



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καθηγητής Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης

Διδακτορική Διατριβή

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ
(ΧΑΠ) ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

υπό

Γεωργίου Τζιτζίκου

Νοσηλεύτη MSc

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2019

© 2019 Γεώργιος Τζιτζίκος

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1^{ος} Εξεταστής **Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης**
(Επιβλέπων) Καθηγητής Πνευμονολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2^{ος} Εξεταστής **Κοτρώτσιου Ευαγγελία**
Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας

3^{ος} Εξεταστής **Κωνσταντίνος Μπονώτης**
Επίκουρος καθηγητής
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

4^{ος} Εξεταστής **Δανιήλ Ζωή**
Καθηγήτρια πνευμονολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

5^{ος} Εξεταστής **Χατζόγλου Χρυσή**
Καθηγήτρια Φυσιολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

6^{ος} Εξεταστής **Ξηρομερήσιου Γεωργία**
Επίκουρος Καθηγήτρια Νευρολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

7^{ος} Εξεταστής **Μάλλη Φωτεινή**
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά, τον επιβλέποντα της διδακτορικής μου διατριβής κύριο Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, καθηγητή Πνευμονολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η εμπιστοσύνη που μου έδειξε, η κατανόηση, το ενδιαφέρον του και οι εύστοχες επισημάνσεις του καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της μελέτης, ήταν για μένα πολύτιμα εφόδια για την εκπόνηση και την ολοκλήρωση αυτού του έργου.

Ευχαριστώ από καρδιάς την κυρία Ευαγγελία Κοτρώτσιου, καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας για την αμέριστη συμπαράσταση και καθοριστική καθοδήγηση σε όλα μου τα βήματα, από την εποχή του μεταπτυχιακού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως σήμερα. Είμαι ευγνώμων!

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον καλό μου φίλο Κωνσταντίνο Τόγκα, κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, για τις πολύ σημαντικές συμβουλές αναφορικά με τα εργαλεία που χρησιμοποίησα για τη στατιστική ανάλυση αυτής της διατριβής.

Γεώργιος Τζίτζικος

Βιογραφικό Σημείωμα

Τζιτζίκος Γεώργιος

Βλάση Παπαμιχαήλ 3, Τ.Κ. 20002, Ταρσινά Κορινθίας

Προσωπικά Στοιχεία:

Τηλέφωνα Επικοινωνίας: 27420 33398

Ημερομηνία Γέννησης: 11/09/1966

69744 39696

Εθνικότητα: Ελληνική

E-mail: tzitzikos1@gmail.com Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος, 3 Παιδιά

Εκπαίδευση

06/2013 - Σήμερα

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Υποψήφιος διδάκτωρ στο τμήμα Ιατρικής

10/2008 - 10/2010

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τμήμα Ιατρικής

MSc “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”

03/1985 - 06/1989

Τ.Ε.Ι. Αθήνας

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Εργασιακή Εμπειρία

1992-2018: Νοσηλευτής στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν. Κορίνθου

2005-2006: Επιστημονικός συνεργάτης στην ιδιωτική υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας "LifeCare" στην Κόρινθο

1989-1990: Νοσηλευτής στο νοσοκομείο "Υγεία" στην Αθήνα

Διδακτική Εμπειρία

Εγγεγραμμένος στο Μητρώο, Κύριου Διδακτικού Προσωπικού, του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α)

Εγγεγραμμένος στο Μητρώο Πιστοποιημένων Εκπαιδευτών, του Εθνικού Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.)

2018-2019 Εκπαιδευτής στον ΙΕΚ Κορίνθου

2015-2017 Εκπαιδευτής στα ΙΕΚ Άργους και Ναυπλίου σε μαθήματα Νοσηλευτικής και Πρώτων Βοηθειών

2015 - 2016 Εκπαιδευτής το ΚΕΚ Status για την Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Κόρινθος

2014 - 2015 Εκπαιδευτής στο ΚΕΚ Master σε θέματα Κατ' Οίκον Νοσηλείας, Κόρινθος

2013-2014 Εκπαιδευτής στον ΙΕΚ Κορίνθου

2013 - 2014 Εκπαιδευτής στο ΚΕΚ «ΔΗΜΗΤΡΑ»

2013-2014 Καθηγητής στο Δημόσιο ΙΕΚ και στο ΕΠΑΛ Κορίνθου-Λουτρακίου στα μαθήματα Νοσηλευτικής, Παιδιατρικής και Υγιεινής.

2011-2013 Εργαστηριακός συνεργάτης στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Αθήνας στο μάθημα Κοινωνική και Γεροντολογική Νοσηλευτική.

2010-2011 Εργαστηριακός συνεργάτης στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας στο μάθημα Κοινωνική Νοσηλευτική.

2011 - 2012 Εκπαίδευση Εθελοντών του Ερυθρού Σταυρού στα μαθήματα πρώτων Βοηθειών, Κόρινθος

1993-1994 Ωρομίσθιος καθηγητής Νοσηλευτικής στο Ι.Ε.Κ. ΜΕΛΕΤΗ, Κόρινθος.

1992 - 1993 Αναπληρωτής καθηγητής Νοσηλευτικής δημοσίου Τ.Ε.Α. Κόρινθος.

Γλώσσες

Αγγλικά B2 (Michigan certificate of competency in English)

Επιστημονικές Εργασίες

1. “Ειδικό προστατικό αντιγόνο σε ασθενείς τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας υπό εξωνεφρική κάθαρση.” 3ο Πανελλήνιο συνέδριο νοσηλευτών νεφρολογίας, Ιωάννινα, 1998
2. “Καρκινικοί δείκτες σε ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση”. 6ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, Αθήνα, 2004
3. “Νεφρική λειτουργία σε ομόζυγο β-θαλασσαιμία” 32ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, Θεσσαλονίκη 2005

4. “Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με ομόζυγο β- θαλασσαιμία”. 7ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο νοσηλευτών νεφρολογίας, Αλεξανδρούπολη 2006
5. “Ιογενείς ηπατίτιδες – Μέτρα πρόληψης” Εκπαιδευτικό πρόγραμμα γι στελέχη στο «Χαμόγελο του Παιδιού» , Αθήνα 17/10/2006
6. “Υπηρεσίες κατ' οίκον Νοσηλείας στην Επαρχία” 34ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο Χανιά 7-10/5/2007
7. “Tumor Markers and Hemodialysis Patients”36th EDTNA/ERCA International Conference, Florence, Italy 11-18/09/2007
8. Μελέτη ψυχολογικών διαταραχών σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια”. 2ο συνέδριο επιστημόνων φροντίδας χρονίων πασχόντων, Λάρισα 8-11/11/2007
9. “Η Νοσηλευτική στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση” . 8ο πανελλήνιο συνέδριο ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, 22-24/11/2007 Αθήνα
10. «Δομές οργάνωσης της κατ' οίκον νοσηλείας στην Ευρώπη», 8ο πανελλήνιο συνέδριο ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, Αθήνα 22-24/11/2007
11. «Νοσηλεία στο σπίτι, εμπειρία και προοπτικές», 8ο πανελλήνιο συνέδριο ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, Αθήνα 22-24/11/2007 .
12. «Μελέτη διαταραχής του συναισθήματος σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς» 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ε.Ν.Ε., Λευκάδα, 12-15/5/2008
13. «Αξιολόγηση εφαρμοσμένου προγράμματος υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας» 3ο συνέδριο επιστημόνων φροντίδας χρονίων πασχόντων Λάρισα 18-20/11/2008
14. «Ανίχνευση της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη στους ηλικιωμένους» 3ο συνέδριο επιστημόνων φροντίδας χρονίων πασχόντων Λάρισα 18-20/11/2008
15. «Προαγωγή υγείας σε αγροτικούς πληθυσμούς» 1ο Πολυθεματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο, Γ.Ν. Τρίπολης, 20-21/2/2009, Τρίπολη

16. «Κοινωνική υποστήριξη των νεφροπαθών» 1ο Πολυθεματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο, Γ.Ν. Τρίπολης, 20-21/2/2009, Τρίπολη
17. «Διεντερική και παρεντερική σίτιση» 5ο επιστημονικό συμπόσιο γενικής ιατρικής, Λουτράκι, 24-27/9/2009
18. «Διερεύνηση άγχους σε φροντιστές αιμοκαθαιρομένων ασθενών» 4ο Πανελλήνιο συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων 9-11/11/2010 Λάρισα
19. «Συγκριτική μελέτη της ψυχοπαθολογίας των γονίων παιδιών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι» 4ο Πανελλήνιο και 3ο Πανευρωπαϊκό Νοσηλευτικό συνέδριο 9-12/3/2011
20. "Το βίωμα της ντροπής σε φροντιστές αιμοκαθαιρούμενων ασθενών" 4ο Πανελλήνιο και 3ο Πανευρωπαϊκό Νοσηλευτικό συνέδριο 9-12/3/2011
21. «Προσβασιμότητα των μεταναστών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας» 4ο Πανελλήνιο και 3ο Πανευρωπαϊκό Νοσηλευτικό συνέδριο 9-12/3/2011
22. «Παρακίνηση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού» 4ο Πανελλήνιο και 3ο Πανευρωπαϊκό Νοσηλευτικό συνέδριο 9-12/3/2011
23. «Η αμφίδρομη σχέση του σακχαρώδη διαβήτη και της κατάθλιψης» 4ο Πανελλήνιο και 3ο Πανευρωπαϊκό Νοσηλευτικό συνέδριο 9-12/3/2011
24. «Χαρακτηριστικά επιθετικότητας φροντιστών χρόνιων ασθενών υπό αιμοκάθαρση», 9ο Πανελλήνιο συνέδριο δημόσιας υγείας και υπηρεσιών υγείας, Αθήνα 26-28/3/12 ΑΘΗΝΑ
25. «Συνεργατική διαχείριση χρόνιων νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» 24ο Πανελλήνιο συνέδριο γενικής ιατρικής, Κάστρο Κυλλήνης 18-22/4/12
26. Εισήγηση στο στρογγυλό τραπέζι: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο ρόλος του

- Νοσηλευτή στην επικοινωνία με θέμα: «Εμπόδια στη λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία». Επιστημονικό Συμπόσιο Γενικής Ιατρικής, Αθήνα 27-30/9/2012
27. Βιωματικό σεμινάριο σε δασκάλους δημοτικών σχολείων με θέμα: «Παροχή Α' Βοηθειών, Αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων, Φαρμακείο, Βασικές Αρχές Υγιεινής». 3-5/12/2013 Κόρινθος.
28. Εισήγηση στο στρογγυλό τραπέζι με θέμα: «Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα»: «Επάρκεια αιμοκάθαρσης και ποιότητα ζωής των νεφροπαθών». 9^ο Επιστημονικό Συμπόσιο Γενικής Ιατρικής. Αθήνα 26-29/9/2013
29. «Ο σύγχρονος ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ογκολογικού ασθενούς και στο φροντιστή» 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων, Λάρισα 2013
30. Εισήγηση στο στρογγυλό τραπέζι: «Αναμόρφωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Από τη θεωρία στην πράξη.» του θέματος: «Κοινοτικός Νοσηλευτής και ΠΦΥ. Αναγκαιότητα ή επιλογή;» 14^ο Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου της ΠΑΣΥΝΟ – ΕΣΥ, Πήλιο 6-8/12/2013
31. Εισήγηση στο στρογγυλό τραπέζι: “Ομάδες στόχοι για προγράμματα Αγωγής Υγείας – Συνεργατικές δομές” 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου 26 - 28 Ιουνίου 2014, ξενοδοχείο EliteCityResort, Καλαμάτα
32. The Experience of Shame in patients with chronic COPD. στο 25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017) (1-4 April 2017) Φλωρεντία.
33. ‘Αξιολόγηση της προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης σε ασθενείς με ΧΑΠ’. 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων (20 έως 22 Οκτωβρίου 2017), Ολυμπία.

34. Η εστία ελέγχου της υγείας σε ασθενείς με ΧΑΠ. 26ο Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο (9-12/11/2017), Αθήνα.

Δημοσιεύσεις

1. “Measurement of tumor markers in chronic hemodialysis patients” Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 2010 Volume 21 Issue Page : 50--53
2. Occupational exposure to blood in workers in a Greek hospital. Am J Infect Control. 2011 Jun 2.
3. “Study of emotional disorders in patients with end stage renal disease receiving hemodialysis” 37th EDTNA/ERCA International conference 6-9/9/2008 Prague.
4. “Trait and state anxiety in caregivers of hemodialysis patients” 40th EDTNA-ERCA international conference 10-13/9/11 Ljubljana Slovenia
5. Measuring perceived social support in Greek hemodialysis patients: a pilot study. 42nd EDTNA/ERCA International Conference Innovation of renal care through multi-professional leadership Malmö, Sweden August 31st – September 3rd, 2013
6. Factors affecting quality of life in end-stage renal disease patients on hemodialysis. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2013
7. Outcomes Assessment in End - Stage Kidney Disease, 2013, 167-188 167, 2013. Bentham Science Publishers. Evaluating the Psychological Burden and Quality of Life in Caregivers of Patients Under Dialysis
8. Assessing social support in Greek patients on maintenance hemodialysis: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support”. In Chronic Kidney Disease: Signs/Symptoms, Management Options and Potential Complications, Nova Publishers (edited by Cirilo H. García Cadena

(Universidad Autonoma de Nuevo Leon, Mexico) Rafael Ballester Arnal 21

(Universitat Jaume I de Castellon, Spain) Julio Alfonso Piña López (Independent researcher, Mexico).

9. “Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support” Prog Health Sci 2014, Vol 4, No1.
10. Assessment of Burn-Out and Quality of Life in Nursing Professionals: The Contribution of Perceived Social Support Health Psychol Res. 2014 Jan 13; 2(1): 984.
11. The Promise of Disease Management in Greece. Global Journal of Cancer Therapy. 2017
12. The Impact of Kt/V Urea-Based Dialysis Adequacy on Quality of Life and Adherence in Haemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study in Greece. Health Psychology Research. 2015;3(1):1060. doi:10.4081/hpr.2015.1060
13. Factors affecting quality of life in end-stage renal disease patients on hemodialysis. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
14. The experience of shame in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). European Psychiatry. 2017. 41, S264
15. Assessing hostility in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). December 2018 Psychology, Health & Medicine DOI: 10.1080/13548506.2018.1554253

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

Γεώργιος Τζιτζίκος

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2019

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνηςκαθηγητής Πνευμονολογίας,

πανεπιστημίο Θεσσαλίας(Επιβλέπων)

2. Ευαγγελία Κοτρώτσιου καθηγήτρια, τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας

3. Κωνσταντίνος Μπονότηςεπίκουρος καθηγητής, τμήμα Ιατρικής,

πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

	Περίληψη.....	18
	Abstract.....	20
	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	22
1.	Εισαγωγή.....	23
2.	Το οργανικό-βιολογικό σκέλος της ΧΑΠ.....	26
2.1.	Ορισμός της Νόσου	26
2.2.	Αιτίες πρόκλησης της ΧΑΠ.....	31
2.3.	Επιδημιολογία της ΧΑΠ	33
2.4.	Οικονομικά στοιχεία και εξέλιξη της ΧΑΠ.....	36
2.5.	Θεραπείες της ΧΑΠ.....	38
3.	Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ΧΑΠ.....	40
3.1.	Το άγχος και η κατάθλιψη σε ασθενείς με ΧΑΠ.....	47
3.1.1.	Η σχέση του άγχους με τη ΧΑΠ.....	50
3.1.2.	Η σχέση της κατάθλιψης με τη ΧΑΠ	53
3.2.	Η ενοχή και η ντροπή στην καθημερινότητα των ασθενών με ΧΑΠ	56
3.2.1.	Θεωρητικό υπόβαθρο της ντροπής και της ενοχής	56
3.2.2.	Η συσχέτιση της ντροπής και της ενοχής με τη ΧΑΠ.....	58
3.3.	Ο ρόλος της εστίας ελέγχου της υγείας (locusofhealthcontrol) στη ΧΑΠ....	63
3.4.	Ο ρόλος της ψυχοπαθολογίας στη ΧΑΠ.....	66
3.4.1.	Η καταγραφή της Ψυχοπαθολογίας Με το SCL-90-R	67
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	70
4.	Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	71
5.	Μέθοδος.....	72

5.1.	Ασθενείς.....	72
5.2.	Εργαλεια μέτρησης.....	73
5.2.1.	Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ).....	74
5.2.2.	Ερωτηματολόγιο της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης	75
5.2.3.	Κλίμακα Εστίασης Ελέγχου για την Υγεία (HealthLocusControlHLC).....	76
5.2.4.	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ExperienceofShameScale - ESS).....	77
5.2.5.	Κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OtherAsShamerScaleOAS).....	78
5.2.6.	Ερωτηματολόγιο της επιθετικότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας	80
5.2.7.	DSSI/sAD - The personal disturbance scale.....	80
5.2.8.	Symptom Checklist-90-Revised (SCL -90R).....	81
5.2.9.	Έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάκων και των ερωτηματολογίων.....	82
5.3.	Στατιστική ανάλυση.....	83
5.4.	Περιορισμοί της μελέτης	84
6.	Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης.....	85
6.1.	Δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων ασθενών.....	85
6.2.	Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (ClinicalCOPDQuestionnaireCCQ)..	90
6.3.	Ερωτηματολόγιο MSPSS.....	95
6.4.	Ερωτηματολόγιο για το Κέντρο Ελέγχου της Υγείας (HLC).....	109
6.5.	Ερωτηματολόγιο για την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής (OAS).....	112
6.6.	Ερωτηματολόγιο ενόχλησης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.....	117
6.7.	Ερωτηματολόγιο για το Βίωμα της Ντροπής (ESS).....	124
6.8.	Ερωτηματολόγιο HDHQ.....	130
6.9.	Ερωτηματολόγιο για συμπτώματα ψυχοπαθολογίας SCL-90.....	148
6.10.	Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων	159
7.	Συζήτηση.....	161
7.1.	Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ).....	161

7.2.	Ερωτηματολόγιο MSPSS.....	164
7.3.	Ερωτηματολόγιο HLC.....	166
7.4.	Ερωτηματολόγιο ESS.....	167
7.5.	Ερωτηματολόγιο για την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής (OAS).....	169
7.6.	Ερωτηματολόγιο DSSI/sAD.....	171
7.7.	Ερωτηματολόγιο HDHQ.....	173
7.8.	SCL -90R Symptom Checklist-90-Revised.....	178
8.	Συμπεράσματα.....	183
	Βιβλιογραφία.....	185
	Παράρτημα.....	224

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ΧΑΠ είναι μια εξελισσόμενη ασθένεια με πολύπλευρες προεκτάσεις. Ο αντίκτυπος της νόσου συχνά επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία του ασθενή, με συνέπεια την επιδείνωση της ποιότητας ζωής του, αλλά και απομείωση της αυτοτέλειας του εν γένει.

Σκοπός: της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΧΑΠ, και η εκτίμηση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν.

Υλικό και μέθοδος: Διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη σε 203 ασθενείς με ΧΑΠ (112 άνδρες και 91 γυναίκες) σε δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) τη χρονική περίοδο 2014-2016. Καταγράφησαν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και δεδομένα για τις καπνιστικές τους συνήθειες, το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και το στάδιο της νόσου. Η ποιότητα ζωής των ασθενών εκτιμήθηκε με το κλινικό ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ) και η κοινωνική υποστήριξη με το πολυφασικό ερωτηματολόγιο για την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (MSPSS). Επίσης αξιολογήθηκαν τα αισθήματα ντροπής με τις κλίμακες OAS και ESS, το άγχος και η κατάθλιψη (DSSi/sAD), η επιθετικότητα, (HDHQ), η εστία ελέγχου της υγείας (HLC) και τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (SCL-90 R).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΧΑΠ γενικά καταγράφουν ικανοποιητικές τιμές προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και σχετικά χαμηλά επίπεδα ντροπής.

Η ποιότητα ζωής φαίνεται ότι επιδεινώνεται με την εξέλιξη της νόσου ($p:0,000$) και η εστία ελέγχου της υγείας μετατοπίζεται σε άτομα του ιατρικού και οικογενειακού περιβάλλοντος, αλλά και στον παράγοντα τύχη ($p: 0.000$).

Η εμφάνιση άγχους, κατάθλιψης, συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας συνδέεται με το γυναικείο φύλο ($p:0,000$), την επιβαρυσμένη οικονομική κατάσταση ($p:0,000$) και την απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος. Η ηλικία των ασθενών παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το άγχος ($p: 0,025$), την κατάθλιψη ($p:0,006$) και την επιθετικότητα ($p: 0,009$) που εκδηλώνουν.

Οι ασθενείς με ΧΑΠ που συνεχίζουν το κάπνισμα, συγκρινόμενοι με αυτούς που το έχουν διακόψει, παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική επιβάρυνση σε όλες σχεδόν τις ψυχολογικές παραμέτρους που εξετάστηκαν σε αυτή τη μελέτη ($p: 0.005$).

Συμπεράσματα: Η οικογένεια, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση και η συνέχιση του καπνίσματος, συνδέονται με την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, και έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του. Η εκτίμηση αυτών των παραγόντων στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στη συνολική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς.

Abstract

Introduction: COPD is an evolving disease with multifaceted extensions. The impact of the illness often adversely affects the patient's psychology, resulting in a deterioration in the quality of life, as well as impairment of its independence in general.

Purpose: of this study is to investigate the psychological characteristics of COPD patients, and to assess the social support they receive.

Material and method: A cross-sectional study was conducted in 203 COPD patients (112 males and 91 women) in Primary Health Care services during the period 2014-2016. Participants' demographics and data about their smoking habits, Body Mass Index (BMI) and disease stage were recorded. Patient quality of life was assessed using the COPD Clinical Questionnaire (CCQ) and social support using the MSPSS questionnaire. Also evaluated Shame (OAS and ESS), stress and depression (DSSi/sAD), hostility(HDHQ), Locus of Health Control (HLC) and psychopathology symptoms (SCL-90R).

Results: COPD patients report satisfactory values for perceived social support and relatively low levels of shame.

The quality of life seems to be exacerbated by disease progression (p: 0.000) and the locus of health control is shifting to persons in the medical and family environment, but also to chance.

The occurrence of anxiety, depression, psychopathology and hostility is associated with the female sex (p: 0.000), the financial condition (p: 0.000) and the absence of a family environment. The age of patients is negatively correlated with anxiety (p: 0.025), depression (p: 0.006) and hostility (p: 0.009).

COPD patients who continue smoking compared to those who quit smoking, have a statistically significant burden on almost all the psychological parameters examined in this study(p: 0.005).

Conclusions: Family, educational level, economic status and the continuation of smoking are associated with the psychological state of the patients and have an impact on their quality of life. The assessment of these factors in the context of primary health care could contribute to the overall treatment of the patient's health problems.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελεί μια χρόνια πάθηση του αναπνευστικού συστήματος και κατατάσσεται στην τέταρτη θέση παγκοσμίως ως αιτία θανάτου, ενώ μέχρι το 2020 αναμένεται να αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου αν δεν ληφθούν δραστικά μέτρα για την αντιμετώπισή της. Οι πολλαπλές επιπτώσεις της ΧΑΠ αφορούν - μεταξύ άλλων- στην προσωπικότητα του ασθενούς, στην καθημερινότητά του, αλλά και στη ζωή των ατόμων του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντός του. Συνεπώς διαφαίνεται έντονα η χρησιμότητα διερεύνησης όλων των παραμέτρων που μπορεί να επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου, και σε αυτή την εξέλιξη είναι κομβικός ο ρόλος την ψυχοσύνθεσης των ασθενών.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΧΑΠ. Η απουσία συγκεκριμένων και απτών αποτελεσμάτων στην ελληνική βιβλιογραφία, καθιστούν αναγκαία την εύρεση στοιχείων για την εξεύρεση λύσεων, γεγονός αναντίρρητα επιτακτικό, ιδιαίτερα εάν ληφθεί υπόψη ο επιπολασμός της νόσου και οι ψυχολογικές, σωματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις που προκαλεί. Ειδικότερα, επιχειρείται να σκιαγραφηθεί το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών και να εντοπιστούν ομοιότητες και διαφορές σε μια σειρά μεταβλητών, όπως το φύλο, η ηλικία, το ιστορικό καπνίσματος, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, το στάδιο της ασθένειας και ο δείκτης μάζας σώματος.

Για την εκτίμηση των παραπάνω αξιοποιούνται ερευνητικά εργαλεία τα οποία είναι επιλεγμένα με βάση τα κριτήρια της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας εφαρμογής τους. Μάλιστα, κάποιες από αυτές τις κλίμακες χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά ως εργαλεία διερεύνησης της συγκεκριμένης νόσου. Πιο συγκεκριμένα τα υλικά που αξιοποιήθηκαν στην έρευνα για την ανίχνευση πιθανών συσχετισμών με τη ΧΑΠ αφορούν την αξιολόγηση της

ποιότητας ζωής, την εχθρότητα-επιθετικότητα, το κέντρο ελέγχου της υγείας, την κοινωνική υποστήριξη, την ντροπή, το άγχος, την κατάθλιψη και την ψυχοπαθολογία.

Στόχοι της παρούσας έρευνας είναι η εύρεση συσχετίσεων και η ερμηνεία τους στη βάση της αναζήτησης αποτελεσματικότερων, εγκυρότερων και χρησιμότερων τρόπων παρέμβασης. Επιδιώκεται μια ευρεία προσέγγιση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των πασχόντων της συγκεκριμένης νόσου που θα αποτελεί ταυτόχρονα μια βάση δεδομένων για τον ελληνικό πληθυσμό αλλά και ένα βήμα για μελλοντικές έρευνες γύρω από το εξεταζόμενο πεδίο. Βασικός σκοπός των ερευνητικών ερωτημάτων είναι η ανίχνευση όλων εκείνων των αποτελεσμάτων που θα καταστήσουν την παρούσα έρευνα ένα χρήσιμο και ωφέλιμο εργαλείο στα χέρια ενός μελετητή.

Αναφορικά με τη δομή της εργασίας, αυτή αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος παρουσιάζονται διεθνή ερευνητικά δεδομένα που αφορούν την παρουσίαση της νόσου όπου περιλαμβάνεται μια σειρά ορισμών, αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων με σκοπό την εύρεση θεμελίων για τα μετέπειτα ερευνητικά εγχειρήματα. Ειδικότερα στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται στοιχεία για το οργανικό-βιολογικό σκέλος της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας και ακολούθως αναλύονται οι αιτίες που προκαλούν τη συγκεκριμένη νόσο. Έπειτα, σε επόμενες ενότητες ερμηνεύονται ο τομέας της επιδημιολογίας, παρατίθενται οικονομικά στοιχεία, η εξέλιξη της νόσου και το πρώτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις θεραπείες για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Με βάση τα καταγεγραμμένα στοιχεία πολλών διαθέσιμων διεθνών ερευνών παρατίθενται στοιχεία, στατιστικά και περιπτώσεις

συναισθηματικών διαταραχών που ταλανίζουν την καθημερινότητα του ασθενή σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων

Ακολούθως, στο τρίτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται αναφορά για τα τις επιδράσεις που προκαλούν ψυχικές ασθένειες, όπως το άγχος και η κατάθλιψη στις περιπτώσεις ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Μέσω της ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, επιδιώκεται η παραστατική απεικόνιση των συνεπειών στην ποιότητα ζωής των ατόμων, στην αυτοδιαχείριση του ατόμου, η διευκρίνιση του μεγέθους και του βαθμού προσαρμοστικότητας του ασθενούς αλλά και ανάλυση των μεθόδων διάγνωσης και αξιολόγησης των παραπάνω ψυχικών ασθενειών.

Τέλος, στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο αντίστοιχα, παρουσιάζονται στατιστικά δεδομένα και χρήσιμα στοιχεία σχετικά με τη σχέση της ενοχής και της ντροπής στην καθημερινότητα των ασθενών και καταγράφεται η συνολική εικόνα της ψυχοπαθολογίας.

Στο ειδικό μέρος που έπεται γίνεται αρχικά, μια αναφορά στο είδος της μεθόδου, τη συγχρονική μελέτη που ακολουθήθηκε και στο είδος της δειγματοληψίας (τυχαία) που επελέγη. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα υλικά που αξιοποιήθηκαν, όπως οι κλίμακες και τα ερωτηματολόγια. Πρόκειται για τα ακόλουθα εργαλεία: CCQ - Clinical COPD Questionnaire, MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support, HLC - Health Locus Control, ESS - Experience of Shame Scale, OAS - Other As Shamer Scale, HDHQ The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, DSSI/Sad - The personal disturbance scale, SCL -90R Symptom Checklist-90-Revised.

Ακόμη, γίνεται λόγος για τον έλεγχο αξιοπιστίας, ο οποίος διενεργήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach alpha, όπου σε όλες τις περιπτώσεις διαπιστώθηκε μια πολύ καλή έως άριστη εφαρμογή. Επιπλέον, μετά τον έλεγχο αξιοπιστίας καταγράφονται τα αποτελέσματα

της στατιστικής ανάλυσης και αναλύεται διεξοδικά ο τρόπος εργασίας και η επιλογή των κριτηρίων του στατιστικού προγράμματος που αξιοποιήθηκαν για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων. Στο τέλος, ακολουθεί η συζήτηση για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων που διαπιστώθηκαν, οι περιορισμοί της έρευνας και η βιβλιογραφία, όπου καταγράφεται το σύνολο των πηγών που αξιοποιήθηκαν για την περάτωση της παρούσας εργασίας.

2. Το οργανικό-βιολογικό σκέλος της ΧΑΠ

2.1 Ορισμός της Νόσου

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) θεωρείται υπεύθυνη για την πρόκληση πολυετούς νοσηρότητας και μετέπειτα αυξημένης θνησιμότητας σε ολόκληρο τον κόσμο. Πρόκειται για μία χρόνια και εξελίξιμη κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από μία αργή, αμετάκλητη, βρογχική απόφραξη και διακυμαινόμενα συμπτώματα επαναλαμβανόμενου βήχα και δύσπνοιας (Pauwels, Buist, Calverley, Jenkins, Hurd, & GOLD Scientific Committee, 2001).

Το 1995 η Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία (ERS) όρισε τη ΧΑΠ ως *διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μειωμένη εκπνευστική ροή και αργή εκκένωση των πνευμόνων, όπου τα χαρακτηριστικά αυτά δεν μεταβάλλονται σημαντικά, κατά τη διάρκεια αρκετών μηνών, ενώ οι περιορισμοί της ροής του αέρα είναι αργοί, προοδευτικοί και μη αναστρέψιμοι* (Siafakas, και συν., 1995). Το 1995 η Αμερικανική Θωρακική Εταιρεία (ATS) προσδιόρισε την ίδια νόσο ως *μακατάσταση ασθένειας χαρακτηριζόμενη από την απόφραξη των αεραγωγών, λόγω της χρόνιας βρογχίτιδας ή του εμφυσήματος, όπου η απόφραξη των αεραγωγών δύναται να είναι*

γενικά προοδευτική, να συνοδεύεται από υπερδραστηριότητα των αεροφόρων οδών και να είναι μερικώς αναστρέψιμη (ATS Statement, 1995). Γενικότερα, πρόκειται για μια ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από τη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου και συνοδεύεται από συμπτώματα, όπως η δύσπνοια, ο βήχας και η παραγωγή πτυέλων (Rabe, και συν., 2007).

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (COPD) είναι επίσης, μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις βιομηχανικές και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το 1997 κατατάχθηκε ως η τέταρτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τους όγκους και τα αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Τα στοιχεία από το εθνικό σύστημα υγείας των ΗΠΑ απεικονίζουν την επικινδυνότητα της ΧΑΠ, η οποία μαζί με τον σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν αυξητική τάση στους δείκτες θνησιμότητας στα τέλη του 20^{ου} αιώνα (National Center for Health Statistics, 2001), όταν την ανάλογη χρονική περίοδο τα ποσοστά θανάτου από τη στεφανιαία νόσο στους άνδρες μειώθηκαν κατά 59%. Ομοίως, οι θάνατοι από τα εγκεφαλικά επεισόδια και τις άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις σημείωσαν μείωση της τάξης του 64% και του 35% αντίστοιχα, όταν οι θάνατοι από τη ΧΑΠ αυξήθηκαν κατά 163% (Pauwels και συν., 2001). Επισημαίνεται ότι η θνησιμότητα που οφείλεται στη ΧΑΠ συνεχίζει να αυξάνεται σε πολλές άλλες αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της παγκόσμιας εξάπλωσης του καπνίσματος (Barnes, 2001).

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες εκτιμήσεις, το 2020 η ΧΑΠ θα αποτελεί πιθανότατα, την τρίτη κύρια αιτία θανάτου σε ολόκληρο τον κόσμο ακολουθώντας την αύξηση επιπολασμού του καρκίνου του πνεύμονα (Viegi, Scognamiglio, Baldacci, Pistelli, & Carrozzi, 2001). Αυτή η εκτίμηση ταυτίζεται με μια προγενέστερη, σύμφωνα με την οποία, η ΧΑΠ και ως αιτία της

νοσηρότητας θα ανέλθει στην τρίτη θέση, στον ίδιο χρονικό ορίζοντα. (Murray & Lopez, 1997).

Η ΧΑΠ δομικά αποτελεί ένα κράμα αποτελούμενο από δύο νοσολογικές καταστάσεις, τη χρόνια βρογχίτιδα (chronic bronchitis) και το πνευμονικό εμφύσημα (pulmonary emphysema), που καθιστούν πιο δύσκολη τη διαδικασία της αναπνοής. Από τη μία πλευρά, η χρόνια βρογχίτιδα ερεθίζει και στενεύει τους αεραγωγούς (βρόγχους), ενώ από την άλλη πλευρά, το εμφύσημα καταστρέφει τμήματα των πνευμόνων.

Η βρογχίτιδα, είναι μια φλεγμονή των κύριων αεραγωγών των πνευμόνων. Πρόκειται για μια μακροχρόνια πάθηση, κατά τη διάρκεια της οποίας οι ασθενείς εκδηλώνουν έντονα συμπτώματα βήχα και παράγουν περίσσεια βλέννα. Η χρόνια βρογχίτιδα παρουσιάζεται βιβλιογραφικά σε ποσοστό 4 έως 22% στους μη καπνιστές (Miravittles και συν., 2006; Pelkonen, Notkola, Nissinen, Tukiainen, & Koskela, 2006), γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη και άλλων παραγόντων κινδύνου. Για να διαγνωσθεί ένα άτομο με χρόνια βρογχίτιδα θα πρέπει να έχει παραγωγικό βήχα τις περισσότερες μέρες του μήνα για τουλάχιστον ένα τρίμηνο. Οι κλινικές συνέπειές της περιλαμβάνουν αυξημένο ρυθμό παρόξυνσης, επιταχυνόμενη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ατόμου (HRQL), ενώ είναι υπαρκτό το ενδεχόμενο αυξημένης θνησιμότητας (Vestbo, Prescott, & Lange, 1996; Guerra, Sherrill, Venker, Ceccato, Halonen, & Martinez, 2009). Η νόσος αυτή προκαλείται από την υπερπαραγωγή και την υπερέκκριση βλέννας μέσω κυλικών κυττάρων, γεγονός που προκαλεί επιδείνωση της ροής του αέρα και παράλληλη απόφραξη του αυλού των μικρών αεραγωγών, επιθηλιακή αναδιαμόρφωση, αλλά και μεταβολές στην επιφανειακή τάση των αεραγωγών.

Στο πνευμονικό εμφύσημα εμφανίζονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενούς. Παρατηρούνται ατροφικές μεταβολές στους βρόγχους και εξασθένηση των πνευμονικών δομών, εξαιτίας της διάτασης ή της καταστροφής των τοιχωμάτων των πνευμόνων, λόγω της παθολογικής αύξησης του μεγέθους των τμημάτων τους. Γενικότερα, χαρακτηρίζεται από την καταστροφή των τοιχωμάτων των κυψελιδικών σάκων/αγωγών πέραν του τέλους του βρογχιόλιου με μία δυσανάλογη αύξηση του μεγέθους των περιφερειακών αεραγωγών (Snider, 1985). Το μετέπειτα κεντρολοβιακό εμφύσημα είναι αποτέλεσμα της διαστολής ή της καταστροφής των αναπνευστικών βρογχιολίων και πρόκειται για μια μορφή εμφυσήματος που σχετίζεται με το κάπνισμα.

Κοινή συνισταμένη των πεποιθήσεων, ως προς τον ορισμό της ΧΑΠ είναι ο βαθμός απόφραξης των αεραγωγών, όπου τα επίπεδα της λειτουργίας των πνευμόνων κυμαίνονται σε $FEV1 / FVC < 70\%$, ενώ η παρουσία της μετα-βρογχοδιαστολής οριοθετείται ως $FEV1 < 80\%$ της προβλεπόμενης τιμής, η οποία δεν είναι πλήρως αναστρέψιμη (Petty 1998; Pauwels και συν., 2001).

FEV1: Είναι ο δείκτης του βίαια εκπνεόμενου όγκου αέρα κατά το πρώτο δευτερόλεπτο.

FVC: Είναι ο δείκτης της δυναμικής ζωτικής χωρητικότητας. Πρόκειται για την ποσότητα του αέρα που μπορεί να εκπνέεται βίαια από τους πνεύμονες μετά τη λήψη της μέγιστα δυνατής βαθιάς αναπνοής ή πιο απλά, η βίαια εκπνεόμενη ζωτική χωρητικότητα: Η μερική αρτηριακή πίεση του οξυγόνου (PaO_2) είναι μικρότερη από 8.0kPa (60mmHg) με CO_2 ή χωρίς CO_2 ($PaCO_2$) μεγαλύτερη από 6.7 kPa (50mmHg).

Σύμφωνα με τα κριτήρια **GOLD**, όπως ορίστηκαν από την Παγκόσμια Πρωτοβουλία για τη Χρόνια Αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), την Αμερικανική Θωρακική Εταιρεία (ATS) και την Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική

Εταιρεία (ERS), η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια ταξινομείται σε τέσσερα στάδια (Von Essen, Robbins, Thompson, Ertl, Linder, & Rennard, 1988). Ο υπάρχων ορισμός των GOLD & ATS/ERS για τον περιορισμό της ροής του αέρα είναι μια FEV₁: FVC αναλογία μικρότερη από 70%, μετρούμενη σύμφωνα με τη λειτουργία των πνευμόνων μετά από βρογχοδιαστολή (World Health Organization, 2006; Celli & MacNee, 2004).

Stage I	Mild COPD	FEV ₁ /FVC < 0.70	FEV ₁ ≥ 80% normal
Stage II	Moderate COPD	FEV ₁ /FVC < 0.70	FEV ₁ 50-79% normal
Stage III	Severe COPD	FEV ₁ /FVC < 0.70	FEV ₁ 30-49% normal
Stage IV	Very Severe COPD	FEV ₁ /FVC < 0.70	FEV ₁ < 30% normal, or < 50% normal with chronic respiratory failure present*

Σε αρχικό στάδιο, τα άτομα βρίσκονται σε κίνδυνο, εξαιτίας του χρόνιου βήχα και της παραγωγής πτυέλων. Ωστόσο, η πνευμονική λειτουργία κατά τη σπυρομέτρηση βρίσκεται ακόμα σε φυσιολογικά επίπεδα. Στο πρώτο στάδιο της νόσου, το οποίο χαρακτηρίζει τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ως ήπια (mild) ο περιορισμός της ροής του αέρα είναι FEV₁/FVC, 70%, αλλά FEV₁ > 80% και συνήθως, αλλά όχι πάντα, συνοδεύεται από χρόνια βήχα και παραγωγή πτυέλων. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο δεν είναι σε θέση να γνωρίζει, αν η πνευμονική λειτουργία του βρίσκεται στα προβλεπόμενα επίπεδα κανονικότητας.

Κατά το δεύτερο στάδιο, αυτό της μέτριας (moderate) κατάστασης ο περιορισμός του αέρα εμφανίζει επιδείνωση της ροής του αέρα (80% < FEV₁), όπου τα συμπτώματα εξελίσσονται, με κύριο χαρακτηριστικό, την ανάπτυξη της δύσπνοιας. Αυτό είναι το στάδιο, κατά το οποίο οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια είτε λόγω της δύσπνοιας είτε εξαιτίας της όξυνσης της νόσου τους.

Στο τρίτο στάδιο βρίσκεται το επίπεδο, όπου κατατάσσονται οι ασθενείς με ιδιαίτερη επιδείνωση, οι οποίοι εμφανίζουν ($FEV_1 < 50\%$). Οι επαναλαμβανόμενες παροξύνσεις στο στάδιο αυτό έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με την κόπωση να είναι πιο εμφανής.

Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο, η ΧΑΠ χαρακτηρίζεται ως πολύ σοβαρή (very severe) και παρατηρείται σημαντικός περιορισμός της ροής του αέρα ($FEV_1 < 30\%$), ενώ είναι πολύ πιθανή η παρουσία αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σε αυτό στάδιο, η ποιότητα ζωής είναι αισθητά μειωμένη και οι υπάρχουσες παροξύνσεις μπορεί να γίνουν απειλητικές για τη ζωή.

2.2. Αιτίες πρόκλησης της ΧΑΠ

Η ΧΑΠ είναι ένα σύνολο από ετερογενείς συνθήκες που επηρεάζουν τις δομές εντός του πνεύμονα, και οδηγούν στον περιορισμό της εκπνευστικής ροής του αέρα. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η συνεχής έκθεση σε επαγγελματική και εσωτερική ρύπανση του αέρα και η ανεπάρκεια της άλφα-1 αντιθρυψίνης (Sherrill και συν., 1990; Petty 1998; Chen & Mannino 1999; Pauwels και συν., 2001).

Η κυριότερη αιτία πρόκλησης της νόσου είναι το κάπνισμα. Σύμφωνα με υπολογισμούς, το κάπνισμα ευθύνεται για το 80-90% των περιπτώσεων ΧΑΠ στις ανεπτυγμένες χώρες (Chen & Mannino, 1999). Κατά κύριο λόγο, ένα μεγάλο ποσοστό που προσεγγίζει το 85% των περιπτώσεων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) αποδίδεται στη χρήση καπνού, είτε πρόκειται για ενεργητικό είτε για παθητικό καπνιστή. Για το λόγο αυτό η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί την πιο σημαντική συμπεριφορική παρέμβαση με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την καθυστέρηση της εξέλιξης της ΧΑΠ (Rennard, 2004), ενώ μια σειρά προηγούμενων μελετών έχει δείξει ότι η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με τη βελτίωση των τιμών της FEV1 (Fletcher, Peto, Tinker, & Speizer, 1976).

Ωστόσο, διευκρινίζεται πως η συγκεκριμένη νόσος δεν πλήττει το σύνολο των ατόμων που κάνουν χρήση καπνού, καθώς το 15-20% των καπνιστών δύναται να εμφανίσει ΧΑΠ, αν και τα τελευταία στοιχεία επισημαίνεται ότι ο αριθμός μπορεί να ανέλθει στο 50% (Lundbäck, Lindberg, Lindström, Rönmark, Jonsson, & Jönsson, 2003). Αυτές οι διαφορές ως προς τα ποσοστά που παρουσιάζουν αυξητική τάση τεκμηριώνονται και από τις εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. Το 2005, σύμφωνα με καταγεγραμμένα στοιχεία 5,4 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους, λόγω της χρήσης καπνού. Οι θάνατοι που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη αιτία αναμένεται να αυξηθούν σε 8,3 εκατομμύρια ετησίως μέχρι το 2030.

Ο δεύτερος παράγοντας, που αποδεδειγμένα συμβάλλει στην ανάπτυξη της νόσου είναι η ρύπανση του αέρα. Ο καπνός από στερεά καύσιμα προκαλεί το 20% των περιπτώσεων της ΧΑΠ σε όλο τον κόσμο (World Health Report, 2002). Στερεά καύσιμα θεωρούνται ο λιγνίτης, ο λιθάνθρακας, ο ανθρακίτης κλπ. Άτομα που εργάζονται στον δευτερογενή τομέα είναι πιο πιθανό με βάση την έκθεσή τους, να αναπτύξουν ΧΑΠ, επειδή η σωματιδιακή ύλη, οι ερεθιστικές ουσίες ή οργανικές σκόινες μπορούν να προκαλέσουν μια αύξηση στην υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών, ιδιαίτερα σε εκείνους που έχουν ήδη πληγεί από το κάπνισμα ή το άσθμα.

Ο τρίτος παράγοντας που έχει επισημανθεί ως προπομπός πρόκλησης της ΧΑΠ είναι η περιορισμένη παρουσία της α1-αντιθρυψίνης. Η Α1-αντιθρυψίνη (ΑΑΤ) είναι μια πρωτεΐνη που παράγεται στο ήπαρ. Διακρίνεται για την προστατευτική της λειτουργία, καθώς εμποδίζει την απελευθέρωση πρωτεολυτικών ενζύμων που είναι βλαβερά για τους πνευμονικούς ιστούς. Η ανεπάρκεια της μπορεί να είναι επίκτητη ή κληρονομική και επιτρέπει σε πρωτεολυτικά ένζυμα να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς του πνεύμονα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εμφυσήματος σε μη καπνιστές, ακόμα και στην αρχή της ενηλικίωσης. Στους δε καπνιστές, η ανεπάρκεια της ΑΑΤ επιφέρει σημαντική επιδείνωση των συμπτωμάτων, λόγω της καταστροφής των τοιχωμάτων των κυψελίδων.

Αρκετοί είναι οι επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής όσο και της επιβίωση των ασθενών με ΧΑΠ. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες αφορούν στη μειωμένη μάζα σώματος (Wouters, Creutzberg, & Schols, 2002),στη λειτουργική κατάσταση του ατόμου (Ferrer και συν., 2002),στην ικανότητα άσκησης (Agusti, 2001) και στα αναπνευστικά συμπτώματα εκτός από το βήχα ή τα πτύελα (Eisner, Yelin, Trupin, & Blanc, 2002) και την παρουσία άλλων νόσων (Yohannes, Baldwin, & Connolly, 2000).

2.3. Επιδημιολογία της ΧΑΠ

Οι παράγοντες κινδύνου που είναι υπεύθυνοι για τη ΧΑΠ είναι τόσο ενδογενείς όσο και εξωγενείς – περιβαλλοντικοί, με αποτέλεσμα η νόσος συνήθως να προκαλείται από την αλληλεπίδρασή τους. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν ταυτοποιηθεί και είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία ή την πρόκληση της ασθένειας είναι ο καπνός, η βαριά έκθεση σε σκόνες και χημικά (ατμοί και αναθυμιάσεις) και η μόλυνση του αέρα. Άλλες συνιστώσες που είναι υπό διερεύνηση είναι η μόλυνση του αναπνευστικού συστήματος, ο κοινωνικοοικονομικός δείκτης, η διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ, η ηλικία, το φύλο, ακαθόριστα οικογενειακοί παράγοντες, η υπερέκκριση βλέννας, και η υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών.

Σε περιοχές με υψηλότερη συγκέντρωση σωματιδίων στον μολυσμένο αέρα, μια σειρά μελετών όπως η AHSMOG (Euler, Abbey, Magie, & Hodgkin, 1987) και η SAPALDIA (Zemp και συν., 1990) έδειξαν εντονότερη υπερέκκριση και δύσπνοια, συχνότερη χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα και εμφάνιση της ΧΑΠ. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με πορίσματα ερευνών που διεξήχθησαν σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, καθώς συχνότερη εμφάνιση ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος παρατηρήθηκε σε περιοχές με υψηλότερη ατμοσφαιρική ρύπανση, όπως η ΗΠΑ (Burrows, Kellogg, & Buskey, 2001) και η Πολωνία (Sawicki, 1972).

Η ΧΑΠ εθεωρείτο ότι προσβάλλει ως επί το πλείστον συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι άνδρες καπνιστές. Παραδόξως το 2000, σημειώθηκαν περισσότεροι θάνατοι στις ΗΠΑ στο γυναικείο φύλο παρά στο ανδρικό (Mannino, Homa, Akinbami, Ford,

& Redd, 2002). Αξίζει να επισημανθεί πως σε όλες τις χώρες (με εξαίρεση της Νορβηγίας, της Σουηδίας και της Νέας Ζηλανδίας) οι γυναίκες καπνίζουν κατά βάση λιγότερο από τους άνδρες (World Health Organization, 2010).

Επιπροσθέτως, η θνησιμότητα από τη ΧΑΠ αυξάνεται στις γυναίκες στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική και ως φαινόμενο είναι πιο αισθητό στη Δανία (Brown, Crombie, & Tunstall-Pedoe, 1994). Λαμβάνοντας υπόψη πως η αύξηση της θνησιμότητας συσχετίζεται με την αύξηση του καπνίσματος, η υψηλή θνησιμότητα στη Δανία ερμηνεύεται από την εκτεταμένη χρήση καπνού μεταξύ των γυναικών αυτής της χώρας (Todd, 1986). Σε μελέτες που εξετάζουν το κάπνισμα ως μοναδική αιτία αναπνευστικής αναπάρκειας και θνησιμότητας παρατηρείται ότι η συχνότητα είναι σταθερά υψηλότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (Lange, Nyboe, Appleyard, Jensen, & Schnohr, 1990) και ειδικά στα νεότερα άτομα (Lange και συν., 1989). Επιπλέον, οι γυναίκες που καπνίζουν περισσότερο από τον μέσο όρο, εμφανίζουν εντονότερη απομείωση της πνευμονικής τους λειτουργίας συγκριτικά με τους άνδρες (Sorlie, Kannel, & O'Connor, 1989). Παράλληλα, σύμφωνα με την πιο ολοκληρωμένη παγκόσμια επιδημιολογική μελέτη *Global Burden of Disease* (GBD) που διεξάγεται υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Τράπεζας (Murray & Lopez, 1996), η εμφάνιση της ΧΑΠ το 1990, σε παγκόσμιο επίπεδο και ως προς το φύλο εκτιμήθηκε ότι ήταν 9,34/1,000 στους άνδρες και 7,33/1.000 σε γυναίκες.

Έχει επισημανθεί ότι η συχνότητα κινδύνου για εμφάνιση της νόσου είναι κατά δύο έως και τρεις φορές μεγαλύτερη για τους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές, όπως προκύπτει από τον έλεγχο με σπιρομέτρηση και την αξιολόγηση με τα κριτήρια Gold ή BTS (Lindberg, Eriksson, Larsson, Rönmark, Sandstrom, & Lundbäck, 2006).

Επίσης, σημαντικός παράγοντας προς διερεύνηση είναι η ηλικία. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου η πλειοψηφία των μελετών (62%) αφορούσε ασθενείς άνω των 40 ετών,

βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της ΧΑΠ αυξάνεται με την ηλικία, όπου ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος κατά πέντε φορές για τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών σε σύγκριση με τους ασθενείς ηλικίας κάτω των 40 ετών (Postma & Siafakas, 1998).

Ένας επιπρόσθετος επιδημιολογικός τομέας εξέτασης είναι ο γεωγραφικός χώρος. Στην Ευρώπη, η θνησιμότητα που οφείλεται στη ΧΑΠ ποικίλει από χώρα σε χώρα. Στην Ελλάδα, τη Σουηδία, την Ισλανδία και τη Νορβηγία προκαλούνται 20 θάνατοι ανά 100.000 άτομα. Αυτή αναλογία υπερτετραπλασιάζεται στην Ουκρανία και στη Ρουμανία όπου παιθαίνουν πάνω από 80 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού. Η Γαλλία βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο, με το ποσοστό θνησιμότητας να είναι περίπου 40 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού (E.R.S./E.L.F., 2003). Στις δε αναπτυσσόμενες χώρες, η θνησιμότητα συσχετίζεται επίσης με την αύξηση του καπνίσματος. Στην Κίνα, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 12% των θανάτων με τις προβλέψεις να προβάλλουν την εκτίμηση ότι το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να προσεγγίσει το 30% το 2030 (Niu και συν., 1998).

Τέλος, ένας ακόμη προγνωστικός δείκτης είναι η άγνοια του πληθυσμού για τη νόσο και τις συνέπειές της. Σε δημόσια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2002, όταν τέθηκε το ερώτημα κατά πόσο είναι γνωστή η νόσος της ΧΑΠ, μόνο το 15% των Αμερικανών ήταν σε θέση να απαντήσει πως πρόκειται για μια ασθένεια των πνευμόνων. Το ποσοστό των απαντήσεων παρουσιάστηκε ακόμη χαμηλότερο για άλλες χώρες που συμμετείχαν στην ίδια έρευνα, όπως η Γερμανία, η Βραζιλία και η Κίνα (Pauwels, 2003).

2.4. Οικονομικά στοιχεία και εξέλιξη της ΧΑΠ

Ο οικονομικός αντίκτυπος της ΧΑΠ αναμένεται ότι θα αυξηθεί και θα επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στο δημοσιονομικό τομέα της υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Στις Η.Π.Α το άμεσο και έμμεσο κόστος της ΧΑΠ ανήλθε στο ποσό των 24 δισεκατομμυρίων δολαρίων το 1993 (Viegi και συν., 2001). Ειδικότερα, ως προς τις άμεσες δαπάνες η οικονομική επίπτωση της ΧΑΠ για το ίδιο έτος στη συγκεκριμένη χώρα εκτιμάται ότι αντιστοιχούσε σε 15.500.000.000\$, εκ των οποίων τα 6,1 δισεκατομμύρια αφορούσαν εισαγωγές στο νοσοκομείο για νοσηλεία (Hilleman, Dewan, Malesker, & Friedman, 2000).

Αντίστοιχο κόστος την ίδια περίοδο, αναφέρεται για την Ισπανία, όπου η κοστολόγηση της ΧΑΠ ανήλθε στο ποσό των 800 εκατομμυρίων δολαρίων για το έτος 1994 περιλαμβάνοντας τόσο τις άμεσες όσο και τις έμμεσες δαπάνες. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι το κόστος της νοσηλείας αντιπροσωπεύει το 40-57% του συνόλου των άμεσων δαπανών που προκύπτουν από τους ασθενείς με ΧΑΠ, φθάνοντας έως και το 63% σε ασθενείς με σοβαρή νόσο (Miravitlles, Murio, Guerrero, & Gisbert, 2003; Hilleman και συν., 2000). Στη Γαλλία, το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή εκτιμάται ότι προσεγγίζει το ποσό των 4.366 ευρώ. Το 41% του κόστους σχετίζεται με την ιατρική φροντίδα και την παρακολούθηση του ασθενούς, το 25% αφορά στην αντιμετώπιση των παροξύνσεων της νόσου, ενώ το υπόλοιπο 34% σε άλλες διαταραχές. Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι το 33% του κόστους αφορούσε στη νοσηλεία του ασθενούς και το 31% σε φαρμακευτικές δαπάνες (Detournay και συν., 2004).

