



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με
πνευμονική εμβολή»**

Διαμαντούλα Παπαμιχάλη
Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φωτεινή Μάλλη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Γενικού Τμήματος Λάρισας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Γενικού Τμήματος Λάρισας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Δημήτριος Παπαγιάννης, Επίκουρος καθηγητής του Γενικού Τμήματος Λάρισας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



**«Investigating the mental health of patients with pulmonary
embolism»**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ ABSTRACT.....4-5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....6-7

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....10

1.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....10-11

1.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ....11-12

1.4 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....12

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....12

1.5.1. D-DIMER TEST.....12-13

1.5.2. ΣΠΙΝΘΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ.....13

1.5.3. CT ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ.....13-14

1.5.4. ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ.....14

1.5.5. ΑΕΡΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ.....14

1.5.6. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΑ.....14

1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....15

1.6.1. ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....15-16

1.6.2. ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ.....16

1.6.3. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΕΚΤΟΜΗ.....16

1.6.4. ΦΙΛΤΡΑ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ.....16-17

1.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ.....18

2.2 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....18

2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ.....18-19

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΡΕΥΝΑ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	20
3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	20
3.2.1 ΔΕΙΓΜΑ.....	20-21
3.2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΙΑ.....	21-25
3.2.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	25
3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	26-51
3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53-58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	59-70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Φωτεινή Μάλλη για την καθοδήγηση και την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την εμπιστοσύνη που μου δείχνει και την αμέριστη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη που μου παρείχε όλο αυτό το διάστημα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πνευμονική εμβολή είναι ένα νόσημα, το οποίο εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στο γενικό πληθυσμό και μπορεί να προκαλέσει το θάνατο. Οι χρόνιες συνέπειες μετά από μια θρομβοεμβολική νόσο έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με πνευμονική εμβολή. Συγκεκριμένα θα ερευνηθεί η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και θα αξιολογηθεί η συναισθηματική κατάσταση καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης που αντλεί ένα άτομο από τη ζωή του.

Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 44 ασθενείς με πνευμονική εμβολή, οι οποίοι ακολουθούν τις επισκέψεις ρουτίνας στο ιατρείο της πνευμονικής εμβολής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Από τους συμμετέχοντες λήφθηκαν κάποια δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία διάγνωσης της νόσου, οι υποτροπές κ.α. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των ερευνητικών εργαλείων: «Επισκόπηση Υγείας SF-36», ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης (STAI XI και STAI X2) και «Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή- (SWLS)».

Αποτελέσματα: Η κατανομή των ασθενών ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία και ως προς τα κλινικά τους χαρακτηριστικά διαφέρει στατιστικά σημαντικά ως προς την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η χαμηλή βαθμολογία σε κάποιες παραμέτρους του ερωτηματολογίου SF36 δείχνει ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα και αξιολογούν χαμηλά την ποιότητα ζωής τους. Η δύσπνοια και η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής μετά την πνευμονική εμβολή.

Λέξεις – κλειδιά: Πνευμονική εμβολή, ποιότητα ζωής, SF-36, SWLS, STAI XI, STAI X2.

ABSTRACT

Introduction: Pulmonary embolism is a disease that is very common in the general population and can cause death. Chronic consequences after a thromboembolic disease have a significant impact on quality of life.

Purpose: The purpose of the study is to assess the mental health of patients with pulmonary embolism. In particular, physical and social functioning will be investigated and the emotional state as well as the degree of satisfaction that a person derives from his life will be assessed.

Material and Method: A total of 44 patients with pulmonary embolism participated in the study, which follow routine visits to the pulmonary embolism clinic of the General University Hospital of Larissa. Participants received some demographic and clinical data, such as gender, marital status, age at diagnosis, relapses, etc. Data collection was performed using the research tools: "Health Survey SF-36", self-assessment questionnaire (STAI XI and STAI X2) and "Life Satisfaction Scale (SWLS)".

Results: The distribution of patients in terms of their demographic data and their clinical features differs statistically significantly in terms of life satisfaction scale ($p < 0.001$).

Conclusions: The low score on some parameters of the SF36 questionnaire shows that patients have significant problems and underestimate their quality of life. Shortness of breath and decreased physical function are associated with reduced quality of life after pulmonary embolism.

Key words: Pulmonary embolism, quality of life, SF-36, SWLS, STAI XI, STAI X2.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πνευμονική εμβολή μαζί με την εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, είναι μία από τις δύο κλινικές παρουσιάσεις της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου. Η μακροχρόνια νοσηρότητα σχετίζεται με μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης υποτροπιάζουσας θρομβοεμβολικής νόσου, αιμορραγιών που προκαλούνται από την αντιπηκτική θεραπεία και επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου χρόνιας θρομβοεμβολικής υπέρτασης και του μετα-θρομβωτικού συνδρόμου (Rochat και συν, 2014). Η πνευμονική εμβολή μπορεί να είναι απρόκλητη ή ως επιπλοκή υποκείμενων ασθενειών όπως ο καρκίνος, ιατρικές παθήσεις και χειρουργικές επεμβάσεις (Chuang και συν, 2019).

Η θρομβοεμβολική νόσος είναι το τρίτο συχνότερο καρδιαγγειακό σύνδρομο μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα ετήσια ποσοστά επίπτωσης για την πνευμονική εμβολή κυμαίνονται από 39-115 ανά 100.000 πληθυσμό. Για την εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση τα ποσοστά είναι 53-162 ανά 100.000 πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης της θρομβοεμβολικής νόσου είναι οκτώ φορές μεγαλύτερη σε άτομα άνω 80 ετών. Η πνευμονική εμβολή προκαλεί στις ΗΠΑ πάνω από 300.000 θανάτους ετησίως (Konstantinides και συν, 2020).

Η πνευμονική εμβολή σχετίζεται με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας ειδικά σε ασθενείς με κακοήθειες, καθώς και με σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής κατά την έναρξη που εξομαλύνεται μετά τη θεραπεία. Η ύπαρξη αιμορραγιών επηρεάζουν τη βαρύτητα της πνευμονικής εμβολής (Chuang και συν, 2019).

Οι μακροπρόθεσμες αιμοδυναμικές και λειτουργικές συνέπειες της οξείας πνευμονικής εμβολής έχουν λάβει αρκετά μεγάλη προσοχή τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, η επιβάρυνση της πνευμονικής εμβολής στην ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία των ασθενών και την ποιότητα ζωής δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Οι σχετιζόμενες με την υγεία κρίσεις, όπως η πνευμονική εμβολή μπορεί να οδηγήσουν σε συναισθηματική δυσφορία και αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Keller και συν, 2019).

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με πνευμονική εμβολή. Συγκεκριμένα θα ερευνηθεί η σωματική και

κοινωνική λειτουργικότητα και θα αξιολογηθεί η συναισθηματική κατάσταση καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης που αντλεί ένα άτομο από τη ζωή του.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο: ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η πνευμονική εμβολή προκαλείται όταν ένα έμβολο διακόπτει την αιματική ροή σε ένα τμήμα του πνευμονικού αγγειακού δικτύου (Lemon και συν, 2014). Οι θρόμβοι αίματος, που προέρχονται από φλέβες της συστηματικής κυκλοφορίας, αποτελούν το πιο συχνό αίτιο της πνευμονικής εμβολής (Osborn και συν, 2012). Άλλες πηγές εμβόλων είναι λίπος που εισέρχεται στην κυκλοφορία μετά από κάποιο σοβαρό τραυματισμό, αμνιακό υγρό μετά τον τοκετό, όγκοι που έχουν διηθήσει τη φλεβική κυκλοφορία και ενδοφλέβια ένεση ξένων ουσιών ή αέρα (Lemon και συν, 2014).

1.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα περισσότερα έμβολα προέρχονται από θρόμβους που σχηματίζονται στις κεντρικές φλέβες των κάτω άκρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των θρόμβων βρίσκεται στις εν τω βάθει φλέβες της γαστροκνημίας, στις μηριαίες και τις ιγνυακές φλέβες και λιγότερο συχνά στις λαγόνιες φλέβες. Ένα μικρότερο ποσοστό εμβόλων προκύπτει από τις φλέβες των άνω άκρων και συνήθως σχετίζεται με κεντρικό φλεβικό καθετήρα, με ενδοκαρδιακές συσκευές (όπως βηματοδότες και απινιδωτές). Επίσης, μπορεί να προέρχονται από την πύελο, ιδιαίτερα σε έγκυες γυναίκες (Turetz και συν, 2018).

Η κύρια επιπλοκή της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης είναι η πνευμονική εμβολή. Πνευμονική εμβολή συμβαίνει όταν ένας θρόμβος αποκολληθεί από το τοίχωμα μιας φλέβας, μετακινηθεί μέσω των μεγάλων φλεβών στην πνευμονική κυκλοφορία και ενσφηνωθεί σε κάποιο αγγείο της πνευμονικής κυκλοφορίας, εμποδίζοντας τη ροή του αίματος σε κάποιο τμήμα των πνευμόνων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαταράσσεται η σχέση μεταξύ του αερισμού και της αιμάτωσης στο συγκεκριμένο τμήμα των πνευμόνων (Corrigan και συν, 2016).

Οι κύριοι παθοφυσιολογικοί παράγοντες που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη φλεβικής θρόμβωσης, γνωστοί και ως τριάδα του Virchow, είναι οι εξής (Byrnes και Wolberg, 2017):

- η φλεβική στάση
- η βλάβη του αγγειακού τοιχώματος
- η υπερπηκτικότητα.

1.4 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος (venous thromboembolism –VTE) συχνά είναι ασυμπτωματική, υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται (Bosevski και Srbionovska, 2016). Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβοεμβολικής νόσου (Konstantinides και συν, 2020):

Ισχυροί παράγοντες κινδύνου (OR>10)	Μέτριοι παράγοντες κινδύνου (OR 2-9)	Χαμηλοί παράγοντες κινδύνου (OR<2)
<ul style="list-style-type: none"> → Κάταγμα κάτω άκρου → Νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια ή κολπική μαρμαρυγή → Αντικατάσταση ισχίου ή γόνατος → Πολυσυστηματικές κακώσεις → Ιστορικό παλαιότερης φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου → Κάκωση σπονδυλικής στήλης → Εμφραγμα μυοκαρδίου εντός των 3 προηγούμενων μηνών 	<ul style="list-style-type: none"> → Ορθοπεδικές επεμβάσεις στο γόνατο → Αυτοάνοσα νοσήματα → Μετάγγιση αίματος → Η ύπαρξη κεντρικής φλεβικής γραμμής ή ενδοφλέβιοι καθετήρες → Χημειοθεραπεία → Αναπνευστική ή καρδιακή ανεπάρκεια → η περίοδος μετά τον τοκετό → Λοίμωξη (όπως πνευμονία) → Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου → Νεοπλάσματα → Θρομβοφιλία → Διαταραχές της πήξης → Ορμονοθεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> → Ακινησία για περισσότερες από 3 ημέρες → Σακχαρώδης διαβήτης → Υπέρταση → Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις → Κύηση → Ταξίδια που διαρκούν περισσότερο από 4 ώρες (αεροπλάνο, αυτοκίνητο κτλ.) → Κιρσοί

Η πνευμονική εμβολή προκύπτει ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ εκείνων των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τους ασθενείς και των διαφόρων καταστάσεων. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την πνευμονική εμβολή περιλαμβάνουν γενετικές, περιβαλλοντικές επιδράσεις καθώς και επιπλέον ασθένειες (Duru και συν, 2014).

1.5 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι εκδηλώσεις της πνευμονικής εμβολής εξαρτώνται από το μέγεθος την εντόπιση και τον αριθμό των εμβόλων (Osborn και συν, 2012).

Η πνευμονική εμβολή δεν έχει ειδικά συμπτώματα. Το εύρος των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται κυμαίνεται από ένα τυχαίο απεικονιστικό εύρημα έως τον ξαφνικό θάνατο. Τα πιο συνήθη συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι το θωρακικό άλγος και ο βήχας. Άλλα κοινά μη ειδικά συμπτώματα είναι η δύσπνοια, ταχυκαρδία, αιμόπτυση, ορθόπνοια, δεκατική πυρετική κίνηση και συγκοπή. Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρου είναι εμφανής σε ποσοστό έως και 79% περίπου των ασθενών με εμβολή και μπορεί να εκδηλωθεί με πόνο ή οίδημα στο κάτω άκρο (Friedman και συν, 2018).

Ο πόνος μπορεί να σχετίζεται με διαταραχές στην πνευμονική κυκλοφορία ή με βλάβη της στεφανιαίας κυκλοφορίας. Η πνευμονική εμβολή σε μεγάλο κλάδο μπορεί να προκαλέσει στηθάγχη λόγω της ισχαιμίας της δεξιάς κοιλίας. Ο πόνος στο θώρακα μπορεί να είναι επακόλουθο του ερεθισμού του υπεζωκότος, εξαιτίας πνευμονικού εμφράγματος από τη μικρή περιφερική κυκλοφορία. Η επιδείνωση της δύσπνοιας μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια ή από νοσήματα του πνεύμονα (Morrone και Morrone, 2018).

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1.6.1 D-dimer test

Τα επίπεδα D-dimers του πλάσματος αυξάνονται με την ύπαρξη θρόμβου. Τα D-dimers είναι ίχνη πρωτεΐνης που απελευθερώνονται στην κυκλοφορία όταν ένας θρόμβος διαλύεται ως αποτέλεσμα φυσιολογικών σωματικών διεργασιών ή με τη χρήση θρομβολυτικής αγωγής (Crawford και συν, 2016). Τα φυσιολογικά επίπεδα D-dimer πρακτικά αποκλείουν την παρουσία θρομβοεμβολικής νόσου. Αντίθετα τα

υψηλά επίπεδα δεν επιβεβαιώνουν τη θρομβοεμβολική νόσο ή την πνευμονική εμβολή, καθώς αυξάνονται και σε πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις (Pulivarthi και Gurrām, 2014).

1.6.2 Σπινθηρογράφημα των πνευμόνων

Το σπινθηρογράφημα αερισμού-αιμάτωσης των πνευμόνων χρησιμοποιείται σε υποψία πνευμονικής εμβολής, όμως επιτρέπει να τεθεί η διάγνωση σε ποσοστό 25-30%, εξαιτίας της ύπαρξης πνευμονοπάθειας, που έχει σαν αποτέλεσμα παθολογικό σπινθηρογράφημα στο 90% των περιπτώσεων (Marino, 2016). Το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης είναι μια μη επεμβατική τεχνική που επιτρέπει την απεικόνιση της πνευμονικής αιμάτωσης, μέσω ενδοφλέβιας ένεσης ραδιοσημασμένης λευκωματίνης (Righini και συν, 2015). Για το σπινθηρογράφημα αερισμού χρησιμοποιείται ραδιενεργό αέριο (όπως ξέρον-133), το οποίο εισπνέεται. Έπειτα πραγματοποιείται σάρωση των πνευμόνων για τον έλεγχο κατανομής του αερίου. Με το συνδυασμό των δύο σπινθηρογραφήματων είναι δυνατός ο εντοπισμός των περιοχών των πνευμόνων που αερίζονται αλλά δεν αιματώνονται, χαρακτηριστικό εύρημα της πνευμονικής εμβολής (Lemon και συν, 2014). Η ταξινόμηση των αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει ως εξής (Marino, 2016):

- Φυσιολογικό σπινθηρογράφημα, το οποίο αποκλείει την παρουσία πνευμονικής εμβολής.
- Υψηλής πιθανότητας σπινθηρογράφημα: όπου η πιθανότητα πνευμονικής εμβολής είναι στο 90%.
- Χαμηλής πιθανότητας σπινθηρογράφημα: μπορεί να αποκλειστεί η ύπαρξη πνευμονικής εμβολής.
- Μη διαγνωστικό σπινθηρογράφημα: το οποίο δεν επιβεβαιώνει την ύπαρξη ή μη της πνευμονικής εμβολής. Στην περίπτωση αυτή επιλέγεται CT αγγειογραφία ή η κλασική πνευμονική αγγειογραφία.

