολογικοί ασθενείς διότι οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν καθοριστική σημασία στις δερματοπάθειες [28].

Η ψυχοδερματολογία μελετά την επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων σχετικά με την εμφάνιση, την πορεία και τη θεραπεία των δερματικών νόσων[29].Στον τομέα αυτό οι διαταραχές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: τις ψυχοσωματικές διαταραχές (κνίδωση, ακμή, αλωπεκία κτλ), τις πρωτογενείς ψυχιατρικές διαταραχές (αυταπάτες παράλυσης, δυσμορφοφοβίες, τριχοτιλομανία) και τις δευτερογενείς ψυχιατρικές διαταραχές (αιμαγγειώματα, σάρκωμα KS) [30].

2.1.1 Το στρες ως επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία του δέρματος

Το δέρμα αποτελεί τον πιο εύκολο αντιληπτό ιστό ο οποίος ανταποκρίνεται στις εναλλαγές των συναισθημάτων και των ερεθισμάτων μέσω της εμφάνισης συμπτωμάτων όπως η εφίδρωση, η ερυθρότητα, η έξαψη κτλ. Ο εγκέφαλος συνδέεται με το δέρμα μέσω ενός νευρικού δικτύου από το οποίο εκκρίνονται/παράγονται οι ίδιες ορμόνες, ρυθμίζοντας με τον ίδιο τρόπο τα δύο αυτά συστήματα[31]. Οι ειδικοί στον τομέα της ψυχοδερματολογίας συσχετίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών με την εμφάνιση δερματικής νόσου όπως συμβαίνει στη περίπτωση της ατοπικής δερματίτιδας [32].

Το άγχος και τα αυξημένα επίπεδα ψυχολογικού στρες πολλές φορές είναι επιβαρυντικά για τη λειτουργία του επιδερμικού φραγμού γεγονός που φαίνεται και από τις αλλαγές που παρατηρούνται στη χημική και κυτταρική ανοσοαπάντηση. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι το στρες επηρεάζει την ομοιόσταση του δέρματος λόγω της ενεργοποίησης της νευρογενούς φλεγμονής και του ανοσοποιητικού συστήματος στις κατώτερες στιβάδες της επιδερμίδας. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι σε διαταραχές του δέρματος που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης όπως η ατοπική δερματίτιδα και η ψωρίαση παρουσιάζονται αλλοιώσεις του δερματικού φραγμού σχεδόν σε όλη την έκτασή του. Μάλιστα σε πρόσφατες έρευνες αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα εμφάνιζαν αυξημένη διαδερμική απώλεια νερού ακόμα και στα σημεία του δέρματός τους που φαινομενικά έδειχναν υγιή [32]. Επίσης δεδομένα για τη χρόνια κνίδωση δείχνουν πως η έκκριση ισταμίνης και άλλων μεσολαβητών επηρεάζεται τόσο από το νευροενδοκρινικό όσο και από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Από την άλλη το άγχος ενοχοποιείται για την έξαρση της νόσου καθώς προκαλεί έντονες ψυχοσυναισθηματικές εναλλαγές που μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις. Μάλιστα έχει αποδειχθεί ότι το άγχος έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών όσο και στο τρόπο διαχείρισης της νόσου. Για παράδειγμα, οι αξιολογήσεις στην ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνιες παθήσεις όπως είναι η κνίδωση ή η ατοπική δερματίτιδα βρέθηκαν να είναι συγκρίσιμες με αυτές των ηλικιωμένων ασθενών με σοβαρή ισχαιμική καρδιοπάθεια. Ιδιαίτερα, στα άτομα με χρόνια κνίδωση αυτό που παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό είναι η ψυχοκοινωνική *δυσφορία* και η συναισθηματική αστάθεια [33]. Όσον αφορά τους παιδιατρικούς ασθενείς τα ποσοστά άγχους εμφανίζονται αυξημένα στις περιπτώσεις των

αναφυλακτικών αντιδράσεων ενώ στη περίπτωση της ατοπικής δερματίτιδας η κοινωνική απομόνωση αποτελεί συχνό φαινόμενο [34].

Η σχέση ανάμεσα στο στρες και την υγεία του ανθρώπου είναι αποδεδειγμένο από το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας πως πρόκειται για μια αρνητική σχέση[35].Οι αλλεργικές και δερματολογικές παθήσεις συνδέονται με έντονο στρες και μεταβολές στη διάθεση των ασθενών. Η χρόνια κνίδωση ανήκει στη κατηγορία αυτή των παθήσεων που επηρεάζει το συναίσθημα σε βαθμό ανάλογο με τους ασθενείς που πάσχουν από ισχαιμική καρδιοπάθεια που αναμένουν να υποβληθούν σε αορτο στεφανιαία παράκαμψη [33]. Οι δερματοπάθειες συνδέονται με έντονες αλλαγές στη διάθεση, ευερεθιστότητα και με έντονα συναισθηματικά προβλήματα τα οποία εξαρτώνται από τη σοβαρότητα της ασθένειας [36],[37].Ιδιαίτερα στα παιδιά έχει παρατηρηθεί πως όταν αυτά αντιμετωπίζουν καταστάσεις έντονου άγχους, όπως για παράδειγμα ο σχολικός εκφοβισμός και ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης, οδηγούνται με μεγαλύτερη συχνότητα στην εκδήλωση δερματικών παθήσεων[34].Άτομα με χρόνια κνίδωση παρατηρείται ότι αντιμετωπίζουν έντονο στρες όταν βρίσκονται ανάμεσα σε πολύ κόσμο, ενώ οι ίδιοι οι ασθενείς με κνίδωση διατυπώνουν την άποψη ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τη ποιότητα της ζωής τους χρησιμοποιώντας μικρότερο αριθμό στρατηγικών προκειμένου να αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους συγκριτικά με τους ασθενείς με οξεία κνίδωση[38]. Παράλληλα έχει παρατηρηθεί πως τα συμπτώματα της πάθησης μειώνονται αισθητά και το επίπεδο ζωής βελτιώνεται αρκετά όταν ο ασθενής καταφέρει να περιορίσει ή να ελέγξει το ψυχολογικό του στρες.

2.2 Η ποιότητα ζωής στη χρόνια κνίδωση

Τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι τα χρόνια συμπτώματα της κνίδωσης έχουν επιβαρυντικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής (QoL) επηρεάζοντας τις καθημερινές δραστηριότητες και τη συναισθηματική ευημερία του ατόμου. Μάλιστα το ποσοστό των ασθενών που δηλώνουν ότι βιώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις της νόσου είναι τόσο μεγάλο, που αγγίζει το 83%. Η χρόνια κνίδωση επηρεάζει πολλές πτυχές της ποιότητας ζωής στον ίδιο ή σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με άλλες χρόνιες δερματοπάθειες όπως η ατοπική δερματίτιδα ή η ψωρίαση. Η διαχείριση της ασθένειας είναι δύσκολη καθώς εκτός από παθολογικές έχει πολύ σημαντικές ψυχολογικές διαστάσεις καθώς επιβαρύνει σημαντικά τη ζωή του ασθενούς[38].

Η ψυχολογική δυσφορία που εμφανίζει ο ασθενής με χρόνια κνίδωση μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της νόσου. Σύμφωνα με τον Barbossa και τους συνεργάτες του (2011) τα υψηλά ποσοστά ψυχικής εξάντλησης, μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική, συναισθηματική και γενική αντίληψη της υγείας των ασθενών αλλά και στον τομέα των διαπροσωπικών τους σχέσεων[39]. Οι ίδιοι διαπίστωσαν ότι το 57% αυτών των ασθενών χαρακτηρίζονται από αλεξιθυμία δηλαδή από αδυναμία στην έκφραση των συναισθημάτων τους η οποία συσχετίζεται θετικά με τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και τους αυτοκαταστροφικούς αμυντικούς μηχανισμούς που εμφανίζουν [39]. Η ενεργότητα της κνίδωσης οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας για την κατάσταση της υγείας τους και για την λαμβανόμενη θεραπεία[40].

Ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις επιπτώσεις της κνίδωσης για τον οργανισμό τους και η αντίληψη σχετικά με τη θεραπεία απέναντι στη κνίδωση και την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι στοιχεία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του και την ικανοποίηση που εκφράζει[41]. Τον ισχυρισμό σχετικά με τις επιπτώσεις της κνίδωσης στη καθημερινή ζωή των ασθενών υπογραμμίζουν μέσα από την έρευνά τους ο O'Donnell και οι συν. (1997) οι οποίοι χαρακτηριστικά αναφέρουν πως η κνίδωση επιδρά αρνητικά στη προσωπική φροντίδα του ασθενούς, την πεποίθηση που έχει για τον εαυτό του και καθορίζει τη ποιότητα των κοινωνικών του σχέσεων, την εργασία αλλά και τον ύπνο των ασθενών [42].

Επίσης αξιοσημείωτη φαίνεται να είναι η επίδραση της χρόνιας κνίδωσης και στους τομείς της εργασίας και της παραγωγικότητας. Οι ασθενείς εμφανίζουν μειωμένη αποδοτικότητα εξαιτίας του έντονου στρες, της κακής ποιότητας ύπνου, της διακύμανσης των συμπτωμάτων και του αισθήματος ντροπής λόγω του πιθανού στιγματισμού τους ενώ παράλληλα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος. Στοιχεία βασισμένα σε μια πολυκεντρική μελέτη την ASSURE CSU αποκάλυψαν πως το 22% των συμμετεχόντων απουσίαζε από την εργασία του καθημερινά για τουλάχιστον μια ώρα λόγω αδυναμίας στη διαχείριση των συμπτωμάτων τους. Ο έντονος κνησμός και η έκταση του αγγειοιδήματος θεωρήθηκαν υπεύθυνα για την ελαττωμένη αποδοτικότητα τους σε σύγκριση με τις πιο ήπιες μορφές της νόσου[43].

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η κνίδωση λόγω της χρονιότητάς της επηρεάζει σε οικονομικό επίπεδο και το σύστημα υγείας μιας χώρας. Η συχνή λήψη φαρμάκων, η διεξαγωγή

εργαστηριακού ελέγχου αλλά και η πιθανή νοσηλεία στις περιπτώσεις έξαρσης των συμπτωμάτων αυξάνουν το κόστος τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας. Ιδιαίτερα επιβαρυντικό θεωρείται το κόστος για τον ίδιο τον ασθενή ιδίως όταν η απουσία του από την εργασία κρίνεται αναγκαία [44].

2.2.1 Κατάθλιψη και άγχος ως επιβαρυντικός παράγοντας και παράγοντας εκδήλωσης

Οι ασθενείς που ταλαιπωρούνται από την εκδήλωση δερματολογικών παθήσεων όπως είναι η κνίδωση, έχει παρατηρηθεί πως πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό από τον υγιή πληθυσμό. Οι ασθενείς αυτοί διαπιστώνεται πως βιώνουν έντονα συναισθήματα υποτίμησης απέναντι στον εαυτό τους, ντροπής, αισθάνονται αδυναμία και φόβο ενώ αποφεύγουν την άμεση και στενή επαφή με τους άλλους ανθρώπους[45,46]. Στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία εντοπίζονται μελέτες που ερευνούν τη συχνότητα με την οποία άτομα που αντιμετωπίζουν δερματολογικά προβλήματα εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές και κατά πόσο οι δύο αυτές καταστάσεις τροφοδοτούν η μία την άλλη[47]. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες βέβαιοι που επηρεάζουν τόσο τη συχνότητα εκδήλωσης ψυχολογικών προβλημάτων όσο και την ένταση των προβλημάτων αυτών. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο τύπος του δερματολογικού προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ασθενής, η έκταση της περιοχής του δέρματος που επηρεάζεται και η σοβαρότητα της δερματοπάθειας[46]. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν σχετιστεί με πάνω από 30 διαφορετικές δερματολογικές διαγνώσεις, ανάμεσα στις οποίες είναι η ακμή, η ατοπική δερματίτιδα, η κνίδωση και άλλες[48].

Τα πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν ασθενείς με δερματολογικές παθήσεις είναι το έντονο άγχος και η κατάθλιψη. Όσο πιο έντονο είναι το δερματολογικό πρόβλημα και εμφανή τα σημάδια της πάθησης τόσο μεγαλύτερο είναι το άγχος των ασθενών και πιο έντονα τα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης τους [46]. Η αλλαγή και τα νέα δεδομένα που δημιουργεί η ασθένεια για την υγεία των ασθενών πυροδοτεί έντονο άγχος και πλήττει σημαντικά την εικόνα που έχουν οι ασθενείς για τον εαυτό τους με αποτέλεσμα να υποτιμούν τις δυνατότητές τους και τον εαυτό τους εν γένει [49]. Επιπλέον, η εκδήλωση των ψυχικών προβλημάτων σχετίζεται με τη γενικότερη στάση του ασθενή απέναντι σε καταστάσεις έντονα στρεσογόνοτες αλλά και αν παράλληλα με τις δερματικές παθήσεις αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα που του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα. Την ίδια στιγμή θα πρέπει να αναφερθεί πως υπάρχουν ορισμένες δερματικές παθήσεις οι οποίες τροφοδοτούνται από τη κακή διάθεση των ασθενών απέναντι στον εαυτό τους και τη χαμηλή τους αυτοπεποίθηση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με δερματικές παθήσεις επηρεάζεται αισθητά καθώς βιώνουν το κοινωνικό αποκλεισμό και στιγματίζονται λόγω του προβλήματος που αντιμετωπίζουν [50].

Η συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται οι δερματολογικές παθήσεις σχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις. Η συναισθηματική πίεση που ασκείται και η ένταση που δημιουργείται είναι πιθανό να οδηγήσει στην εκδήλωση δερματοπαθειών όπως είναι ο κνησμός. Ο ψυχισμός ανδρών και γυναικών παρουσιάζει εμφανείς διαφορές με τις γυναίκες να είναι εκείνες που διατηρούν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης[51]. Οι γυναίκες συνήθως αντιδρούν περισσότερο συναισθηματικά απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις γεγονός που τις οδηγεί στο να αντιμετωπίζουν πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τους άντρες [52]. Η ηλικία των γυναικών αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος σχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση της κατάθλιψης και κατ' επέκταση την εμφάνιση δερματολογικών παθήσεων όπως είναι η κνίδωση[53]. Τέλος, οι ερευνητές Rajczyová (2015) και Čáp and Holmanová (2008) οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών, η προσωπικότητά τους και ο τρόπος που αντιμετωπίζουν κάθε πρόβλημα που εμφανίζεται στη ζωή τους σχετίζεται με την εκδήλωση δερματολογικών παθήσεων ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η ψυχική και συναισθηματική ανισορροπία μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση των παθήσεων αυτών[46] [54].

2.2.2 Μετατραυματικό στρες και ψυχικές διαταραχές ασθενών με χρόνια κνίδωση

Το μετατραυματικό στρες αποτελεί μια ψυχική διαταραχή που εκδηλώνεται όταν το άτομο βιώνει συναισθηματική ένταση και καταστάσεις των οποίων η θύμηση είναι τραυματική για το ίδιο το άτομο. Της διαταραχής προηγούνται ένα ή περισσότερα γεγονότα που δημιουργούν στο άτομο το αίσθημα της απειλής. Η εκδήλωση μετατραυματικού στρες συνοδεύεται συχνά από άγχος κατάθλιψη και έντονη ευερεθιστότητα[55]. Η διάγνωση ασθενών με μετατραυματικό στρες οδηγεί στον αυτόματο αποκλεισμό μιας σειράς άλλων αιτιών που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τη κνίδωση. Οι περισσότεροι ασθενείς που αντιμετωπίζουν τη κνίδωση ως ένα αποτέλεσμα του έντονου μετατραυματικού στρες που βιώνουν μπορεί να αντιμετωπίζουν τη διαταραχή για λίγους μήνες ή και χρόνια. Σύμφωνα με τους επιστήμονες η εκδήλωση της κνίδωσης είναι ένας τρόπος αντίδρασης του οργανισμού των ατόμων που έχουν ζήσει τραυματικά γεγονότα των οποίων η θύμηση είναι αρκετά επώδυνη [56], [57], [58], [59].