Αξίζει να τονιστεί πως οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με σοβαρή μορφή ΧΑΠ έχουν υπόλοιπο ζωής τα 10 έτη και το συνολικό ατομικό κόστος περίθαλψης ανέρχεται στα 43.785\$. Η αύξηση του κόστους συσχετίζεται ευθέως με την κλιμάκωση του σταδίου της ασθένειας. Το γεγονός αυτό επισημαίνεται και σε μία σουηδική μελέτη, όπου σε δείγμα 212 ασθενών το 4% από αυτούς που βρισκόταν στο πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου απορροφούσε το 30% της συνολικής δαπάνης, ενώ το 83% που είχε ήπιας μορφής ΧΑΠ κατανάλωνε μόλις το 29% των δαπανών (Jansson, Andersson, Borg, Ericsson, Jonsson, & Lundback, 2002).

Το πιο σημαντικό κόστος συγκεντρώνεται προς στο τέλος του κύκλου ζωής των ασθενών με ΧΑΠ, όπου σημειώνονται υψηλότερα ποσοστά της νοσηλευτικής φροντίδας και υψηλότερες δαπάνες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών της ζωής τους συγκριτικά με αντίστοιχους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (US Public Health Service, 2000). Σε πρόσφατη μελέτη, η οποία περιελάμβανε ένα πολύ μεγάλο δείγμα, μεταξύ 183.681 ασθενών που διαγνώστηκαν με ΧΑΠ, παρατηρήθηκε πως τα πιο συχνά συνοδά νοσήματα ήταν η καρδιαγγειακή νόσος (34,8%), ο διαβήτης (22,8%), το άσθμα (14,7%) και η αναιμία (14,2%). Οι περισσότεροι ασθενείς (52,8%) είχαν ένα ή και δύο συνοδά νοσήματα. Το δε συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ήταν υψηλότερο για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (41.288 \$) και αναιμία (38.870 \$). Οι δαπάνες περίθαλψης ήταν μεγαλύτερες για την αναιμία (10,762\$ περισσότερα, κατά μέσο όρο, από έναν ασθενή με ΧΑΠ χωρίς αναιμία) και το κόστος αυξάνεται ραγδαία όταν αυξάνεται ο αριθμός των εμφανιζόμενων συνοδών νοσημάτων (Mannino και συν., 2015).

Με την ταξινόμηση των ασθενών σύμφωνα με τα κριτήρια GOLD, το ποσοστό θνησιμότητας στα 5 έτη ανέρχεται στο 17% για το στάδιο I, στο 42% για το στάδιο II, στο 49% για το στάδιο III και στο 73% για το στάδιο IV (Loddenkemper, Gibson, & Sibille,

2003) με διαφοροποιήσεις ανά γεωγραφική περιοχή και ανά φύλο. Επί παραδείγματι, στην Αυστραλία, μια μελέτη επεσήμανε μείωση της θνησιμότητας στους άνδρες μεταξύ του 1979 και του 1997, ενώ αύξηση παρατηρήθηκε στις γυναίκες κατά την ίδια περίοδο (Berend, 2001). Αντίστοιχα, στη Γαλλία, η θνησιμότητα αυξήθηκε στις γυναίκες με την πάροδο των ετών, ενώ μια μικρή μείωση έχει σημειωθεί στο ανδρικό φύλο (Fuhrman, Jouglu, Nicolau, Eilstein, & Delmas, 2006).

2.5. Θεραπείες της ΧΑΠ

Λόγω της μη αναστρέψιμης φύσης της Χ.Α.Π., οι στόχοι της θεραπείας εστιάζουν στη μείωση των συμπτωμάτων, καθώς και τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών (Nici και συν., 2006; Pauwels και συν., 2001). Για το λόγο αυτό, οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες αποτελούνται από έναν αλγόριθμο που βασίζεται σε δείκτες, όπως τα αναπνευστικά συμπτώματα, η πνευμονική λειτουργία και οι πιθανοί κίνδυνοι επιδείνωσης της κατάστασης (Calverley, 2013). Ωστόσο, κανένα από τα υπάρχοντα φάρμακα για την ΧΑΠ δεν έχει αποδειχθεί πως τροποποιεί τη μακροπρόθεσμη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας, που αποτελεί το χαρακτηριστικό της νόσου (Anthonisen και συν., 1994; Vestbo, Sorensen, Lange, Brix, Torre, & Viskum, 1999).

Ως επί το πλείστον, η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται για την πρόληψη και τον έλεγχο των συμπτωμάτων, τη μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας των παροξύνσεων, τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και της ανοχής στην άσκηση. Γενικότερα, οι θεραπείες είναι σε μεγάλο βαθμό καταπραΰντικές και τα βρογχοδιασταλτικά αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην διαχείριση της ασθένειας (Cazzola, Page, Rogliani, & Matera, 2013). Τα μακράς δράσης εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά κατέχουν εξέχουσα θέση

στη συνιστώμενη διαχείριση της ΧΑΠ. Ειδικότερα προτείνονται δύο κατηγορίες μακράς δράσης εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών για τη συγκεκριμένη νόσο, οι μακράς δράσης β2-αγωνιστές (LABA) και οι μακράς δράσης μουσκαρινικούς ανταγωνιστές (LAMA). Η Παγκόσμια Πρωτοβουλία για τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (GOLD) συνιστά την ταυτόχρονη χρήση των LAMA/LABA, ως παράλληλη-διπλή και εναλλακτική θεραπεία για τους ασθενείς των ομάδων Β (υψηλά συμπτώματα/χαμηλός κίνδυνος), Γ (χαμηλά συμπτώματα/υψηλός κίνδυνος) και Δ (υψηλά συμπτώματα/υψηλός κίνδυνος) (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2013). Επί του παρόντος υπάρχουν πολλά παραδείγματα συνδυασμών μακράς δράσης β2-αγωνιστών (LABA) και αντι-μουσκαρινικών (LAMA) που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΧΑΠ με αποτέλεσμα οι σταθεροί συνδυασμοί αυτών των φαρμάκων να καταστούν πιθανώς μελλοντικά, ως ο γενικός κανόνας θεραπείας (Tashkin & Ferguson, 2013).

Άλλα μακράς δράσης βρογχοδιασταλτικά φάρμακα συμπεριλαμβανομένων των μικτών PDE3/4 αναστολέων (Franciosi και συν., 2013), των μονομοριακών ανταγωνιστών μουσκαρινικών / β2-αγωνιστών (MABA) (Wielders, Ludwig-Sengpiel, Locantore, Baggen, Chan, & Riley, 2013) και των αναστολέων PDE4 που συνδέονται με LABA (Tannheimer και συν., 2014) είναι σε διερευνητική φάση εξέλιξης.

Άλλες παρεμβατικές προσπάθειες περιλαμβάνουν τη θεραπεία με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, που παρά τα θεωρητικά οφέλη δεν βελτιώνουν την FEV1, αν και έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη συχνότητα των παροξύνσεων και συνδράμουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με FEV1 μικρότερη από 50% (Spencer, Calverley, Burge, & Jones, 2004). Επιπλέον, άλλη μελέτη των Seemungal, Wilkinson, Hurst, Perera, Sapsford, & Wedzicha το 2008 έδειξε ότι η ερυθρομυκίνη μείωνε τη συχνότητα των παροξύνσεων σε 109 ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν το συγκεκριμένο αντιβιοτικό για πάνω από 12 μήνες.

Παράλληλα, η μακροχρόνια θεραπεία με οξυγόνο φαίνεται πως βελτιώνει κατά 2 φορές ή και περισσότερο την κατάσταση των υποξαιμικών ασθενών με ΧΑΠ. Η υποξαιμική συνθήκη ορίζεται ως PaO₂ (μερική πίεση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα) μικρότερη από 55 mm Hg ή από τον κορεσμό οξυγόνου μικρότερο από 90%. Το οξυγόνο πρέπει να χρησιμοποιείται σε αυτή την περίπτωση για 15-19 ώρες την ημέρα, ώστε να είναι αποτελεσματική η θεραπεία (Duiverman, Wempe, Bladder, Jansen, Kerstjens, & Zijlstra, 2008; Crockett, Moss, Cranston, & Alpers, 2000; Ringbaek, 2005).

Τέλος, τα αποτελέσματα από τη μελέτη SPARK, που διεξήχθη το 2013 έδειξαν ότι σε ασθενείς με σοβαρή ΧΑΠ, προκρίνεται ο συνδυασμός σταθερής δόσης ινδακατερόλης (αγωνιστής β₂) και γλυκοπυρρονίου (μουσκαρινικός ανταγωνιστής) μια φορά την ημέρα. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατή η βελτίωση της λειτουργίας των πνευμόνων και η μείωση των παροξύνσεων, συγκριτικά με πιθανή θεραπεία που περιλαμβάνει αποκλειστικά γλυκοπυρρόνιο ή τιοτρόπιο (Canavan, 2003).

3. Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ΧΑΠ

Η ΧΑΠ είναι μια εξελισσόμενη μη μεταδιδόμενη ασθένεια, που οι αρνητικοί της αντίκτυποι αφορούν σε ένα ευρύ κοινωνιολογικό-υγειονομικό φάσμα, όπως εκείνο διαμορφώνεται από το οικονομικό κόστος, την ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενή και του κοντινού κοινωνικού περιγύρου του, την αμφισβήτηση της ποιότητας ζωής του, αλλά και της κοινωνικής αυτοτέλειας του ατόμου εν γένει. Όλα τα παραπάνω βρίσκονται στο επίκεντρο της ερευνητικής κοινότητας, καθώς, εξαιτίας της γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, η επιβάρυνση της ΧΑΠ αναμένεται να αυξηθεί κατά τα επόμενα έτη (Simoens, 2013).

Σε παγκόσμιο επίπεδο τα δεδομένα δείχνουν ότι έως και το 45% των ασθενών με ΧΑΠ βιώνει έντονες καταστάσεις πόνου, οι αυξήσεις του οποίου σχετίζονται με την εξέλιξη και το στάδιο της νόσου (Skilbeck, Mott, Page, Smith, Hjelmeland-Ahmedzai, & Clark, 2007). Η σημασία του πόνου στους ασθενείς, που ταλανίζονται από τη ΧΑΠ έγκειται στο γεγονός ότι παρεμποδίζει σημαντικά πολλές ασχολίες. Σε μια канаδική έρευνα, τα συμπτώματα της ΧΑΠ βρέθηκε ότι επιβαρύνουν σημαντικά μια σειρά από καθημερινές δραστηριότητες, όπως η ανάβαση της σκάλας, οι οικιακές εργασίες, το ντύσιμο και ο ύπνος (Chapman & Kaplan, 2012), δυσκολίες ως προς τη αυτοφροντίδα και υποβάθμιση της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς από ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Katz και συν., 2005).

Η ποιότητα ζωής που συσχετίζεται με την υγεία διαμορφώνεται κυρίως από την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις για τη νόσο, τη χρήση των υπηρεσιών, το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, την ψυχολογική-οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου (Yfantopoulos & Sarris, 2001). Οι Eiser και Morse (2001) συμπληρώνουν ότι ο κάθε άνθρωπος έχει τη δική του αντίληψη-οπτική για το τι θεωρείται ποιότητα ζωής και υποστηρίζουν τη γνώμη πως η ποιότητα ζωής απαρτίζεται από διάφορες συνιστώσες όπως, ο τρόπος ζωής, οι παλιές εμπειρίες και τα σχέδια-στόχοι για το μέλλον. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο ίδιος όρος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την υποκειμενική γνώμη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, το πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του αξιακού συστήματος της κοινωνίας όπου διαβιούν, ενώ όλα τα παραπάνω συνδέονται με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP, 1995). Έχει αναφερθεί ότι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την πορεία της νόσου είναι η αυτοαξιολόγηση από τους ίδιους τους ασθενείς με ΧΑΠ της ποιότητας ζωής τους (Curtis & Patrick, 2003).

Αναφορικά με τα παραπάνω, επισημαίνεται ότι το ποσοστό των ψυχικών διαταραχών είναι περίπου τρεις φορές μεγαλύτερο στους πάσχοντες από ΧΑΠ συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (NICE, 2009). Σε μια πρόσφατη ελληνική έρευνα επισημάνθηκαν υψηλά ποσοστά σε καταθλιπτικά επεισόδια (36,1%), καταναγκαστικές συμπεριφορές (30,65%) και άγχος (23,7%), ενώ σχετικά χαμηλά επίπεδα παρατηρήθηκαν στις ψυχωτικές αντιδράσεις (4,9%), στο φοβικό άγχος (12,9%) και στον παρανοϊκό ιδεασμό (16,7%). Η εγκατάλειψη ενός προγράμματος αποκατάστασης μπορεί να οφείλεται σε ανάλογους ψυχολογικούς παράγοντες (Tselebis και συν., 2014). Μάλιστα, όσο πιο σύνθετη γίνεται η νόσος σε πιο προχωρημένα στάδια στάδια, τόσο περισσότερο επηρεάζει τη φυσική λειτουργία του ατόμου, τις συναισθηματικές και σεξουαλικές του σχέσεις, τις δραστηριότητες αναψυχής και τις επαγγελματικές δυνατότητες (Godoy, D. & Godoy, R., 2003).

Γενικότερα, οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος είναι οι πιο κοινές μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ (von Leupoldt & Dahme, 2007). Το κάπνισμα τσιγάρων συνδέεται με το στρες (Goodwin, Zvolensky, & Keyes, 2008), και παράλληλα το άγχος συμβάλει στην εκδήλωση χρόνιων ασθενειών, όπως ο διαβήτης τύπου II, η στεφανιαία νόσος και οι γαστρεντερικές διαταραχές (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005 από τους Wagena, Arrindell, Wouters και van Schayck οι ασθενείς με ΧΑΠ εκδηλώνουν εντονότερη ψυχολογική δυσφορία συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, αλλά πολύ λιγότερη από τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Επιπλέον, οι ασθενείς με σοβαρή ή πολύ σοβαρή ΧΑΠ φαίνεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε αντιστοιχία με το αποτέλεσμα άλλης μελέτης, σύμφωνα με την οποία η σωματική ασθένεια πυροδοτεί την εμφάνιση αλλά και την ένταση ψυχικών διαταραχών (Peveler, Carson, & Rodin, 2002).

Ιδιαίτερα αρνητικές είναι οι επιπτώσεις της ΧΑΠ στη φυσική κατάσταση και την κόπωση των ατόμων. Η κόπωση ως σύμπτωμα μπορεί να έχει διαφορετικές εκδηλώσεις, όπως απώλεια της προσοχής, της συγκέντρωσης ή του κινήτρου (Del Fabbro, Dalal, & Bruera, 2006). Υποδηλώνεται ότι ακόμη και το 90% των ασθενών με ΧΑΠ μπορεί να αναφέρει την κούραση ως αιτιατό (Kinsman, Yaroush, Fernandez, Dirks, Schocket, & Fukuhara, 1983), με άμεση επίπτωση στην ποιότητα ζωής (Baghai-Ravary, Quint, Goldring, Hurst, Donaldson, & Wedzicha, 2008). Όλες οι διαστάσεις της κόπωσης είναι μεγαλύτερες στις περιπτώσεις ασθενών με ΧΑΠ απ' ό,τι σε υγιείς ανθρώπους παρόμοιου ηλικιακού εύρους, ενώ διαπιστώθηκε ότι η κόπωση διαφέρει ανάλογα με το στάδιο της νόσου (Lewko, Bidgood, & Garrod, 2009).

Η μειωμένη σωματική δραστηριότητα εμφανίζεται συχνότερα στα πιο προχωρημένα στάδια της ΧΑΠ, όπου οι ασθενείς περιορίζονται κυρίως από τη σωματική εξασθένιση, την υπερδιάταση των πνευμόνων, τη δύσπνοια και η χρήση οξυγόνου (Hartman, Boezen, deGreef, & TenHacken, 2013).

Με κριτήριο το δείκτη μάζας σώματος ΔΜΣ, περίπου το 72% των παχύσαρκων και το 60% των μη-παχύσαρκων ασθενών ανέφεραν σημαντικό περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας (Vozoris, & O'Donnell, 2012). Οι συνέπειες αυτού του περιορισμού στην υγεία δεν αποτελεί έκπληξη ότι συνδέονται με την προοδευτική επιδείνωση της πνευμονικής λειτουργίας (Eisenberg, Atallah, Grandi, Windle, & Berry, 2011). Αντίθετα, τα υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, με τη σειρά τους, σχετίζονται με μια μείωση κατά 46% του κινδύνου επανεισαγωγής στο νοσοκομείο λόγω ΧΑΠ (Garcia-Aymerich, Farrero, Felez, Izquierdo, Marrades, & Antó, 2003). Γενικά, οι ασθενείς με ΧΑΠ μειώνουν σημαντικά τη διάρκεια, την ένταση και τη συχνότητα της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας απ' ό,τι τα υγιή άτομα (Vorrink, Kort, Troosters, & Lammers, 2011). Τέλος, σε πρόσφατη μελέτη

επιβεβαιώνεται ότι η σωματική δύναμη του ασθενούς, οι καθημερινές του δραστηριότητες διαβίωσης και οι κοινωνικές του δραστηριότητες, συσχετίζονται με τη σοβαρότητα της ΧΑΠ (Zhang και συν., 2013).

Για τους ασθενείς με ΧΑΠ συχνά η κακή έκβαση της υγείας συνδέεται με την εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών. Ως παράγοντες που επιβαρύνουν αυτή τη διαδικασία αναφέρονται οι ρυθμοί επιδείνωσης της νόσου, οι παροξυσμοί, οι εισαγωγές στο νοσοκομείο και ηδιάρκεια των νοσηλειών (Turana, Yemeza, & Itila, 2014). Οι ασθενείς με σωματική ασθένεια έχουν 300-400% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μια ψυχική ασθένεια σε σχέση με τον μέσο όρο του πληθυσμού, ενώ το 25% των ασθενών που εισάγεται στο νοσοκομείο με σωματική ασθένεια παρουσιάζει μια διαγνώσιμη ψυχική κατάσταση της υγείας. Παράλληλα το 41% παρουσιάζει υπο-κλινικά συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, με τα ποσοστά να αυξάνονται έως 60% για τα άτομα ηλικίας άνω των 60 (NHS Confederation, 2009).

Ως προς το φύλο, η επιβαρυνόμενη ψυχολογία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας κυρίως όσον αφορά στις γυναίκες με ΧΑΠ (Crockett, Cranston, Moss, & Alpers, 2002), ιδιαίτερα μετά από την αποτυχία μιας θεραπείας (Dahlen, & Janson, 2002) και μετά από νοσηλεία εξαιτίας της ΧΑΠ (Almagro και συν., 2002). Γενικότερα, η καλή ψυχολογική κατάσταση εμποδίζει τις αρνητικές συνέπειες της νόσου.

Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ ταλαιπωρούνται από διάφορες νοητικές βλάβες. Τα μεγαλύτερα ελλείμματα αναφέρθηκαν κυρίως στις περιοχές της λεκτικής μάθησης και της μνήμης, όπως και στους μηχανισμούς ανάκτησης και αναγνώρισης (Incalzi, Gemma, Marra, Capparella, Fusco, & Carbonin, 1997). Παρατηρούνται ακόμη, πιο αργοί χρόνοι αντίδρασης, έλλειψη προσήλωσης στο αποτέλεσμα (Werninghaus, & Duchna, 2006) και διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές στην οπτική μάθηση και τη λογική

σκέψη (Klein, Gauggel, Sachs, & Pohl, 2010). Οι Stuss, Peterkin, Guzman, Guzman, & Troyer (1997) Ασθενείς με σοβαρής μορφής υποξαιμική ΧΑΠ σημειώνουν σταθερά χαμηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με ασθενείς ήπιας ΧΑΠ, ως προς τη σύνθετη προσοχή και την επεξεργασία πληροφοριών.

Επιπλέον, όλες οι παραπάνω παράμετροι έχουν επιπτώσεις στις ατομικές ευθύνες των ασθενών, στους κοινωνικούς ρόλους και την αποδοχή τους από τους άλλους, με αποτέλεσμα συχνά να τελούνται βαθιές αλλαγές στην ποιότητα της ζωής των ίδιων και των οικογενειών τους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (Sexton & Munro, 1988). Μια ποιοτική μελέτη ανέφερε ότι οι ερωτηθέντες που έπασχαν από ΧΑΠ περιέγραφαν κατ' επανάληψη την αίσθηση του στιγματισμού, λόγω της χρήσης συμπληρωματικού οξυγόνου γύρω από άλλους ανθρώπους, η οποία οδηγούσε σε αισθήματα αμηχανίας και κοινωνικής απομόνωσης (Earnest, 2002). Το ενδεχόμενο στίγμα της ΧΑΠ προκύπτει, επειδή οι άνθρωποι θεωρούνται υπεύθυνοι για τη νόσο τους, καθώς έχουν εμπλακεί σε μια συνήθεια που αποδοκιμάζεται (κάπνισμα), ενώ εμφανίζονται αρκετές φορές με εξοπλισμό οξυγόνου και υφίστανται μια σειρά από σωματικές αλλαγές που διαταράσσουν την κοινωνική τους αλληλεπίδραση (Johnson, Campbell, Bowers, & Nichol, 2007). Ο στιγματισμός εν γένει είναι μια κοινωνική κατασκευή που αποδίδει στα άτομα κάποιο διακριτικό χαρακτηριστικό, με συνέπεια να τους απαξιώνει (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004). Αυτό λαμβάνει χώρα, όταν η κοινωνία ταξινομεί κάποιον ως μολυσμένο, λιγότερο επιθυμητό ή τον προσδιορίζει ως άτομο με ειδικές ανάγκες. Το στίγμα που σχετίζεται με τη νόσο μπορεί να εξαρτάται από παράγοντες, όπως, το αν ένα άτομο είναι υπεύθυνο για την ασθένεια και αν η αυτή η νόσος οδηγεί σε σοβαρή αναπηρία, παραμόρφωση, έλλειψη ελέγχου, ή διατάραξη των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Albrecht, Walker, & Levy, 1982). Ο στιγματισμός επιδρά σε διάφορες

πτυχές της ζωής του ασθενή, περιλαμβανομένης της αναζήτησης της υγειονομικής περίθαλψης, και την πρόσβαση στη θεραπεία και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Επιπλέον, κάποια συμπτώματα της νόσου όπως τα πτύελα, ο ανεξέλεγκτος βήχας και η επιτακτική ούρηση (Gullick & Stainton, 2008) είναι στοιχεία που επιβάλλουν την προσαρμογή της συμπεριφοράς του ασθενούς ώστε να αυτή να συμβαδίζει με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους (Gullick & Stainton, 2008). Ορισμένες φορές, οι άνθρωποι αποσύρονται από την οικογένεια και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, οδηγούνται στη μοναξιά, τη θλίψη και την εγκατάλειψη, καθώς όχι μόνο αποφεύγουν τις κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά αισθάνονται ότι δεν είναι επιθυμητοί από τους άλλους (Ek & Ternestet, 2008). Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η υπερβολική ζέστη ή το κρύο, ο καπνός ή τα αρώματα επιδεινώνουν τη δύσπνοια και οι πάσχοντες μπορεί να διακόψουν αρκετές δραστηριότητες που κάποτε τους παρείχαν ευχαρίστηση (Gullick & Stainton, 2008). Άλλες αρνητικές συνέπειες, που αποτελούν απόρροια της δύσπνοιας είναι η ανορεξία και η απώλεια βάρους που εντοπίζονται σε πολλούς πάσχοντες (Seamark, Blake, Seamark, & Halpin, 2004). Η μελέτη των Odenrants, Ehnfors, & Grobe, (2005) σημειώνει μια σειρά από καθημερινά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΧΑΠ, όπως την δυσκολία λήψη τροφής, την δυσκολία μετακίνησης εκτός σπιτιού, τη δύσπνοια κατά τη διάρκεια των αγορών και στη δυσκολία κατά τη μεταφορά προϊόντων.

Κάποιες μελέτες αναφέρονται στην αντιδιαστολή του παρελθόντος με το παρόν στη ζωή των ασθενών όπως την περιγράφουν οι ίδιοι (Gullick, 2008), με το μέλλον τους να χαρακτηρίζεται από την αίσθηση της απώλειας (Nicolson & Anderson, 2003). Οι Kara και Mirici (2004) διαπίστωσαν ότι το 96,7% των ασθενών με ΧΑΠ και το 93% των συζύγων τους ανέφεραν μέτρια έως μετρίως υψηλά επίπεδα μοναξιάς. Οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ίσως δυσκολεύονται περισσότερο να αποδεχθούν την απώλεια της ανεξαρτησίας

(Nordtug, Krokstad, & Holen, 2010), ενώ για μερικούς ανθρώπους, η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα παρέχουν μια σημαντική συναισθηματική υποστήριξη (Boyle, 2009).

Συμπερασματικά, οι ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες της ΧΑΠ πλήττουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και των συντρόφων τους (Hill, Geist, Goldstein, & Lacasse, 2008). Θετικά στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η καλή ιδιοσυγκρασία και η αισιοδοξία, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κατά την πορεία της νόσου. Εκεί έγκειται και η αξία της αυτο-διαχείρισης, η οποία αφορά την ικανότητα των ασθενών να διαχειρίζονται τα συμπτώματα, την θεραπεία, τις σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές οι οποίες είναι συνυφασμένες με τη νόσο και θα πρέπει να γίνουν αποδεκτές σε μια χρόνια κατάσταση (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002).

3.1. Το άγχος και η κατάθλιψη σε ασθενείς με ΧΑΠ

Η εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης είναι συχνή σε διάφορα χρόνια μη μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και τα εγκεφαλικά επεισόδια (Robertson, & Katona, 1997). Για τη ΧΑΠ οι ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται από 2% έως 57% για την κατάθλιψη και από 2% έως 51% για το άγχος (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2004; Brenes, 2003), ωστόσο υπάρχουν περιστατικά που μένουν αδιάγνωστα. Δεδομένου ότι η ΧΑΠ επηρεάζει τη γενική κατάσταση του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν συνδέεται με ψυχικές διαταραχές, (Viegi, Pistelli, Sherrill, Maio, Baldacci, & Carrozzi, 2007), ο μη έλεγχος του άγχους και της κατάθλιψης μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην συνολική αντιμετώπιση της νόσου. Έχει καταγραφεί ότι το άγχος και η κατάθλιψη είτε ανεξάρτητα είτε συνδυαστικά μεταξύ τους

επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής σε ένα μεγάλο δείγμα σταθερών ασθενών (Balcells και συν., 2010). Η σχέση αυτή τροποποιείται από εκάστοτε κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η εργασιακή κατάσταση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το κάπνισμα, η σοβαρότητα της νόσου και η παρουσία συνοδών νοσημάτων. Ένα σχετικό εύρημα είναι η μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της κακής ποιότητας ζωής μεταξύ των εργαζομένων και των συνταξιούχων ασθενών (Eisner, Yelin, Trupin, & Blanc, 2002). Βρέθηκε πως η νόσος συχνά σχετίζεται με την ανικανότητα εργασίας και την αντίληψη των ασθενών για τους περιορισμούς που έμμεσα προκαλεί η ΧΑΠ, κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης μιας εργασίας. Μελέτη σε σωφρονιστικά ιδρύματα στην Ελλάδα αναφορικά με τη ΧΑΠ και την ποιότητα ζωής αναδεικνύει ότι στη διάσταση του άγχους/κατάθλιψης οι προβληματικές καταστάσεις ανέρχονται στο 82,8% των ερωτηθέντων (Bania, Daniil, Hatzoglou, Alexopoulos, Mitsiki, & Gourgoulisanis, 2016).

Το άγχος συσχετίζεται με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χειρότερη ποιότητα ζωής σε άτομα με ΧΑΠ, σε μεγαλύτερη συχνότητα αναλογικά με τον υγιή πληθυσμό (Lu και συν., 2012). Το παραπάνω εύρημα είναι σημαντικό, διότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να συντελούν στην περιθωριοποίηση του ατόμου. Τα συμπτώματα συνοδεύονται από μια ευρεία γκάμα συναισθημάτων, όπως αναξιοσύνη, έντονη ενοχή ή λύπη, ανικανότητα ή απελπισία, δυσκολίες στην συγκέντρωση και τη μνήμη, έλλειψη κινήτρων, παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, απόσυρση από τις κοινωνικές δραστηριότητες, όπως η οικογένεια και οι φιλικές συγκεντρώσεις, μειωμένη λίμπιντο και σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας (American Psychiatric Association, 2013). Ιδιαίτερα, οι άνθρωποι με προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που είναι ικανοποιημένοι με την οικογενειακή τους σχέση (Whisman, & Bruce, 1999). Η επικριτική διάθεση των μελών

μιας οικογένειας θεωρείται υπεύθυνη για υψηλότερα ποσοστά υποτροπών στους ασθενείς με κατάθλιψη (Butzlaff, & Hooley, 1998).

Το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη συμμόρφωση του ασθενούς ως προς την ιατρική θεραπεία, κυρίως λόγω επιπτώσεων στη γνωστική λειτουργία, και τη μειωμένη αποτελεσματικότητα των μηχανισμών αυτοδιαχείρισης του ατόμου (Gudmundsson, Gislason, & Janson, 2006). Η αυτοδιαχείριση είναι μια διαδικασία, η οποία καθίσταται όλο και πιο δύσκολη για τους ασθενείς, καθώς πολλές φορές τα άτομα αναγνωρίζουν ότι είναι υπεύθυνα για την κατάστασή τους και κατακλύζονται από μια σειρά συναισθημάτων και αντιλήψεων, όπως εκείνα της αυτοενοχοποίησης, της αμηχανίας, της ντροπής και της ενοχής. Η αυτοενοχοποίηση προκύπτει ως επί το πλείστον από την ανησυχία του ατόμου για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι συμπολίτες τη συμπεριφορά τους, γεγονός που έχει συσχετιστεί με αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως η αμηχανία, η μειωμένη αναζήτηση βοήθειας, η περιορισμένη συμμόρφωση με την οξυγονοθεραπεία και εν τέλει η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός (Harrison, Robertson, Apps, Steiner, Morgan, & Singh, 2015). Απότοκα των παραπάνω συναισθημάτων και συμπεριφορών είναι η αυξητική τάση εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Ειδικότερα, τα άτομα με ΧΑΠ παρατηρείται πως είναι λιγότερο συμπονετικά προς τον εαυτό τους, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ντροπής και χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής υπερηφάνειας συγκριτικά με τα υγιή άτομα του πληθυσμού (Harrison, Robertson, Goldstein, & Brooks, 2016).

Το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν αρνητικά την αυτοπεποίθηση στους ασθενείς με ΧΑΠ και οδηγούν σε μη λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης της νόσου (Yohannes, Willgoss, Baldwin, & Connolly, 2010) και σε μια σειρά από μη επιθυμητές συμπεριφορές, όπως η απροθυμία στη συμμετοχή σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης, η ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας, η ατελέσφορη προσπάθεια διακοπής του

καπνίσματος, η υιοθέτηση κακών διατροφικών συνηθειών και η μη συστηματική τήρηση της προτεινόμενης φαρμακοθεραπείας (Burgess, Kunik, & Stanley, 2005). Συνέπεια αυτών των αντιδράσεων -που ενίοτε μετατρέπονται σε παγιωμένες νοοτροπίες-, είναι η αύξηση της ευπάθειας του ασθενούς στις παροξύνσεις της ΧΑΠ ή ακόμη και η επιτάχυνση της εξέλιξης της νόσου. Συνήθως, όσο πιο προχωρημένη είναι η ασθένεια, τόσο πιο πιθανό είναι να συνοδεύεται από σοβαρότερα συμπτώματα άγχους. Εντέλει, η πιθανή αποτυχία στη διαχείριση όλων αυτών των προβλημάτων ψυχικής υγείας αυξάνει ραγδαία τις πιθανότητες των ασθενών να υποφέρουν μελλοντικά από σοβαρές επιπλοκές, ακόμη και θανατηφόρες (Moussas και συν., 2008).

Οι κίνδυνοι από το άγχος και την κατάθλιψη είναι αυξημένοι στους νεότερους ασθενείς, στις γυναίκες, στους καπνιστές και σε εκείνους που ζουν μόνοι. Επίσης υψηλότερες τιμές σημειώνουν όσοι είχαν πρόσφατη έξαρση της νόσου, χαμηλότερη FEV1, και μια πληθώρα από προβλήματα δύσπνοιας ή κόπωσης (Howard, Hallas, Wray, & Carby, 2009). Ειδικότερα, ο περιορισμός της ροής του αέρα μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικές μεταβολές, που προέρχονται από το φάσμα του άγχους, της κατάθλιψης και να επιφέρει ήπιες έως σοβαρές διαταραχές (Pumar, Gray, Walsh, Yang, Rolls, & Ward, 2014). Οι πιο εμφανείς συμπεριφορές των ασθενών χαρακτηρίζονται από ένα σύνολο αντιδράσεων που περιλαμβάνει φόβους, ανησυχίες, περιορισμένη διάθεση, απάθεια, έλλειψη ενέργειας, κρίσεις πανικού, και λιγότερο συχνά ψυχωτικά περιστατικά (Howard και συν, 2009). Ως προς την θεραπεία αυτών των εκδηλώσεων, έχει αποδειχθεί πως οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές σε ασθενείς που ταλαιπωρούνται από το άγχος, παρά σε εκείνους που ταλανίζονται από την κατάθλιψη (Baraniak & Sheffield, 2011).

3.1.1. Η σχέση του άγχους με τη ΧΑΠ

Η αγχώδης διαταραχή αποτελεί έναν γενικευμένο όρο που περιγράφει και ερμηνεύει μια ποικιλία μη φυσιολογικών και παθολογικών καταστάσεων, όπως ο φόβος, η αγοραφοβία, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι φοβικές διαταραχές και οι επιπτώσεις μετατραυματικού στρες. Οι αγχώδεις διαταραχές προσδιορίζονται με τη χρήση καθιερωμένων διαγνωστικών κριτηρίων, όπως οι εκδόσεις των DSM (American Psychiatric Association, 1994) ή ICD (World Health Organization, 1993), ενώ τα συμπτώματα άγχους αξιολογούνται με βάση κάποια ψυχολογικά εργαλεία, όπως π.χ., Hamilton Anxiety Rating Scale, Beck Anxiety Inventory, and State–Trait Anxiety Inventory.

Η πηγή του άγχους στη ΧΑΠ σχετίζεται άμεσα με τη στρεσογόνο εμπειρία της δύσπνοιας και την αγωνία που αυτή αποφέρει (Gurney-Smith, Cooper, & Wallace, 2002) απότοκα της οποίας είναι μια σειρά διαφορούμενων σκέψεων, απογοήτευσης, ακραίου φόβου και πανικού. Παρατηρούνται επιπροσθέτως, διάφορες δυσκολίες στη συναισθηματική λειτουργία, τον ύπνο, την ξεκούραση, τη σωματική κινητικότητα, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την αναψυχή και την εργασία.

Ο πιο κοινός τύπος της αγχώδους διαταραχής στη ΧΑΠ είναι ο συνδυασμός της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας, ο οποίος αντιπροσωπεύει σχεδόν το 75% του συνόλου των διαγνώσεων άγχους (Murray & Lopez, 1997). Αυτή η κατάσταση εδράζεται περισσότερο στην αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για τα συμπτώματά τους, παρά στην αντικειμενική απομείωση της αναπνευστικής τους λειτουργίας (Vogele & von Leupoldt, 2008).

Στην περίπτωση της ΧΑΠ, το άγχος έχει βρεθεί πως συνδέεται με την ανεπαρκή λήψη φαρμάκων (Main, Moss-Morris, Booth, Kaptein, & Kolbe, 2003), τις συχνές επισκέψεις στις

υπηρεσίες υγείας (Feldman, Lehrer, Borson, Teal, Hallstrand, & Siddique, 2005), την αύξηση της διάρκειας νοσηλείας (Ng, Niti, Tan, Cao, Ong, & Eng, 2007), αλλά και της θνησιμότητας.

Επίσης το άγχος στη ΧΑΠ συνδέεται με τη χρόνια ανησυχία, τη ναυτία, αλλά και το φόβο απώλειας ελέγχου. Τα αναμενόμενα συμπτώματα είναι η ταχυκαρδία, η εφίδρωση και η δύσπνοια (Emery και συν., 2008; Tsuchihashi-Makaya και συν., 2009). Το άγχος θεωρείται μάλιστα, σημαντικός προπομπός της καταθλιπτικής διαταραχής.

Το άγχος των ασθενών με ΧΑΠ είναι υπεύθυνο και για μια σειρά άλλων δυσχερειών και εμποδίων στη ζωή του ατόμου. Έχουν επισημανθεί τα προβλήματα αναφορικά με τον ύπνο, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη καθυστέρηση στην έναρξη του, συχνότερες αφυπνίσεις και πενιχρή αποδοτικότητά του σε σύγκριση με τα υγιή άτομα (George & Bayliff, 2003). Ειδικότερα, έχουν παρατηρηθεί συχνότερες εγέρσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας, και διαταραχές που οφείλονται στον πόνο και τη δύσπνοια (Shackell, Jones, Harding, Pearse, & Campbell, 2007). Η δύσπνοια φαίνεται ότι έχει την ισχυρότερη συσχέτιση με το άγχος, το οποίο με τη σειρά του επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Το βίωμα της δύσπνοιας είναι οδυνηρό και είναι δύσκολο να κατανοηθεί, δεδομένου ότι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να δημιουργήσουν ένα φαύλο κύκλο, με κλιμακούμενη δυσκολία στην αναπνοή, διέγερση και πανικό (Howard, Dupont, Haselden, Lynch, & Wills, 2010). Η ένταση της δύσπνοιας συσχετίζεται ευθέως με το φόβο της ασφυξίας, με τον πανικό και το φόβο του θανάτου κατά τη διάρκεια μιας έξαρσης, ενώ οι άνθρωποι αισθάνονται αβοήθητοι και έξω από τον έλεγχο του σώματός τους, κατά τη διάρκεια των επεισοδίων (Williams, Bruton, Ellis-Hill, & McPherson, 2011). Πολλοί την περιγράφουν ως μια τρομακτική εμπειρία, και θεωρούν την οικογένεια και τους φίλους τους, ως τους σημαντικότερους παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος που είναι σε θέση να κατανοήσουν την κατάσταση και τα όριά τους (Avsar & Kaşıkçı, 2007). Αντιθέτως, μη υποστηρικτικές οικογενειακές σχέσεις

συνδέονται με την ψυχολογική δυσφορία των πασχόντων, (Holm, Bowler, Make, & Wamboldt, 2009).

Παράλληλα, το άγχος συνδέεται με πενιχρά αποτελέσματα στην υγεία του ασθενή ανάμεσα στα οποία επισημαίνονται τα μειωμένα επίπεδα φυσικής κατάστασης της υγείας, τα οποία με τη σειρά τους έχουν άμεση και αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Το άγχος περιορίζει τις δραστηριότητες του ασθενούς και συνδέεται με τον κίνδυνο παροξύνσεων της νόσου που απαιτούν νοσοκομειακή φροντίδα (Eisner και συν., 2010).

Επιπλέον, κατά μέσο όρο οι ασθενείς με ΧΑΠ φαίνεται να αναφέρουν αγχωτικά συμπτώματα τουλάχιστον δύο φορές πιο συχνά από τα υγιή άτομα (Aghanwa & Erhabor, 2001) ή σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από άλλες μη μεταδιδόμενες ασθένειες, όπως η καρδιακή νόσος και ο καρκίνος (Engström, Persson, Larsson, Ryden, & Sullivan, 1996). Επιπρόσθετα, σε μια άλλη μελέτη στη Βορειοδυτική Ευρώπη διαπιστώθηκε ότι εκείνοι οι ασθενείς με ΧΑΠ που σημειώνουν υψηλά επίπεδα άγχους διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο (Gudmundsson και συν., 2005).

3.1.2. Η σχέση της κατάθλιψης με τη ΧΑΠ

Η κατάθλιψη είναι ένα από τις σημαντικότερα συνοδευτικά νοσήματα της ΧΑΠ, η οποία συνδέεται με εξάρσεις (Quint, Baghai-Ravary, Donaldson, & Wedzicha, 2008), κακή προγνωστική έκβαση (Dahlen, & Janson, 2002) και υψηλή πιθανή θνησιμότητα (Almagro και συν., 2002). Χαρακτηρίζεται από μια διαρκή κόπωση, καθώς και από την απώλεια ενέργειας, αλλά και την εμφάνιση μιας σειράς άλλων φαινομένων, όπως η ανορεξία, οι διαταραχές ύπνου, η ψυχοκινητική επιβράδυνση και τα ελλείμματα συγκέντρωσης (Simon & von Korff, 2006). Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΧΑΠ είναι μια

ετερογενής οντότητα με πολλαπλά συμβάλλόμενες αιτιολογίες, όπως είναι η γενετική προδιάθεση, οι περιβαλλοντικές απώλειες και οι στρεσογόνοι παράγοντες, καθώς και η άμεση βλάβη στον εγκέφαλο που προκαλείται από τις φυσιολογικές επιδράσεις της χρόνιας αναπνευστικής ασθένειας (Norwood, 2007). Τόσο η κατάθλιψη όσο και η ΧΑΠ έχουν συσχετισθεί με τις διαδικασίες που θέτουν σε κίνδυνο την μικροαγγείωση του εγκεφάλου, (Barnes, & Celli, 2009), και υπάρχουν αναφορές για της ύπαρξη χρόνιας φλεγμονής, στο έδαφος της οποίας αναπτύσσεται η συνοσηρότητα (Nussbaumer-Ochsner & Rabe, 2011).

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΑΠ έχει μεταβληθεί σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου με μια σημαντική μετατόπιση από το 6% στο 74% (Alexopoulos, Sirey, Raue, Kanelloupolous, Clark, & Novitch, 2006; Cleland, Lee, & Hall, 2007). Οι Putman-Casdorff και McCrone (2009) αναφέρουν επιπολασμό της κατάθλιψης και της ΧΑΠ στην περιοχή μεταξύ 16-88%. Τα ποσοστά είναι σημαντικά υψηλότερα από τα επίπεδα κατάθλιψης που εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό κατά 2,1% (Scherer, Himmel, Stanske, Scherer, Koschack, & Kochen, 2007). Ο κίνδυνος της κατάθλιψης αυξάνεται από παράγοντες όπως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και οι διαταραχές των σωματικών λειτουργιών (Vogele & von Leupoldt, 2008).

Ως προς το φύλο, στις γυναίκες βρέθηκαν σοβαρές ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης με την παράλληλη αύξηση της διάρκειας της ΧΑΠ, κάτι που δεν συνέβη στην περίπτωση των ανδρών. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι άνδρες και οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά σε μια διάγνωση ΧΑΠ, ή ότι οι γυναίκες διαγινώσκονται σε πιο πρώιμο στάδιο της νόσου, που συνεπάγεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ως την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης (Schneider, Jick, Bothner, & Meier, 2010).

Επίσης, έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και κατάθλιψη είναι 2,5 φορές πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν μια λειτουργική ανικανότητα σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (Egede, 2007). Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη πως η ΧΑΠ συνδέεται συχνά με χρόνια συνοδά νοσήματα, στα πλαίσια μιας γηράσκουσας κοινωνίας.

Υπογραμμίζεται, ότι μόνο το 27%-33% των ασθενών με κατάθλιψη και ΧΑΠ υποβάλλεται σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, γεγονός που υποδηλώνει την καθυστερημένη διάγνωση και την αργή αντιμετώπιση της ασθένειας στον πληθυσμό (Maurer και συν., 2008). Υποστηρίζεται επίσης ότι αν και υπάρχει υψηλός επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΑΠ, μόνο το 33% λαμβάνει οποιοδήποτε φάρμακο γι' αυτήν (Fan και συν., 2007).

Η κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συνδέεται επίσης με μια σημαντική μείωση στην ικανότητα άσκησης, αλλά και με την στρεβλή αντίληψη της υγείας (Putman-Casdorff & McCrone, 2009). Η εκτίμηση των αντιλήψεων και των εμπειριών των ασθενών σε μια σειρά μελετών, έδειξε ότι οι πάσχοντες είχαν την αίσθηση απώλειας του ελέγχου της υγείας τους, η οποία οδηγούσε σε αυξημένη εξάρτηση και απώλεια της αυτονομίας τους (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2004). Οι συνέπειες αυτές προκαλούν μια σημαντική αύξηση στα επίπεδα της κατάθλιψης και ταυτόχρονα μείωση στην ποιότητα ζωής (Gruffydd-Jones, Langley-Johnson, Dyer, Badlan, & Ward, 2007). Παράλληλα, οι καταθλιπτικοί ασθενείς με χρόνιες ασθένειες είναι συνήθως πιο επιρρεπείς στις ασθένειες από τους συνομηλίκους (Sullivan, Simon, Spertus, & Russo, 2002) και έχουν χαμηλότερα επίπεδα αποτελεσματικής θεραπείας (Lin, Katon, Von Korff, Rutter, Simon, & Oliver, 2004).

Επίσης, η παρουσία κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι κοινή στους ασθενείς με ΧΑΠ που νοσηλεύονται για παροξύνσεις. Τα συμπτώματα αυτά συσχετίζονται με

το σοβαρότητα της νόσου και τη συχνότητα έξαρσης των ασθενών (Papaioannou και συν., 2014). Εκτιμάται ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν 50-100% υψηλότερα ιατρικά έξοδα από εκείνους που δεν έχουν κατάθλιψη (Mauger και συν., 2008).

Πολλοί ασθενείς συχνά ανησυχούν για τις παροξύνσεις, ιδιαίτερα όταν αδυνατούν να αναπνεύσουν, έχουν την αίσθηση πως η κατάστασή τους επιδεινώνεται και αισθάνονται αμηχανία, λόγω της ασθένειάς τους στο κοινωνικό περιβάλλον (Kourlaba, Hillas, Vassilakopoulos, & Maniadakis, 2016). Μια άλλη σημαντική συνέπεια της ΧΑΠ στη ζωή των ατόμων αυτών, είναι η πρόσθετη κοινωνική επιβάρυνση εξαιτίας της απουσίας τους από την εργασία και οι οικονομικές επιπτώσεις που επιφέρουν στις οικογένειες τους (Halpern, Polzin, Higashi, & Bakst, 2004). Τα παραπάνω επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική τους κατάσταση και περιορίζουν τις δυνατότητες τους σε κοινωνικό επίπεδο αλλά και σε ατομικό, κυρίως λόγω της ανικανότητας για αυτογνωσία και αυτοπροσδιορισμό.

3.2. Η ενοχή και η ντροπή στην καθημερινότητα των ασθενών με ΧΑΠ

3.2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο της ντροπής και της ενοχής

Η ντροπή αποτελεί μια σύνθετη ψυχολογική δομή, όπως υποστηρίζουν οι Shepard και Rabinowitz (2013), η οποία συγκροτείται από γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες, καθώς και από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, όπως είναι οι υποτακτικές εκφράσεις του προσώπου και της στάσης του σώματος, αλλά και η εμφάνιση μιας σειράς νοοτροπιών κοινωνικής απόσυρσης. Ο Blum (2008) κατά τη διάρκεια μιας ερευνητικής προσπάθειας αναφορικά με τα αισθητά φαινόμενα της ντροπής, επεδίωξε να την ορίσει

σκιαγραφώντας την εντός ενός πλαισίου απαρτιζόμενου από τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος εντοπίζονται συμπεριφορές, όπου ο άνθρωπος βιώνοντας έντονο συναισθηματικό πόνο, νιώθει θυμό ή ακόμη και οργή είτε ενάντια στον εαυτό του είτε απέναντι στους άλλους, ενώ είναι δυνατό να εξωτερικεύει τα παραπάνω τόσο ως προς τον ίδιο όσο και προς του άλλους ανθρώπους ταυτόχρονα. Στο δεύτερο στάδιο βιώνουν μια κατάσταση ή ένα αίσθημα που θέλουν επιμελώς να κρύψουν. Στο τρίτο σκέλος, η ντροπή εκφράζεται ως μια εκδήλωση, εντός της οποίας εκκολάπτονται με συστηματικό τρόπο, αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού, σύμφωνα με τις οποίες, το άτομο αυτοπροσδιορίζεται ως κακό, ανάξιο και ελλιπές.

Αναφορικά με τη φύση της ντροπής υποδηλώνεται ότι υπάρχουν δύο μορφές, η εξωτερική και η εσωτερική. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η εξωτερική ντροπή λαμβάνει χώρα, όταν το άτομο θεωρεί πως είναι υπεύθυνο για τις αντιλήψεις των άλλων γύρω από την ύπαρξή του, ιδιαίτερα όταν οι τελευταίοι την κρίνουν ως μη ελκυστική, ανεπιθύμητη ή ανεπαρκή, ενώ υπάρχει η άποψη ότι ο κοινωνικός περίγυρος την απορρίπτει με την πιθανή έκθεση κάποιας ανεπιθύμητης πτυχής. Η εσωτερική ντροπή αποτελείται από την αυτοκριτική και τα αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό, τα οποία προκύπτουν από τη θεώρηση κάποιων εγγενών πτυχών του ατόμου, όπως το βάρος, η εμφάνιση, ή μια πιο γενική ανεπάρκεια (Gilbert, 2011). Συνεπώς, το αίσθημα ντροπής συχνά περιλαμβάνει το σύνολο του εαυτού και απαιτεί υψηλό βαθμό αυτοελέγχου (Sabini & Silver, 1997).

Όσον αφορά την ενοχή, πρόκειται για ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από την ένταση, τη λύπη και τις τύψεις για μια συγκεκριμένη δράση ή αδράνεια και δεν σχετίζεται με την ηλικία (Klein, Turvey, & Pies, 2007). Η βασική γνωστική συνιστώσα της στηρίζεται στο γεγονός πως το αρνητικό συναίσθημα προϋποθέτει την ευθύνη κάποιου για την προβληματική πράξη ή παράλειψη. Η ανάθεση της ευθύνης για τη συμπεριφορά του (κάτι που μπορεί να αλλάξει) είναι σημαντική, στο μέτρο που υποδεικνύει και παρακινεί

διαφορετικές συμπεριφορές που είναι σε θέση να επανορθώσουν για το προηγούμενο αρχικό σφάλμα (Ferguson, Stegge, Miller, & Olsen, 1999). Κατά τη Janoff-Bulman (1979), η ενοχή αποτελείται από δύο συναφείς, αλλά διαφορετικούς τύπους ενοχοποίησης. Από τη μία πλευρά είναι η ενοχή που αισθάνεται κάποιος για τη συμπεριφορά του και από την άλλη πλευρά η ενοχή για τον χαρακτήρα. Στην πρώτη περίπτωση, η ενοχή εμφανίζεται όταν για ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα θεωρούνται υπεύθυνες συγκεκριμένες συμπεριφορές ή ενέργειες. Από την άλλη πλευρά, η ενοχή για το χαρακτήρα εμφανίζεται όταν για ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα θεωρείται υπεύθυνος ο χαρακτήρας ενός ατόμου ή η διάθεση του. Η δεύτερη περίπτωση κρίνεται ως δυσπροσαρμοστική, επειδή το φταίξιμο τοποθετείται σε μη τροποποιήσιμους παράγοντες (δηλαδή, το χαρακτήρα ενός ατόμου), ενώ αντίθετα στην πρώτη περίπτωση το φταίξιμο τοποθετείται σε μεταβαλλόμενο παράγοντα, δηλαδή, τη συμπεριφορά (Janoff-Bulman, 1979).

Ακριβώς, επειδή τα εννοιολογικά πλαίσια μεταξύ ντροπής και ενοχής είναι δυσδιάκριτα θεωρείται σκόπιμη μία θεωρητική προσέγγιση που εστιάζει στην διαφορετικότητα των συμπτωμάτων και των εκδηλώσεων των δύο. Οι Tangney, Stuewig και Hafez (2011) υποστηρίζουν ότι ένα άτομο που βιώνει κάποια μορφή ενοχής, είθισται να εστιάζει σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή ενέργεια, ενώ ένα άτομο που βιώνει ντροπή τείνει να επικεντρώνεται με έναν αρνητικό τρόπο, στην αυτοπεποίθηση, στην αυτό-εικόνα, και στον αυτοσεβασμό. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ενοχή, με τη μορφή της αυτο-ενοχοποίησης, συνδέεται με την αυξημένη διαταραχή της διάθεσης και με την κακή ποιότητα ζωής (Friedman, και συν., 2007), ενώ η ντροπή είναι μια πιο ενεργητική αντίδραση και συνδέεται με τα συναισθήματα της ατίμωσης, της δυσφορίας, της αδεξιότητας, της αναξιότητας, και της ταπείνωσης (Tangney και συν., 2011).

3.2.2 Η συσχέτιση της ντροπής και της ενοχής με τη ΧΑΠ.

Τα συναισθήματα της ντροπής και της ενοχής υποστηρίζεται ότι δρουν ανασταλτικά στις επαφές και στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, λόγω της κοινής αντίληψης τους για τη ΧΑΠ, σύμφωνα με την οποία, η ΧΑΠ προσδιορίζεται ως μια αυτοτραυματική νόσος (Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2007). Τα παραπάνω συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα για το κάπνισμα, αλλά και για την αποτυχημένη διακοπή αυτής της συνήθειας, εμφανίζονται και περιγράφονται με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των ασθενών στα σοβαρά στάδια της νόσου (Robinson, 2005) και στα άτομα που διαγνώστηκαν πρόσφατα (Arne, Emtner, Janson, & Wilde-Larsson, 2007).