1.6.3 CT Πνευμονική Αγγειογραφία

Η CT Πνευμονική Αγγειογραφία επιτρέπει την άμεση απεικόνιση των πνευμονικών αρτηριών μετά από την ενδοφλέβια έγχυση ενός σκιαγραφικού. Η συγκεκριμένη απεικονιστική μέθοδος αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής (Righini και συν, 2015). Έχει τη μέγιστη ικανότητα για την

ανίχνευση θρόμβων στις κύριες πνευμονικές αρτηρίες, ενώ έμβολα σε μικρές αρτηρίες είναι δυνατό να μη γίνουν αντιληπτά. Ένα ίσως από τα μειονεκτήματα της είναι ο κίνδυνος νεφροτοξικότητας από το σκιαγραφικό, ιδιαίτερα σημαντικό για ασθενείς που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Marino, 2016).

1.6.4 Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών του ηλεκτροκαρδιογραφήματος που σχετίζονται με την πνευμονική εμβολή. Ένα ποσοστό περίπου 20-25% των ασθενών παρουσιάζουν φυσιολογικό καρδιογράφημα. Το πιο συνηθισμένο εύρημα που συνοδεύει την πνευμονική εμβολή είναι η φλεβοκομβική ταχυκαρδία (28%). Πιο σπάνια παρατηρούνται S₁Q₃T₃ (3,7%), τα πνευμονικά r (0,5%) και δεξιά απόκλιση του άξονα (4,2%)(Thomson και συν, 2019). Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ερμηνεύεται γρήγορα, είναι μη επεμβατικό, χαμηλού κόστους και διαθέσιμο σε απομακρυσμένες περιοχές που δεν διαθέτουν σύγχρονες τεχνολογικές μεθόδους (Qaddoura και συν, 2017).

1.6.5 Αέρια αρτηριακού αίματος

Στην οξεία πνευμονική εμβολή τα αέρια αρτηριακού αίματος δείχνουν συνήθως υποξαιμία, αλλά έως και το 40% αυτών των ασθενών έχουν φυσιολογικό κορεσμό οξυγόνου και το 20% έχουν φυσιολογική κυψελιδική- αρτηριακή κλίση οξυγόνου. Ωστόσο, όταν κατά τη διάρκεια της πνευμονικής εμβολής υπάρχει υποξαιμία, η δύσπνοια είναι το πρώτο σύμπτωμα της αναπνευστικής ανεπάρκειας, ως επακόλουθο των αιμοδυναμικών διαταραχών (Morrone και Morrone, 2018).

1.6.6 Ακτινογραφία θώρακα

Η ακτινογραφία θώρακος είναι συχνή δοκιμασία σε αρχική υποψία καρδιοπνευμονικής νόσου. Όμως, επειδή ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με πνευμονική εμβολή έχουν μη ειδικά μη φυσιολογικά ευρήματα η ακτινογραφία θώρακος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής. Τα πιο συχνά μη ειδικά ευρήματα σε ασθενείς με πνευμονική εμβολή η καρδιομεγαλία, η ατελεκτασία, η υπεζωκοτική συλλογή, πνευμονικό έμφρακτο και παρεγχυματικά διηθήματα (van der Pol και συν, 2019).

1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.7.1 Αντιπηκτική αγωγή

Οι αντιπηκτικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της πνευμονικής εμβολής είναι η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και τα αντιπηκτικά από το στόμα. Τα αντιπηκτικά δεν διαλύουν τους ήδη σχηματισμένους θρόμβους, αλλά μειώνουν τη δημιουργία νέων, ενώ επιτρέπουν στους ινωδολυτικούς μηχανισμούς του σώματος να λύσουν τον ήδη υπάρχοντα θρόμβο (Corrigan και συν, 2016).

Μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη

Η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη (unfractionated heparine – UFH) είναι ένα ανομοιογενές μείγμα πολυσακχαριτών. Αναστέλλει τις δράσεις της θρομβίνης και δεν επιτρέπει τη μετατροπή του ινωδογόνου σε ιώδες, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της δημιουργίας θρόμβου (Lemon και συν, 2014). Αν και είναι αποτελεσματική στην αρχική αντιμετώπιση της θρομβοεμβολικής νόσου, δεν προτιμάται λόγω των φαρμακολογικών και βιοφυσικών περιορισμών της (Leentjens και συν, 2017).

Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους

(Ενοξαπαρίνη, Δαλτεπαρίνη, Ναδροπαρίνη)

Οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους (low molecular weight heparin – LMWH) είναι προϊόντα κλασματοποίησης της κλασικής ηπαρίνης, με τη μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα. Συγκριτικά με την κλασική ηπαρίνη έχουν πιο ακριβή δράση. Οι ηπαρίνες αυτές, όπως και η κανονική ηπαρίνη, εμποδίζουν τη μετατροπή της προθρομβίνης σε θρομβίνη, την απελευθέρωση από τα αιμοπετάλια θρομβοπλαστίνης και τη δημιουργία θρόμβου (Lemon και συν, 2014). Η μειωμένη σύνδεση της ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους με τα αιμοπετάλια έχει ως αποτέλεσμα μικρότερο κίνδυνο δημιουργίας θρομβοπενίας που προκαλείται από την ηπαρίνη. Αυτός είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους για τους οποίους προτιμάται η LMWH έναντι της μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης (Marino, 2016).

Αντιπηκτικά από το στόμα

(Βαρφαρίνη)

Τα κουμαρινικά αντιπηκτικά αναστέλλουν την επέκταση των ήδη υπαρχόντων θρόμβων και τη δημιουργία νέων. Η δράση τους είναι πιο παρατεταμένη από αυτή της ηπαρίνης (Lemon και συν, 2014).

Τα άμεσα αντιπηκτικά από το στόμα (DOACS) έχουν ταχεία έναρξη δράσης, ελάχιστες αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και τροφίμων και προβλέψιμη φαρμακοκινητική (Eldredge και Spyropoulos, 2018).

1.7.2 ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Η θρομβολυτική θεραπεία αποκαθιστά πιο γρήγορα την πνευμονική αιμάτωση από ότι η αντιπηκτική αγωγή μόνο με ηπαρίνη. Η όσο το δυνατόν ταχύτερη επίλυση της πνευμονικής απόφραξης οδηγεί σε άμεση μείωση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσης και αντίστασης, με ταυτόχρονη βελτίωση στη λειτουργία της δεξιάς κοιλίας. (Yamamoto, 2018).

Ενδείξεις θρομβολυτικής αγωγής αποτελεί η κυκλοφορική καταπληξία λόγω απόφραξης της πνευμονικής κυκλοφορίας (Marino, 2016).

1.7.3 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΕΚΤΟΜΗ

Σε ασθενείς με υπόταση ή σοκ, τόσο η χειρουργική εμβολεκτομή όσο και ο κατακερματισμός των θρόμβων μέσω της διαδερμικής διαφλεβικής οδού, μπορεί να αντικαταστήσει τη θρομβολυτική θεραπεία. Αυτό εξαρτάται από τη ύπαρξη εξειδικευμένων κέντρων όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί η χειρουργική επέμβαση και από την εμπειρία του ιατρού. Η χειρουργική απομάκρυνση του πνευμονικού εμβόλου συνίσταται και σε ασθενείς που έχουν επιπλέοντες θρόμβους στο δεξιό κόλπο ή στην κοιλία και σε ασθενείς με επικείμενη παράδοξη εμβολή μέσω του ανοικτού ωοειδούς τρήματος (Lavorini και συν, 2013).

1.7.4 ΦΙΛΤΡΑ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ

Τα φίλτρα κάτω κοίλης φλέβας δημιουργήθηκαν με σκοπό την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής και τη μείωση της θνησιμότητας που σχετίζεται με τη θρομβοεμβολική νόσο. Στην κάτω κοίλη φλέβα δύναται να τοποθετηθούν συσκευές φιλτραρίσματος με στόχο την παγίδευση θραυσμάτων που αποσπώνται από μεγάλους θρόμβους, αποτρέποντας τους να φτάσουν στην καρδιά και τους πνεύμονες. Οι

συσκευές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν η αντιπηκτική αγωγή αντενδείκνυται ή έχει αποτύχει (Davies και συν, 2016).

Η βακτηριαιμία και η μη διαστρέψιμη διαταραχή της πήξης αποτελούν αντενδείξεις στην τοποθέτηση φίλτρων κάτω κοίλης φλέβας (Molnar, 2012).

Ενδείξεις για την τοποθέτηση φίλτρων κάτω κοίλης φλέβας (DeYoung και Minocha, 2016):

1. Ασθενείς με θρομβοεμβολική νόσο και απόλυτη αντένδειξη στη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής ή αποτυχία της αντιπηκτικής αγωγής.
2. Ασθενείς με θρομβοεμβολική νόσο και παρατεταμένες ενδείξεις (όπως αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης επαρκούς αντιπηκτικής αγωγής, μαζική πνευμονική εμβολή με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση σε ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για περαιτέρω πνευμονική εμβολή).
3. Ασθενείς χωρίς θρομβοεμβολική νόσο για προφύλαξη από πνευμονική εμβολή (τραύμα ή χειρουργικές επεμβάσεις με υψηλό κίνδυνο για εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση).

1.8 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η οξεία πνευμονική εμβολή εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Γενικά η μακρόχρονη πρόγνωση των ασθενών με πνευμονική εμβολή είναι καλή αρκεί να μην συνυπάρχει κακοήθεια ή καρδιοπνευμονική νόσος (Guerreiro και συν, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ

Η ποιότητα ζωής είναι μια σύνθετη έννοια που ερμηνεύεται και ορίζεται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως στην κοινωνιολογία, στις επιστήμες της υγείας, στην ψυχολογία και γενικά τις επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο. (Haraldstad και συν, 2019). Ο όρος ποιότητα ζωής στο παρελθόν αναφερόταν σε «καλή ζωή» και σε «ικανοποίηση από τη ζωή». Σήμερα ορίζεται ως στατιστικός δείκτης που στηρίζεται σε πολλαπλές παραμέτρους: οικονομικές, σχετιζόμενες με την υγεία και περιβαλλοντικές που έχουν σχέση με τις συνθήκες ζωής ενός ατόμου (Sosnowski και συν, 2017).

Η ευεξία είναι η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί με αποτελεσματικό τρόπο στις καθημερινές του απαιτήσεις. Περιλαμβάνει κάποιες διαστάσεις οι οποίες είναι αλληλοεξαρτώμενες: σωματική, συναισθηματική, κοινωνική, πνευματική, οικονομική, επαγγελματική και περιβαλλοντική. Αν κάποια από αυτές παραμεληθεί, με την πάροδο του χρόνου, δύναται να επηρεάσει αρνητικά και τις άλλες και κατά συνέπεια την ευημερία, την υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου (Stoewen, 2017).

2.2 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής ως «την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμού και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τα πρότυπα, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του» (WHOQOL, 1997). Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, τη σωματική του υγεία, τις διαπροσωπικές και κοινωνικές του σχέσεις αλλά και από το επίπεδο ανεξαρτησίας (Vahedi, 2010).

2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα της πνευμονικής εμβολής έχει μειωθεί, καθώς η κλινική πρακτική έχει εστιάσει στη διάγνωση και τη θεραπεία της

πνευμονικής εμβολής. Ωστόσο, δεν γνωρίζουμε τον αντίκτυπο της πνευμονικής εμβολής στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Chun-ring και συν, 2011).

Η ποιότητα ζωής, η δύσπνοια, το περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων παρουσιάζουν κάποια βελτίωση κατά τη διάρκεια του έτους μετά την πνευμονική εμβολή. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που σχετίζονται με μειωμένη βελτίωση με την πάροδο του χρόνου όπως είναι το γυναικείο φύλο και η παχυσαρκία (Kahn και συν, 2017). Η πνευμονική εμβολή φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της ποιότητας ζωής κατά την έναρξη που ομαλοποιείται μετά τη θεραπεία (Chuang και συν, 2019).

Οι ασθενείς με πνευμονική εμβολή υποφέρουν από κόπωση, άγχος και μειωμένη φυσική ικανότητα. Οι περισσότεροι ασθενείς ανησυχούν για τον εαυτό τους, την οικογένεια τους και την κατάσταση της ζωής τους. Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στην καθημερινή τους ρουτίνα 6-12 μήνες μετά την οξεία πνευμονική εμβολή, αλλά παρουσιάζουν περιορισμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες και μια δυσκολία στη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου σωματικής άσκησης (Rolving και συν, 2019).

Η επίμονη δύσπνοια και η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής μετά την πνευμονική εμβολή. Οι χρόνιες συνέπειες μετά από μια θρομβοεμβολική νόσο μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, οι ασθενείς μπορεί να διακατέχονται από φόβο, που σχετίζεται με πιθανή αιμορραγία λόγω αντιπηκτικής αγωγής και επακόλουθο περιορισμό των συνηθισμένων καθημερινών του δραστηριοτήτων. Σε κάποιους ασθενείς τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν, ενώ σε κάποιους άλλους μπορεί να εμφανίσουν χρόνιες επιπλοκές (Ghanima και συν, 2017).

Η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση έχει μελετηθεί εκτενώς σε αντίθεση με τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις της πνευμονικής εμβολής στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η χρόνια θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση επηρεάζει το 2-4% των ασθενών με πνευμονική εμβολή, σχετίζεται με δύσπνοια και μειωμένη ικανότητα σωματικής δραστηριότητας. Η μειωμένη λειτουργική ικανότητα και η επίμονη δύσπνοια μπορεί να συμβάλει σε μειωμένη ποιότητα ζωής (Tavoly και συν, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΡΕΥΝΑ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ασθενείς με πνευμονική εμβολή αναφέρουν κόπωση, άγχος και μειωμένη φυσική ικανότητα. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με πνευμονική εμβολή. Θα ερευνηθεί η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και θα αξιολογηθεί η συναισθηματική κατάσταση καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης που αντλεί ένα άτομο από τη ζωή του.

Συγκεκριμένα θα αναζητηθούν πιθανές συσχετίσεις των ερωτηματολογίων (SF-36, STAI XI, STAI X2 και κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα και την οικογενειακή κατάσταση και θα διερευνηθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, όπως η ηλικία της διάγνωσης, τα συμπτώματα κατά τη διάγνωση, η διάρκεια, το είδος του επεισοδίου, τη συννοσηρότητα και οι υποτροπές. Η σημασία της ανάδειξης τέτοιων συσχετίσεων συνίσταται στο να αποκτήσουμε μια βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν και αντιμετωπίζουν την πνευμονική εμβολή καθώς και τις ψυχοκοινωνικές της επιπτώσεις.

3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.2.1 ΔΕΙΓΜΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 44 ασθενείς (26 άνδρες και 18 γυναίκες) με πνευμονική εμβολή, οι οποίοι ακολουθούσαν τις επισκέψεις ρουτίνας στο ιατρείο της πνευμονικής εμβολής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Η επιλογή του δείγματος δεν ήταν τυχαία, μπορούσε να λάβει μέρος όποιος ασθενής εκδήλωνε επιθυμία για συμμετοχή. Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε από τον Νοέμβριο έως τον Μάρτιο του 2020. Η μελέτη έχει εγκριθεί από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (ΑΡ. ΠΡΩΤ. 4589).

Οι συμμετέχοντες αρχικά ενημερώθηκαν για το είδος, το σκοπό, τη χρησιμότητα της μελέτης, τη διατήρηση της ανωνυμίας τους και τη δυνατότητα να αποχωρήσουν ανά πάσα στιγμή από τη μελέτη.

Η αρχική καταγραφή περιείχε διάφορα δημογραφικά στοιχεία όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, ΑΕΙ/ΤΕΙ, Αναλφάβητος). Επιπλέον, λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με το επάγγελμα (Συνταξιούχος, Εργαζόμενος, Άνεργος), την οικογενειακή κατάσταση (Έγγαμος, Άγαμος, Χήρος, Χωρισμένος) και την καπνιστική συνήθεια (Καπνιστής, Μη καπνιστής, Πρώην καπνιστής). Στη συνέχεια καταγράφονται πληροφορίες που αφορούν τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως η ηλικία της διάγνωσης, τα συμπτώματα του ασθενούς κατά τη διάγνωση (δύσπνοια, βήχας, αιμόπτυση, θωρακαλγία), η διάρκεια της νόσου, η ύπαρξη υποτροπών και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, λαμβάνονται πληροφορίες που αφορούν τα τωρινά συμπτώματα των ασθενών (δύσπνοια, βήχας, εύκολη κόπωση), το ύψος, το βάρος και το είδος του επεισοδίου (προκλητό/ απρόκλητο). Ακόμα, λαμβάνεται η ύπαρξη συννοσηρότητας, αν είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής, η ύπαρξη αιμορραγιών, η ανάγκη θρομβόλυσης /νοσηλεία σε ΜΕΘ και οι ενδείξεις δεξιάς δυσλειτουργίας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι).