Έρευνες έχουν δείξει πως οι ασθενείς με μετατραυματικό στρες έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια δερματοπάθεια συγκριτικά με ασθενείς που αντιμετωπίζουν

άλλα προβλήματα [60]. Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές φαίνεται να έχουν δυόμισι φορές περισσότερες πιθανότητες να ταλαιπωρηθούν από την εκδήλωση κνίδωσης συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό [61]. Η σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα του μετατραυματικού στρες και των ψυχικών διαταραχών και στη σοβαρότητα της διαταραχής της κνίδωσης σχετίζονται τους μηχανισμούς άμυνας που έχει αναπτύξει ο ίδιος ο οργανισμός του ανθρώπου. Οι άνθρωποι με έντονες ψυχικές διαταραχές θεωρούν πως δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους και δείχνουν ιδιαίτερη υποτίμηση απέναντί του εκδηλώνοντας ιδιαίτερη ανησυχία. Ο τρόπος αυτός συμπεριφοράς έρχεται σε πλήρη αντιδιαστολή με τους ανθρώπους που βιώνουν μετατραυματικό στρες και δεν εκφράζουν όσα νιώθουν δείχνοντας έντονη δυσφορία [61].

Ακολουθώντας όσα περιγράφονται στη ψυχοδυναμική βιβλιογραφία, η καταστολή αποτελεί έναν αποτελεσματικό μηχανισμό άμυνας προκειμένου ο ασθενής να αποφύγει τη θύμηση γεγονότων που θα του δημιουργήσουν αρνητικά συναισθήματα και συνδέονται με τραυματικά γεγονότα [62],[63]. Βέβαια, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα το γεγονός ότι υπάρχει ειδοποιός διαφορά ανάμεσα σε ένα άτομο που βρίσκεται σε φάση συναισθηματικής καταστολής και σε ένα άτομο που αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά συμπτώματα. Στο παρελθόν η καταστολή έχει συνδεθεί με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και έντονα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ωστόσο νέες μελέτες αποδεικνύουν πως η καταστολή σχετίζεται με τη προστασία της ευημερίας του ατόμου και την ενίσχυση της ευεξίας του μειώνοντας τις ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει [64].

Η καταστολή των συναισθημάτων συνδέεται με την αντιμετώπιση έντονου άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων[65]. Η καταστολή θεωρήθηκε ως ένα μέσο αυτορρύθμισης των συναισθημάτων ενώ για τη πλήρη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί χρειάζεται να εξεταστεί κάθε φορά το είδος του τραύματος. Οι τραυματικές εμπειρίες στη ζωή του ανθρώπου όταν αυτές πραγματοποιούνται κατά τη πρώιμη ηλικία του ανθρώπου μπορεί να έχουν ιδιαίτερη επίδραση στο τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι είναι σε θέση να ελέγξουν τον εαυτό τους και να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους [66],[67].

Την ίδια στιγμή το μετατραυματικό στρες φαίνεται συχνότερα να εμφανίζουν άνθρωποι με έντονες συναισθηματικές δυσκολίες. Ο ρόλος της συναισθηματικής καταστολής ως ένας παράγοντας στρατηγικής αυτορρύθμισης εξαρτάται άμεσα από το χρόνο που έχει μεσολαβήσει από το τραύμα και τον ίδιο τον τύπο του τραύματος.[68].

2.2.3 Χρόνια κνίδωση και διαταραχές ύπνου

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη οι διαταραχές ύπνου ή η άπνοια ύπνου εμφανίζουν μια συσχέτιση με την ανάπτυξη χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης. Ωστόσο η συγκεκριμένη έρευνα εμφάνισε περιορισμούς κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, ο αριθμός των ασθενών ενδέχεται να ήταν μεγαλύτερος διότι αρκετοί από αυτούς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή χωρίς ιατρική συνταγή [69]. Δεύτερον, χρησιμοποιήθηκε μια βάση δεδομένων η οποία παρέλειπε βασικούς παράγοντες γύρω από το ιστορικό των ασθενών όπως ήταν τα επίπεδα στρες, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα αλλά και το οικογενειακό ιστορικό σχετικά με τη χρόνια κνίδωση γεγονός που υποδηλώνει μια ελλιπή τεκμηρίωση των ευρημάτων.

Σαφώς λοιπόν η περαιτέρω μελέτη για τον μηχανισμό με τον οποίο συνδέονται οι διαταραχές του ύπνου με τη χρόνια αυθόρμητη κνίδωση είναι απαραίτητη διότι υπάρχουν πολλοί επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση διαταραχών ύπνου. Ένα άλλο εξίσου σημαντικό πρόβλημα ήταν ότι η συγκεκριμένη βάση δεδομένων δεν μπορούσε να ξεχωρίσει την αυτοαντιδραστική κνίδωση από τη χρόνια αυθόρμητη καθώς, παρά το γεγονός ότι έχουν διαφορετική αιτιολογία η δοκιμασία αυτόλογου ορού δεν διεξάγονταν συχνά ώστε να διαπιστωθούν οι διαφορές[70].

Τα συμπεράσματα της τυχαιοποιημένης αυτής μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς με διαταραχές ύπνου έχουν διπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν από χρόνια αυθόρμητη κνίδωση συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Τέλος παρά τους περιορισμούς της η μελέτη αυτή καταφέρνει να υποστηρίξει τη σύνδεση μεταξύ διαταραχών ύπνου και χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης καθώς το συνολικό δείγμα ήταν μεγάλο γεγονός που αυξάνει τη στατιστική ισχύ της μελέτης εξαλείφοντας τη μεροληψία[70].

2.3 Χρόνια κνίδωση και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στο πληθυσμό των παιδιών

Σε σύγκριση με άλλες δερματολογικές της παιδικής ηλικίας, υπάρχει έλλειψη έρευνας που εξετάζει τη χρόνια κνίδωση στο παιδιατρικό πληθυσμό. Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχαν αξιόπιστες επιδημιολογικές μελέτες αξιολόγησης του επιπολασμού της χρόνιας κνίδωσης στα

παιδιά. Ωστόσο, πρόσφατες εκτιμήσεις από μια κορεατική μελέτη με πληθυσμό 4.079 παιδιών ανέφεραν το 1,8% των παιδιών πάσχουν από χρόνια κνίδωση. Δεδομένου ότι η εκδήλωση της νόσου είναι συχνή στο πληθυσμό των παιδιών, είναι αξιοσημείωτο ότι υπάρχουν λίγες μελέτες που εξετάζουν τον αντίκτυπο της χρόνιας κνίδωσης στο παιδιατρικό πλαίσιο, με την πλειονότητα των ασθενών[71].

Η έρευνα επικεντρώθηκε στην ομάδα ενηλίκων. Ωστόσο, η διαθέσιμη έρευνα υποδηλώνει ότι η κνίδωση έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των παιδιών, η οποία είναι συγκρίσιμη με εκείνη της AD ή της ψωρίασης. Μια μικρή μελέτη περιπτωσιολογικού ελέγχου αναγνώρισε περισσότερο από το διπλάσιο του ποσοστού ψυχιατρικών διαγνώσεων (70% έναντι 30%) μεταξύ 27 παιδιών με χρόνια ιδιοπαθή κνίδωση σε σύγκριση με ελέγχους ηλικίας και φύλου. Οι πιο κοινές διαγνώσεις ήταν διαταραχή κοινωνικού άγχους, διαταραχή ανησυχίας διαχωρισμού και κοινωνική φοβία και βαθμολογίες για κατάθλιψη, άγχος και εσωτερικοποιητικά προβλήματα ήταν επίσης υψηλότερες στην ομάδα χρόνιας ιδιοπαθούς κνίδωσης. Δύο τρίτα των παιδιών αναφέρθηκε ότι παρουσίασαν ένα αγχωτικό συμβάν ζωής στους 6 μήνες πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Ωστόσο, δεν υπήρξε σχέση μεταξύ της διάρκειας της ασθένειας και της ψυχικής υγείας [72]. Μέχρι σήμερα, η κατανόησή μας για τους συνδέσμους μεταξύ των χρόνιων η κνίδωση και η ψυχολογική υγεία των παιδιών περιορίζονται από την έλλειψη έρευνας στο παιδιατρικό πλαίσιο.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα από τη μικρή ποσότητα διαθέσιμης έρευνας είναι συναφή με τα δεδομένα από μια εκτεταμένη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της έρευνας στο πλαίσιο των ενηλίκων που αναφέρουν ότι, σε σύγκριση με τους υγιείς ελέγχους, οι ενήλικες με χρόνια κνίδωση βαθμολογούνται υψηλότερα σε μέτρα σε μια σειρά μέτρων της ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους, της αϋπνίας και των αγχωτικών γεγονότων [73]. Επιπλέον, η έρευνα με ενήλικες ασθενείς υποδηλώνει ότι οι βλάβες στην ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα σε όλους τους τομείς της λειτουργίας και των συναισθημάτων, συνδέονται στενότερα με μέτρα ψυχιατρικής νοσηρότητας άλλοι παράγοντες όπως η παρουσία αγγειοιδήματος ή η διάρκεια της ασθένειας [74]. Ωστόσο, το ερώτημα εάν η ψυχοπαθολογία είναι συνέπεια χρόνιας κνίδωσης ή παράγοντας προδιαθέσεως παραμένει αναπάντητο. Ανεξάρτητα από το αν οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι οι αιτίες ή οι συνέπειες αυτής της κατάστασης στα παιδιά, υπάρχει γενική συναίνεση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία

της νόσου και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και πρέπει να συμπεριληφθούν στις φάσεις της αξιολόγησης, της θεραπείας και της παρακολούθησης της ιατρικής διαχείρισης [73]

Κεφάλαιο 3

3.1.1 Ο στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας[75].Αποτελεί τον πρώτο χώρο όπου οι ασθενείς έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας της χώρας και όπου η παρεχόμενη φροντίδα υγείας πρέπει συνεχώς να εξελίσσεται[76].Απώτερος σκοπός της λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η μείωση των ανισοτήτων που παρατηρούνται στον τομέα της υγείας, η βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα σε ασθενείς και επαγγελματίες υγείας με απώτερο στόχο η αύξηση του αριθμού των ατόμων που συμμετέχουν στη προαγωγή της υγείας[77].Οι βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η προαγωγή της υγείας μέσα από τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ο ίσος καταμερισμός των υπηρεσιών υγείας και των διαστάσεων που επηρεάζουν και καθορίζουν την υγεία των ασθενών, η ενεργή λήψη αποφάσεων της κοινότητας σε θέματα που αφορούν στον τομέα της υγείας και η προσήλωση του συστήματος υγείας στην ενίσχυση της πρόληψης του συνόλου του πληθυσμού των ασθενών.

Περαιτέρω, οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας απευθύνονται στη κάλυψη των αναγκών τόσο ατόμων και οικογενειών, όσο του πληθυσμού και της κοινότητας, αλλά και του φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος. Αρχικά, αναφορικά με τα άτομα και τις οικογένειες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση της πορείας της υγείας του πληθυσμού, τη κλινική διαχείριση των περιστατικών, είτε πρόκειται για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, είτε για χρόνια προβλήματα υγείας. Επιπλέον, περιλαμβάνει την κοινωνική φροντίδα των ατόμων, την κατ' οίκον φροντίδα ή και νοσηλεία τους, την εκτίμηση του κινδύνου κάθε νοσήματος και την άμεση αντιμετώπιση και αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Στην περίπτωση δε που αναφερόμαστε στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φροντίζει για τον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης νοσημάτων και εκτίμησης των απαιτήσεων και αναγκών που έχει η κοινότητα.

Σε επίπεδο φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συμβάλλει στο προσδιορισμό του επιπέδου υγιεινής που ακολουθείται από το κάθε σπίτι, τη γειτονιά, το σχολείο και το εργασιακό περιβάλλον. Προκειμένου να υπάρξει η αποτελεσματική λειτουργία της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας στη χώρα κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία και λειτουργία ενός ενιαίου συστήματος υγείας. Οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας οφείλουν να είναι ξεκάθαροι και μετρήσιμοι, ενώ θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η εφαρμογή των επιμέρους προγραμμάτων ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και επιμέρους ανάγκες του πληθυσμού [78].

3.1 Η ποιότητα υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η έννοια της ποιότητας περιλαμβάνει τόσο την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα όσο και την ασφάλεια των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρει το σύστημα υγείας στον ασθενή. Ο τόπος, ο χρόνος και ο τρόπος με τον οποίο το ιατρικό προσωπικό θα παράσχει υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης στον ασθενή αποτελούν παράγοντες μείζονος σημασίας[79]. Η προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας της υγείας είναι τελείως διαφορετική ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και νοσηλευόμενους. Οι ασθενείς με τον όρο ποιότητα αναφέρονται στη καταλληλότητα και τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στις ζητούμενες υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά οι επαγγελματίες υγείας αναφέρονται στη γνωστική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού και την κατάλληλη εκπαίδευση που θα τους επιτρέψει να παρέχουν στους ασθενείς υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας, ανακουφίζοντας τους από το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο η διοίκηση των δομών υγείας πρεσβεύει πως η ποιότητα δεν σχετίζεται με τα οικονομικά οφέλη που έχει κάθε οργανισμός από τη νοσηλεία των ασθενών αλλά σχετίζεται με το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας που είναι σε θέση να προσφέρει στους ασθενείς[79].

3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στη σύγχρονη εποχή έχει διαμορφωθεί η πεποίθηση πως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κατέχει εξαιρετικά σπουδαίο ρόλο αφού καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας της χώρας, αποδεικνύοντας τη θέση του κράτους – πρόνοιας καθώς και το βαθμό στον οποίο στηρίζει τη παροχή φροντίδας των ασθενών. Πρωταρχικοί δε στόχοι του συστήματος οφείλουν να είναι η περίθαλψη αλλά και η πρόληψη των ασθενών που επισκέπτονται τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. [80].

3.2.1 Το νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εμφανίζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1934 όπου με τη θέσπιση του Ν.6298/1934 επιχειρήθηκε η οργάνωση και λειτουργία των πρώτων πολυιατρείων του ΙΚΑ στις μεγάλες αστικές περιοχές της χώρας. Η αποκέντρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήρθε 20 χρόνια σχεδόν αργότερα με το Ν.2592/1953 ενώ η ίδρυση των Κέντρων Υγείας άρχισε επιπλέον τρεις δεκαετίες και πραγματοποιήθηκε με τη θέσπιση του Ν.1397/83. Ο εκσυγχρονισμός του και η επαρκής οργάνωση του συστήματος υγείας άρχισε να τίθεται σε ισχύ τη δεκαετία του 1990 όπου με το Ν.2071/1992 γίνεται για πρώτη φορά λόγος για τη λειτουργία υπηρεσιών όπως η νοσηλεία στο σπίτι, η παρακολούθηση από κάποιον οικογενειακό γιατρό και η συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας του ασθενούς ιδιωτών γιατρών. Το 2004 ο Ν.3235/2004 όρισε τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως ένα σύστημα το οποίο παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες περίθαλψης σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.

Στη συνέχεια στην πιο πρόσφατη μορφή της η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα σύμφωνα με το Νόμο 4486/7-8-2017 «νοείται ως το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του». Κατά την έκδοση του ο προαναφερόμενος νόμος καθορίζει τις δημόσιες Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η σύσταση των σημερινών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) που παρέχουν σε δεύτερο επίπεδο υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας όπου αποτελούν μετονομασία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου και των Μονάδων Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ). Επισημαίνεται ότι κάθε Κέντρο Υγείας μαζί με τις υπαγόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ., καθώς και τα υπαγόμενα σε αυτό Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) αποτελεί οργανική μονάδα με δική του στελέχωση». Βασικός και καίριος είναι ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού που καλείται να στηρίξει όλο το οικοδόμημα της Π.Φ.Υ, όπως εξάλλου έχει γίνει σε

χώρες του εξωτερικού πχ Ισπανία από το 1986[81] και σε χώρες που προσπαθούν να το οργανώσουν στο μέλλον όπως η Κίνα[82].