Το κύριο χαρακτηριστικό των ανθρώπων που πάσχουν από ΧΑΠ είναι το αίσθημα ενοχής, λόγω της ασθένειας που προκάλεσαν ουσιαστικά οι ίδιοι και η οποία συνδέεται με την καπνιστική τους συνήθεια. Η ενοχή προκύπτει από τη γνώση των ανθρώπων για την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της ΧΑΠ, γεγονός που δημιουργεί τάσεις απόδοσης κατηγοριών προς τον εαυτό τους για την έξαρση της νόσου στη ζωή τους. Επισημαίνεται πως τα αισθήματα ενοχής πηγάζουν από την απογοήτευση που τους προκαλεί η διάψευση των αρχικών τους πλάνων και σχεδιασμών, καθώς η ζωή που είχαν προγραμματίσει παραγκωνίζεται σε σημαντικό βαθμό και επεδιώκουν πλέον την πιο ομαλή προσαρμογή τους σε ένα αβέβαιο μέλλον (Lindqvist & Hallberg, 2010).

Κατά τους Halding, Heggdal και Wahl (2011), οι ασθενείς με ΧΑΠ αισθάνονται απαξιωμένοι, επειδή η κοινωνία θεωρεί πως η διάγνωσή τους συνδέεται με το κάπνισμα, το οποίο με τη σειρά του αξιολογείται ως μια μορφή αυτοτραυματισμού. Τα άτομα δήλωναν, μέσω συνεντεύξεων, πως υπέφεραν από αρνητικά συναισθήματα και ένιωθαν την επιθυμία να κρυφτούν ή να ζητήσουν συγγνώμη. Πιο συγκεκριμένα, ανέφεραν ότι αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους ως ξένα σώματα στην καθημερινή ζωή. Πολλοί από τους ερωτηθέντες ασθενείς αναζητούσαν καταφύγιο από τις εξωτερικές απειλές ή επέλεξαν την απομόνωση για την προστασία της αξιοπρέπειάς τους. Ακόμη, αισθάνονταν υποβαθμισμένοι, ενώ μερικές φορές ένιωθαν πως ήταν αναξιόπιστοι και αντικείμενο εκμετάλλευσης, λόγω των αξιολογικών κρίσεων σχετικά με τη διάγνωσή τους (Halding και συν., 2011). Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα, που συνδέονται από κοινού με το κάπνισμα και την ενοχή είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην καθημερινή λειτουργικότητά τους. Η συνολική αποτίμηση των ανωτέρω εμπειριών, που αποκομίστηκαν μέσω των ομολογιών των ασθενών, συγκλίνουν στο συμπέρασμα πως η κοινωνία διακατέχεται από έλλειψη συμπάθειας και υποστήριξης για τους ανθρώπους αυτούς, ιδιαίτερα στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν την μακροπρόθεσμη αυτή νόσο. Η νοοτροπία αυτή εκλαμβάνεται ως μια πιθανή έλλειψη ενδιαφέροντος, η οποία μεταφράζεται ως ποινή για τη συνήθειά τους, το κάπνισμα (Halding, και συν., 2011).

Σε έρευνα των Lindqvist και Hallberg (2010), τόσο τα αποτελέσματα όσο και τα αισθήματα ενοχής ήταν κοινά στους συμμετέχοντες, καθώς πίστευαν πως έχουν πράξει κάτι που δεν θα έπρεπε να γίνει. Η αντίληψη αυτή μπορεί να ερμηνευθεί, ως το αποτέλεσμα του αγώνα μεταξύ του εγώ και των ηθικών αξιών ενός ατόμου, η οποία εδράζεται στην αέναη προσπάθεια διάκρισης του σωστού και του λάθους. Επίσης, η διαφορά που εντοπίζεται ανάμεσα σε αυτό που κάποιος έχει πράξει και αυτό που θα έπρεπε να έχει υλοποιήσει, οδηγεί σε ισχυρά συναισθήματα ευθύνης και ενοχής, τα οποία σχετίζονται με τις συνέπειες της

συμπεριφοράς του καπνίσματος. Ως επακόλουθο αποτέλεσμα, οι ασθενείς νιώθουν ότι αποτελούν βάρος για την οικογένειά τους και την κοινωνία. Το γεγονός αυτό εξηγείται, καθώς τα αισθήματα απόγνωσης και αδυναμίας προκύπτουν, διότι αφενός χάνεται ο προσωπικός έλεγχος και αφετέρου οι ασθενείς εξαρτώνται από τα οικεία τους πρόσωπα, επειδή καθίσταται δύσκολο να διαχειρίζονται την κατάσταση της ζωής τους χωρίς εξωτερική αρωγή (Lindqvist & Hallberg, 2010). Σχετικά λίγοι από τους συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη εξέφρασαν την ενοχή σε συνειδητό επίπεδο, αλλά εκείνοι οι οποίοι αισθάνονταν τύψεις, οι ίδιοι κατηγορήσαν τον εαυτό τους και εξέφρασαν το αίσθημα ντροπής, ενώ ανέφεραν ότι είχαν κατηγορηθεί από άλλα άτομα για την ασθένεια (Lindqvist & Hallberg, 2010). Οι εκφάνσεις ντροπής ήταν πιο ορατές, όταν άλλοι άνθρωποι διαπίστωναν ότι η δύναμη του ασθενούς είχε μειωθεί και ότι δεν μπορούσε να πραγματοποιήσει και να εκτελέσει μια σειρά δραστηριοτήτων. Παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς εμφάνιζαν δυσκολίες στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις ή ταξίδια, ακόμη και σε περιπτώσεις που η ασθένεια δεν προκαλούσε κάποιας μορφής πόνο. Αναπόφευκτα, δημιουργούνταν αντιλήψεις, οι οποίες εδράζονταν στην απουσία σεβασμού και ενδιαφέροντος, ενώ η διαρκής υπόμνηση της νόσου, μερικές φορές είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό ή και την ολική απώλεια του ελέγχου της ζωής (Lindqvist & Hallberg, 2010).

Παρόμοια αποτελέσματα αναδείχθηκαν και από τους συμμετέχοντες στην μελέτη των Plaufcan, Wamboldt και Holm (2012). Τα ενοχικά συναισθήματα βρέθηκαν σε πολύ υψηλά επίπεδα ως προς τη συνολική συμπεριφορά, καθώς περισσότερο από το 30% των συμμετεχόντων ταυτίστηκε με τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία αυτοενοχοποίησης. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς κατηγορούν τους εαυτούς τους για το κάπνισμα και άλλες συμπεριφορές που δυνητικά έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη της ΧΑΠ. Επιπλέον οι αναλύσεις έδειξαν ότι η ενοχοποίηση συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Η ενοχή δεν εστιάζει

μονάχα ως προς τον εαυτό, αλλά έχει και εξωτερικά σημεία αναφοράς, και περιλαμβάνει ιδίως την επιβάρυνση που υφίστανται τα μέλη της οικογένειας και η κοινωνία (Harrison, Robertson, Apps, Steiner, Morgan, Singh, 2015) Αξίζει να τονιστεί πως παρά την απουσία μιας εδραιωμένης αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της ντροπής και της κατάθλιψης, υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ τους, όπως τα αισθήματα απελπισίας ή ανεπάρκειας, ενώ η αμφισβήτηση του εαυτού είναι το μείζον κοινό χαρακτηριστικό (Cochran & Rabinowitz, 2000).

Αντίθετα, η ενοχή ως προς τη συμπεριφορά, συνδέεται με την έκθεση του ατόμου στο κάπνισμα, την αντίληψη περί οικογενειακής ευθύνης και τη λειτουργία της οικογένειας. Ως προς το κάπνισμα, οι ασθενείς που εμφάνιζαν μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση καπνίσματος ήταν πιο πιθανό να ταυτιστούν με το μέγιστο επίπεδο ενοχής. Τέλος, η ενοχοποίηση στο επίπεδο του χαρακτήρα σχετίζεται και με την αντίληψη περί οικογενειακών ευθυνών (Plaufcan, Wamboldt, & Holm, 2012). Παράλληλα, οι ασθενείς, πέραν της οικογένειας, αναφέρονται στην εκκλησία και το Θεό ως σημεία αναφοράς κεντρικής σημασίας για τη ζωή τους, διότι πιστεύουν πως τους παρέχουν μια σημαντική διέξοδο από την ασθένεια (Sheridan και συν., 2011).

Γενικότερα, οι προσωπικές εκτιμήσεις αναφορικά με την προσωπική ενοχή, φαίνεται πως περιστρέφονται γύρω από την ανησυχία των ασθενών με ΧΑΠ, αναφορικά με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς τους από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, και για το λόγο αυτό, οι ασθενείς οικοδομούν μια επιθυμητή εικόνα του ατόμου τους (Harrison, Robertson, Apps, Steiner, Morgan, & Singh, 2015). Οι ασθενείς δείχνουν ιδιαίτερα ευαίσθητοι για το πώς τους αντιμετωπίζουν οι άλλοι, και ιδιαίτερα οι επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, έπειτα από παροξύνσεις της νόσου, οι ασθενείς παρουσιάζουν τάσεις απόμόνωσης, κάτι που οι ίδιοι ερμηνεύουν ως έναν τρόπο άμβλυνσης της επιβάρυνσης που έχουν υποστεί τα οικεία τους πρόσωπα (Harrison και συν., 2015).

Έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν διαφορετικά την ενοχή που αισθάνονται (Strang και συν., 2014). Πιο συχνά αναφέρεται ότι την αποδέχονται ενεργητικά ή παθητικά. Δεν αμφισβητούν το γεγονός ότι το κάπνισμα επηρεάζει την εξέλιξη της ΧΑΠ, και γι αυτό αισθάνονται οργή ή θλίψη για παλαιότερες αποφάσεις ή ακύρωση πρωτοβουλιών-θεραπειών τους. Ωστόσο, είναι αρκετοί αυτοί που μεταθέτουν το βάρος των ευθυνών σε διαφορετικούς παράγοντες, όπως τη καπνοβιομηχανία, το σύστημα υγείας και τις εκάστοτε αρχές, οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για την μη ενημέρωση και προειδοποίησή τους. Έτσι, με αυτή την μετατόπιση των κατηγοριών στους άλλους, οι πάσχοντες αμβλύνουν τα αισθήματα ενοχής που τους βαραίνουν (Strang και συν., 2014). Συχνά διατυπώνεται μια γενικότερη αντίληψη εκ μέρους των ασθενών, κατά την οποία, η νόσος έπρεπε να αποδίδεται σε άλλους παράγοντες πλην του καπνίσματος, όπως το εργασιακό περιβάλλον, η κληρονομικότητα, ή ακόμη και το πεπρωμένο (Strang και συν., 2014). Άλλοτε οι ασθενείς με ΧΑΠ καταφεύγουν στην άρνηση οποιαδήποτε προσωπικής ευθύνης για την νόσο, προτιμώντας να την αποσυνδέσουν από το κάπνισμα, και να κατηγορήσουν την ατμοσφαιρική ρύπανση και το επιβαρυσμένο περιβάλλον εργασίας όπου εκτίθενται ακουσίως (Hansen, Walters, & Wood-Baker, 2007).

Παράλληλα, κάποιοι ασθενείς με ΧΑΠ επιλέγουν συνειδητά να καπνίζουν και δεν το μετανιώνουν, επειδή στο κάπνισμα θεωρούν ότι βρίσκουν τόσο ευχαρίστηση όσο και μια διέξοδο από τις καθημερινές ανησυχίες της ζωής. Αυτή η φυγή από την πραγματικότητα και η στροφή προς την απόλαυση σχετίζεται και με τις θεωρητικές προσεγγίσεις που αποσκοπούν στον ορισμό της καλής ζωής (Sandøe, 1999), η οποία ταυτίζεται με την ευχαρίστηση και την απουσία πόνου. Μάλιστα, σε μελέτη των Lindqvist και Hallberg, (2010), το κάπνισμα θεωρήθηκε ως ο καλύτερος και πιο σταθερός φίλος και χαρακτηρίστηκε περισσότερο ως

κάποιο είδος τελετουργικής συμπεριφοράς, παρά ως ένα εθιστικό ναρκωτικό, ενώ δημιουργούσε και μια αίσθηση κοινωνικότητας.

3.3. Ο ρόλος της εστίας ελέγχου της υγείας (locus of health control) στη ΧΑΠ

Η θεωρία της εστίας ελέγχου, αφορά στην δυνατότητα του ανθρώπου να παρεμβαίνει στις καταστάσεις που τον αφορούν. Επίσης αφορά στο σύνολο των αντιλήψεων του σχετικά με τις μεταβλητές που επιδρούν στη ζωή του. Κατά τον Rotter (1966), ο άνθρωπος με εσωτερικό προσανατολισμό ελέγχου θεωρεί πως τα γεγονότα, εν πολλοίς οφείλονται στις αποφάσεις και τις πράξεις του και με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να αίρονται τα εκάστοτε προβλήματα που τον ταλανίζουν. Αντίθετα, το άτομο με εξωτερικό προσανατολισμό ελέγχου θεωρεί ότι δε βρίσκεται σε θέση ισχύος, ώστε να επηρεάζει το περιβάλλον του και ενστερνίζεται την άποψη πως πολλά συμβάντα οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες. Συνεπώς, η θεωρία για την εστία ελέγχου, περιγράφει την πεποίθηση ότι η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται από την εσωτερική σχέση με τους εξωτερικούς παράγοντες.

Το παραπάνω μοντέλο μετεξελίχθηκε σε μία κλίμακα (MHLC) (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978), που αποτελείται από τρεις κύριες διαστάσεις. Η εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας (InternalHLC) αναφέρεται στην πεποίθηση ενός ατόμου πως η υγεία του εξαρτάται από τη συμπεριφορά του. Η ευκαιριακή-τυχαία πηγή ελέγχου (ChanceHLC) στηρίζεται στην αντίληψη ότι οι παράγοντες της τύχης καθορίζουν τα αποτελέσματα της υγείας, ενώ η τρίτη διάσταση (PowerfulOthersHLC) αναφέρεται στη γνώμη ενός ατόμου, κατά την οποία, η ζωή του εξαρτάται από άλλους ανθρώπους με ισχύ, όπως π.χ. οι γιατροί.

Για τους ασθενείς με ΧΑΠ, η διαχείριση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία τους έχει ζωτική σημασία. Οποιοσδήποτε παράγοντας κινδύνου που προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον, όπως το κρύο ή η ατμοσφαιρική ρύπανση, μπορεί να οδηγήσει σε μια ασταθή κατάσταση (Chen, Chen, Lee, Cho, & Weng, 2008). Οι ασθενείς όταν αντιλαμβάνονται ανάλογες ειδράσεις χρησιμοποιούν συσκευές ή επιπρόσθετα είδη ένδυσης για να παραμείνουν σε κανονικές θερμοκρασίες, και προσπαθούν να αποφεύγουν ερεθίσματα, όπως ο αέρας, οι ακραίες καιρικές συνθήκες και οι πολυσύχναστοι χώροι κατά τις περιόδους που εμφανίζονται συχνά ιώσεις (Chen και συν., 2008). Επιπλέον οι ασθενείς οργανώνουν το περιβάλλον στο οποίο ζουν καθημερινά, με σκοπό την εργονομία, με την τακτοποίηση των επίπλων και άλλων αντικειμένων για την αύξηση της ευκολίας μετακίνησης και την πρόληψη των πτώσεων. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να εξοικονομήσουν ενέργεια, να αμβλύνουν τη δύσπνοια και να περιορίσουν τις συνέπειες από μια ενδεχόμενη πτώση. Συνεπώς, η ευελιξία στο σκέλος της φροντίδας του εαυτού και η στήριξη της οικογένειας είναι σημαντικοί παράγοντες στο επίπεδο της αυτοδιαχείρισης (Chen και συν., 2008).

Οι ασθενείς φαίνεται να τείνουν προς μια εξωτερική εστία ελέγχου για την υγεία τους. Οι πιο συχνά αναφερόμενες παράμετροι που επηρεάζουν τη νόσο των ασθενών, είναι η ποιότητα του αέρα, ο καιρός, οι επαγγελματικές δραστηριότητες και η ιατρική περίθαλψη, παράμετροι που βρίσκονται πέρα από τον έλεγχο του ασθενούς, και γενικά σημειώνονται ελάχιστες δεξιότητες αυτοδιαχείρισης (Boeckxstaens, Deregt, Vandesype, Willems, Brussell, & De Sutter, 2012). Μια πιθανή εξήγηση για την υστέρηση σε γνώσεις και δεξιότητες αυτοδιαχείρισης είναι η περιορισμένη συμμετοχή των ασθενών με ΧΑΠ σε προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης (Boeckxstaens, Deregt, Vandesype, Willems, Brussell, & De Sutter, 2012, Burrows & Carlislea, 2010, Lindgren, Storli, Wiklund-Gustin, 2014). Η συμμετοχή σε ανάλογα προγράμματα βοηθά τους ασθενείς στην ανάκτηση του ελέγχου της

υγείας τους, δίνοντάς τους ένα σχέδιο διαχείρισης της νόσου και προτείνοντάς τους αλλαγές συμπεριφοράς στις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται (Jerant, von Friederichs-Fitzwater, & Moore, 2005). Σε αυτά τα πλαίσια οι ασθενείς καλούνται να μάθουν μια σειρά τεχνικών επίλυσης των προβλημάτων, ώστε να πάρουν τις καλύτερες δυνατές αποφάσεις και να αξιολογήσουν τις επιδόσεις τους (Chen και συν., 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι η αποτελεσματικότητα της αυτοδιαχείρισης σχετίζεται με τη χρήση λιγότερων φαρμάκων, αλλά και τη μείωση των παροξύνσεων της νόσου (Effing και συν., 2007).

Είναι κοινή διαπίστωση, πως η έλευση μιας σοβαρής νόσου προκαλεί αβεβαιότητα και φόβο για το μέλλον, ενώ η απώλεια ελέγχου του σώματος μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Ωστόσο, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ο ίδιος ο φόβος μπορεί να γίνει η αφορμή για αντίδραση, ώστε να σταματήσει ή να περιοριστεί η φθίνουσα πορεία της ζωής. Η ασθένεια βοηθάει στην αυτοαξιολόγηση, και συχνά αναδύονται αισθήματα ενοχής και ντροπής, που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε αποφυγή των συναναστροφών ή την απομόνωσή του από την κοινωνία (Lindgren, Storli, & Wiklund-Gustin, 2014). Επιπροσθέτως, οι ασθενείς που αναγνωρίζουν το κάπνισμα ως αιτία της ασθένειάς τους, εκφράζουν την οργή τους για το παρελθόν και τη λύπη τους για την αδυναμία να το σταματήσουν (O'Shea, Taylor, & Paratz, 2007).

Οι Heimpel, Wood, Marshall και Brown (2002) διαπίστωσαν ότι, μετά από μια αποτυχία στα προγράμματα αποκατάστασης, οι ασθενείς με χαμηλό αυτοσεβασμό είχαν περισσότερες δυσκολίες στο να βελτιώσουν τη διάθεσή τους, καθώς χάνουν πιο εύκολα την ενεργητικότητά τους και ασκούν πιο έντονη αυτοκριτική. Αντίθετα, η υψηλότερη αυτοεκτίμηση σχετίζεται θετικά με την αυτο-αποτελεσματικότητα, η οποία αναφέρεται ως ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος στη ΧΑΠ αλλά και σε άλλες χρόνιες ασθένειες (Bonsaksen, Solveig Fagermoen, & Lerdal, 2015).

Στους ασθενείς που αποδίδουν την εστία ελέγχου στην τύχη, παρατηρήθηκε πως η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα παρέχουν μια σημαντική συναισθηματική υποστήριξη, η οποία μπορεί να μειώσει τα συναισθήματα της αδυναμίας (Milne, Moyle, & Cooke, 2009). Αντίθετα, τα άτομα με εσωτερική εστία ελέγχου, και ιδιαίτερα εκείνα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, δυσκολεύονται περισσότερο να αποδεχθούν την απώλεια της ανεξαρτησίας τους (Nordtug, Krokstad, & Holen, 2010).

3.4. Ο ρόλος της ψυχοπαθολογίας στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Στην καθημερινότητα των ασθενών, συχνά θεωρείται ότι η ίδια η σωματική νόσος συμβάλλει στην εμφάνιση και τη σοβαρότητα των εκάστοτε ψυχικών διαταραχών (Peveler, Carson, & Rodin, 2002). Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό άλλες ψυχολογικές μεταβλητές, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, να επηρεάζουν την εξέλιξη της ασθένειας, καθώς και την επιτυχία της θεραπείας και της αποκατάστασης (Bauer, & Duijsens, 1998).

Αρχικά, η γενική ψυχοπαθολογία εμφανίζει υψηλή συσχέτιση με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση. Οι γυναίκες ασθενείς ταξινομούνται σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες στον τομέα αυτό (Asnaashari, Talaei, & Haghghi, 2012). Όπως επισημαίνουν οι Wagena, Arrindell, Wouters και van Schayck, (2005), σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία από τους άνδρες, με τις διαφορές τους να αντανakλούν μικρά ή αμελητέα μεγέθη στα αποτελέσματα.

Επίσης, η γενική ψυχοπαθολογία παρουσιάζει μια σημαντική σχέση με τη σοβαρότητα της πνευμονικής απόφραξης. Πιο συγκεκριμένα, κάποιες ψυχολογικές διαταραχές, όπως ο ιδεοψυχαναγκασμός, ο ψυχωτισμός, και ο παρανοϊκός ιδεασμός σχετίζονται με τη σοβαρότητα της νόσου. Τα πιο κοινά συμπτώματα που αναφέρονται από

τους ασθενείς είναι η θλίψη, η εσωτερική ένταση, η ανησυχία ακόμη και για μικροπράγματα, η κόπωση, η δυσκολία συγκέντρωσης, η μείωση της μνήμης, οι διαταραχές ύπνου και το μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον (Bhaskar, Sarawag, & Mathai, 2015).

Επιπλέον, η ψυχολογική δυσφορία σε ασθενείς με ΧΑΠ συνδέεται τόσο με τη φθίνουσα ποιότητα ζωής όσο και με τον περιορισμένο αριθμό δραστηριοτήτων στην καθημερινότητα. Η λειτουργική ικανότητα των ασθενών σχετίζεται έντονα με συναισθηματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η στάση απέναντι στη θεραπεία και η κοινωνική υποστήριξη (Bhaskar, Sarawag, & Mathai, 2015). Έχει αναφερθεί ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, και ιδιαίτερα αυτοί που βρίσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου (Bhaskar, Sarawag, & Mathai, 2015).

3.4.1. Η καταγραφή της Ψυχοπαθολογίας μέσω του ερωτηματολογίου SCL-90-R

Το ερωτηματολόγιο SCL-90-R αποτελείται από εννέα διαστάσεις που εμπεριέχουν συγκεκριμένα συμπτώματα. Ανάμεσα σε αυτά βρίσκονται το φοβικό άγχος, το γενικό άγχος, η κατάθλιψη, η επιθετικότητα, ο ιδεοψυχαναγκασμός, η διαπροσωπική ευαισθησία, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός και η σωματοποίηση. Η συνολική βαθμολογία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του επιπέδου της γενικής ψυχολογικής δυσφορίας και την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς.

Σε έρευνα των Wagena, Arrindel, Wouters και van Schayck (2005) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, αλλά σημαντικά μικρότερη από τους

ασθενείς που έπασχαν από ψυχιατρικές ασθένειες. Ειδικότερα, οι ασθενείς με ΧΑΠ ανέφεραν σημαντικά περισσότερα ψυχολογικά παράπονα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Επιπροσθέτως, αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες παρουσίασαν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου σε σχέση με τους άνδρες. Μάλιστα, στο σκέλος *μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη*, η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (36 έναντι 25%) και φαίνεται κλινικά συναφής, αν και η διαφορά δεν θεωρείται σημαντική. Επίσης, οι καταθλιπτικοί ασθενείς με ΧΑΠ είχαν σημαντικά δυσχερέστερη βαθμολογία για όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη.

Σε άλλη έρευνα παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς που ακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης, σε αρχικά του στάδια εμφάνιζαν ήπια ψυχοπαθολογία με κύρια στοιχεία τα αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, επιθετικότητας και φοβικού άγχους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Güell, Resqueti, Sangenis, Morante, Martorell, Casan και συν., 2006). Μετά το πέρας του προγράμματος, οι ασθενείς που το ολοκλήρωσαν, εμφάνισαν σημαντική βελτίωση σε αρκετούς τομείς, ενώ η ομάδα ελέγχου είχε την τάση να παρουσιάζει επιδείνωση. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι ένα πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να αποδώσει σημαντικά οφέλη στη ικανότητα λειτουργικής άσκησης καθώς και στην ποιότητα ζωής (Güell και συν., 2006).

Στην Ελλάδα, σε αντίστοιχη έρευνα ως προς την ψυχοπαθολογία, η κατάθλιψη παρουσίασε την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ διαδοχικά ακολούθησαν οι διαστάσεις της σωματοποίησης, του ψυχαναγκασμού και του άγχους (Tselebis, Bratis, Kosmas, Harikiouroulou, Theodorakouroulou, Dumitru και συν., 2011). Παράλληλα, ένας στους δύο ασθενείς παρουσίασε κλινικά σημαντική αύξηση σε τουλάχιστον μία διάσταση του ερωτηματολογίου SCL-90-R. Επίσης, δεν διαπιστώθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της

ψυχοπαθολογίας και της ηλικίας των ασθενών ή του επιπέδου εκπαίδευσής τους (Tselebis και συν., 2011). Σε επόμενη έρευνα αναφορικά με την ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με ΧΑΠ, βρέθηκε πως το 55,6% των ασθενών εμφανίζει σημαντικά παθολογικά συμπτώματα. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην κατάθλιψη (36,1%), τη σωματοποίηση (33,3%), τον καταναγκασμό (30,65%) και το άγχος (23,7%), ενώ χαμηλά επίπεδα παρατηρήθηκαν για τον ψυχωτισμό (4,9%), το φοβικό άγχος (12,9%) και τον παρανοϊκό ιδεασμό (16,7%).. Στους ασθενείς με πολύ σοβαρή ΧΑΠ, καταγράφηκε υψηλότερος μέσος όρος στο σκέλος της σωματοποίησης σε σύγκριση με τους ασθενείς με ήπια ΧΑΠ, αλλά δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις άλλες υποκλίμακες. Όσον αφορά τις κλίμακες ψυχοπαθολογίας, οι ασθενείς, οι οποίοι διέκοψαν το πρόγραμμα παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας στις κλίμακες της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του παρανοϊκού ιδεασμού και του ψυχωτισμού σε σύγκριση με εκείνους που το είχαν ολοκληρώσει (Tselebis, Kosmas, Bratis, Pachi, Ilias, & Harikiouroulou, 2014). Επιπλέον, οι ασθενείς ΧΑΠ, σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου, διαπιστώθηκε πως εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του άγχους και του φοβικού άγχους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Σύμφωνα με τους στόχους της παρούσας ερευνητικής, οι οποίοι παρατίθενται στο κεφάλαιο της εισαγωγής, αναμένεται να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα:

Επηρεάζονται οι ασθενείς με βάση τις μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του οικονομικού επιπέδου, του ιστορικού καπνίσματος, του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και του σταδίου της νόσου;

Λαμβάνουν οι ασθενείς ικανοποιητική υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο;

Ποια είναι τα επίπεδα της ψυχοπαθολογίας των ασθενών;

Ποια είναι η αντίληψη των ασθενών με ΧΑΠ για την εστία ελέγχου της υγείας τους;

Σημειώνουν οι ασθενείς με ΧΑΠ υψηλές τιμές στις κλίμακες της ντροπής, η οποία σε συσχέτισμό με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη μπορεί να υποδηλώνει περιθωριοποίηση;

Οι ερευνητικές υποθέσεις συνίστανται στα εξής:

1. Η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών διαφοροποιείται συγκριτικά με αυτή των ανδρών ασθενών.
2. Η οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών είναι παράγοντες που επηρεάζουν την κοινωνική υποστήριξη και τους ψυχολογικούς δείκτες που μετρώνται σε αυτή την μελέτη.
3. Η ψυχολογία των ασθενών διαφοροποιείται αναφορικά με την χρήση καπνού.

5. Μέθοδος

Αναφορικά με τη μέθοδο διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη σε δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) της 1ης, 2ης και 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), στις οποίες οι συμμετέχοντες στη μελέτη ασθενείς προσέρχονται κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού για έλεγχο ρουτίνας και συνταγογράφηση. Οι μελέτες αυτές μελετούν ένα τυχαίο δείγμα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιούνται οι συνηθισμένοι τρόποι δειγματοληψίας. Έχουν ως στόχο τη μελέτη των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η χρονική τους αλληλουχία, ενώ μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια ο επιπολασμός της ασθένειας (Ντζούφρας & Περπέρογλου, 2009: 14-15). Ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων προέρχεται από τα νοσοκομεία Κορίνθου, Νίκαιας και *Σωτηρία*, ενώ σε μικρότερη κλίμακα ακολουθούν τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία των αναφερόμενων περιοχών. Σε σχέση με τη μέθοδο δειγματοληψίας επιλέχθηκε η τυχαία, επιλογή που βρίσκεται σε συμφωνία με το θεωρητικό υπόβαθρο.

5.1. Ασθενείς

Αναφορικά με τους συμμετέχοντες της έρευνας, σε πρώτο στάδιο προσεγγίστηκαν 480 ασθενείς με ΧΑΠ. Από αυτούς, αποκλείστηκαν 45 που δεν πληρούσαν τα κριτήρια, και εντέλει δέχτηκαν να συμμετάσχουν 320 ασθενείς οι οποίοι και έλαβαν ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Συνολικά, επιστράφηκαν συμπληρωμένα 231 ερωτηματολόγια, από τα οποία εξαιρέθηκαν 28 γιατί είχαν ελλιπή στοιχεία και τελικά στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν τα δεδομένα από 203 ασθενείς.

Ακολουθήθηκαν όλοι οι προβλεπόμενοι κανόνες δεοντολογίας. Αρχικά, πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες για το σκοπό και τη χρησιμότητα της έρευνας και διαβεβαιώθηκαν για την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών στοιχείων, ενέργειες δηλαδή που συμβάλλουν στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία της έρευνας (Αθανασίου, 2007: 141-143). Επιπλέον, για τη διεξαγωγή της έρευνας ελήφθησαν οι απαιτούμενες γραπτές άδειες από τις διοικήσεις των ΥΠΕ αλλά και των νοσοκομείων στα οποία πραγματοποιήθηκε.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν επιβεβαίωσαν τη συγκατάθεσή τους με μονογραφή σε συνοδευτικό έντυπο. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ασθενείς με τη διακριτική παρουσία του ερευνητή και με την βοήθειά του όπου αυτό κρινόταν πως ήταν απαραίτητο. Παράλληλα, υπήρχε η εναλλακτική επιλογή της συμπλήρωσης κατ' οίκον και η επιστροφή γινόταν κατά την επόμενη επίσκεψη.

5.2. Εργαλεία μέτρησης

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα βασικό ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, καθώς και πληροφορίες για το στάδιο της νόσου, το δείκτη μάζας σώματος και τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών. Ακολούθως χρησιμοποιήθηκαν οκτώ σταθμισμένα ερωτηματολόγια με υψηλή εγκυρότητα και πολύ καλή προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα. Συγκεκριμένα αξιοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια:

1. CCQ - Clinical COPD Questionnaire,
2. MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support,
3. HLC - Health Locus Control,

4. ESS - Experience of Shame Scale,
5. OAS - Other As Shamer Scale,
6. HDHQ - The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire,
7. DSSI/sAD - The personal disturbance scale,
8. SCL -90R Symptom Checklist-90-Revised.

5.2.1. Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (Clinical COPD Questionnaire CCQ)

Το CCQ κατασκευάστηκε στην Αγγλία και την Ολλανδία, αποτελείται από δέκα ερωτήσεις που κατανέμονται σε τρεις κατηγορίες, και εξετάζει την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για τα συμπτώματα, τη λειτουργική κατάσταση και την ψυχολογική κατάσταση. Το CCQ από τη δημιουργία του το 2003 χρησιμοποιείται ευρέως και περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις (vanderMolen, Willemse, Schokker, tenHacken, Postma, &Juniper, 2003). Όλα τα στοιχεία – ερωτήσεις του ερωτηματολογίου βαθμολογούνται από την τιμή 0, για την έννοια "ποτέ" έως και την τιμή 6, που αντιστοιχεί στην έννοια "σχεδόν" όλη την ώρα". Κατόπιν της συλλογής των δεδομένων, αξιολογούνται οι μέσοι της συνολικής βαθμολογίας των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα ερμηνεύονται ως εξής: 4.0-6.0 σημαίνει μεγάλη ή πολύ μεγάλη επίπτωση στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ), 2.0-3.9 μέτρια επίπτωση, και 0,0-1,9 σημαίνει καμία ή μικρή επίπτωση στη Σχετιζόμενη με την Υγεία ΠΖ

(ΣΥΠΖ) (Henoch, Strang, Löfdahl, &Ekberg-Jansson, 2016).

Σχετικά με τα παρατηρούμενα συμπτώματα αυτά είναι η δύσπνοια, ο βήχας και το φλέγμα. Η κατηγορία της ψυχολογικής κατάστασης περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα

συναισθήματα κατάθλιξης και τις σκέψεις για την αναπνοή. Η λειτουργική κατάσταση περιγράφει τους περιορισμούς σε διαφορετικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής εξαιτίας της ασθένειας των πνευμόνων. Επισημαίνεται ότι οι ερωτήσεις εξετάζουν την κατάσταση του υποκειμένου-ασθενούς για την προηγούμενη εβδομάδα και χρησιμοποιείται μια κλίμακα με τιμές από το 0 (κανένας περιορισμός) έως το 6 (απόλυτος περιορισμός).

Αξίζει να τονιστεί πως η επιλογή της χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου έγινε, διότι αφενός είναι κατάλληλο για την εξέταση των παραμέτρων της συγκεκριμένης ασθένειας αφετέρου είναι πιο σύντομο σε συμπλήρωση σε σχέση με άλλα ερωτηματολόγια. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους Cave, Atkinson, Tsiligianni και Kaplan (2012) από τα εννέα ερωτηματολόγια που εξετάζουν την κατάσταση των ασθενών με ΧΑΠ το CCQ σημείωσε καλή επίδοση σε όλα τα κριτήρια καταλληλότητας για τη χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με τα κυριότερα πλεονεκτήματά του να είναι η ευκολία στη συμπλήρωση και η διαθεσιμότητά του σε 52 γλώσσες.

Αναφέρεται πως το CCQ είναι κατάλληλο για μελέτες που σχετίζονται τόσο με την ήπια όσο και με τη μέτρια έως σοβαρή ΧΑΠ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Ställberg, Nokela, EhreHjemdal, & Wikström – Jonsson, 2009).). Επιπλέον, τα δεδομένα προγενέστερης ερευνητικής προσπάθειας ανέδειξαν ότι το CCQ είναι ένα αξιόπιστο, βολικό και εναλλακτικό εργαλείο για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ΧΑΠ (Shih-FengLiu, Ching-WanTseng, Mei-LienTu, Chin-ChouWang, Chia-ChengTseng, Chien-HungChin, και συν., 2012). Συνολικά, πρόκειται για ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο έχει το συγκριτικό πλεονέκτημα της συμπλήρωσης του χρόνου, καθώς 2 λεπτά είναι αρκετά (vanderMolen, Willemse, Schokker, tenHacken, Postma, & Juniper.

5.2.2. Πολυφασικό ερωτηματολόγιο της Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS)

Το MSPSS είναι ένα εργαλείο με ιδιότητες που το αναδεικνύουν ως μια ωφέλιμη προσθήκη στις υπάρχουσες κλίμακες για την εκτίμηση της κοινωνικής υποστήριξης. Είναι ένα σύντομο και εύχρηστο ως προς τη διαχείριση του και περιέχει δώδεκα αντικείμενα, τα οποία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert των επτά σημείων σημείων, όπου η τιμή 1 ταυτίζεται με τη φράση *διαφωνώ πάρα πολύ* και η τιμή 7 με τη φράση *συμφωνώ πάρα πολύ*.

Σκοπός της κλίμακας αυτής είναι η μέτρηση της αντίληψης του ατόμου για τον τρόπο με τον οποίο εκλαμβάνει την εξωτερική κοινωνική υποστήριξη, ενώ παράλληλα έχει δοκιμαστεί σε άτομα από διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και πολιτιστικό υπόβαθρο, ενώ βρέθηκε ότι αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat, 2008). Το MSPSS σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις αντιλήψεις για την επάρκεια της κοινωνικής υποστήριξης από τρεις συγκεκριμένες πηγές: την οικογένεια (ερωτήσεις 3, 4, 8, 11), τους φίλους (ερωτήσεις 6, 7, 9, 12) και τους σημαντικούς άλλους (ερωτήσεις 1, 2, 5, 10).

Επιπροσθέτως, το MSPSS φαίνεται να είναι ψυχομετρικά κατάλληλα προσαρμοσμένο, με αρκετά καλή αξιοπιστία και δομική εγκυρότητα (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Τέλος, επιπρόσθετα πλεονεκτήματα του MSPSS είναι το γεγονός πως είναι ευκολονόητο μέσο, απλό στη χρήση και χαρακτηρίζεται από την εξοικονόμηση χρόνου και αναπόφευκτα το καθιστούν ιδανικό ερευνητικό μέσο για χρήση, ιδιαίτερα όταν ο χρόνος υποβολής είναι περιορισμένος.

5.2.3. Κλίμακα Εστίασης Ελέγχου για την Υγεία (Health Locus Control HLC)

Η HLC δημιουργήθηκε με σκοπό να αξιολογήσει την υποκειμενική αντίληψη που έχει ένας άνθρωπος σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από τον ίδιο

(εσωτερική εστία ελέγχου) ή από εξωτερικούς παράγοντες. Ειδικότερα, αποτελείται από 18 αντικείμενα-ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια κλίμακα έξι διαβαθμίσεων και κατανέμονται σε 3 κατηγορίες.

Η εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας (Internal HLC) αναφέρεται στο βαθμό που οι προσωπικές αποφάσεις και συμπεριφορές είναι υπεύθυνες για τη διατήρηση της υγείας ή την εμφάνιση μιας ασθένειας, δηλαδή το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της υγείας του. Η υποκλίμακα της τύχης αξιολογεί το βαθμό, στον οποίο το υποκείμενο θεωρεί πως η πορεία της κατάστασης της υγείας του αποδίδεται στον παράγοντα της τύχης ή της μοίρας. Τέλος, η υποκλίμακα των σημαντικών άλλων προσώπων αξιολογεί την επιρροή άλλων ανθρώπων που διαθέτουν την ισχύ, ώστε να ελέγχουν την κατάσταση της υγείας του υποκειμένου. Σε σχέση με τη βαθμολογία, το μεγαλύτερο σκορ σε μία υποκλίμακα του ερωτηματολογίου φανερώνει την τάση του ατόμου να επιλέγει σε μεγαλύτερο βαθμό το περιεχόμενο των πεποιθήσεων που αναφέρεται στη συγκεκριμένη υποκλίμακα.

5.2.4. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS)

Η ESS κατασκευάστηκε το 2002 και περιλαμβάνει 25 αντικείμενα-ερωτήσεις με σκοπό την αξιολόγηση τριών παραμέτρων της συνολικής ντροπής που μπορεί να βιώσει κάποιος, δηλαδή τη χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame), τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame).

Η χαρακτηρολογική ντροπή εστιάζει στις προσωπικές συνήθειες, στην αντίληψη για την ποιότητα του εαυτού, και στις προσωπικές ικανότητες. Η συμπεριφορική ντροπή αναφέρεται στη ντροπή που αισθάνεται κανείς μετά από κάποιο λάθος, τη ντροπή για κάτι αφελές που ειπώθηκε αλλά και για την αποτυχία σε ανταγωνιστικές καταστάσεις. Επίσης, αξιολογείται η σωματική ντροπή και πιο συγκεκριμένα, η ντροπή που αισθάνεται κανείς για

το σώμα του συνολικά ή κάποιο τμήμα του. Εξετάζονται αυνολικά οκτώ θέματα, και στο καθένα από αυτά υπάρχουν τρία σχετικά πεδία που αφορούν την βιωματική συνιστώσα, με τη μορφή μιας άμεσης ερώτησης σχετικά με την αίσθηση της ντροπής (π.χ. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;»), μια γνωστική συνιστώσα, με τη μορφή μιας ερώτησης σχετικά με την ανησυχία για τις απόψεις των άλλων (π.χ. «Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;») και μια συνιστώσα συμπεριφοράς, με τη μορφή μιας ερώτησης απόκρυψης ή αποφυγής (π.χ. «Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;»). Για τη σωματική ντροπή, υπάρχει ένα επιπλέον στοιχείο σχετικά με την αποφυγή καθρεφτών (εκτός από την απόκρυψη του σώματος, ή τμημάτων του, από άλλους).

Οι συμμετέχοντες απαντούν σύμφωνα με το πώς αισθάνονταν κατά το παρελθόν έτος και κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε μια κλίμακα 4 σημείων, που κυμαίνεται από την τιμή 1 (όχι καθόλου) έως 4 (πάρα πολύ) αποδίδοντας συνολικά αποτελέσματα στο πεδίο τιμών 25-100 (Andrews, Qian, & Valentine, 2002: 32). Τέλος, αναφέρεται ότι η συγκεκριμένη κλίμακα διαθέτει πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,92$), ενώ έχει αξιοποιηθεί σε πολλές μελέτες και αποδείχθηκε αποτελεσματική στην πρόβλεψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Andrews και συν., 2002).

5.2.5. Κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OtherAsShamerScale OAS)

Η OAS δημιουργήθηκε από τους Goss, Gilbert και Allan (1994) και κατασκευάστηκε στα πρότυπα ενός προηγούμενου εργαλείου αξιολόγησης του μεγέθους της ντροπής, του ISS (Internalized Shame Scale). Το OAS περιέχει 18 στοιχεία - ερωτήσεις που όπου τα άτομα αξιολογούν τις πεποιθήσεις των άλλων για τους ίδιους (π.χ. "άλλοι με θεωρούν ..."). Αξιοποιείται μια κλίμακα Likert πέντε βαθμών 0-4, όπου 0 = ποτέ, 1 = σπάνια, 2 = μερικές

φορές, 3 = συχνά και 4 = πάντα) με σκοπό τον υπολογισμό της συχνότητας εμφάνισης του περιεχομένου της εκάστοτε δήλωσης.

Τα ερωτήματα της κλίμακας κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, αυτές της κατωτερότητας, του κενού και την άποψη του ατόμου για την αντίδραση του περίγυρού του σε περίπτωση σφαλμάτων. Το συνολικό σκορ αλλά και η βαθμολογία για την κάθε υποκλίμακα επιτυγχάνεται με τη συγκέντρωση μεμονωμένων βαθμολογιών στα σχετικά αντικείμενα. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου είναι δεδομένη με βάση τα αποτελέσματα εγχώριων ερευνών και μη (Guilbert, Boxall, Cheung, & Irons, 2005; Gouva, Paschou, Kaltsouda, Dragioti, Paralikas, Mantzoukas & Kotrotsiou, 2012; Paschou, Damigos, Mavreas, & Gouva, 2010).

5.2.6. Ερωτηματολόγιο της επιθετικότητας και της κατεύθυνσης της επιθετικότητας

The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire HDHQ.

Το HDHQ σχεδιάστηκε από τους Caine, Foulds και Hope (1967). Είναι αυτοσυμπληρούμενο και συγκροτείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI) με σκοπό τη μέτρηση της εχθρότητας ως στάση και τη δοκιμασία του σε ένα ευρύ φάσμα πιθανών εκδηλώσεων της επιθετικότητας, της εχθρότητας και της τιμωρίας. Εκφράζει την ετοιμότητα και την αντίδραση του ατόμου σε μια εχθρική συμπεριφορά χωρίς να αφορά τις περιπτώσεις της σωματικής επιθετικότητας ή βιαιότητας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 51 στοιχεία και περιλαμβάνει 5 υποκλίμακες: την παρορμητική επιθετικότητα Acting-out Hostility – AH, την επίκριση των άλλων Criticism of

Others- CO, την παρανοειδή επιθετικότητα Paranoid Hostility - PH, την αυτοεπίκριση Self-Criticism - SC, και την παρανοειδή ενοχή Delusional Guilt –DG.

Με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο του Rosenzweig (1934), οι πρώτες 3 υποκλίμακες αθροίζονται με σκοπό τον σχηματισμό ενός σκορ που αφορά την εκδήλωση της εχθρότητας προς εξωτερικούς παράγοντες – υποκείμενα, ενώ το άθροισμα των δύο τελευταίων δίνουν μία εσωτερική κατεύθυνση της επιθετικότητας. Επισημαίνεται ότι η κατεύθυνση της επιθετικότητας μπορεί να αποδοθεί από τη διαφορά που προκύπτει, εάν το άθροισμα των κλιμάκων AH, CO, PH αφαιρεθεί από το άθροισμα που προκύπτει από το διπλάσιο γινόμενο της κλίμακας SC και της προσθήκης της κλίμακας DG. Στην περίπτωση αυτή, εάν το αποτέλεσμα είναι θετικό η κατεύθυνση της επιθετικότητας είναι εσωτερική, ενώ εάν είναι αρνητικό τότε η κατεύθυνση της εχθρότητας είναι εξωστρεφής. Συνολικά, το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων προσδιορίζει τη συνολική επιθετικότητα. Οι απαντήσεις για τα αντικείμενα – ερωτήματα της συγκεκριμένης κλίμακας προέρχονται από μια κλίμακα βαθμολόγησης τριών σημείων, όπου 2 = Αληθές, 0 = Λάθος και 1 = ; τα παραγόμενα σκορ βρίσκονται στο εύρος 0-24 για τις υποκλίμακες AH & CO, 0-18 για την υποκλίμακα PH και 0-22 για την υποκλίμακα SC ΚΑΙ 0-14 για την υποκλίμακα DG.

5.2.7. DSSI/sAD - The personal disturbance scale.

Το DSSI/sAD είναι ένα ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους Bedford & Foulds και συγκροτείται από δυο κλίμακες ανεξάρτητες μεταξύ τους, με 7 ερωτήσεις που αξιολογούν το άγχος, και άλλες 7 για την κατάθλιψη.

Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί σαν δοκιμασία ελέγχου, ώστε να εντοπιστούν πιθανά ψυχικά συμπτώματα, αλλά και αξιολογητικά ως εκτίμηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα που επιτρέπει τη χρήση του

είναι το γεγονός πως πρόκειται για ένα εύχρηστο μέσο ως προς τη συμπλήρωση και επιτρέπει μια εύκολη και άμεση εκτίμηση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης.

Αναφέρεται πως η κάθε ερώτηση δομείται σε δύο σημεία, όπου στο ένα εξετάζεται η ύπαρξη ή όχι ενός συμπτώματος και στο δεύτερο αξιολογείται ο βαθμός ενόχλησης από το σύμπτωμα, εάν αυτό υπάρχει. Ακολούθως προκύπτει μια βαθμολογία, όπου η τιμή 0 ταυτίζεται με την απουσία συμπτώματος, η τιμή 1 με την παρουσία συμπτώματος μικρής ενόχλησης, η τιμή 2 ταυτίζεται με την παρουσία συμπτώματος, μεγάλης ενόχλησης και η τιμή 3 ισοδυναμεί με την παρουσία συμπτώματος πολύ ισχυρής ενόχλησης.

Η ταξινόμηση του πληθυσμού με βάση τα αποτελέσματα γίνεται σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο βρ΄σκονται οι *ελεύθεροι συμπτωμάτων*, οι οποίοι σε κάθε υποκλίμακα έχουν άθροισμα τιμών μικρότερο του 3, στο δεύτερο τα άτομα που εμφανίζουν τιμές μεταξύ του 3 και του 6 και έχουν *οριακή συμπτωματολογία*, ενώ στο τρίτο επίπεδο κατατάσσονται άτομα που παρουσιάζουν τιμές πάνω από 6 και θεωρείται πως έχουν *σοβαρή ψυχοπαθολογία*.

5.2.8. Symptom Checklist-90-Revised (SCL -90R)

Το SCL-90-R είναι μια κλίμακα, η οποία δημιουργήθηκε από τον Derogatis (1973) και συχνά αξιοποιείται για την αξιολόγηση χρόνιων ασθενών, με σκοπό την ανεύρεση ψυχολογικών, σωματικών και συμπεριφορικών εστιών συμπτωματολογίας. Στο SCL-90-R, οι ερωτώμενοι βαθμολογούν 90 συμπτώματα-δυσφορίας σε μια κλίμακα Likert των 5 σημείων όπου η τιμή 0 σχετίζεται με την έννοια «καθόλου» και η τιμή 4 με την έννοια «υπερβολικά». Η τελική βαθμολογία δύναται να κυμαίνεται στο πεδίο τιμών μεταξύ 0 έως 360.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν αν και σε ποιο βαθμό εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα κατά την προηγούμενη εβδομάδα. Οι δηλώσεις αποδίδονται σε 9 διαστάσεις που αντανακλούν διάφορους τύπους ψυχοπαθολογίας. Πρόκειται για τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, το φοβικό άγχος την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, και τον ψυχωτισμό. Επιπροσθέτως, υπολογίζονται τρεις δείκτες που αξιολογούν το μέγεθος της έντασης και της έκτασης των καταγραφόμενων συμπτωμάτων. Ο πρώτος δείκτης αφορά στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων (Global Severity Index) και παρέχει δεδομένα για την έκταση των συμπτωμάτων. Ο δεύτερος δείκτης αξιολογεί την ένταση της πιθανής ενόχλησης (Positive Symptom Distress Index), ενώ ο τρίτος δείκτης συσχετίζει τον αριθμό των συμπτωμάτων με την ένταση της ενόχλησης (Positive Symptom Total).

Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί επιτυχώς στον ελληνικό πληθυσμό και εμφανίζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία (Ντώνιας και συν, 1991).

5.2.9. Έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάκων και των ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbachalpha.όπου τιμές μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνται ικανοποιητικές/αποδεκτές (Spector, 1992). Όπως διαπιστώνεται στον ακόλουθο πίνακα, όλες οι τιμές του συντελεστή αξιοπιστίας για την παρούσα έρευνα βρέθηκαν πάνω από 0,82 υποδεικνύοντας μια πολύ καλή έως άριστη εφαρμογή στους ασθενείς με ΧΑΠ στον ελληνικό πληθυσμό.

Πίνακας 1. Συντελεστές αξιοπιστίας *Cronbach alpha* για τα εργαλεία που αξιοποιήθηκαν

<i>Ερωτηματολόγια</i>	<i>Cronbach alpha</i>
CCQ	0,906
MSPSS	0,943
HLC	0,828
DSSI/sAD	0,940
OAS	0,978
ESS	0,959
HDHQ	0.879
SCL-90	0,979

5.3. Στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα έρευνα στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS 23, και επιλέχθηκε μια σειρά κατάλληλων δοκιμασιών για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman, ο οποίος αξιοποιήθηκε στις περιπτώσεις που δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις για το συντελεστή συσχέτισης, όπως στην περίπτωση του σκορ του ερωτηματολογίου MSPSS και της μεταβλητής της ηλικίας. Το μέγεθος και της συμφωνίας ή όχι της σειράς των δύο μεταβλητών

εκφράζει και το πρόσημο αλλά και το μέγεθος της θέσης (Κατσή, Σιδερίδης, & Εμβαλωτής, 2010: 119-120).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το student t test, το οποίο εφαρμόζεται για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο συνόλων τιμών που διαφέρουν ως προς ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Απαραίτητες προϋποθέσεις ήταν η απουσία ακραίων τιμών, κάτι που διαπιστώθηκε μέσω των θηκογραμμάτων που κατασκευάστηκαν, η εξαρτημένη μεταβλητή να είναι ποσοτική (το σκορ του ερωτηματολογίου) και ενώ η ανεξάρτητη να είναι να είναι ποιοτική, όπως το φύλο των ασθενών, το ιστορικό καπνίσματος και το κάπνισμα στο παρόν, και τα δεδομένα να προέρχονται από πληθυσμούς με κανονικές κατανομές (Κατσή και συν, 2010:90-92). Ο έλεγχος της κανονικής κατανομής στην παρούσα έρευνα έγινε με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnoff. Στις περιπτώσεις που οι πληθυσμοί δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος του κριτηρίου Kruskal – Wallis, όπως στα ερωτηματολόγια MSPSS, DSSI/sAD, ESS και SCL-90.

Ακόμη αξιοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 καθώς το μέγεθος του δείγματος και ο τυχαίος τρόπος επιλογής του επέτρεψαν τη χρήση του, ενώ χρησιμοποιήθηκε και η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης. Απονα στις περιπτώσεις όπου τα δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης ή η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων με εξαρτημένη μεταβλητή το σκορ των ερωτηματολογίων CCQ και HLC.

Παράλληλα, στις περιπτώσεις όπου πληρούνταν οι προϋποθέσεις της συνέχειας των μεταβλητών, της κανονικότητας της κατανομής και της γραμμικής σχέσης μεταξύ των μεταβλητών αξιοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Pearson, όπως στην

περίπτωση της ηλικίας των συμμετεχόντων ασθενών και τους σκορ στο ερωτηματολόγιο CCQ.

Τέλος, το σκορ του εκάστοτε ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις ως εξαρτημένη μεταβλητή με τη χρήση μοντέλων πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης με σκοπό την εύρεση σχέσεων με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Η στατιστική σημαντικότητα (p-value) γισα όλες τις μετρήσεις αυτής της μελέτης ορίστηκε στο 5%, και ακολούθως το διάστημα εμπιστοσύνης (CI) ήταν 95%.

5.4. Περιορισμοί της μελέτης

Αυτή η μελέτη έχει διεξαχθεί κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Οι ισχυρές οικονομικές μεταβολές που έχουν επέλθει επηρεάζουν τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχολογία των συμμετεχόντων, και ενδεχομένως στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων μια μεγεθυμένη επιβάρυνση σε σχέση με άλλες χρονικές περιόδους. Επίσης στην παρούσα μελέτη δεν εξετάζεται η συννοσηρότητα. Αρκετές χρόνιες παθήσεις που συνυπάρχουν με την ΧΑΠ επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και ακολούθως μπορεί να επηρεάζουν περαιτέρω την ψυχολογία τους. Επιπλέον, διατηρείται μια επιφύλαξη αναφορικά με το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με ΧΑΠ που είτε είναι αδιάγνωστοι, είτε δεν προσέρχονται στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας για έλεγχο, μιας και το δείγμα αυτής τη μελέτης δεν συμπεριλαμβάνει αυτές τις ομάδες.

6. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

6.1. Δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων ασθενών στην έρευνα.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 203 άτομα. Με βάση τη μεταβλητή του φύλου, οι 112 ή το 55,2% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και οι 91 ή το 44,85 ήταν γυναίκες. Τα δεδομένα των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 2. Φύλο των ασθενών

	<i>n</i>	<i>%</i>
Άνδρες	112	55,2
Γυναίκες	91	44,8
Σύνολο	203	100

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 67,5 έτη. Ο νεώτερος ασθενής από τους συμμετέχοντες ήταν 41 ετών ενώ ο μεγαλύτερος σε ηλικία ήταν 88 ετών (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα

<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Median</i>	<i>Range</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
203	67,44	69,00	47	41	88

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση αυτή ταξινομήθηκε σε 4 κατηγορίες: τους έγγαμους, τους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους εν χηρεία (πίνακας 4). Σύμφωνα με τις απαντήσεις που συλλέχθηκαν, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην πρώτη κατηγορία, καθώς οι έγγαμοι είναι 121 ή το 59,6% των συμμετεχόντων. Το 7,4% ή οι 15 είναι

άγαμοι, το 17,2% ή οι 35 δήλωσαν διαζευγμένοι, ενώ το υπόλοιπο 15,8% ή οι 32 βρίσκονταν σε κατάσταση χηρείας.

Πίνακας 4. *Οικογενειακή κατάσταση των ασθενών*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Έγγαμοι	121	59,6
Άγαμοι	15	7,4
Διαζευγμένοι	35	17,2
Σε χηρεία	32	15,8
Σύνολο	203	100

Σχετικά με τον τομέα της εκπαίδευσης 123 άτομα ή το 60,6% των ατόμων έχει ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 29,1% ή 59 συμμετέχοντες έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ μόλις το 10,3% ή 21 συμμετέχοντες ταξινομούνται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (πίνακας 5). Παρατηρείται μια μείωση της κατανομής του πληθυσμού ως προς τα στάδια της εκπαίδευσης.

Πίνακας 5. *Εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Πρωτοβάθμια	123	60,6
Δευτεροβάθμια	59	29,1
Τριτοβάθμια	21	10,3
Σύνολο	203	100

Σε σχέση με την οικονομική κατάσταση (πίνακας 6) παρατηρείται ότι μόλις 1 στους 10 συμμετέχοντες βρίσκεται σε καλή οικονομική κατάσταση, καθώς 20 άτομα ή το 9,9%

αυτοπροσδιορίζεται σε αυτή την κατηγορία. Το 36.9% (75 συμμετέχοντες) δήλωσε πως η οικονομική του κατάσταση είναι μέτρια, το 29.9% (60 συμμετέχοντες) υποστηρίζει πως είναι κακή οικονομική κατάσταση, ενώ 48 άτομα (23.6%) βρίσκονται σε πολύ κακή οικονομική κατάσταση.

Πίνακας 6. Οικονομική κατάσταση των ασθενών

	<i>n</i>	%
Καλή	20	9,9
Μέτρια	75	36,9
Κακή	60	29,6
Πολύ Κακή	48	23,6
Σύνολο	203	100

Αναφορικά με το δείκτη μάζας σώματος παρατηρήθηκε ότι 6 άτομα ήταν λιποβαρείς (3%), 55 συμμετέχοντες (27.1%) είχαν κανονικό βάρος, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων παρατηρήθηκε ότι είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, αφού επτά στους δέκα βρέθηκαν σε αυτές τις κατηγορίες. Ειδικότερα, 81 συμμετέχοντες ήταν υπέρβαροι (39.9%) και 61 (30%) ήταν παχύσαρκοι(πίνακας 7).

Πίνακας 7. Δείκτης Μάζας Σώματος

	<i>n</i>	%
Λιποβαρείς	6	3,0
Κανονικού βάρους	55	27,1
Υπέρβαροι	81	39,9
Παχύσαρκοι	61	30,0
Σύνολο	203	100

Σε σχέση με το ιστορικό καπνίσματος (πίνακας 8), 30 συμμετέχοντες (14.8%) δήλωσαν πως δεν έχουν κάποιο ιστορικό, ενώ 173 άτομα που αποτελούν το 85.2% του δείγματος, ανέφεραν μακροχρόνια χρήση προϊόντων καπνού.

Πίνακας 8. Ιστορικό καπνίσματος

	<i>n</i>	%
Όχι	30	14,8
Ναι	173	85,2
Σύνολο	203	100,0

Σχετικά με το κάπνισμα στο παρόν (πίνακας 9) το 61.1% (124 συμμετέχοντες) δήλωσαν πως δεν συνεχίζουν τη συγκεκριμένη δραστηριότητα, ενώ το 38.9% (79 συμμετέχοντες) συνεχίζουν να καπνίζουν.

Πίνακας 9. Κάπνισμα στο παρόν

	<i>n</i>	%
OXI	124	61,1

ΝΑΙ	79	38,9
Σύνολο	203	100,0

Τέλος, σε σχέση με το στάδιο της νόσου, 26 συμμετέχοντες ή το 12,8% βρίσκεται στο πρώτο στάδιο, οι 49 ή το 24.1% βρίσκεται στο δεύτερο στάδιο το 28.1% ή 57 άτομα κατατάσσονται στο 3^ο στάδιο, ενώ το 35% βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα που ακολουθεί. Παρατηρείται επομένως, μια αύξηση της κατανομής ως προς τα στάδια της ΧΑΠ.

Πίνακας 10. Στάδιο ΧΑΠ

Στάδιο ΧΑΠ	n	%
I	26	12,8
II	49	24,1
III	57	28,1
IV	71	35,0
Σύνολο	203	100

6.2. Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (ClinicalCOPDQuestionnaireCCQ)

Όπως έδειξε η ανάλυση, στατιστικά σημαντικές διαφορές προκύπτουν για τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) σε σχέση με την κλίμακα των Συμπτωμάτων (p: 0,008) καθώς και για το σύνολο του ερωτηματολογίου (p: 0,025) (πίνακας 11).

Πίνακας 11. *CCQ και Δείκτης Μάζας Σώματος*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Συμπτώματα	4,062	0,008
Λειτουργικότητα	2,327	0,076
Ψυχολογική κατάσταση	2,242	0,085
CCQ Σύνολο	3,190	0,025

Ο έλεγχος posthoc κατά Bonferoni δείχνει ότι οι λιποβαρείς ασθενείς εμφανίζουν περισσότερη επιβάρυνση σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες ΔΜΣ. (Πίνακας 12)

Πίνακας 12. *CCQ διαφορές ως προς τον ΔΜΣ των ασθενών*

		<i>διαφορά Μ.Ο.</i>	<i>p</i>
	Κανονικού βάρους	1,72273*	0,025
Λιποβαρείς /	Υπέρβαροι	1,95988*	0,006
	Παχύσαρκοι	1,97541*	0,006

Στατιστικά σημαντική διαφορά για το CCQ ως προς την Οικονομική Κατάσταση των συμμετεχόντων εμφανίζεται για τις υποκλίμακες της Λειτουργικότητας ($p: 0,002$), της Ψυχολογικής κατάστασης ($p:0,002$) και για το σύνολο του ερωτηματολογίου ($p:0,002$) (πίνακας 13)

Πίνακας 13. *CCQ και Οικονομική κατάσταση των ασθενών*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Συμπτώματα	2,642	0,051
Λειτουργικότητα	4,938	0,002
Ψυχολογική κατάσταση	4,053	0,008
CCQ Σύνολο	5,195	0,002

Αναλυτικά ο έλεγχος *posthoc* κατά Bonferoni έδειξε ότι οι έχοντες ‘Πολύ Κακή’ Οικονομική κατάσταση εκδηλώνουν περισσότερα Συμπτώματα (Symptoms) ($p:0,033$), έχουν επιβαρυσμένη Λειτουργικότητα ($p: 0,001$) και Ψυχολογική Κατάσταση (Mentalstate) σε σχέση με τους ασθενείς που τα οικονομικά τους είναι μέτρια. Η ίδια παρατήρηση αφορά και το σύνολο του ερωτηματολογίου (CCQtotalscore) ($p: 0,001$).

Το CCQ στο σύνολό του και στις υποκατηγορίες που το απαρτίζουν στατιστικά εμφανίζει πολύ σημαντικές διαφορές ως προς τα Στάδια της νόσου, όπως φαίνεται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. *CCQ και Στάδιο ΧΑΠ*

	<i>F</i>	<i>p</i>
Συμπτώματα	40,438	0,000
Λειτουργικότητα	63,676	0,000
Ψυχολογική κατάσταση	18,837	0,000
CCQ Σύνολο	69,621	0,000

Αναλυτικά, οι ασθενείς που βρίσκονται στο Πρώτο στάδιο της νόσου εκδηλώνουν λιγότερα συμπτώματα, ενώ οι ασθενείς του τετάρτου σταδίου περισσότερα ($p: 0,000$) (πίνακας 15).

Πίνακας 15. *CCQ Συμπτώματα μεταξύ των σταδίων ΧΑΠ*

<i>Στάδια ΧΑΠ</i>		<i>διαφορά Μ.Ο.</i>	<i>p</i>
	ΔΕΥΤΕΡΟ	-1,27473*	0,000
ΠΡΩΤΟ /	ΤΡΙΤΟ	-1,80229*	0,000
	ΤΕΤΑΡΤΟ	-2,68770*	0,000
	ΠΡΩΤΟ	2,68770*	0,000
ΤΕΤΑΡΤΟ /	ΔΕΥΤΕΡΟ	1,41298*	0,000
	ΤΡΙΤΟ	,88541*	0,000

Η ίδια εικόνα επαναλαμβάνεται ως προς τη Λειτουργική και την Ψυχολογική κατάσταση των ασθενών (πίνακες 16 και 17).

Πίνακας 16. *CCQ - Λειτουργική κατάσταση μεταξύ των σταδίων ΧΑΠ*

<i>Στάδια ΧΑΠ</i>		<i>διαφορά Μ.Ο.</i>	<i>p</i>
	ΔΕΥΤΕΡΟ	-1,67955	0,000
ΠΡΩΤΟ /	ΤΡΙΤΟ	-2,04538	0,000
	ΤΕΤΑΡΤΟ	-3,84900	0,000
	ΠΡΩΤΟ	3,84900	0,000
ΤΕΤΑΡΤΟ /	ΔΕΥΤΕΡΟ	2,16945	0,000
	ΤΡΙΤΟ	1,80362	0,000

Πίνακας 17. *CCQ - Ψυχολογική κατάσταση μεταξύ των σταδίων ΧΑΠ*

<i>Στάδια ΧΑΠ</i>		<i>διαφορά Μ.Ο.</i>	<i>p</i>
	ΔΕΥΤΕΡΟ	-1,30926	0,000

ΠΡΩΤΟ /	ΤΡΙΤΟ	-1,63293	0,000
	ΤΕΤΑΡΤΟ	-2,41820	0,000
	ΠΡΩΤΟ	2,41820	0,000
ΤΕΤΑΡΤΟ /	ΔΕΥΤΕΡΟ	1,10894	0,000
	ΤΡΙΤΟ	0,78527	0,000

Όπως στις επιμέρους κλίμακες, έτσι και στο σύνολο του ερωτηματολογίου CCQ οι ασθενείς του πρώτου σταδίου έχουν στατιστικά καλύτερες τιμές από τους ασθενείς των άλλων σταδίων, και οι ασθενείς του τετάρτου τις πιο επιβαρυνμένες (πίνακας 18).

Πίνακας 18. *CCQ - Σύνολο μεταξύ των σταδίων ΧΑΠ*

<i>Στάδια ΧΑΠ</i>		<i>διαφορά Μ.Ο.</i>	<i>p</i>
	ΔΕΥΤΕΡΟ	-1,44356	0,000
ΠΡΩΤΟ /	ΤΡΙΤΟ	-1,86565	0,000
	ΤΕΤΑΡΤΟ	-3,09832	0,000
	ΠΡΩΤΟ	3,09832	0,000
ΤΕΤΑΡΤΟ /	ΔΕΥΤΕΡΟ	1,65476	0,000
	ΤΡΙΤΟ	1,23267	0,000

Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε ερμηνεύει το 42% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή το CCQ, αναδεικνύοντας ως κυριότερους παράγοντες το Στάδιο της νόσου και την Ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων. (πίνακας 19)

Πίνακας 19. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το CCQTOTAL

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Importance</i>
ΣτάδιοΧΑΠ	-1,520	108,449	1	108,449	91,866	0,000	0,716
SCL-90	0,694	43,089	1	43,089	36,500	0,000	0,284
Adjusted R square: 0,423							

6.3. Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο για την Προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη (MSPSS)

Η στατιστική ανάλυση έδειξε παρόμοια επίπεδα Προσλαμβανόμενης Κοινωνικής υποστήριξης στις υποκλίμακες ‘Οικογένεια’ και ‘Σημαντικοί Άλλοι’. Η υποκλίμακα ‘Φίλοι’ παρουσιάζει τις χαμηλότερες τιμές (πίνακας 20).

Πίνακας 20. MSPSS. Ελάχιστες/μέγιστες τιμές του ερωτηματολογίου και μέσοι όροι του δείγματος

<i>N=203</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
Οικογένεια	4	28	20,70	5,339
Φίλοι	4	28	16,96	5,480
Σημαντικοί Άλλοι	4	28	20,68	5,172
MSPSS Σύνολο	12	84	58,34	13,736

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ως προς το κάπνισμα στο παρόν, με αυτούς που καπνίζουν να λαμβάνουν μικρότερη υποστήριξη από την Οικογένεια και από Σημαντικούς Άλλους (πίνακας 21).

Πίνακας 21. MSPSS και κάπνισμα στο παρόν

	Κάπνισμα στο παρόν	<i>N</i>	<i>Mean rank</i>	<i>median</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Οικογένεια	Όχι	124	111.13	21	3766.5	0,005
	Ναι	79	87.68			
Φίλοι	Όχι	124	100.36	16	4694.5	0,616
	Ναι	79	104.58			
Σημαντικοί Άλλοι	Όχι	124	110.50	20	3843.5	0,009
	Ναι	79	88.65			
MSPSS Σύνολο	Όχι	124	107.59	60	4205.00	0,089

Η ανάλυση κατά KruskalWallis έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το ΔΜΣ για την Προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη από την Οικογένεια, τους Σημαντικούς Άλλους αλλά και στο σύνολο της κλίμακας MSPSS (πίνακας 22)

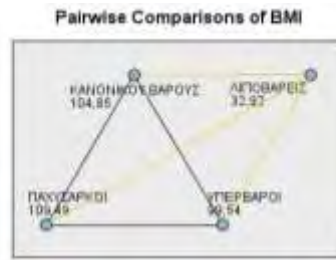
Πίνακας 22. *MSPSS και Δείκτης Μάζας Σώματος*

	<i>Οικογένεια</i>	<i>Φίλοι</i>	<i>Σημαντικοί Άλλοι</i>	<i>MSPSSTOTAL</i>
Chi-Square	9,743	3,143	10,729	8,673
p	,021	0,370	0,013	0,034

KruskalWallisTest

Αναλυτικά, οι λιποβαρείς ασθενείς φαίνεται να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε σχέση με τις άλλες ομάδες ΔΜΣ (γράφημα 1,2).

Γράφημα 1. ΔΜΣ σε σχέση με με την Κοινωνική Υποστήριξη από

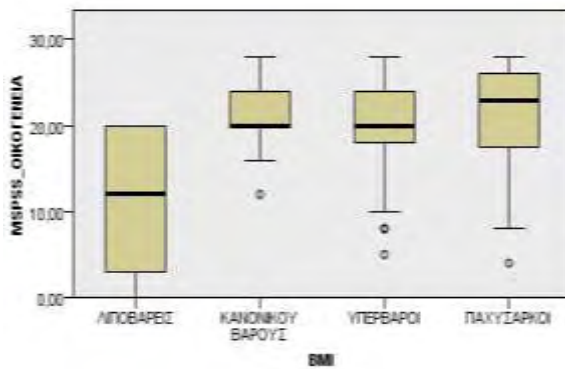


Each node shows the sample average rank of BMI.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ-ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	-86.620	24.623	-3.518	.001	.041
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ-ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	-71.938	25.021	-2.875	.004	.024
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	-76.575	24.900	-3.075	.002	.013
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ-ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	5.318	10.168	.523	.601	1.000
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	-9.955	9.866	-1.008	.313	1.000
ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	-4.637	10.821	-.429	.666	1.000

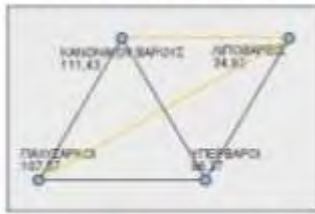
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

οικογένεια



Γράφημα 2. ΔΜΣ σε σχέση με με την Κοινωνική Υποστήριξη από Σημαντικούς Άλλους

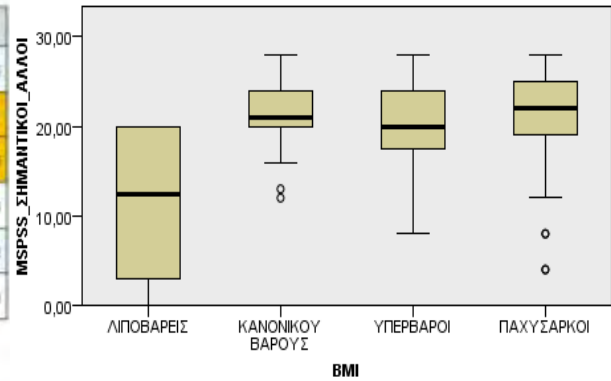
Pairwise Comparisons of BMI



Each node shows the sample average rank of BMI

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ-ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	-61.854	24.627	-2.495	.013	.076
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	-72.687	24.904	-2.917	.004	.021
ΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ-ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	-79.511	26.026	-3.057	.002	.013
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	-11.203	9.868	-1.136	.256	1.000
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ-ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	15.067	10.170	1.481	.139	.802
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ-ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	3.854	10.823	.356	.722	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



Στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις υποκλίμακες Οικογένεια και Φίλοι του MSPSS εμφανίζονται ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (πίνακας 23)

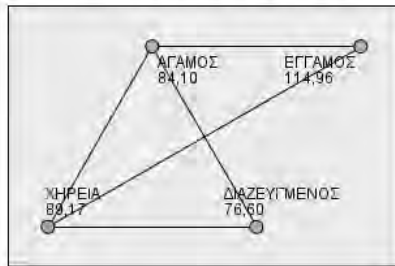
Πίνακας 23. MSPSS και Οικογενειακή κατάσταση

	Οικογένεια	Φίλοι	Σημαντικοί Άλλοι	MSPSS TOTAL
Chi-Square	15,640	10,611	18,780	19,589
p	0,001	0,014	0,000	0,000
Kruskal Wallis Test				

Αναλυτικά, φαίνεται ότι η ‘Οικογένεια’ παρέχει υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη στους έγγαμους απ’ ότι στους διαζευγμένους και οι ‘Φίλοι’ υψηλότερη στους έγγαμους απ’ ότι στους εν χηρεία συμμετέχοντες (γράφημα 3,4)

Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με με την Κοινωνική Υποστήριξη από ‘Οικογένεια’

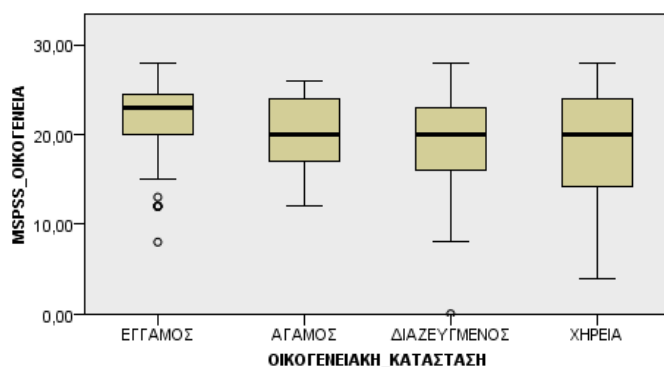
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

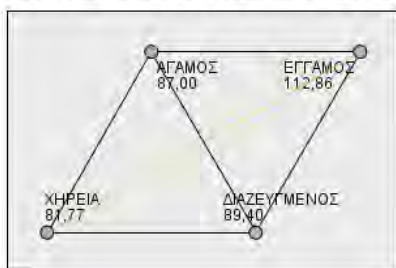
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΑΓΑΜΟΣ	7,500	17,960	,418	,676	1,000
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-12,572	14,234	-,883	,377	1,000
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	38,359	11,170	3,434	,001	,004
ΑΓΑΜΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-5,072	18,211	-,279	,781	1,000
ΑΓΑΜΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	30,859	15,931	1,937	,053	,316
ΧΗΡΕΙΑ-ΕΓΓΑΜΟΣ	25,787	11,569	2,229	,026	,155

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.



Γράφημα 4. Οικογένειακή κατάσταση σε σχέση με με την Κοινωνική Υποστήριξη από Φίλους

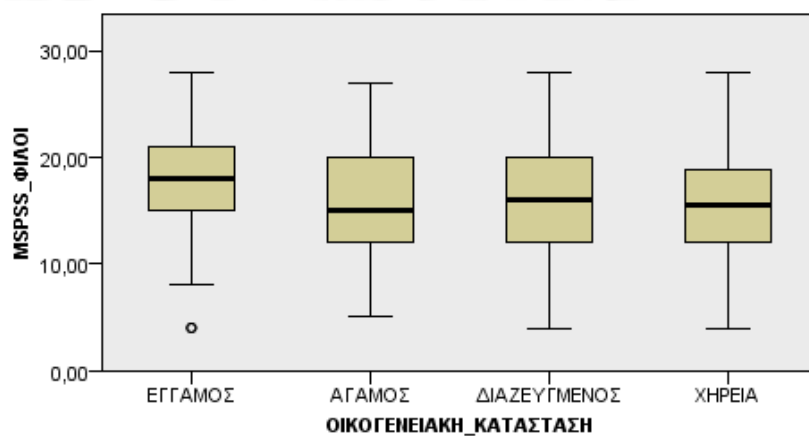
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΧΗΡΕΙΑ-ΑΓΑΜΟΣ	5,234	18,300	,286	,775	1,000
ΧΗΡΕΙΑ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	7,634	14,304	,534	,594	1,000
ΧΗΡΕΙΑ-ΕΓΓΑΜΟΣ	31,090	11,625	2,674	,007	,045
ΑΓΑΜΟΣ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-2,400	18,048	-,133	,894	1,000
ΑΓΑΜΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	25,855	16,009	1,615	,106	,638
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	23,455	11,224	2,090	,037	,220

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.



Επίσης, πιο υψηλή κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να παρέχουν οι Σημαντικοί Άλλοι στους έγγαμους απ' ότι στους διαζευγμένους (γράφημα 5)

Γράφημα 5. Οικογένειακή κατάσταση σε σχέση με με την Κοινωνική Υποστήριξη τους 'Σημαντικούς Άλλους'

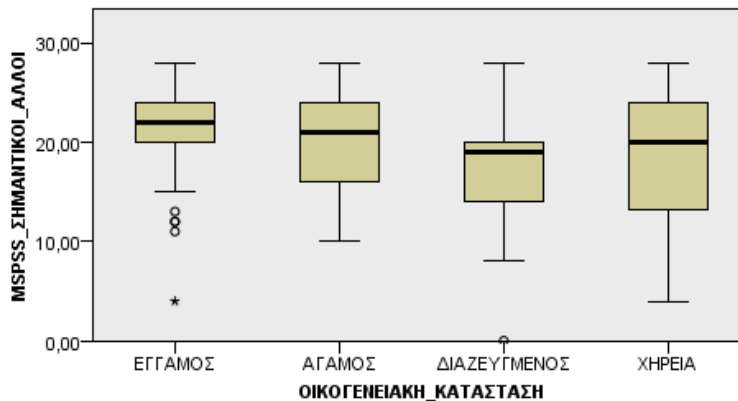
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-15,283	14,237	-1,074	,283	1,000
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΑΓΑΜΟΣ	29,843	17,963	1,661	,097	,580
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	44,506	11,172	3,984	,000	,000
ΧΗΡΕΙΑ-ΑΓΑΜΟΣ	14,559	18,214	,799	,424	1,000
ΧΗΡΕΙΑ-ΕΓΓΑΜΟΣ	29,223	11,571	2,526	,012	,069
ΑΓΑΜΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	14,664	15,933	,920	,357	1,000

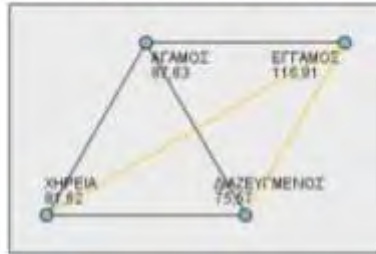
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.



Το MSPSS και στο σύνολό του ως προς την οικογενειακή κατάσταση εμφανίζει πάλι στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους έγγαμους σε σχέση με τους διαζευγμένους ($p: 0,001$) και τους εν χηρεία ασθενείς ($p: 0,015$) (γράφημα 6)

Γράφημα 6.Η Οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με την Κοινωνική Υποστήριξη

Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

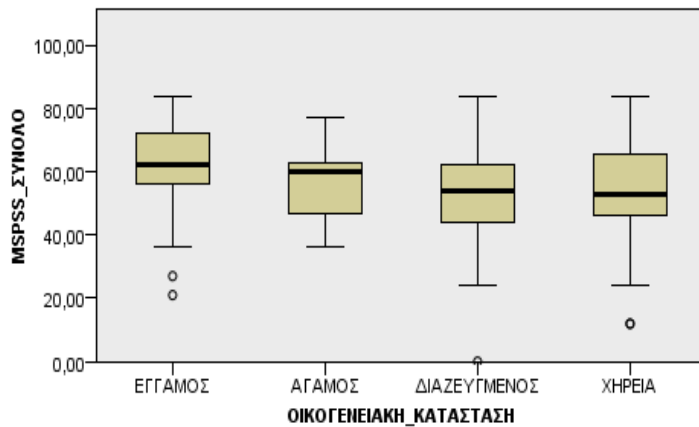


Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-8.054	14.345	-.422	.673	1.000
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΑΓΑΜΟΣ	12.062	18.099	.666	.505	1.000
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	41.243	11.258	3.664	.000	.001
ΧΗΡΕΙΑ-ΑΓΑΜΟΣ	6.008	18.362	.327	.743	1.000
ΧΗΡΕΙΑ-ΕΓΓΑΜΟΣ	35.189	11.658	3.018	.003	.015
ΑΓΑΜΟΣ-ΕΓΓΑΜΟΣ	29.181	16.054	1.818	.089	.415

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

συνολικά



Για το MSPSS στατιστικά σημαντικές διαφορές προκύπτουν ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων για το σύνολο της κλίμακας ($p: 0,004$) και για τις υποκλίμακες Οικογένεια ($p: 0,036$) και Φίλοι ($p: 0,001$) (πίνακας 24).

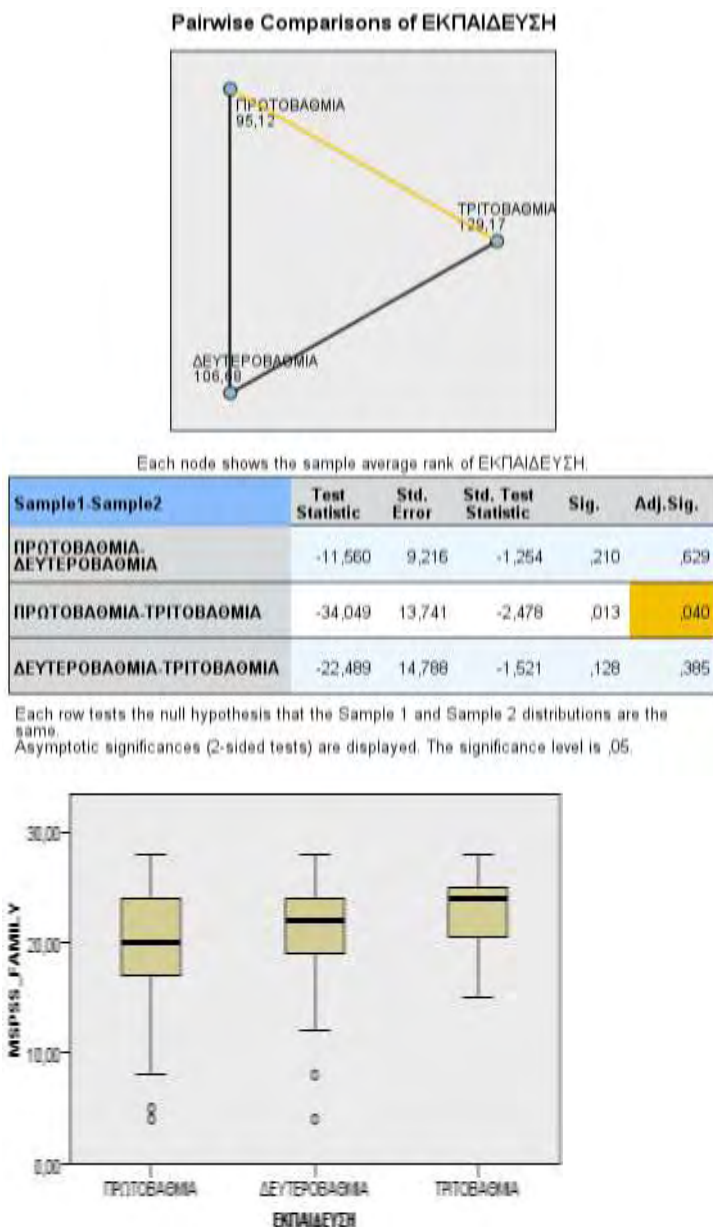
Πίνακας 24. *MSPSS και Εκπαιδευτικό επίπεδο*

	<i>MSPSS Οικογένεια</i>	<i>MSPSS Φίλοι</i>	<i>MSPSS Σημαντικοί Άλλοι</i>	<i>MSPSS TOTAL</i>
Chi-Square	6,647	13,198	4,222	10,887
p	0,036	0,001	0,121	0,004

Kruskal Wallis Test

Αναλυτικά, οι απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να λαμβάνουν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη από τη Οικογένεια και τους Φίλους ($p: 0,002$) σε σχέση με του απόφοιτους Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p: 0,40$). Η ίδια εικόνα εμφανίζεται και στο σύνολο του ερωτηματολογίου MSPSS ($p: 0,006$) (Γράφημα 7,8,9)

Γράφημα 7. Το εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με με την Κοινωνική Υποστήριξη από Οικογένεια



Γράφημα 8. Το εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με την Κοινωνική Υποστήριξη από Φίλους

Pairwise Comparisons of ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

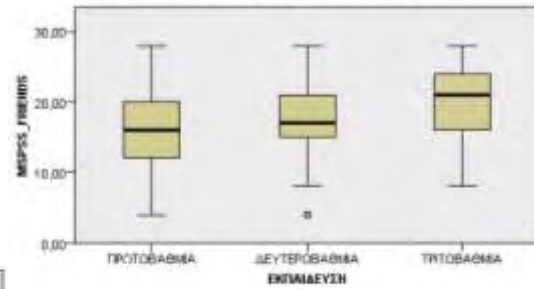


Each node shows the sample average rank of ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

Sample1	Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	-19.611	9.261	-2.010	.044	.133
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	-47.010	13.808	-3.404	.001	.002
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	-28.339	14.860	-1.911	.056	.168

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	203
Test Statistic	13.262
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.001

Γράφημα 9. Το εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με το σύνολο της κοινωνικής υποστήριξης

Pairwise Comparisons of ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

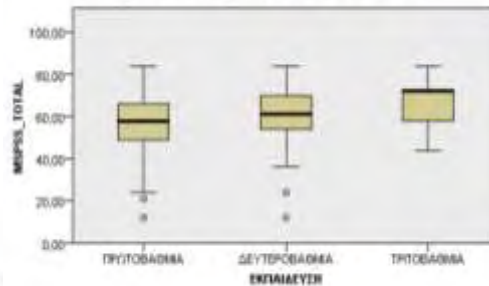


Each node shows the sample average rank of ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

Sample1	Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	-16.775	9.288	-1.806	.071	.213
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	-42.857	13.848	-3.095	.002	.008
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	-26.082	14.903	-1.750	.086	.240

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	203
Test Statistic	10.926
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.004

Για το MSPSS στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές εμφανίζονται ως προς την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων για το σύνολο της κλίμακας ($p: 0,000$) και για όλες τις υποκλίμακες (πίνακας 25)

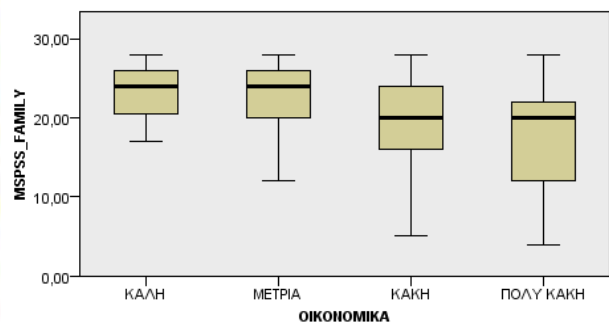
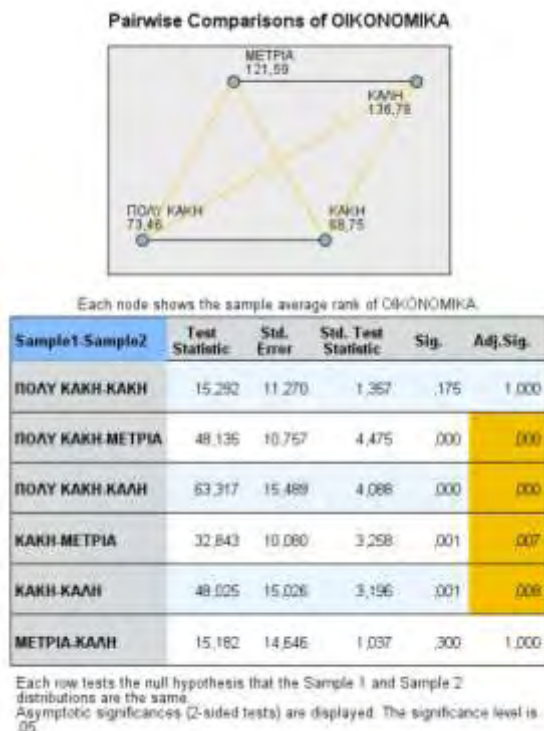
Πίνακας 25. Οικονομική κατάσταση

	Οικογένεια	Φίλοι	Σημαντικοί Άλλοι	MSPSS TOTAL
Chi-Square	30,297	14,288	18,803	27,967
p	0,000	0,003	0,000	0,000

Kruskal Wallis Test

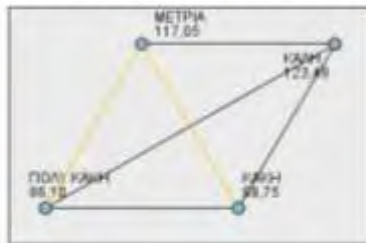
Αναλυτικά η επιβαρυνμένη Οικονομική κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη από την Οικογένεια (γράφημα 10) τους Φίλους (γράφημα 11) , τους σημαντικούς άλλους (γράφημα 12) και το σύνολο της κοινωνικής υποστήριξης (γράφημα 13).

Γράφημα 10. Η οικονομική κατάσταση σε σχέση με την Κοινωνική υποστήριξη από Οικογένεια.



Γράφημα 11. Η οικονομική κατάσταση σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη από Φίλους

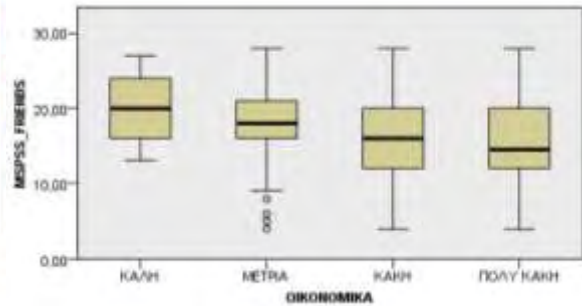
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ.

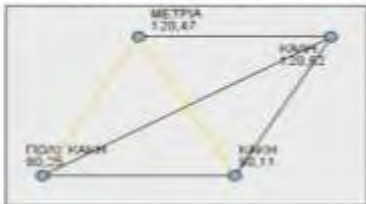
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΚΑΚΗ	-2.646	11.325	.234	.815	1.000
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΜΕΤΡΙΑ	30.942	10.810	2.862	.004	.028
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΚΑΛΗ	37.371	15.565	2.401	.016	.098
ΚΑΚΗ-ΜΕΤΡΙΑ	28.297	10.129	2.794	.005	.031
ΚΑΚΗ-ΚΑΛΗ	34.725	15.100	2.300	.021	.129
ΜΕΤΡΙΑ-ΚΑΛΗ	6.428	14.718	.437	.662	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



Γράφημα 12. Η οικονομική κατάσταση σε σχέση με την Κοινωνική υποστήριξη από ‘Σημαντικούς Άλλους’

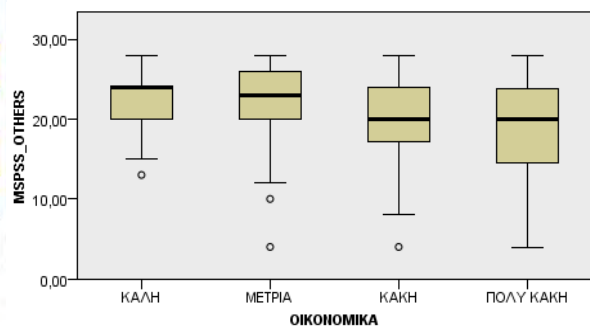
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ.

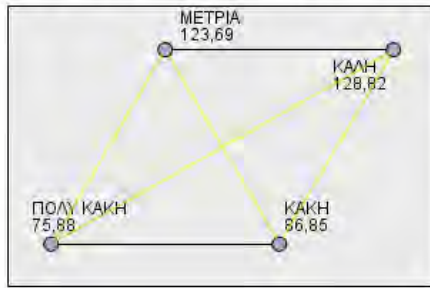
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΚΑΚΗ	9.858	11.272	.875	.382	1.000
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΜΕΤΡΙΑ	40.217	10.759	3.738	.000	.001
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΚΑΛΗ	40.375	15.492	2.606	.009	.055
ΚΑΚΗ-ΜΕΤΡΙΑ	30.358	10.082	3.011	.003	.016
ΚΑΚΗ-ΚΑΛΗ	30.517	15.029	2.031	.042	.254
ΜΕΤΡΙΑ-ΚΑΛΗ	.158	14.648	.011	.991	1.000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



Γράφημα 13. Η οικονομική κατάσταση σε σχέση με την Κοινωνική υποστήριξη συνολικά

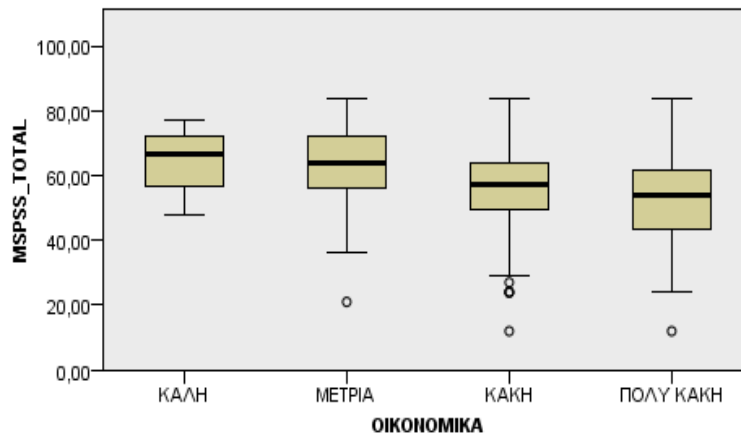
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΚΑΚΗ	10,975	11,357	,966	,334	1,000
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΜΕΤΡΙΑ	47,812	10,841	4,410	,000	,000
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ-ΚΑΛΗ	52,950	15,609	3,392	,001	,004
ΚΑΚΗ-ΜΕΤΡΙΑ	36,837	10,158	3,626	,000	,002
ΚΑΚΗ-ΚΑΛΗ	41,975	15,143	2,772	,006	,033
ΜΕΤΡΙΑ-ΚΑΛΗ	5,138	14,760	,348	,728	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.



Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή το MSPSS ερμηνεύει το 29% της διακύμανσης, με κυριότερους παράγοντες τις κλίμακες για την Ντροπή των συμμετεχόντων, την Οικογενειακή τους κατάσταση, και το Μορφωτικό τους επίπεδο (πίνακας 26).

Πίνακας 26. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το MSPSS

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Importance</i>
OAS	-0,243	2.601,667	1	2.601,667	16,890	0,000	0,393
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-7,333	2.484,011	1	2.484,011	16,126	0,000	0,375
ESS TOTAL	0,160	893,322	1	893,322	5,800	0,017	0,135
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΕΠΙΠΕΔΟ	-3,709	649,396	1	649,396	4,216	0,041	0,098
Adjusted R square: 0,287							

6.4. Ερωτηματολόγιο για το Κέντρο Ελέγχου της Υγείας (HLC)

Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας οι ασθενείς με ΧΑΠ αναφέρουν παρόμοιες τιμές για το «Εσωτερικό» Κέντρο Ελέγχου της Υγείας, αλλά υψηλότερες για τους «Ισχυρούς Άλλους» και την «Τύχη» (πίνακας 27)

Πίνακας 27. Σύγκριση HLC ασθενών ΧΑΠ με το γενικό πληθυσμό

	<i>M.O. ΧΑΠ</i>	<i>M.O. γενικού πληθυσμού</i>	<i>p</i>
HLC Εσωτερικό	25,63	25,5	0,689
HLC Άλλοι	25,29	22,7	0,000
HLC Τύχη	20,46	15,6	0,000

Αναφορικά με το ιστορικό καπνίσματος οι συμμετέχοντες καπνιστές θεωρούν ότι έχουν οι ίδιοι τον έλεγχο της υγείας τους ($p: 0,006$) (πίνακας 28)

Πίνακας 28. HCL και ιστορικό καπνίσματος

	Ιστορικό καπνίσματος	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
HLC Εσωτερικό	Όχι	30	23,5000	5,38677	-2,772	0,006
	Ναι	173	26,0000	4,40534		
HLC Άλλοι	Όχι	30	25,2667	4,65302	-0,024	0,981
	Ναι	173	25,2890	4,82939		
HLC Τύχη	Όχι	30	20,8333	5,96590	0,356	0,722

Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται για το Εσωτερικό Κέντρο Ελέγχου της Υγείας (HLCInternal) μεταξύ έγγαμων και εν χηρεία συμμετεχόντων ασθενών (διαφορά Μ.Ο.: 2,498, $p:0,038$), με τους έγγαμους να σημειώνουν υψηλότερες τιμές αναφορικά με το Εσωτερικό κέντρο ελέγχου της υγείας τους (πίνακας 29).

Πίνακας 29. *HLC και Οικογενειακή κατάσταση*

	<i>F</i>	<i>p</i>
HLC Εσωτερικό	3,163	0,026
HLC Άλλοι	0,253	0,859
HLC Τύχη	0,448	0,719

Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ‘HLC Εσωτερικό’ ερμηνεύει το 27% της διακύμανσης. Η ηλικία των ασθενών, το ιστορικό καπνίσματος, η Οικογενειακή τους κατάσταση και οι κλίμακες MSPSS και ‘HLC Άλλοι’ εμφανίζονται ως οι κυριότεροι παράγοντες που επιδρούν (πίνακας 30).

Πίνακας 30. *Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το HLC Εσωτερικό*

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Importance</i>
HLC Άλλοι	0,372	582,879	1	582,879	37,137	0,000	0,603
Ηλικία	-0,079	112,276	1	112,276	7,153	0,008	0,116
Ιστορικό καπνίσματος	-2,009	101,267	1	101,267	6,452	0,012	0,105
MSPSS	0,058	97,673	1	97,673	6,223	0,013	0,101
Οικογενειακή Κατάσταση	-1,295	72,306	1	72,306	4,607	0,033	0,075

Αντιστοίχως, με εξαρτημένη μεταβλητή το 'HLC Άλλοι', ερμηνεύεται το 37% της διακύμανσης. Όπως φαίνεται στον πίνακα 31 οι κυριότεροι παράγοντες που επιδρούν είναι οι δυο άλλες κλίμακες του HLC (Τύχη, Εσωτερικό), η Προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη, η Επιθετικότητα, η Ποιότητα Ζωής και η ηλικία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 31. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το HLC ΑΛΛΟΙ

Source	b	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
HLC Τύχη	0,251	456,435	1	456,435	31,589	0,000	0,346
HLC Εσωτερικό	0,337	426,400	1	426,400	29,510	0,000	0,323
MSPSS	0,079	180,053	1	180,053	12,461	0,001	0,136
HDHQ	0,085	88,727	1	88,727	6,141	0,014	0,067
CCQ	0,483	84,959	1	84,959	5,880	0,016	0,064
Ηλικία	0,068	82,749	1	82,749	5,727	0,018	0,063

Adjusted R square: 0,371

Στον πίνακα 32 βλέπουμε ότι ως κύριοι παράγοντες που ερμηνεύουν το 18% της κλίμακας HLC Τύχη αναδεικνύονται η Κατάθλιψη και η κλίμακα HLC Άλλοι.

Source	Coefficient	SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.	Importance
HLC Άλλοι	0,520	1.233,115	1	1.233,115	39,672	0,000	0,889
DSSI Κατάθλιψη	-1,911	154,067	1	154,067	4,957	0,027	0,111

Adjusted R square: 0,179

Πίνακας 32. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το HLC Τύχη

6.5.Ερωτηματολόγιο για την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής (OAS)

Οι τιμές της εξωτερικής ντροπής που σημείωσαν οι ασθενείς με ΧΑΠ απεικονίζονται στο γράφημα 14 και κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις μέγιστες τιμές της κλίμακας OAS.

Γράφημα 14. Σύγκριση των ορίων της κλίμακας OAS με τους συμμετέχοντες στην έρευνα



Η ηλικία των συμμετεχόντων συσχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS). Οι νεότεροι ασθενείς αναφέρουν υψηλότερες τιμές εξωτερικής ντροπής συγκριτικά με τους πιο ηλικιωμένους (πίνακας 33).

Πίνακας 33. OAS. Συσχέτιση της Εξωτερικής ντροπής με την ηλικία των ασθενών

	Ηλικία	Κατωτερότητα	Κενό	Λάθη	OAS Σύνολο
Spearman'srho	1,000	-0,100	-0,096	-0,198**	-0,148

p

0,156

0,174

0,005**0,036**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

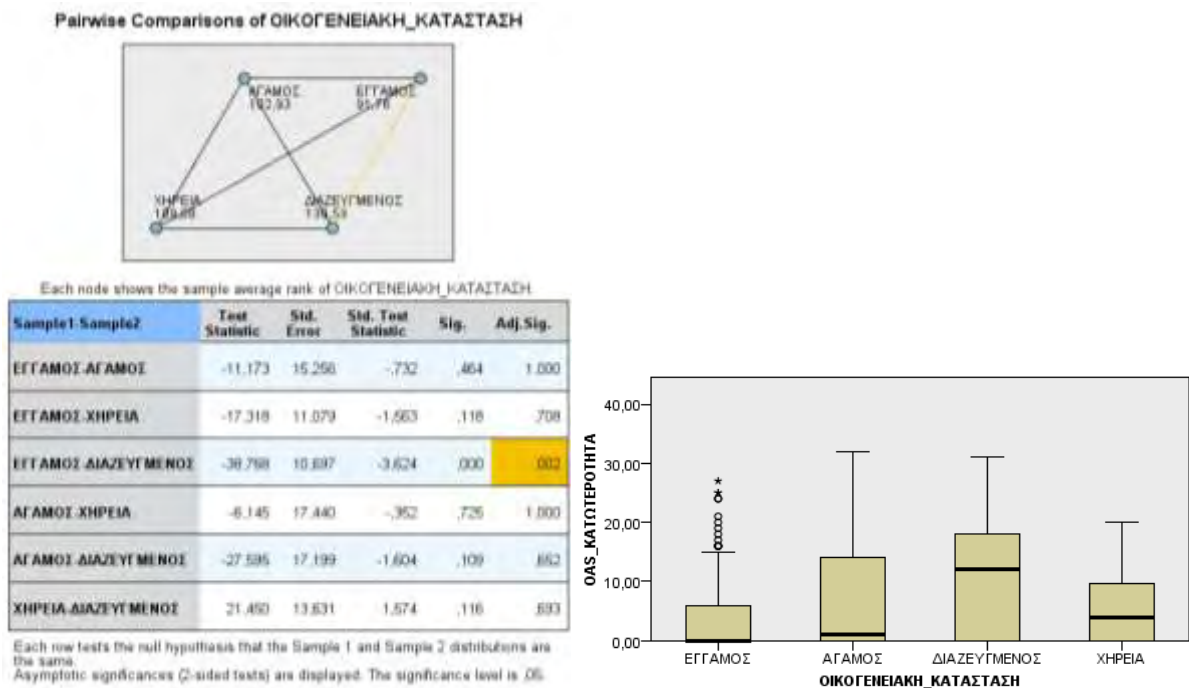
Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται για το Κάπνισμα στο Παρόν ως προς την κατηγορία Λάθη και στην συνολική ντροπή, όπου οι ενεργοί καπνιστές καταγράφουν υψηλότερες τιμές ντροπής σε σχέση με αυτούς που έχουν διακόψει το κάπνισμα (πίνακας 34).

Πίνακας 34. *OAS και κάπνισμα στο παρόν*

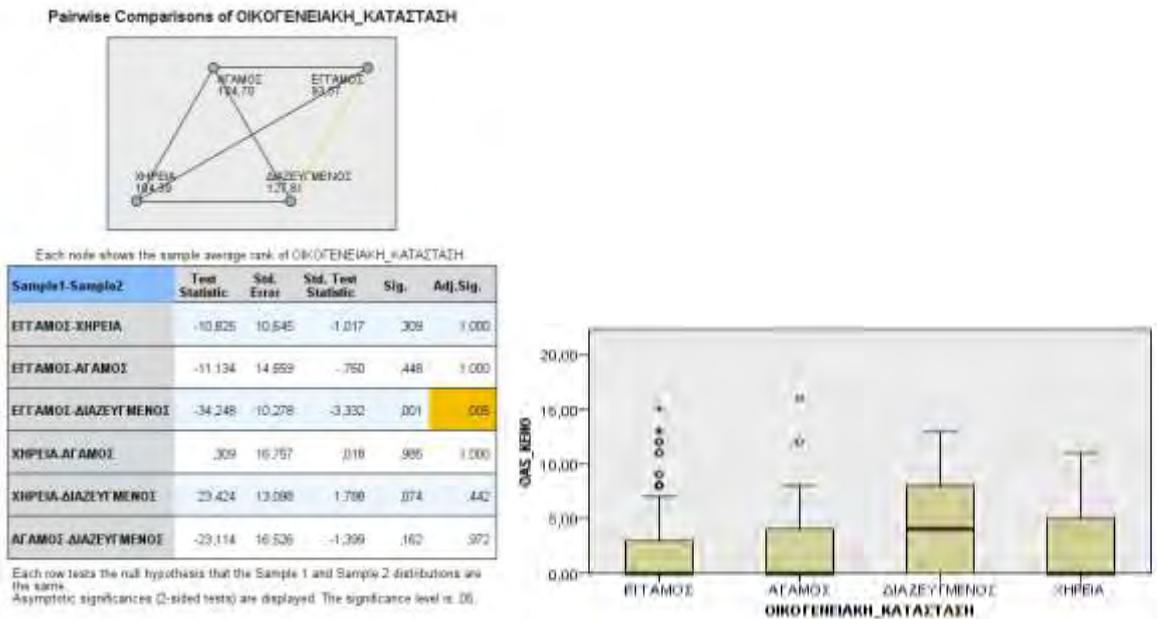
	<i>Κάπνισμα στο παρόν</i>	<i>N</i>	<i>Mean rank</i>	<i>median</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Κατωτερότητα	Όχι	124	97.72	1	4367	0,170
	Ναι	79	108.72			
Κενό	Όχι	124	97.88	0.000	4387	0,170
	Ναι	79	108.47			
Λάθη	Όχι	124	94.11	3	3920	0.013
	Ναι	79	114.38			
OAS ΣΥΝΟΛΟ	Όχι	124	95.69	6	4116	0,050
	Ναι	79	111.9			

Σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της Εξωτερικής Ντροπής (Κατωτερότητα, Κενό, Λάθη) αλλά και στο σύνολο του, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Έγγαμων και Διαζευγμένων, με τους Διαζευγμένους να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές ντροπής (γράφημα 15, 16,17, 18).