3.2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των παρακάτω ερευνητικών εργαλείων:

- «Επισκόπηση Υγείας SF-36» (Short Form SF-36 Health Survey)

Το ερωτηματολόγιο SF-36 χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Τα κύρια πλεονεκτήματα του είναι η παράλληλη καταγραφή της πνευματικής και φυσικής υγείας του ατόμου καθώς και η υποκειμενική του αξιολόγηση. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του διεθνούς ερωτηματολογίου SF-36. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεγάλη ανταποκρισιμότητα στον πληθυσμό περίπου 70-90%, είναι επίσης έγκυρο και αξιόπιστο (Υφαντόπουλος, 2007).

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Μελετά 8 παραμέτρους (Πίνακας 2), οι οποίες είναι συνεχείς μεταβλητές και λαμβάνουν βαθμολογία από 0 έως 100. Το 0 αντιπροσωπεύει το

κατώτερο όριο και το 100 το ανώτερο για κάθε μια από τις παραμέτρους (Laucis και συν, 2015).

Πίνακας 2: Παράμετροι του SF-36: (Lius και Carvalho, 2016)

Παράμετροι	Ερωτήσεις	Περιεχόμενο των ερωτήσεων
1. Φυσική λειτουργία	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12	Αναφέρεται στις καθημερινές δραστηριότητες (τρέξιμο, περπάτημα) και κατά πόσο αυτές περιορίζονται λόγω των προβλημάτων υγείας.
2.Περιορισμοί ρόλων λόγω φυσικής υγείας	13, 14, 15, 16	Αναφέρεται στο πόσο συχνά εμφανίστηκαν προβλήματα στη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω της κατάστασης της σωματικής υγείας του ασθενούς κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.
3. Περιορισμοί ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων	17, 18, 19	Αναφέρεται στο πόσο συχνά εμφανίστηκαν προβλήματα στη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω των συναισθηματικών προβλημάτων του ασθενούς.
4. Ενέργεια/κόπωση	23, 27, 29, 31	Αναφέρεται στην ύπαρξη ζωντάνιας, ενεργητικότητας και στην απουσία της κόπωσης κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.
5.Συναισθηματική ευεξία	24, 25, 26, 28, 30	Αναφέρεται στις συναισθηματικές διαταραχές

		(άγχος, νευρικότητα κτλ) κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.
6. Κοινωνική λειτουργικότητα	20, 32	Αναφέρεται στο κατά πόσο τα σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητες.
7. Πόνος	21, 22	Αναφέρεται στο κατά πόσο η ύπαρξη του πόνου εμπόδισε τις καθημερινές δουλειές.
8. Γενική υγεία	1, 33, 34, 35, 36	Αναφέρεται στην υποκειμενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενούς
Αλλαγή της υγείας	2	Αναφέρεται στο πως είναι η γενική υγεία συγκριτικά με ένα χρόνο πριν.

- Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης (STAI XI και STAI X2) του Spielberger (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)

Το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης έχει σταθμιστεί από τους Λιάκο και Γιαννίτση. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 40 ερωτήσεις. Οι 20 πρώτες ερωτήσεις (STAI XI) αξιολογούν τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (το άγχος ως κατάσταση) και οι υπόλοιπες 20 ερωτήσεις (STAI X2) απαντώνται με βάση το πως το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας). Το (STAI XI) λαμβάνει βαθμολογίες από 1-4 στις κατηγορίες «καθόλου», «κάπως», «μέτρια», «πάρα πολύ». Το (STAI X2) βαθμολογείται από 1-4 στις κατηγορίες «σχεδόν ποτέ», «μερικές φορές», «συχνά»,

«σχεδόν πάντοτε». Ο μέσος όρος για την πρώτη κλίμακα είναι 43,21 και για τη δεύτερη 42,79 (Λιάκος και Γιαννίτση, 1984).

- Η «Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή- The Satisfaction with Life Scale (SWLS)» του Diener και συν (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι).

Σκοπός αυτής της κλίμακας είναι η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης που αντλεί ένα άτομο από τη ζωή του. Αποτελείται από πέντε προτάσεις επτά διαβαθμίσεων, που εστιάζονται στη συνειδητή, νοητική, κριτική αξιολόγηση της ζωής του ατόμου χρησιμοποιώντας τα δικά του κριτήρια (Yun και συν, 2019).

Πίνακας 3: Βαθμολογίες της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή και ερμηνεία (Pavot και Diener, 2013):

Βαθμολογίες	Ερμηνεία
30-35 (πολύ υψηλή βαθμολογία- μεγάλη ικανοποίηση από τη ζωή)	Η ζωή των ατόμων που έχουν πολύ υψηλή βαθμολογία είναι ευχάριστη και οι βασικοί τομείς της ζωής τους (οικογένεια, φίλοι, εργασία, προσωπική ανάπτυξη) πηγαίνουν πολύ καλά.
25-29 (υψηλή βαθμολογία)	Τα άτομα με βαθμολογία 25-29 είναι ικανοποιημένα από τη ζωή τους, η οποία μπορεί να μην είναι τέλεια, ωστόσο θεωρούν ότι τα πράγματα πηγαίνουν πολύ καλά. Οι βασικοί τομείς της ζωής του είναι καλοί. Επίσης, μπορεί να αντλούν κίνητρα από τους τομείς δυσαρέσκειας.
20-24 (μέσος όρος της βαθμολογίας)	Η πλειοψηφία εδώ είναι ικανοποιημένη από κάποιους τομείς της ζωής της, αλλά επιθυμούν βελτίωση σε κάποιους από αυτούς ή σε άλλους. Όσοι βρίσκονται σε αυτό το εύρος συνήθως θέλουν να μετακινηθούν προς το υψηλότερο επίπεδο, κάνοντας αλλαγές στη ζωή τους.

15-19 (λίγο πιο κάτω από το μέσο όρο)	Οι άνθρωποι έχουν μικρά αλλά ουσιώδη προβλήματα σε κάποιους τομείς της ζωής τους. Κάποιοι μπορεί να έχουν αρκετούς τομείς που να πηγαίνουν καλά, αλλά να είναι ένας τομέας που να αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ίδιους.
10-14 (δυσανεστημένος)	Οι άνθρωποι είναι δυσανεστημένοι με τη ζωή τους, έχουν κάποιους τομείς της ζωής τους που δεν πηγαίνουν και τόσο καλά. Εάν η δυσανεσκεια είναι απάντηση σε ένα πρόσφατο τραυματικό γεγονός (διαζύγιο, πένθος) το πιο πιθανό είναι το άτομο αυτό, με την πάροδο του χρόνου, να επιστρέψει σε ένα υψηλότερο επίπεδο.
5-9 (πάρα πολύ δυσανεστημένος)	Η ακραία δυσανεσκεια μπορεί να είναι μια αντίδραση σε κάποιο πρόσφατο άσχημο γεγονός (ανεργία, χηρεία). Ακόμα μπορεί να είναι η απάντηση σε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας όπως είναι ο αλκοολισμός ή ο εθισμός).

3.2.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 20. Οι κατηγορικές μεταβλητές έχουν περιγραφεί ως ποσοστά, ενώ οι συνεχείς ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση. Έγινε έλεγχος συσχέτισης με τον συντελεστή Spearman. Η δοκιμασία chi-square test χρησιμοποιήθηκε για τη συσχέτιση των κατηγορικών μεταβλητών.

3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 44 ασθενείς με πνευμονική εμβολή εκ των οποίων οι 26 (59,1%) είναι άνδρες και οι 18 (40,9%) είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι $63,36 \pm 14,31$ έτη. Οι 19 (43,2%) είναι απόφοιτοι δημοτικού, οι 13 (29,5%) λυκείου, οι 8 (18,2%) είναι απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, οι 3 (6,8%) γυμνασίου και 1 (2,3%) από τους συμμετέχοντες είναι αναλφάβητος. Από αυτούς οι 31 (70,5%) είναι συνταξιούχοι, οι 9 (20,5%) εργαζόμενοι και οι 3 (6,8%) είναι άνεργοι. Οι 34 (77,27%) είναι παντρεμένοι, οι 5 (11,36%) είναι χήροι, οι 4 (9,1%) δεν έχουν παντρευτεί και ο 1 (2,3%) είναι διαζευγμένος. Το 43,2 (19) του δείγματος είναι μη καπνιστές, το 40,9% (18) είναι πρώην καπνιστές και το 15,9% (7) είναι ενεργοί καπνιστές (Πίνακας 4).

Η ηλικία της διάγνωσης είναι $63,2 \pm 14,6$ έτη. Κατά τη διάγνωση οι ασθενείς ανέφεραν συμπτώματα με την ακόλουθη κατανομή: δύσπνοια 43,2%, θωρακαλγία 34,1%, βήχα 9,1%, αιμόπτυση 6,8%, ενώ άλλες εκδηλώσεις το 45,5%. Η διάρκεια της νόσου από τη διάγνωση είναι $11,68 \pm 16,63$ μήνες. Έξι από τους ασθενείς (13,6%) έχουν κάνει κάποιο επεισόδιο υποτροπής, ενώ οι 38 (86,4%) δεν έχουν κάνει. Από τους 44 ασθενείς οι 39 (88,6%) λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ενώ 5 (11,4%) δεν λαμβάνουν. Επτά από τους ασθενείς (15,9%) έχουν κανονικό βάρος, 20 (45,5%) είναι υπέρβαροι και οι 17 (38,6%) είναι παχύσαρκοι. Είκοσι έξι από τους ασθενείς (59,1%) είχαν προκλητή (provoked) πνευμονική εμβολή και 18 ασθενείς στο (40,9%) είχαν απρόκλητη (unprovoked) πνευμονική εμβολή. Οι 34 ασθενείς (77,3%) είχαν και άλλα προβλήματα υγείας, ενώ οι 10 (22,7%) δεν είχαν κάποιο πρόβλημα. Οκτώ από τους ασθενείς (18,2%) είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το πρώτο επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής, ενώ οι 36 (81,8%) δεν είχαν γνωστό ψυχικό νόσημα. Αιμορραγίες παρουσίασαν 5 ασθενείς (11,4%), ενώ οι 39 (88,6%) δεν ανέφεραν κάποια αιμορραγία. Ανάγκη θρομβόλυσης/νοσηλεία σε ΜΕΘ κατά τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής χρειάστηκαν 2 ασθενείς (4,5%). Οι περισσότεροι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ενδείξεις δεξιάς δυσλειτουργίας κατά τη διάγνωση 79,5% (35) (Πίνακας 5).

Κατά την τωρινή τους εξέταση 17 ασθενείς (38,6) εμφανίζουν συμπτώματα δύσπνοιας, 6 (13,6%) εύκολη κόπωση, 2 (4,5%) έχουν βήχα και άλλες εκδηλώσεις (Πίνακας 6).

Από το SF36 προκύπτει ότι η μέση τιμή της φυσικής λειτουργίας είναι $53,7\pm 26,15$, οι περιορισμοί λόγω φυσικής υγείας είναι $48,9\pm 44,11$, οι περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων είναι $46,2\pm 43,86$, ενέργεια/κόπωση $57,5\pm 20,48$, η συναισθηματική ευεξία $68,2\pm 17,84$, η κοινωνική λειτουργικότητα $63,7\pm 31,06$, ο πόνος $70,5\pm 31,70$, η γενική υγεία $51,6\pm 19,04$ και η αλλαγή της υγείας $66,5\pm 29,99$ (Πίνακας 7).

Η μέση τιμή για το STAI X1 είναι $36,8\pm 10,30$ και για το STAI X2 είναι $38,9\pm 9,2$ (Πίνακας 8).

Για την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) η μέση τιμή ήταν $22,8\pm 6,1$. Συγκεκριμένα 4 από τους ασθενείς (9,1%) είναι δυσαρεστημένοι, οι 10 είναι λίγο κάτω από το μέσο όρο (22,7%), 11 είναι κοντά στο μέσο όρο (25%), 14 από τους ασθενείς έχουν υψηλό σκορ (31,8%) και 5 πάρα πολύ υψηλό σκορ- πολύ μεγάλη ικανοποίηση (11,4%) (Πίνακας 9).

Πίνακας 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Φύλο (Ανδρες/ Γυναίκες)	26/18	59,1/40,9
Εκπαιδευτικό επίπεδο (Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο/ΑΕΙ/Αναλφάβητος)	19/3/13/8/1	43,2/6,8/29,5/18,2/2,3
Επάγγελμα (Συνταξιούχος/Εργαζόμενος/Άνεργος)	31/9/3	70,5/20,5/6,8
Οικογενειακή κατάσταση (Παντρεμένος/Άγαμος/Χήρος/Χωρισμένος)	34/4/5/1	77,3/9,1/11,4/2,3
Καπνιστική συνήθεια (Νυν/Πρώην/Μη καπνιστής)	7/18/19	15,9/40,9/43,2
Ηλικία (έτη)	$63,36\pm 14,31$	

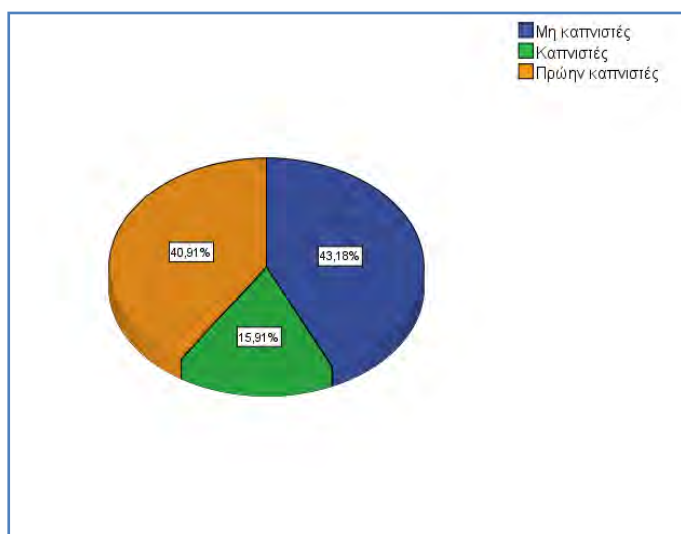
Πίνακας 5: Κλινικά χαρακτηριστικά

Ηλικία της διάγνωσης (έτη)	$62,3\pm 14,6$
Διάρκεια της νόσου (μήνες)	$11,68\pm 16,63$
Δύσπνοια κατά τη διάγνωση (Ναι/Όχι) (%)	19/25 (43,2/56,8)

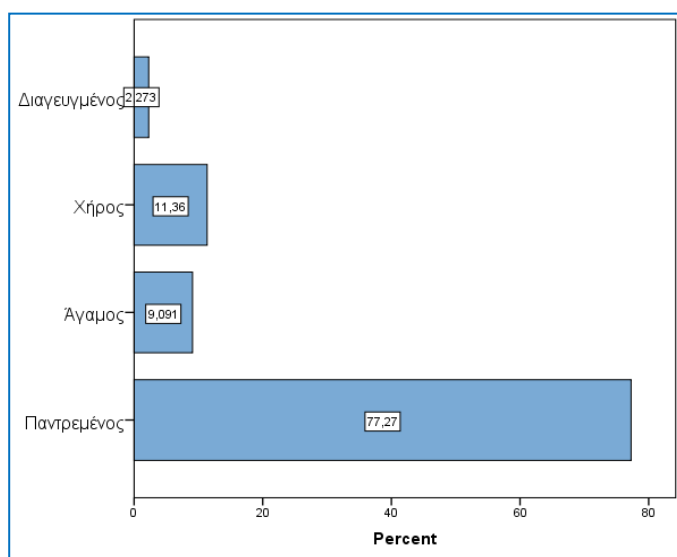
Βήχας κατά τη διάγνωση (Ναι/οχι) (%)	4/40 (9,1/90,9)
Αιμόπτυση κατά τη διάγνωση (Ναι/Οχι) (%)	3/41(6,8/93,2)
Θωρακαλγία κατά τη διάγνωση (Ναι/Οχι) (%)	15/29 (34,1/65,9)
Άλλες εκδηλώσεις κατά τη διάγνωση (Ναι/Οχι) (%)	20/24 (45,5/54,5)
Υποτροπές (Ναι/Οχι) (%)	6/38 (13,6/86,4)
Φαρμακευτική αγωγή (Ναι/Οχι) (%)	39/5 (88,6/11,4)
Δείκτης μάζας σώματος (κανονικός/υπέρβαρος/παχύσαρκος) (%)	7/20/17 (15,9/45,5/38,6)
Είδος επεισοδίου (Προκλητό/ Απρόκλητο) (%)	26/18 (59,1/40,9)
Συννοσηρότητα (Ναι/Οχι) (%)	34/10 (77,3/22,7)
Γνωστή ψυχική νόσος πριν την ΠΕ (Ναι/Οχι) (%)	8/36 (18,2/81,8)
Αιμορραγίες (Ναι/Οχι) (%)	5/39 (11,4/88,6)
Ανάγκη θρομβόλυσης/νοσηλεία σε ΜΕΘ (Ναι/Οχι) (%)	2/42 (4,5/95,5)
Ενδείξεις δεξιάς δυσλειτουργίας κατά τη διάγνωση (Ναι/Οχι) (%)	9/35 (20,5/79,5)