Παράλληλα αξιοσημείωτη είναι η ίδρυση και λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος θεσπίστηκε το 2011 με το Ν.3918/2011 που έφερε τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». Υπεύθυνοι για την εφαρμογή του προγράμματος με στόχο την επίτευξη του σκοπού ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ είναι από κοινού το Υπουργείο Εργασίας και το Υπουργείο Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με την ίδρυσή του συγκεντρώθηκαν σε αυτόν το σύνολο των ασφαλιστικών ταμείων όπως είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων(ΟΓΑ) και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών(ΟΑΕΕ). Στόχος αυτής της κίνησης ήταν η καλύτερη εξυπηρέτηση του συνόλου των ασφαλισμένων μέσα από τη παροχή υπηρεσιών προς όλους. Προκειμένου να μην υπάρξει ανεξέλεγκτη σπατάλη οικονομικών πόρων την επίβλεψη του ύψους των δαπανών ανέλαβε η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης. Η τελευταία μεταρρύθμιση που πραγματοποιήθηκε μέσα από την εφαρμογή του τελευταίου νόμου είχε σαν στόχο την περαιτέρω ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεδομένης της αύξησης του ανταγωνισμού και της μείωσης των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων η οποία τα προηγούμενα χρόνια ήταν ανεξέλεγκτη. Τα οφέλη της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ είναι πολλά για τους ίδιους τους ασθενείς καθώς τους δίνεται η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του εξωτερικού γιατρού που επιθυμούν αρκεί να είναι συμβεβλημένοι, ενώ η πρόσβασή τους στις μονάδες υγείας έχει αυξηθεί αισθητά και ο χρόνος αναμονής μειώνεται αυξάνοντας παράλληλα το εύρος παροχής μονάδων υγείας. Ταυτόχρονα, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ έχει οδηγήσει στη διαμόρφωση και κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού με τέτοιο τρόπο ώστε να μειώνονται τα προβλήματα που σημειώνονται από την έλλειψη προσωπικού.

3.3 Το χρόνιο νόσημα και Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας

Προκειμένου το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να δύναται να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητικό και πως επιτυγχάνει τους στόχους του θα πρέπει το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει να είναι ισότιμο απέναντι σε όλους τους κατοίκους της χώρας, να έχουν όμοια εξυπηρέτηση και βοήθεια από το ιατρικό προσωπικό, ειδικότερα δε όταν πρόκειται για

περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων καθ' όλη τη διάρκεια που ο ασθενής αντιμετωπίζει τη πάθηση και ασφαλώς να υφίσταται οργανωμένο και δομημένο σύστημα αντιμετώπισης των νοσημάτων που εμφανίζονται πιο συχνά ώστε τα προβλήματα να αντιμετωπίζονται άμεσα και αποτελεσματικά. Ακόμη είναι αναγκαίο το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να είναι προσανατολισμένο στον άνθρωπο, να φροντίζει για τη περίθαλψη όλων όσων δε διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη, να υπάρχει ένα οργανωμένο δίκτυο διακίνησης των πληροφοριών σε όλα τα συστήματα υγείας έτσι ώστε να είναι ενημερωμένο το σύνολο του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού αναφορικά με το ιστορικό και τη κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Παράλληλα, θα πρέπει ο ασθενής να έχει τη δυνατότητα της επιλογής του προσωπικού ή οικογενειακού γιατρού που θα είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα του, ενώ επιβάλλεται κάθε κέντρο φροντίδας και περίθαλψης της χώρας να διαθέτει τον απαραίτητο υλικοτεχνικό εξοπλισμό και το κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό επαγγελματιών υγείας ώστε να παρέχει στους ασθενείς υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. Τέλος, η αποκατάσταση των ασθενών με χρόνια νοσήματα καθώς και εκείνων που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα προβλέπεται με το Ν.3235/2004.

Οι ασθενείς με χρόνια κνίδωση στα πλαίσια της χρονιότητας του νοσήματος τους κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας και μάλιστα σε υψηλότερο ποσοστό από τον πληθυσμό ελέγχου κατά τη διάρκεια ενός έτους[83]. Ειδικά η χρήση των υπηρεσιών υγείας από ασθενείς με χρόνια αυθόρμητη κνίδωση (υποομάδα της χρόνιας κνίδωσης) παρουσιάζει πολλές διαφορές αλλά παράλληλα αυξημένα ποσοστά όπως αναφέρεται και σε μελέτη με δεδομένα από Ευρώπη και Κεντρική/Βόρεια Αμερική[84].

Κεφάλαιο 4

4.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της του τρόπου με τον οποίο οι ψυχολογικοί παράγοντες συνδέονται με την κατάσταση της υγείας των σθενών με χρόνια κνίδωση. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της έρευνας ο ερευνητής επιχείρησε να δώσει απάντηση στο ερώτημα:

Πως σχετίζονται οι ψυχολογικοί παράγοντες με την υγεία των ασθενών με χρόνια κνίδωση;

4.2 Δείγμα και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2019 έως τον Ιούνιο του 2019. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν 117 άτομα με συμπτώματα χρόνιας κνίδωσης και άτομα από τον γενικό φυσιολογικό πληθυσμό.

Οι συμμετέχοντες στην μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και η συμμετοχή τους θα βεβαιώνεται ότι θα είναι απόρρητη και ότι θα διατηρείται η ανωνυμία τους. Έτσι, το κάθε άτομο ξεχωριστά θα καλείται να δημιουργήσει έναν κωδικό που θα γνωρίζει μόνο ο ίδιος ώστε να το χρησιμοποιεί αντί του ονοματεπωνύμου του. Ωστόσο, η όλη διαδικασία θα πραγματοποιείται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες οπότε δε θα μπορεί να διαρρεύσουν εύκολα προσωπικές πληροφορίες. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων.

Τα άτομα που θα συμμετάσχουν θα κληθούν να συμπληρώσουν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Ο Derogatis δημιούργησε την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL – 90) η οποία αποσκοπούσε στην καταγραφή της υπάρχουσας ψυχικής διαταραχής. Στην κλίμακα αυτή εμπεριέχονται 90 ερωτήσεις οι οποίες περιγράφουν διάφορες συμπεριφορικές, σωματικές και ψυχολογικές αιτίες που ευθύνονται για κάποια ψυχική διαταραχή στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι κλίμακες αυτές περιλαμβάνουν διάφορες διαταραχές όπως είναι η σωματοποίηση, άγχος, η υπερβολική ευαισθησία, βίαια συμπεριφορά, άγχος και κατάθλιψη και πολλές άλλες. Η βαθμολόγηση τους προκύπτει με βάση μια κλίμακα Likert με πέντε βαθμίδες (0-1-2-3-4). Για κάθε υποκλίμακα προκύπτουν 3 συνολικοί δείκτες που αποτελούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Όπως παρατηρήθηκε, η κλίμακα προσαρμόστηκε αρκετά ικανοποιητικά στον ελληνικό πληθυσμό με εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα καθώς παρατηρήθηκαν και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με σχετικές υποκλίμακες MMPI [85].

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας

Ο σκοπός του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας SF36 είναι η μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής αναφορικά με την υγεία. Πιο αναλυτικά, οι διαστάσεις αυτές είναι: η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) [86].

Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al. 2003).

Ο Martin και οι συνεργάτες ανέπτυξαν το 2003 το ερωτηματολόγιο ανάδειξης των μορφών του χιούμορ (HSQ) το οποίο καταγράφει τους τρόπους με τους οποίους ένα άτομο χρησιμοποιεί το χιούμορ του. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις, στη βάση 4 υποκλιμάκων των 8 ερωτήσεων και βαθμολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach α) του ερωτηματολογίου είναι 0,80 για την κλίμακα της ευτυχίας, 0,81 για την κλίμακα της αυτοθεραπείας, 0,77 για την κλίμακα της επιθετικότητας, και 0,80 για την κλίμακα του αυτοκαταστροφικού χιούμορ [87].

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Ο Eifert και οι συνεργάτες του TO 2000 δημιούργησαν την κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία αποτελεί την εκτενέστερη μορφή του προηγούμενου ερωτηματολογίου που εμπεριείχε 16 ερωτήσεις [88].Ο σκοπός του CAQ είναι η μέτρηση του άγχους των σωματικών αισθήσεων αναφορικά με τη καρδιακή λειτουργία [89]. και στη θεωρία δημιουργήθηκε με βάση το μοντέλο του Reiss (1986) για το φόβο του άγχους και της ευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως η ταχυπαλμία, ναυτία. Αυτά τα συμπτώματα προκύπτουν από την αντίληψη των ανθρώπων ότι οφείλονται σε επιβλαβή και επικίνδυνα αποτελέσματα της υγείας[90]. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα από τους συμμετέχοντες και αποτελείται από 18 προτάσεις που αφορούν τις διαστάσεις των σωματικών αισθήσεων της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert που εκτείνεται από «ποτέ» και παίρνει την τιμή 0 ως «πάντα» που παίρνει τιμή 5. Το CAQ συγκεντρώνει ένα συνολικό αποτέλεσμα και τρία αποτελέσματα υποκλιμάκων του αναφορικά με το φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (υπάρχουν 8 σχετικές προτάσεις), την αποφυγή δραστηριοτήτων (υπάρχουν 5 προτάσεις) και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (υπάρχουν 5 σχετικές προτάσεις)[88].

Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς

Ο Jenny De Jong Gierveld και Theo Van Tilbur το 2006 ανέπτυξαν την κλίμακα μοναξιάς της κοινωνικής μοναξιάς ή αλλιώς Scale for Overall Emotional and Social Loneliness. Σύμφωνα με τους ίδιους η μοναξιά αποτελεί δείκτη ομαλής κοινωνικής προσαρμογής και αναφέρεται στο αίσθημα της απουσίας προσωπικών κοινωνικών σχέσεων ή στην απουσία γενικότερων κοινωνικών σχέσεων. Η 11 θέσεων κλίμακα μοναξιάς της De Jong Gierveld, είναι αποδεδειγμένα ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της συνολικής και κοινωνικής μοναξιάς, ωστόσο το μέγεθος της κλίμακας μπορεί να μην είναι αρκετά εύχρηστο σε μεγάλες έρευνες. Υπάρχει επίσης και σε σύντομη εκδοχή το εργαλείο αυτό, η οποία είναι εξίσου έγκυρο μέτρο σχετικά. Έτσι, η κλίμακα μοναξιάς De Jong Gierveld των 6 στοιχείων αποτελεί αξιόπιστο

εργαλείο της συνολικής, συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς και για μεγαλύτερες έρευνες [91].

4.3 Στατιστική επεξεργασία

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας που συλλέχθηκαν με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου ο ερευνητής χρησιμοποίησε το στατιστικό πακέτο SPSS 21.0. Αρχικά προσδιορίστηκαν η συχνότητα και σχετική συχνότητα των κατηγορικών και διατάξιμων μεταβλητών του δείγματος αλλά και η μέση τιμή και τυπική απόκλιση των συνεχών μεταβλητών. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν οι κατάλληλοι έλεγχοι μέσω των τιμών, διακυμάνσεων αλλά και οι συσχετίσεις προκειμένου να διαπιστωθεί ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται το σύνολο των μεταβλητών της έρευνας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε να είναι το 0.05.

Κεφάλαιο 5

5.1 Περιγραφική ανάλυση

Πίνακας 1: Κατανομή της ηλικίας

	Min	Max	Mean	SD
Ηλικία	15	88	41	16

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 1, η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 41 έτη με τυπική απόκλιση τα 16 έτη.

Πίνακας 2: Κατανομή του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης

		N	%
Φύλο	Άντρας	43	36.8%
	Γυναίκα	74	63.2%
	Σύνολο	117	100.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	51	43.6%
	Έγγαμος/η	60	51.3%
	Διαζευγμένος/η	2	1.7%
	Χήρος/α	4	3.4%
	Σύνολο	117	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 2, από το σύνολο των ερωτηθέντων 6 στους 10 είναι γυναίκες και 4 στους 10 είναι άντρες. Στην ερώτηση για την οικογενειακή κατάσταση 5 στους 10 απάντησαν πως είναι έγγαμοι και 4 στους 10 άγαμοι ενώ ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι χήροι.

Πίνακας 3: Κατανομή του τόπου καταγωγής

		N	%
Τόπος καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	57	48.7%
	Πόλη<150.000 κατοίκους	46	39.3%
	Πόλη<150.000	14	12.0%

	κατοίκους		
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα 3, στην ερώτηση σχετικά με τον τόπο καταγωγής 5 στους 10 απάντησαν «Χωριό/κωμόπολη» και 4 στους 10 «Πόλη<150.000 κατοίκους».

Πίνακας 4: Κατανομή αδερφών

		N	%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	111	94.9%
	Όχι	6	5.1%
Σύνολο		117	100.0%

Παρατηρώντας τον πίνακα 4, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Έχετε αδέρφια;», η πλειοψηφία 9 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση συγκεντρώνοντας ποσοστό 94,9%.

Πίνακας 5: Κατανομή του πλήθους των αδερφών

	Min	Max	Mean	SD
Πόσα;	1	8	2	1

Από τον παραπάνω πίνακα 5, οι συμμετέχοντες απάντησαν πόσα αδέρφια έχουν με την μέση τιμή των απαντήσεων τους να συγκεντρώνεται γύρω από τα 2 αδέρφια με τυπική απόκλιση το 1. Η μέγιστη τιμή των απαντήσεων τους είναι τα 8 αδέρφια και η ελάχιστη το 1.

Πίνακας 6: Κατανομή της σειράς γέννησης

	Min	Max	Mean	SD
Σειρά γέννησής σας	1	7	2	1

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 6, στην ερώτηση σχετικά με την σειρά γέννησής τους η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 2 με τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 7: Κατανομή φυσιολογικής ομοιότητας

		N	%
Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά;	Μητέρα	52	44.4%
	Πατέρα	49	41.9%
	Γονείς	7	6.0%
	Θεία	1	.9%
	Γιαγιά	3	2.6%
	Κανένα	5	4.3%
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 7, στην ερώτηση «Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά» 4 στους 10 δήλωσαν ότι μοιάζουν στην μητέρα τους και ακολουθούν αυτοί που δήλωσαν ότι μοιάζουν στον πατέρα τους και σε κανέναν.

Πίνακας 8: Κατανομή της ομοιότητας του χαρακτήρα

		N	%
Σε ποιόν μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;	Μητέρα	47	40.2%
	Πατέρα	51	43.6%
	Γονείς	10	8.5%
	Αδερφή	1	.9%
	Παππού	1	.9%
	Κανένα	6	5.1%
	Δεν ξέρω	1	.9%
	Σύνολο	117	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 8, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Σε ποιόν μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;», 4 στους 10 δήλωσαν ότι μοιάζουν στον πατέρα ως προς τον χαρακτήρα και 1 στους 10 δήλωσε ότι μοιάζουν και στους 2 γονείς.

Πίνακας 9: Κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου

		N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	1	.9%
	Απόφοιτος δημοτικού	9	7.7%
	Απόφοιτος γυμνασίου	11	9.4%
	Απόφοιτος λυκείου	31	26.5%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	28	23.9%
	Φοιτητής/τρια	23	19.7%
	Μεταπτυχιακά	12	10.3%
	Διδακτορικό	2	1.7%
Σύνολο		117	100.0%

Από τα στοιχεία του πίνακα 9 παρατηρούμε ότι 3 στους 10 συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι λυκείου, ακολουθούν όσοι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και 1 στους 10 έχει μεταπτυχιακό ή είναι απόφοιτος γυμνασίου.

Πίνακας 10: Κατανομή της επαγγελματικής κατάστασης

		N	%
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	7	6.0%
	Οικιακά	9	7.7%
	Αυτοαπασχολούμενος	15	12.8%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	33	28.2%
	Δημόσιος υπάλληλος	22	18.8%
	Συνταξιούχος	11	9.4%
	Φοιτητής/τρια	20	17.1%
Σύνολο		117	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 10, 3 στους 10 συμμετέχοντες είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 2 στους 10 δημόσιοι υπάλληλοι και 1 στους 10 ασχολούνταν με τα οικιακά.