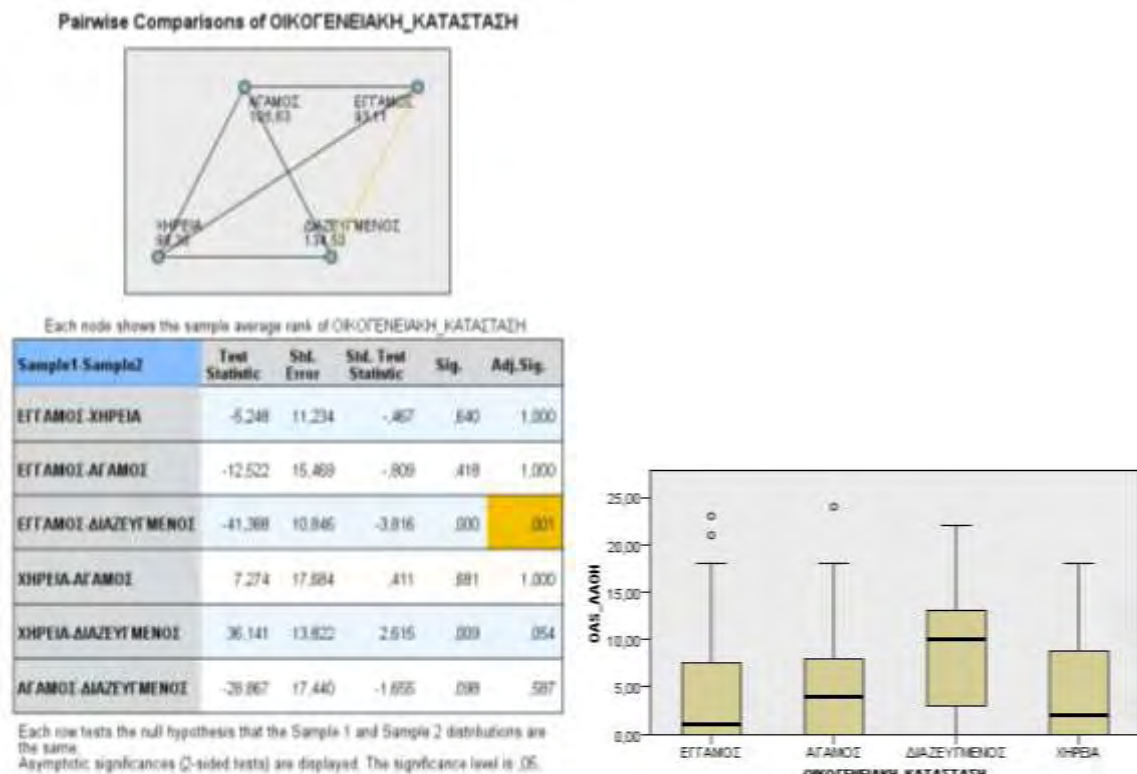
Γράφημα 15. Κατωτερότητα και Οικογενειακή κατάσταση



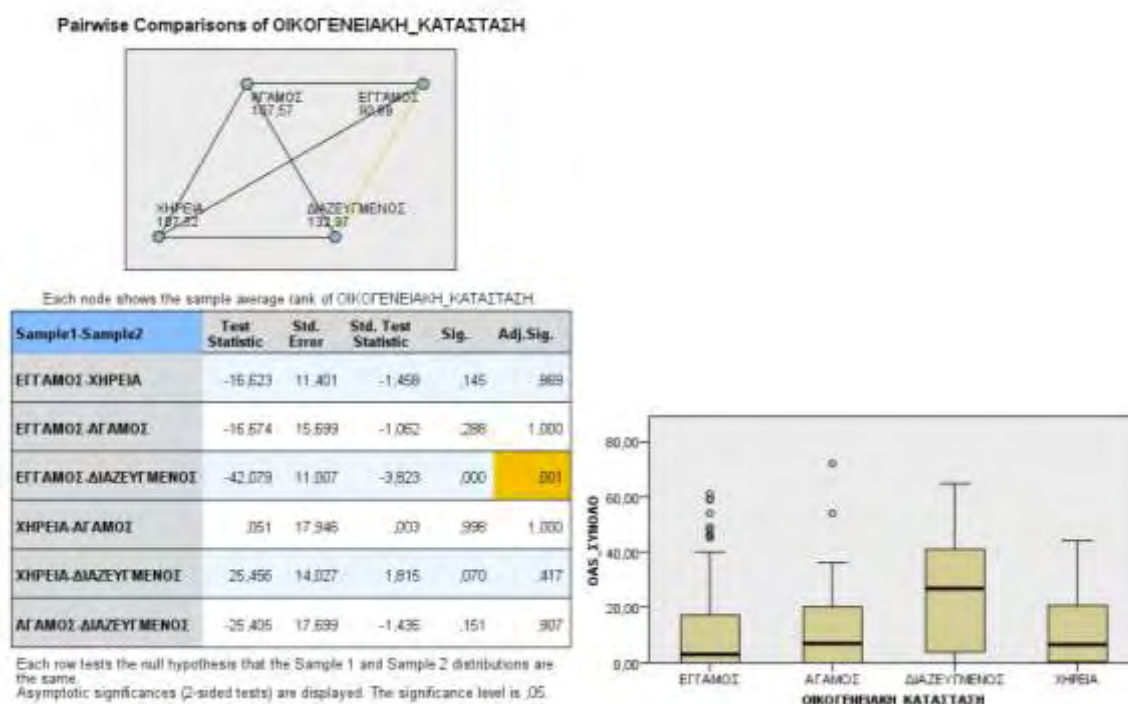
Γράφημα 16. Κενό και Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 17. Λάθη και Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 18. Συνολική Εξωτερική Ντροπή και Οικογενειακή κατάσταση



Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε ερμηνεύει το 48% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα OAS. Οι μεταβλητές της Ψυχοπαθολογίας (SCL90), του Βιώματος της Ντροπής (ESS) και της Επιθετικότητας (HDHQ) επηρεάζουν θετικά την Εξωτερική Ντροπή (OAS), ενώ η Προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη (MSPSS) την επηρεάζει αρνητικά (πίνακας 35).

Πίνακας 35. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το OAS

Source	Coefficient	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
SCL90 ΓΔΣ	10,217	4.251,709	1	4.251,709	27,394	,000	0,508
ESS	0,236	1.788,186	1	1.788,186	11,522	,001	0,214
MSPSS	-0,222	1.529,654	1	1.529,654	9,856	,002	0,183
HDHQ	0,321	800,055	1	800,055	5,155	,024	0,096

Adjusted R square: 0,478

6.6. Ερωτηματολόγιο ενόχλησης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης DSSI/sAD

Η στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου έδειξε ότι τα παθολογικά συμπτώματα αναφορικά με το Άγχος εμφανίζονται στο 39,4% των συμμετεχόντων ασθενών στην έρευνα (πίνακας 36)

Πίνακας 36. *DSSI/sAD ΑΓΧΟΣ*

	<i>n</i>	%
Χωρίς συμπτωματολογία	84	41,4
Μέτρια ενόχληση	39	19,2
Παθολογικά ευρήματα	80	39,4
Σύνολο	203	100,0

Παθολογικά συμπτώματα αναφορικά με την Κατάθλιψη εκδηλώνουν 29,6% από τους συμμετέχοντες (πίνακας 37).

Πίνακας 37. *DSSI/sAD ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ*

	<i>n</i>	%
Χωρίς συμπτωματολογία	96	47,3
Μέτρια ενόχληση	47	23,2
Παθολογικά ευρήματα	60	29,6
Σύνολο	203	100,0

Η στατιστική ανάλυση εμφανίζει μια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τις κλίμακες *DSSI/sAD*. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς αναφέρουν μικρότερη ενόχληση για συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους που βιώνουν (πίνακας 38).

Πίνακας 38. *DSSI/sAD* και ηλικία (*Correlations Spearman's rho*)

		<i>ΗΛΙΚΙΑ</i>	<i>ANXIETY</i>	<i>DEPRESSION</i>
Spearman's rho	ΗΛΙΚΙΑ	Correlation Coefficient	1,000	-0,158*
		Sig. (2-tailed)	.	0,025
		N	203	203
				0,006

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, και ως προς το 'κάπνισμα στο παρόν', όπου οι γυναίκες και οι νυν καπνιστές εκδηλώνουν πολύ υψηλότερες τιμές Άγχους και Κατάθλιψης (πίνακες 39, 40).

Πίνακας 39. Διαφορές Άγχους και Κατάθλιψης ως προς το φύλο των ασθενών με ΧΑΠ

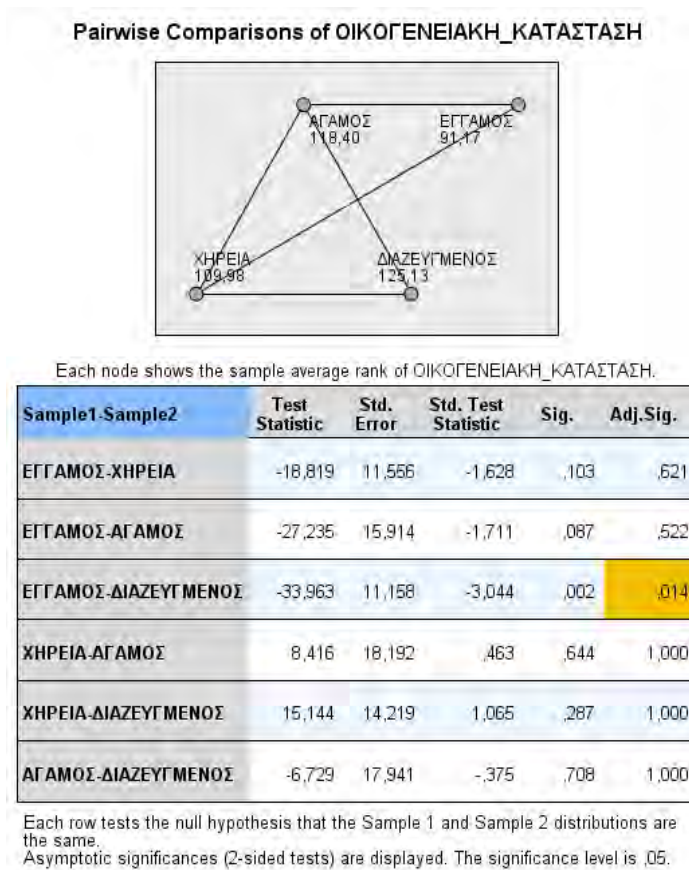
	ΦΥΛΟ	N	Mean rank	U	p
DSSI/sAD Άγχος	Άνδρας	112	84.37	3121.5	0,000
	Γυναίκα	91	123.7		
DSSI/sAD Κατάθλιψη	Άνδρας	112	85.76	3277.5	0,000
	Γυναίκα	91	121.98		

Πίνακας 40. Διαφορές Άγχους και Κατάθλιψης ως προς το κάπνισμα στο παρόν

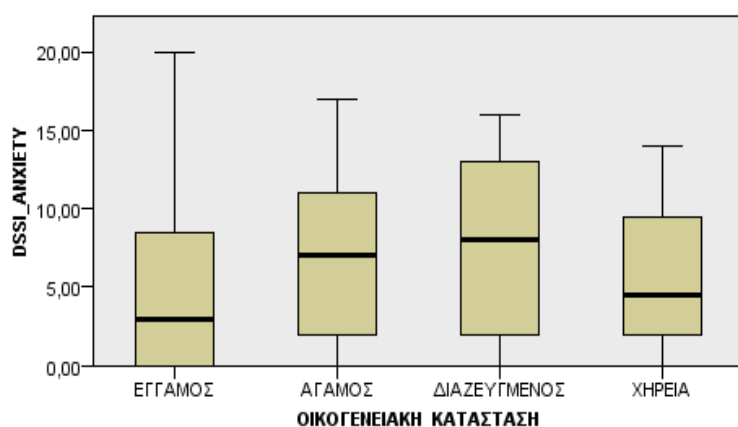
	Κάπνισμα στο παρόν	N	Mean rank	U	p
DSSI/sAD Άγχος	Όχι	124	95,55	4098,5	0,048
	Ναι	79	112,12		
DSSI/sAD Κατάθλιψη	Όχι	124	95,67	4112,5	0,05
	Ναι	79	11,94		

Η μη παραμετρική ανάλυση Kruskal-Wallis εμφανίζει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά και ως προς το Άγχος ($p: 0,009$) και ως προς την Κατάθλιψη ($p: 0,003$) για την Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ανάμεσα σε Έγγαμους και Διαζευγμένους (γράφημα 19, 20).

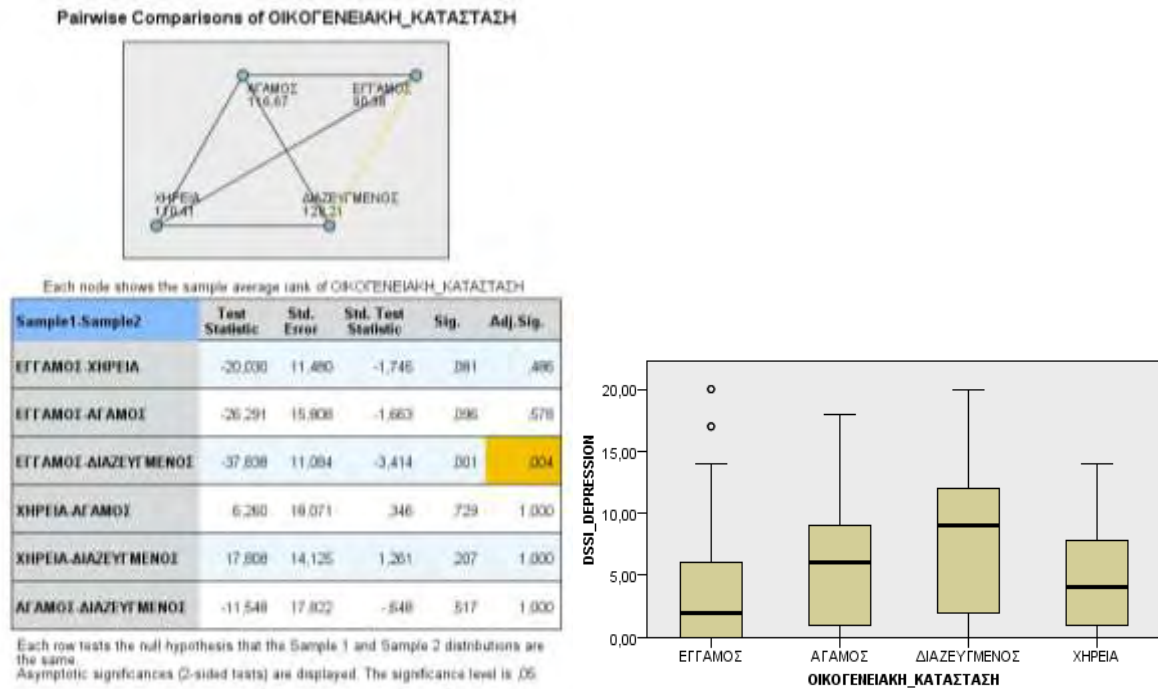
Γράφημα 19. Άγχος και οικογενειακή



κατάσταση



Γράφημα 20. Κατάθλιψη και οικογενειακή κατάσταση



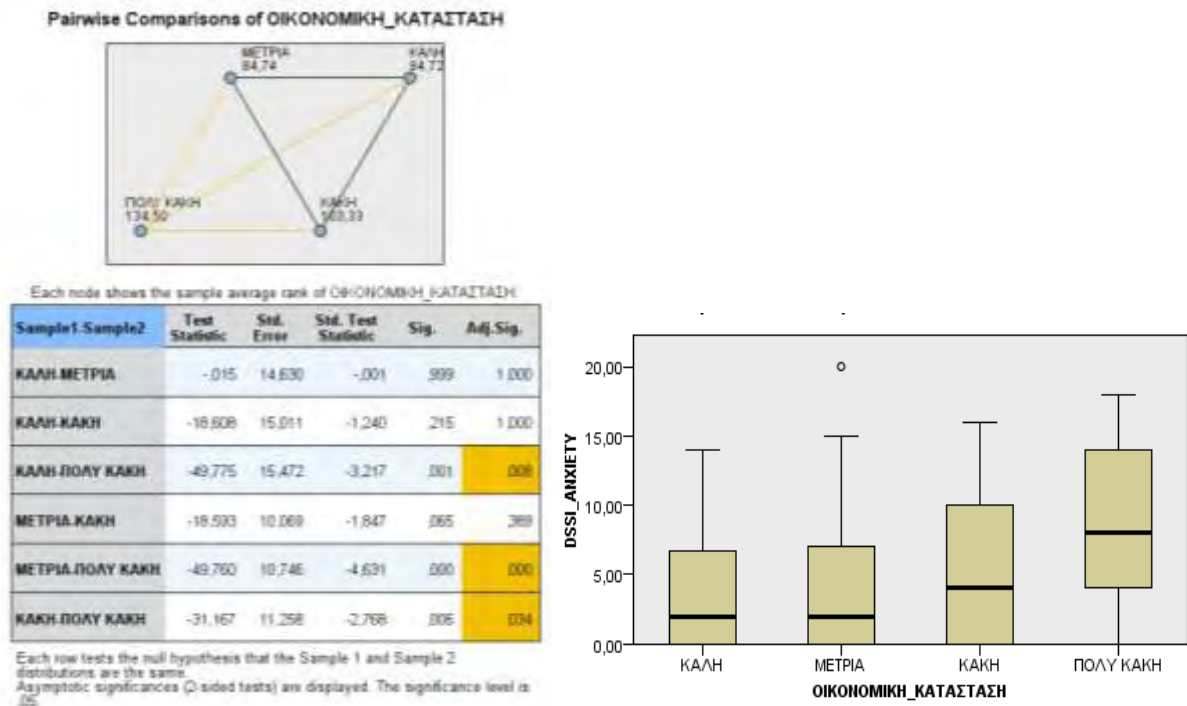
Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται και για το Άγχος και για την Κατάθλιψη αναφορικά με την Οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα (Πίνακας 41).

Πίνακας 41. DSSI/sAD και οικονομική κατάσταση

	DSSI ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	DSSI ΑΓΧΟΣ
Chi-Square	34,519	23,410
p	0,000	0,000
Kruskal Wallis Test		

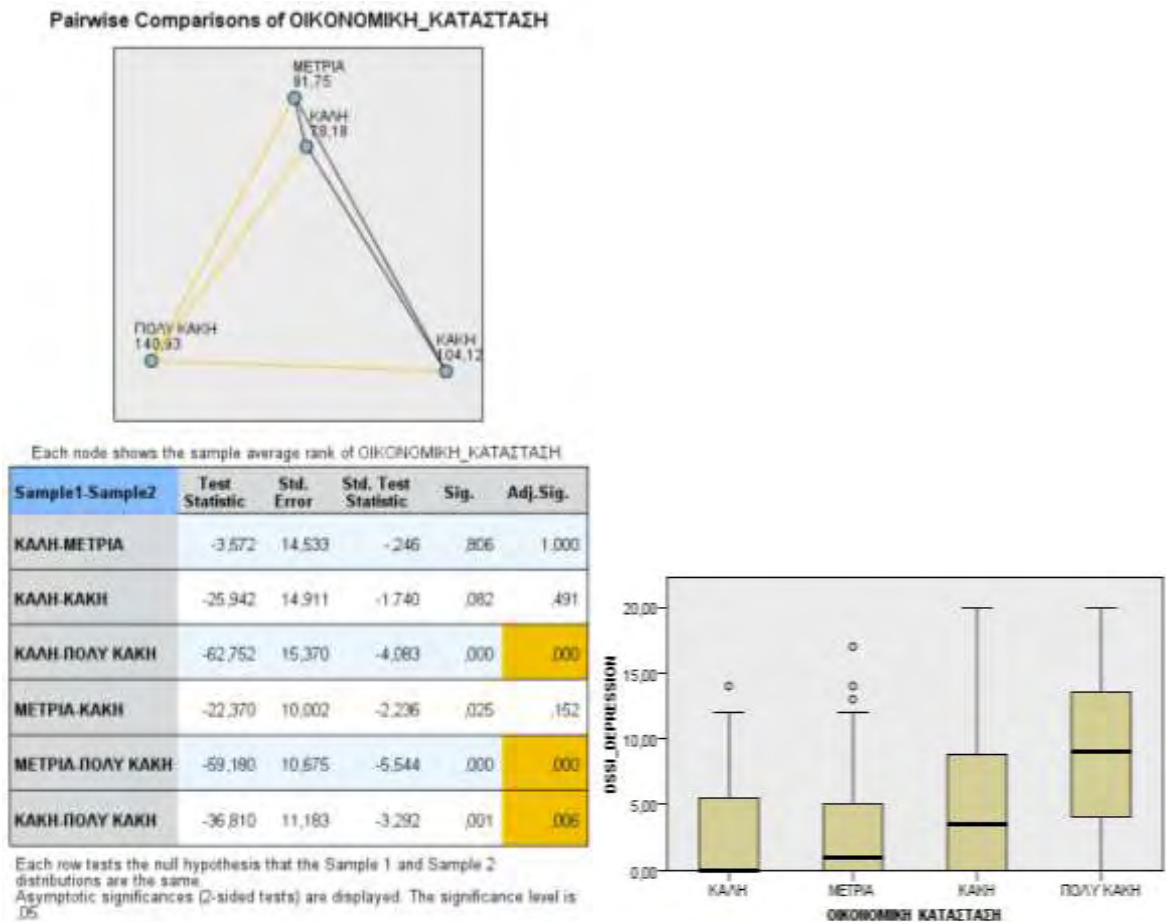
Για το Άγχος παρατηρείται διαφορά ανάμεσα σε Πολύ κακή/Κακή και Πολύ κακή/Καλή Οικονομική κατάσταση (γράφημα 21).

Γράφημα 21. Άγχος και οικονομική κατάσταση



Οι ασθενείς που δήλωσαν ‘Πολύ Κακή’ οικονομική κατάσταση εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της Κατάθλιψης σε σχέση με τους υπολοίπους, και αυτές οι διαφορές είναι πολύ σημαντικές στατιστικά (γράφημα 22).

Γράφημα 22. Κατάθλιψη και οικονομική κατάσταση



Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε ερμηνεύει το 81% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή το DSSIDepression. Το Άγχος, η Οικονομική κατάσταση, η Ψυχοπαθολογία, η Κοινωνική

Υποστήριξη και η Εξωτερική ντροπή είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που διαμορφώνουν το αποτέλεσμα. (πίνακας 42).

Πίνακας 42. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το *DSSI/sADDepression*

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Importance</i>
DSSI ANXIETY	0,673	976,827	1	976,827	179,770	0,000	0,891
MSPSS	-0,040	50,286	1	50,286	9,254	0,003	0,046
SCL90	1.274	45,005	1	45,005	8,282	0,004	0,041
OAS	0.027	24,097	1	24,097	4,435	0,036	0,022
Adjusted R square: 0,807							

Αναφορικά με την κλίμακα του Άγχους, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ερμηνεύει το 81% της διακύμανσης. Ως κυριότερος παράγοντας εμφανίζεται η Κατάθλιψη και ακολουθούν η Ψυχοπαθολογία, το Στάδιο της ΧΑΠ και η Προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη. (πίνακας 43)

Πίνακας 43.Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το *DSSIANxiety*

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Importance</i>
DSSI DEPRESSION	0,695	957,701	1	957,701	173,769	0,000	0,814
SCL90	2,202	167,282	1	167,282	30,352	0,000	0,142
ΣΤΑΔΙΟ ΧΑΠ	-0,770	26,635	1	26,635	4,833	0,029	0,023
MSPSS	0,028	24,333	1	24,333	4,415	0,037	0,021
Adjusted R square: 0,809							

6.7. Ερωτηματολόγιο για το Βίωμα της Ντροπής (ESS)

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ασθενείς με ΧΑΠ ανέφεραν σχετικά χαμηλές τιμές για το Βίωμα της Ντροπής (ESS) σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου και στο σύνολό του. (γράφημα 23)

Γράφημα 23. Σύγκριση των ορίων της κλίμακας ESS με τους συμμετέχοντες στην έρευνα



Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων εμφανίζεται στην κατηγορία της Σωματικής ντροπής ($p: 0,004$), με τις γυναίκες να αναφέρουν υψηλότερες τιμές ντροπής για το σώμα τους (πίνακας 44).

Πίνακας 44. Σύγκριση των δυο φύλων ως προς το Βίωμα της Ντροπής

	ΦΥΛΟ	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>median</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Χαρακτηρολογική ντροπή	Ανδρας	112	98.62	16	4717	0,356
	Γυναίκα	91	106.16			
Συμπεριφορική ντροπή	Ανδρας	112	96.18	15	4444	0,113
	Γυναίκα	91	109.16			
Σωματική ντροπή	Ανδρας	112	92.63	4	4046	0,004
	Γυναίκα	91	113.53			
ESSΣύνολο	Ανδρας	112	95.79	37	4400	0.092
	Γυναίκα	91	109.65			

Ο παράγοντας που επηρεάζει συνολικά το Βίωμα της Ντροπής είναι το ‘Κάπνισμα στο παρόν’ και συνδέεται με τη Χαρακτηρολογική ντροπή ($p:0,028$), τη Συμπεριφορική ντροπή ($p:0.037$), και το σύνολο της κλίμακας Βιώματος της Ντροπής ($p:0.021$) (πίνακας 45)

Πίνακας 45. Σύγκριση για το κάπνισμα στο παρόν ως προς το Βίωμα της Ντροπής

	Κάπνισμα στο παρόν	<i>N</i>	<i>Mean</i> <i>rank</i>	<i>median</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Χαρακτηρολογική ντροπή	Όχι	124	94,88	16	4014,5	0,028
	Ναι	79	113,18			
Συμπεριφορική ντροπή	Όχι	124	95,23	15	4059	0,037
	Ναι	79	112,62			
Σωματική ντροπή	Όχι	124	96,58	4	4046	0,063
	Ναι	79	110,51			
ESSΣύνολο	Όχι	124	94.46	37	3963	0.021
	Ναι	79	113.84			

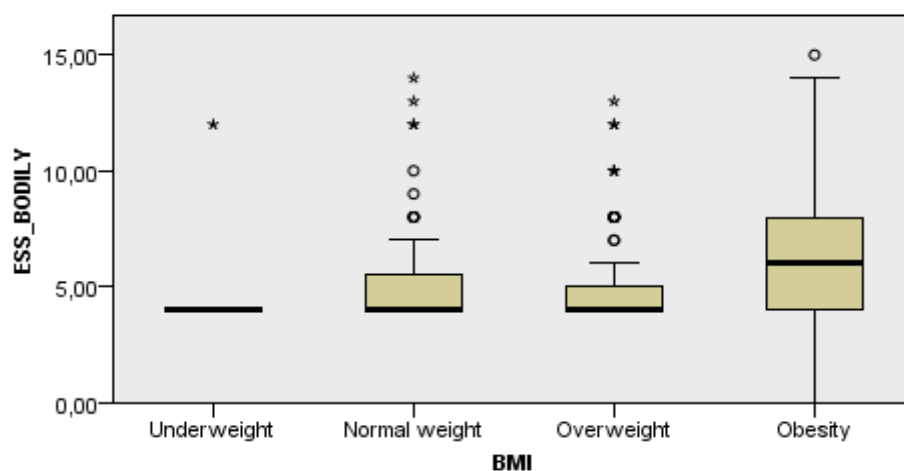
Στατιστικά σημαντικές διαφορές για το ΔΜΣ των συμμετεχόντων ασθενών εμφανίζονται στην κατηγορία της Σωματικής ντροπής (πίνακας 46), με τους παχύσαρκους ασθενείς να αναφέρουν υψηλότερες τιμές (γράφημα 24).

Πίνακας 46. *ESS και ΔΜΣ*

	Χαρακτηρολογική ντροπή	Συμπεριφορική ντροπή	Σωματική ντροπή	<i>ESS_TOTAL</i>
Chi-Square	2,764	3,539	13,747	3,911
p	0,429	0,316	0,003	0,271

KruskalWallisTest

Γράφημα 24. *Δείκτης Μάζας Σώματος και Σωματική ντροπή*



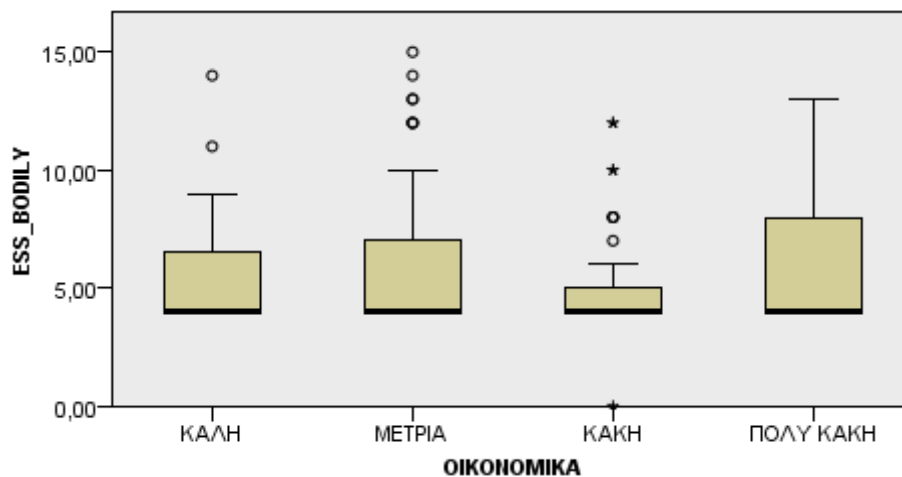
Η Οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων φαίνεται ότι συνδέεται με την υποκλίμακα της Σωματικής ντροπής ($p: 0,029$) (πίνακας 40), και όπως προκύπτει από το γράφημα 25 μεγαλύτερη επιβάρυνση έχουν όσοι βρίσκονται σε πολύ κακή οικονομική κατάσταση.

Πίνακας 40. *ESS και Οικονομική κατάσταση*

	Χαρακτηρολογική ντροπή	Συμπεριφορική ντροπή	Σωματική ντροπή	<i>ESS TOTAL</i>
Chi-Square	2,538	3,900	9,010	4,143
p	0,468	0,272	0,029	0,246

Kruskal Wallis Test

Γράφημα 25. *Οικονομική κατάσταση και Σωματική ντροπή*



Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε ερμηνεύει το 31% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή το ESS, αναδεικνύοντας ως κυριότερους παράγοντες την Ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων, την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής και την Προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη.
(πίνακας 47)

Πίνακας 47. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το ESS

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Importance</i>
SCL90	8,250	3.546,701	1	3.546,701	22,295	0,000	0,512
OAS	0,256	2.159,853	1	2.159,853	13,577	0,000	0,312
MSPSS	0,199	1.221,162	1	1.221,162	7,676	0,006	0,176
Adjusted R square: 0,309							

6.8. Ερωτηματολόγιο για την Επιθετικότητα και την Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)

Ο έλεγχος με το Mann-Whitney U-test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς τις περισσότερες κατηγορίες της επιθετικότητας, και ιδιαίτερα της εσωστρεφούς, με τις γυναίκες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές (πίνακας 48).

Πίνακας 48. HDHQ Σύγκριση των δυο φύλων ως προς την Επιθετικότητα

	Φύλο	N	Mean rank	Median	Mann-Whitney U	p
Επίκριση των Άλλων	Άνδρας	112	94.81	5.00	4290.50	0.051
	Γυναίκα	91	110.85	5.00		
Παρανοειδής Επιθετικότητα	Άνδρας	112	93.20	2.00	4110.50	0.016
	Γυναίκα	91	112.83	2.00		
Παρορμητική Επιθετικότητα	Άνδρας	112	97.52	3.00	4594.50	0.223
	Women	91	107.51	3.00		
Αυτοεπίκριση	Άνδρας	112	92.52	4.00	4034.00	0.010
	Γυναίκα	91	113.67	4.00		
Παραληρηματική Ενοχή	Άνδρας	112	92.11	2.00	3988.00	0.007
	Γυναίκα	91	114.18	3.00		
Εξωστρεφής Επιθετικότητα	Άνδρας	112	93.16	9.00	4105.50	0.017
	Γυναίκα	91	112.88	11.00		
Ενδοστρεφής Επιθετικότητα	Άνδρας	112	90.88	6.00	3851.00	0.003
	Γυναίκα	91	115.68	7.00		
Κατεύθυνση Επιθετικότητας	Άνδρας	112	98.21	0.00	4671.00	0.306
	Γυναίκα	91	106.67	0.00		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Άνδρας	112	91.01	14.50	3865.50	0.003
	Γυναίκα	91	115.52	18.00		

Αν και το ιστορικό καπνίσματος δεν φαίνεται να επηρεάζει την κλίμακα της Επιθετικότητας (HDHQ), όσοι από τους ασθενείς συνεχίζουν να καπνίζουν σημειώνουν πολύ υψηλότερες τιμές σχεδόν σε όλους τους δείκτες επιθετικότητας που εξετάστηκαν σε αυτή την μελέτη (πίνακας 49).

Πίνακας 49. Σύγκριση της επιθετικότητας με το 'Κάπνισμα στο παρόν'

Κάπνισμα στο παρόν		<i>N</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Median</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>P</i>
					<i>U</i>	
Επίκριση των Άλλων	Όχι	124	92.23	5.00	3686.50	0.003
	Ναι	79	117.34	6.00		
Παρανοειδής Επιθετικότητα	Όχι	124	89.22	1.00	3313.50	0.000
	Ναι	79	122.06	3.00		
Παρανοειδής Επιθετικότητα	Όχι	124	94.97	2.00	4026.50	0.031
	Ναι	79	113.03	3.00		
Αυτοεπίκριση	Όχι	124	92.81	4.00	3758.00	0.005
	Ναι	79	116.43	4.00		
Παραληρηματική Ενοχή	Όχι	124	90.23	2.00	3438.00	0.000
	Ναι	79	120.48	3.00		
Εξωστρεφής Επιθετικότητα	Όχι	124	90.16	8.00	3430.00	0.000
	Ναι	79	120.58	12.00		
Ενδοστρεφής Επιθετικότητα	Όχι	124	90.00	5.00	3410.50	0.000
	Ναι	79	120.83	7.00		
Κατεύθυνση Επιθετικότητας	Όχι	124	103.84	0.00	4669.50	0.575
	Ναι	79	99.11	-1.00		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	124	88.79	14.00	3260.00	0.000
	Ναι	79	122.73	20.00		

Η ηλικία εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την επιθετικότητα. Οι μεγαλύτεροι από τους συμμετέχοντες αναφέρουν χαμηλότερους δείκτες Παρανοειδούς Επιθετικότητας, Παραληρηματικής Ενοχής, Εξωστρεφούς, Ενδοστρεφούς και Συνολικής επιθετικότητας – εχθρότητας συγκριτικά με τους νεότερους (πίνακας 50)

Πίνακας 50. Συσχέτιση της ηλικίας με την Επιθετικότητα HDHQ (Correlations Spearman's rho)

		ΗΛΙΚΙΑ	ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΧΗ	ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΗΛΙΚΙΑ	ρ	1,000	-0,122	-0,176*	-0,092	-0,083	-0,179*	-0,173*	-0,155*	-0,183**
	p	.	0,083	0,012	0,191	0,239	0,011	0,014	0,027	0,009
	N	203	203	203	203	203	203	203	203	203

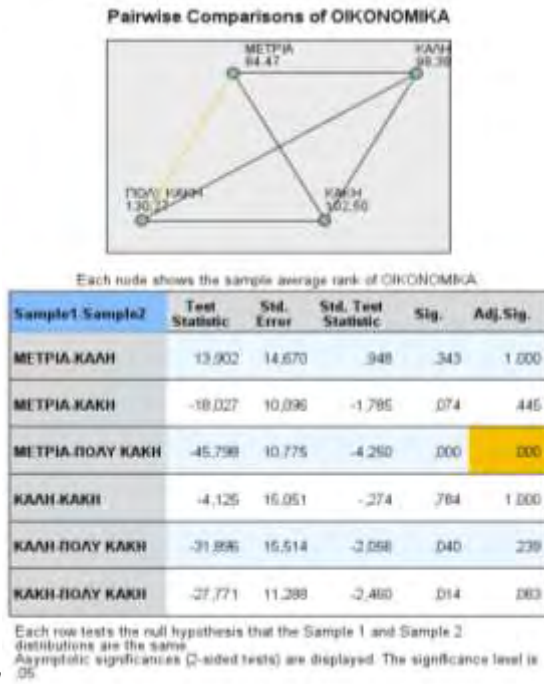
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

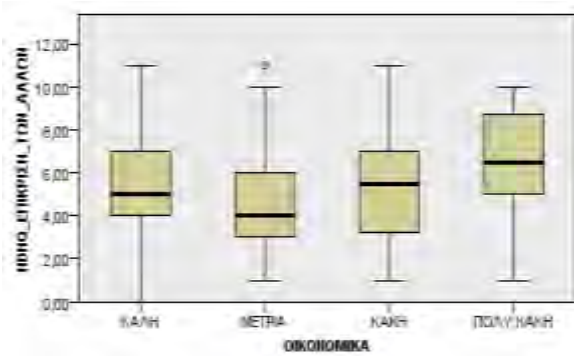
Μετά την ανάλυση των δεδομένων με το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis, ως προς την Οικονομική κατάσταση των ασθενών σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στο σύνολο της Επιθετικότητας και στις περισσότερες υποκλίμακες της, όπου το κοινό εύρημα είναι η μεγαλύτερη Επιθετικότητα σε αυτούς που βρίσκονται σε 'Πολύ Κακή' Οικονομική κατάσταση.

Αναλυτικά, στην 'Επίκριση των Άλλων' εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ Μέτριας - Πολύ Κακής οικονομικής κατάστασης (p: 0,000). (γράφημα 26)

Γράφημα 26. Επικριση των Άλλων και οικονομική



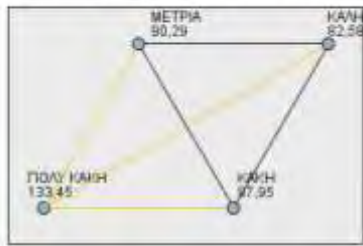
κατάσταση



Στην ‘Παρανοειδή Επιθετικότητα’ μεταξύ Πολύ Κακής – Κακής (p: 0,009), Πολύ Κακής – Μέτριας (p: 0,000) και Πολύ Κακής – Καλής (p: 0,006) οικονομικής κατάστασης. (γράφημα 27)

Γράφημα 27. Παρανοειδής Επιθετικότητα και οικονομική κατάσταση

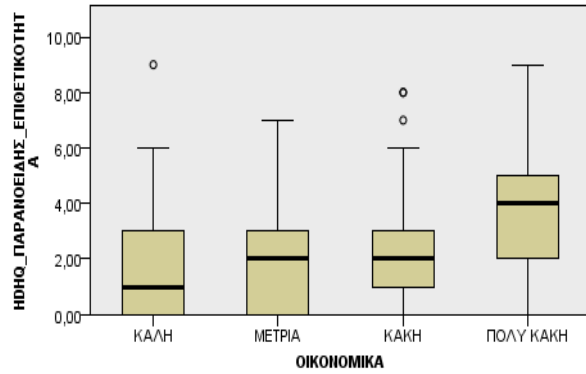
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ.

Sample1	Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΚΑΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	-7,718	14,570	-.530	.596	1,000
ΚΑΛΗ	ΚΑΚΗ	-15,375	14,949	-1,029	.304	1,000
ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	-50,873	15,409	-3,302	.001	.006
ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΚΗ	-7,657	10,028	-.764	.445	1,000
ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	-43,155	10,702	-4,033	.000	.000
ΚΑΚΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	-35,498	11,212	-3,166	.002	.009

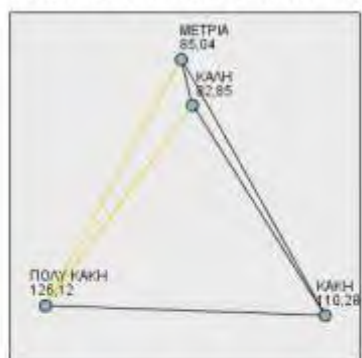
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is .05.



Στην ‘Αυτοεπίκριση’ μεταξύ Πολύ Κακής - Μέτριας ($p: 0,00$) και Πολύ Κακής - Καλής ($p: 0,030$) οικονομικής κατάστασης (γράφημα 28).

Γράφημα 28. *Αυτοεπίκριση και οικονομική κατάσταση*

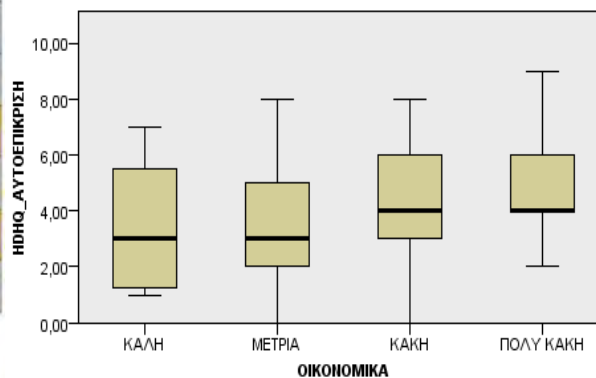
Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ



Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ.

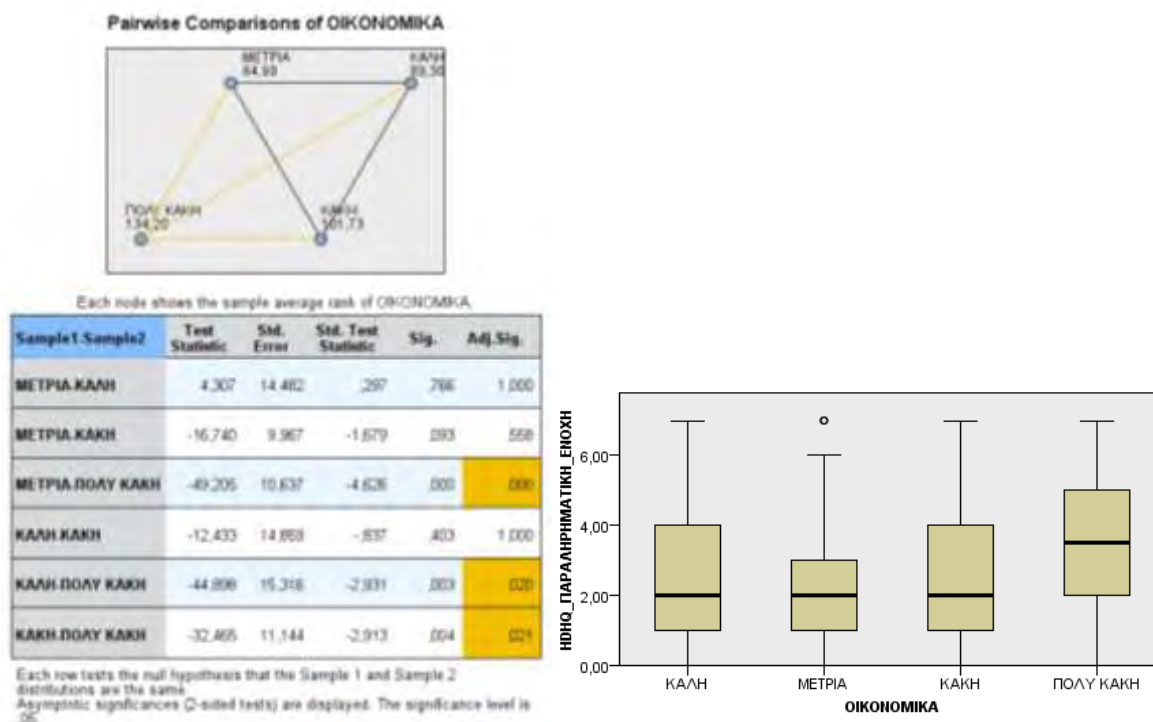
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΚΑΛΗ-ΜΕΤΡΙΑ	-2,190	14,587	-.150	,881	1,000
ΚΑΛΗ-ΚΑΚΗ	-27,433	14,966	-1,833	,067	,401
ΚΑΛΗ-ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	-43,275	15,426	-2,806	,005	,030
ΜΕΤΡΙΑ-ΚΑΚΗ	-25,243	10,039	-2,514	,012	,072
ΜΕΤΡΙΑ-ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	-41,085	10,714	-3,835	,000	,001
ΚΑΚΗ-ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	-15,842	11,224	-1,411	,158	,949

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.



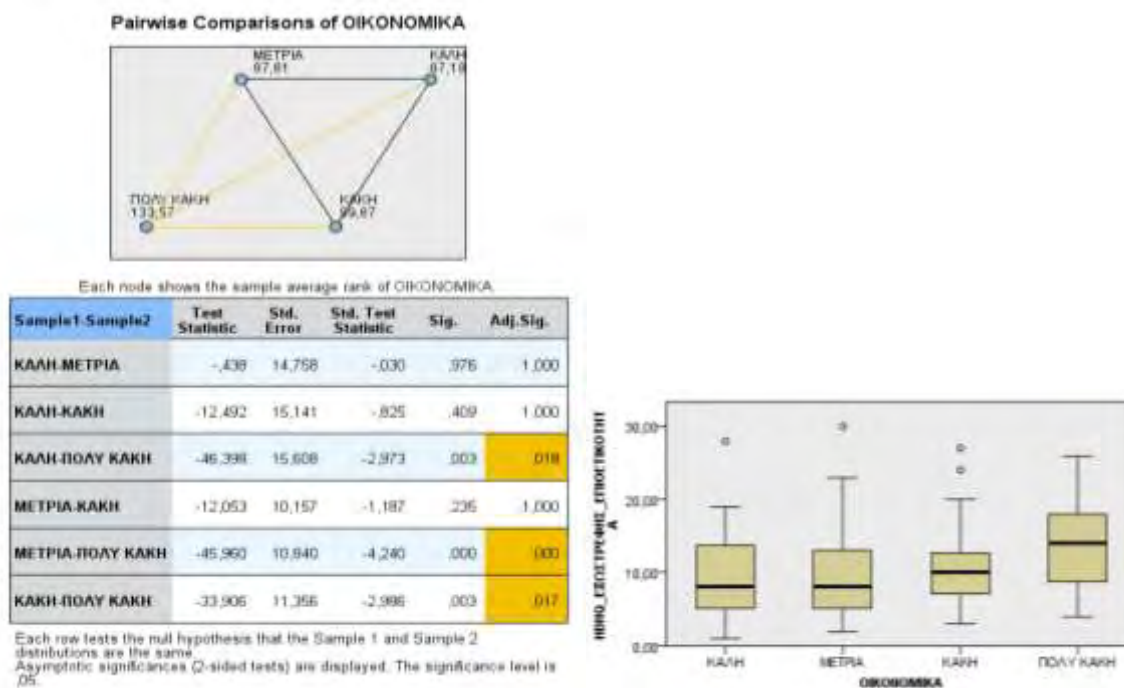
Στην ‘Παραληρηματική Ενοχή’ μεταξύ Πολύ Κακής - Κακής ($p: 0,021$), Πολύ Κακής - Μέτριας ($p: 0,00$), Πολύ Κακής – Καλής ($p: 0,020$) οικονομικής κατάστασης (γράφημα 28).

Γράφημα 29. Παραληρηματική Ενοχή και οικονομική κατάσταση



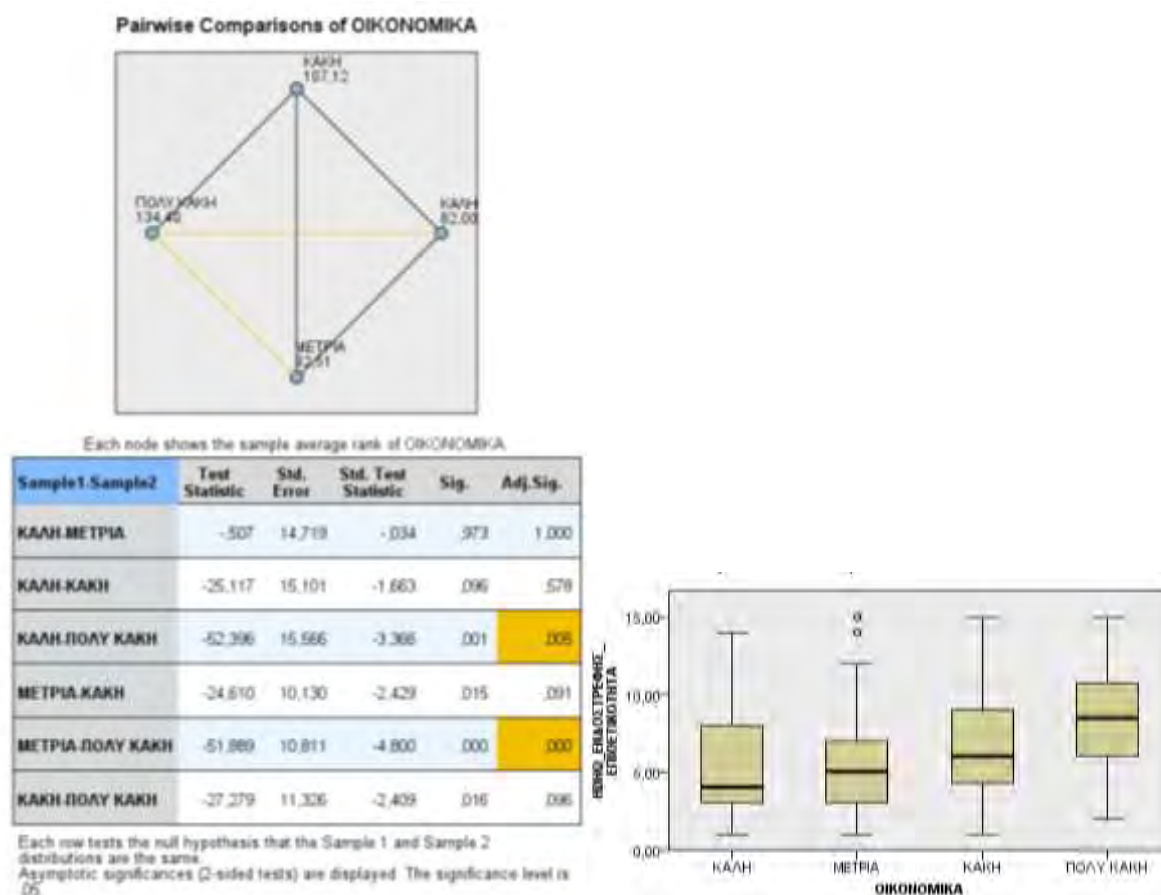
Στην ‘Εξωστρεφή Επιθετικότητα’ μεταξύ Πολύ Κακής - Κακής (p: 0,017), Πολύ Κακής - Μέτριας (p: 0,00), Πολύ Κακής – Καλής (p: 0,018) οικονομικής κατάστασης (γράφημα 30).

Γράφημα 30.Εξωστρεφής Επιθετικότητα και οικονομική κατάσταση



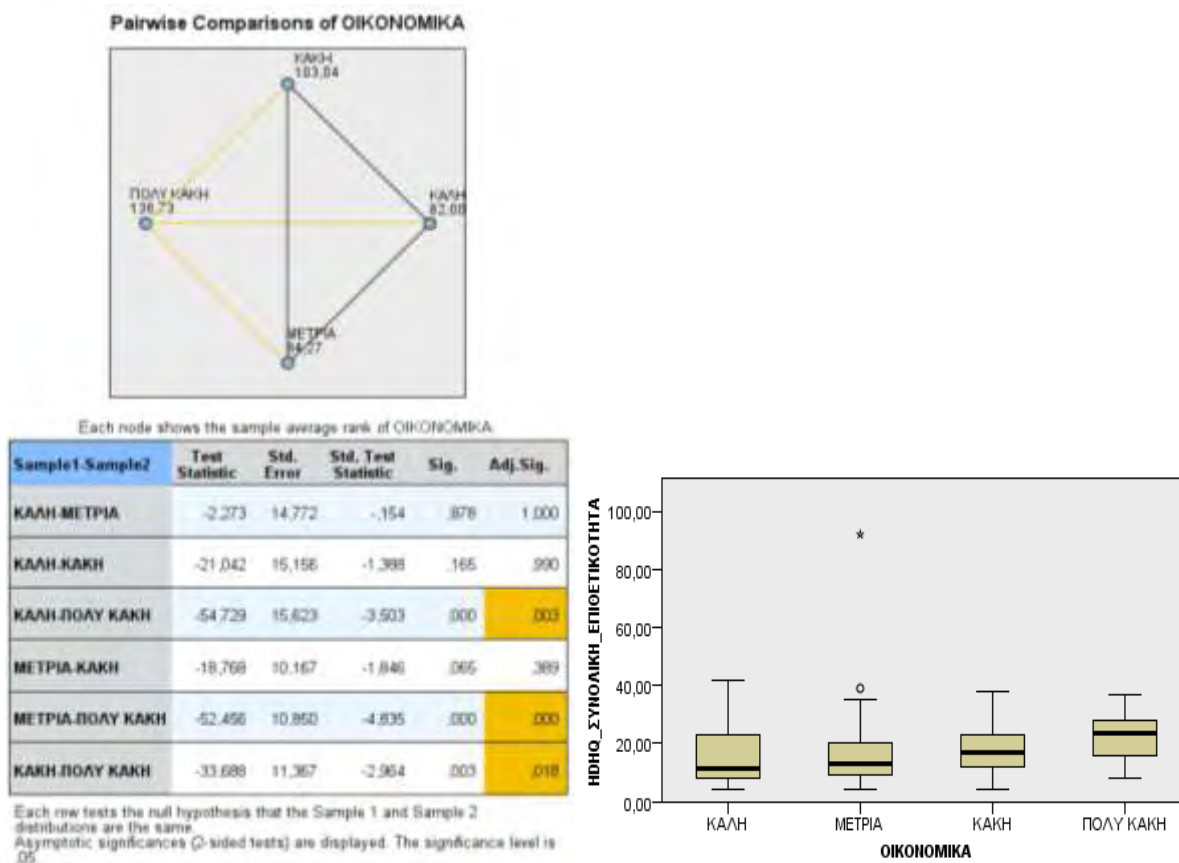
Στην Ενδοστρεφή Επιθετικότητα μεταξύ Πολύ Κακής - Μέτριας ($p: 0,00$), Πολύ Κακής – Καλής ($p: 0,005$) οικονομικής κατάστασης (γράφημα 31).

Γράφημα 31. Ενδοστρεφής Επιθετικότητα και οικονομική κατάσταση



Στην ‘Συνολική Επιθετικότητα’ μεταξύ Πολύ Κακής - Κακής ($p: 0,018$), Πολύ Κακής - Μέτριας ($p: 0,00$), Πολύ Κακής – Καλής ($p: 0,003$) οικονομικής κατάστασης (γράφημα 32).