Πίνακας 6: Συμπτώματα κατά την εισαγωγή στη μελέτη

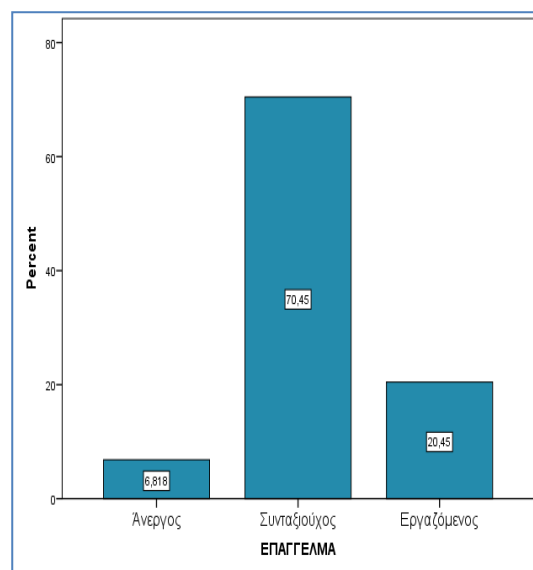
Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Δύσπνοια (Ναι/Οχι)	17/27	38,6/61,4
Βήχας (Ναι/Οχι)	2/42	4,5/95,5
Εύκολη κόπωση (Ναι/Οχι)	6/38	13,6/86,4
Άλλες εκδηλώσεις (Ναι/Οχι)	2/42	4,5/95,5



Γράφημα 1:
Καπνιστική συνήθεια



Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



Γράφημα 3: Κατανομή του δείγματος ανά επάγγελμα

Πίνακας 7: Αποτελέσματα – παράμετροι του SF36 – Ποιότητα ζωής των ασθενών

Μεταβλητές	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Φυσική λειτουργία	53,7	±26,15
Περιορισμός ρόλων λόγω φυσικής υγείας	48,9	±44,11

Περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων	46,2	±43,86
Ενέργεια/ κόπωση	57,5	±20,48
Συναισθηματική ευεξία	68,2	±17,84
Κοινωνική λειτουργικότητα	63,7	±31,06
Πόνος	70,5	±31,70
Γενική υγεία	51,6	±19,04
Αλλαγή της υγείας	66,5	±29,99

Πίνακας 8: STAI X1, X2 SWLS

Μεταβλητές	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
STAI X1	36.8	±10.30
STAI X2	38.9	±9.2
SWLS	22.8	±6.1

Πίνακας 9: Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS)

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Δυσανεστημένος	4	9,1
Λίγο κάτω από το Μέσο όρο	10	22,7
Μέσος όρος	11	25,0
Υψηλό σκορ	14	31,8
Πάρα πολύ υψηλό σκορ	5	11,4

Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τις παραμέτρους του SF36

Το εκπαιδευτικό επίπεδο έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την παράμετρο «γενική υγεία» με το ($r=0,326$, $p=0,031$). Η καπνιστική συνήθεια σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την παράμετρο «περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» ($r=0,307$, $p=0,043$).

Οι υπόλοιπες παράμετροι του SF36 δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Συγκεκριμένα με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την καπνιστική συνήθεια.

Συσχέτιση των κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τις παραμέτρους του SF36

Υπάρχει αρνητική συσχέτιση της ηλικία της διάγνωσης και της παραμέτρου «γενική υγεία» ($r=-0,506$, $p<0,01$). Η ηλικία της διάγνωσης σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «φυσική λειτουργία» ($r=-0,461$, $p=0,002$). Αρνητικά σχετίζεται και με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=-0,415$, $p=0,005$). Επίσης, συσχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «ενέργεια/ κόπωση» ($r=-0,320$, $p=0,034$). Η διάρκεια της νόσου σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «φυσική λειτουργία» και την παράμετρο ($r=0,276$, $p=0,069$).

Η δύσπνοια (κατά τη διάγνωση) σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,051$, $p=0,744$). Οι άλλες εκδηλώσεις (κατά τη διάγνωση) σχετίζονται αρνητικά με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία» ($r=-0,084$, $p=0,589$).

Η παρουσία γνωστής ψυχικής νόσου πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «ενέργεια/ κόπωση» και με την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,147$, $p=0,340$ και $r=0,051$, $p=0,744$ αντίστοιχα). Η παρουσία γνωστής ψυχικής νόσου πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία» ($r=-0,084$, $p=0,589$). Η συννοσηρότητα σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «γενική υγεία» με το ($r=0,051$, $p=0,744$).

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση των παραμέτρων συμπτώματα κατά τη διάγνωση (βήχας, αιμόπτυση, θωρακαλγία), υποτροπές, δείκτης μάζας σώματος, φαρμακευτική αγωγή, είδος επεισοδίου, αιμορραγίες, ανάγκη θρομβόλυσης/ΜΕΘ, ενδείξεις δεξιάς δυσλειτουργίας και των συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή στη μελέτη (δύσπνοια, βήχας, εύκολη κόπωση, άλλες εκδηλώσεις) με τις παραμέτρους του SF36.

Συσχέτιση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τις παραμέτρους STAI XI, X2 SWLS (κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή)

Δεν βρέθηκε συσχέτιση των δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα ερωτηματολόγια STAI- XI, STAI- X2 και SWLS.

Συσχέτιση του STAI XI, X2 και SWLS με τις παραμέτρους του SF36

Το STAI- XI σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «περιορισμό ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» ($r=-0,493$, $p=0,001$). Υπάρχει αρνητική συσχέτιση του STAI- XI και της παραμέτρου «ενέργεια/κόπωση» ($r=-0,544$, $p<0,01$). Αρνητική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ του STAI- XI και της παραμέτρου «συναισθηματική ευεξία» ($r=-0,538$, $p<0,01$). Το STAI- XI σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» και την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=-0,408$, $p=0,006$ και $r=-0,511$, $p<0,01$ αντίστοιχα). Ακόμα, το STAI- XI σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «φυσική λειτουργία» ($r=-0,310$, $p=0,040$).

Το STAI- X2 σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «περιορισμό ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» ($r=-0,507$, $p<0,01$). Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του STAI- X2 και της παραμέτρου «ενέργεια/κόπωση» ($r=-0,593$, $p<0,01$). Αρνητική συσχέτιση υπάρχει και ανάμεσα στο STAI- X2 και την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία» ($r=-0,596$, $p<0,01$). Επίσης, σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» και την παράμετρο «γενική υγεία» με το ($r=-0,426$, $p=0,004$ και $r=-0,492$, $p=0,001$ αντίστοιχα). Το STAI- X2 σχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο «φυσική λειτουργία» ($r=-0,415$, $p=0,005$).

Η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «ενέργεια/κόπωση», την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» και την παράμετρο «γενική υγεία» $r=0,620$, $p<0,01$, $r=0,534$, $p<0,01$ και $r=0,562$, $p<0,01$ αντίστοιχα). Η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «φυσική λειτουργία» ($r=0,468$, $p=0,001$). Η SWLS σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία» και την παράμετρο «πόνος» ($r=0,422$, $p=0,003$ και $r=0,418$, $p=0,005$ αντίστοιχα). Υπάρχει θετική συσχέτιση και με την παράμετρο «περιορισμό ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» ($r=0,421$, $p=0,004$). Επιπλέον, σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «περιορισμό ρόλων λόγω φυσικής υγείας» ($r=0,301$, $p=0,047$).

Συσχέτιση του STAI XI, X2 και SWLS

Το STAI XI σχετίζεται θετικά με το STAI X2 ($r=0,807$, $p<0,01$). Ενώ, με την SWLS σχετίζεται αρνητικά ($r=-0,507$, $p<0,01$).

Το STAI X2 σχετίζεται αρνητικά με την SWLS ($r=-0,496$, $p=0,001$).

Συσχέτιση ανάμεσα στις παραμέτρους του SF36

Η παράμετρος «φυσική λειτουργία» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «περιορισμός ρόλων λόγω φυσικής υγείας», την παράμετρο «περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» και την παράμετρο «ενέργεια/κόπωση» ($r=0,748$, $p<0,01$, $r=0,649$, $p<0,01$ και $r=0,649$, $p<0,01$ αντίστοιχα). Επίσης, η παράμετρος «φυσική λειτουργία» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,750$, $p<0,01$). Η παράμετρος «φυσική λειτουργία» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «πόνος» και την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,377$, $p=0,012$ και $r=0,406$, $p=0,012$ αντίστοιχα).

Η παράμετρος «περιορισμός ρόλων λόγω φυσικής υγείας» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» και την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,659$, $p<0,01$ και $r=0,595$, $p<0,01$ αντίστοιχα). Επιπλέον, η παράμετρος «περιορισμός ρόλων λόγω φυσικής υγείας» σχετίζεται θετικά με την «παράμετρο ενέργεια/κόπωση» ($r=0,482$, $p=0,001$).

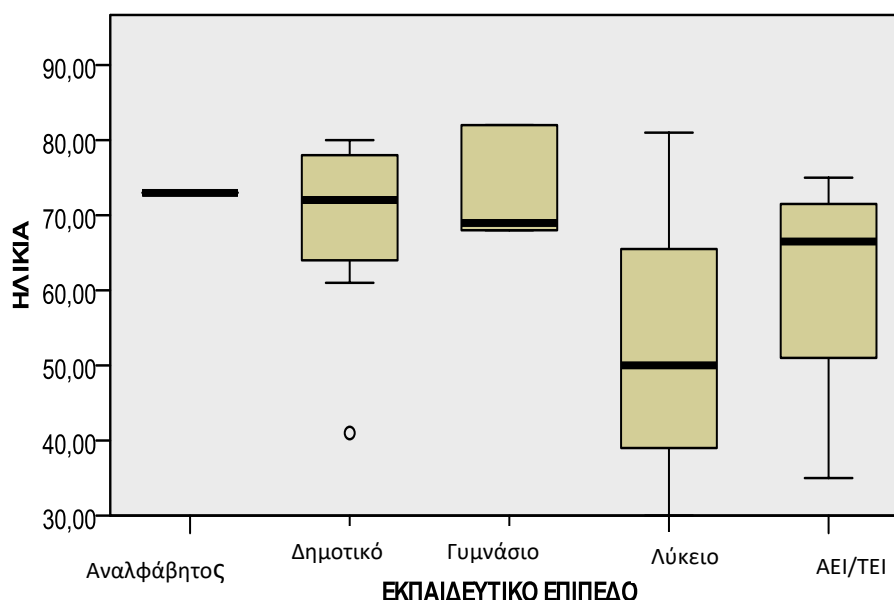
Η παράμετρος «περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «ενέργεια/κόπωση» και την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,576$, $p<0,01$ και $r=0,550$, $p<0,01$ αντίστοιχα). Η παράμετρος «περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία» και την παράμετρο «πόνος» με ($r=0,358$, $p=0,017$ και $r=0,344$, $p=0,022$ αντίστοιχα).

Η παράμετρος «ενέργεια/κόπωση» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία» και την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» ($r=0,530$, $p<0,01$ και $r=0,728$, $p<0,01$ αντίστοιχα). Επίσης, η παράμετρος «ενέργεια/κόπωση» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «πόνος» ($r=0,561$, $p<0,01$). Ακόμα, σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,625$, $p<0,01$).

Η παράμετρος «συναισθηματική ευεξία» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα» και την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,365$, $p=0,015$ και $r=0,308$, $p=0,042$ αντίστοιχα).

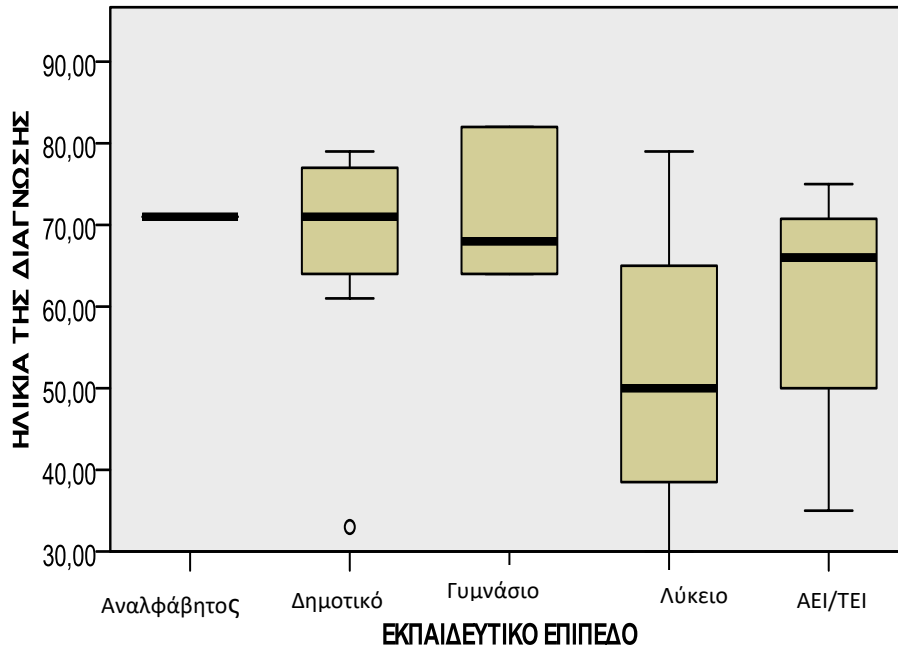
Η παράμετρος «κοινωνική λειτουργικότητα» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «πόνος» ($r=0,497$, $p=0,001$). Επίσης, η παράμετρος «κοινωνική λειτουργικότητα» σχετίζεται θετικά με την παράμετρο «γενική υγεία» ($r=0,410$, $p=0,006$).

Εικόνα 1: κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των ασθενών σύμφωνα με την ηλικία



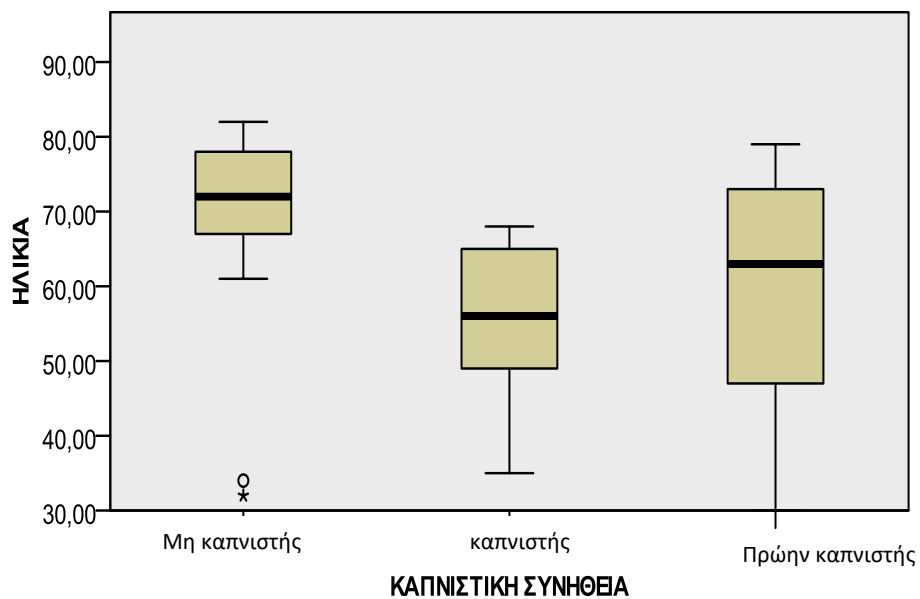
Οι ασθενείς που είναι απόφοιτοι δημοτικού, γυμνασίου ή αναλφάβητοι έχουν μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με αυτούς που έχουν τελειώσει Λύκειο ή ΑΕΙ ($p=0,028$).