Πίνακας 11: Κατανομή της συγκατοίκησης

		N	%
Με ποιόν	Μόνος/η	28	23.9%

μένετε;	Τον/την Σύντροφο	36	30.8%
	Με κάποιον φίλο/η	4	3.4%
	Αδερφή	7	6.0%
	Αδερφό	0	0.0%
	Με τα παιδιά μου	3	2.6%
	Με τον/την σύντροφο και τα παιδιά μου	39	33.3%
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 11, στην ερώτηση «Με ποιόν μένετε;» 3 στους 10 απάντησαν ότι μένουν με τον/την σύντροφο και τα παιδιά μου και 1 στους 10 απάντησε ότι μένει με την αδερφή του.

Πίνακας 12: Κατανομή της ύπαρξης παιδιών

		N	%
Έχετε παιδιά;	Ναι	66	56.4%
	Όχι	51	43.6%
		Σύνολο	117
			100.0%

Παρατηρώντας τον πίνακα 12, βλέπουμε ότι καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έχουν παιδιά. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν 6 στους 10 δήλωσαν πως έχουν παιδιά ενώ 4 στους 10 πως δεν έχουν.

Πίνακας 13: Κατανομή του αριθμού των παιδιών

	Min	Max	Mean	SD
Πόσα παιδιά έχετε;	1	3	2	1

Από τον πίνακα 13, στην ερώτηση πόσα παιδιά έχετε η μέση τιμή των απαντήσεων είναι τα 2 παιδιά με τυπική απόκλιση το 1 παιδί.

Πίνακας 14: Κατανομή της ύπαρξης κόρης

		N	%
Έχετε κόρη;	Ναι	39	37.1%
	Όχι	66	62.9%
Σύνολο		105	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 14, στην ερώτηση «Έχετε κόρη;» 6 στους 10 δήλωσαν αρνητική απάντηση και 4 στους 10 θετική.

Πίνακας 15: Κατανομή του τόπου κατοικίας της κόρης

		N	%
Αν έχετε κόρη(ες) ζει κοντά σας;	Ναι	33	84.6%
	Όχι	6	15.4%
Σύνολο		39	100.0%

Αναφορικά με τον πίνακα 15, στην ερώτηση «Αν έχετε κόρη(ες) ζει κοντά σας;» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 8 στους 10 απάντησαν πως ζει κοντά η κόρη τους συγκεντρώνοντας ποσοστό 84,6% και 2 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση.

Πίνακας 16: Κατανομή της ύπαρξης γιού

		N	%
Έχετε γιό;	Ναι	48	45.7%
	Όχι	57	54.3%
Σύνολο		105	100.0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 16, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν έχουν γιό, σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν υπάρχει μεγάλη διαφοράς σε αυτούς που έδωσαν θετική και σε αυτούς που έδωσαν αρνητική απάντηση καθώς 5 στους 10 απάντησαν «Ναι» και 5 στους 10 «Όχι».

Πίνακας 17: Κατανομή του τόπου κατοικίας του γιού

		N	%
Αν έχετε γιό ζεί κοντά	Ναι	37	78.7%

σας;	Όχι	10	21.3%
	Σύνολο	47	100.0%

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα 17, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Αν έχετε γιό ζει κοντά σας;», 8 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 2 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 18: Κατανομή της ύπαρξης γονέων

		N	%
Έχετε γονείς;	Ναι	96	82.1%
	Όχι	21	17.9%
		Σύνολο	117
			100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 18, στην ερώτηση «Έχετε γονείς;» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 8 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 2 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 19: Κατανομή του τόπου κατοικίας των γονέων

		N	%
Αν έχετε γονείς ζουν κοντά σας;	Ναι	71	60.7%
	Όχι	46	39.3%
		Σύνολο	117
			100.0%

Από τον παραπάνω πίνακα 19, στην ερώτηση «Αν έχετε γονείς ζουν κοντά σας;» 6 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 4 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 20: Κατανομή της ύπαρξης πεθερικών

		N	%
Έχετε πεθερικά;	Ναι	52	44.4%
	Όχι	65	55.6%
Σύνολο		117	100.0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 20, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν πεθερικά, 6 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση και 4 στους 10 θετική.

Πίνακας 21: Κατανομή του τόπου κατοικίας των πεθερικών

		N	%
Αν έχετε πεθερικά ζουν κοντά σας;	Ναι	21	40.4%
	Όχι	31	59.6%
Σύνολο		52	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 21, στην ερώτηση «Αν έχετε πεθερικά ζουν κοντά σας;» 6 στους 10 απάντησαν «Όχι» και 4 στους 10 «Ναι».

Πίνακας 22: Κατανομή των διακοπών

		N	%
Κάνετε διακοπές;	Ναι	87	74.4%
	Όχι	30	25.6%
Σύνολο		117	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 22, στην ερώτηση «Κάνετε διακοπές;» 7 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 3 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 23: Κατανομή του περπατήματος

		N	%
Περπατάτε;	Ναι	90	76.9%

	Όχι	27	23.1%
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων όπως βλέπουμε και στον πίνακα 23, στην ερώτηση σχετικά με το εάν περπατάτε 8 στους 10 απάντησαν «Ναι» και 2 στους 10 «Όχι».

Πίνακας 24: Κατανομή της ύπαρξης κήπου

		N	%
Έχετε κήπο;	Ναι	53	45.3%
	Όχι	64	54.7%
Σύνολο		117	100.0%

Παρατηρώντας τον πίνακα 24, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Έχετε κήπο;» δεν υπάρχει μεγάλη απόκλιση σχετικά με αυτούς που δήλωσαν πως έχουν κήπο και αυτούς που δεν έχουν, καθώς 5 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 5 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 25: Κατανομή της δυσκολίας του αλλεργικού προβλήματος

		N	%
Πιστεύετε ότι το αλλεργικό σας πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο;	Ναι	63	53.8%
	Όχι	54	46.2%
Σύνολο		117	100.0%

Από τον παραπάνω πίνακα 25, επίσης δεν υπήρχε μεγάλη απόκλιση στις απαντήσεις στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι το αλλεργικό σας πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο;» καθώς 5 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση και 5 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 26: Κατανομή της ύπαρξης φίλων

		N	%
Είχατε φίλους;	Ναι	113	96.6%
	Όχι	4	3.4%
Σύνολο		117	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 26, στην ερώτηση «Είχατε φίλους;» η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας έδωσε θετική απάντηση συγκεντρώνοντας ποσοστό 96,6%.

Πίνακας 27: Κατανομή της ύπαρξης φίλων σήμερα

		N	%
Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	112	95.7%
	Όχι	5	4.3%
Σύνολο		117	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 27, στην ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε «Ναι» συγκεντρώνοντας ποσοστό της τάξεως του 95,7%.

Πίνακας 28: Ελάχιστο, μέση τιμή και τυπική απόκλιση SF-36

	Ελάχ.	Μ.Τ.	Μέγ.
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	10,0	86,1	100,0
Ζωτικότητα (VT)	20,0	54,5	95,0
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	0,0	65,5	100,0
Κοινωνικός ρόλος (SF)	12,5	51,9	100,0
Σωματικός πόνος (SF)	0,0	75,3	100,0
Γενική υγεία (GH)	20,8	52,8	75,0
Σωματικός Ρόλος (RP)	0,0	76,9	100,0
Ψυχική υγεία (MH)	20,0	54,1	76,0
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF PCS)	109,2	291,2	366,7
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF MCS)	120,5	226,0	308,0

Παρατηρώντας τον πίνακα 28 φαίνεται ότι η μέση τιμή στη κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας είναι 86.1 με ελάχιστη τιμή 10 και μέγιστη τιμή 100. Η μέση τιμή στη κλίμακα Ζωτικότητα είναι 54.5 με ελάχιστη τιμή 20 και μέγιστη τιμή 95. Η μέση τιμή στη κλίμακα Συναισθηματικού ρόλου είναι 65.5 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 100. Η μέση τιμή στη κλίμακα Κοινωνικός ρόλος είναι 51.9 με ελάχιστη τιμή 12.5 και μέγιστη τιμή 100. Η μέση τιμή στη κλίμακα Σωματικός πόνος είναι 75.3 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 100. Η μέση τιμή στη κλίμακα Γενική υγεία είναι 52.8 με ελάχιστη τιμή 20.8 και μέγιστη τιμή 75. Η μέση τιμή στη κλίμακα Σωματικός ρόλος είναι 76.9 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 100. Η μέση τιμή στη κλίμακα Ψυχική υγεία είναι 54.1 με ελάχιστη τιμή 20 και μέγιστη τιμή 76. Η μέση τιμή στη συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας είναι 291.2 με ελάχιστη τιμή 109.2 και μέγιστη τιμή 366.7. Η μέση τιμή στη συνοπτική κλίμακα Ψυχικής Υγείας είναι 226 με ελάχιστη τιμή 120.5 και μέγιστη τιμή 308.

Πίνακας 29: Ελάχιστο, μέση τιμή και τυπική απόκλιση CAQ

	Ελάχ.	Μ.Τ.	Μέγ.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	0,0	1,2	4,0
Αποφυγή δραστηριοτήτων (CAQ)	0,0	1,2	4,0
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ)	0,0	,8	2,7
Συνολική Τιμή (CAQ)	0,0	1,1	3,3

Σύμφωνα με τον πίνακα 29, η μέση τιμή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη κλίμακα Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ) είναι 1.2 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 4. Η μέση τιμή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη κλίμακα Αποφυγή δραστηριοτήτων (CAQ) είναι 1.2 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 4. Η μέση τιμή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στη κλίμακα Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ) είναι 0.8 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 2.7. Η μέση τιμή της Συνολικής Τιμής (CAQ) είναι 1.1 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 3.3.

Πίνακας 30: Ελάχιστο, μέση τιμή και τυπική απόκλιση SCL

	Ελάχ.	Μ.Τ.	Μέγ.
Σωματοποίηση (SCL-90)	0,0	9,2	40,0
Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	0,0	9,0	33,0
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	0,0	6,5	30,0
Κατάθλιψη (SCL-90)	0,0	10,9	45,0
Άγχος (SCL-90)	0,0	5,9	32,0
Επιθετικότητα (SCL-90)	0,0	3,9	20,0
Φοβικό άγχος (SCL-90)	0,0	2,5	27,0
Παρανοειδή ιδεασμό (SCL-90)	0,0	5,6	23,0
Ψυχωτισμός (SCL-90)	0,0	4,8	41,0
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) (SCL-90)	0,0	5,5	21,0
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	,0	,7	2,9
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	2,0	36,1	87,0

Σχετικά με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο πίνακα 30, βλέπουμε ότι η μέση τιμή στη κλίμακα Σωματοποίηση είναι 9.2 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 40. Η μέση τιμή στη κλίμακα Ιδεοψυχαναγκασμός είναι 9 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 33. Η μέση τιμή στη κλίμακα Διαπροσωπική Ευαισθησία είναι 6.5 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 30. Η μέση τιμή στη κλίμακα Κατάθλιψη είναι 10.9 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 45. Η μέση τιμή στη κλίμακα Άγχος είναι 5.9 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 32. Η μέση τιμή στη κλίμακα Επιθετικότητα είναι 3.9 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 20. Η μέση τιμή στη κλίμακα Φοβικό άγχος είναι 2.5 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 27. Η μέση τιμή στη κλίμακα Παρανοειδής Ιδεασμός είναι 5.6 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 23. Η μέση τιμή στη κλίμακα Ψυχωτισμός είναι 4.8 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 41. Η μέση τιμή στη κλίμακα Διάφορες αιτιάσεις είναι 5.5 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 21. Η μέση τιμή του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων είναι 0.7 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 2.9. Η μέση τιμή του Δείκτη Ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων είναι 36.1 με ελάχιστη τιμή 2 και μέγιστη τιμή 87.

Πίνακας 31: Ελάχιστο, μέση τιμή και τυπική απόκλιση ESLS

	Ελάχ.	Μ.Τ.	Μέγ.
Συναισθηματική Μοναξιά(ESLS)	0,0	6,4	24,0

Κοινωνική Μοναξιά (ESLS)	0,0	12,9	20,0
Σύνολο μοναξιάς (ESLS)	3,0	19,3	34,0

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 31, η μέση τιμή στη κλίμακα Συναισθηματικής Μοναξιάς είναι 6.4 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 24. Η μέση τιμή στη κλίμακα Κοινωνικής Μοναξιάς είναι 12.9 με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη 20. Η μέση τιμή στη κλίμακα Συνολικής Μοναξιάς είναι 19.3 με ελάχιστη τιμή 3 και μέγιστη 34.

5.2 Επαγωγική ανάλυση

Ηλικία – SF36

Πίνακας 32: Αποτελέσματα συσχέτισης Ηλικίας – SF36

		Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF PCS)
Ηλικία	Pearson Correlation	-,387**	-,231*
	Sig. (2-tailed)	,000	,012
	N	117	117

Από τον έλεγχο συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκε φαίνεται ότι υπάρχει αρνητική και ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και τη σωματική λειτουργικότητα που εκφράζουν μέσα από τις απαντήσεις τους ($r_{ho} = -0.387$, $p < 0.05$). Πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο μειώνεται η σωματική τους λειτουργικότητα. Επιπλέον, φαίνεται πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας των ερωτηθέντων ($r_{ho} = -0.231$, $p = 0.012 < 0.05$). Όσο περισσότερο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο μειώνεται η τιμή της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας.

Ηλικία – CAQ

Πίνακας 33: Αποτελέσματα συσχέτισης Ηλικίας – CAQ

		Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	Συνολική Τιμή (CAQ)
Ηλικία	Pearson Correlation	,279**	,219*
	Sig. (2-tailed)	,002	,017
	N	117	117

Επιπλέον, από το πίνακα 33 τα αποτελέσματα της συσχέτισης δείχνουν ότι η ηλικία των ερωτηθέντων σχετίζεται θετικά με την κλίμακα που εκφράζει τον Φόβο και την ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα ($r_{ho} = 0.279$, $p < 0.05$) και τη κλίμακα που εκφράζει τη συνολική τιμή CAQ ($r_{ho} = 0.219$, $p < 0.05$). Όσο η ηλικία των ερωτηθέντων αυξάνεται τόσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος και η ανησυχία τους για θωρακικά και καρδιακά προβλήματα και τόσο μεγαλύτερη είναι η τιμή CAQ.

Ηλικία – ESLS

Πίνακας 34: Αποτελέσματα συσχέτισης Ηλικίας – ESLS

		Σύνολο μοναξιάς (ESLS)
Ηλικία	Pearson Correlation	-,208*
	Sig. (2-tailed)	,025
	N	117

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων που παρουσιάζονται στον πίνακα 34 φαίνεται ότι η ηλικία των ερωτηθέντων σχετίζεται αρνητικά αλλά όχι ισχυρά με τη τιμή της συνολικής μοναξιάς που εκφράζουν οι ερωτηθέντες ($r_{ho} = -0.208$, $p < 0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο λιγότερη είναι η συνολική μοναξιά που εκφράζουν οι ερωτηθέντες.

Φύλο – SF36

Πίνακας 35: Αποτελέσματα σύγκριση μέσων τιμών SF36 σε σχέση με το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματικός ρόλος (SF-36)	Άντρας	43	86,1	19,7	2,169	115	,032
	Γυναίκα	74	85,7	18,2			

Από τον πίνακα 35 όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης μέσων τιμών, φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη διάσταση του σωματικού ρόλου και το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.032 < 0.05$). Η μέση τιμή των αντρών είναι μεγαλύτερη (86.1 ± 19.7).