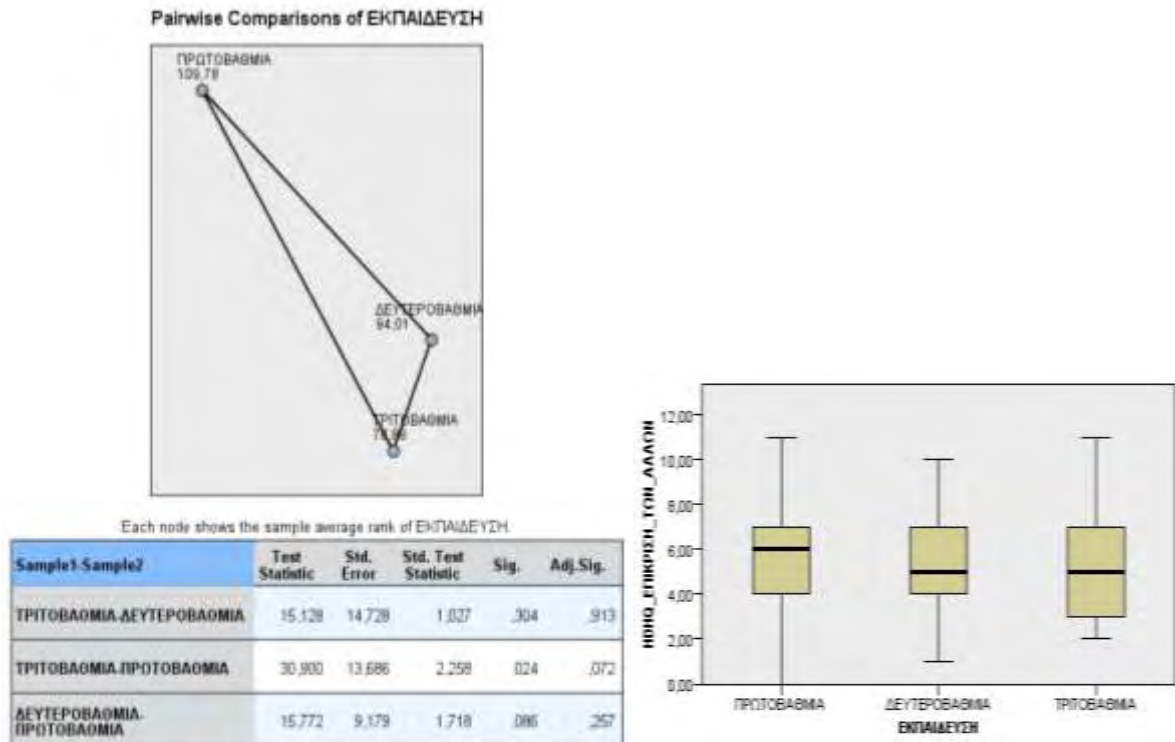
Γράφημα 32.Συνολική Επιθετικότητα και οικονομική κατάσταση



Ως προς το Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων σε σχέση με το HDHQ, στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στην Αυτοεπίκριση ($p: 0,035$), όπου οι απόφοιτοι της

Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σημειώνουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τις άλλες βαθμίδες (γράφημα 33).

Γράφημα 33. Αυτοεπίκριση και εκπαιδευτικό επίπεδο

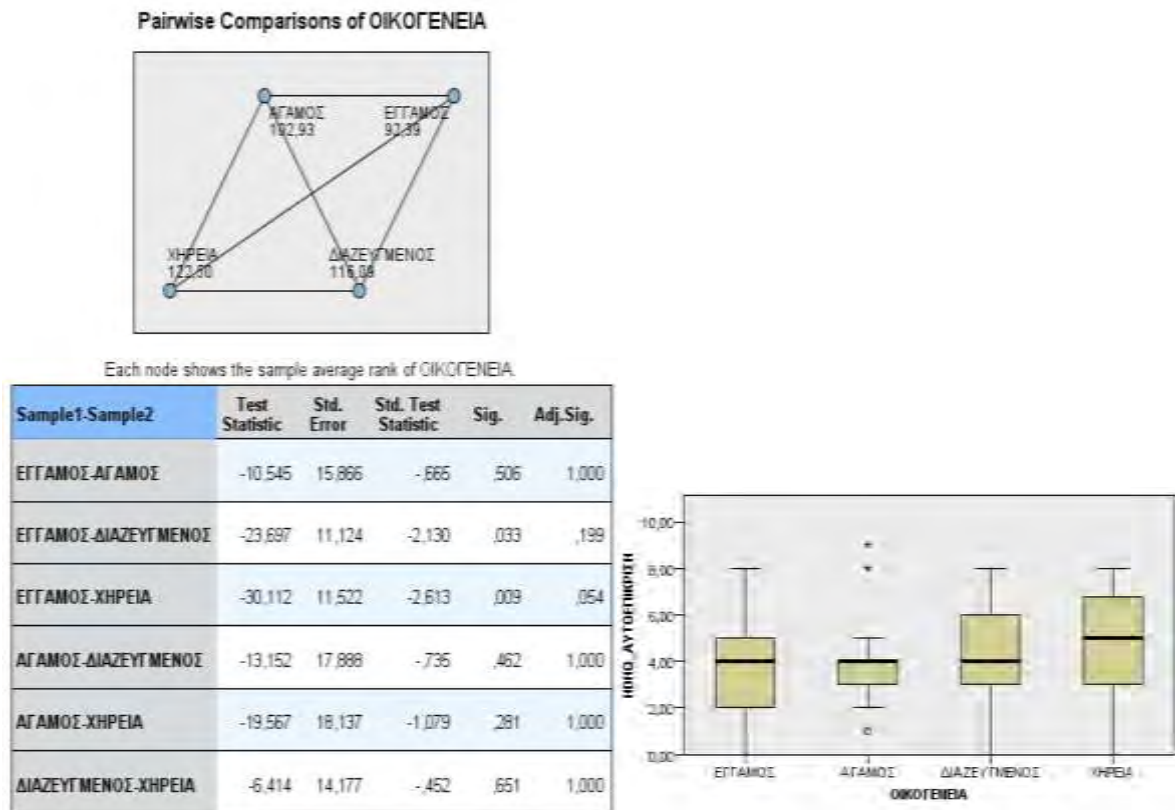


Ως προς την Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων σε σχέση με το HDHQ, στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται στην 'Αυτοεπίκριση' ($p: 0,024$), την

‘Παραληρηματική Ενοχή’ ($p: 0,025$), την ‘Ένδοστρεφή Επιθετικότητα’ ($p: 0,009$) και την ‘Κατεύθυνση της Επιθετικότητας’ ($p: 0,049$).

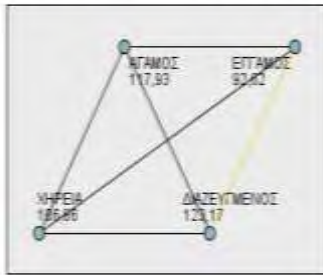
Όπως προκύπτει από τα αντίστοιχα γραφήματα 34, 35, 36 και 37), οι έγγαμοι ασθενείς είναι αυτοί που εκδηλώνουν την μικρότερη Επιθετικότητα.

Γράφημα 34. Οικογενειακή κατάσταση και Αυτοεπίκριση



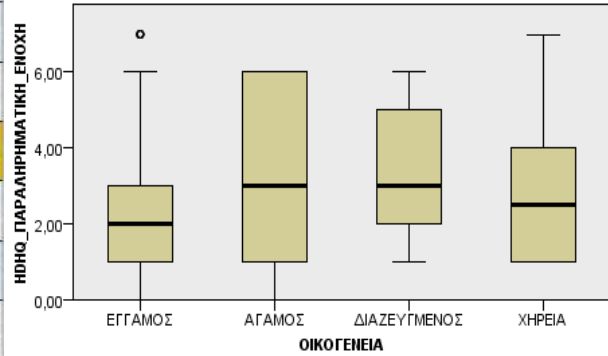
Γράφημα 35. Οικογενειακή κατάσταση και Παραληρηματική Ενοχή

Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ



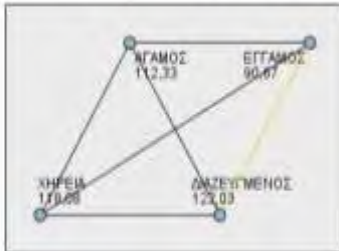
Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΕΓΓΑΜΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-14,244	11,439	-1,245	,213	1,000
ΕΓΓΑΜΟΣ-ΑΓΑΜΟΣ	-25,316	15,753	-1,607	,108	,648
ΕΓΓΑΜΟΣ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-30,556	11,045	-2,767	,006	,034
ΧΗΡΕΙΑ-ΑΓΑΜΟΣ	11,074	18,007	,615	,539	1,000
ΧΗΡΕΙΑ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	16,312	14,075	1,158	,246	1,000
ΑΓΑΜΟΣ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-5,236	17,758	-,295	,768	1,000



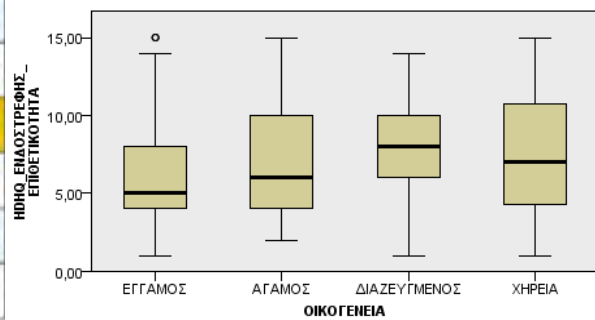
Γράφημα 36. Οικογενειακή κατάσταση και Ενδοστρεφής Επιθετικότητα

Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ



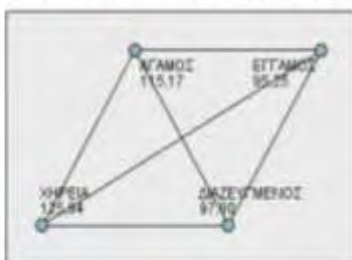
Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
ΕΓΓΑΜΟΣ-ΑΓΑΜΟΣ	-21,660	16,010	-1,353	,176	1,000
ΕΓΓΑΜΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-27,405	11,626	-2,357	,018	,110
ΕΓΓΑΜΟΣ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-31,355	11,225	-2,793	,005	,031
ΑΓΑΜΟΣ-ΧΗΡΕΙΑ	-5,745	18,301	-,314	,754	1,000
ΑΓΑΜΟΣ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	-9,695	18,049	-,537	,591	1,000
ΧΗΡΕΙΑ-ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	3,950	14,305	,276	,782	1,000



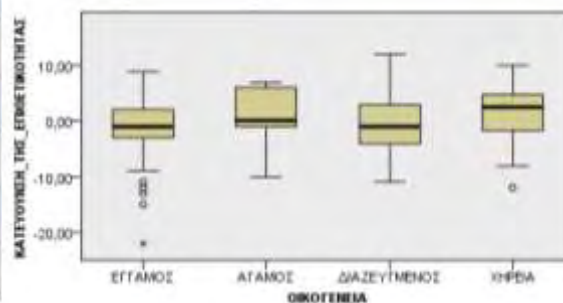
Γράφημα 37. Οικογενειακή κατάσταση και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας

Pairwise Comparisons of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ



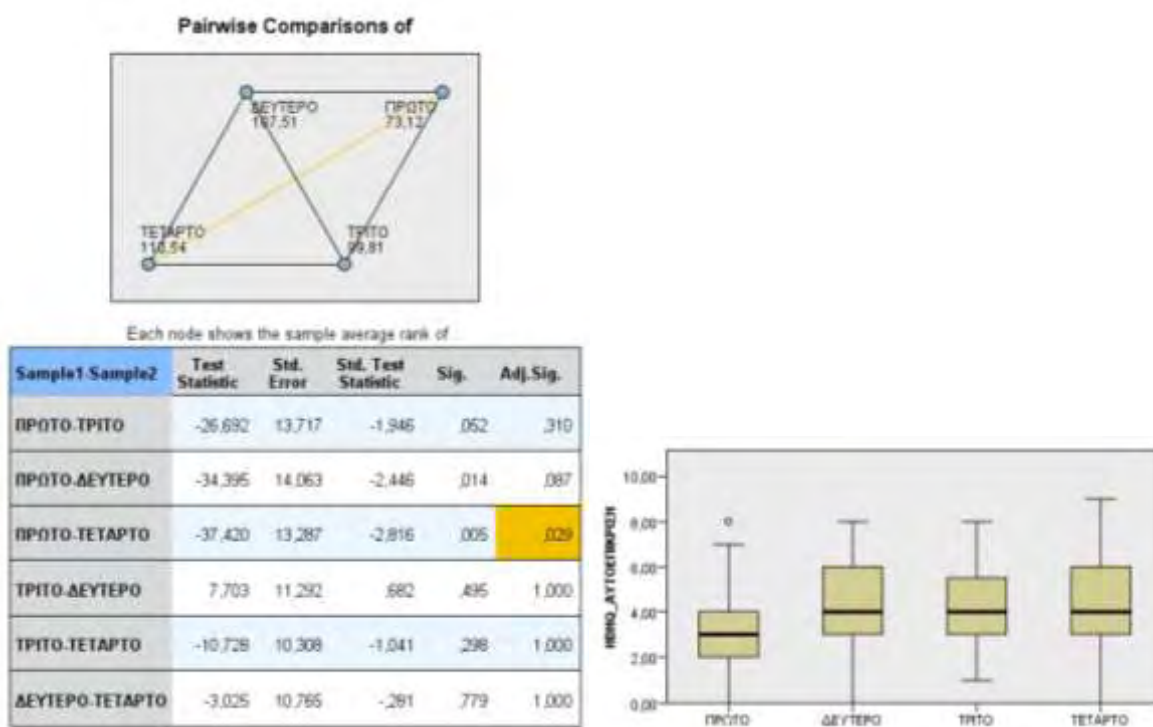
Each node shows the sample average rank of ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΕΓΓΑΜΟΣ ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ	-2.548	11.248	-.227	.821	1.000
ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ	-19.915	16.042	-1.241	.214	1.000
ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΗΡΕΙΑ	-30.885	11.650	-2.634	.008	.051
ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ ΑΓΑΜΟΣ	17.367	18.086	.960	.337	1.000
ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ ΧΗΡΕΙΑ	-29.138	14.334	-1.963	.050	.298
ΑΓΑΜΟΣ ΧΗΡΕΙΑ	-10.771	18.338	-.587	.557	1.000



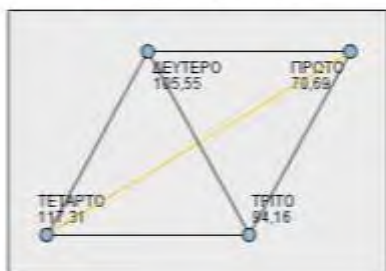
Αναφορικά με την κλίμακα HDHQ και το στάδιο της ΧΑΠ όπου βρίσκονται οι συμμετέχοντες στην έρευνα ασθενείς, στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται ως προς την ‘Αυτοεπίκριση’ και την ‘Παραληρηματική Ενοχή’ μεταξύ 1^{ου} και 4^{ου} σταδίου ΧΑΠ, όπου οι ασθενείς του 4^{ου} σταδίου επικρίνουν πιο συχνά τον εαυτό τους (γράφημα 38, 39).

Γράφημα 38.Στάδιο της ΧΑΠ και Αυτοεπίκριση



Γράφημα 39.Στάδιο της ΧΑΠ και Παραληρηματική Ενοχή

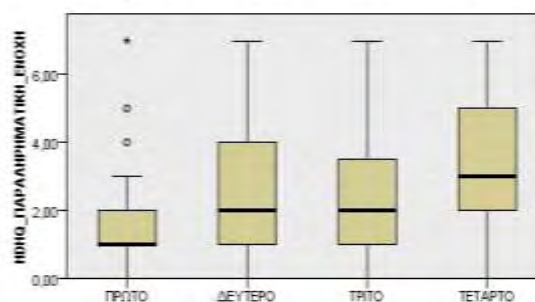
Pairwise Comparisons of



Each node shows the sample average rank of .

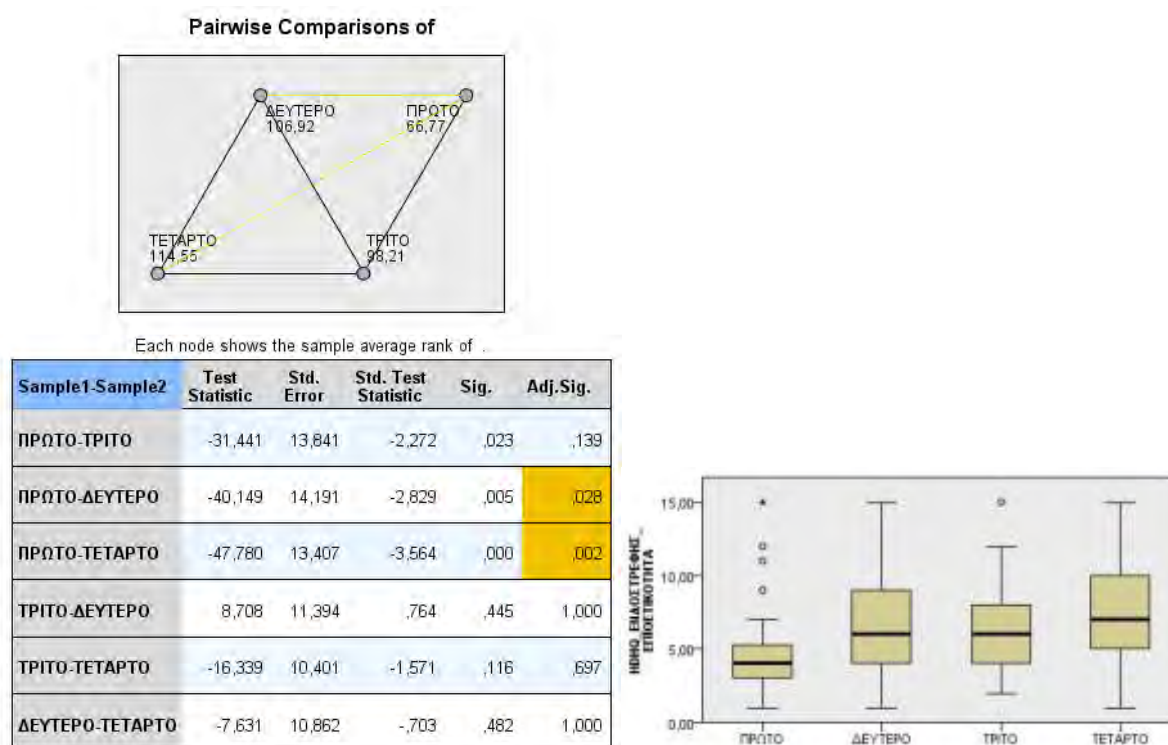
Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΠΡΩΤΟ-ΤΡΙΤΟ	-23,466	13,619	-1,723	,086	,509
ΠΡΩΤΟ-ΔΕΥΤΕΡΟ	-34,869	13,963	-2,497	,013	,075
ΠΡΩΤΟ-ΤΕΤΑΡΤΟ	-46,618	13,191	-3,534	,000	,002
ΤΡΙΤΟ-ΔΕΥΤΕΡΟ	11,393	11,211	1,016	,310	1,000
ΤΡΙΤΟ-ΤΕΤΑΡΤΟ	-23,152	10,234	-2,262	,024	,142
ΔΕΥΤΕΡΟ-ΤΕΤΑΡΤΟ	-11,759	10,688	-1,100	,271	1,000

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



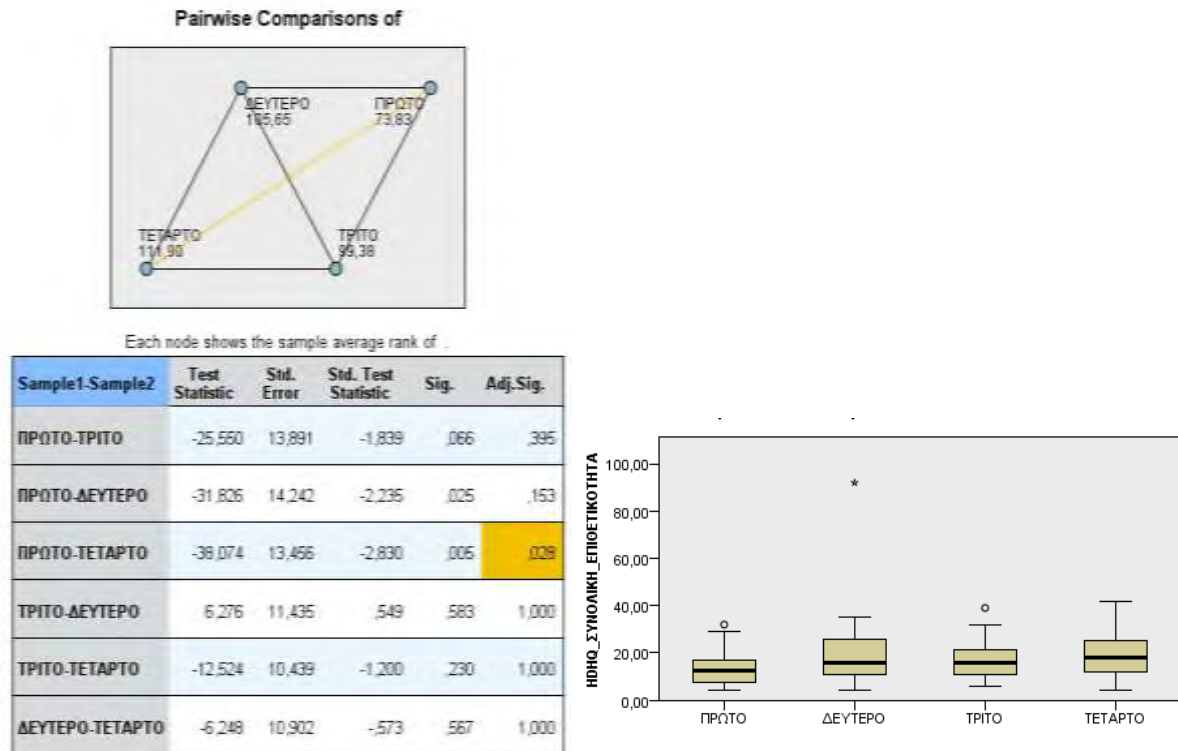
Επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται ως προς την Ενδοστρεφή Επιθετικότητα μεταξύ 1^{ου} - 2^{ου} (p: 0,028) και 1^{ου} - 4^{ου} (p: 0,002) Σταδίου ΧΑΠ, με τους ασθενείς του 1^{ου} Σταδίου να σημειώνουν χαμηλότερες τιμές Ενδοστρεφούς Επιθετικότητας (γράφημα 40).

Γράφημα 40. Στάδιο ΧΑΠ και ενδοστρεφής επιθετικότητα



Ανάλογη εικόνα εμφανίζεται και ως προς τη Συνολική Επιθετικότητα, με τους ασθενείς του 1^{ου} Σταδίου ΧΑΠ να έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές από αυτούς του 4^{ου} Σταδίου (γράφημα 41).

Γράφημα 41. Στάδιο της ΧΑΠ και Συνολική Επιθετικότητα



Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε ερμηνεύει το 43% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή το HDHQ, αναδεικνύοντας ως κυριότερους παράγοντες την Ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων (ΓΔΣ) και την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής (πίνακας 51).

Πίνακας 51. Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το HDHQ

	Coefficient	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
SCL90	7,358	2.834,716	1	2.834,716	51,521	,000	0,846
OAS	0,123	517,474	1	517,474	9,405	,002	0,154

Adjusted R square: 0,43

6.9. Ερωτηματολόγιο για συμπτώματα ψυχοπαθολογίας SCL-90

Ο έλεγχος με το MannWhitneyU-test έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές έως πολύ σημαντικές διαφορές ως προς όλες σχεδόν τις υποκλίμακες του SCL-90, αναφορικά με το φύλο των ασθενών και το κάπνισμα στο παρόν, όπου οι γυναίκες και οι νυν καπνιστές εκδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. (πίνακες 52,53).

Πίνακας 52. *SCL-90 / ΦΥΛΟ*

	ΦΥΛΟ	<i>N</i>	<i>Meanrank</i>	<i>median</i>	<i>U</i>	<i>p</i>																																																																																																																				
Σωματοποίηση	Άνδρας	112	86.98	10	3414	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	90	119.57				Ιδεοψυχαναγκασμός	Άνδρας	112	86	7	3304	0,000	Γυναίκα	91	121.69	Διαπροσωπική Ευαισθησία	Άνδρας	112	84.67	4	3155.5	0,000	Γυναίκα	91	123.32	Κατάθλιψη	Άνδρας	112	83.83	12	3060.5	0,000	Γυναίκα	91	124.37	Άγχος	Άνδρας	112	86.97	4	3413	0,000	Γυναίκα	91	120.49	Επιθετικότητα	Άνδρας	112	95.16	2	4330	0,060	Γυναίκα	91	110.42	Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009	Γυναίκα	91	113.48	Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599
Ιδεοψυχαναγκασμός	Άνδρας	112	86	7	3304	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	121.69				Διαπροσωπική Ευαισθησία	Άνδρας	112	84.67	4	3155.5	0,000	Γυναίκα	91	123.32	Κατάθλιψη	Άνδρας	112	83.83	12	3060.5	0,000	Γυναίκα	91	124.37	Άγχος	Άνδρας	112	86.97	4	3413	0,000	Γυναίκα	91	120.49	Επιθετικότητα	Άνδρας	112	95.16	2	4330	0,060	Γυναίκα	91	110.42	Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009	Γυναίκα	91	113.48	Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45						
Διαπροσωπική Ευαισθησία	Άνδρας	112	84.67	4	3155.5	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	123.32				Κατάθλιψη	Άνδρας	112	83.83	12	3060.5	0,000	Γυναίκα	91	124.37	Άγχος	Άνδρας	112	86.97	4	3413	0,000	Γυναίκα	91	120.49	Επιθετικότητα	Άνδρας	112	95.16	2	4330	0,060	Γυναίκα	91	110.42	Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009	Γυναίκα	91	113.48	Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																
Κατάθλιψη	Άνδρας	112	83.83	12	3060.5	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	124.37				Άγχος	Άνδρας	112	86.97	4	3413	0,000	Γυναίκα	91	120.49	Επιθετικότητα	Άνδρας	112	95.16	2	4330	0,060	Γυναίκα	91	110.42	Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009	Γυναίκα	91	113.48	Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																										
Άγχος	Άνδρας	112	86.97	4	3413	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	120.49				Επιθετικότητα	Άνδρας	112	95.16	2	4330	0,060	Γυναίκα	91	110.42	Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009	Γυναίκα	91	113.48	Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																				
Επιθετικότητα	Άνδρας	112	95.16	2	4330	0,060																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	110.42				Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009	Γυναίκα	91	113.48	Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																														
Φοβικό Άγχος	Άνδρας	112	92.67	1	4051	0,009																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	113.48				Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000	Γυναίκα	91	118.66	Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																																								
Παρανοειδής Ιδεασμός	Άνδρας	112	88.46	3	3579.5	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	118.66				Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002	Γυναίκα	91	115.88	Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																																																		
Ψυχωτισμός	Άνδρας	112	90.72	2	3833	0,002																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	115.88				Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000	Γυναίκα	91	117.91	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																																																												
Διάφορα Συμπτώματα	Άνδρας	112	89.08	7	3648.5	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	117.91				Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000	Γυναίκα	90	121.81	Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																																																																						
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Άνδρας	112	85.18	0,6398	3212.5	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	90	121.81				Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45	Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																																																																																
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Άνδρας	112	88.63	33	3599	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	118.45				Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000	Γυναίκα	91	118.45																																																																																																										
Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Άνδρας	112	88.63	1	3599	0,000																																																																																																																				
	Γυναίκα	91	118.45																																																																																																																							

Πίνακας 53. SCL-90 / Κάπνισμα στο Παρόν

	Κάπνισμα παρόν	<i>N</i>	<i>Mean rank</i>	<i>median</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Σωματοποίηση	Όχι	124	96.48	10	3414	0,000
	Ναι	79	109.46			
Ιδεοψυχαναγκασμός	Όχι	124	96.17	7	3304	0,000
	Ναι	79	111.15			
Διαπροσωπική Ευαισθησία	Όχι	124	95.54	4	3155	0,000
	Ναι	79	112.15			
Κατάθλιψη	Όχι	124	95.89	12	3060	0,00
	Ναι	79	111.59			
Άγχος	Όχι	124	95.54	4	3413	0,00
	Ναι	79	112.15			
Επιθετικότητα	Όχι	124	95.26	2	4330	0,060
	Ναι	79	112.58			
Φοβικό Άγχος	Όχι	124	99.28	1	4051	0,009
	Ναι	79	106.27			
Παρανοειδής Ιδεασμός	Όχι	124	89.88	3	3579	0,000
	Ναι	79	121.02			
Ψυχωτισμός	Όχι	124	94.46	2	3833	0,000
	Ναι	79	113.84			
Διάφορα Συμπτώματα	Όχι	124	97.71	7	3648	0,000
	Ναι	79	108.73			
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων ΓΔΣ	Όχι	124	94.74	0.638	3212	0,000
	Ναι	78	112.24			
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΘΣ	Όχι	124	96.43	33	3599	0,000
	Ναι	79	110.75			
Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ΔΕΘΣ	Όχι	124	96.43	0.3667	4207	0.090
	ΝΑΙ	79	110.75			

Η ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις κλίμακες του Άγχους και του Παρανοειδούς Ιδεασμού της Ψυχοπαθολογίας, με τους πιο ηλικιωμένους να αναφέρουν χαμηλότερες τιμές σε αυτούς τους τομείς (πίνακας 54).

Πίνακας 54. Συσχέτιση της ηλικίας με την Ψυχοπαθολογία SCL-90 (CorrelationsSpearman'srho)

	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΜΟΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ_ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΓΧΟΣ	ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΟΒΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ_ΙΔΕΑΣΜΟΣ	SCL90_ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΓΕΝΙΚΟΣ_ΔΕΙΚΤΗΣ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΔΕΙΚΤΗΣ_ΘΕΤΙΚΩΝ	ΔΕΘΣ
ΗΛΙΚΙΑ	ρ 1,000	-,110	-,094	-,083	-,105	-,167*	-,104	-,008	-,209**	-,125	-0,070	-,124	-,064	-064
	P .	,120	,184	,236	,134	,017	,141	,907	,003	,075	,319	,079	,364	,364

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών φαίνεται ότι επηρεάζει την ψυχοπαθολογία στις κατηγορίες της Σωματοποίησης (p: 033), του Ιδεοψυχαναγκασμού (p: 002), της Διαπροσωπικής Ευαισθησίας (p: 032), της Κατάθλιψης (p: 0,000), του Παρανοειδούς Ιδεασμού, (p: 0,015) και των Διαφόρων Συμπτωμάτων (p: 0,08) . Επίσης επηρεάζει και τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (p: 0,06) (Πίνακας 55). Σε όλες αυτές τις κλίμακες οι έγγαμοι ασθενείς παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές ψυχοπαθολογίας (γράφημα 42).

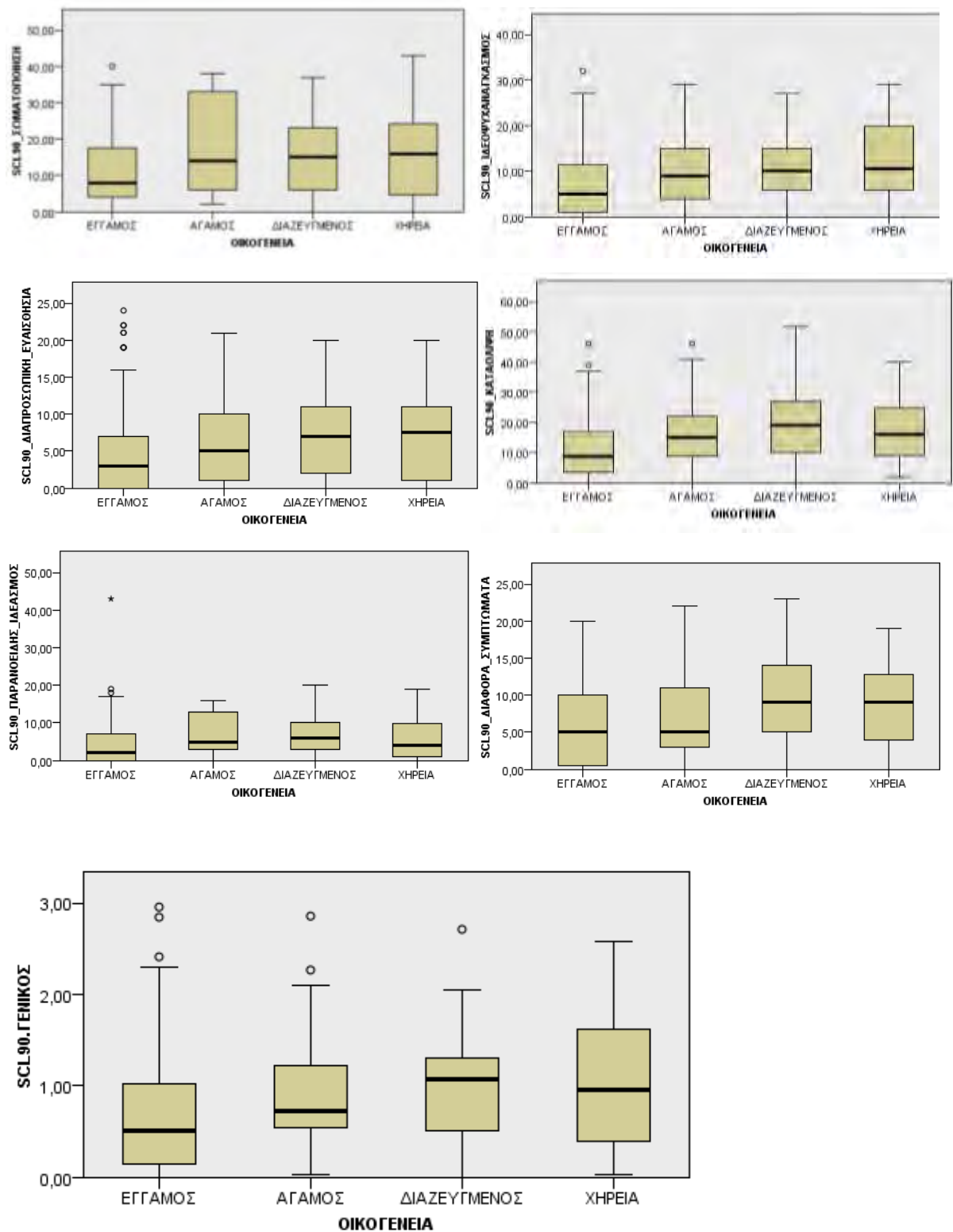
Πίνακας 55. *SCL-90* και Οικογενειακή κατάσταση

	<i>Chi-Square</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Σωματοποίηση	8,706	3	0,033
Ιδεοψυχαναγκασμός	14,399	3	0,002
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,775	3	0,032
Κατάθλιψη	18,581	3	0,000
Άγχος	7,170	3	0,067
Επιθετικότητα	0,334	3	0,953
Φοβικό Άγχος	7,079	3	0,069
Παρανοειδής Ιδεασμός	10,406	3	0,015
Ψυχωτισμός	4,471	3	0,215
Διάφορα Συμπτώματα	11,944	3	0,008
ΓΔΣ	12,346	3	0,006
ΔΘΣ	6,553	3	0,088
ΔΕΘΣ	6,553	3	0,088

a. Kruskal Wallis Test

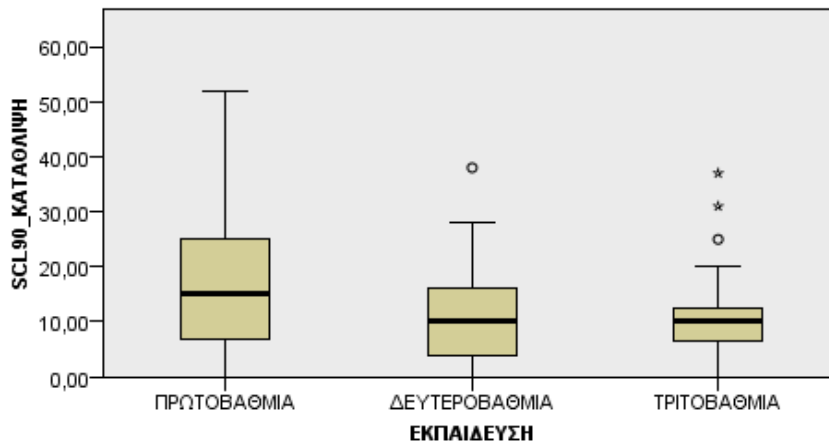
b. Grouping Variable: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Γράφημα 42. SCL-90 και Οικογενειακή κατάσταση



Στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την κλίμακα SCL-90 και το Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων εμφανίζεται για την κατηγορία της Κατάθλιξης, με τους απόφοιτους της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να αναφέρουν συχνότερα συμπτώματα Ψυχοπαθολογίας (γράφημα 43).

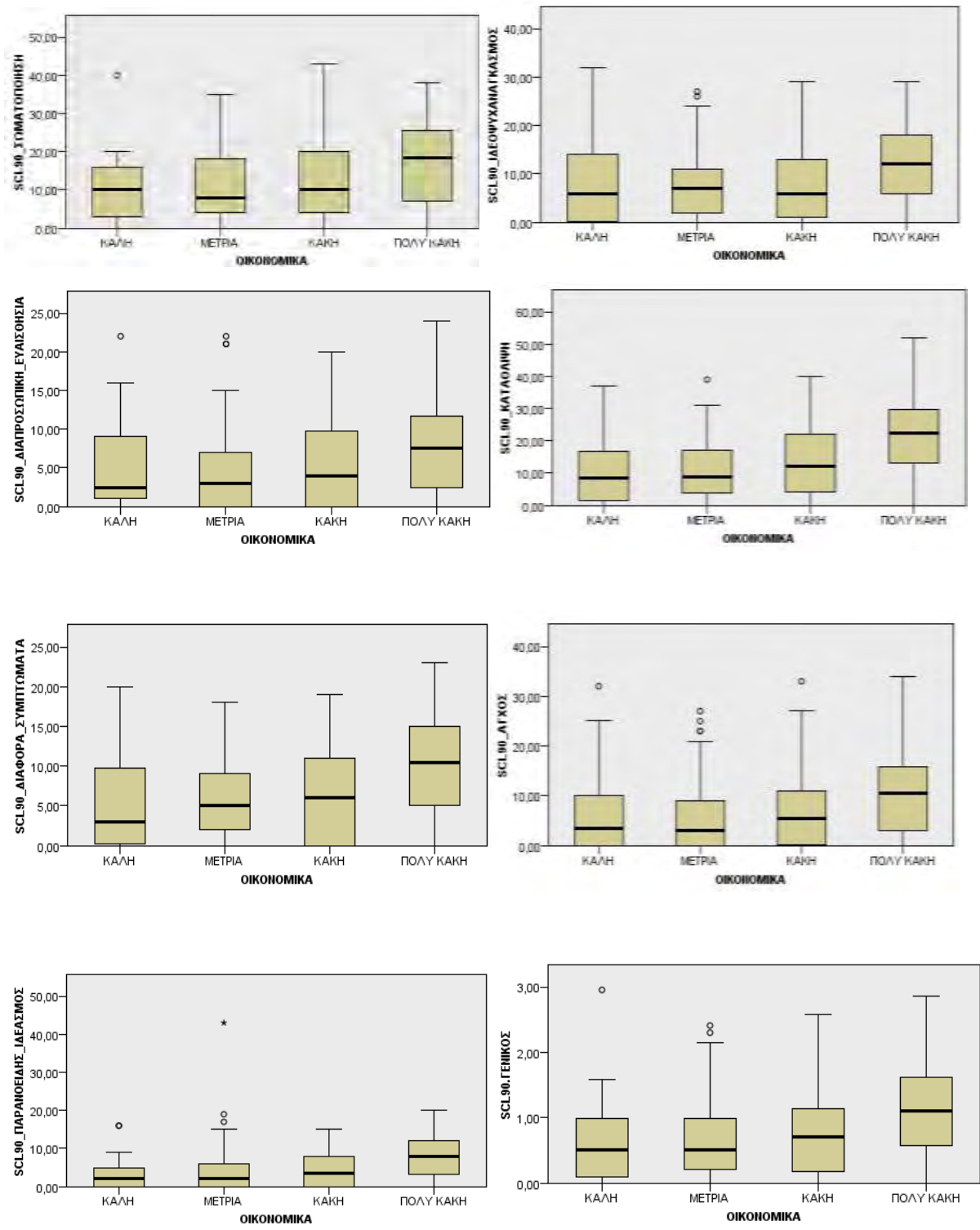
Γράφημα 43. SCL-90 και Εκπαιδευτικό επίπεδο



Η Οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων με τον έλεγχο Kruskal-Wallis φαίνεται να επηρεάζει την Ψυχοπαθολογία στους τομείς της Σωματοποίησης ($p: 0,011$), του Ιδεοψαχαναγκασμού ($p: 0,006$), της Διαπροσωπικής ευαισθησίας ($p: 0,011$), της Κατάθλιξης ($p: 0,000$), του Άγχους ($p: 0,012$), του Παρανοειδούς Ιδεασμού ($p: 0,000$), των Διαφόρων Συμπτωμάτων ($p: 0,003$), αλλά και στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ($p: 0,001$).

Σε όλες αυτές τις παραμέτρους οι ασθενείς που παρουσιάζουν την πλέον διαταραγμένη ψυχοπαθολογία είναι αυτοί που βρίσκονται σε 'Πολύ Κακή' Οικονομική κατάσταση (γράφημα 44).

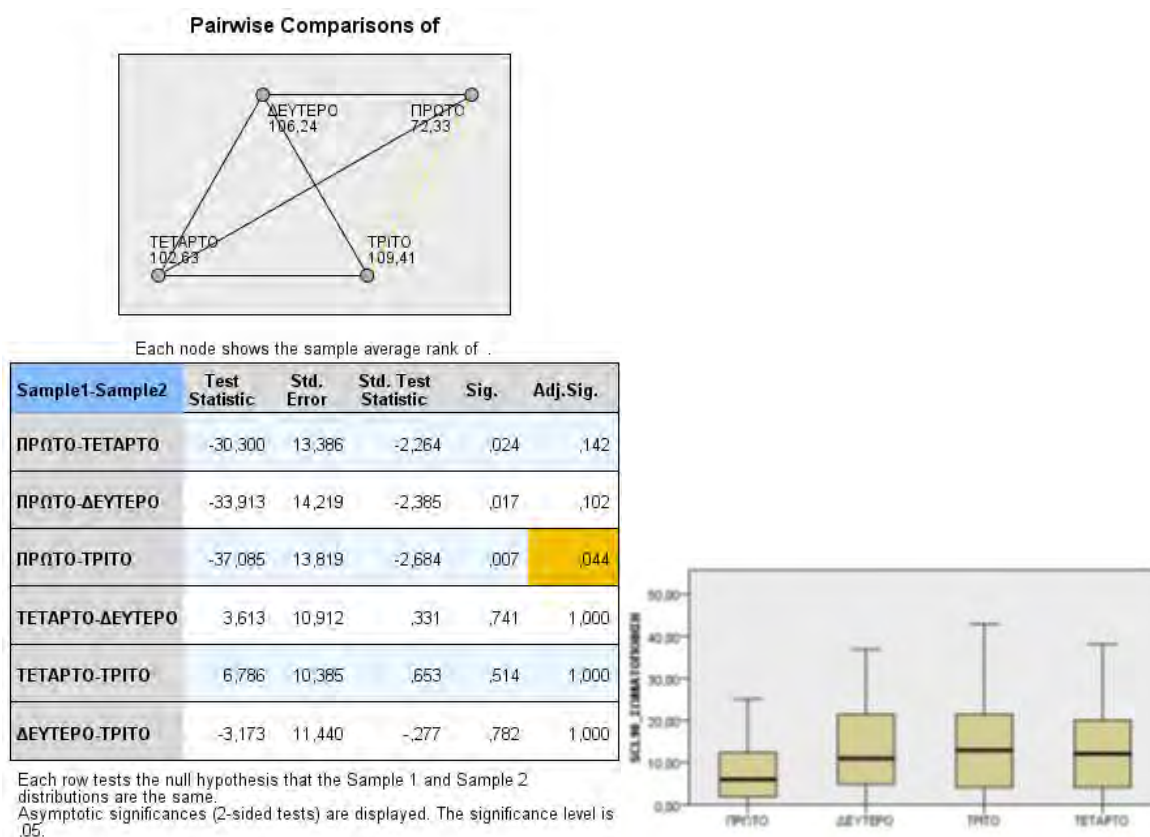
Γράφημα 44. SCL-90 και Οικονομική κατάσταση



Ανάλογα με το Στάδιο της ΧΑΠ τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων στην έρευνα ασθενών φαίνεται ότι διαφέρουν στατιστικά στις κατηγορίες της Σωματοποίησης ($p: 0,049$), των Διαφόρων Συμπτωμάτων ($p: 0,026$) και στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ($p: 0,049$) (Kruskal-Wallis test).

Για τη ‘Σωματοποίηση’ (γράφημα 45) οι διαφορές εστιάζονται μεταξύ 1^{ου} και 3^{ου} Σταδίου ΧΑΠ, με τους ασθενείς που βρίσκονται στο 1^ο στάδιο να εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα ($p: 0,044$).

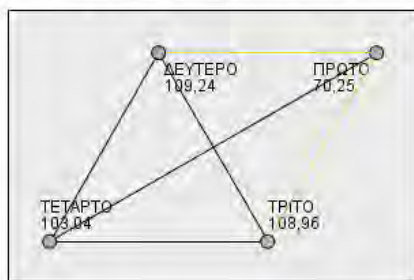
Γράφημα 45.Στάδιο ΧΑΠ και Σωματοποίηση



Για τα ‘Διάφορα Συμπτώματα’ διαφορές ευρίσκονται ανάμεσα σε 1^ο -2^ο ($p: 0,036$) και 1^ο -3^ο Στάδιο ($p: 0,031$) (γράφημα 46).

Γράφημα 46.Στάδιο ΧΑΠ και Διάφορα Συμπτώματα

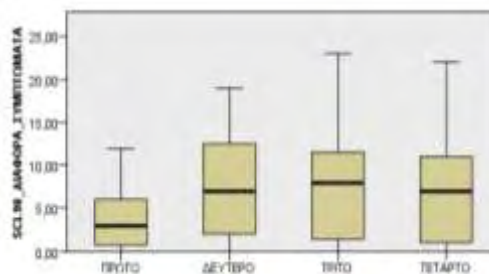
Pairwise Comparisons of



Each node shows the sample average rank of .

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΠΡΩΤΟ-ΤΕΤΑΡΤΟ	-32,792	13,396	-2,448	,014	,086
ΠΡΩΤΟ-ΤΡΙΤΟ	-38,706	13,830	-2,799	,005	,031
ΠΡΩΤΟ-ΔΕΥΤΕΡΟ	-38,995	14,179	-2,750	,006	,036
ΤΕΤΑΡΤΟ-ΤΡΙΤΟ	5,914	10,393	,569	,569	1,000
ΤΕΤΑΡΤΟ-ΔΕΥΤΕΡΟ	6,203	10,853	,571	,568	1,000
ΤΡΙΤΟ-ΔΕΥΤΕΡΟ	,269	11,385	,025	,980	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.



Το διορθωμένο μοντέλο πολλαπλής βηματικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε ερμηνεύει το 73% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων Ψυχοπαθολογίας, αναδεικνύοντας ως κυριότερους παράγοντες το Άγχος, την Επιθετικότητα των συμμετεχόντων, τις κλίμακες της Ντροπής, την Κατάθλιψη και το Φύλο. (πίνακας 56).

Πίνακας 56. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το ΓΔΣ του SCL-90

<i>Source</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Importance</i>
DSSI/sAD Άγχος	-0,386	3,607	1	3,607	27,753	,000	0,2
HDHQ	0,020	3,384	1	3,384	26,035	,000	0,2
OAS	0,008	2,367	1	2,367	18,213	,000	0,1
ESS	0,007	1,705	1	1,705	13,121	,000	0,1
DSSI/sAD Κατάθλιψη	-0,294	1,695	1	1,695	13,042	,000	0,1
ΦΥΛΟ	0,135	0,807	1	0,807	6,206	,014	0,0
Adjusted R square: 0.729							

6.10. Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων

Συγκεντρωτικά, στον πίνακα 57 φαίνονται οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη.

Το Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ) συσχετίζεται αρνητικά με την Κοινωνική υποστήριξη (MSPSS), και θετικά με το Άγχος, την Κατάθλιψη, τις κλίμακες της Ντροπής, την Επιθετικότητα, την Ψυχοπαθολογία και την Εστία Ελέγχου της Υγείας όταν αυτή τοποθετείται στους 'Άλλους'.

Η Προσλαμβανόμενη Κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται αρνητικά με το Άγχος, την Κατάθλιψη, την 'Εξωτερική' Ντροπή, την Επιθετικότητα και την Ψυχοπαθολογία. Θετικά συσχετίζεται με την 'Εστία Ελέγχου της Υγείας' στις κλίμακες 'Εσωτερικό' και 'Άλλοι'.

Με το Άγχος και την Κατάθλιψη επίσης συσχετίζονται θετικά οι κλίμακες της Ντροπής, της Επιθετικότητας / Εχθρότητας και της Ψυχοπαθολογίας, και αυτές μεταξύ τους.

Πίνακας 57. Συσχετίσεις (r) Pearson μεταξύ των ερωτηματολογίων

		CCQ	MSPSS	LOCUSINTERNAL.	LOCUS OTHERS	LOCUS CHANCE	ANXIETY	DEPRESSION	OAS	ESS	HDHQ	SCL90
CCQ	r	1	-,161*	-,016	,187**	,124	,447**	,442**	,287**	,189**	,257**	,379**
	p		,022	,817	,007	,077	,000	,000	,000	,007	,000	,000
MSPSS	r	-,161*	1	,309**	,268**	,016	-,214**	-,313**	-,293**	-,003	-,196**	-,249**
	p	,022		,000	,000	,815	,002	,000	,000	,963	,005	,000
LOCUS INTERNAL	r	-,016	,309**	1	,415**	,125	-,014	-,052	-,049	,013	,031	-,104
	p	,817	,000		,000	,075	,846	,465	,492	,856	,657	,141
LOCUS OTHERS	r	,187**	,268**	,415**	1	,410**	,150*	,100	,061	,141*	,187**	,144*
	p	,007	,000	,000		,000	,032	,154	,385	,044	,007	,042
LOCUS CHANCE	r	,124	,016	,125	,410**	1	,166*	,197**	,067	,018	,163*	,158*
	p	,077	,815	,075	,000		,018	,005	,342	,795	,020	,025
ANXIETY	r	,447**	-,214**	-,014	,150*	,166*	1	,880**	,551**	,347**	,493**	,787**
	p	,000	,002	,846	,032	,018		,000	,000	,000	,000	,000
DEPRESSION	r	,442**	-,313**	-,052	,100	,197**	,880**	1	,600**	,349**	,523**	,783**
	p	,000	,000	,465	,154	,005	,000		,000	,000	,000	,000
OAS	r	,287**	-,293**	-,049	,061	,067	,551**	,600**	1	,470**	,536**	,648**
	p	,000	,000	,492	,385	,342	,000	,000		,000	,000	,000
ESS	r	,189**	-,003	,013	,141*	,018	,347**	,349**	,470**	1	,401**	,502**
	p	,007	,963	,856	,044	,795	,000	,000	,000		,000	,000
HDHQ	r	,257**	-,196**	,031	,187**	,163*	,493**	,523**	,536**	,401**	1	,633**
	p	,000	,005	,657	,007	,020	,000	,000	,000	,000		,000
SCL90	r	,379**	-,249**	-,104	,144*	,158*	,787**	,783**	,648**	,502**	,633**	1
	p	,000	,000	,141	,042	,025	,000	,000	,000	,000	,000	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**.. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

7. Συζήτηση

7.1. Κλινικό Ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ)

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για το δείκτη μάζας σώματος (BMI) τόσο σε σχέση με την επιμέρους κλίμακα «Συμπτώματα» του ερωτηματολογίου όσο και με το σύνολο του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον έλεγχο post hoc κατά Bonferoni, οι λιποβαρείς ασθενείς εμφανίζουν περισσότερη επιβάρυνση σε σχέση με άλλες κατηγορίες του ΔΜΣ. Η διαπίστωση αυτή έχει τεκμηριωθεί στο παρελθόν, καθώς και τα αίτια που προκαλούν και ερμηνεύουν μια τέτοια κατάσταση (Harik-Khan, Fleg, & Wise, 2002). Επιπροσθέτως, έχει επισημανθεί πως η μείωση της θρεπτικής αξίας, εξαιτίας της μειωμένης πρόσληψης τροφής και η απώλεια βάρους είναι βασικά χαρακτηριστικά της ΧΑΠ (Mitra, Ghosh, Saha, Saha, Panchadhyayee, Biswas, Malik, Roy, & Barma, 2013). Παράλληλα, τόσο το βάρος του σώματος όσο και ο δείκτης μάζας του σώματος σχετίζονται με την κατάσταση υγείας και επισημαίνεται ότι οι λιποβαρείς ασθενείς παρουσιάζουν χειρότερη κατάσταση υγείας από τους ασθενείς με κανονικό βάρος (Hesselink, van der Windt, Penninx, Wijnhoven, Twisk, Bouter, και συν., 2006). Τονίζεται επιπλέον πως η ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ΧΑΠ τείνει να είναι επίσης κακή και στους παχύσαρκους (Moy, Reilly, Ries, Mosenifar, Kaplan, Lew και συν., 2009). Σύμφωνα με πορίσματα ελληνικής έρευνας, οι ασθενείς με ΧΑΠ παρουσιάζουν χαμηλότερο δείκτη μάζας άνευ λίπους, χαμηλότερους δείκτες στη σπυρομέτρηση και περιορισμένη ικανότητα άσκησης, ενώ εμφανίζουν περισσότερη δύσπνοια και συννοσηρότητα καθώς και υψηλότερο αριθμό νοσηλειών

κατά το προηγούμενο έτος (Gaki, Kontogianni, Papaioannou, Bakakos, Gourgoulianis, Kostikas, και συν., 2011). Είναι επομένως, λογικό η ποιότητα ζωής τους να επηρεάζεται από τους παραπάνω παράγοντες.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι η συσχέτιση του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου με τα στάδια της νόσου, όπου παρατηρείται θετική συσχέτιση. Το συγκεκριμένο εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία και με τα αποτελέσματα προηγούμενης μελέτης. Έχει επισημανθεί ότι οι ασθενείς που βρίσκονται στα πιο σοβαρά στάδια της ΧΑΠ αναφέρουν χειρότερη κατάσταση υγείας, με βάσεις τις μετρήσεις από τις απαντήσεις τους κατόπιν χορήγησης του ερωτηματολογίου CCQ (Jones, Brusselle, DalNegro, Ferrer, Kardos, Levy, και συν., 2011). Αναφορικά με την παρούσα έρευνα, το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ερμηνεύει το 63% της διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή το CCQ, αναδεικνύοντας ως κυριότερους παράγοντες το στάδιο της νόσου, το δείκτη μάζας σώματος, το κέντρο ελέγχου της υγείας και την ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων.