Εικόνα 2: κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των ασθενών σύμφωνα με την ηλικία της διάγνωσης



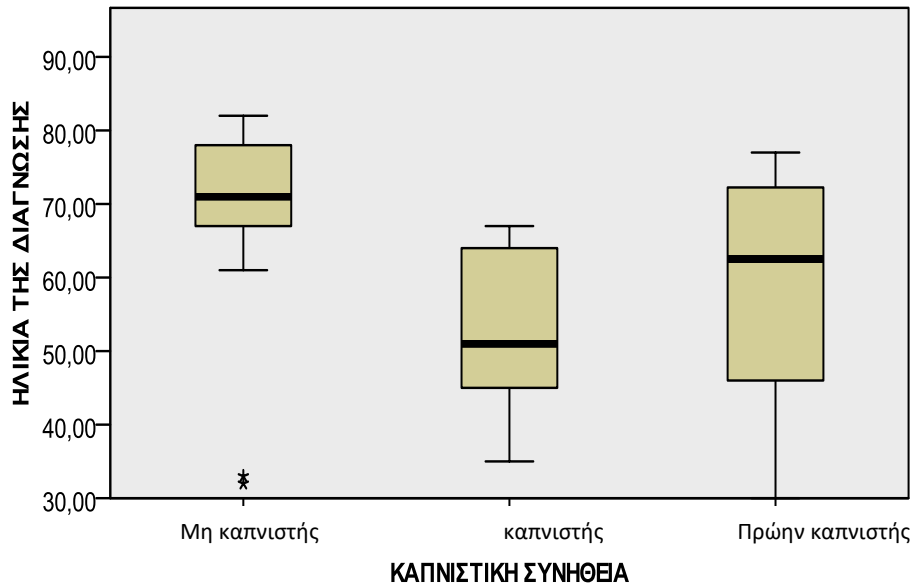
Οι ασθενείς όταν χωρίζονται με βάση το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, η ηλικία της διάγνωσης είναι μεγαλύτερη στους απόφοιτους δημοτικού, γυμνασίου ή στους αναλφάβητους σε σχέση με αυτούς που έχουν τελειώσει Λύκειο ή ΑΕΙ ($p=0,037$).

Εικόνα 3: Κατανομή της καπνιστικής συνήθειας των ασθενών σύμφωνα με την ηλικία



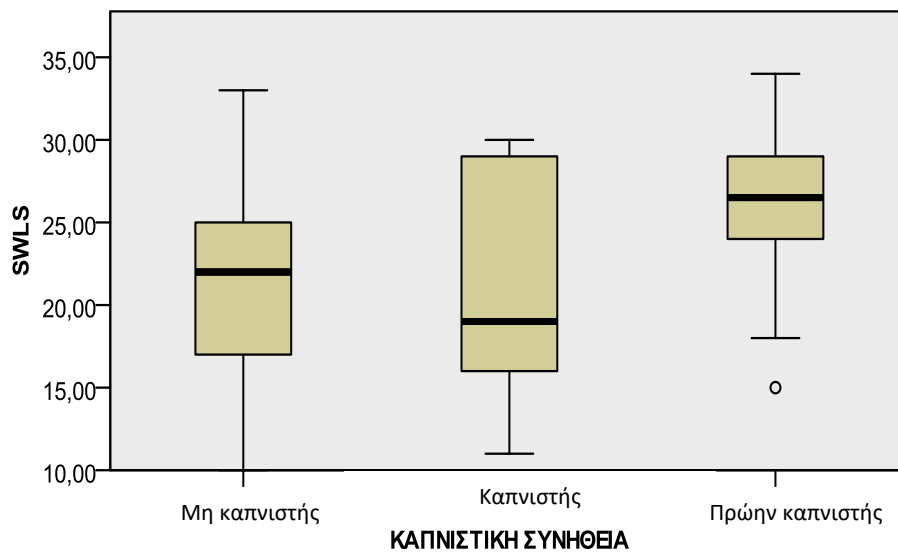
Οι ασθενείς που είναι μη καπνιστές έχουν μεγαλύτερη ηλικία από τους ασθενείς που είναι καπνιστές και πρώην καπνιστές ($p=0,014$)

Εικόνα 4: Κατανομή της καπνιστικής συνήθειας των ασθενών σύμφωνα με την ηλικία της διάγνωσης



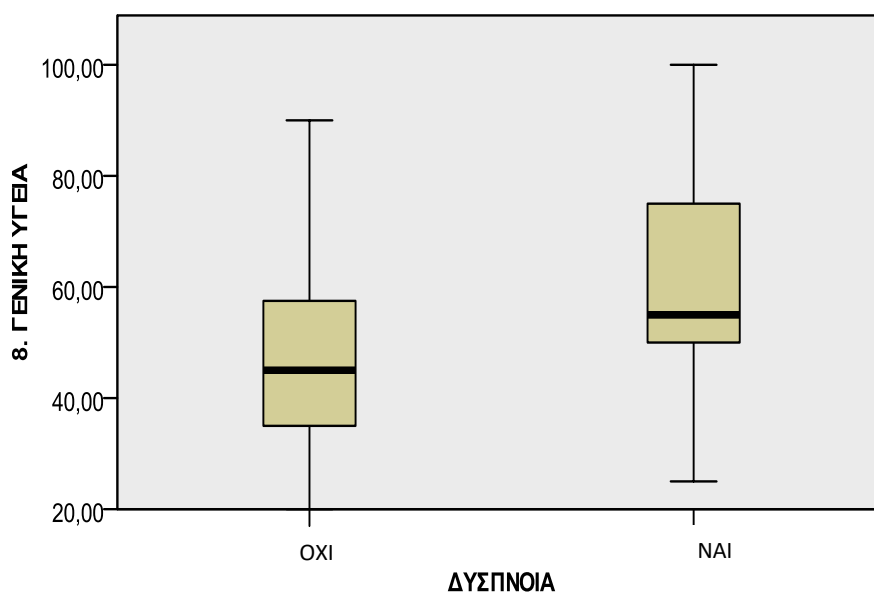
Η ηλικία της διάγνωσης στους ασθενείς που είναι μη καπνιστές είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με τους ασθενείς που είναι καπνιστές και πρώην καπνιστές ($p=0,013$).

Εικόνα 5: Κατανομή της καπνιστικής συνήθειας των ασθενών σύμφωνα με την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή



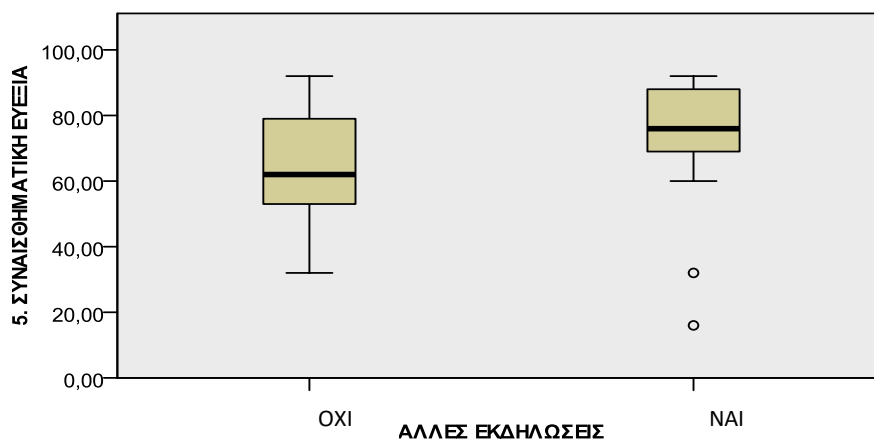
Οι ασθενείς που είναι πρώην καπνιστές εμφανίζουν υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή σε σχέση με τους ασθενείς που είναι καπνιστές και μη καπνιστές ($p=0,028$).

Εικόνα 6: Κατανομή της δύσπνοιας κατά τη διάγνωση σύμφωνα με την παράμετρο «γενική υγεία»



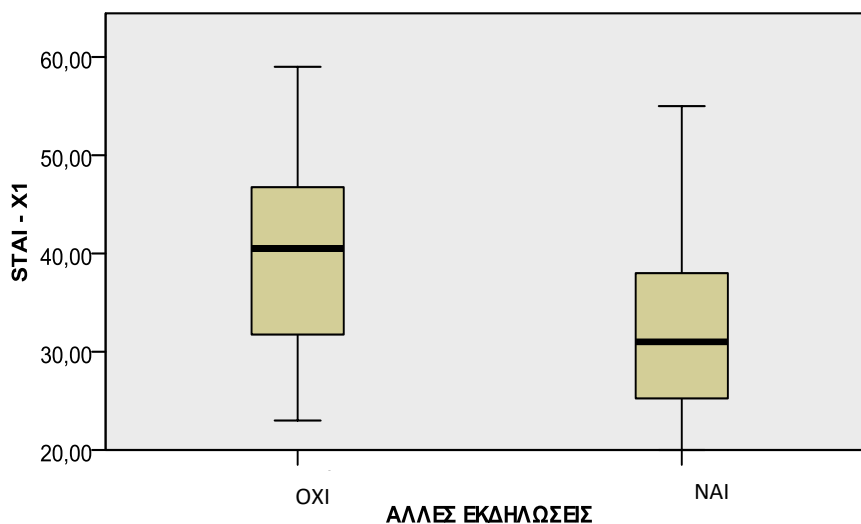
Η γενική υγεία των ασθενών με δύσπνοια είναι καλύτερη από αυτή των ασθενών που δεν έχουν δύσπνοια ($p=0,020$).

Εικόνα 7: Κατανομή των άλλων εκδηλώσεων κατά τη διάγνωση σύμφωνα με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία»



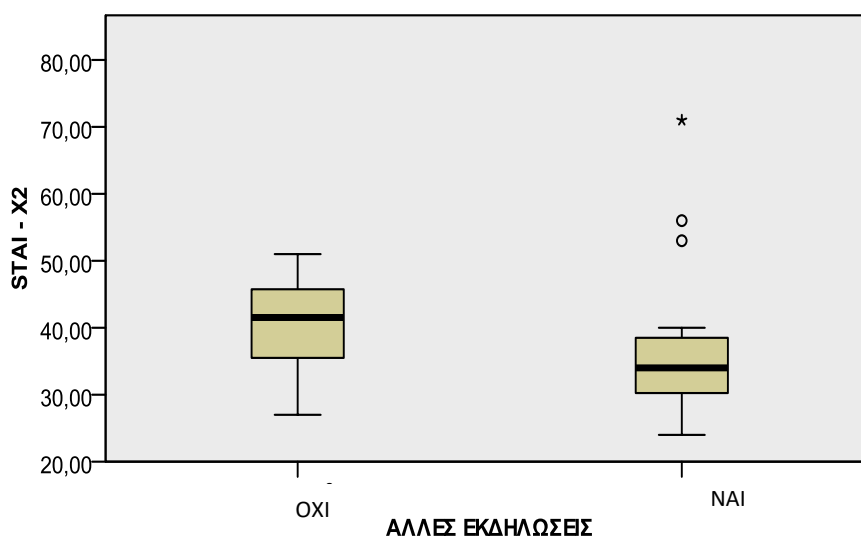
Οι ασθενείς που εμφανίζουν άλλες εκδηλώσεις κατά τη διάγνωση έχουν καλύτερη συναισθηματική ευεξία ($p=0,014$).

Εικόνα 8: Κατανομή των άλλων εκδηλώσεων κατά τη διάγνωση σύμφωνα με το STAI X1



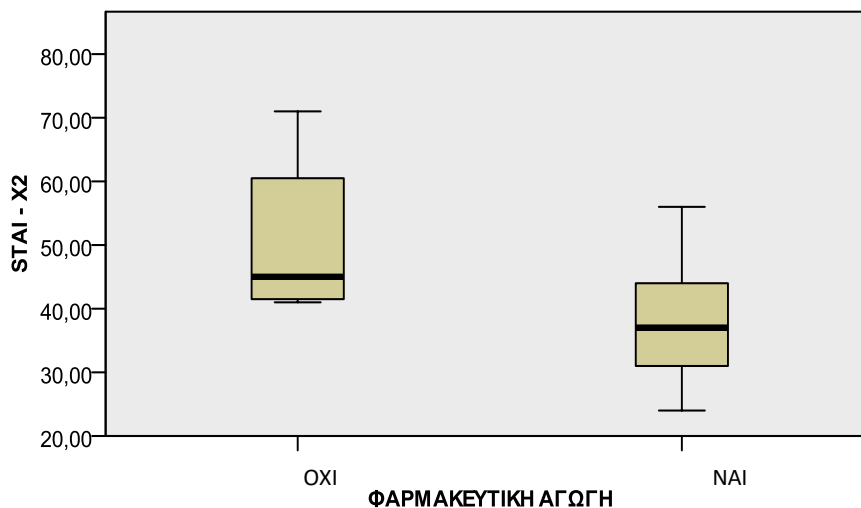
Οι ασθενείς που δεν έχουν άλλες εκδηλώσεις κατά τη διάγνωση έχουν περισσότερο άγχος (ως κατάσταση) ($p=0,017$).

Εικόνα 9: Κατανομή των άλλων εκδηλώσεων κατά τη διάγνωση σύμφωνα με το STAI X2



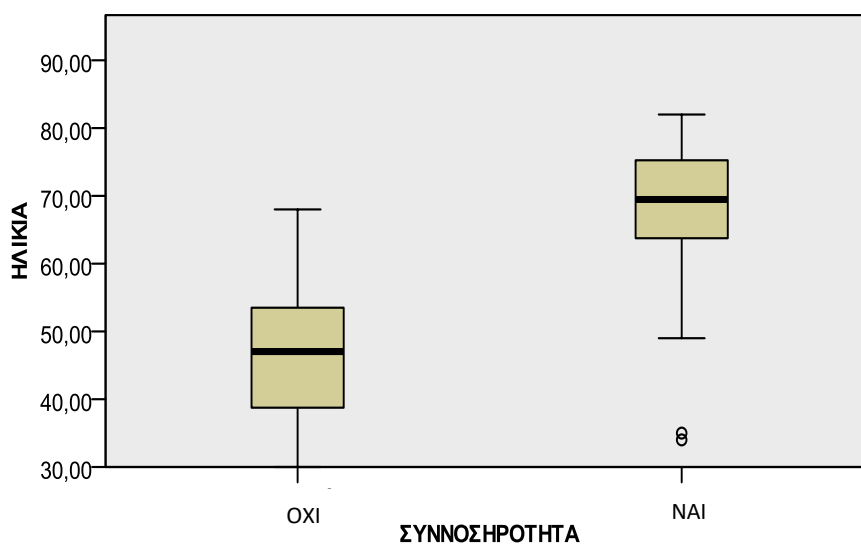
Οι ασθενείς που δεν έχουν άλλες εκδηλώσεις κατά τη διάγνωση έχουν περισσότερο άγχος (ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) ($p=0,033$).

Εικόνα 10: Κατανομή της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με το STAI X2



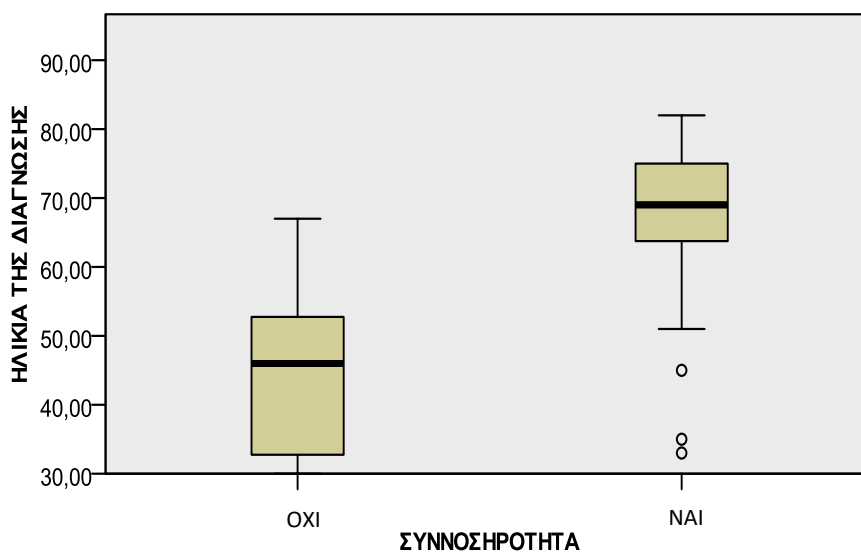
Οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή εμφανίζουν λιγότερο άγχος (ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν) ($p=0,017$).