Φύλο – SCL90

Πίνακας 36: Αποτελέσματα σύγκριση μέσων τιμών SCL90 σε σχέση με το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματοποίηση (SCL-90)	Άντρας	43	6,6	6,1	-	115	,006
	Γυναίκα	74	10,8	8,7	2,782		
Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	Άντρας	43	7,2	5,6	-	115	,021
	Γυναίκα	74	10,1	6,8	2,336		
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	Άντρας	43	4,7	3,4	-	115	,009
	Γυναίκα	74	7,5	6,6	2,638		
Κατάθλιψη (SCL-90)	Άντρας	43	7,3	6,4	-	115	,001
	Γυναίκα	74	13,0	9,8	3,424		
Άγχος (SCL-90)	Άντρας	43	3,6	3,5	-	115	,004
	Γυναίκα	74	7,2	7,5	2,953		
Ψυχωτισμός (SCL-90)	Άντρας	43	3,2	3,4	-	115	,021
	Γυναίκα	74	5,6	6,2	2,342		
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) (SCL-90)	Άντρας	43	4,1	3,2	-	115	,008
	Γυναίκα	74	6,3	4,5	2,713		
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	Άντρας	43	0,5	0,3	-	115	,003
	Γυναίκα	73	0,8	0,6	3,044		
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Άντρας	43	29,8	18,0	-	115	,006
	Γυναίκα	73	39,9	19,1	2,787		
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Άντρας	43	1,5	0,5	-	115	,031
	Γυναίκα	73	1,7	0,6	2,180		

Σύμφωνα με τον πίνακα 36, το φύλο των ερωτηθέντων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τη διάσταση της Σωματοποίησης ($\text{sig} = 0.006 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (10.8 ± 8.7). Η διάσταση του Ιδεοψυχαναγκασμού έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.021 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (10.1 ± 6.8). Η διάσταση της Διαπροσωπικής ευαισθησίας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.009 < 0.05$) και οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (7.5 ± 6.6). Η διάσταση της Κατάθλιξης έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (13 ± 9.8). Η διάσταση του Άγχους έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.004 < 0.05$) και οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (7.2 ± 7.5). Η διάσταση του Ψυχωτισμού έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.021 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (5.6 ± 6.2). Η διάσταση των Διάφορων αιτιάσεων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.008 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (6.3 ± 4.5). Ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.003 < 0.05$) και οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (0.8 ± 0.6). Ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.006 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (39.9 ± 19.1). Το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.031 < 0.05$), ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.7 ± 0.6).

Φύλο – ESLS

Πίνακας 37: Αποτελέσματα σύγκριση μέσων τιμών ESLS σε σχέση με το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συναισθηματική Μοναξιά (ESLS)	Άντρας	43	5,0	4,9	-	115	,035
	Γυναίκα	74	7,2	5,4			

Κοινωνική Μοναξιά (ESLS)	Άντρας	43	12,2	5,0	-	115	,225
	Γυναίκα	74	13,3	4,6			
Σύνολο μοναξιάς (ESLS)	Άντρας	43	17,2	5,7	-	115	,001
	Γυναίκα	74	20,5	4,8			

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου σύγκρισης μέσων τιμών που παρουσιάζονται στο πίνακα 37 φαίνεται ότι, η συναισθηματική μοναξιά των ερωτηθέντων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο ($\text{sig} = 0.035 < 0.05$). Η μέση τιμή των γυναικών είναι μεγαλύτερη από εκείνη των αντρών (7.2 ± 5.4). Ακόμη, η συνολική μοναξιά που εκφράζουν οι ερωτηθέντες έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο ($\text{sig} = 0.011 < 0.05$). Η μέση τιμή των γυναικών είναι μεγαλύτερη από εκείνη των αντρών (20.5 ± 4.8).

Φύλο – HSQ

Πίνακας 38: Αποτελέσματα σύγκριση μέσων τιμών HSQ σε σχέση με το φύλο

Φύλο	N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Επιθετικό χιούμορ (HSQ)	Άντρας	43	25,8	2,517	115	,013
	Γυναίκα	74	22,3			

Από τον έλεγχο συσχέτισης όπως φαίνεται στον πίνακα 38, το επιθετικό χιούμορ των ερωτηθέντων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το φύλο των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.013 < 0.05$). Η μέση τιμή των αντρών είναι μεγαλύτερη από τη μέση τιμή που συγκεντρώνουν οι γυναίκες (25.8 ± 7.4).

Οικογενειακή κατάσταση – SF36

Πίνακας 39: Αποτελέσματα σύγκριση μέσων τιμών SF36 σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

		N	Mean	SD	F	sig.
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Άγαμος/η	51	93,3	12,9	5,699	0,001
	Έγγαμος/η	60	80,0	21,1		
	Διαζευγμένος/η	2	97,5	3,5		
	Χήρος/α	4	80,0	11,5		
	Total	117	86,1	18,7		
Σωματικός ρόλος (SF-36)	Άγαμος/η	51	86,8	29,7	2,835	0,041
	Έγγαμος/η	60	69,2	37,5		
	Διαζευγμένος/η	2	50,0	70,7		
	Χήρος/α	4	81,3	23,9		
	Total	117	76,9	35,2		
Ψυχική υγεία (SF-36)	Άγαμος/η	51	57,3	10,0	2,764	0,045
	Έγγαμος/η	60	51,3	12,0		
	Διαζευγμένος/η	2	52,0	0,0		
	Χήρος/α	4	56,0	14,2		
	Total	117	54,1	11,4		
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF MCS)	Άγαμος/η	51	313,4	61,9	3,329	,022
	Έγγαμος/η	60	275,2	75,4		
	Διαζευγμένος/η	2	232,9	124,3		
	Χήρος/α	4	276,9	31,7		
	Total	117	291,2	71,5		

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 39, φαίνεται ότι η σωματική λειτουργικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$). Η υψηλότερη μέση τιμή σημειώθηκε από τους διαζευγμένους (97.5 ± 3.5). Ο σωματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.041 < 0.05$). Η υψηλότερη μέση τιμή σημειώθηκε από τους άγαμους (86.8 ± 29.7). Η ψυχική υγεία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.045 < 0.05$). Η υψηλότερη μέση τιμή σημειώθηκε από τους διαζευγμένους (57.3 ± 10). Η συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα ($\text{sig} = 0.22 < 0.05$). Η υψηλότερη μέση τιμή σημειώθηκε από τους άγαμους (313.4 ± 61.9).

Πίνακας 40: Αποτελέσματα post-hoc συγκρίσεων μέσω των τιμών SF36 σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Dependent Variable		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	, 13,3333*	3,3565	,001
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	-13,3333*	3,3565	,001
Ψυχική υγεία (SF-36)	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	6,0667*	2,1312	,031
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	-6,0667*	2,1312	,031

Από τα αποτελέσματα των post-hoc συγκρίσεων μέσω των τιμών φαίνεται πως η μεγαλύτερη στατιστικώς σημαντική διαφορά στη κλίμακα Σωματικής Λειτουργικότητας εντοπίζεται ανάμεσα σε όσους δήλωσαν πως είναι άγαμοι και έγγαμοι ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$). Στη κλίμακα Ψυχικής Υγείας παρατηρήθηκε η υψηλότερη στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άγαμους και έγγαμους ($\text{sig} = 0.031 < 0.05$).

Οικογενειακή κατάσταση – CAQ

Πίνακας 41: Αποτελέσματα σύγκριση μέσω των τιμών CAQ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

		N	Mean	SD	F	sig.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	Άγαμος/η	51	0,8	0,9	4,924	0,003
	Έγγαμος/η	60	1,4	1,0		
	Διαζευγμένος/η	2	2,1	0,5		
	Χήρος/α	4	1,6	1,1		
	Total	117	1,2	1,0		
Συνολική Τιμή (CAQ)	Άγαμος/η	51	0,8	0,6	4,326	0,006
	Έγγαμος/η	60	1,2	0,7		
	Διαζευγμένος/η	2	1,9	0,8		
	Χήρος/α	4	1,4	0,9		
	Total	117	1,1	0,7		

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 41, φαίνεται ότι ο φόβος και η ανησυχία για τα θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.003 < 0.05$). Η υψηλότερη μέση τιμή σημειώθηκε από τους διαζευγμένους (2.1 ± 0.5). Η συνολική τιμή CAQ έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.006 < 0.05$). Η υψηλότερη μέση τιμή σημειώθηκε από τους διαζευγμένους (1.9 ± 0.8).

Πίνακας 42: Αποτελέσματα post-hoc συγκρίσεων μέσων τιμών CAQ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Dependent Variable		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	-,6100*	,1796	,005
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	,6100*	,1796	,005
Συνολική Τιμή (CAQ)	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	-,3833*	,1305	,021
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	,3833*	,1305	,021

Από τα αποτελέσματα των post-hoc συγκρίσεων μέσων τιμών φαίνεται πως η μεγαλύτερη στατιστικώς σημαντική διαφορά στη κλίμακα Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ) εντοπίζεται ανάμεσα σε όσους δήλωσαν πως είναι άγαμοι και έγγαμοι ($\text{sig} = 0.005 < 0.05$). Στη συνολική τιμή CAQ παρατηρήθηκε η υψηλότερη στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άγαμους και έγγαμους ($\text{sig} = 0.021 < 0.05$).

Τόπος καταγωγής – SF-36

Πίνακας 43: Αποτελέσματα συσχέτισης SF-36 σε σχέση με τον τόπο καταγωγής

		Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)
Τόπος καταγωγής	Correlation Coefficient	,259**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	117

Από τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στον τόπο καταγωγής και τη σωματική λειτουργικότητα, φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή και θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές ($r_{ho}=0.259$, $p<0.05$). Όσο περισσότερους κατοίκους έχει ο τόπος καταγωγής τόσο μεγαλύτερη είναι η σωματική λειτουργικότητα των ερωτηθέντων.

Τόπος καταγωγής – ESLS

Πίνακας 44: Αποτελέσματα συσχέτισης ESLS σε σχέση με τον τόπο καταγωγής

		Συναισθηματική Μοναξιά (ESLS)	Σύνολο μοναξιάς (ESLS)
Τόπος καταγωγής	Correlation Coefficient	,250**	,197*
	Sig. (2-tailed)	,007	,034
	N	117	117

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 44, του ελέγχου συσχέτισης ανάμεσα στον τόπο καταγωγής και τις διαστάσεις συναισθηματικής μοναξιάς και συνολικής μοναξιάς, φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα και στις δύο περιπτώσεις συσχέτισης ($r_{ho}=0.250$, $p<0.05$ και $r_{ho}=0.197$, $p<0.05$). Πιο συγκεκριμένα, όσοι από τους ερωτηθέντες κατάγονται από πόλη με μεγαλύτερο πληθυσμό, έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική και συνολική μοναξιά.

Πλήθος αδέρφια – SF36

Πίνακας 45: Αποτελέσματα συσχέτισης SF36 σε σχέση με το πλήθος των αδερφιών

		Ζωτικότητα (VT)	Ψυχική υγεία (SF-36)	Κοινωνικός ρόλος (SF-36)	Γενική υγεία (SF-36)
Πόσα;	Correlation Coefficient	,193*	-,230*	,278**	,218*
	Sig. (2-tailed)	,042	,015	,003	,021
	N	112	112	112	112

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο πίνακα 45 υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο πλήθος των αδερφιών και τις διαστάσεις ζωτικότητας ($\rho=0.193$, $p<0.05$), της ψυχικής υγείας ($\rho=-0.230$, $p<0.05$), του κοινωνικού ρόλου ($\rho=0.278$, $p<0.05$) και της γενικής υγείας ($\rho=0.218$, $p<0.05$) Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνει ο αριθμός των αδερφιών, τόσο αυξάνεται η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος και η γενική υγεία ενώ μειώνεται η ψυχική υγεία των ερωτηθέντων.

Πλήθος αδέρφια – SCL-90

Πίνακας 46: Αποτελέσματα συσχέτισης SCL-90 σε σχέση με το πλήθος των αδερφιών

		Ψυχωτισμός (SCL-90)
Πόσα;	Correlation Coefficient	-,232*
	Sig. (2-tailed)	,014
	N	112

Από τον έλεγχο συσχέτισης παρατηρείται ότι υπάρχει ασθενής και αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο πλήθος των αδερφιών και τη διάσταση του ψυχωτισμού ($\rho=-0.232$, $p<0.05$). Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός αδερφιών τόσο μικρότερος ο ψυχωτισμός που εκφράζουν οι ερωτηθέντες.

Πλήθος αδέρφια – ESLS

Πίνακας 47: Αποτελέσματα συσχέτισης ESLS σε σχέση με το πλήθος των αδερφιών

		Συναισθηματική Μοναξιά (ESLS)
Πόσα;	Correlation Coefficient	-,204*
	Sig. (2-tailed)	,031
	N	112

Από τον έλεγχο συσχέτισης παρατηρείται ότι υπάρχει ασθενής και αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο πλήθος των αδερφιών και τη συναισθηματική μοναξιά ($\rho = -0.204$, $p < 0.05$). Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός αδερφιών τόσο χαμηλότερη η συναισθηματική μοναξιά που εκφράζουν οι ερωτηθέντες.

Πλήθος αδέρφια – HSQ

Πίνακας 48 Αποτελέσματα συσχέτισης HSQ σε σχέση με το πλήθος των αδερφιών

		Αυτοκαταστροφικό χιούμορ (HSQ)
Πόσα;	Correlation Coefficient	-,303**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	112

Από τον έλεγχο συσχέτισης παρατηρείται ότι υπάρχει ισχυρή και αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο πλήθος των αδερφιών και το αυτοκαταστροφικό χιούμορ ($\rho = -0.303$, $p < 0.05$). Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός αδερφιών τόσο μικρότερος ο ψυχωτισμός που εκφράζουν οι ερωτηθέντες.

Έχετε παιδιά – SF36

Πίνακας 49: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της SF36 σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν παιδιά

Έχετε παιδιά;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Ναι	66	81,6	20,5	-	115	0,003
	Όχι	51	92,0	14,2	3,088		
Σωματικός ρόλος (SF-36)	Ναι	66	70,1	37,8	-	115	0,016
	Όχι	51	85,8	29,7	2,443		
Συναισθηματικός ρόλος (SF-36)	Ναι	66	59,1	43,7	-	115	0,046
	Όχι	51	73,9	32,9	2,013		
Ψυχική υγεία (SF-36)	Ναι	66	52,1	11,5	-	115	0,029
	Όχι	51	56,7	10,9	2,214		
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-36)	Ναι	66	218,8	49,3	-	115	0,028
	Όχι	51	235,4	39,2	2,230		

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 49 η σύγκριση μέσω των τιμών έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σωματική λειτουργικότητα και την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.003 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι δεν έχουν παιδιά (92 ± 14.2). Ο σωματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.016 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι δεν έχουν παιδιά (85.8 ± 29.7). Ο συναισθηματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.046 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι έχουν παιδιά (73.9 ± 32.9). Η διάσταση της ψυχικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.029 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι δεν έχουν παιδιά (56.7 ± 10.9). Η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.028 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι δεν έχουν παιδιά (235.4 ± 39.2).

Έχετε παιδιά – CAQ

Πίνακας 50: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της CAQ σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν παιδιά

Έχετε παιδιά;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	Ναι	66	1,4	1,0	3,572	115	0,001
	Όχι	51	0,8	0,9			
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ)	Ναι	66	0,9	0,8	2,222	115	0,028
	Όχι	51	0,6	0,6			
Συνολική Τιμή (CAQ)	Ναι	66	1,2	0,8	2,750	115	0,007
	Όχι	51	0,9	0,6			

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 50, η σύγκριση μέσων τιμών έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φόβο και την ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα και την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι έχουν παιδιά (1.4 ± 1). Η επικέντρωση στη καρδιακή λειτουργία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.028 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι έχουν παιδιά (0.9 ± 0.8). Η συνολική τιμή CAQ έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.046 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι έχουν παιδιά (1.2 ± 0.8).

Έχετε παιδιά – ESLS

Πίνακας 51: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ESLS σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν παιδιά

Έχετε παιδιά;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συναισθηματική Μοναξιά (ESLS)	Ναι	66	5,5	4,7	-	115	0,030
	Όχι	51	7,6	5,8			
Σύνολο μοναξιάς (ESLS)	Ναι	66	18,4	5,8	-	115	0,039
	Όχι	51	20,5	4,6			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 51, η σύγκριση μέσων τιμών έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συναισθηματική μοναξιά και την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.030 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι δεν έχουν παιδιά (7.6 ± 5.8).