Τα παραπάνω αποτελέσματα δικαιολογούνται και αποδίδονται σε συγκεκριμένους παράγοντες, με βάση τις καταγεγραμμένες διαπιστώσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με προηγούμενη έρευνα, ο μέσος όρος του δείκτη μάζας του σώματος για το στάδιο 1 ήταν 26.21, για το στάδιο 2 ήταν 22.91, για το στάδιο 3 20.78 και για το στάδιο 4 15.71. Κατά συνέπεια, ο δείκτης μάζας σώματος των ασθενών μειωνόταν με την αύξηση της σοβαρότητας της ασθένειας, αποτέλεσμα το οποίο ήταν στατιστικά σημαντικό, ενώ το tukey post hoc test που διεξήχθη στο πλαίσιο της εν λόγω έρευνας κατέδειξε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα διαφορετικά στάδια GOLD της ΧΑΠ σε σχέση με το δείκτη μάζας σώματος (Mitra και συν., 2013).

Επιπλέον, τα δεδομένα προηγούμενης μελέτης υποδεικνύουν ότι η αντίληψη για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της Χ.Α.Π., (όπως εκτιμώνται από τις απαντήσεις των ασθενών στο CCQ), ήταν προγνωστικός παράγοντας για την κατάθλιψη και το άγχος που μπορεί να

εκδηλώσουν. Ειδικότερα, οι ασθενείς με υψηλότερες βαθμολογίες (3 και άνω) ήταν περίπου 10 φορές πιο πιθανό να έχουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη και 19 φορές πιο πιθανό να έχουν κλινικά σημαντικό άγχος από εκείνους με συνολική βαθμολογία CCQ 2 ή μικρότερη (Cleland, Lee, & Hall, 2007).

Ένα ακόμη εύρημα της παρούσας μελέτης αναφορικά με το CCQ, είναι πως διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά για το σκορ σε σχέση με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες της Λειτουργικότητας και της Ψυχολογικής κατάστασης, αλλά και στο σύνολο του ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος post hoc κατά Bonferroni έδειξε διαφορές ως προς τις παραπάνω υποκλίμακες μεταξύ μέτριας και πολύ κακής οικονομικής κατάστασης. Αξίζει να αναφερθεί ότι η οικονομική κατάσταση εκτιμάται με ένα σύνολο μεταβλητών που συνδιαμορφώνουν το εκάστοτε επίπεδο, όπως η εκπαίδευση, το επάγγελμα, η τοποθεσία της κατοικίας και των συνθηκών στέγασης και της συμμετοχής σε κοινωνικές οργανώσεις (Pampel, Krueger, & Denney, 2010).

Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε πλήρη συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Κατά τους Guarascio, Ray, Finch και Self (2013) η αυξανόμενη οικονομική επιβάρυνση της ΧΑΠ συσχετίζεται με τις αυξήσεις που προκύπτουν από τη σοβαρότητα της νόσου, καθώς και από τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, οι οποίες αντιπροσωπεύουν ένα πολύ σημαντικό οικονομικό κόστος σε όλα τα στάδια της ΧΑΠ. Επιπροσθέτως, με βάση τα δεδομένα προγενέστερης μελέτης, τα αποτελέσματα τεκμηριώνουν και ποσοτικά τη συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κατάστασης και των σταδίων της ΧΑΠ, αφού οι ασθενείς με ΧΑΠ στο στάδιο I παρουσίασαν το χαμηλότερο άμεσο κόστος της τάξης των 1681 δολαρίων ανά ασθενή ετησίως, των ασθενών στο στάδιο II 5037 δολαρίων ανά ασθενή ετησίως και εκείνων του σταδίου III το υψηλότερο κόστος των 10.812 δολαρίων ανά ασθενή ετησίως (Hilleman, Dewan, Malesker, & Friedman, 2000).

Αναφορικά με την Ελλάδα, πρόσφατη έρευνα των Δημητρόπουλου, Θεοδωρακοπούλου, Κοπιτοπούλου, Νικολάου, Τσάπα, Κουλούρη και συν. (2013) ταυτίζεται με τα καταγεγραμμένα δεδομένα που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα και τη διεθνή βιβλιογραφία εν γένει. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών υπολογίστηκε στα $110\pm 63\text{€}$ / μήνα και συσχετίστηκε με την καπνιστική συνήθεια, τη σοβαρότητα της νόσου (στάδιο I με III & IV και στάδιο II με III & IV, τις ιατρικές επισκέψεις, τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, τα επίπεδα δύσπνοιας και τη χρήση νεφελοποιητή φαρμάκων (Δημητρόπουλος, Θεοδωρακοπούλου, Κοπιτοπούλου, Νικολάου, Τσάπας, Κουλούρης και συν., 2013). Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω καθίσταται σαφές πως άτομα με πολύ κακή οικονομική κατάσταση, λόγω της αδυναμίας τους να ανταπεξέλθουν οικονομικά στα έξοδα που απαιτεί η ασθένεια και κυρίως η επιδείνωση της νόσου σημειώνουν χειρότερες επιδόσεις στο σκορ του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας (Mitonas, Juvana, Daniil, Hatzoglou & Gourgoulianis, 2016).

7.2. Ερωτηματολόγιο MSPSS

Αναφορικά με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τους ασθενείς με ΧΑΠ, στην παρούσα έρευνα διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το ΔΜΣ, με τους λιποβαρείς να εμφανίζουν χαμηλότερους δείκτες σε σχέση με τις άλλες ομάδες. Ήδη έχει τεκμηριωθεί σε πλήθος ερευνών ο αρνητικός ρόλος του χαμηλού ΔΜΣ στην εξέλιξη και πρόγνωση της ΧΑΠ (Harik-Khan, Fleg, & Wise, 2002). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου στους λιποβαρείς ασθενείς επιφέρει σημαντικές εξαρτήσεις από βοηθητικές συσκευές και φάρμακα, κάτι που συνεπάγεται σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινότητα. Αυτοί οι περιορισμοί συχνά οδηγούν σε ελάττωση των κοινωνικών

συναναστροφών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση και να ερμηνεύσει σε μεγάλο βαθμό την αίσθηση μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης από τους ασθενείς με ΧΑΠ.

Επιπλέον, ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι πως η 'οικογένεια' παρέχει υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη στους έγγαμους απ' ότι στους διαζευγμένους και οι 'φίλοι' υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη στους έγγαμους σε σχέση με τους εν χηρεία συμμετέχοντες. Ακόμη, υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη παρέχουν οι 'σημαντικοί άλλοι' στους έγγαμους απ' ότι στους διαζευγμένους. Σε σχέση με τα συγκεκριμένα ευρήματα έχει επισημανθεί πως η συχνότητα επαφής των διαζευγμένων ή εν χηρεία ατόμων με φίλους και συγγενείς αυξάνουν τα αρνητικά ψυχολογικά συμπτώματα, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συχνές κοινωνικές επαφές καθίστανται αγχωτικές, λόγω ζητημάτων σύγκρουσης και αμοιβαιότητας (Siegal, Calsyn, & Cuddihee, 1987). Το άγχος με τη σειρά του ως παράγοντας δρα ανασταλτικά ως προς τις κοινωνικές σχέσεις γενικότερα και ειδικότερα ως προς την κοινωνική υποστήριξη, αφού έχει βρεθεί ότι συσχετίζονται αρνητικά μεταξύ τους σε ασθενείς με ΧΑΠ (Mollaoglu, 2006).

Επιπλέον, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές τόσο ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με το σκορ του ερωτηματολογίου, όπου οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη συγκριτικά με τους απόφοιτους της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όσο και ως προς την οικονομική κατάσταση με αυτούς που αξιολόγησαν ως καλή την οικονομική τους κατάσταση να εμφανίζουν καλύτερο σκορ σε σχέση με εκείνους που την χαρακτηρίζουν ως πολύ κακή. Τα παραπάνω δυο αποτελέσματα μπορούν να αποδοθούν στο συσχετισμό των πορισμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας. Αναφορικά με το εισόδημα, η κοινωνική υποστήριξη έχει παρατηρηθεί ότι σε σχέση με τη μεταβλητή της κατάθλιψης πως ήταν ισχυρά αντιστρόφως ανάλογη σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, δηλαδή είναι μειωμένη, ενώ αυξάνεται σε άτομα με υψηλότερα εισοδήματα

(Brummett, Barefoot, Vitaliano, & Siegler, 2003). Επιπροσθέτως, η κοινωνική στήριξη εξαρτάται από πολλούς δημογραφικούς / κοινωνικοοικονομικούς και γεωγραφικούς παράγοντες. Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι η αντίληψη της προσλαμβάνουσας υποστήριξης είναι υψηλότερη μεταξύ των νεότερων και των παντρεμένων ατόμων και των ατόμων με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό και εργασιακό καθεστώς (Gallie & Paugam, 2000). Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το έτος 2016, ο δείκτης ανεργίας για τις χώρες που μετείχαν στην έρευνα ήταν στο 11,7% για εκείνους που είχαν εκπαίδευση μέχρι και τη δευτεροβάθμια, 6,8% για εκείνους που είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές στο λύκειο και 4.6% για όσους είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Επομένως, ένα καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να συνδυάζεται με περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης και αύξηση του εισοδήματος.

7.3. Ερωτηματολόγιο HLC

Σύμφωνα με τον έλεγχο studentt-test για το Κέντρο Ελέγχου της Υγείας (HLC) ως προς το φύλο των συμμετεχόντων ή το κάπνισμα στο παρόν, δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Έχει επισημανθεί σε προγενέστερη μελέτη ότι οι άνδρες και οι γυναίκες δεν διαφέρουν ως προς τους πρωτεύοντες παράγοντες που επηρεάζουν το σημείο ελέγχου αλλά διαφέρουν ουσιαστικά σε μερικούς δευτερεύοντες παράγοντες (Sherman, Higgs, & Williams, 1997).

Αναφορικά με το ιστορικό καπνίσματος, οι συμμετέχοντες καπνιστές θεωρούν ότι οι ίδιοι έχουν τον έλεγχο της υγείας τους. Ένα αξιόλογο εύρημα είναι το γεγονός πως παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφορά για το 'Εσωτερικό' Κέντρο Ελέγχου της Υγείας (HLC Internal) μεταξύ έγγαμων και των εν χηρεία συμμετεχόντων ασθενών, καθώς

διαπιστώνεται πως οι έγγαμοι σημειώνουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τον έλεγχο της υγείας τους από αυτούς τους ίδιους. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο εξωτερικό σε τμήμα του γενικού πληθυσμού, όπου παρατηρήθηκε ότι οι ανύπαντροι και διαζευγμένοι άνδρες καθώς και οι χήρες γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες έλλειψης εσωτερικού κέντρου ελέγχου (Lindström & Rosvall, 2012). Σύμφωνα με άλλη έρευνα, τα άτομα με ιστορικό συντροφικής σχέσης παρουσιάζουν ένα 'Εσωτερικό' κέντρο ελέγχου, σε αντίθεση με τους περισσότερους που ζουν μοναχικά και παρουσιάζουν 'Εξωτερικό' κέντρο ελέγχου (Virmozelova-Angelova, 2016). Παράλληλα, στην παραπάνω μελέτη δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τη μεταβλητή του φύλου, εύρημα το οποίο βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

7.4. Ερωτηματολόγιο ESS

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου με βάση τη μεταβλητή του φύλου παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατηγορία της σωματικής ντροπής όπου οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερες τιμές ντροπής για το σώμα τους. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι χειρότερη στις γυναίκες κυρίως επειδή παρουσιάζουν μεγαλύτερη δύσπνοια, αφού η συχνότητα εμφάνισης της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στις γυναίκες αυξάνεται λόγω της μεγαλύτερης χρήσης καπνού και της μείωσης της πνευμονικής λειτουργίας από το κάπνισμα (van Haren-Willems & Heijdra, 2010). Η αυξημένη χρήση καπνού με τη σειρά της σχετίζεται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη, η οποία είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες με αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος εκ μέρους των γυναικών (Pomerleau, Pomerleau, & Garcia, 1991). Θα μπορούσε θεωρητικά να γίνει η σύνδεση μεταξύ ντροπής και των αρνητικών επιδράσεων που επιφέρει η δύσπνοια στο σώμα. Ωστόσο οι διαφορές της ντροπής

μεταξύ των δυο φύλων είναι μάλλον αναμενόμενες λόγω της αυξημένης ευαισθησίας που έχουν γενικότερα οι γυναίκες για την εικόνα του σώματός τους (Alcaraz-Ibáñez & Sicilia, 2018).

Σε σχέση με το ιστορικό καπνίσματος δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά και το σκορ του ερωτηματολογίου, αντιθέτως το κάπνισμα στο παρόν συνδέεται με τη χαρακτηρολογική ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή και το σύνολο της κλίμακας Βιώματος της Ντροπής. Σύμφωνα με τα πορίσματα άλλης έρευνας, οι ασθενείς που καπνίζουν στο παρόν παρουσιάζουν περισσότερη χαρακτηρολογική ντροπή από τους πρώην καπνιστές, επειδή η κατάστασή τους σχετίζεται με μια μεγαλύτερη τάση απόδοσης ευθυνών στο χαρακτήρα τους ή τη διάθεσή τους για τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν (Plaufcan, Wamboldt, & Holm, 2012). Επιπλέον, οι καπνιστές σε παλαιότερη μελέτη, αν και αναγνώρισαν το κάπνισμα ως ανθυγιεινό, ορισμένοι απέτυχαν στις προσπάθειές τους για διακοπή αυτής της συνήθειας και η αντίφαση αυτή αύξανε σημαντικά την αγωνία και τη ντροπή των ασθενών (Halding, Heggdal, & Wahl, 2011). Είναι πολύ πιθανό επομένως, γενικά οι ασθενείς που έχουν ιστορικό καπνίσματος να μην αισθάνονται ντροπή, ενώ όσοι συνεχίζουν να καπνίζουν μετά τη διάγνωση της ΧΑΠ να ντρέπονται λόγω της εξάρτησής τους από τον καπνό και της αδυναμίας να επιβληθούν σε αυτή την κατάσταση (Tonnesen, Carrozzi, Fagerstrom, Gratziou, Jimenez-Ruiz, Nardini, και συν., 2007). Άλλοι ασθενείς αμφισβητούν τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και αναφέρουν ότι αισθάνονται μια απειλή κοινωνικής παρέμβασης στην αυτονομία τους, η οποία δρα ανασταλτικά στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (vanEerd, Risør, vanRossem, vanSchayck, & Kotz, 2015).

Επισημαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το ΔΜΣ και τη σωματική ντροπή. Οι λιποβαρείς παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ντροπής για το σώμα τους πολύ πιθανόν εξαιτίας του γεγονότος ότι ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος είναι ένας

παράγοντας αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας σε άτομα με ΧΑΠ και η συσχέτιση είναι ισχυρότερη σε άτομα με σοβαρή ΧΑΠ (Landbo, Prescott, Lange, Vestbo, & Almdal, 1999). Επίσης τα άτομα με πολύ κακή οικονομική κατάσταση αισθάνονται περισσότερη ντροπή για το σώμα τους, ενδεχομένως διότι δεν έχουν τη δυνατότητα να το περιποιηθούν όπως θα ήθελαν.

7.5. Ερωτηματολόγιο για την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής (OAS)

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο OAS, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη μεταβλητή της ηλικίας, η οποία σχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα της εξωτερικής ντροπής, δηλαδή τα άτομα με μικρότερη ηλικία αισθάνονται μεγαλύτερη ντροπή σε σχέση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται καθώς, σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας βιβλιογραφίας σημειώνεται μία πιο θετική στάση της τρίτης ηλικίας απέναντι στο κάπνισμα, παρά το γεγονός πως το τελευταίο συντελεί σε μια επί τα χείρω κατάσταση της υγείας. Ειδικότερα, οι πιο ηλικιωμένοι τείνουν να πιστεύουν πως τα πιθανά οφέλη που παρέχει το κάπνισμα υπερτερούν έναντι των μειονεκτημάτων που θα επέφερε η εγκατάλειψη αυτής της συνήθειας. Παράλληλα, είναι δύσκολο για τους πάσχοντες να τροποποιήσουν αυτοβούλως τη συμπεριφορά τους, διότι τα τσιγάρα θεωρούνται ως ένας αντισταθμιστικός 'φιλικός' παράγοντας σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από την κακή ποιότητα ζωής, την αίσθηση αδυναμίας και την απομονωμένη κοινωνική ζωή (Wilson, Elborn, & Fitzsimons, 2010). Είναι λογικό οι νεότεροι ασθενείς με ΧΑΠ να ανησυχούν για το μέλλον και για το πώς θα αναπτυχθεί η ασθένεια, επειδή γνωρίζουν ότι η ασθένεια είναι ανίατη και ότι η επιδείνωση αναπόφευκτα θα συμβεί αργά ή γρήγορα (Lindqvist, & Hallberg, 2010). Επιπλέον, τα άτομα νεότερης ηλικίας πιθανόν να νιώθουν μεγαλύτερη ντροπή εξαιτίας της διττής αδυναμίας τους να είναι αποδοτικοί στην πιο παραγωγική φάση της ζωής τους

αλλά και στο να αντιστρέψουν μια κατάσταση που θα τους επηρεάζει αρνητικά και μακροχρόνια. Αντίθετα, τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλεί η νόσος, όπως η θλίψη, υποχωρούν καθώς τα άτομα μεγαλώνουν και τα προβλήματα υγείας παγιώνονται (Nicolson & Anderson, 2003).

Ένα επιπρόσθετο σημαντικό εύρημα είναι το γεγονός πως παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο και της οικογενειακής κατάστασης. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι οι διαζευγμένοι σε σχέση με τους έγγαμους παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της εξωτερικής ντροπής τόσο στο σύνολο όσο και στις επιμέρους κατηγορίες της ‘κατωτερότητας’, του ‘κενού’ και των ‘λαθών’. Το εύρημα αυτό τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά, και μάλιστα, σχετίζεται με το παραπάνω αποτέλεσμα σύμφωνα με το οποίο, η εξωτερική ντροπή σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στους συμμετέχοντες σε μια πρόσφατη διετή έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν ελεύθεροι, (δεν βρίσκονταν δηλαδή σε έγγαμη κατάσταση), η μικρότερη ηλικία σχετίστηκε με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, χειρότερη ποιότητα ζωής και με μεγαλύτερη δύσπνοια (Holm, Plaufcan, Ford, Sandhaus, Strand, Strange, & Wamboldt, 2014).

Αντιθέτως, η ηλικία δεν σχετίστηκε με αυτά τα τρία αποτελέσματα στην περίπτωση των ατόμων που ήταν έγγαμα ή μέλη σε μια σχέση. Το συνολικό συμπέρασμα που προέκυψε είναι πως οι νεότεροι ασθενείς με ΧΑΠ, και ειδικά αυτοί που είναι ελεύθεροι, είναι πιθανό να έχουν χειρότερα ψυχολογικά και κλινικά συμπτώματα (Holm και συν., 2014). Το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως ο φόβος για αρνητικές αξιολογήσεις από άλλους ανθρώπους φαίνεται να ενισχύει την απομόνωση, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μειώνουν ή ακόμη και να αποφεύγουν δραστηριότητες, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες για προσωπικό έλεγχο από το ευρύτερο περιβάλλον και πιθανή ταπείνωση (Harrison, Robertson,

Apps, Steiner, Morgan, & Singth, 2015). Συνεπώς, στους ασθενείς που είναι διαζευγμένοι και ζουν μόνοι τους, (λόγω της απομόνωσης, της πιθανής απώλειας της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής δυσφορίας που επιδεινώνεται λόγω της ασθένειας), δημιουργείται μια τάση αποφυγής των αλληλεπιδράσεων που συνδέεται με την ‘εξωτερική ντροπή’ (Berger, Kapella, & Larson, 2011).

7.6. Ερωτηματολόγιο DSSI/sAD

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο *ενόχλησης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης DSSI/sAD* παρατηρήθηκαν μια σειρά από ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Αρχικά, σε σχέση με τη μεταβλητή της ηλικίας βρέθηκε πως οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αναφέρουν μικρότερη ενόχληση για συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους που βιώνουν. Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με αποτελέσματα έρευνας όπου η ηλικία συσχετίστηκε αρνητικά με το σκορ του ερωτηματολογίου, όπου διαπιστώθηκε πως οι νεότεροι ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τους παλαιότερους, επειδή οι νεαροί ασθενείς αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (Varol, Anar, Cimen, Unlu, Halilcolar, & Guclu, 2017). Επιπλέον, σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλότερα κατά περίπου 30% σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 60 ετών, ανεξάρτητα από την κλινική σοβαρότητα της ΧΑΠ. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν πως οι νεότεροι ασθενείς, λόγω της δυσκολίας τους να συμβαδίσουν με τις αναγκαστικές αλλαγές στην καθημερινότητά τους, βιώνουν μεγαλύτερη ψυχική νοσηρότητα (Cleland, Lee, & Hall, 2007).

Σχετικά με τη μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά τόσο ως προς το άγχος όσο και ως προς την κατάθλιψη

ανάμεσα στους έγγαμους και στους διαζευγμένους. Έχει επισημανθεί στη διεθνή βιβλιογραφία πως η κατάθλιψη σχετίζεται με τα αναπνευστικά συμπτώματα, τις βλάβες και τις δυσκολίες που αυτά προκαλούν στους ασθενείς με ΧΑΠ που ζουν μόνοι τους (vanManen, Bindels, Dekker, IJzermans, van der Zee, & Schade, 2002). Άλλωστε, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται κατά κύριο λόγο τόσο με μια χειρότερη αναπνευστική ποιότητα ζωής όσο και με μια χειρότερη συνολική φυσική ποιότητα ζωής (Omachi, Katz, Yelin, Gregorich, Iribarren, Blanc και συν., 2009).

Σχετικά με τις μεταβλητές του εκπαιδευτικού επιπέδου και του ΔΜΣ των συμμετεχόντων ασθενών στην έρευνα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το σκορ του ερωτηματολογίου. Αντιθέτως, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά για τη μεταβλητή της οικονομικής κατάστασης σε σχέση με το άγχος, όπου επισημαίνονται διαφορές κυρίως στους ασθενείς που προσδιόριζαν την οικονομική τους κατάσταση στην τιμή *πολύ κακή* σε σχέση με άλλες τιμές, ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν επίσης αυξημένα. Έχει καταγραφεί πως οι ιατρικές δαπάνες είναι σημαντικά υψηλότερες για ασθενείς με χρόνιες ιατρικές ασθένειες και μείζονα κατάθλιψη σε σχέση με εκείνους που ταλανίζονται αποκλειστικά από μια χρόνια ασθένεια (Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000). Πιο συγκεκριμένα, σε ποσοτικό επίπεδο οι ασθενείς με κατάθλιψη και χρόνια ασθένεια έχουν 50 έως 100% υψηλότερο ιατρικό κόστος από αυτούς χωρίς κατάθλιψη, ακόμη και μετά τον έλεγχο των δημογραφικών παραγόντων και τη σοβαρότητα της ιατρικής ασθένειας (Maurer, Rebbapragada, Borson, Goldstein, Kunik, Yohannes, & Hanania, 2008). Επιπλέον, ο επιπολασμός τόσο του άγχους όσο και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνεται ανάλογα με το στάδιο GOLD και με το δείκτη BODE (Moussas, Tselebis, Karkanias, Stamouli, Pias, Bratis, και συν., 2008). Σε άλλη έρευνα παρατηρήθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική αύξηση της συχνότητας κατάθλιψης σε σχέση με την

αυξανόμενη σοβαρότητα της COPD με τη χρήση των κλιμάκων BDI και HAD-D (Kirkil, Deveci, Erhan, & Atmaca, 2015). Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει το συμπέρασμα πως η σοβαρότητα της ασθένειας αυξάνει τις δαπάνες εκ μέρους του ασθενούς με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης στα άτομα που βρίσκονται σε πολύ δυσχερή οικονομική κατάσταση. Προς επίρρωση του ανωτέρω, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη αυξήθηκαν σημαντικά σε νοσηλεύομενους ασθενείς με υψηλό αριθμό εισόδων στο νοσοκομείο, ειδικά κατά το προηγούμενο έτος, αφού παρατηρήθηκε ότι το 48,1% των ασθενών που είχε προηγούμενο ιστορικό τουλάχιστον μία φορά το προηγούμενο έτος ήταν πιο αγχωτικοί και καταθλιπτικοί (Jose, Chelangara, & Shaji, 2016).

7.7. Ερωτηματολόγιο για την Επιθετικότητα και την Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)

Το ερωτηματολόγιο HDHQ εξετάζει τόσο το βαθμό επιθετικότητας όσο και την κατεύθυνση της επιθετικότητας του ατόμου. Με βάση τα στοιχεία πρόσφατης ποιοτικής έρευνας, παρατηρήθηκε ότι οι φροντιστές ατόμων με Χαπ εξέφρασαν τη δυσαρέσκεια τους για το θυμό και τις λεκτικές επιθετικές συμπεριφορές (Τζούνης, Κερενίδη, Χατζόγλου, Δανιήλ, Κοτρώτσιου, & Γουργουλιάνης, 2016). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του σκορ του ερωτηματολογίου παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές στις κατηγορίες *επίκριση των άλλων, παρανοειδή επιθετικότητα, αυτοεπίκριση, παραληρηματική ενοχή, εξωστρεφή επιθετικότητα, ενδοστρεφή επιθετικότητα και συνολική επιθετικότητα* με τις γυναίκες να

σημειώνουν μεγαλύτερους μέσους όρους σε σχέση με τους άνδρες. Αρχικά, επισημαίνεται ότι η συννοσηρότητα με τη ΧΑΠ είναι ένας ευρύς και ταυτόχρονα ετερογενής όρος, όπου συμπεριλαμβάνονται ασθένειες που συνυπάρχουν ανεξάρτητα με τη ΧΑΠ χωρίς άλλη αιτιώδη συνάφεια, ασθένειες που μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου και παθογενετικές οδούς με τη ΧΑΠ, καθώς και ασθένειες που περιπλέκονται από την αλληλεπίδραση με τους πνεύμονες και τις συστηματικές εκδηλώσεις της ΧΑΠ και αντιστρόφως (Hillas, Perlikos, Tsiligianni, & Tzanakis, 2015). Αυτές οι διαφορές ως προς το φύλο μπορούν να αποδοθούν σε συγκεκριμένους παράγοντες. Στο βιολογικό σκέλος, αναφέρεται ότι η κακή ποιότητα ζωής των γυναικών με ΧΑΠ αποδίδεται κατά κύριο λόγο στη δύσπνοια και την μειωμένη οξυγόνωση (de Torres Tajés, Casanova, Hernandez, Abreu, MontejodeGarcini, Aguirre-Jaime, & Celli, 2006). Παράλληλα έχει τεκμηριωθεί βιβλιογραφικά πως οι ορμόνες του φύλου επηρεάζουν τη λειτουργία των αεραγωγών. Ειδικότερα, τα ποσοστά εμφάνισης του άσθματος είναι χαμηλότερα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Κατόπιν, τα ποσοστά εμφάνισης του στις γυναίκες αυξάνονται μέχρι την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Η προεμμηνορροϊκή επιδείνωση των συμπτωμάτων έχει παρατηρηθεί έως και το 40% των γυναικών με άσθμα (Becklake & Kauffmann, 1999).

Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται ότι η υγεία των γυναικών διαφέρει από την αντίστοιχη των ανδρών, επειδή αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο σε παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Πιο αναλυτικά, ο αντίκτυπος των παιδικών / ζωτικών γεγονότων, των χρόνιων παραγόντων άγχους και των ψυχολογικών πόρων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της υγείας, ωστόσο οι επιπτώσεις τους είναι ισχυρότερες για τις γυναίκες από τους άνδρες (Denton, Prus & Walters, 2004). Ένας άλλος βιολογικός παράγοντας που διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων είναι ο νευρωτισμός, όπου ο μέσος όρος είναι υψηλότερος

στις γυναίκες (Lynn & Martin, 1997). Έχει αποδειχθεί πως τα άτομα που παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά νευρωτισμού είναι πιο πιθανό να βιώνουν συναισθήματα όπως άγχος, ανησυχία, φόβος, θυμός, απογοήτευση, φθόνος, ζήλια, ενοχή, καταθλιπτική διάθεση και μοναξιά (Thompson, 2008). Στην έρευνα των Chapman, Duberstein, Sörensen, & Lyness (2007) διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στον νευρωτισμό. Η συνοχή αυτών των ευρημάτων σε διαφορετικά σημεία της διάρκειας ζωής έρχεται σε συμφωνία με την αντίληψη ότι τόσο οι βιολογικές όσο και οι κοινωνικοπολιτιστικές δυνάμεις συμβάλλουν σε αυτή τη διαφοροποίηση μεταξύ των δυο φύλων (Chapman, Duberstein, Sörensen, & Lyness, 2007). Συνεπώς, βιολογικοί παράγοντες, όπως οι ορμόνες του φύλου, η προεμμηνορροϊκή επιδείνωση των συμπτωμάτων, και ο νευρωτισμός δημιουργούν ένα υπόβαθρο αυξημένου άγχους, πίεσης και θυμού που σε συνδυασμό με τον τρόπο προσδιορισμού και αντίληψης της υγείας εκ μέρους των γυναικών, όπου οι επιπτώσεις είναι ισχυρότερες στις γυναίκες πολύ πιθανόν ερμηνεύουν την αυξημένη επιθετικότητα που παρουσίασαν στο ερωτηματολόγιο.

Σε ό,τι αφορά το ιστορικό καπνίσματος, το σκορ του ερωτηματολογίου συσχετίστηκε θετικά με το 'κάπνισμα στο παρόν', όπου οι ασθενείς σημειώνουν πολύ υψηλότερες τιμές σε όλους τους δείκτες επιθετικότητας που εξετάστηκαν σε αυτή την μελέτη. Έχει υποστηριχθεί ότι προκύπτει ένα είδος αυτοκατηγορίας από τους ασθενείς με ΧΑΠ, οι οποίοι μέμφονται τον εαυτό τους αφενός για τη συνήθεια του καπνίσματος (και για την ανικανότητά τους να το διακόψουν), αφετέρου επειδή πιστεύουν ότι αποτελούν επιβάρυνση για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Lindqvist & Hallberg, 2010). Είναι συνεπώς πιθανό, αυτός ο φαύλος κύκλος που προκαλεί η άρνηση διακοπής του καπνίσματος να προκαλεί αυξημένη επιθετικότητα ως εκδηλωμένη αντίδραση της αυτοεπίκρισης.

Ακόμη, η μεταβλητή της ηλικίας παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το σκορ του ερωτηματολογίου, αφού οι νεότεροι άνθρωποι φαίνεται πως αντιδρούν με μεγαλύτερη επιθετικότητα σε σχέση με τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Όπως και στην περίπτωση της εξωτερικής ντροπής (διερεύνηση με το ερωτηματολόγιο OAS) είναι πολύ πιθανό οι νέοι να αισθάνονται περισσότερες ενοχές, άγχος και αυτοεπίκριση λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις του παραγωγικού σταδίου της ζωής τους, σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους ανθρώπους που έχουν αποσυρθεί λόγω ηλικίας και ενδεχομένως έχουν αποδεχθεί τη θέση τους.

Παράλληλα διαπιστώνεται ότι τα άτομα με πολύ κακή οικονομική κατάσταση έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες στην ‘παρanoiδή επιθετικότητα’, στην ‘παραληρηματική ενοχή’, στην ‘εξωστρεφή επιθετικότητα’ και τη ‘συνολική επιθετικότητα’, ενώ έχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις κατηγορίες ‘μέτρια’ και ‘καλή’ οικονομική κατάσταση ως προς την ‘αυτοεπίκριση’ και την ‘ενδοστρεφή επιθετικότητα’, και τέλος παρατηρείται διαφορά μεταξύ ‘πολύ κακής’ οικονομικής κατάστασης και ‘μέτριας’ ως προς την επίκριση των άλλων. Σε έρευνα των Greitemeyer και Sagieoglou (2016) διαπιστώθηκε ότι σε σύγκριση με μια κατάσταση μεσαίου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, οι συμμετέχοντες που αξιολογούσαν υποκειμενικά ως χαμηλό το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο ήταν περισσότερο επιθετικοί, ενώ οι συμμετέχοντες με υποκειμενικά υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν λιγότερο επιθετικοί. Επιπροσθέτως, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο βρέθηκε ότι αυξάνει την επιθετική συμπεριφορά προς την πηγή πρόκλησης της μειονεκτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων, αλλά και προς τους ουδέτερους στόχους. Έχει διατυπωθεί η αντίληψη πως πλην της υποκειμενικής θέασης, η αντικειμενική θέση ενός ατόμου σε μια κοινωνική ιεραρχία προκαλεί μια διαδικασία αναπόφευκτης σύγκρισης, με την εμπειρία του

μειονεκτήματος που απορρέει από τη διαπροσωπική σύγκριση μεταξύ του ατόμου και των άλλων ατόμων που βρίσκονται σε πιο καλή κατάσταση. Κατά συνέπεια, το άτομο ενδέχεται να ανταποκρίνεται με θυμό και δυσαρέσκεια στο ανεπιθύμητο μειονέκτημα. Αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις, με τη σειρά τους, δυνητικά προκαλούν επιθετικές ή βίαιες δραστηριότητες. Άρα, η εμπειρία του μειονεκτήματος συνδέεται έμμεσα (μέσω εχθρικών συναισθημάτων) με την επιθετική συμπεριφορά (Smith, Pettigrew, Pippin, & Bialosiewicz, 2012). Με βάση τα παραπάνω, οι ασθενείς που προσδιόρισαν την οικονομική τους κατάσταση ως πολύ κακή, αντιδρούν πιο εχθρικά σε σχέση με άτομα που προσδιορίζουν τη θέση τους σε καλύτερα οικονομικά στρώματα.

Επιπλέον, σε σχέση με τη μεταβλητή του εκπαιδευτικού επιπέδου παρατηρήθηκε ότι οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σημειώνουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τις υπόλοιπες βαθμίδες στην αυτοεπίκριση. Το γεγονός αυτός ίσως οφείλεται στο ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στις χρόνιες ασθένειες (Feng & Wang, 2012), ενώ και σε παλαιότερη έρευνα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια αντίστροφη σχέση ανάμεσα στην εκπαίδευση, το εισόδημα και τις εχθρικές κλίσεις (Gallo, & Matthews, 2003).

Ως προς την Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων σε σχέση με το HDHQ, στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στην 'αυτοεπίκριση', την 'παραληρηματική ενοχή', την 'ενδοστρεφή επιθετικότητα' και την 'κατεύθυνση της επιθετικότητας'. Όπως έχει υποστηριχθεί και σε προηγούμενες ενότητες, το οικογενειακό περιβάλλον λειτουργεί εποικοδομητικά στον τομέα της κοινωνικής υποστήριξης (Plaufcan, Wamboldt, & Holm, 2012), σε αντίθεση με τα άτομα που ζουν μόνα τους και παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης και απομόνωσης (van Manen, και συν., 2002).

Τέλος, σε σχέση με το στάδιο της ασθένεια παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που βρίσκονται στο 4^ο στάδιο παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το πρώτο στάδιο στους τομείς της ‘αυτοεπίκρισης’ και της ‘συνολικής επιθετικότητας’ και σε σχέση με το πρώτο και δεύτερο στάδιο ως προς την ‘παραληρηματική ενοχή’ και ‘ενδοστρεφή επιθετικότητα’. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι εξάρσεις είναι σοβαρότερες στο τελευταίο στάδιο σε συνδυασμό με τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθουν πολλοί ασθενείς για την πορεία της υγείας που είναι ακόμη πιο φθίνουσα στο τελευταίο στάδιο, τα άτομα που βρίσκονται στο 4^ο στάδιο είναι πολύ πιθανό να επιτίθενται με μεγαλύτερη εχθρότητα στον εαυτό τους και να τονεπικρίνουν πιο έντονα για λανθασμένες επιλογές του παρελθόντος, εμφανίζοντας έτσι υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας.

7.8. SCL -90R Symptom Checklist-90-Revised

Σύμφωνα με τον έλεγχο που διενεργήθηκε μέσω του student t-test διαπιστώθηκαν στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90 με τις γυναίκες να εκδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα. Σημειώνεται πως τα άτομα με μακροχρόνιες ασθένειες βιώνουν δύο έως τρεις φορές παραπάνω προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Naylor, Pasonage, Mcdaid, Knapp, Fossey, &Galea, 2012). Στα άτομα με ΧΑΠ, στο σκέλος της ψυχοπαθολογίας διαπιστώνονται συμπτώματα που περιλαμβάνουν τα συναισθήματα της αναξιότητας, της έντονης ενοχής ή της λύπης, της ανικανότητας ή απελπισίας, δυσκολίες συγκέντρωσης και μνήμης, έλλειψη κινήτρων, παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, όπως οικογενειακές και φιλικές συγκεντρώσεις, μειωμένη λίμπιντο και σκέψεις για θάνατο και αυτοκτονία (AmericanPsychiatricAssociation, 2013). Μάλιστα έχει εκτιμηθεί ότι το 46% των ατόμων με πρόβλημα ψυχικής υγείας ταλανίζεται από κάποια μακροχρόνια σωματική

ασθένεια(Naylor και συν., 2012). Πιο συγκεκριμένα, το παράδειγμα της σωματοποίησης φαίνεται να συνδέεται στενά με τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων σε ασθενείς με σοβαρή ΧΑΠ (Beck, Scott, Teague, Perez, & Brown, 1988). Αναφορικά με το φύλο επισημαίνεται ότι εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά άγχους στους ασθενείς με ΧΑΠ, τα οποία είναι πιο κοινά στις γυναίκες από τους άνδρες (Gudmundsson και συν., 2006). Έχει τονιστεί προγενέστερα πως οι επιπτώσεις των χρόνιων παραγόντων άγχους και των ψυχολογικών πόρων είναι ισχυρότερες για τις γυναίκες (Denton και συν., 2004), ενώ τα ποσοστά του νευρωτισμού είναι υψηλότερα στις γυναίκες (Lynn & Martin, 1997). Συνεπώς, οι παραπάνω κοινωνικοί –βιολογικοί παράγοντες ερμηνεύουν τους μεγαλύτερους μέσους όρους των γυναικών στις επιμέρους κλίμακες της ψυχοπαθολογίας όπως τη ‘σωματοποίηση’, τον ‘ιδεοψυχαναγκασμό’, τη ‘διαπροσωπική ευαισθησία’, την ‘κατάθλιψη’, το ‘άγχος’, την ‘εχθρότητα’, το ‘φοβικό άγχος’, τον ‘παρανοειδή ιδεασμό’ και τον ‘ψυχωτισμό’.

Επιπλέον, οι ασθενείς που καπνίζουν στον παρόντα χρόνο εμφανίζουν πιο επιβαρυσμένη ψυχολογία στις υποκλίμακες του ‘ιδεοψυχαναγκασμού’, της ‘διαπροσωπικής ευαισθησίας’, του ‘άγχους’, της ‘επιθετικότητας’, του ‘παρανοειδούς ιδεασμού’, του ‘ψυχωτισμού’ και του ‘γενικού δείκτη συμπτωμάτων’ σε σχέση με τους μη καπνιστές. Αντιθέτως, σε σχέση με το κάπνισμα στο παρελθόν δεν εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αυτοί που καπνίζουν στο παρόν είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στην κατάθλιψη και παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους από αυτούς που εγκατέλειψαν το κάπνισμα (Gudmundsson και συν., 2006; Wagena και συν., 2005). Επιπροσθέτως, έχει επισημανθεί ότι οι ασθενείς με ψυχικές ασθένειες είναι λιγότερο πιθανό να διακόψουν επιτυχώς το κάπνισμα (Mental Health Foundation, 2007).

Σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων εμφανίζεται αρνητική συσχέτιση με τις κλίμακες του άγχους και του παρανοειδούς ιδεασμού με τους πιο ηλικιωμένους να αναφέρουν

χαμηλότερες τιμές. Με βάση προγενέστερη έρευνα, οι νεότεροι ασθενείς, εξαιτίας της αδυναμίας τους να προσαρμοστούν στις αλλαγές της καθημερινότητάς τους, βιώνουν μεγαλύτερη ψυχική νοσηρότητα (Cleland και συν., 2007). Ως αποτέλεσμα της δύσπνοιας, οι ασθενείς μπορεί να μην είναι σε θέση να συμμετέχουν σε φυσιολογικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Αυτή η μειωμένη δραστηριότητα οδηγεί σε αισθήματα απελπισίας καθώς και επιπτώσεις στην κούραση και την αντίληψη των επιπέδων ενέργειας που επηρεάζουν τελικά τη διάθεση (National Institute for Clinical Excellence, 2009). Επομένως, σύμφωνα και με τα αποτελέσματα που έχουν καταγραφεί από τα προηγούμενα ερωτηματολόγια οι νεότεροι ασθενείς εύλογα αισθάνονται παραπάνω συναισθήματα άγχους σε σχέση με τους ηλικιωμένους, που πιθανόν να έχουν συμβιβαστεί με την πραγματικότητα που διαμορφώνει η κατάσταση της υγείας τους.

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών φαίνεται ότι επηρεάζει την ψυχοπαθολογία στις κατηγορίες της 'σωματοποίησης', του 'ιδεοψυχαναγκασμού', της 'διαπροσωπικής ευαισθησίας', της 'κατάθλιψης', του 'παρanoiιδούς ιδεασμού', και των 'διαφόρων συμπτωμάτων'. Επίσης επηρεάζει και τον 'γενικό δείκτη συμπτωμάτων'. Πιο συγκεκριμένα, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έγγαμους και τους εν χρεία συμμετέχοντες ασθενείς ως προς τον παρanoiιδή ιδεασμό, με τους έγγαμους να σημειώνουν χαμηλότερες τιμές σε αυτή την παράμετρο. Επίσης στον τομέα της ψυχοπαθολογίας που αναφέρεται στην κατάθλιψη οι έγγαμοι εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε σχέση με τους διαζευγμένους και τους εν χρεία ασθενείς. Στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές για τους έγγαμους σε σχέση με τους διαζευγμένους προκύπτουν ως προς τον 'παρanoiιδή ιδεασμό', τα 'διάφορα συμπτώματα' και το 'γενικό δείκτη' της κλίμακας SCL-90. Λαμβάνοντας υπόψη πορίσματα των προηγούμενων ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας τα άτομα που είναι διαζευγμένα παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα

άγχους όσο και κατάθλιψη σε σχέση με τους έγγαμους, ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα ταυτίζονται με μια χειρότερη συνολικά ποιότητα ζωής (Omachi και συν., 2009). Επίσης σε παλαιότερη έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα άγχους έχουν συσχετιστεί με την μη ικανοποίηση αναφορικά με τις συζυγικές σχέσεις σε ασθενείς με ΧΑΠ (Ashmore, Emery, Hauck, MacIntyre, 2005).

Παράλληλα, καταγράφεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την κλίμακα SCL-90 και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ως προς την κατάθλιψη, με τους απόφοιτους της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να αναφέρουν υψηλότερες τιμές. Το γεγονός αυτό πιθανότητα ερμηνεύεται με βάση τόσο τις οικονομικές συνθήκες του παρόντος χωροχρόνου, όπου η κατηγορία αυτή μαστίζεται περισσότερο από την ανεργία (Μπούρας & Λύκουρας, 2011), η οποία με τη σειρά της συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, αφού οι άνεργοι εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα αισθήματος κατωτερότητας, εσωτερικής ντροπής, παροδικού άγχους, ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, φοβικού άγχους και ενδοστρεφούς εχθρότητας (Mazetas, Gouva, Kotrotsiou & Chletsos, 2015). Τα συγκεκριμένα πορίσματα επιβεβαιώνονται και στην παρούσα έρευνα όπου διαπιστώθηκε ότι η πολύ κακή οικονομική κατάσταση επηρεάζει την ψυχοπαθολογία στους τομείς της ‘σωματοποίησης’, του ‘ιδεοψυχαναγκασμού’, της ‘διαπροσωπικής ευαισθησίας’, της ‘κατάθλιψης’, του ‘άγχους’, του ‘παρανοειδούς ιδεασμού’, των ‘διάφορων συμπτωμάτων’, αλλά και στο ‘γενικό δείκτη συμπτωμάτων’. Πιο συγκεκριμένα, για τη ‘σωματοποίηση’ εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ‘πολύ κακής’ και ‘μέτριας’ οικονομικής κατάστασης. Για τον ‘ιδεοψυχαναγκασμό’ εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ‘πολύ κακής’ – ‘κακής’ και ‘πολύ κακής’ – ‘μέτριας’ οικονομικής κατάστασης. Ως προς την ‘κατάθλιψη’ εμφανίζονται στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ ‘πολύ κακής’ – ‘κακής’, ‘πολύ κακής’ – ‘μέτριας’ και ‘πολύ

κακής’ – ‘καλής’ οικονομικής κατάστασης. Οι διαφορές ως προς το ‘άγχος’ εντοπίζονται ανάμεσα σε ‘πολύ κακή’ και ‘μέτρια’ οικονομική κατάσταση, ενώ στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον ‘παρανοειδή ιδεασμό’ εντοπίζονται μεταξύ ‘πολύ κακής’ – ‘κακής’, ‘πολύ κακής’ – ‘μέτριας’ και ‘πολύ κακής’ – ‘καλής’ οικονομικής κατάστασης. Για τα ‘διάφορα συμπτώματα’ της ψυχοπαθολογίας εμφανίζονται διαφορές μεταξύ ‘πολύ κακής’ – ‘μέτριας’ και ‘πολύ κακής’ – ‘καλής’ οικονομικής κατάστασης. Τέλος, ως προς τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ‘πολύ κακής’ – ‘κακής’ και ‘πολύ κακής’ – ‘μέτριας’ οικονομικής κατάστασης.

Σε σχέση με τα στάδια της ΧΑΠ τα συμπτώματα παθοψυχολογίας των συμμετεχόντων ασθενών στην έρευνα φαίνεται ότι διαφέρουν στατιστικά στις κατηγορίες της σωματοποίησης μεταξύ 1^{ου} και 3^{ου} Σταδίου ΧΑΠ, με τους ασθενείς που βρίσκονται στο 1^ο στάδιο να εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα, των ‘διαφόρων συμπτωμάτων’ ανάμεσα σε πρώτο και δεύτερο στάδιο καθώς και ανάμεσα στο πρώτο και τρίτο στάδιο και στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων. Σε σχέση με τη ‘σωματοποίηση’, σε προηγούμενη ελληνική έρευνα στην κλίμακα SCL-90-R οι ασθενείς με πολύ σοβαρή ΧΑΠ έδειξαν υψηλότερους μέσους όρους ως προς τη σωματοποίηση σε σύγκριση με ασθενείς με ήπια ΧΑΠ (Tselebis και συν., 2014). Είναι πιθανό οι ασθενείς να ερμηνεύουν τη σοβαρότητα της νόσου με μια υποκειμενική άποψη, η οποία συμβάλλει στην ανάπτυξη των επιπέδων ψυχολογικής δυσφορίας (Tselebis και συν., 2010). Ωστόσο, πολλά από τα συμπτώματα που εξετάζονται στον τομέα της σωματοποίησης (δύσπνοια, πόνος στην καρδιά ή τον θώρακα, αδυναμία κλπ) είναι λογικό να προσεγγίζονται πρώτα με βάση την κλινική εικόνα της ΧΑΠ (ή άλλης υφιστάμενης οργανικής νόσου) παρά να αποδίδονται απευθείας σε κάποια ψυχολογική αντίδραση.

8. Συμπεράσματα

1. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι στους ασθενείς με ΧΑΠ η προσλαμβανόμενη Κοινωνική Υποστήριξη κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, ενώ η δυσχερής οικονομική κατάσταση και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική υποστήριξη που αυτοί λαμβάνουν.
2. Ως προς το Κέντρο Ελέγχου της Υγείας, η εμφάνιση της ΧΑΠ φαίνεται να ισχυροποιεί το ρόλο Τύχης και των Ισχυρών Άλλων προσώπων στην αντίληψη των ασθενών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ οι έχοντες ιστορικό καπνίσματος δέχονται ότι η ευθύνη της υγείας τους βαρύνει τους ίδιους.
3. Η ενόχληση από συμπτώματα Άγχους και Καταθλιψής είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, στους διαζευγμένους και στους μη έχοντες οικονομικούς πόρους ασθενείς. Συσχετίζεται δε, αρνητικά με την ηλικία των ασθενών.

4. Η ντροπή που βιώνουν οι ασθενείς είναι σχετικά χαμηλή. Η σωματική ντροπή είναι συχνότερη στις γυναίκες, ενώ η χαρακτηριστική και η συμπεριφορική ντροπή είναι γνωρίσματα των νυν ενεργών καπνιστών.
5. Οι ασθενείς με ΧΑΠ αναφέρουν σχετικά χαμηλές τιμές και ως προς την κλίμακα της Εξωτερικής Ντροπής. Τα αισθήματα Κατωτερότητας και Κενότητας συνδέονται με την οικονομική και την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ασθενών.
6. Η Επιθετικότητα (εχθρότητα) των ασθενών με ΧΑΠ εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την ηλικία και απαντάται πιο έντονα στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες. Είναι γνώρισμα των ενεργών καπνιστών και συνδέεται με την χαμηλή μόρφωση και την κακή οικονομική κατάσταση. Επίσης υψηλότερες τιμές Επιθετικότητας αναφέρουν οι ασθενείς του 4^{ου} σταδίου της νόσου και οι διαζευγμένοι.
7. Αναφορικά με την Ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων στην έρευνα ασθενών, υψηλότερες τιμές εκδηλώνουν οι γυναίκες, οι ενεργοί καπνιστές, οι διαζευγμένοι, οι έχοντες χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οι ευρισκόμενοι σε δεινή οικονομική κατάσταση.
8. Συνοπτικά, στις περισσότερες από τις κλιμακες που εξετάστηκαν σε αυτή τη μελέτη είναι κοινός τόπος ότι ιδιαίτερα επιβαρυσμένη ψυχολογία έχουν οι γυναίκες, οι διαζευγμένοι, οι άνευ οικονομικών πόρων και μόρφωσης ασθενείς, καθώς και οι συγκριτικά νεότεροι σε ηλικία.
9. Επίσης ο πολύ χαμηλός ΔΜΣ και τα συμπτώματα της ΧΑΠ φαίνεται ότι επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία συμμετεχόντων. Σημαντικό εύρημα για τους ασθενείς με επιβαρυσμένη ψυχολογία αποτελεί ότι συνεχίζουν το κάπνισμα.

10. Αντιστρόφως, οι πρώην καπνιστές που απέβαλαν αυτή την καταστροφική συνήθεια εμφανίζουν καλύτερους δείκτες ως προς την ψυχολογία τους αλλά και στην προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.

Εν κατακλείδι, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ανίχνευση των παραπάνω χαρακτηριστικών μπορεί να φανεί χρήσιμη στους επαγγελματίες υγείας για τον έγκαιρο εντοπισμό μιας επιβαρυσμένης ή και παθολογικής ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών με ΧΑΠ, έτσι ώστε να σχεδιαστεί η θεραπεία τους με πιο ολοκληρωμένο τρόπο, και να εξευρεθούν λύσεις που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Βιβλιογραφία

Aghanwa, H.S., & Erhabor, G.E. (2001). Specific psychiatric morbidity among patients with chronic obstructive pulmonary disease in a Nigerian hospital. *J Psychsom Res*, 50(4), 179–183.

Agusti, A.G. (2001). Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Novartis Found Symp*, 234, 242–249.

- Albrecht, G., Walker, V., & Levy, J. (1982). Social distance from the stigmatized: a test of two theories. *Soc Sci Med*, *16*(14), 1319–1327.
- Alcaraz-Ibáñez, M., Sicilia, A. (2018) Psychometric evaluation and sex invariance of the Spanish version of the Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale. *Body Image*. *25*,78-84
- Alexopoulos, G.S., Sirey, J.A., Raue, P.J., Kanellopoulos, D., Clark, T.E., & Novitch, R.S. (2006). Outcomes of depressed patients undergoing inpatient pulmonary rehabilitation. *Am J Geriatr Psychiatry*, *14*(5):466-75.
- Almagro, P., Calbo, E., Ochoa de Echaguen, A., Barreiro, B., Quintana, S., καισυν. (2002). Mortality after hospitalization for COPD. *Chest*, *121*(5), 1441–1448.
- Al-shair, K., Dockry, R., Mallia-Milanes, B., Kolsum, U., Singh, D., & Vestbo, J. (2009). Depression and its relationship with poor exercise capacity, BODE index and muscle wasting in COPD. *Respir Med*, *103*(10), 1572-9.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Arlington, Va, USA, 5th edition.
- Andenaes, R., Kalfoss, M.H., & Wahl, A.K. (2006). Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, *35*(1), 46–57.
- Anthonisen, N.R., Connett, J.E., Kiley, J.P., Altose, M.D., Bailey, W.C., Buist, A.S., καισυν. (1994). Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic

bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA*, 272, 1497–1505.

Arne, M., Emtner, M., Janson, S., & Wilde-Larsson, B. (2007). COPD patients' perspectives at the time of diagnosis: a qualitative study. *Prim Care Respir J*, 16(4), 215–21.

Ashmore, J.A., Emery, C.F., Hauck, E.R., & MacIntyre, N.R. (2005). Marital adjustment among patients with chronic obstructive pulmonary disease who are participating in pulmonary rehabilitation. *Heart Lung*, 34, 270 - 8.

Asnaashari, A.M., Talaei, A., & Haghghi, B. (2012). Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD. *Iran J Allergy Asthma Immunol*, 11(1), 65-71.

ATS Statement. (1995). *Standards for the Diagnosis and Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *Am J Respir Crit Care Med*, 152, S78–S119.

Avsar, G. & Kasilkci, M. (2011). Living with chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(28), 46-52.

Baghai-Ravary, R., Quint, J.K., Goldring, J.J.P., Hurst, J.R., Donaldson, G.C., & Wedzicha, J.A. (2008). Determinants and impact of fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 103(2), 216-223.

Balcells, E., Gea J., Ferrer, J., Serra, I., Orozco-Levi, M., de Batlle J. και συν. (2010). Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health Qual Life Outcomes*, 27(8), 108.

- Bania E.G., Daniil, Z., Hatzoglou, C., Alexopoulos, E.C., Mitsiki, E., & Gourgoulianis K.I. (2016). COPD characteristics and socioeconomic burden in Hellenic correctional institutions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, 341–349.
- Baraniak, A., & Sheffield, D. (2011). The efficacy of psychologically based interventions to improve anxiety, depression and quality of life in COPD: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Counc*, 83(1), 29–36.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, 48(2), 177-87.
- Barnes, P.J. (2001). Future advances in COPD therapy. *Respiration*, 68(6), 441–448.
- Barnes, P.J., & Celli, B.R. (2009). Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J*, 33(5), 1165–1185.
- Beck, J. G., Scott, S. K., Teague, R. B., Perez, F. I., & Brown, G. A. (1988). Correlates of daily impairment in COPD. *Rehabil Psychol*, 33, 77–84.
- Becklane, M.R., & Kauffmann, F. (1999). Gender differences in airway behaviour over the human life span. *Thorax*, 54, 1119– 1138.
- Berend, N. (2001). Epidemiological survey of chronic obstructive pulmonary disease and alpha-1-antitrypsin deficiency in Australia. *Respirology*, (Suppl 6), S21–S25.
- Berger, B.E., Kapella, M.C., & Larson, J.L. (2011). The Experience of Stigma in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 33(7) 916 –932.
- Berry, M.J., Rejeski, W.J., Adair, N.E., & Zaccaro, D. (1999). Exercise rehabilitation and chronic obstructive pulmonary disease stage. *Am J Respir CritCare Med*, 160(4), 1248–1253.

- Bhaskar, M., Sarawag, M., & Mathai P.J. (2015). Psychiatric Morbidity in Patients with COPD and Bronchial Asthma: A Comparative Study. *International Journal of Health Sciences and Research*, 5(1), 106-112.
- Bauer, H., & Duijsens, I.J. (1998). Personality disorders in pulmonary patients. *Br J Med Psychol*, 71, 165– 73.
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology*, 14(3), 91–102.
- Boeckxstaens, P., Deregts, M., Vandesype, P., Willems, S., Brussell, G., & De Sutter, A. (2012). Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities through the eyes of the patient. *Chron Respir Dis*, 9(3), 183-91.
- Bonsaksen, T., Solveig Fagermoen, M., & Lerdal, A. (2015). Factors associated with self-esteem in persons with morbid obesity and in persons with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 20(4), 431-442.
- Brenes, G.A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*, 65(6), 963–70.
- Boyle, A. (2009). Living with a spouse with chronic obstructive pulmonary disease: the meaning of wives' experiences. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(4), 273–82.
- Brown, C.A., Crombie, I.K., & Tunstall-Pedoe, H. (1994). Failure of cigarette smoking to explain international differences in mortality from chronic obstructive pulmonary disease. *J Epidemiol Commun Health*, 48(2), 134–139.

- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Vitaliano, P. P. & Siegler, I. C. 2003. Associations among social support, income, and symptoms of depression in an educated sample: The UNC Alumni Heart Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(3): 239–50.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Compr Psychiatry*, 49, 195-201.
- Burgess, A., Kunik, M.E., & Stanley, M.A. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: assessing and treating psychological issues in patients with COPD. *Geriatrics*, 60(12), 18–21.
- Burrows, J., & Carlisle, J. (2010). They don't want it ramming down their throats. Learning from the perspectives of current and ex-smokers with smoking-related illness to improve communication in primary care: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 11, 206-14.
- Burrows, B., Kellogg, A.L.L., & Buskey, S. (2001). Relationship of symptoms of chronic bronchitis and emphysema to matter and air pollution. *Arch Environ Health*, 16, 406–413.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55(6), 547–552.
- Caine, T.M., Foulds, G.A., & Hope, K. (1967). *Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*. Univ. London Press.
- Calverley, P.M. (2013). The ABCD of GOLD made clear. *Eur Respir J*, 42(5), 1163-5.
- Canavan, N. (2003). Dual-Action Bronchodilator Eases COPD Exacerbations. Medscape [serial online]. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/810739>.

- Cazzola, M., Page, C.P., Rogliani, P., & Matera, M.G. (2013). B2-agonist therapy in lung disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 187(7), 690-6.
- Cave, A.J., Atkinson, L., Tsiligianni, I.G., & Kaplan, A.G. (2012). Assessment of COPD wellness tools for use in primary care: an IPCRG initiative. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 7, 447-456.
- Celli, B.R., & MacNee, W. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *EurRespir J*, 23(6), 932–946.
- Chapman, B.P., Duberstein, P.R., Sörensen, S., & Lyness, J.M. (2007). Gender Differences in Five Factor Model Personality Traits in an Elderly Cohort: Extension of Robust and Surprising Findings to an Older Generation. *Pers Individ Dif.*, 43(6), 1594-1603.
- Chapman, K., & Kaplan, A. (2012). *Report: breaking the surface—breaking the silence: how the under-reporting of “Lung Attacks” in Canada impacts patient outcomes in COPD.* <http://copdcanada.info/resources/Breaking+the+Surface++Breaking+the+Silence+2012.pdf>.
- Chavannes, N.H., Huibers, M.J.H., Schermer, T.R.J., Hendriks, A., vanWeel, C., Wouters, E.F.M., vanSchayck, C.P. (2005). Associations of depressive symptoms with gender, body mass index and dyspnea in primary care COPD patients, *Family Practice*. 22(6), 604–607. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi056>
- Chen, K.H., Chen, M.L., Lee, S., Cho, H.Y., & Weng, L.C. (2008). Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *J Adv Nurs*, 64(6), 595-604.
- Chen, J.C., & Mannino, D.M. (1999). Worldwide epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 5(2), 93-99.

- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., & Russo, J.E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*, *160*, 3278–3285.
- Cleland, J.A., Lee, A.J., & Hall, S. (2007). Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Fam Pract*, *24*(3), 217-23.
- Cochran, S.V., & Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and depression: Clinical and empirical perspectives*. San Diego, CA: Academic Press.
- Crockett, A., Cranston, J., Moss, J., & Alpers, J. (2002). The impact of anxiety, depression and living alone in chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res*, *11*(4), 309–316.
- Crockett AJ, Moss JR, Cranston JM, Alpers JH. Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000. (2):CD001744. [Medline].
- Curtis, J.R., & Patrick, D.L. (2003). The assessment of health status among patients with COPD. *Eur Respir J*, *21*(41), 36-45.
- Dahlen, I., & Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*, *122*(5), 1633-7.
- Del Fabbro, E., Dalal, S., & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care - Part II: Cachexia/anorexia and fatigue. *Journal of Palliative Medicine*, *9*(2), 409-421.
- Denton, M, Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender Differences in Health: A Canadian Study of Psychosocial, Structural and Behavioural Determinants of Health. *Social Science & Medicine*, *58*(12), 2585–600.

- de Torres Tajés, J.P., Casanova, C., Hernandez, C., Abreu, J., Montejo de Garcini, A., Aguirre-Jaime, A., & Celli, B.R. (2006). Gender associated differences in determinants of quality of life in patients with COPD: a case series study. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 72.
- Detournay, B., Pribil, C., Fournier, M., Housset, B., Huchon, G., Huas, D., και συν. (2004). The SCOPE study: healthcare consumption related to patients with chronic obstructive pulmonary disease in France. *Value Health*, 7(2), 168–174.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9,13–28.
- Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Maria Casanova, F., Santus, P., Blasi, F., και συν. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respir Med*, 100(10), 1767-74.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study. *Br J Psychiatry*, 184(2), 176–181.
- Disler, R.T., Inglis, S.C., & Davidson, P.M. (2013). Non-pharmacological management interventions for COPD: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD010384.
- Duiverman, M.L, Wempe, J.B, Bladder, G., Jansen, D.F., Kerstjens, H.A., & Zijlstra, J.G. (2008). Nocturnal non-invasive ventilation in addition to rehabilitation in hypercapnic patients with COPD. *Thorax*, 63(12),1052-7.
- Earnest, M.A. (2002). Explaining adherence to supplemental oxygen therapy: the patient's perspective. *J Gen Intern Med*, 17(10), 749–755.

- Effing, T., Monninkhof, E.M., van der Valk, P.D., van der Palen, J., van Herwaarden, C.L., Partidge, M.R., καισυν. (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 17(4), CD002990.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84(3), 205-211.
- Eisenberg, M.J., Atallah, R., Grandi, S.M., Windle, S.B., & Berry, E.M. (2011). Legislative approaches to tackling the obesity epidemic. *CMAJ*, 183(13), 1496–500.
- Eisner, M.D., Blanc, P.D., Yelin, E.H., Sidney, S., Katz, P.S., Ackerson, L., καισυν. (2008). COPD as a systemic disease: impact on physical functional limitations. *Am J Med*, 121(9), 789–796
- Eisner, M.D., Yelin, E.H., Trupin, L., & Blanc, P.D. (2002). The influence of chronic respiratory conditions on health status and work disability. *Am J Public Health*, 92(9), 1506-1513.
- Egede, L.E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*, 29(5), 409–416.
- Ek, K. & Ternestet, B. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 470-8.
- Emery, C.F., Green, M.R., & Suh, S. (2008). Neuropsychiatric function in chronic lung disease: the role of pulmonary rehabilitation. *Respir Care*, 53, 1208–1216.
- Engström, C.P, Persson, L.O, Larsson, S., Ryden, A., & Sullivan, M. (1996). Functional status and well-being in chronic obstructive pulmonary disease with regard to clinical parameters and smoking: a descriptive and comparative study. *Thorax*, 51(8), 825–830.

- Eisner, M.D., Blanc, P.D., Yelin, E.H., Katz, P.S., Sanchez, G., Iribarren C., καισυν. (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*, 65, 229-234.
- Eisner, M.D., Yelin, E.H., Trupin, L., & Blanc, P.D. (2002). The influence of chronic respiratory conditions on health status and work disability. *AmJ Public Health*, 92(9), 1506–1513.
- Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. (1998). In: Postma D.S, Siafakas N., eds. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Eur Respir Mon*, 7, 41–73.
- Euler, G., Abbey, D.E., Magie, A.R., & Hodgkin, J. (1987). Chronic obstructive pulmonary disease symptom effects of long-term cumulative exposure to ambient levels of total suspended particulates and sulfur dioxide in California Seventh-day Adventist residents. *Arch Environ Health*, 42, 213–222.
- European Respiratory Society/European Lung Foundation. (2003). *European Lung White Book. The First Comprehensive Survey on Respiratory Health in Europe*. Loddenkemper, R., Gibson G.J., Sibille, Y., eds. Sheffield, ERSJ.
- Fan, V.S., Ramsey, S.D., Giardino, N.D., Make, B.J., Emery, C.F., Diaz, P.T., καισυν. (2007). National Emphysema Treatment Trial (NETT) Research Group. Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*, 167(21), 2345–2353.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545–550.
- Feldman, J.M., Lehrer, P.M., Borson, S., Teal, S., Hallstrand, T.S., & Siddique, M.I. (2005). Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder. *J Asthma*, 42(3), 179–84.

- Feng, Y. & Wang, X. (2012). Antioxidant therapies for Alzheimer's disease. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, Article ID 472932, 17 pages.
- Ferguson, T.J., Stegge, H., Miller, E.R., & Olsen, M.E. (1999). Guilt, shame, and symptoms in children. *Developmental Psychology*, 35, 347–357.
- Ferrer, M., Villasante, C., Alonso, J., Sobradillo, V., Gabriel, R., Vilagut, G., Masa, J.F., Viejo, J.L., Jimenez-Ruiz, C.A., Miravittles, M. (2002). Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J*, 19(3), 405–413.
- Fletcher, C., Peto, R., Tinker, C., & Speizer, F. (1976). *The natural history of chronic bronchitis and emphysema*. New York: Oxford University Press, 1976; 1-272.
- Franciosi, L.G., Diamant, Z., Banner, K.H., Zuiker, R., Morelli, N., Kamerling, I.M., κατσου. (2013). Efficacy and safety of RPL554, a dual PDE3 and PDE4 inhibitor, in healthy volunteers and in patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease: findings from four clinical trials. *Lancet Respir Med*, 1(9), 714-27.
- Friedman, L.C., Romero, C., Elledge, R., Chang, J., Kalidas, M., Dulay M.F. κατσου. (2007). Attribution of blame, self-forgiving attitude and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med*, 30(4), 351-357.
- Fuhrman, C., Jouglu, E., Nicolau, J., Eilstein, D., & Delmas, M.C. (2006). Deaths from chronic obstructive pulmonary disease in France, 1979–2002: a multiple cause analysis. *Thorax*, 61(11), 930–934.
- Gaki, E., Kontogianni, K., Papaioannou, A.I., Bakakos, P., Gourgoulianis, K.I., Kostikas, K., κατσου., (2011). Associations between bode index and systemic inflammatory biomarkers in COPD. *COPD*, 8, 408–413

- Gallie D., & Paugam S. (2000). *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51.
- Garcia-Aymerich, J., Farrero, E., Felez, M.A., Izquierdo, J., Marrades, R.M., & Antó, J.M. (2003). Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax*, 58(2), 100–5.
- George C.F.P., & Bayliff, C.D. (2003). Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs*, 63(4), 379–387.
- Giannitsi, S. & Liakos, A. (1985). Preliminary observations after implementation of two years of liaison psychiatry service in a general hospital. *Encephalos*, 22, 138.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clin Psychol Psychother*, 13, 353–379.
- Gilbert, P. (2011). Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. In R.L. Dearing & J.P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 325–354). Washington, DC: American Psychological Association.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2013. Available from: <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>.

- Godoy, D.V. & Godoy, R.F. (2003). A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 84, 1154–7.
- Goodwin, R.D., Zvolensky, M.J., & Keyes, K.M. (2008). Nicotine dependence and mental disorders among adults in the USA: evaluating the role of the mode of administration. *Psychol Med*, 38(9), 1277-86.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures. I: The ‘other as shamer scale’. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717.
- Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific Health Care*, 8(4), 159-164.
- Greitemeyer, T., & Sagioglou, C. (2016). Subjective socioeconomic status causes aggression: A test of the theory of social deprivation. *J Pers Soc Psychol.*, 111(2), 178-94.
- Güell, R., Resqueti, V., Sangenis, M., Morante, F., Martorell, B., Casan, P., καισυν. (2006). Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest*, 129, 899–904.
- Gruffydd-Jones, K., Langley-Johnson, C., Dyer, C., Badlan, K., & Ward, S. (2007). What are the needs of patients following discharge from hospital after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? *Prim Care Respir J*, 16(6), 363–368.
- Guarascio, A.J., Ray, S.M., Finch, C.K., & Self, T.H. (2013). The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA. *Clinicoecon Outcomes Res*, 5, 235–245.

- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Suppli Ulrik C., Brøndum, E., και συν., (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalization for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med*, 100(1), 87-93.
- Gudmundsson, C., Gislason, T., & Janson, C. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med*, 100(1), 87–93.
- Guerra, S., Sherrill, D.L., Venker, C., Ceccato, C.M., Halonen, M., & Martinez, F.D. (2009). Chronic bronchitis before age 50 years predicts incident airflow limitation and mortality risk. *Thorax*, 64(10), 894–900.
- Guilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124-133.
- Gullick, J. (2008). *Conscious Body Management of breathlessness: Living with COPD and choosing surgery*. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Gullick, J. & Stainton, M. (2006). Smoking in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A need of the taken-for-granted body. *Journal of Smoking cessation*, 1(1), 7-12.
- Gullick, J. & Stainton, M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 605-14.
- Gurney-Smith, B., Cooper, M.J., & Wallace, L.M. (2002). Anxiety and panic in chronic obstructive pulmonary disease: the role of catastrophic thoughts. *Cogn Ther Res*, 26, 143–55.

- Halpern, M.T., Polzin, J., Higashi, M.K., & Bakst, A. (2004). The workplace impact of acute exacerbations of chronic bronchitis (AECB): a literature review. *COPD*, *1*(2), 249–254.
- Halding, A.G., Heggdal, K., & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scand J Caring Sci*, *25*(1), 100-7.
- Hansen, E. C., Walters, J., & Wood-Baker, R. (2007). Explaining chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perceptions of the role played by smoking. *Sociology of Health & Illness*, *29*(5), 730–749.
- Harik-Khan, R.I., Fleg, J.L., & Wise, R.A. (2002). Body mass index and the risk of COPD. *Chest*, *121*, 370-6.
- Harrison, S.L., Robertson, N., Apps, L., Steiner, M., Morgan, M.D., Singh, S.J. (2015). "We are not worthy"--understanding why patients decline pulmonary rehabilitation following an acute exacerbation of COPD. *Disabil Rehabil*, *37*(9), 750-6.
- Harrison, S.L., Robertson, N., Goldstein, R.S., & Brooks, D. (2016). Exploring self-conscious emotions in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A mixed-methods study. *Chron Respir Dis*. pii: 1479972316654284.
- Hartman, J.E., Boezen, H.M., de Greef, M.H., & Ten Hacken, N.H. (2013). Physical and psychosocial factors associated with physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*, *94*(12), 2396-2402.
- Heimpel, S.A., Wood, J.A., Marshall, M.A., & Brown, J.D. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(1), 128–147.

- Henoch, I., Strang, S., Löfdahl, C.G., & Ekberg-Jansson, A. (2016). Management of COPD, equal treatment across age, gender, and social situation? A register study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*26(11), 2681-2690.
- Hesselink, A.E., van der Windt, D.A., Penninx, B.W., Wijnhoven, H.A., Twisk, J.W., Bouter, L.M., καισυν. (2006). What predicts change in pulmonary function and quality of life in asthma or COPD? *J.Asthma*, 43(7),513-519. doi:10.1080/02770900600856954.
- Hill, K., Geist, R., Goldstein, R.S., & Lacasse, Y. (2008). Anxiety and depression in end-stage COPD. *Eur Respir J*, 31(3), 667-77.
- Hillas, G., Perlikos, F., Tsiligianni, I., & Tzanakis, N. (2015). Managing comorbidities in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, 7(10), 95-109.
- Hilleman, D.E., Dewan, N., Malesker, M., & Friedman, M. (2000). Pharmacoeconomic evaluation of COPD. *Chest*, 118(5), 1278–1285.
- Holm, K.E., Bowler, R.P., Make, B.J., & Wamboldt, F.S. (2009). Family Relationship Quality is Associated with Psychological Distress, Dyspnea, and Quality of Life in COPD. *COPD*, 6(5), 359-68.
- Holm, K.E., Plaufcan, M.P., Ford, D.W., Sandhaus, R.A., Strand, M., Strange, C., & Wamboldt, F.S. (2014). The Impact of Age on Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Differs by Relationship Status.*J Behav Med.*, 37(4), 654–663.
- Howard, C., Dupont, S., Haselden, B., Lynch, J. & Wills, P. (2010). The effectiveness of a group cognitive-behavioural breathlessness intervention on health status, mood and hospital admissions in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 371–85.

- Howard, C., Hallas, C.N., Wray, J., & Carby, M. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behav Res Ther*, 47(1), 71–76.
- Hung, W.W., Wisnivesky, J.P., Siu, A.L., & Ross, J.S. (2009). Cognitive decline among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 180, 134–13.
- Hynninen, K.M., Breitve, M.H., Wiborg, A.B., Pallesen, S., & Nordhus, I.H. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *J Psychosom Res*, 59(6), 429 - 443.
- Incalzi, R.A., Gemma, A., Marra, C., Capparella, O., Fusco, L., & Carbonin, P. (1997). Verbal memory impairment in COPD: its mechanisms and clinical relevance. *Chest*, 112(6), 1506–13.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *J Pers Soc Psychol*, 37(10), 1798–809.
- Jansson, S.A., Andersson, F., Borg, S., Ericsson, A., Jonsson, E., & Lundback, B. (2002). Costs of COPD in Sweden according to disease severity. *Chest*, 122(6), 1994–2002.
- Jerant, A.F., von Friederichs-Fitzwater, M.M. & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 300–307.
- Johnson, J.L., Campbell, A.C., Bowers, M., & Nichol, A.M. (2007). Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease: the effects of stigma and gender. *Proc Am Thorac Soc*, 4(8), 680-2.

- Jones, P.W., Brusselle, G., Dal Negro, R.W., Ferrer, M., Kardos, P., Levy, M.L., καισυν. (2011). Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study. *Eur Respir J*, 38(1), 29.
- Jose, A.K., Chelangara, D.P., & Shaji, K. S. (2016). Factors associated with anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Research in Medical Sciences. Int J Res Med Sci.*, 4, 1074-1079.
- Kara, M. & Mirici, A. (2004). Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *J Nurs Scholarsh*, 36, 331–336.
- Katz, P.P., Eisner, M.D., Yelin, E.H., Trupin, L., Earnest, G., Balmes, J., καισυν. (2005). Functioning and psychological status among individuals with COPD. *Quality of Life Research*, 14(8), 1835–1843.
- Kinsman, R.A., Yaroush, R.A., Fernandez, E., Dirks, J.F., Schocket, M., & Fukuhara, J. (1983). Symptoms and experiences in chronic bronchitis and emphysema. *Chest*, 83(5), 755-761.
- Kirkil, G., Deveci, F., Erhan, S., & Atmaca, M. (2015). Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 151-161
- Klein, M., Gauggel, S., Sachs, G., & Pohl, W. (2010). Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on attention functions. *Respir Med*, 104(1), 52-60.
- Klein, D.M., Turvey, C.L., & Pies, C.J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *J Aging Health*, 19(1), 22–38.

- Kourlaba, G., Hillas, G., Vassilakopoulos, T., & Maniadaakis, N. (2016). The disease burden of chronic obstructive pulmonary disease in Greece. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, *11*, 2179–2189.
- Landbo, C., Prescott, E., Lange, P., Vestbo, J., & Almdal, T.P. (1999). Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, *160*, 1856–1861.
- Landis, S.H., Muellerova, H., Mannino, D.M., Menezes, A.M., Han, M.K., van der Molenet, T., καισυν. (2014). Continuing to confront COPD international patient survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012–2013. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, *9*, 597–611.
- Lange, P., Groth, S., Nyboe, J., Mortensen, J., Appleyard, M., Jensen, G., καισυν. (1989). Effects of smoking and changes in smoking habits on the decline of FEV1. *Eur Respir J*, *2*, 811–816.
- Lange, P., Nyboe, J., Appleyard, M., Jensen, G., & Schnohr, P. (1990). Relation of ventilatory impairment and of chronic mucus hypersecretion to mortality from obstructive lung disease and from all causes. *Thorax*, *45*(8), 579–585.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron (Ed.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Lewko, A., Bidgood, P., & Garrod, R. (2009). Evaluation of psychological and physiological predictors of fatigue in patients with COPD. *BMC Pulmonary Medicine*, *9*, 47.
- Lin, E.H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G.E., & Oliver, M. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, *27*(9), 2154–2160.

- Lindstrom, M., & Rosvall, M. (2012). Marital status, social capital and health locus of control: A population-based study. *Public Health, 126*, 790–795.
- Lindqvist, G., & Hallberg L.R.M. (2010). 'Feelings of Guilt due to Self-inflicted Disease' : A Grounded Theory of Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Health Psychol, 15*, 456-466.
- Loddenkemper, R., Gibson, G.J., & Sibille, Y. (2003). The burden of lung disease in Europe: why a European White Book on lung disease? *Eur Respir J, 22*(6), 869.
- Lindberg, A., Eriksson, B., Larsson, L.G., Rönmark, E., Sandstrom, T., & Lundbäck, B. (2006). Seven-year cumulative incidence of COPD in an age-stratified general population sample. *Chest, 129*(4), 879–885.
- Lindgren, S., Storli, S.L., Wiklund-Gustin, L. (2014). Living in negotiation: patients' experiences of being in the diagnostic process of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 6*(9), 441-51.
- Lindqvist, G., & Hallberg, L.R. (2010). Feelings of guilt due to self-inflicted disease': a grounded theory of suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Health Psychol, 15*(3), 456-66.
- Lu, Y., Nyunt M.S.Z., Gwee, X., Feng, L., Feng, L., Kua E.H., καισυν. (2012). Life event stress and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): associations with mental well-being and quality of life in a population-based study. *BMJ Open, 2*, e001674.
- Lundbäck, B., Lindberg, A., Lindström, M., Rönmark, E., Jonsson, A.C., & Jönsson, E. (2003). Not 15 but 50% of smokers develop COPD? Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med, 97*(2), 115-22.

- Lykouras, E., Ioannidis, H., & Voulgaris, A. (1987). Depression in general hospital patients: preliminary results. *Arch Hell Med*, 4, 287-289.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 countries. *Journal of Social Psychology*, 137, 369–373.
- Main, J., Moss-Morris, R., Booth, R., Kaptein, A., & Kolbe, J. (2003). The use of reliever medication in asthma: the role of negative mood and symptom reports. *J Asthma*, 40(4), 357–65.
- Mannino, D.M., Homa, D.M., Akinbami, L.J., Ford, E.S., & Redd, S.C. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease surveillance – United States, 1971–2000. *MMWR Surveill Summ*, 51(6), 1–16.
- Mannino, D.M., Higuchi, K., Yu, T.C., Zhou, H., Li, Y., Tian, H., καισυν. (2015). Economic Burden of COPD in the Presence of Comorbidities. *Chest*, 148(1), 138-50.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M.E., Yohannes, A.M., καισυν. (2008). ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research areas. *Chest*, 134(4), 43–56.
- Meloy, J.R. (2006). Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(6-7), 539–547.
- Mental Health Foundation (2007). *Smoking and mental health*. London.: Mental Health Foundation.

- Mewes, R., Rief, W., Kenn, K., Ried, J., & Stenzel, N. (2016). Psychological predictors for health-related quality of life and disability in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Psychol Health, 31*(4), 470-86.
- Mikkelsen, R.L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K.B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry, 58*(1), 65–70.
- Milne, L., Moyle, W., & Cooke, M. (2009). Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Older People Nursing, 4*(4), 299-306.
- Miravittles, M., Murio, C., Guerrero, T., & Gisbert, R. (2003). Costs of chronic bronchitis and COPD. A one year follow-up study. *Chest, 123*(3), 784–791.
- Miravittles, M., de la Roza, C., Morera, J., Montemayor, T., Gobartt, E., Martin, A., καισυν. (2006). Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge of COPD among general population. *Respir Med, 100*, 1973–1980.
- Mitonas, G., Juvana, A., Daniil, Z., Hatzoglou, C., & Gourgoulisanis, K. (2016). COPD patients' medical care and support in Greece during financial crisis. *International Journal of General Medicine, 9*, 401–407. <http://doi.org/10.2147/IJGM.S105965>
- Mitra, M., Ghosh, S., Saha, K., Saha, A., Panchadhyayee, P., Biswas, A., Malik, T., Roy, A., &Barma, P. (2013). A study of correlation between body mass index and GOLD staging of chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Assoc Chest Physicians, 1*, 58-61.
- Mitsiki, E., Bania, E., Varounis, C., Gourgoulisanis, K. I., & Alexopoulos, E. C. (2015). Characteristics of prevalent and new COPD cases in Greece: the GOLDEN study.

International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 10, 1371–1382.
<http://doi.org/10.2147/COPD.S81468>

- Morera Prat, J. (1992). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: magnitud del problema [in Spanish]. In: *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: conceptos generales*. Vol. 1. Barcelona, Spain: MCR; pp. 57–65.
- Mollaoglu, M. (2006). Perceived social support, anxiety and self care among patients receiving hemodialysis. *Dialysis & Transplantation*, 35(3), 144-155.
- Moussas, G., Tselebis A., Karkanias, A., Stamouli, D., Ilias, I., Bratis, D., και συν. (2008). A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Annals of General Psychiatry*, 7, 7.
- Moy, M.L., Reilly, J.J., Ries, A.L., Mosenifar, Z., Kaplan, R.M., Lew, R., και συν. (2009). Multivariate models of determinants of health-related quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease. *J.Rehabil.Res.Dev.*, 46(5),643-654.
- Murray, C.J. & Lopez. A.D. (1996). Evidence-based health policy-lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740–743.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498-504.
- National Center for Health Statistics. (2001). *Vital statistics of the United States, 1950–1999*. Vol. 2. Mortality, parts A and B. Washington DC: Public Health Service..

- Naylor, C., Pasonage, M., Mcdaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). *Long-Term Conditions and Mental Health*. London: The King's Fund.
- Ng, T.P., Niti, M., Tan, W.C., Cao, Z., Ong, K.C., & Eng, P. (2007). Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med*, 167(1), 60–7.
- NHS Confederation (2009). Healthy mind, healthy body: How liaison psychiatry services can transform quality and productivity in acute settings. www.nhsconfed.org/Publications
- NICE (2009). Depression in adults with chronic physical health problems. op.cit.
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., και συν. (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.*, 173(12), 1390-413.
- Nicolson, P., & Anderson, P. (2003). Quality of life, distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 251-70.
- Niu, S.R., Yang, G.H., Chen, Z.M., Jun-Ling, W., Gong-Hao, W., Xing-Zhou H. και συν. (1998). Emerging tobacco hazards in China: 2. Early mortality results from a prospective study. *BMJ*, 317(7170). 1423–1424.
- Nordtug, B., Krokstad, S. & Holen, A. (2010). Personality features, caring burden and mental health of cohabitants of partners with chronic obstructive pulmonary disease or dementia. *Aging & Mental Health*, 15(3), 318 – 326.

- Norwood, R.J. (2007). A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2(4), 485–491.
- Nussbaumer-Ochsner, Y., & Rabe, K.F. (2011). Systemic manifestations of COPD. *Chest*, 139(1), 165–173.
- OECD (2017). Unemployment rates by education level (indicator). doi: 10.1787/6183d527-en (Accessed on 25 September 2017).
- Odenrants, S., Ehnfors, M. & Grobe, S. (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 230-9.
- Odenrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Part II. RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(1), 56–63.
- Omachi, T., Katz, P., Yelin, E., Gregorich, S.E., Iribarren, C., Blanc, P.D., Eisner, M. D., (2009). Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med.*, 122(8), 778. e9-e15.
- Orth, M., Kotterba, S., Duchna, K., Widdig, W., Rasche, K., & Schultze-Werninghaus, G. (2006). Cognitive deficits in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Pneumologie*, 60(10), 593-9.
- O'Shea, S., Taylor, N. & Paratz, J. (2007). Qualitative outcomes of progressive resistance exercise for people with COPD. *Chronic Respiratory Disease*, 4(3), 135-42.

- Pampel, F.C., Krueger, P.M., & Denney, J.T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol.*, 36, 349–370.
- Papaioannou, AI., Tsikrika, S., Bartziokas, K., Karakontaki, F., Kastanakis, E., Diamantea, F., και σου. (2014). Collateral damage: depressive symptoms in the partners of COPD patients *Lung*, 192(4), 519–524.
- Paschou, A., Damigos, D., Mavreas, V., & Gouva, M. (2010). An exploratory study on the relationship between shame and bodily pain. *Interscientific Health Care*, 2(2), 86-92.
- Pauwels, R.A., Buist, A.S., Calverley, P.M., Jenkins, C.R., Hurd, S.S., & GOLD Scientific Committee (2001). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med.*, 163(5), 1256-76.
- Pauwels, R. (2003). Study provides sketch of COPD awareness in 4 countries. *GOLD Newsletter*, 2, 2.
- Pelkonen, M., Notkola, I.L., Nissinen, A., Tukiainen, H., & Koskela, H. (2006). Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COPD in relation to 30-year pulmonary function and 40-year mortality: a follow-up in middle-aged rural men. *Chest*, 130(4), 1129–1137.
- Petty, T.L. (1998). Definitions, causes, and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Care Clinics of North America*, 4, 345-358.
- Peveler, R., Carson, A., & Rodin, G. (2002). ABC of psychological medicine. Depression in medical patients. *BMJ*, 325(7356), 149–152.

- Plaufcan, M.R., Wamboldt, F.S., & Holm, K.E. (2012). Behavioral and characterological self-blame in chronic obstructive pulmonary disease. *J Psychosom Res*, 72(1), 78-83.
- Pomerleau, C.S., Pomerleau, O.F., & Garcia, A.W. (1991). Biobehavioral research on nicotine use in women. *Br. J. Addict.* 86(5), 527–531.
- Popa-Velea, O. & Purcarea, V.L. (2014). Psychological factors mediating health-related quality of life in COPD. *Journal of Medicine and Life*, 7(1), 100-103.
- Pumar, M.I., Gray, C.R., Walsh, J.R., Yang, I.A., Rolls, T.A., & Ward, D.L. (2014). Anxiety and depression – important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis*, 6(11), 1615–1631.
- Putman-Casdorph, H., & McCrone, S. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart Lung*, 38(1), 34–47.
- Quint, J.K., Baghai-Ravary, R., Donaldson, G.C., & Wedzicha, J.A. (2008). Relationship between depression and exacerbations in COPD. *Eur Respir J*, 32(1), 53-60.

R

- Rabe, K.F., Hurd, S., Anzueto, A., Barnes, P.J., Buist, S.A, Calverley, P., καισυν. (2007). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 176(6), 532–555.
- Rennard, S.I. (1992). COPD: overview of definitions, epidemiology, and factors influencing its development. *Chest*, 113(4), 235S-241S.

- Rennard, S.I. (2004). Treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 364(9436), 791–802.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., & Seeman, T.E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull*, 128(2), 330–66.
- Ringbaek TJ. Continuous oxygen therapy for hypoxic pulmonary disease: guidelines, compliance and effects. *Treat Respir Med*. 2005. 4(6):397-408. [Medline].
- Robertson, M.M., & Katona, C.L.E. (1997). *Depression and physical illness*. Chichester: Wiley.
- Robinson T. (2005). NT research: living with severe hypoxic COPD: the patients' experience. *Nursing Times*, 101(7), 38-42.
- Rosenzweig S. (1934). Types of reaction to frustration. *J. abnorm. sot. Psychol.*, 29, 298-300.
- Sabini, J., & Silver, M. (1997). In defense of shame: Shame in the context of guilt and embarrassment. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27(1), 1–15.
- Sandøe, P. (1999). Quality of life-three competing views. *Ethical Theory Moral Pract*, 2(1), 11-23.
- Sawiki F. (1972). Chronic non-specific respiratory diseases in the city of Cracow. *Epidemiol Rev*, 26, 229–250.
- Scherer, M., Himmel, W., Stanske, B., Scherer, F., Koschack, J., & Kochen, M.M. (2007). Psychological distress in primary care patients with heart failure: a longitudinal study. *Br J Gen Pract*, 57(543), 801–807.
- Schneider, C., Jick, S.S., Bothner, U., & Meier, C.R. (2010). COPD and the risk of depression. *Chest*, 137(2), 341-7.

- Seamark, D., Blake, S., Seamark, C., & Halpin, M. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers: An interpretative phenomenological analysis. *Palliative Medicine*, *18*(7), 619-25.
- Seemungal TA, Wilkinson TM, Hurst JR, Perera WR, Sapsford RJ, Wedzicha JA (2008). Long-term erythromycin therapy is associated with decreased chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med*, *178*(11), 1139-47.
- Sexton, D.L., & Munro, B.H. (1988). Living with a chronic illness; the experience of women with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *West J Nurs Res*, *10*(1), 26–44.
- Shackell, B., Jones, R., Harding, G., Pearse, S. & Campbell, J. (2007). “Am I going to see the next morning?” A qualitative study of patient’s perspectives of sleep in COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, *16*(6), 378-383,
- Sheridan, N., Kenealy, T., Salmon, E., Rea, H., Raphael, D., & Schmidt-Busby, J. (2011). Helplessness, self blame and faith may impact on self management in COPD: a qualitative study. *Prim Care Respir J*, *20*(3), 307-14.
- Shepard, D.S., & Rabinowitz, F.E. (2013). The Power of Shame in Men Who Are Depressed: Implications for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, *91*, 451–457.
- Sherrill, D.L., Lebowitz, M.D., & Burrows, B. (1990). Epidemiology of Chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chest Medicine*, *11*(3), 375-387.
- Shih-FengLiu, Ching-WanTseng, Mei-LienTu, Chin-ChouWang, Chia-ChengTseng, Chien-HungChin, Meng-Chih Lin, & Jien-Wei Liu (2012). The Clinical COPD Questionnaire Correlated with BODE Index-A Cross-Sectional Study, *The Scientific World Journal*.

- Siafakas, N.M., Vermeire, P., Pride, N.B., Paoletti, P., Gibson, J., Howard, P. και συν. (1995). Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Respir J*, 8(8), 1398–1420.
- Siegal, B. R., Calsyn, R. J., & Cuddihee, R. M. (1987). The relationship of social support to psychological adjustment in end-stage renal disease patients. *J. Chronic Dis.*, 40, 337–344.
- Simoens, S. (2013). Cost-effectiveness of pharmacotherapy for COPD in ambulatory care: a review. *J Eval Clin Pract*, 19(6), 1004–1011.
- Simon, G.E., & Von Korff, M. (2006). Medical co-morbidity and validity of DSMIV depression criteria. *Psychol Med*, 36(1), 27–36.
- Skilbeck, J., Mott, L., Page, H., Smith, D., Hjelmeland-Ahmedzai, S., & Clark, D. (2007). Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment. *J R Soc Med*, 100(5), 225–233.
- Smith, H. J., Pettigrew, T. F., Pippin, G. M., & Bialosiewicz, S. (2012). Relative deprivation: A theoretical and meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 203–232.
- Snider, G.L. (1985). Distinguishing among asthma, chronic bronchitis, and emphysema. *Chest*, 87(Suppl. 1), 35S–39S.
- Sorlie, P.D., Kannel, W.B., & O'Connor, G.T. (1989). Mortality associated with respiratory function and symptoms in advanced age. *Am Rev Respir Dis*, 140(2), 379–384.
- Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction: An Introduction, in Quantitative Applications in the Social Sciences*. Beverly Hills CA: Sage.

- Spencer, S., Calverley, P.M., Burge, P.S., Jones, P.W. (2004) Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD. *Eur Respir J*, 23(5), 698-702.
- Ställberg, B., Nokela, M., Ehrs, P.O., Hjemdal, P. & Wikström – Jonsson, E.(2009).Validation of the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) in primary care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 26.
- Strang, S., Farrell, M., Larsson, L.O., Sjöstrand, C., Gunnarsson, A., Ekberg-Jansson, A., καισυν. (2014). Experience of guilt and strategies for coping with guilt in patients with severe COPD: a qualitative interview study. *J Palliat Care*, 30(2), 108-115.
- Stuss, D.T., Peterkin, I., Guzman, D.A., Guzman, C., & Troyer, A.K. (1997). Chronic obstructive pulmonary disease: effects of hypoxia on neurological and neuropsychological measures. *J Clin Exp Neuropsychol*, 19, 515– 24.
- Sullivan, M., Simon, G., Spertus, J., & Russo, J. (2002). Depression-related costs in heart failure care. *Arch Intern Medicine*, 162(16), 1860–1866.
- Tangney, J.P., Stuewig, J., & Hafez, L. (2011). Shame, guilt and remorse: implications for offender populations. *J Forens Psychiatry Psychol*, 22(5), 706-723.
- Tannheimer, S.L., Sorensen, E.A., Cui, Z.H., Kim, M., Patel, L., Baker, W.R., καισυν. (2014). The in vitro pharmacology of GS-5759, a novel bifunctional phosphodiesterase 4 inhibitor and long acting beta2-adrenoceptor agonist. *J Pharmacol Exp Ther*, 349, 85-93.
- Tashkin, D.P., & Ferguson G.T. (2013). Combination bronchodilator therapy in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res*. 2013; 14: 49-6

- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Thompson, E.R. (2008). Development and Validation of an International English Big-Five Mini Markers. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 542–548.
- Todd G. (1986). *Medicine: statistics of smoking in the member states of the European community*. Luxembourg: European Union.
- Tonnesen, P., Carrozzi, L., Fagerstrom, K.O., Gratziou, C., Jimenez-Ruiz, C., Nardini, S., και συν. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*, 29, 390–417.
- Tselebis, A., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., Karkanias, A., Ilias, I., Sifakas, N., Vgontzas, A., & Tzanakis, N. (2010). The prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Ann Gen Psychiatry*, 9:16.
- Tselebis, A., Kosmas, E., Bratis, D., Pachi, A., Ilias, I., Harikiopoulou, M., και συν. (2014). Contribution of Psychological Factors in Dropping out from Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehabilitation Programs. *Hindawi Publishing Corporatio BioMed Research International*, 2014, Article ID 401326, 6 pages.
- Tsuchihashi-Makaya, M., Kato, N., Chishaki, A., Takeshita, A., & Tsutsui, H. (2009). Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circ J*, 73, 280–287.

- Turana, O., Yemeza, B., & Itila, O. (2014). The effects of anxiety and depression symptoms on treatment adherence in COPD patients. *Primary Health Care Research and Development*, 15(3), 244-251.
- US Public Health Service. (2000). The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA*, 28(24), 3244–3254.
- van der Molen, T., Willemse, B.W.M, Schokker, S., ten Hacken, N.H.T, Postma, D.S., & Juniper, E.F. (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 13.
- vanEerd, E.A.M., Risør, M.B., vanRossem, C.R., vanSchayck, O.C.P., &Kotz, D. (2015). Experiences of tobacco smoking and quitting in smokers with and without chronic obstructive pulmonary disease-a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 16, 164.
- van Haren-Willems, J., & Heijdra, Y. (2010). Increasing evidence for gender differences in chronic obstructive pulmonary disease. *Womens Health*, 6(4), 595-600.
- van Manen, J.G., Bindels, P.J., Dekker, F.W., IJzermans C.J., van der Zee, J.S., Schade, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57(5), 412-416.
- Varol, Y., Anar, C., Cimen, P., Unlu, M., Halilcolar, H., & Guclu, S.Z. (2017). Sex-related differences in COPD Assessment Test scores of COPD populations with or without significant anxiety and/or depression. *Turk J Med Sci*, 47, 61-68.

- Vestbo, J., Prescott, E., Lange, P. (1996). Association of chronic mucus hypersecretion with FEV1 decline and chronic obstructive pulmonary disease morbidity. Copenhagen City Heart Study Group. *Am J Respir Crit Care Med*, 153(5), 1530–1535.
- Vestbo, J., Sorensen, T., Lange, P., Brix, A., Torre, P., & Viskum, K. (1999). Long-term effect of inhaled budesonide in mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet*, 353, 1819–1823.
- Viegi, G., Pistelli, F., Sherrill, D.L., Maio, S., Baldacci, S., & Carrozzi, L. (2007). Definition, epidemiology and natural history of COPD. *Eur Respir J*, 30(5), 993–1013.
- Viegi, G., Scognamiglio, A., Baldacci, S., Pistelli, F., & Carrozzi, L. (2001). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration*, 68(1), 4-19.
- Virmozelova - Angelova, N. (2016). Locus of Control and Its Relationship With Some Social-Demographic Factors. *Psychological Thought*, 9(2), 1-11.
- Vögele, C. & von Leupoldt, A. (2008). Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med.*, 102(5):764-73.
- von Leupoldt A., & Dahme, B. (2007). Psychological aspects in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary diseases. *Respir Med*, 101(3), 411-22.
- Von Essen, S.G., Robbins, R.A., Thompson, A.B., Ertl, R.F., Linder, J., & Rennard, S.I. (1988). Mechanisms of neutrophil recruitment to the lung by grain dust exposure. *Am Rev Respir Dis*, 138, 921–927.
- Vorrink, S.N.W., Kort, H.S.M., Troosters, T., & Lammers, J.W.J. (2011). Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. *Respir Res*, 12, 33.

- Vozoris, N.T., & O'Donnell, D.E. (2012). Prevalence, risk factors, activity limitation and health care utilization of an obese, population-based sample with chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J*, *19*(3), e18–24
- Wagena, E.J., van Amelsvoort, L.G., Kant, I., & Wouters, E.F. (2005). Chronic bronchitis, cigarette smoking, and the subsequent onset of depression and anxiety: results from a prospective population-based cohort study. *Psychosom Med*, *67*, 656–660.
- Wagena, E.J., Arrindell, W.A., Wouters, E.F.M., & vanSchayckC.P. (2005). Are patients with COPD psychologically distressed? *Eur Respir J*, *26*, 242–248.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, *6*(2), 160-170.
- Werninghaus, G., & Duchna, H.W. (2006). Cognitive deficits in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Pneumologie*, *60*(10), 593-9.
- Whisman, M.A., & Bruce, M.L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol*, *108*(4), 674–678.
- Wielders, P.L., Ludwig-Sengpiel, A, Locantore, N., Baggen, S., Chan, R., & Riley, J.H. (2013). A new class of bronchodilator improves lung function in COPD: a trial with GSK961081. *Eur Respir J*, *42*(4), 972-81.
- Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C. & McPherson, K. (2011). The importance of movement for people living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Qualitative Health Research*, *21*(9), 1239-1248.

- Wilson, J. S. Elborn, J.S., & Fitzsimons, D. (2010). 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 819–827.
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2003). Tobacco World Atlas. www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/.
- World Health Report (2002). Message from the Director- General, Dr GH Brundtland. Geneva, World Health Organization, 2002; pp. ix–xx, 68–76.
- World Health Organization (2006). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Geneva: World Health Organization.
- Wouters, E.F. (2003). Economic analysis of the Confronting COPD survey: an overview of results . *Respir Med*, 97(3), 3-14 .
- Wouters, E.F., Creutzberg, E.C., & Schols, A.M. (2002). Systemic effects in COPD. *Chest*, 121(5), 127S–130S.
- Yfantopoulos, J., & Sarris, M. (2001). Health related quality of life. Measurement methodology. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(3), 218-229.
- Yohannes, A., Baldwin, R., & Connolly, M. (2000). Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(12), 1090–1096.

- Yohannes, A.M., Baldwin, R.C., Connolly, M.J. (2000). Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Clin Gerontol*, 10, 193– 202.
- Yohannes, A.M., Willgoss, T.G., Baldwin, R.C., & Connolly, M.J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25(12), 1209–1221.
- Zemp, E., Elsasser, S., Schindler, C., Künzli, N., Perruchoud, A.P., Domenighetti, G., και συν. (1999). Long-term ambient air pollution and respiratory symptoms in adults (SAPALDIA study). *Am J Respir Crit Care Med*, 159(4pt), 1257–1266.
- Zhang, L., Lou, P., Zhu, Y., Chen, P., Zhang, P., Yu, J., και συν. (2013). Impact of risk factors, activities and psychological disorders on the health of patients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13, 627.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K.(1988).The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Αθανασίου, Α. (2007). *Μέθοδοι και τεχνικές έρευνας στις επιστήμες της αγωγής: ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις*. Ιωάννινα: Εφύρα.
- Δημητρόπουλος, Χ., Θεοδορακοπούλου, Ε., Κοπιτοπούλου, Α., Νικολάου, Α., Τσάπας, Χ., Κουλούρης, Ν., Ντάνος, Ι., Κοσμάς, Ε. (2013). Ποιότητα ζωής Ελλήνων ασθενών με ΧΑΠ. *Πνεύμων*, 26(2), 127-138.

- Κατσής, Α., Σιδερίδης Γ.Δ., & Εμβαλωτής, Α. (2011). *Στατιστικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Τόπος.
- Μαζέτας, Δ., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε. & Χλέτσος, Μ. (2015). Η Επίδραση της Ανεργίας στην Ψυχική Υγεία και η διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 7(3), 128-137.
- Μπούρας, Γ., & Λυκούρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος*, 48(2), 55-61.
- Ντζούφρας Ι., & Περπέρογλου, Α. (2009⁴). *Εισαγωγή στη Βιοστατιστική και την επιδημιολογία*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., & Μάνος, Ν., ‘Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό’, *Ψυχιατρική*, 2, 42-48, 1991
- Τζούνης Ε., Κερενίδη Θ., Χατζόγλου Χ., Δανιήλ Ζ., Κοτρώτσιου Ε., & Γουργουλιάνης Κ.(2016). Η επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Ποιοτική έρευνα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 8(1), 26-35.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

OAS

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

HDHQ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράφει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «σωστό» ή «λάθος» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μελέαδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		

18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		

41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ

14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή	0	1	2	3	4

σας αντιπαθούν;					
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4

59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4

80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Απαγορεύεται η χρήση του ερωτηματολογίου χωρίς τη χορήγηση άδειας.

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Ενδιαφερόμαστε για τις απόψεις σας σχετικά με τις παρακάτω προτάσεις. Διαβάστε την καθεμία πρόταση προσεκτικά. Σημειώστε πώς αισθάνεστε σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης.

Κυκλώστε τον αριθμό «1», αν **διαφωνείτε απόλυτα**
Κυκλώστε τον αριθμό «2», αν **διαφωνείτε πολύ**
Κυκλώστε τον αριθμό «3», αν **διαφωνείτε**
Κυκλώστε τον αριθμό «4», αν **είστε ουδέτερος/η**
Κυκλώστε τον αριθμό «5», αν **συμφωνείτε**
Κυκλώστε τον αριθμό «6», αν **συμφωνείτε πολύ**
Κυκλώστε τον αριθμό «7», αν **συμφωνείτε απόλυτα**

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι.	1	2	3	4	5	6	7
2. Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
3. Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει.	1	2	3	4	5	6	7
4. Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
5. Έχω έναν άνθρωπο ο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
6. Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν.	1	2	3	4	5	6	7
7. Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.	1	2	3	4	5	6	7
8. Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
10. Υπάρχει ένας άνθρωπος στη ζωή μου ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7

11. Η οικογένειά μου είναι 1 2 3 4 5 6 7
πρόθυμη να με βοηθήσει να
παίρνω αποφάσεις.

12. Μπορώ να συζητώ τα 1 2 3 4 5 6 7
προβλήματα μου με τους
φίλους μου.

HLC (PR15/11/99)

Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο να διερευνήσει πως διάφορα άτομα προσεγγίζουν σημαντικά θέματα σχετικά με την υγεία. Η κάθε πρόταση εκφράζει μια άποψη. Δίπλα σε κάθε πρόταση τοποθετείστε τον αριθμό από την παρακάτω κλίμακα ο οποίος αντιστοιχεί στο βαθμό στον οποίο εσείς συμφωνείτε ή διαφωνείτε. Όσο πιο πολύ συμφωνείτε με αυτή την πρόταση, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός που θα βάλετε Δίπλα. Όσο πιο πολύ διαφωνείτε με αυτή την πρόταση, τόσο μικρότερος είναι ο αριθμός που θα βάλετε Δίπλα.

Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά αλλά μην σπαταλάτε πολύ χρόνο σε κάθε ερώτηση. Όσο μπορείτε, προσπαθήστε ν' απαντήσετε σε κάθε ερώτηση ανεξάρτητα από τις απαντήσεις σας στις άλλες. Όταν αποφασίζετε την απάντησή σας προσπαθήστε να μην επηρεάζεστε από τις προηγούμενες επιλογές σας. Είναι σημαντικό ν' απαντήσετε σύμφωνα με τις πραγματικές σας απόψεις και όχι σύμφωνα με τις απόψεις που νομίζετε ότι θα έπρεπε να έχετε ή που νομίζετε ότι εμείς θα θέλαμε να έχετε.

1 = Διαφωνώ πολύ, 2 = Διαφωνώ ως ένα βαθμό, 3 = Διαφωνώ λίγο, 4 = Συμφωνώ λίγο, 5 = Συμφωνώ ως ένα βαθμό, 6 = Συμφωνώ πολύ.

1. ___ Όταν αρρωσταίνω, η δική μου συμπεριφορά είναι αυτή που καθορίζει το πόσο γρήγορα θα ξαναγινώ καλά.
2. ___ Ότι και να κάνω, αν είναι ν' αρρωστήσω, θ' αρρωστήσω.
3. ___ Η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για μένα ν' αποφεύγω τις ασθένειες.
4. ___ Τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου συμβαίνουν τυχαία.
5. ___ Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, θα πρέπει να συμβουλευόμαι κάποιον ειδικό για ιατρικά θέματα.
6. ___ Εγώ έχω τον έλεγχο της υγείας μου.
7. ___ Η οικογένεια μου παίζει ρόλο στο κατά πόσον αρρωσταίνω ή παραμένω υγιής.
8. ___ Όταν αρρωσταίνω, θεωρώ ότι εγώ φταίω.
9. ___ Η τύχη καθορίζει σ' ένα σημαντικό βαθμό το πόσο σύντομα θ' αναρρώσω από μια αρρώστια.
10. ___ Άτομα του ιατρικού περιβάλλοντος ελέγχουν την υγεία μου.
11. ___ Η καλή κατάσταση της υγείας μου είναι σε μεγάλο βαθμό ζήτημα καλής τύχης.

- 12.____ **Ο σπουδαιότερος παράγοντας που επηρεάζει την υγεία μου είναι το τι κάνω εγώ.**
- 13.____ Εάν φροντίσω τον εαυτό μου, μπορώ ν' αποφύγω τις ασθένειες.
- 14.____ Όταν αναρρώνω από μια ασθένεια, είναι συνήθως γιατί αλλά άτομα (π.χ. γιατροί, νοσοκόμες, οικογένεια, φίλοι) μ' έχουν φροντίσει καλά.
- 15.____ Ότι και να κάνω, το πιο πιθανό είναι ότι θ' αρρωστήσω.
- 16.____ Εάν είναι γραφτό, θα παραμείνω υγιής.
- 17.____ Εάν ενεργήσω σωστά, θα μπορέσω να παραμείνω υγιής.
- 18.____ Όσον αφορά στην υγεία μου, το μόνο που μπορώ να κάνω είναι αυτό που μου λέει ο γιατρός μου.
-

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ BEDFORD&FOULDS

1. Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα.

Λάθος	Αλήθεια	Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
		ανυπόφορα πολύ λίγο

2. Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο μου.

Λάθος	Αλήθεια	Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
		λίγο πολύ ανυπόφορα

3. Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου.

Λάθος	Αλήθεια	Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
		λίγο πολύ ανυπόφορα

4. Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω.

Λάθος	Αλήθεια	Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:
		ανυπόφορα πολύ λίγο

5. Τώρα τελευταία ήμουν αθλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί.

απολύτως πολύ λίγο

11. Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα.

Λάθος Σωστό Αν είναι αλήθεια αυτό με ενόχλησε:
Ανυπόφορα πολύ λίγο

12. Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι.

Λάθος Σωστό Αν είναι αλήθεια, πόσο πολύ;
τελείως πολύ λίγο

13. Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση και για το πιο απλό πράγμα.

Λάθος Σωστό Αν είναι αλήθεια πόσο πολύ άγχος είχατε;
πάρα πολύ πολύ λίγο

14. Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώνω με τη ζωή μου.

Λάθος Σωστό Αν είναι αλήθεια πόσο σοβαρά το σκεφθήκατε;
τελείως σοβαρά πολύ όχι πολύ