Εικόνα 11: Κατανομή της συννοσηρότητας σύμφωνα με την ηλικία



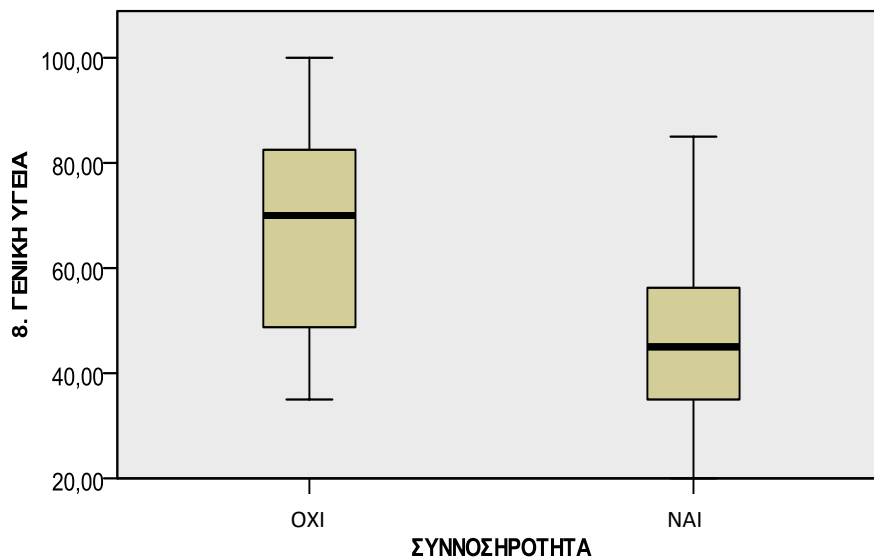
Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συννοσηρότητα έχουν μεγαλύτερη ηλικία ($p<0,01$).

Εικόνα 12: Κατανομή της συννοσηρότητας σύμφωνα με την ηλικία της διάγνωσης



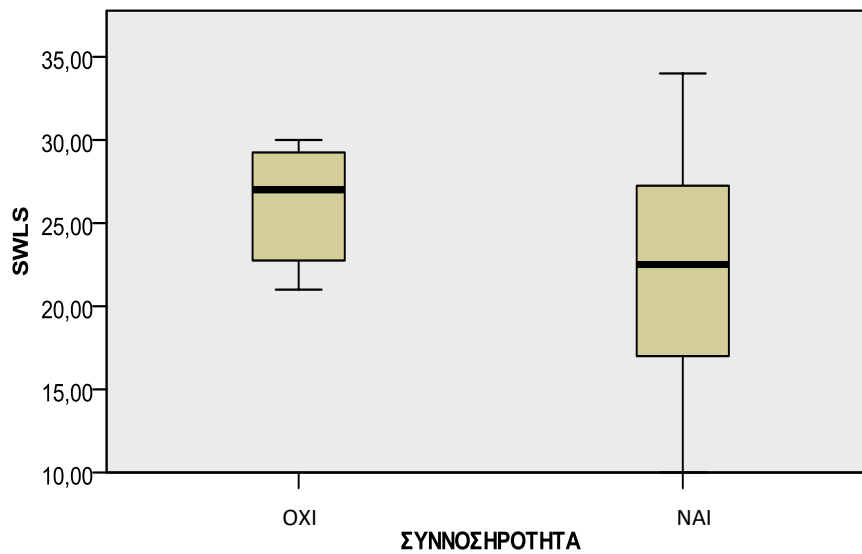
Η ηλικία της διάγνωσης των ασθενών με συννοσηρότητα είναι μεγαλύτερη από εκείνη των ασθενών που δεν έχουν συννοσηρότητα ($p < 0,01$).

Εικόνα 13: Κατανομή της συννοσηρότητας σύμφωνα με την παράμετρο «γενική υγεία»



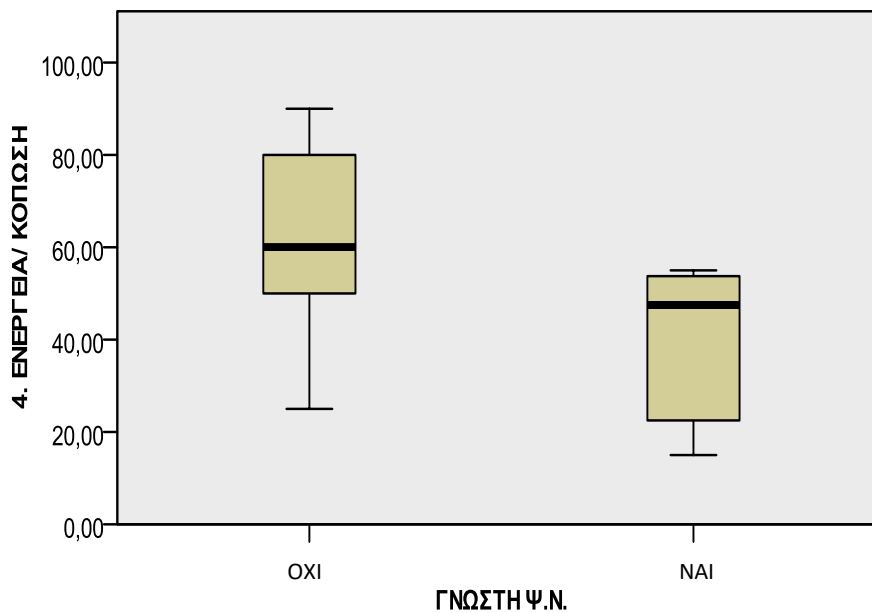
Οι ασθενείς που δεν παρουσιάζουν συννοσηρότητα έχουν καλύτερη γενική υγεία σε σχέση με αυτούς που έχουν συννοσηρότητα ($p = 0,007$).

Εικόνα 14: Κατανομή της συννοσηρότητας σύμφωνα με την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή



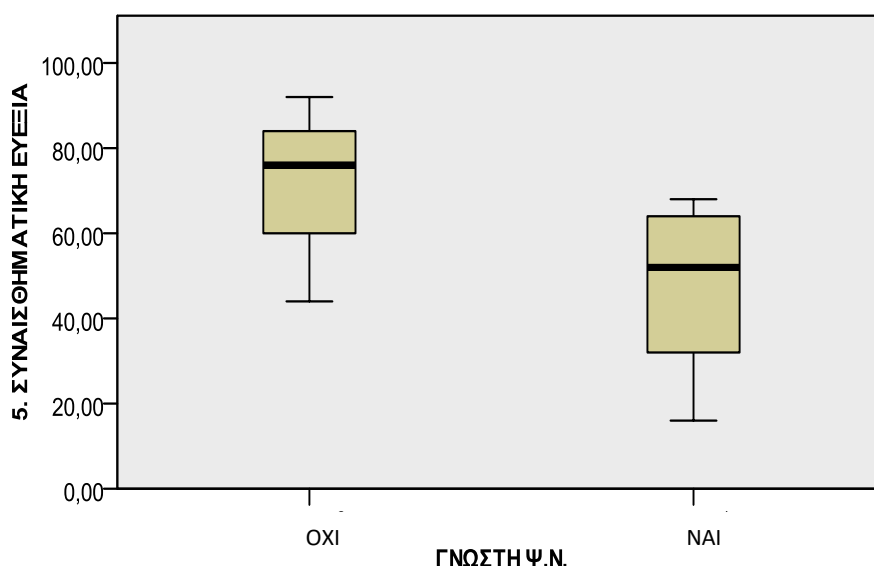
Οι ασθενείς που δεν έχουν συννοσηρότητα εμφανίζουν υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή ($p=0,029$).

Εικόνα 15: Κατανομή της γνωστής ψυχικής νόσου σύμφωνα με την παράμετρο «ενέργεια/κόπωση»



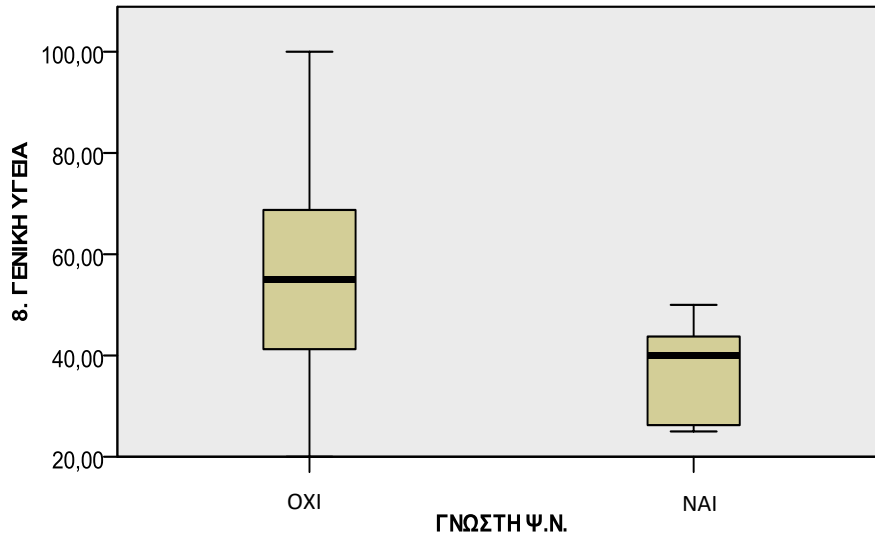
Οι ασθενείς που δεν είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής έχουν περισσότερη ενέργεια από τους ασθενείς με γνωστή ψυχική νόσο ($p=0,006$).

Εικόνα 16: Κατανομή της γνωστής ψυχικής νόσου σύμφωνα με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία»



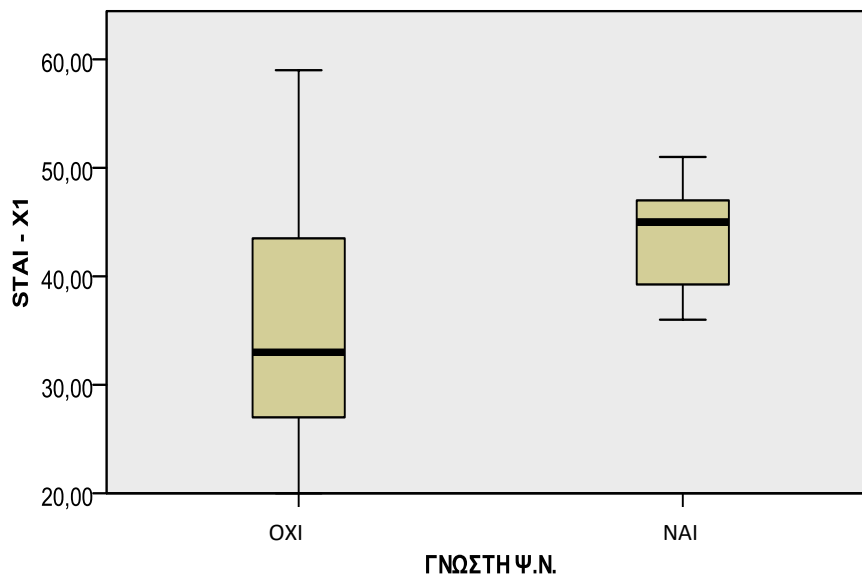
Οι ασθενείς που δεν είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική ευεξία από τους ασθενείς με γνωστή ψυχική νόσο ($p=0,001$).

Εικόνα 17: Κατανομή της γνωστής ψυχικής νόσου σύμφωνα με την παράμετρο «γενική υγεία»



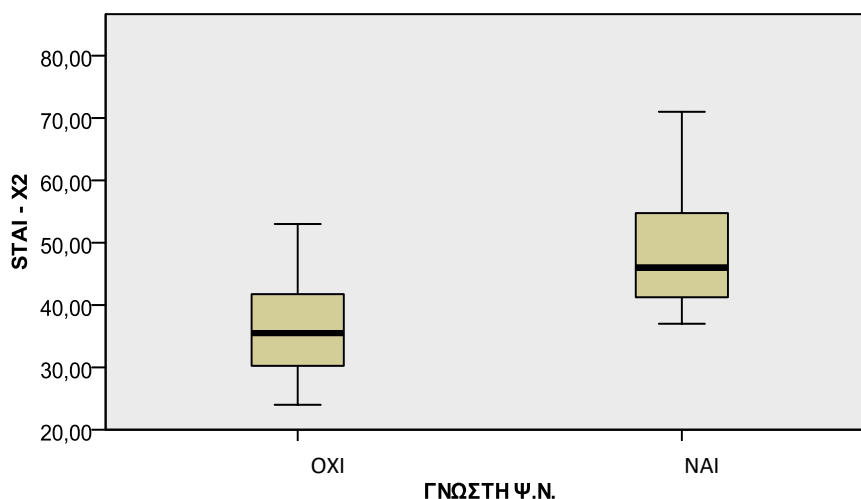
Οι ασθενείς που δεν είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής έχουν καλύτερη γενική υγεία από τους ασθενείς με γνωστή ψυχική νόσο ($p=0,009$).

Εικόνα 18: Κατανομή της γνωστής ψυχικής νόσου σύμφωνα με το STAI X1



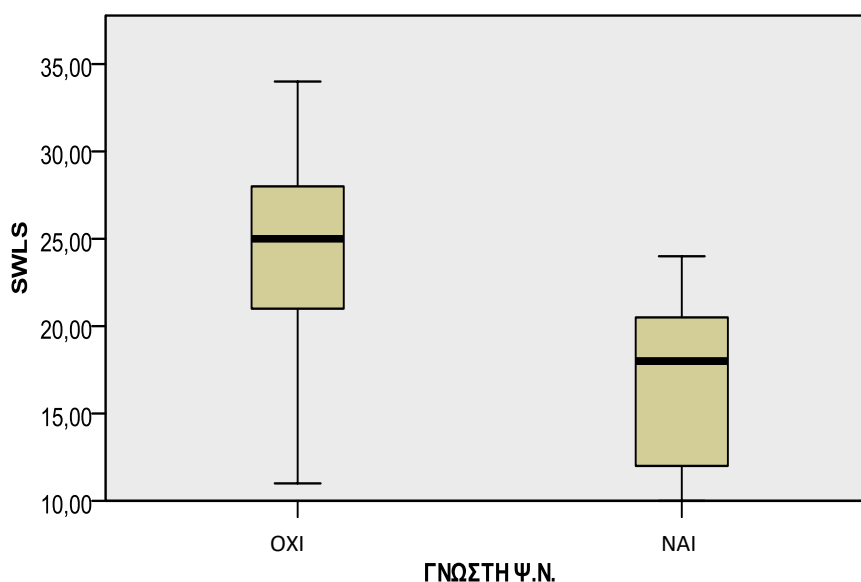
Οι ασθενείς που είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος (ως κατάσταση) από τους ασθενείς που δεν έχουν γνωστή ψυχική νόσο ($p=0,021$).

Εικόνα 19: Κατανομή της γνωστής ψυχικής νόσου σύμφωνα με το STAI X2



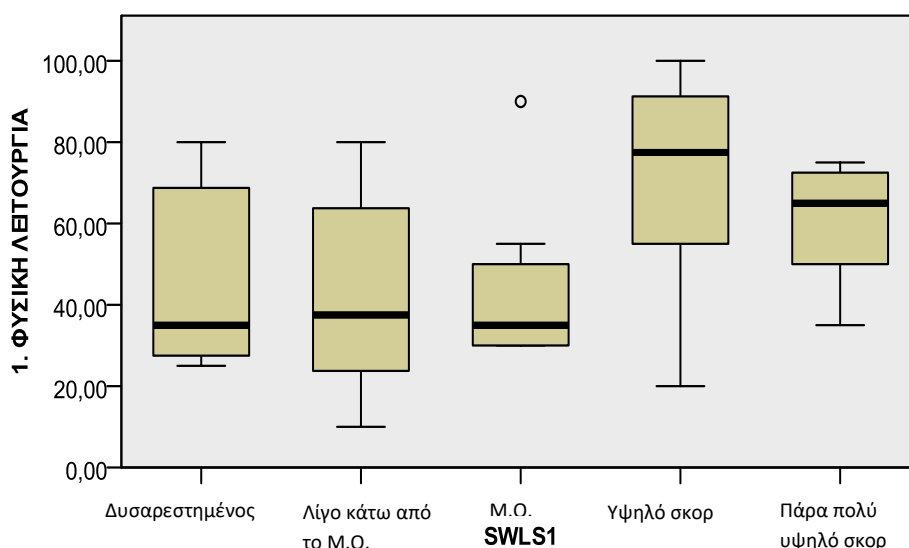
Οι ασθενείς που είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος (ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας) από τους ασθενείς που δεν έχουν γνωστή ψυχική νόσο ($p=0,003$).