Η συνολική μοναξιά έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη παιδιών ($\text{sig} = 0.039 < 0.05$) ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι δεν έχουν παιδιά (20.5 ± 4.6).

Διακοπές – CAQ

Πίνακας 52: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της CAQ σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι πηγαίνουν διακοπές

Κάνετε διακοπές;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	Ναι	87	1,0	0,9	-	115	0,036
	Όχι	30	1,5	1,2	2,119		
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ)	Ναι	87	0,7	0,7	-	115	0,039
	Όχι	30	1,0	0,7	2,093		
Συνολική Τιμή (CAQ)	Ναι	87	1,0	0,6	-	115	0,018
	Όχι	30	1,3	0,8	2,396		

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του πίνακα 52 υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη διάσταση του φόβου και της ανησυχίας για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα και τη διάσταση των διακοπών των παιδιών ($\text{sig} = 0.036 < 0.05$) και τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσαν όσοι απάντησαν αρνητικά (1.5 ± 1.2). Η επικέντρωση στη καρδιακή λειτουργία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τη διάσταση των διακοπών ($\text{sig} = 0.039 < 0.05$) και η μέση τιμή (1 ± 0.7). Η συνολική τιμή CAQ έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη διάσταση που εκφράζει τις διακοπές ($\text{sig} = 0.036 < 0.05$) και τη μεγαλύτερη μέση τιμή έχουν όσοι δε πηγαίνουν διακοπές (1.3 ± 0.8).

Διακοπές – SCL-90

Πίνακας 53: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της SCL-90 σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι πηγαίνουν διακοπές

Κάνετε διακοπές;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Κατάθλιψη (SCL-90)	Ναι	87	9,6	7,8	-	115	0,008
	Όχι	30	14,7	11,4	2,703		
Επιθετικότητα (SCL-90)	Ναι	87	3,3	3,5	-	115	0,003
	Όχι	30	5,7	4,2	3,085		
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) (SCL-90)	Ναι	87	4,7	3,9	-	115	0,001
	Όχι	30	7,7	4,3	3,480		
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	Ναι	87	0,6	0,5	-	115	0,017
	Όχι	30	0,9	0,7	2,423		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η κατάθλιψη έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις διακοπές των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.008 < 0.05$) και η μεγαλύτερη μέση τιμή εκφράζεται από εκείνους που δεν πηγαίνουν διακοπές (14.7 ± 11.4). Η επιθετικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις διακοπές των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.003 < 0.05$) και η μεγαλύτερη μέση τιμή εκφράζεται από εκείνους που δεν πηγαίνουν διακοπές (5.7 ± 4.2). Οι διάφορες αιτιάσεις έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις διακοπές των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$) και η μεγαλύτερη μέση τιμή εκφράζεται από εκείνους που δεν πηγαίνουν διακοπές (7.7 ± 4.3). Ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις διακοπές των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.017 < 0.05$) και η μεγαλύτερη μέση τιμή εκφράζεται από εκείνους που δεν πηγαίνουν διακοπές (0.9 ± 0.7).

Διακοπές – ESLS

Πίνακας 54: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ESLS σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι πηγαίνουν διακοπές

Κάνετε διακοπές;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συναισθηματική Μοναξιά (ESLS)	Ναι	87	5,8	4,5	-	115	0,038
	Όχι	30	8,1	6,9			

Από τον έλεγχο μέσων τιμών φαίνεται ότι η συναισθηματική μοναξιά έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις διακοπές των ερωτηθέντων ($\text{sig} = 0.017 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν κάνουν διακοπές (8.1 ± 6.9).

Περπατάτε – SF36

Πίνακας 55: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της SF36 σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι περπατάνε

Περπατάτε;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Ναι	90	88,8	16,5	2,976	115	0,004
	Όχι	27	77,0	22,7			
Σωματικός ρόλος (SF-36)	Ναι	90	82,8	30,8	3,431	115	0,001
	Όχι	27	57,4	42,1			
Συναισθηματικός ρόλος (SF-36)	Ναι	90	71,1	36,4	2,850	115	0,005
	Όχι	27	46,9	45,5			
Σωματικός πόνος (SF-36)	Ναι	90	78,8	29,2	-2,170	115	0,032
	Όχι	27	63,9	33,7			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-36)	Ναι	90	232,0	42,1	2,025	115	0,045
	Όχι	27	206,0	52,3			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF PCS)	Ναι	90	303,2	64,4	3,477	115	,001
	Όχι	27	251,1	80,3			

Από τον πίνακα 55 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σωματική λειτουργικότητα και τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig} = 0.004 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που περπατούν (88.8 ± 16.5). Η διάσταση του σωματικού ρόλου έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που περπατούν (82.8 ± 30.8). Η διάσταση του συναισθηματικού ρόλου έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig} = 0.005 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που περπατούν (71.1 ± 36.4). Η διάσταση του σωματικού πόνου έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig} = 0.032 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που περπατούν (78.8 ± 29.2). Η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig} = 0.045 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που περπατούν (232 ± 42.1). Η συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που περπατούν (303.2 ± 64.4).

Περπατάτε – CAQ

Πίνακας 56: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της CAQ σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι περπατάνε

Περπατάτε;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (CAQ)	Ναι	90	1,0	0,9	-3,717	115	0,000
	Όχι	27	1,8	1,0			
Συνολική Τιμή (CAQ)	Ναι	90	1,0	0,7	-2,810	115	0,006
	Όχι	27	1,4	0,8			

Από τον πίνακα 56 φαίνεται ότι η διάσταση της αποφυγής δραστηριοτήτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν (sig <0.05), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν περπατούν (1.8 ±1). Η συνολική τιμή CAQ έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν (sig =0.006<0.05), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν περπατούν (1.4 ±0.8).

Περπατάτε – SCL-90

Πίνακας 57: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της SCL-90 σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι περπατάνε

Περπατάτε;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Κατάθλιψη (SCL-90)	Ναι	90	10,0	8,5	-2,077	115	0,040
	Όχι	27	14,1	10,4			
Παρανοειδή ιδεασμό (SCL-90)	Ναι	90	5,2	3,7	-1,702	115	0,092
	Όχι	27	6,9	6,1			

Από τον πίνακα 57 φαίνεται ότι η διάσταση της κατάθλιψης έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν (sig=0.040 <0.05), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν περπατούν (14.1 ±10.4).

Περπατάτε – ESLS

Πίνακας 58: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της ESLS σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι περπατάνε

Περπατάτε;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συναισθηματική Μοναξιά (ESLS)	Ναι	90	5,8	4,8	-2,411	115	0,017
	Όχι	27	8,5	6,3			

Από τον πίνακα 58 φαίνεται ότι η διάσταση της συναισθηματικής μοναξιάς έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνήθεια των ερωτηθέντων να περπατούν ($\text{sig}=0.017<0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν περπατούν (8.5 ± 6.3).

Αλλεργικό πρόβλημα – SF36

Πίνακας 59: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της SF36 σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν αλλεργικό πρόβλημα

Πιστεύετε ότι το αλλεργικό σας πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο;	N	Mean	SD	t-test	df	sig.	
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Ναι	63	82,1	19,0	-	115	0,012
	Όχι	54	90,7	17,3			
Σωματικός ρόλος (SF-36)	Ναι	63	68,7	37,8	-	115	0,006
	Όχι	54	86,6	29,4			
Συναισθηματικός ρόλος (SF-36)	Ναι	63	57,1	40,8	-	115	0,013
	Όχι	54	75,3	36,7			
Ζωτικότητα (SF-36)	Ναι	63	56,9	14,8	-	115	0,031
	Όχι	54	51,7	10,2			
Ψυχική υγεία (SF-36)	Ναι	63	50,9	12,3	-	115	0,001
	Όχι	54	57,8	9,2			
Σωματικός πόνος (SF-36)	Ναι	63	66,7	33,2	-	115	0,001
	Όχι	54	85,4	24,4			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-36)	Ναι	63	216,8	47,4	-	115	0,001
	Όχι	54	236,8	41,5			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF PCS)	Ναι	63	271,2	74,6	-	115	0,001
	Όχι	54	314,6	60,3			

Από τον πίνακα 59 φαίνεται ότι η σωματική λειτουργικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.012 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (90.7 ± 17.3). Ο σωματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.006 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (86.6 ± 29.4). Ο συναισθηματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.013 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (75.3 ± 36.3). Η ζωτικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.031 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (56.9 ± 14.8). Η ψυχική υγεία

έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (57.8 ± 9.2). Ο σωματικός πόνος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (85.4 ± 24.4). Η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (236.8 ± 41.5). Η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που δεν πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (314.6 ± 60.3).

Αλλεργικό πρόβλημα – CAQ

Πίνακας 60: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της CAQ σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν αλλεργικό πρόβλημα

Πιστεύετε ότι το αλλεργικό σας πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (CAQ)	Ναι	63	1,3	1,1	2,248	115	0,027
	Όχι	54	0,9	0,9			
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (CAQ)	Ναι	63	0,9	0,8	2,224	115	0,028
	Όχι	54	0,6	0,6			
Συνολική Τιμή (CAQ)	Ναι	63	1,2	0,8	2,583	115	0,011
	Όχι	54	0,9	0,6			

Από τον πίνακα 60 φαίνεται ότι ο φόβος και η ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.027 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (1.3 ± 1.1). Η επικέντρωση στη καρδιακή λειτουργία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.028 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (0.9 ± 0.8). Η συνολική τιμή CAQ έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.011 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (1.2 ± 0.8).

Αλλεργικό πρόβλημα – SCL-90

Πίνακας 61: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της SCL-90 σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν αλλεργικό πρόβλημα

Πιστεύετε ότι το αλλεργικό σας πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματοποίηση (SCL-90)	Ναι	63	11,5	9,0	3,340	115	0,001
	Όχι	54	6,6	6,0			
Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	Ναι	63	10,7	7,4	3,230	115	0,002
	Όχι	54	7,0	4,6			
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	Ναι	63	7,6	6,6	2,373	115	0,019
	Όχι	54	5,1	4,2			
Κατάθλιψη (SCL-90)	Ναι	63	13,5	9,9	3,444	115	0,001
	Όχι	54	7,9	7,1			
Άγχος (SCL-90)	Ναι	63	7,6	7,3	3,067	115	0,003
	Όχι	54	4,0	4,9			
Επιθετικότητα (SCL-90)	Ναι	63	4,6	4,3	2,248	115	0,026
	Όχι	54	3,1	2,9			
Φοβικό άγχος (SCL-90)	Ναι	63	3,4	5,7	2,502	115	0,014
	Όχι	54	1,3	2,4			
Παρανοειδή ιδεασμό (SCL-90)	Ναι	63	6,7	5,1	2,978	115	0,004
	Όχι	54	4,3	3,1			
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) (SCL-90)	Ναι	63	6,7	4,7	3,527	115	0,001
	Όχι	54	4,1	3,0			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	Ναι	63	0,9	0,6	3,628	115	0,000
	Όχι	54	0,5	0,4			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Ναι	63	41,3	21,2	3,445	115	0,001
	Όχι	54	29,5	14,9			

Από τον πίνακα 61 φαίνεται ότι η σωματοποίηση έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (11.5 ± 9). Ο ιδεοψυχαναγκασμός έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.002 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (10.7 ± 7.4). Η διαπροσωπική ευαισθησία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.019 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που

πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (7.6 ± 6.6). Η κατάθλιψη έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (13.5 ± 9.9). Το άγχος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.003 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (7.6 ± 7.3). Η επιθετικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.026 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (4.6 ± 4.3). Το φοβικό άγχος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.014 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (3.4 ± 5.7). Ο παρανοειδής ιδεασμός έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.004 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (6.7 ± 5.1). Οι διάφορες αιτιάσεις έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (6.7 ± 4.7). Ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (0.9 ± 0.6). Ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την άποψη των ερωτηθέντων για το αλλεργικό πρόβλημα ($\text{sig} = 0.001 < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (41.3 ± 21.2).

Αλλεργικό πρόβλημα – HSQ

Πίνακας 62: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσης τιμής της HSQ σε σχέση με το εάν οι ερωτώμενοι έχουν αλλεργικό πρόβλημα

Πιστεύετε ότι το αλλεργικό σας πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Υποστηρικτικό χιούμορ (HSQ)	Ναι	63	41,2	8,9	-3,853	115	0,000
	Όχι	54	47,1	7,6			

Από τον έλεγχο συσχέτισης φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο υποστηρικτικό χιούμορ και την άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με το αλλεργικό τους πρόβλημα ($\text{sig} < 0.05$), ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους που πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (41.2 ± 8.9).

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Σύγκριση με υγιή πληθυσμό

Πίνακας 63: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών κλίμακας ψυχοπαθολογίας για τον Ελληνικό πληθυσμό με τα άτομα με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες Μ.Τ. (± Τ.Α.)	Σύνολο Υγιών (n=53)		Άτομα κνίδωση (n=117)		t	df	Sig.
Σωματοποίηση	7,4	(± 7,06)	9,20	(± 8,10)	2,455	116	0,016
Ψυχαναγκαστικότητα	9,49	(± 6,50)	9,00	(± 6,50)	-0,787	116	0,433
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,36	(± 6,24)	6,50	(± 5,77)	-3,573	116	0,001
Κατάθλιψη	11,34	(± 8,75)	10,90	(± 9,11)	-0,495	116	0,622
Άγχος	7,32	(± 6,66)	5,91	(± 6,57)	-2,328	116	0,022
Επιθετικότητα	5,08	(± 5,04)	3,91	(± 3,81)	-3,309	116	0,001
Φοβικό Άγχος	2,51	(± 3,69)	2,45	(± 4,58)	0,135	116	0,893
Παρανοειδής Ιδεασμός	6,13	(± 4,43)	5,59	(± 4,43)	-1,319	116	0,190
Ψυχωτισμός	6,09	(± 6,83)	4,75	(± 5,45)	-2,654	116	0,009
ΓΔΣ	0,74	(± 0,56)	0,70	(± 0,55)	-0,735	116	0,464
ΔΕΘΣ	1,58	(± 0,53)	1,62	(± 0,60)	0,795	116	0,428
ΣΘΣ	38,04	(± 20,21)	35,85	(± 19,43)	-1,216	116	0,226

Από τον πίνακα 63 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σωματοποίηση των υγιών τόμων του Ελληνικού πληθυσμού σε σύγκριση με εκείνα που έχουν κνίδωση ($\text{sig}=0.016<0.05$). Τα άτομα με κνίδωση ήταν εκείνα που σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (9.20 ± 8.10). Η διαπροσωπική ευαισθησία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.001<0.05$). Τα υγιή άτομα ήταν εκείνα που σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (9.49 ± 6.50). Το άγχος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.022<0.05$). Τα υγιή άτομα ήταν εκείνα που σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (7.32 ± 6.66). Η επιθετικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.001<0.05$).

Τα υγιή άτομα ήταν εκείνα που σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (5.08 ± 5.04). Ο ψυχωτισμός έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.009 < 0.05$). Τα υγιή άτομα ήταν εκείνα που σημείωσαν υψηλότερη μέση τιμή (6.09 ± 6.83).

Πίνακας 64: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσων τιμών κλίμακας ψυχοπαθολογίας για άνδρες Ελληνικού πληθυσμού με αντίστοιχα άτομα με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες Μ.Τ. (\pm Τ.Α.)	Υγιείς Άνδρες (n=21)	Άνδρες με κνίδωση (n=43)	t	df	Sig.
Σωματοποίηση	7,52 (\pm 6,35)	6,58 (\pm 6,14)	-1,002	42	0,322
Ψυχαναγκαστικότητα	10,43 (\pm 5,90)	7,21 (\pm 5,6)	-3,771	42	0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,81 (\pm 6,04)	4,65 (\pm 3,44)	-6,017	42	0,000
Κατάθλιψη	10,86 (\pm 7,36)	7,30 (\pm 6,42)	-3,632	42	0,001
Άγχος	8,00 (\pm 5,90)	3,63 (\pm 3,54)	-8,101	42	0,000
Επιθετικότητα	5,38 (\pm 4,78)	3,33 (\pm 3,39)	-3,971	42	0,000
Φοβικό Άγχος	1,95 (\pm 2,30)	1,37 (\pm 2,02)	-1,872	42	0,068
Παρανοειδής Ιδεασμός	5,81 (\pm 3,64)	4,84 (\pm 3,55)	-1,796	42	0,080
Ψυχωτισμός	5,52 (\pm 5,61)	3,23 (\pm 3,4)	-4,411	42	0,000
ΓΔΣ	0,74 (\pm 0,49)	0,51 (\pm 0,34)	-4,281	42	0,000
ΔΕΘΣ	1,55 (\pm 0,59)	1,47 (\pm 0,5)	-1,103	42	0,276
ΣΘΣ	40,33 (\pm 21,28)	29,84 (\pm 17,98)	-3,827	42	0,000

Από τον πίνακα 64 και τον έλεγχο μέσων τιμών φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη ψυχαναγκαστικότητα ανάλογα με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.001 < 0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (10.43 ± 5.9). Η διαπροσωπική ευαισθησία έχει

στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (7.81 ± 6.04). Η κατάθλιψη έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.001<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (10.86 ± 7.30). Το άγχος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (8 ± 5.90). Η επιθετικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (5.38 ± 4.78). Ο ψυχωτισμός έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.001<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (5.52 ± 5.61). Ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (0.74 ± 0.49). Το σύνολο θετικών συμπτωμάτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.001<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον υγιή πληθυσμό συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (40.33 ± 21.28).

Πίνακας 65: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών κλίμακας ψυχοπαθολογίας για γυναίκες Ελληνικού πληθυσμού με αντίστοιχα άτομα με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες M.T. (\pm T.A.)	Υγιείς Γυναίκες (n=32)	Γυναίκες με κνίδωση (n=43)	t	df	Sig.
Σωματοποίηση	7,31 (\pm 7,59)	10,78 (\pm 8,72)	3,427	73	0,001
Ψυχαναγκαστικότητα	8,87 (\pm 6,89)	10,07 (\pm 6,79)	1,517	73	0,134
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,72 (\pm 6,44)	7,50 (\pm 6,57)	1,598	73	0,114
Κατάθλιψη	11,66 (\pm 9,65)	13,03 (\pm 9,80)	1,200	73	0,234
Άγχος	6,87 (\pm 7,17)	7,23 (\pm 7,52)	0,412	73	0,682
Επιθετικότητα	4,87 (\pm 5,27)	4,26 (\pm 4,01)	1,314	73	0,193
Φοβικό Άγχος	2,87 (\pm 4,34)	3,08 (\pm 5,47)	0,332	73	0,741
Παρανοειδής Ιδεασμός	6,34 (\pm 4,92)	6,03 (\pm 4,84)	0,557	73	0,579
Ψυχωτισμός	6,16 (\pm 7,48)	5,64 (\pm 6,20)	0,728	73	0,469
ΓΔΣ	0,74 (\pm 0,61)	0,81 (\pm 0,61)	1,017	73	0,313
ΔΕΘΣ	1,60 (\pm 0,56)	1,72 (\pm 0,63)	1,585	73	0,117
ΣΘΣ	36,53 (\pm 19,67)	39,35 (\pm 19,50)	1,245	73	0,217

Από τον πίνακα 65 βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σωματοποίηση και στο εάν νοσούν ή όχι από κνίδωση το σύνολο των γυναικών του Ελληνικού πληθυσμού ($\text{sig}=0.001<0.05$). Οι γυναίκες που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (10.78 ± 8.72).

Κλίμακα Cardiac Anxiety – Σύγκριση με υγιή πληθυσμό

Πίνακας 66: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσων τιμών κλίμακας cardiac anxiety του υγιούς Ελληνικού πληθυσμού με τα άτομα με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες M.T. (\pm T.A.)	Σύνολο Υγιών (n=598)		Άτομα κνίδωση (n=117)		t	df	Sig.
Φόβος και ανησυχία	0,88	(\pm 0,86)	1,16	(\pm 0,99)	3,040	116	0,003
Αποφυγή δραστηριοτήτων	0,13	(\pm 0,91)	1,21	(\pm 0,96)	12,092	116	0,000
Καρδιακή λειτουργία	0,69	(\pm 0,64)	0,80	(\pm 0,70)	1,620	116	0,108
Συνολική Τιμή	0,9	(\pm 0,60)	1,05	(\pm 0,71)	2,314	116	0,022

Από τον πίνακα 66 και τον έλεγχο μέσων τιμών φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη κλίμακα φόβου και ανησυχίας ανάλογα με το αν το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.003<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στον πληθυσμό που πάσχει από κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.16 ± 0.99). Η αποφυγή δραστηριοτήτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν τα άτομα του Ελληνικού πληθυσμού πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.21 ± 0.96). Η συνολική τιμή cardiac anxiety έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με το αν τα άτομα του Ελληνικού πληθυσμού πάσχει ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.022<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.05 ± 0.71).

Πίνακας 67: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσων τιμών κλίμακας cardiac anxiety του υγιούς Ελληνικού πληθυσμού με άνδρες με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες M.T. (\pm T.A.)	Άνδρες Υγιείς (n=158)	Άνδρες με κνίδωση (n=117)	t	df	Sig.
Φόβος και ανησυχία	0,82 (\pm 0,84)	1,16 (\pm 0,99)	3,040	116	0,003
Αποφυγή δραστηριοτήτων	0,94 (\pm 0,87)	1,21 (\pm 0,96)	12,092	116	0,000
Καρδιακή λειτουργία	0,64 (\pm 0,63)	0,80 (\pm 0,70)	1,620	116	0,108
Συνολική Τιμή	0,8 (\pm 0,59)	1,05 (\pm 0,71)	2,314	116	0,022

Από τον πίνακα 67 και τον έλεγχο μέσων τιμών φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη κλίμακα φόβου και ανησυχίας ανάλογα με τον αν το σύνολο των αντρών του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.003<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στον πληθυσμό που πάσχει από κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.16 ± 0.99). Η συνολική τιμή cardiac anxiety έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Οι άντρες που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.21 ± 0.96). Η συνολική τιμή cardiac anxiety έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τον αν οι άντρες του Ελληνικού πληθυσμού πάσχουν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.022<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.05 ± 0.71).

Πίνακας 68: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσων τιμών κλίμακας cardiac anxiety του υγιούς Ελληνικού πληθυσμού με γυναίκες με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες M.T. (± T.A.)	Γυναίκες Υγιείς (n=158)		Γυναίκες με κνίδωση (n=73)		t	df	Sig.
Φόβος και ανησυχία	0,91	(± 0,86)	1,37	(± 1,05)	3,737	73	0,000
Αποφυγή δραστηριοτήτων	0,2	(± 0,91)	1,35	(± 1,03)	9,579	73	0,000
Καρδιακή λειτουργία	0,71	(± 0,65)	0,97	(± 0,69)	3,246	73	0,002
Συνολική Τιμή	0,94	(± 0,61)	1,23	(± 0,77)	3,207	73	0,002

Από τον πίνακα 68 βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φόβο και την ανησυχία και στο εάν νοσούν ή όχι από κνίδωση το σύνολο των γυναικών του Ελληνικού πληθυσμού ($\text{sig}<0.05$). Οι γυναίκες που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.37 ± 1.05). Η αποφυγή δραστηριοτήτων έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν οι γυναίκες του Ελληνικού πληθυσμού νοσούν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Οι γυναίκες που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.35 ± 1.03). Η καρδιακή λειτουργία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν οι γυναίκες του Ελληνικού πληθυσμού νοσούν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.002<0.05$). Οι γυναίκες που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (0.97 ± 0.69). Η συνολική τιμή cardiac anxiety έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν οι γυναίκες του Ελληνικού πληθυσμού νοσούν ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}=0.002<0.05$). Οι γυναίκες που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (1.23 ± 0.77).

Πίνακας 69: Αποτελέσματα σύγκρισης μέσων τιμών κλίμακας επισκόπησης της υγείας του υγιούς Ελληνικού πληθυσμού και του πληθυσμού με κνίδωση

Υποκλίμακες & Δείκτες M.T. (\pm T.A.)	Υγιείς Άτομα (n=1007)		Άτομα με κνίδωση (n=117)		t	df	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	80,76	25,62	86,11	18,66	3,101	116	0,002
Σωματικός ρόλος (SF-36)	79,74	37,72	76,92	35,23	-0,865	116	0,389
Συναισθηματικός ρόλος (SF-36)	81,53	36,31	65,53	39,88	-4,343	116	0,000
Ζωτικότητα (SF-36)	66,53	22,39	54,49	13,14	-9,916	116	0,000
Ψυχική υγεία (SF-36)	68,23	21,26	54,09	11,44	-13,371	116	0,000
Κοινωνικός ρόλος (SF-36)	82,05	28,12	51,92	13,40	-24,326	116	0,000
Σωματικός πόνος (SF-36)	72,98	31,66	75,32	30,81	0,822	116	0,413

Από τον πίνακα 69 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σωματική λειτουργικότητα και στο εάν νοσούν ή όχι από κνίδωση το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού ($\text{sig}=0.002<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό με κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (86.11 ± 18.66). Ο συναισθηματικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν το δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού νοσεί ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό χωρίς κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (81.53 ± 36.31). Η ζωτικότητα έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού νοσεί ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό χωρίς κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (66.53 ± 22.39). Η ψυχική υγεία έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού νοσεί ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό χωρίς κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (68.23 ± 21.26). Ο κοινωνικός ρόλος έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με το εάν το σύνολο του Ελληνικού πληθυσμού νοσεί ή όχι από κνίδωση ($\text{sig}<0.05$). Τα άτομα που ανήκουν στο πληθυσμό χωρίς κνίδωση συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (82.05 ± 28.12).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Συζήτηση

Το ζήτημα των χρόνιων νοσημάτων αποτελεί ένα ζήτημα που παγκοσμίως απασχολεί τους ερευνητές οι οποίοι προσπαθούν μέσα από μελέτες να εντοπίσουν το σύνολο των ψυχολογικών παραγόντων που συμβάλουν στην εκδήλωση τέτοιων νοσημάτων. Ο ερευνητής στη παρούσα ερευνητική εργασία επεδίωξε να προσδιορίσει τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση της κνίδωσης αλλά και να εντοπίσει τον τρόπο με τον οποίο δρα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απέναντι σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών.

Το δείγμα της έρευνας που διεξήγαγε ο ερευνητής αποτελείται συνολικά από 117 άτομα, εκ των οποίων οι περισσότερες είναι γυναίκες (63.2%), ηλικίας 41 ετών (± 16). Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που θέλουν τη χρόνια κνίδωση να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες με τα ποσοστά μάλιστα των γυναικών να είναι πολλές φορές διπλάσια από αυτά των αντρών [11], [92] ενώ την ίδια στιγμή η ηλικιακή κατηγορία των γυναικών που πάσχουν από χρόνια κνίδωση είναι 20-40 [18]. Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνουν πως είναι παντρεμένοι (51.3%), πως κατάγονται από κάποιο χωριό ή κωμόπολη (48.7%), πως έχουν αδέρφια (94.9%), με τους περισσότερους να δηλώνουν πως έχουν κατά μέσο όρο 2 αδέρφια (± 1) και η σειρά γέννησής τους είναι 2 (± 1). Αναφορικά με τη φυσιολογική τους ομοιότητα οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν πως μοιάζουν περισσότερο στη μητέρα (44.4%) και σε χαρακτήρα πως μοιάζουν περισσότερο στον πατέρα (43.6%). Η πλειοψηφία του δείγματος είναι απόφοιτοι λυκείου (26.5%), εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (28.2%) και μένουν με το σύντροφο και τα παιδιά τους (33.3%). Επιπλέον, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δήλωσαν πως έχουν παιδιά (56.4%), ενώ μάλιστα έχουν κατά μέσο όρο 2 παιδιά (± 1). Από εκείνους που απάντησαν πως έχουν παιδιά οι περισσότεροι απάντησαν πως δεν έχουν κόρη (62.9%) ενώ όσοι απάντησαν πως έχουν στη συνέχεια δήλωσαν πως η κόρη τους ζει κοντά (84.6%). Από την άλλη πλευρά περισσότερα άτομα δήλωσαν πως έχουν γιο (45.7%) και πως ο γιος τους ζει κοντά (78.7%) ενώ η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως έχει γονείς (82.1%) οι οποίοι ζουν κοντά τους (60.7%) και πως δεν έχουν πεθερικά (55.6%) και πως όσοι έχουν τα πεθερικά τους δεν ζουν κοντά τους (59.6%). Στο σύνολο του δείγματος οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες συνηθίζουν να

κάνουν διακοπές (74.4%), να περπατούν (76.9%), ενώ σε ερώτηση που τους έγινε οι περισσότεροι δήλωσαν πως δεν έχουν κήπο (54.7%).

Παράλληλα οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες πιστεύουν πως το αλλεργικό τους πρόβλημα είναι κάτι δύσκολο (53.8%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε πως στο παρελθόν είχε φίλους (96.6%) όπως και σήμερα (95.7%).

Πως σχετίζονται οι ψυχολογικοί παράγοντες με την υγεία των ασθενών με χρόνια κνίδωση;

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια κνίδωση που σχετίζεται με την υγεία, ψυχική και σωματική των ερωτηθέντων εξαρτάται και διαμορφώνεται από παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, ο τόπος καταγωγής τους αλλά και παράγοντες όπως είναι η ύπαρξη αδερφιών, παιδιών και από τις συνήθειες τους π.χ. περπάτημα αλλά και την άποψη που έχουν για τη σοβαρότητα του αλλεργικού προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται και από άλλες έρευνες οι οποίες εστιάζουν στις δυσκολίες που επιφέρει η κνίδωση, ψυχικές και σωματικές, στη ζωή του ασθενούς, σημειώνοντας πως επηρεάζονται οι συνήθειες της καθημερινής τους ζωής και η φυσική τους κατάσταση είναι εμφανώς μειωμένη [93]. Την ίδια στιγμή φαίνεται πως και η ανησυχία των ασθενών με χρόνια κνίδωση για τη λειτουργία της καρδιάς τους σχετίζεται με παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, οι συνήθειες της καθημερινότητας όπως είναι το περπάτημα και οι διακοπές αλλά και η άποψη που έχουν για τη δυσκολία που εμφανίζεται στη ζωή τους εξαιτίας του αλλεργικού προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Άλλες μελέτες έχουν δείξει πως οι καθημερινές συνήθειες των ανθρώπων με δερματολογικές παθήσεις επηρεάζεται από το αλλεργικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν καθώς οι ασθενείς διακόπτουν ή μειώνουν τις δραστηριότητές τους καθώς φοβούνται για την επιδείνωση της υγείας τους αλλά και επειδή προσπαθούν να αποφύγουν να βρεθούν στο επίκεντρο του σχολιασμού λόγω της διαφορετικότητας του σώματος τους, καθώς η κνίδωση αποτελεί μια πάθηση τα συμπτώματά της οποίας είναι ορατά [94].