Εικόνα 20: Κατανομή της γνωστής ψυχικής νόσου σύμφωνα με την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή



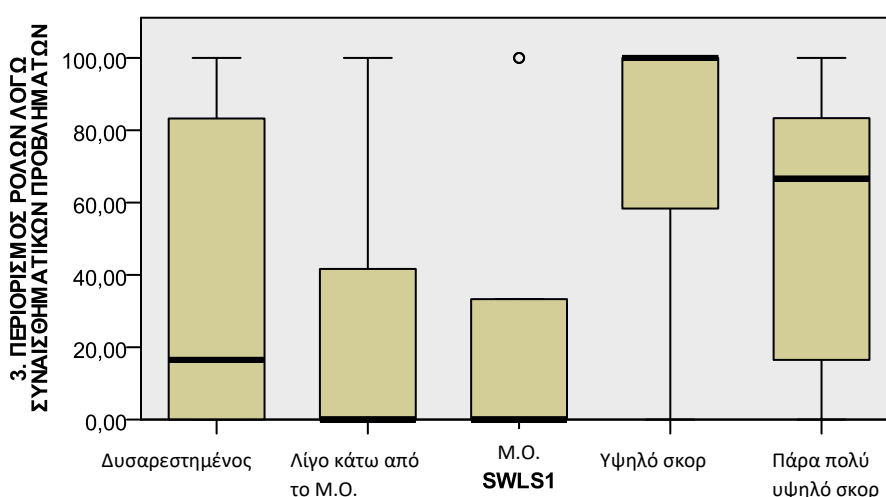
Οι ασθενείς που δεν είχαν κάποια γνωστή ψυχική νόσο πριν το επεισόδιο της πνευμονικής εμβολής είναι πιο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν γνωστή ψυχική νόσο ($p=0,003$).

Εικόνα 21: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με την παράμετρο «φυσική λειτουργία»



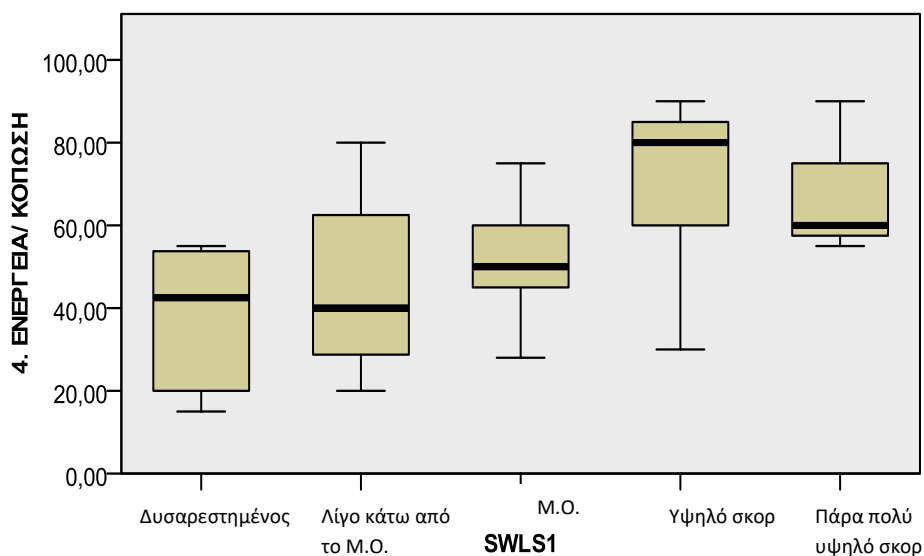
Οι ασθενείς που έχουν υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν καλύτερη φυσική λειτουργία από αυτούς που βρίσκονται στο μέσο όρο ή κάτω από αυτόν ($p=0,025$).

Εικόνα 22: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με την παράμετρο «περιορισμός ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων»



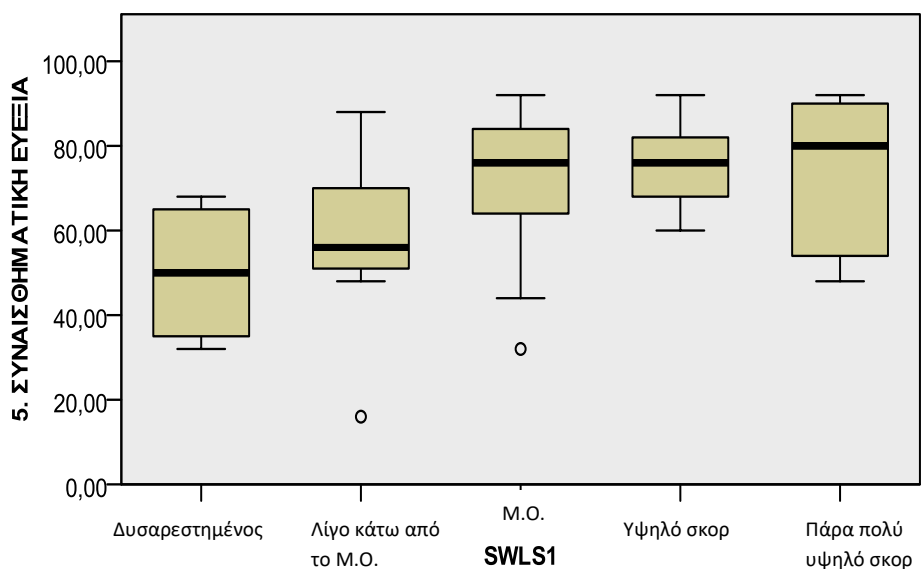
Οι ασθενείς που έχουν υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή δεν έχουν κανένα περιορισμό ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στο μέσο όρο ή κάτω από αυτόν ($p=0,016$).

Εικόνα 23: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με την παράμετρο «ενέργεια/κόπωση»



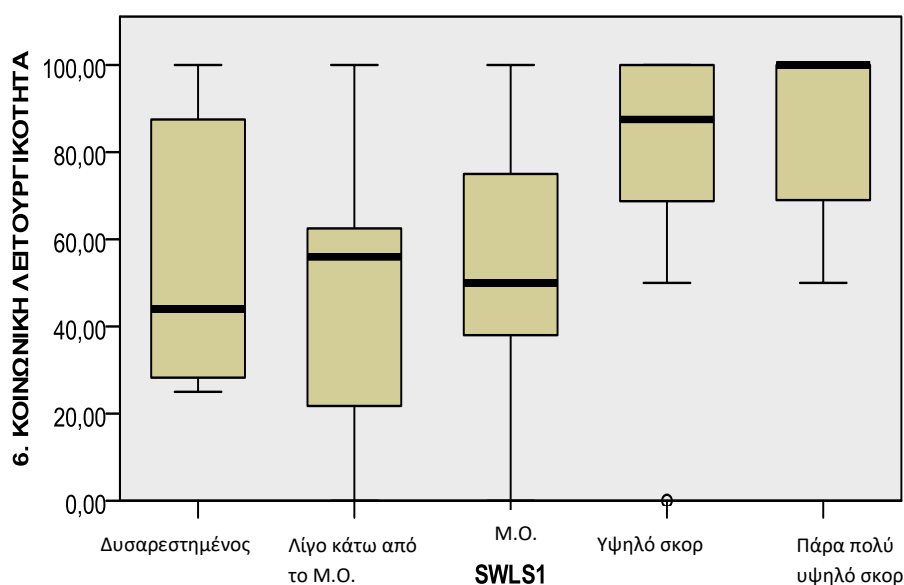
Οι ασθενείς που έχουν υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν περισσότερη ενέργεια/κόπωση σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στο μέσο όρο ή κάτω από αυτόν ($p=0,001$).

Εικόνα 24: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με την παράμετρο «συναισθηματική ευεξία»



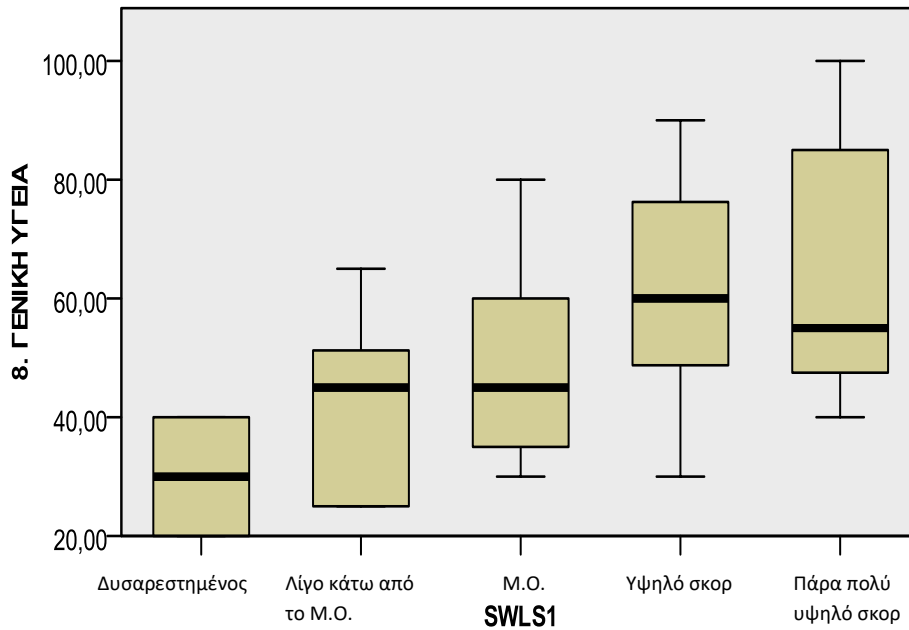
Οι ασθενείς που έχουν σκορ από το μέσο όρο και πάνω στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν περισσότερη συναισθηματική ευεξία σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο ($p=0,023$).

Εικόνα 25: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με την παράμετρο «κοινωνική λειτουργικότητα»



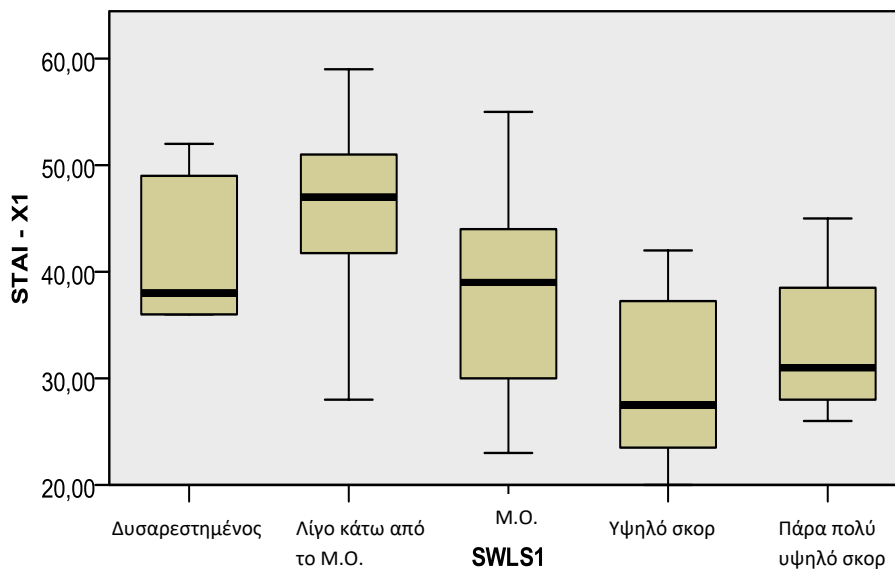
Οι ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλό και πάρα πολύ υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν μεγαλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο ($p=0,015$).

Εικόνα 26: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με την παράμετρο «γενική υγεία»



Οι ασθενείς με υψηλό σκορ στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν καλύτερη γενική υγεία σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο ($p=0,005$).

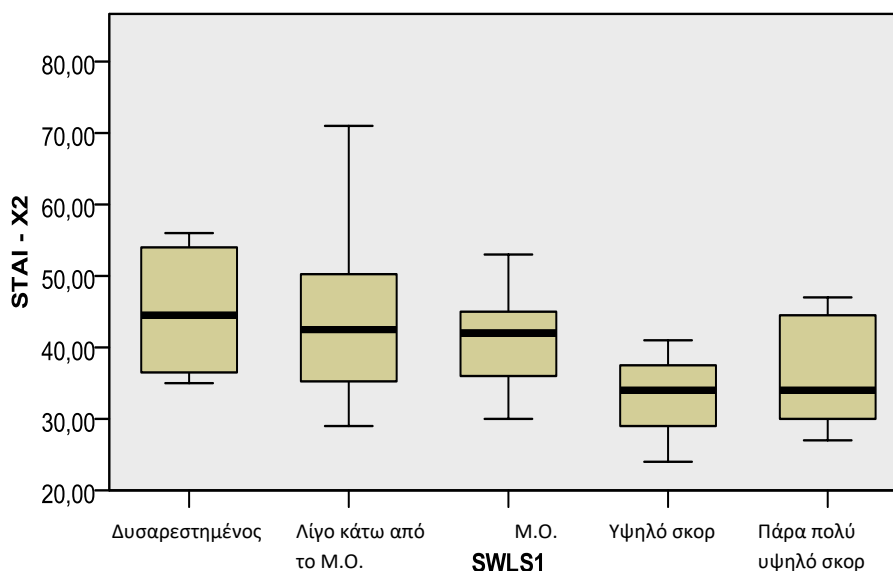
Εικόνα 27: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με STAI X1



Οι ασθενείς που έχουν σκορ λίγο κάτω από το μέσο όρο, είναι δυσανεστημένοι ή βρίσκονται στο μέσο όρο στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν περισσότερο

άγχος (ως κατάσταση) σε σχέση με αυτούς που εμφανίζουν υψηλότερο σκορ (p=0,005).

Εικόνα 28: Κατανομή της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή σύμφωνα με STAI X2



Οι ασθενείς που έχουν σκορ λίγο κάτω από το M.O. στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή έχουν περισσότερο άγχος (ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) σε σχέση με αυτούς που παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ (p=0,017).

Η κατανομή των ασθενών ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και επάγγελμα) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ως προς την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) (p<0,001) (Πίνακας 10 & 11). Επίσης, η κατανομή των ασθενών ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συμπτώματα κατά τη διάγνωση, συννοσηρότητα και γνωστή ψυχική νόσο πριν την ΠΕ) διαφέρει και αυτή στατιστικά σημαντικά ως προς την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (p<0,001) (Πίνακας 12 & 13).