Η παραπάνω διαπίστωση της κοινωνικής απομόνωσης και της αποφυγής δραστηριοτήτων από το φόβο επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας ασθενών που αντιμετωπίζουν αλλεργικό πρόβλημα συνδέεται με τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με τη μοναξιά των ασθενών. Ο τόπος καταγωγής, η ηλικία, το φύλο, η ύπαρξη παιδιών και οι συνήθειες όπως το περπάτημα επηρεάζουν τη συναισθηματική και συνολική μοναξιά των ασθενών με χρόνια κνίδωση. Ενώ οι

παράγοντες αυτοί έχει αποδειχθεί πως επηρεάζουν τη ψυχοπαθολογία των ασθενών όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις διαστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του θυμού. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται από έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας που θέλουν τη χρόνια κνίδωση να εξαρτάται και να καθορίζεται από τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους [95]. Τα αποτελέσματα της μελέτης Altınöz, et al. (2014) [96], απέδειξε πως ο θυμός και η έντονη προσωπική οργή σε ασθενείς με χρόνια κνίδωση είχε σαν αποτέλεσμα την έκθεση του ασθενή σε κίνδυνο και σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του. Επιπλέον, άλλες έρευνες έχουν αποδείξει πως δερματολογικές παθήσεις όπως η ψωρίαση συνδέονται με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, αυτοκτονικού ιδεασμού και έντονα αγχώδους συμπεριφορά [97]. Η μελέτη των Kumar et al., 2011 [98], τόνισε το γεγονός πως ασθενείς με δερματολογικά προβλήματα αντιμετώπιζαν παράλληλα ψυχολογικά προβλήματα, με τα πιο συνηθισμένα από αυτά να είναι η κατάθλιψη, το άγχος και οι διαταραχές του ύπνου. Όπως επίσης και στην μελέτη των Tat et al 2019 όπου τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης παρατηρήθηκαν σε αυξημένα ποσοστά σε ασθενείς με χρόνια κνίδωση [99]. Ειδικά η συναισθηματική μοναξιά των ασθενών με δερματολογικές παθήσεις όπως η κνίδωση φαίνεται από τη παρούσα έρευνα πως εξαρτάται από την ηλικία των ασθενών και λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα. Συγκεκριμένα, υπογραμμίζεται μέσα από την έρευνα Hayes & Koo, (2010) [100] που έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης πως τα άτομα που αντιμετωπίζουν δερματολογικές παθήσεις σε μικρότερη ηλικία έχουν μεγαλύτερα προβλήματα συναισθηματικής μοναξιάς συγκριτικά με τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.

6.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις

Το θέμα της χρόνιας κνίδωσης που πραγματεύεται η παρούσα ερευνητική εργασία καθώς και η σύνδεση της δερματολογικής αυτής πάθησης με τους ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνισή της αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο δεν έχει ερευνηθεί από την επιστημονική κοινότητα. Επιπλέον, στη διεθνή βιβλιογραφία τα στοιχεία που υπάρχουν για τις δερματολογικές παθήσεις είναι ελάχιστα. Σε συνέχεια της παρούσας μελέτης προτείνεται η διεξαγωγή έρευνας με στόχο τη διερεύνηση των απόψεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με ένα αλλεργικό πρόβλημα όπως είναι η χρόνια κνίδωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014; 69: 868-87.
- 2 Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018 Jul; 73(7):1393-1414.
- 3 Bernstein JA, Lang DM, Khan DA et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* 2014; 133:1270-7.
- 4 Dibern DA Jr, Dreskin SC. Urticaria and angioedema: an overview. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2004 May; 24(2):141-62.
- 5 Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA²LEN task force report 1. *Allergy* 2011; 66(3):317-330.
- 6 Czarnetzki BM. The history of urticaria. *Int J Dermatol* 1989 Jan-Feb; 28(1):52-7.
- 7 Darlenski R, Kazandjieva J, Zuberbier T et al. Chronic urticaria as a systemic disease *Clin Dermatol* 2014 May-Jun; 32(3):420-3.
- 8 Greaves M. History of urticaria. In Zuberbier T, Grattan CEH, Maurer M (eds), *Urticaria and Angiodema*, Heidelberg Dordrecht London New York: Springer-Verlag; 2010; 1-7.
- 9 Ishizaka K, Ishizaka T, Hornbrook MM. Physicochemical properties of reaginic antibody: correlation of reaginic antibody with gE antibody. *J Immunol* 1966; 97:840-53.
- 10 Paget J. Supplement to the Essay on the Classification of Cutaneous Diseases, Presenting a View of That of M. Alibert. *Edinb Med Surg J* 1833 Jul 1; 40(116):1-20.
- 11 Maurer M. Urticaria and angioedema. *Chem Immunol Allergy* 2014; 100:101-4.
- 12 Leznoff A, Sussman GL. Syndrome of idiopathic chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity: a study of 90 patients. *J Allergy Clin Immunol* 1989 Jul; 84(1):66-71.
- 13 Zuberbier T, Balke M, Worm M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol* 2010 Dec; 35(8):869-73.
- 14 Schaffer P. Acute and Chronic Urticaria: Evaluation and Treatment. *American Family Physician* 2017; 95:11.

- 15 Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009 Oct; 64(10):1417-26.
- 16 Grattan CE, Humphreys F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol* 2007; 157(6):1116-23.
- 17 Fine LM, Bernstein JA. Urticaria Guidelines: Consensus and Controversies in the European and American Guidelines. *Curr Allergy Asthma Rep* 2015 Jun; 15(6):30.
- 18 Kanani A, Betschel SD, Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2018 Sep 12; 14(2):59.
- 19 Gaig P, Olona M, Munoz Lejarazu D et al. Epidemiology of urticaria in Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2004; 14:214-220.
- 20 Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micaletto S et al. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2018 Feb; 54(1):88-101.
- 21 Fine LM, Bernstein JA. Guideline of Chronic Urticaria Beyond. *Allergy Asthma Immunol Res* 2016; 8(5):396-403.
- 22 Kolkhir P, Church MK, Weller K et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria: what we know and what we do not know. *J Allergy Clin Immunol* 2017 Jun; 139(6):1772-1781.
- 23 Miller RL, Shtessel M, Robinson LB et al. Advances in drug allergy, urticaria, angioedema, and anaphylaxis in 2018. *J Allergy Clin Immunol* 2019 Aug; 144(2):381-392.
- 24 Kocaturk E, Maurer M, Metz M et al. Looking forward to new targeted treatments for chronic spontaneous urticaria. *Clin Transl Allergy* 2017; 7:1.
- 25 Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; 132:236-44.
- 26 Kiebert G, Sorensen SV, Revicki D et al. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol* 2002; 41:151-8.
- 27 Poon E, Seed PT, Greaves MW et al. The extent and nature of disability in different urticarial conditions. *Br J Dermatol* 1999; 140:667-71.
- 28 Hide M, Francis DM, Grattan CEH et al. Autoantibodies against the high-affinity IgE receptor as a cause of histamin release in chronic urticaria. *N Engl J Med* 1993; 328:1599-1604.
- 29 Kotrulja L, Šitum M. Psihodermatologija. *Medix* 2004; 54/55:143-145.

- 30 Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *Am Fam Physician* 2001; 11:1873-8.
- 31 Mercan S, Kivanc Altunay I. Psychodermatology: A Collaborative Subject of Psychiatry and Dermatology. *Turkish Journal of Psychiatry* 2006; 17(4):1-9.
- 32 Pavlovic S, Daniltchenko M, Tobin DJ et al. Further Exploring the Brain-Skin Connection: Stress Worsens Dermatitis via Substance P-dependent Neurogenic Inflammation in Mice. *Journal of Investigative Dermatology* 2008; 128:434-446.
- 33 O'Donnell BF. Urticaria: impact on quality of life and economic cost. *Immunol Allergy Clin North Am* 2014; 34:89–104.
- 34 Vivar K, Kruse L. The impact of pediatric skin disease on self-esteem. *Int JWomens Dermatol* 2018; 4:27–31.
- 35 Dave ND, Xiang L, Rehm KE et al. Stress and allergic diseases. *Immunol Allergy Clin North Am* 2011; 31:55–68.
- 36 Klinnert MD, Booster G, Copeland M et al. Role of behavioral health in management of pediatric atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2017; 120:42–48.
- 37 LeBovidge JS, Elverson W, Timmons KG et al. Multidisciplinary interventions in the management of atopic dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016; 138:325–334.
- 38 Zelic SB, Rubeša G, Brajac I et al. Satisfaction with life and coping skills in the acute and chronic urticaria. *Psychiatr Danub* 2016; 28:34–38.
- 39 Barbosa F, Freitas J, Barbosa A: Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms. *J Health Psychol* 2011; 16:1038-47.
- 40 Itakura A, Tani Y, Kaneko N et al. Impact of chronic urticaria on quality of life and work in Japan: Results of a real-world study. *J Dermatol* 2018 Aug; 45(8):963-970.
- 41 Schipper H, Clinch J, Olweny CLM. (1990). In: Spilker B. (ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincot-Raven, pp.11–23.
- 42 O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J et al. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997; 136(2):200.
- 43 Maurer M, Abuzakouk M, Bérard F et al. The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE-CSU. *Allergy*. 2017 Dec;72(12):2005-2016.
- 44 Weller K, Maurer M, Grattan C et al. ASSURE-CSU: a real-world study of burden of disease in patients with symptomatic chronic spontaneous urticaria. *Clin Transl Allergy* 2015; 5:29.

- 45 Turčeková L. Výskyt psychopatologických črt a kvalita života u pacientov s atopickou dermatitídou. *Dermatológia pre prax* 2012; 6(2):71–73. (in Slovak)
- 46 Rajczyová Z. Kvalita života pacientov s kožnými ochoreniami. *Dermato magazín* 2015; 4(1):19–20. (in Slovak)
- 47 Hůlková M, Hosák L, Ettler K et al. Depresivita a úzkost u vybraných kožních onemocnění – vliv na kvalitu života a léčbu. *Dermatologie pro praxi* 2008; 1:32–34. (in Czech)
- 48 Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician* 2002; 48:712–716.
- 49 Gurková E, Čáp J. Úzkosť. In Gurková E, Žiaková K, Čáp J. (eds). *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta; 2009, pp. 152–162. (in Slovak)
- 50 Holm EA, Esmann S, Jemec GB. Does visible atopic dermatitis affect quality of life more in women than in men? *Gender Medicine* 2004; 1(2):125–130.
- 51 Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ et al. Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56(1):36–40.
- 52 Picardi A, Amerio P, Baliva G et al. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Dermatologica Venereologica* 2004; 84(3):213–217.
- 53 Heretik Asr. Úzkostné (neurotické) poruchy. In Heretik Asr, Heretik A jr et al. (eds). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof; 2007, pp. 217–242. (in Slovak)
- 54 Čáp J, Holmanová E. Bezpečie a istota. In Tomagová M, Bóriková I. (eds). *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta; 2008, pp. 128–136. (in Slovak)
- 55 Walsh F. *Strengthening Family Resilience*. (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2006, pp. 288–318.
- 56 Briere J. (2002) Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Future development of an integrative model. In Berliner L, Myers JFB, Briere J. (eds). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Newbury Park: Sage Publications, pp. 175–204.
- 57 Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychol Bull* 2004; 130:793–812.
- 58 Gupta MA. Somatization disorders in dermatology. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18:41–7.
- 59 Gupta MA, Lanius RA, Van der Kolk BA. Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23:649–56.

- 60 Chung MC, Symons C, Gilliam J et al. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticarial. *Comprehens Psychiatry* 2010; 51:55–63.
- 61 Hunkin V, Chung MC. Chronic idiopathic urticaria, psychological co-morbidity and posttraumatic stress: The impact of alexithymia and repression. *Psychiatr Quart* 2012; 83:431–47.
- 62 Mayer EA. (2007). Somatic manifestations of traumatic stress. In Kirmayer LJ, Lemelson R, Barad M. (eds). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical and cultural perspectives*. New York: Cambridge University Press, pp. 142–70.
- 63 Myers LB, Vetere A, Derakshan N. Are suppression and repressive coping related? *Personal Individ Differ* 2004; 36:1009–13.
- 64 Schlatter MC, Cameron LD. Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Ann Behav Med* 2010; 40:15–29.
- 65 Krause ED, Mendelson TL, Lynch TR. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse Neglect* 2003; 27:199–213.
- 66 Herman JL, Van der Kolk B. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In Kolk BD. (ed). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 111–26.
- 67 Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148:10–20.
- 68 Ehring T, Quack D. Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behav Ther* 2010; 41:587–98.
- 69 Morphy H, Dunn KM, Lewis M et al. Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep* 2007; 30:274–80.
- 70 He GY, Tsai TF, Lin CL et al. Association between sleep disorders and subsequent chronic spontaneous urticaria development: A population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2018 Aug; 97(34):e11992.
- 71 Lee SJ, Ha EK, Jee HM et al. Allergy Prevalence and Risk Factors of Urticaria With a Focus on Chronic Urticaria in Children. *Asthma Immunol Res* 2017 May; 9(3):212-219.

- 72 Hergüner S, Kiliç G, Karakoç S et al. Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol* 2011; 164(6):1342–1347.
- 73 Ben-Shoshan M, Blinderman I, Raz A. Psychological factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *Allergy*. 2013;68(2):131–141.
- 74 Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M et al. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol* 2006; 154(2):294–298.
- 75 Lionis C, Papadakis S, Tatsi C et al. Greek QUALICOPC team. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):255.
- 76 Κυριόπουλος Γ, Φιλαλήθης Τ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στη Ελλάδα. 1996.
- 77 Πιερράκος Γ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία. Αθήνα: Παπαζήση, 2008.
- 78 Αντωνιάδου Ι, Κούτης Α, Λιονής Χ et al. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. [e-βιβλίο] Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο από: <http://isx.gr/sites/default/files.pdf>
- 79 Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2002; 29(4):480-488.
- 80 Νικολάκης Κ, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε et al. Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στη πρωτοβάθμια περίθαλψη: Το παράδειγμα του ΙΚΑ. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000; 12(2):57-61.
- 81 Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M et al. Greece: Health System Review. *Health Syst Transit* 2017; 19(5):1-166.
- 82 Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J et al. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit* 2018; 20(2):1-179.
- 83 Shalom G, Linder D, Comaneshter D et al. Healthcare Services Utilization and Drug Use in Patients with Chronic Urticaria. *J Invest Dermatol* 2015; 135(12):3187-3189.
- 84 Maurer M, Houghton K, Costa C et al. Differences in chronic spontaneous urticaria between Europe and Central/South America: results of the multi-center real world AWARE study. *WorldAllergyOrganJ* 2018; 11(1):32.

- 85 Ντόνιας Σ, Καραστεργίου Α , Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991; 2:42-48.
- 86 Ware JE, Sherbourne CD. The Moss 36 Item Short Form Health Survey. Medical Care 1992; 30(6):473-483.
- 87 Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G et al. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. Journal of research in personality 2003; 37(1):48-75.
- 88 Zvolensky MJ, Stewart SH, Vujanovic AA et al. Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment. Nicotine & Tobacco Research 2009; 11(3):323–331.
- 89 Eifert GH, Thompson RN, Zvolensky MJ et al. The Cardiac Anxiety Questionnaire: development and preliminary validity. Behaviour Research and Therapy 2000; 38(10): 1039–1053.
- 90 Reiss S, Peterson RA, Gursky DM et al. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour Research and Therapy 1986; 24(1):1–8.
- 91 Gierveld JD, Tilburg TV. A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness. Research on Aging 2006; 28(5):582–598.
- 92 Zuberbier T. Urticaria. Allergy 2003; 58:1224–1234.
- 93 (WHO) World Health Organization. Global report on psoriasis. Geneva: WHO Press, 2016.
- 94 Ρωτσιάμης ΙΝ. Η ψωρίαση μέσα από τη θεώρηση της συστηματικής σκέψης (Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σύρος, 2011.
- 95 Ben-Shoshan M, Clarke A, Raz A. Psychosocial factors and the pathogenesis of chronic hives: a survey of Canadian physicians. J Allergy Therapy 2012; 3:1.
- 96 Altınöz AE, Taşkıntuna N, Altınöz ŞT et al. A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. Advances in therapy 2014; 31(9):1000-1007.
- 97 Τάντρος Α, Βέργου Θ, Στρατηγός Α et al. Ψωρίαση. Η κορυφή του παγόβουνου για την ποιότητα ζωής των ασθενών και των συγγενών τους. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας 2010; 21(4):243-252.
- 98 Kumar S, Kachhawha D, Koolwal GD et al. Psychiatric morbidity in psoriasis patients: A pilot study. Net Letter 2011; 77(5):265.

- 99 Tat TS. Higher Levels of Depression and Anxiety in Patients with Chronic Urticaria. *Med Sci Monit* 2019 Jan 4; 25:115-120.
- 100 Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking and drinking habits. *Dermatologic Therapy* 2010; 23:174-180.