Πίνακας 10: Κατανομή των ασθενών με βάση τα δημογραφικά τους στοιχεία στην κλίμακα ικανοποίηση από τη ζωή

SWLS	ΦΥΛΟ		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΓΑΜΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ
Δυσανεστημένος	1	3	3	0	1	0

Λίγο κάτω από το Μ.Ο	6	4	7	1	2	1
Μ.Ο.	7	4	9	2	0	0
Υψηλό σκορ	10	4	10	1	2	1
Πάρα πολύ υψηλό σκορ	2	3	5	0	0	0

Πίνακας 11: Κατανομή των ασθενών με βάσει τα δημογραφικά τους στοιχεία στην κλίμακα ικανοποίηση από τη ζωή

SWLS	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
	ΑΝΑ/ΤΟΣ	ΔΗΜ/ΚΟ	ΓΥΜ/ΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΑΕΙ	ΑΝΕΡΓΟΣ	ΣΥΝΤ/ΧΟΣ	ΕΡΓ/ΝΟΣ
Δυσανεστημένος	0	3	1	0	0	0	4	0
Λίγο κάτω από το Μ.Ο	0	5	0	2	3	2	8	0
Μ.Ο.	1	4	0	4	2	0	9	2
Υψηλό σκορ	0	6	1	4	3	1	7	6
Πάρα πολύ υψηλό σκορ	0	1	1	3	0	1	3	1

Πίνακας 12: Κατανομή των ασθενών με βάσει τα κλινικά τους χαρακτηριστικά στην κλίμακα ικανοποίηση από τη ζωή

SWLS	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ							
	ΔΥΣΠΝΟΙΑ		ΒΗΧΑΣ		ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ		ΘΩΡΑΚΑΛΓΙΑ	
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Δυσανεστημένος	3	1	4	0	4	0	4	0
Λίγο κάτω από το Μ.Ο	5	5	9	1	10	0	6	4
Μ.Ο.	8	3	10	1	9	2	8	3
Υψηλό σκορ	7	7	12	2	13	1	10	4
Πάρα πολύ υψηλό σκορ	2	3	5	0	5	0	1	4

Πίνακας 13: Κατανομή των ασθενών με βάσει τα κλινικά τους χαρακτηριστικά στην κλίμακα ικανοποίηση από τη ζωή

SWLS	ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ		ΓΝΩΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕ	
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Δυσανεστημένος	0	4	2	2
Λίγο κάτω από το Μ.Ο	0	10	6	4
Μ.Ο.	3	8	9	2
Υψηλό σκορ	5	9	14	6
Πάρα πολύ υψηλό σκορ	2	3	5	0

3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη μελέτη προκύπτει ότι οι καθημερινές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το περπάτημα, το ανέβασμα με τα πόδια ενός ή μερικών ορόφων περιορίζονται λίγο λόγω των προβλημάτων υγείας. Επίσης, οι ασθενείς παρουσίασαν προβλήματα στη δουλειά ή στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Συγκεκριμένα μείωσαν το χρόνο που αφιέρωναν στις καθημερινές τους δραστηριότητες, παρουσίασαν δυσκολία στην εκτέλεση αυτών των δραστηριοτήτων και έκαναν λιγότερα από όσα ήθελαν, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής τους υγείας. Εξίσου σημαντικός είναι και ο περιορισμός των ρόλων λόγω των συναισθηματικών τους προβλημάτων (άγχος, μελαγχολία). Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα οι ασθενείς είχαν αρκετά συχνά μεγάλη ζωντάνια, ενεργητικότητα και ένιωθαν ήρεμοι. Ωστόσο, μερικές φορές είχαν νευρικότητα, ένιωθαν μελαγχολικοί και ήταν εξαντλημένοι. Τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα κάποιες φορές εμπόδισαν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Η ύπαρξη του πόνου εμπόδισε λίγο τις καθημερινές δουλειές τους. Η υποκειμενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας ήταν καλή. Τέλος, η υγεία τους συγκριτικά με ένα χρόνο πριν είναι περίπου ίδια ή κάπως καλύτερη από ότι ένα χρόνο πριν.

Η χαμηλή βαθμολογία σε κάποιες παραμέτρους του ερωτηματολογίου SF36 δείχνει ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα και αξιολογούν χαμηλά την ποιότητα ζωής τους. Η δύσπνοια και η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής μετά την πνευμονική εμβολή.

Οι ασθενείς με πνευμονική εμβολή βιώνουν άγχος, ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από κάποιους τομείς της ζωής του, ωστόσο επιθυμούν βελτίωση σε κάποιους από αυτούς.

Τέλος, στους περιορισμούς της μελέτης πρέπει να αναφέρουμε το μικρό μέγεθος του δείγματος και τη μη τυχαία δειγματοληψία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bosevski, M., & Srbinovska-Kostovska, E. (2016). Venous Thromboembolism—Current Diagnostic and Treatment Modalities. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 4(3): 523. Retrieved January 18, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042646/>

Byrnes, J. R., & Wolberg, A. S. (2017). New findings on venous thrombogenesis. *Hämostaseologie*, 37(01): 25-35. Retrieved January 18, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5680039/>

Chuang, L. H., Gumbs, P., van Hout, B., Agnelli, G., Kroep, S., Monreal, M., ... & Cohen, A. (2019). Health-related quality of life and mortality in patients with pulmonary embolism: a prospective cohort study in seven European countries. *Quality of Life Research*, 28(8): 2111-2124. Retrieved April 8, 2020 from <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-019-02175-z>

Corrigan, D., Prucnal, C., & Kabrhel, C. (2016). Pulmonary embolism: the diagnosis, risk-stratification, treatment and disposition of emergency department patients. *Clinical and experimental emergency medicine*, 3(3): 117. Retrieved January 28, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5065342/>

Crawford, F., Andras, A., Welch, K., Sheares, K., Keeling, D., & Chappell, F. M. (2016). D-dimer test for excluding the diagnosis of pulmonary embolism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). Retrieved December 3, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494075>

Davies, M. G., Hart, J. P., & El-Sayed, H. F. (2016). Efficacy of prophylactic inferior vena caval filters in prevention of pulmonary embolism in the absence of deep venous thrombosis. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 4(1): 127-130. Retrieved January 28, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26946909/>

Eldredge, J. B., & Spyropoulos, A. C. (2018). Direct oral anticoagulants in the treatment of pulmonary embolism. *Current medical research and opinion*, 34(1): 131-140. Retrieved January 18, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28771049/>

Ghanima, W., Wik, H. S., Tavoly, M., Enden, T., & Jelsness-Jørgensen, L. P. (2018). Late consequences of venous thromboembolism: Measuring quality of life after deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Thrombosis research*, 164: 170-176. Retrieved March 10, 2020 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049384817304346>

Guerreiro, I., Magalhães, H., Coelho, S., Ribeiro, A., Ferreira, S., Araújo, E., ... & Lourenço, P. (2019). Long term prognosis of acute pulmonary embolism. *European journal of internal medicine*, 67: 84-88. Retrieved March 10, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31326193/>

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., ... & Hanssen, T. A. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 1-10. Retrieved March 11, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187410/>

Kahn, S. R., Akaberi, A., Granton, J. T., Anderson, D. R., Wells, P. S., Rodger, M. A., ... & Dennie, C. (2017). Quality of life, dyspnea, and functional exercise capacity following a first episode of pulmonary embolism: results of the ELOPE cohort study. *The American journal of medicine*, 130(8): 990-e9. Retrieved March 10, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28400247/>

Keller, K., Tesche, C., Gerhold-Ay, A., Nickels, S., Klok, F. A., Rappold, L., ... & Lankeit, M. (2019). Quality of life and functional limitations after pulmonary embolism and its prognostic relevance. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 17(11): 1923-1934. Retrieved April 10, 2020 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jth.14589>

Konstantinides, S. V., Meyer, G., Becattini, C., Bueno, H., Geersing, G. J., Harjola, V. P., ... & Kucher, N. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS) The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 41(4): 543-603. Retrieved February 15, 2020 from <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/4/543/5556136>

Laucis, N. C., Hays, R. D., & Bhattacharyya, T. (2015). Scoring the SF-36 in orthopaedics: a brief guide. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 97(19): 1628. Retrieved January 18, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029523/>

Lavorini, F., Di Bello, V., De Rimini, M. L., Lucignani, G., Marconi, L., Palareti, G., ... & Palla, A. (2013). Diagnosis and treatment of pulmonary embolism: a multidisciplinary approach. *Multidisciplinary respiratory medicine*, 8(1): 75. Retrieved January 28, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3878229/>

Leentjens, J., Peters, M., Esselink, A. C., Smulders, Y., & Kramers, C. (2017). Initial anticoagulation in patients with pulmonary embolism: thrombolysis, unfractionated heparin, LMWH, fondaparinux, or DOACs?. *British journal of clinical pharmacology*, 83(11): 2356-2366. Retrieved January 28, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651323/>

Lemon P, Burke K, Bauldoff G. 2014. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Έκδοση 6^η. Τόμος II. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116671725. Retrieved January 12, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5052926/>

Liu, C. P., Li, X. M., Chen, H. W., Cui, J. Y., Niu, L. L., He, Y. B., & Tian, X. L. (2011). Depression, anxiety and influencing factors in patients with acute pulmonary embolism. *Chinese medical journal*, 124(16), 2438-2442. Retrieved March 11, 2020 from https://journals.lww.com/cmj/Fulltext/2011/08020/Depression,_anxiety_and_influencing_factors_in.6.aspx

Marino P. L. 2016. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Έκδοση 4^η. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Σελ. 87-102.

Molvar, C. (2012, September). Inferior vena cava filtration in the management of venous thromboembolism: filtering the data. In *Seminars in interventional radiology*

(Vol. 29, No. 03, pp. 204-217). Thieme Medical Publishers. Retrieved January 28, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3577583/>

Morrone, D., & Morrone, V. (2018). Acute pulmonary embolism: focus on the clinical picture. *Korean circulation journal*, 48(5): 365-381. Retrieved December 5, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5940642/>

Osborn K. S, Wraa C. E, Watson A. B. 2012. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος Ι. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Σελ. 825-827.

Phillippe, H. M. (2017). Overview of venous thromboembolism. *The American journal of managed care*, 23(20 Suppl): S376-S382. Retrieved January 19, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29297660>

Pulivarthi, S., & Gurram, M. K. (2014). Effectiveness of d-dimer as a screening test for venous thromboembolism: an update. *North American journal of medical sciences*, 6(10): 491. Retrieved December 4, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4215485/>

Qaddoura, A., Digby, G. C., Kabali, C., Kukla, P., Zhan, Z. Q., & Baranchuk, A. M. (2017). The value of electrocardiography in prognosticating clinical deterioration and mortality in acute pulmonary embolism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical cardiology*, 40(10): 814-824. Retrieved December 3, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28628222>

Righini, M., Robert-Ebadi, H., & Le Gal, G. (2015). Diagnosis of pulmonary embolism. *La Presse Médicale*, 44(12): e385-e391. Retrieved December 6, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26585743>

Rochat, M., Méan, M., Limacher, A., Hugli, O., Klok, F. A., Cohn, D. M., & Aujesky, D. (2014). Quality of life after pulmonary embolism: validation of the French version of the PEmb-QoL questionnaire. *Health and quality of life outcomes*, 12(1): 174. Retrieved April 8, 2020 from <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-014-0174-4>

Rolving, N., Brocki, B. C., & Andreasen, J. (2019). Coping with everyday life and physical activity in the aftermath of an acute pulmonary embolism: A qualitative

study exploring patients' perceptions and coping strategies. *Thrombosis research*, 182: 185-191. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384819302737>

Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętalewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakula, R., & Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European journal of urology*, 70(2): 206. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510334/>

Stoewen, D. L. (2017). Dimensions of wellness: Change your habits, change your life. *The Canadian Veterinary Journal*, 58(8): 861. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508938/>

Tavoly, M., Utne, K. K., Jelsness-Jørgensen, L. P., Wik, H. S., Klok, F. A., Sandset, P. M., & Ghanima, W. (2016). Health-related quality of life after pulmonary embolism: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(11): e013086. Retrieved March 10, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5128891/>

Thomson, D., Kourounis, G., Trenear, R., Messow, C. M., Hrobar, P., Mackay, A., & Isles, C. (2019). ECG in suspected pulmonary embolism. *Postgraduate medical journal*, 95(1119): 12-17. Retrieved January 13, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30665906>

Turetz, M., Sideris, A. T., Friedman, O. A., Tripathi, N., & Horowitz, J. M. (2018, June). Epidemiology, pathophysiology, and natural history of pulmonary embolism. In *Seminars in interventional radiology* (Vol. 35, No. 02, pp. 92-98). Thieme Medical Publishers. Retrieved December 10, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5986574/>

Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iranian journal of psychiatry*, 5(4): 140. Retrieved March 11, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395923/>

van der Pol, L. M., Tromeur, C., Faber, L. M., van der Hulle, T., Kroft, L. J., Mairuhu, A. T., ... & Klok, F. A. (2019). Chest X-Ray Not Routinely Indicated Prior to the YEARS Algorithm in the Diagnostic Management of Suspected Pulmonary

Embolism. *TH Open*, 3(01), e22-e27. Retrieved December 3, 2019 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6524889/>

WHOQOL Measuring Quality of Life. World Health Organization. 1997. Retrieved March 11, 2020 from https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Yamamoto, T. (2018). Management of patients with high-risk pulmonary embolism: a narrative review. *Journal of intensive care*, 6(1): 16. Retrieved January 28, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5834898/>

Yun, Y. H., Rhee, Y. E., Kang, E., & Sim, J. A. (2019). The Satisfaction with Life Scale and the Subjective Well-Being Inventory in the General Korean Population: Psychometric Properties and Normative Data. *International journal of environmental research and public health*, 16(9): 1538. Retrieved January 18, 2020 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6539707/>

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 24, 6-18. Retrieved November 10, 2020 from <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/6.pdf>

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Όνοματεπώνυμο	
Φύλο	
Ηλικία	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Επάγγελμα	
Οικογενειακή κατάσταση	
Διαμονή	
Καπνιστική συνήθεια	

Ηλικία της διάγνωσης	
Συμπτώματα κατά τη διάγνωση	
Δύσπνοια (MRC)	
Βήχας	
Αιμόπτυση	
Θωρακαλγία	
Άλλες εκδηλώσεις	
Διάρκεια νόσου (από τη διάγνωση έως τώρα)	
Υποτροπές	
Φαρμακευτική Αγωγή (τώρα)	

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΡΑ	
Δύσπνοια (MRC)	
Βήχας	
Εύκολη κόπωση	
Άλλες εκδηλώσεις	

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ	
Βάρος	
Ύψος	

Προκλητό ή απρόκλητο επεισόδιο:

Συννοσηρότητα:

Γνωστή ψυχική νόσος πριν το επεισόδιο ΠΕ:

Αιμορραγίες:

Ανάγκη θρομβόλυσης/ νοσηλεία σε ΜΕΘ κατά τη διάγνωση της ΠΕ:

Ενδείξεις δεξιάς δυσλειτουργίας κατά τη διάγνωση:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SF36

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

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

- Εξαιρετική 1
Πολύ καλή.....2
Καλή.....3
Μέτρια.....4
Κακή 5

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

- Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν 1
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν 2
Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν 3
Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν 4
Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν 5

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

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

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

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

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

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

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

Καθόλου1

Ελάχιστα2

Μέτρια3

Αρκετά4

Πάρα πολύ5

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

Καθόλου	1
Πολύ ήπιο	2
Ήπιο	3
Μέτριο	4
Έντονο	5
Πολύ έντονο ..	6

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

Καθόλου.....	1
Λίγο	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

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

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Είσασαν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
Η. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

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

Πάντα..... 1

Τις πιο πολλές φορές..... 2

Μερικές φορές 3

Όχι συχνά 4

Ποτέ..... 5

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

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
Α. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
Β. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ - ΣΤΑΙ X1 (υπό
Α. ΛΙΑΚΟΥ και C.D. SPIELBERGER)**

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Ζητείται από εσάς να διαβάσετε προσεκτικά την κάθε φράση και στη συνέχεια να επιλέξετε με ένα \surd στο δεξιό μέρος του πίνακα, το κατά πόσο σας αντιπροσωπεύει η κάθε φράση **αυτή τη στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.				
2. Αισθάνομαι ασφαλής.				
3. Αισθάνομαι μια εσωτερική ένταση.				
4. Έχω αγωνία.				
5. Αισθάνομαι άνετα.				
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.				
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.				
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.				
9. Αισθάνομαι άγχος.				
10. Αισθάνομαι βολικά.				
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.				
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.				
13. Αισθάνομαι ήσυχος				
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.				
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.				
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.				
17. Ανησυχώ.				
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.				
19. Αισθάνομαι υπερένταση				
20. Αισθάνομαι ευχάριστα.				

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΤΑΙ Χ2 (υπό
Α. ΛΙΑΚΟΥ και C.D. SPIELBERGER**

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε με ένα √ στο δεξιό μέρος του πίνακα, για να δείξετε πως **αισθάνεστε γενικά**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει το πως αισθάνεστε γενικά.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
21. Κουράζομαι εύκολα.				
22. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.				
23. Αισθάνομαι ευχάριστα.				
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι				
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.				
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος.				
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.				
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.				
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.				
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.				

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
31. Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.				
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.				
33. Αισθάνομαι ασφαλής.				
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.				
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.				
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.				
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.				
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.				
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.				
40. Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.				

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ «Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή- The Satisfaction with Life Scale (SWLS)»

Παρακάτω υπάρχουν 5 προτάσεις με τις οποίες ενδέχεται είτε να συμφωνείτε είτε να διαφωνείτε. Παρακαλώ επιλέξτε και κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που εκφράζει καλύτερα τη συμφωνία ή τη διαφωνία σας με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Παρακαλώ απαντήστε με ειλικρίνεια και προσπαθήστε να μη παραλείψετε καμία απάντηση. Υπενθυμίζεται ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις.

1. Από τις περισσότερες απόψεις η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

2. Οι συνθήκες της ζωής μου είναι τέλειες

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

3. Είμαι ικανοποιημένος/-η από τη ζωή μου

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

4. Μέχρι τώρα έχω αποκτήσει τα σημαντικά σημεία που θέλω στη ζωή

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

5. Αν μπορούσα να ζήσω τη ζωή μου από την αρχή, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα