

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Εργαλείο μέτρησης στάσεων και απόψεων ψυχικά ασθενών αναφορικά με τις καπνισματικές τους συνήθειες

ΣΚΟΠΟΣ Η ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης των στάσεων και των απόψεων των ψυχικά ασθενών σχετικά με τις καπνισματικές τους συνήθειες. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο καπνίσματος σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (Smoking in Psychiatric Hospitals, SPH), το οποίο καταγράφει τις καπνισματικές συνήθειες των ψυχικά ασθενών, το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (ΕΓΥ) (General Health Questionnaire, GHQ), που ανιχνεύει τις ψυχικές διαταραχές των ασθενών, και η κλίμακα ολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας (ΚΟΕΛ) (Global Assessment Schedule, GAS), η οποία καταγράφει σφαιρικά τη λειτουργικότητα ενός ψυχικά ασθενούς σε συνδυασμό με την ψυχοπαθολογία του. **Διεξήχθη** πιλοτική μελέτη σε 100 ψυχικά ασθενείς και έγιναν οι αναγκαίες σταθμίσεις. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το ερωτηματολόγιο των Dickens et al δεν είναι ψυχομετρικό εργαλείο, αλλά ένα σύνολο διερευνητικών ερωτήσεων που αξιολογεί τις στάσεις και τις απόψεις των ψυχικά ασθενών και ως εκ τούτου δεν υπόκειται σε διαδικασίες στάθμισης ή ψυχομετρικού ελέγχου. Το ερωτηματολόγιο GHQ και η κλίμακα GAS αποτελούν εργαλεία, τα οποία έχουν υποβληθεί σε σταθμίσεις. Η παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών επέτρεψε να αναγνωριστεί ο τρόπος ομαδοποίησης, από τους ασθενείς, των διαφόρων θεμάτων με βάση τις δικές τους απαντήσεις. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η πιλοτική μελέτη και η στάθμιση των τριών ερωτηματολογίων δημιούργησαν ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο μπορεί να διερευνήσει τη στάση και τις αντιλήψεις των ψυχικά ασθενών σχετικά με τις καπνισματικές τους συνήθειες.

Η εκτίμηση της καπνισματικής συμπεριφοράς και της διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές υποκινείται από την επιστημονική διαπίστωση του ότι οι ψυχικά ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους ενισχύουν συνήθειες όπως το κάπνισμα, χωρίς βέβαια αυτό να αποκλείει και τη διάθεση των εν λόγω ασθενών για προσπάθεια διακοπής του. Επίσης, είναι σημαντική η συχνότητα της συνήθειας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να χρησιμοποιούν συχνά τα τσιγάρα ως ενισχυτές των επιθυμητών συμπεριφορών μέσα στο νοσοκομείο, προκαλώντας τροποποίηση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων

που σχετίζονται με το κάπνισμα.¹ Βέβαια, η υπόθεση ότι το κάπνισμα είναι μια μορφή αυτοχορηγούμενης θεραπείας για ορισμένα συμπτώματα αποθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας από το να υποστηρίξουν τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς τους.² Πράγματι, για πολλά έτη υπήρξε ανεκτικότητα και, ίσως, κατά κάποιον τρόπο, ενθάρρυνση για το κάπνισμα στον κλάδο της ψυχικής υγείας.³

Τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στους ασθενείς με ψυχικές νόσους ή και εξαρτήσεις οδηγούν και σε μεγάλο βαθμού νοσηρότητα και θνητότητα, ενώ επηρεάζουν την κοινωνική τους θέση και τον τρόπο ζωής τους. Περίπου οι

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2016, 33(4):498-505
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2016, 33(4):498-505

Μ. Κουράκος,¹
Θ. Καυκιά,²
Μ. Σαρίδη,³
Κ. Σουλιώτης,⁴
Ε. Κούκια⁵

¹Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

⁴Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

⁵Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

A research tool for
the measurement of attitudes
and beliefs of mentally ill patients
regarding their smoking habits

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Κάπνισμα
Λειτουργικότητα
Ψυχικά ασθενής
Ψυχική νόσος

Υποβλήθηκε 6.12.2015
Εγκρίθηκε 14.12.2015

μισοί από τους 443.000 πρώιμους θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) υπολογίζεται ότι συμβαίνουν σε ψυχικά ασθενείς. Επίσης, αυτοί ακριβώς οι πληθυσμοί πάσχουν από αναπηρίες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι ασθενείς με χρόνια βαριά ψυχική νόσο πεθαίνουν κατά μέσο όρο 25 έτη νωρίτερα απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός, κυρίως εξ αιτίας καρδιαγγειακών ή αναπνευστικών νοσημάτων και σακχαρώδους διαβήτη, νοσημάτων που επιδεινώνονται από το κάπνισμα.³

Εκτός των ανωτέρω, έχουν παρατηρηθεί αυξημένα κρούσματα πυρκαγιάς στον χώρο διαμονής και υλικές καταστροφές, που αποτελούν επίσης σημαντικό κόστος για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και το κοινωνικό σύνολο. Τέλος, το κάπνισμα είναι πιθανόν να επηρεάσει τη δυνατότητα ανεύρεσης και διατήρησης της εργασίας και συσχετίζεται με χαμηλότερη επαγγελματική επίδοση και μεγαλύτερο ποσοστό καθυστερήσεων και απουσιών από την εργασία.⁴

Παρ' ό,τι όλοι οι καπνιστές κινδυνεύουν από νοσηρότητα και θνητότητα σχετιζόμενη με το κάπνισμα, η στενή και περίπλοκη σχέση μεταξύ καπνίσματος και ψυχιατρικών διαταραχών εκθέτει τους ψυχικά ασθενείς καπνιστές σε περισσότερους κινδύνους.⁵ Ο επιπολασμός του καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς είναι σημαντικά υψηλότερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό.⁶⁻⁹

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης των στάσεων και των απόψεων ψυχικά ασθενών σχετικά με τις καπνισματικές τους συνήθειες, σε σχέση με το περιβάλλον νοσηλείας, τη νόσο τους, το επίπεδο λειτουργικότητας και τη συννοσηρότητά τους. Στη συνέχεια, το εν λόγω εργαλείο θα δοκιμαστεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο καπνίσματος σε ψυχιατρικά νοσοκομεία (Smoking in Psychiatric Hospitals, SPH),¹⁰ το οποίο καταγράφει τις καπνισματικές συνήθειες των ψυχικά ασθενών, το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (ΕΓΥ) (General Health Questionnaire, GHQ), που ανιχνεύει τις ψυχικές διαταραχές των ασθενών, και η κλίμακα ολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας (ΚΟΕΛ) (Global Assessment Schedule, GAS), η οποία καταγράφει σφαιρικά τη λειτουργικότητα ενός ψυχικά ασθενούς σε συνδυασμό με την ψυχοπαθολογία του.

Ερωτηματολόγιο καπνίσματος

Το ερωτηματολόγιο καπνίσματος "Smoking in Psychiatric Hospitals"¹⁰ έχει τη μορφή ημιδομημένης συνέντευξης. Οι ερωτήσεις διερευνούν τις καπνισματικές συνήθειες των ψυχικά ασθενών

που νοσηλεύονται σε ενδονοσοκομειακές όσο και σε εξωνοσοκομειακές δομές, καθώς και τους παράγοντες που επιδρούν στη διακοπή του καπνίσματος. Οι ενότητες του ερωτηματολογίου αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία, όπου διερευνώνται η ηλικία, το φύλο, ο τόπος γέννησης, ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και η οικονομική κατάσταση των ασθενών. Επίσης, καταγράφονται στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο, όπως η πρωτοπαθής ψυχική νόσος, η ημερομηνία πρώτης διάγνωσης, ο αριθμός προηγούμενων νοσηλείων, η νομική κατάσταση, η φαρμακευτική αγωγή και η συμμόρφωση, καθώς και το τμήμα νοσηλείας. Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου αφορούσε στο ιστορικό καπνισματικών συνηθειών και της πιθανής διακοπής του καπνίσματος. Επίσης, περιγράφονται οι λόγοι που βοηθούν ή αποτρέπουν στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν στον χώρο νοσηλείας τους σχετικά με το κάπνισμα. Στο τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου διερευνώνται οι απόψεις και οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τις συνθήκες οι οποίες επικρατούν στο τμήμα που νοσηλεύονται και η σχέση με τον νοσηλευτή αναφοράς. Στο τέταρτο τμήμα περιγράφεται η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, οι λόγοι που οδήγησαν στην έναρξή του, ο αριθμός των τσιγάρων/ ημέρα, ο τύπος τσιγάρων, η γνώση του ασθενούς για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, καθώς και η συννόσηση με οργανική νόσο. Τέλος, στην τελευταία ενότητα παρέχεται η ευκαιρία στον συμμετέχοντα να αναπτύξει ελεύθερα δικές του παρατηρήσεις και επισημάνσεις σε σχέση με το κάπνισμα.

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε αρχικά από τα Αγγλικά στα Ελληνικά (forward translation) και στη συνέχεια έγινε φιλολογική επιμέλεια, ώστε να αντιστοιχεί στους κανόνες και στο λεξιλόγιο της ελληνικής γλώσσας. Κατόπιν έγινε αντίστροφη μετάφραση (backward translation) από τα Ελληνικά στα Αγγλικά, και η μετάφραση που προέκυψε συγκρίθηκε με την αρχική εκδοχή στα Αγγλικά, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι δεν παρερμηνεύτηκε κάποιο τμήμα του κατά τη διαδικασία της προσαρμογής. Μετά από τις τελικές διορθώσεις, προέκυψε η εκδοχή που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα πιλότο.

Πρέπει να επισημανθεί ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν είναι ψυχομετρικό εργαλείο, αλλά ένα σύνολο διερευνητικών ερωτήσεων που αξιολογεί τις στάσεις και τις απόψεις των ψυχικά ασθενών. Επομένως, δεν υπόκειται σε διαδικασίες στάθμισης ή ψυχομετρικού ελέγχου (όπως π.χ. αξιολόγηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του).

Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας

Το ΕΓΥ είναι μια αυτοσυμπληρούμενη δοκιμασία, με σκοπό την ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών σε άτομα που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας. Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο και συνήθως γίνεται αποδεκτό από τους συμμετέχοντες, δεδομένου ότι διακρίνεται για τη συντομία του. Εφόσον είναι αυτοσυμπληρούμενο, δεν επηρεάζεται από τις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ερευνητή, σε αντίθεση με τις κλίμακες βαθμολόγησης.

Η αρχική μορφή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου¹¹ περιείχε 140 ερωτήσεις, από τις οποίες εξαιρέθηκαν 39, γιατί μείωναν

την ευαισθησία, και άλλες 8 ακόμη, γιατί ελάττωναν την ειδικότητα του. Οι υπόλοιπες 93 ερωτήσεις αναλύθηκαν με τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών (principal component analysis) και προέκυψαν πέντε παράγοντες (πίν. 1). Από τις 93 αυτές ερωτήσεις, επιλέχθηκαν εκείνες οι 60 που διέκριναν καλύτερα τους «υγιείς» από τους «ασθενείς», μια διαδικασία η οποία εγγυάται την υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου του (content validity).

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου με τη μέθοδο της διαίρεσης στα δύο (split-half method) ήταν πολύ υψηλή (0,95). Για τη μελέτη της εξωτερικής εγκυρότητάς του διενεργήθηκαν μελέτες με παράλληλη χορήγηση του ερωτηματολογίου και σταθμισμένης (standardised) ψυχιατρικής συνέντευξης και η συνολική βαθμολογία είχε δείκτη συσχέτισης που κυμάνθηκε στο 0,76–0,80 με τη συνολική βαθμολογία. Γενικά, η ευαισθησία του είναι αποδεκτά υψηλή και ανέρχεται στο 90% περίπου, ενώ η ειδικότητά του περίπου στο 85%.¹²

Εκτός από την πλήρη μορφή του ερωτηματολογίου με 60 θέματα (GHQ-60) έχει δημιουργηθεί και ένας αριθμός από συντομότερες μορφές που έχουν παραγοντική δομή, όπως παρουσιάζονται παρακάτω.¹³ Το GHQ-30, που αποτελείται από έξι παράγοντες (γενικός, σωματικά συμπτώματα, διαταραχές ύπνου, κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος και δυσφορία, σοβαρή κατάθλιψη) και ερμηνεύει το 53,5% της διακύμανσης του αρχικού GHQ-60. Το GHQ-12, που χρησιμοποιείται ως σύντομη δοκιμασία ανίχνευσης-ελέγχου (screening test) με τρεις παράγοντες (γενικός, κοινωνική δυσλειτουργία, απώλεια εμπιστοσύνης και κατάθλιψη). Το GHQ-20, το οποίο, όμως, δεν χρησιμοποιείται ιδιαίτερα συχνά. Τέλος, το GHQ-28 ή κλιμακωτό GHQ (scaled),¹⁴ που ερμηνεύει το 48% της διακύμανσης του αρχικού GHQ-60. Πρόκειται για τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη μορφή και έχει το πλεονέκτημα ότι διαχωρίζει καλύτερα από όλες τις μορφές το άγχος από την κατάθλιψη. Αποτελείται από τέσσερις κλίμακες (σωματικά συμπτώματα, άγχος και αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη), κάθε μια από τις οποίες απαρτίζεται από 7 ερωτήσεις.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το κλιμακωτό GHQ-28, όπως προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα¹³ και δημοσιεύτηκε διεθνώς.¹⁵ Κάθε μια από τις χρησιμοποιούμενες ερωτήσεις διερευνά αν το άτομο έχει πρόσφατα εμφανίσει ένα ορισμένο σύμπτωμα ή είδος συμπεριφοράς, με μια κλίμακα που εκτείνεται από το «λιγότερο απ'όσο συνήθως» μέχρι το «πολύ περισσότερο απ'όσο συνήθως».¹⁶ Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος των απαντήσεων, όταν έχουν συμπληρωθεί οι μισές

ή περισσότερες απαντήσεις. Η μεγαλύτερη βαθμολογία στο GHQ αντιστοιχεί και σε μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία.

Κλίμακα ολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας

Η ανάγκη για την ανάπτυξη και εφαρμογή μιας μεθοδολογίας που να αποκαλύπτει και να καταγράφει σφαιρικά τη λειτουργικότητα ενός ψυχικά ασθενούς σε συνδυασμό με την ψυχοπαθολογία του και το πώς επηρεάζει τη συνολική σοβαρότητα της κατάστασής του, οδήγησε στον σχεδιασμό κλιμάκων σφαιρικής λειτουργικότητας. Η πιο ευρέως διαδεδομένη και χρησιμοποιούμενη είναι η κλίμακα ολικής (ή σφαιρικής) εκτίμησης της λειτουργικότητας (ΚΟΕΛ).¹⁷ Οι δημιουργοί της εν λόγω κλίμακας προσπάθησαν να συνδυάσουν την ανίχνευση της ύπαρξης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων με την παράλληλη επίδρασή τους στη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Η κλίμακα διαιρείται σε 10 ίσα διαστήματα, καθένα από τα οποία υποδιαιρείται σε 10 μικρότερες βαθμίδες (λειτουργικότητα από 1–100). Με βάση τους δημιουργούς της, η κλίμακα GAS παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα συντρέχουσας εγκυρότητας (concurrent validity).¹⁷ Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται από την τέταρτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) ως ο πέμπτος άξονας διάγνωσης (Axis V) στο πολυαξονικό σύστημα ταξινόμησης.

Το πλεονέκτημα της συγκεκριμένης κλίμακας είναι ότι συμπυκνώνει όλη τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε μία μόνο βαθμολογία ακριβείας. Το μειονέκτημά της είναι ότι πρόκειται για κλίμακα αξιολόγησης που στηρίζεται στην υποκειμενική άποψη του χορηγητή. Υπό αυτή την έννοια αλληλοσυμπληρώνεται με το ερωτηματολόγιο GHQ, που είναι επίσης αυτοσυμπληρούμενο. Η εν λόγω κλίμακα έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και βρέθηκαν ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας.¹⁸

Αξιολόγηση των ερωτηματολογίων

Στο πλαίσιο της αξιολόγησης της αξιοπιστίας, υπολογίστηκε η εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακας του ερωτηματολογίου GHQ, ενώ ως ένδειξη εγκυρότητας υπολογίστηκε η συσχέτιση όλων των υποκλιμάκων του μεταξύ τους και με την κλίμακα ΚΟΕΛ. Επειδή οι ερωτήσεις για το κάπνισμα δεν συνιστούσαν ενιαίο ερωτηματολόγιο, έγινε παραγοντική ανάλυση αντιστοιχιών και αξιολογήθηκαν οι παράγοντες που προέκυψαν.

Πίνακας 1. Παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση αρχικών συνιστωσών του ερωτηματολογίου γενικής υγείας (GHQ).

Αριθμός του παράγοντα	Δυνητικό περιγραφικό όνομα	Ποσοστό διακύμανσης που αντιστοιχεί (%)
1	Γενικός παράγοντας (βαρύτητα της νόσου)	45,6
2	Ψυχική κατάθλιψη έναντι σωματικής κατάθλιψης	3,3
3	Ανησυχία έναντι απάθειας	2,6
4	Άγχος τη νύκτα έναντι άγχους κατά την ημέρα	2,1
5	Προσωπική παραμέληση έναντι ευερεθιστότητας	1,9

Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου γενικής υγείας και της κλίμακας ολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2, το ερωτηματολόγιο GHQ είχε εξαιρετική εσωτερική συνέπεια, καθώς ο συντελεστής α του Cronbach είχε τιμές $>0,8$ σε όλες τις υποκλίμακες και ανήλθε σχεδόν στο 0,95 για τη συνολική κλίμακα. Για την κλίμακα GAS δεν μπορεί να υπολογιστεί η εσωτερική συνέπεια, αφού αποτελείται από μία μόνο βαθμολογία (μονοδιάστατη μέτρηση).

Από τον πίνακα 3 φαίνεται ότι οι συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου GHQ κυμάνθηκαν από 0,553–0,714, εύρημα που αναμένεται μιας και μετρούν σχετικές αλλά διακριτές μεταξύ τους περιοχές ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων. Οι συσχετίσεις των υποκλιμάκων με τη γενική κλίμακα ήταν πολύ υψηλές (0,814–0,866), ενώ παρατηρήθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα GAS, με συντελεστές συσχέτισης r του Pearson μεταξύ -0,362 και -0,511. Το αρνητικό πρόσημο υποδεικνύει την αντίστροφη φορά των εργαλείων. Επομένως, οι ασθενείς με μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, όπως μετρήθηκε από το ερωτηματολόγιο GHQ, είχαν και μικρότερη λειτουργικότητα, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα GAS και αντίστροφα.

Ανάλυση κύριων συνιστωσών στις ερωτήσεις περί καπνίσματος

Για να διασαφηνιστούν οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα, τη διακοπή του καπνίσματος και το κάπνισμα στο νοσοκομείο διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση (ανάλυση κύριων συνιστωσών – principal components analysis) που περιλάμβανε

Πίνακας 2. Εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακας του ερωτηματολογίου γενικής υγείας (GHQ) με τη μορφή του συντελεστή α του Cronbach.

Κλίμακα του GHQ	Cronbach α
A. Σωματικά συμπτώματα	0,803
B. Άγχος και αύπνια	0,815
Γ. Κοινωνική δυσλειτουργία	0,901
Δ. Σοβαρή κατάθλιψη	0,923
Συνολική κλίμακα	0,944

Πίνακας 3. Ταυτόχρονη εγκυρότητα των υποκλιμάκων, της συνολικής κλίμακας του ερωτηματολογίου γενικής υγείας (GHQ) και της κλίμακας εκτίμησης λειτουργικότητας (GAS) με τη μορφή των συντελεστών συσχέτισης r του Pearson μεταξύ τους.

Κλίμακα του GHQ	GHQ A	GHQ B	GHQ Γ	GHQ Δ	GHQ Σύνολο	GAS
A. Σωματικά συμπτώματα	1,000	0,714	0,553	0,591	0,835	-0,392
B. Άγχος και αύπνια		1,000	0,582	0,656	0,866	-0,362
Γ. Κοινωνική δυσλειτουργία			1,000	0,625	0,814	-0,474
Δ. Σοβαρή κατάθλιψη				1,000	0,865	-0,487
Συνολική κλίμακα GHQ					1,000	-0,511

Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $p < 0,01$

όλες τις ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν στις στάσεις και στις συμπεριφορές των ασθενών σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή του, ανεξαρτήτως του τρόπου μέτρησής (βαθμολόγησής) τους, στηριζόμενη στη μεταξύ τους συσχέτιση.

Η παραγοντική ανάλυση, η οποία διενεργήθηκε, ερμηνεύει το 64,8% της μεταβλητότητας των ερωτήσεων που συμπεριλήφθηκαν. Χρησιμοποιώντας το κριτήριο του Kaiser (ιδιοτιμή >1) και περιστροφή κατά Varimax επιλέχθηκαν 7 διακριτοί παράγοντες. Στον πίνακα 4 καταγράφονται τα βάρη (loadings) με τα οποία φόρτισε η κάθε ερώτηση στους 7 παράγοντες της ανάλυσης. Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με τον παράγοντα στον οποίο φορτίζουν υψηλότερα.

Οι 7 παράγοντες οι οποίοι προέκυψαν από την ανάλυση, οι ερωτήσεις που συναποτελούν αυτούς, καθώς και η νοηματοδότηση και η ονοματοθεσία τους παρουσιάζονται παρακάτω.

Παράγοντας πρώτος που σχηματίζεται από τις ερωτήσεις «Βλέποντας άλλους ασθενείς να καπνίζουν θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα», «Η ατμόσφαιρα με καπνό θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα» και «Βλέποντας το προσωπικό να καπνίζει, θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα» αφορά στην άποψη των ασθενών σχετικά με την επίδραση του περιβάλλοντος του νοσοκομείου (έμφυχο και άφυχο) στην προσπάθειά τους για διακοπή του καπνίσματος και μπορεί να ονομαστεί συνοπτικά ως «Δυσκολίες για διακοπή καπνίσματος στο νοσοκομειακό περιβάλλον».

Ο δεύτερος παράγοντας σχηματίζεται από τις ερωτήσεις «Πρέπει να επιτρέπεται στο προσωπικό να καπνίζει στην εργασία», «Οι κανόνες για το κάπνισμα στο τμήμα είναι σωστοί» και «Θα πρέπει να επιτρέπεται στους επισκέπτες να καπνίζουν μαζί με τους ασθενείς». Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται εξ ολοκλήρου στους κανόνες καπνίσματος στο περιβάλλον του νοσοκομείου και συνοπτικά ονοματίζεται «Άποψη για κανόνες καπνίσματος στο νοσοκομειακό περιβάλλον».

Ο τρίτος παράγοντας σχηματίζεται από τις ερωτήσεις «Είναι σημαντικό για τα μέλη του προσωπικού να δίνουν το καλό παράδειγμα στους ασθενείς, αποφεύγοντας οι ίδιοι να καπνίζουν», «Το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα» και «Μπορώ να συνεργαστώ καλύτερα με πρόσωπο αναφοράς που καπνίζει παρά με κάποιον που δεν καπνίζει», όπου η τελευταία ερώτηση φορτίζει

Πίνακας 4. Παραγοντική ανάλυση κύριων συνιστωσών στις απόψεις και τις συμπεριφορές των ασθενών σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή του.

Ερώτηση	1	2	3	4	5	6	7
Βλέποντας άλλους ασθενείς να καπνίζουν, θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα	0,89	-0,10	0,09	-0,03	0,07	0,04	0,06
Η ατμόσφαιρα με καπνό θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα	0,87	-0,06	0,05	-0,03	0,06	-0,02	0,00
Βλέποντας το προσωπικό να καπνίζει, θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα	0,83	-0,20	0,03	0,05	0,02	0,07	0,10
Πρέπει να επιτρέπεται στο προσωπικό να καπνίζει στην εργασία	-0,17	0,71	-0,22	0,06	0,15	-0,14	0,02
Οι κανόνες για το κάπνισμα στο τμήμα είναι σωστοί	0,00	0,70	-0,05	-0,06	-0,23	0,28	-0,23
Θα πρέπει να επιτρέπεται στους επισκέπτες να καπνίζουν μαζί με τους ασθενείς	-0,31	0,65	-0,14	0,09	0,23	-0,06	0,14
Μπορώ να συνεργαστώ καλύτερα με πρόσωπο αναφοράς που καπνίζει παρά με κάποιον που δεν καπνίζει	0,17	0,09	-0,77	-0,02	-0,10	-0,05	-0,02
Είναι σημαντικό για τα μέλη του προσωπικού να δίνουν το καλό παράδειγμα στους ασθενείς, αποφεύγοντας οι ίδιοι να καπνίζουν	0,29	-0,20	0,73	-0,11	-0,12	0,05	0,08
Το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα	0,40	-0,09	0,63	-0,08	-0,19	0,24	-0,04
Πάσχετε από χρόνιες ασθένειες;	-0,03	-0,02	0,01	0,85	-0,06	-0,01	-0,07
Σας συμβούλευσε κάποιος ιατρός να σταματήσετε το κάπνισμα αμέσως;	0,01	0,07	-0,11	0,82	-0,11	0,07	0,00
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	0,00	0,09	-0,02	-0,06	0,74	-0,01	0,05
Είναι πολύ δύσκολο να σταματήσω το κάπνισμα;	0,13	0,01	-0,05	-0,12	0,69	0,19	-0,04
Θα εμπιστευόμουν περισσότερο ένα πρόσωπο αναφοράς που δεν καπνίζει παρά ένα που καπνίζει;	0,13	-0,36	-0,24	-0,05	-0,20	0,63	0,10
Το πρόσωπο αναφοράς σου καπνίζει;	0,09	0,07	0,23	0,00	0,07	0,59	0,01
Βλέπετε το προσωπικό να καπνίζει στην εργασία;	-0,07	0,06	0,09	0,08	0,19	0,57	0,03
Δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό για να σταματήσω το κάπνισμα	0,05	-0,25	-0,02	0,03	0,21	-0,01	0,75
Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσω το κάπνισμα	0,11	0,25	0,10	-0,14	-0,24	0,13	0,75

Με πλάγια γραφή σημειώνεται σε κάθε ερώτηση η μεγαλύτερη φόρτιση, η οποία και κρίνει σε ποιον παράγοντα θα ομαδοποιηθεί

αρνητικά, δηλαδή αντίστροφα με τις προηγούμενες. Ο εν λόγω παράγοντας αναφέρεται στην άποψη που έχουν οι ασθενείς για το κατά πόσο το κάπνισμα του προσωπικού επιδρά (ή όχι) στην προσπάθειά τους για διακοπή του καπνίσματος και ονομάζεται «Άποψη για σχέση με προσωπικό στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος».

Ο τέταρτος παράγοντας σχηματίζεται από τις ερωτήσεις «Πάσχετε από χρόνιες ασθένειες;» και «Σας συμβούλευσε κάποιος ιατρός να σταματήσετε το κάπνισμα αμέσως;» και αναφέρεται στην αντίληψη των ασθενών σχετικά με το κατά πόσο είναι επείγον να διακόψουν το κάπνισμα λόγω προβλημάτων υγείας. Μπορεί να ονομαστεί συνοπτικά ως «Αντίληψη για διακοπή καπνίσματος λόγω προβλήματος υγείας».

Ο πέμπτος παράγοντας σχηματίζεται από τις ερωτήσεις «Είναι πολύ δύσκολο να σταματήσω το κάπνισμα» και «Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;», με τον τελευταίο παράγοντα να φορτίζει αρνητικά, δηλαδή αντίστροφα από τον προηγούμενο. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αναφέρεται στο πόσο δύσκολα βρίσκουν οι ασθενείς το στόχο για διακοπή του καπνίσματος και συνοπτικά ονομάζεται «Αντιληπτή δυσκολία διακοπής καπνίσματος».

Ο έκτος παράγοντας σχηματίζεται από τις ερωτήσεις «Θα εμπιστευόμουν περισσότερο ένα πρόσωπο αναφοράς που δεν καπνίζει παρά ένα που καπνίζει», «Το πρόσωπο αναφοράς σου καπνίζει;» και «Βλέπετε το προσωπικό να καπνίζει στην εργασία;», που έχουν ως κοινό σημείο το γεγονός να έχει συνηθίσει ο ασθενής να είναι με πρόσωπο αναφοράς και γενικότερα προσωπικό που δεν καπνίζει. Συνοπτικά, μπορεί να ονομαστεί «Άποψη για κάπνισμα προσώπου αναφοράς».

Τέλος, ο έβδομος παράγοντας συναποτελείται από τις ερωτήσεις «Δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό για να σταματήσω το κάπνισμα» και «Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσω το κάπνισμα», αφορά δηλαδή στα κίνητρα που παρέχονται για τη διακοπή καπνίσματος και μπορεί συνοπτικά να ονομαστεί «Κίνητρα για διακοπή καπνίσματος».

Στην ανάλυση των ερωτήσεων που αναφέρονταν στην «πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» και στην «παρελθοντική προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος», η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτομική. Στη μονομεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε η απλή λογιστική παλινδρόμηση (single logistic regression) με ανεξάρτητες μεταβλητές όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου των

Dickens et al, όλα τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά, όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου GHQ και την κλίμακα GAS. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε η πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multiple logistic regression) με ανεξάρτητες μεταβλητές όσες είχαν προκύψει στη μονομεταβλητή ανάλυση να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, για την «πρόθεση διακοπής καπνίσματος» οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν ο παράγοντας 3, οι υποκλίμακες A (σωματικά συμπτώματα) και B (άγχος και αϋπνία) του ερωτηματολογίου GHQ, το φύλο, η εκπαίδευση και η θέση της δομής, ενώ για την «παραελθοντική προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος» οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι παράγοντες 1, 3, 4 και 6, η ηλικία, τα έτη καπνίσματος, η υποκλίμακα Δ (σοβαρή κατάθλιψη) του ερωτηματολογίου GHQ, η νομική επιτήρηση και η θέση της δομής. Ως ένδειξη του ποσοστού μεταβλητότητας που ερμηνεύεται από τις μεταβλητές, καταγράφηκε ο προσδιοριστικός συντελεστής R^2 κατά Nagelkerke.

Στην ανάλυση των παραγόντων του ερωτηματολογίου των Dickens et al η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική. Στη μονομεταβλητή ανάλυση ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν όλα τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά, όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου GHQ και η κλίμακα GAS και εφαρμόστηκε η μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης (one-way analysis of variance) για τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές και ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson για τις ποσοτικές ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, με ανεξάρτητες μεταβλητές όσες είχαν προκύψει στη μονομεταβλητή ανάλυση να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, στην πολυμεταβλητή ανάλυση για τον παράγοντα 1 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η νομική επιτήρηση, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, η θέση της δομής, η ηλικία, ο αριθμός προηγούμενων νοσηλειών, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και η υποκλίμακα Δ (σοβαρή κατάθλιψη) του ερωτηματολογίου GHQ, για τον παράγοντα 2 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η θέση της δομής και η συχνότητα καπνίσματος, για τον παράγοντα 3 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η διαγνωστική κατηγορία, η θέση της δομής, ο αριθμός νοσηλειών και η υποκλίμακα Γ (κοινωνική δυσλειτουργία) του ερωτηματολογίου GHQ, για τον παράγοντα 4 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η παρουσία παιδιών, η διαγνωστική κατηγορία, η νομική επιτήρηση, η λήψη αντικαταθλιπτικών, το είδος τσιγάρων, η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, ο αριθμός νοσηλειών και η διάρκεια καπνίσματος, για τον παράγοντα 5 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η θέση της δομής, ο αριθμός νοσηλειών, η συχνότητα καπνίσματος, η διάρκεια καπνίσματος, η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου GHQ και όλες οι υποκλίμακές του, για τον παράγοντα 6 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η διαγνωστική κατηγορία, η λήψη αντιεπιληπτικών, η θέση της δομής και ο αριθμός νοσηλειών, ενώ για τον παράγοντα 7 οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η ηλικία και η διάρκεια καπνίσματος. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

Μελέτη πιλότος

Για την ανίχνευση της εγκυρότητας της εν λόγω ερευνητικής προσέγγισης (ημιδομημένη συνέντευξη βάσει ερωτηματολογίου) και της εύκολης κατανόησης και αποδοχής του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου από τον πληθυσμό των ψυχικά ασθενών, διεξήχθη η παρούσα πιλοτική έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, προσεγγίστηκαν 100 ασθενείς σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής, από τους οποίους, τελικά, συμμετείχαν στην έρευνα οι 80 ασθενείς (ποσοστό ανταπόκρισης 80%). Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στους χώρους διαμονής των ασθενών, ώστε να αισθάνονται άνεση και ασφάλεια.¹⁹ Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φάνηκε ότι η επιλογή του ερευνητικού εργαλείου ήταν ορθή, αφού μετρά ικανοποιητικά τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των ψυχικά ασθενών σχετικά με τις καπνισματικές τους συνήθειες. Συνολικά, η διεξαγωγή της πιλοτικής μελέτης κρίθηκε επιτυχής και κατέδειξε την ορθή πορεία προς τη συνέχιση της κυρίως έρευνας.¹⁹

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το εργαλείο το οποίο επιλέχθηκε για τη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των ψυχικά ασθενών σχετικά με τις καπνισματικές τους συνήθειες θεωρείται κατάλληλο, έγκυρο και αξιόπιστο, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο και όχι μόνο. Η ανάλυση κύριων συνιστωσών επιτρέπει να αναγνωριστεί ο τρόπος ομαδοποίησης, από τους ασθενείς, των διαφόρων θεμάτων με βάση τις δικές τους απαντήσεις. Όπως φαίνεται από την εν λόγω ανάλυση, οι απόψεις των ασθενών για τα θέματα της έρευνας ομαδοποιούνται σε επτά σχετικές αλλά διακριτές μεταξύ τους κατηγορίες (που δεν είναι απαραίτητα οι κατηγορίες, τις οποίες είχαν εξ αρχής στο μυαλό τους οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου).

Οι ασθενείς διέκριναν ως σημαντικά θέματα τους κانونές καπνίσματος, την άποψή τους για το κάπνισμα του προσώπου αναφοράς και την άποψή τους για τη σχέση τους με το προσωπικό στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Επίσης, διέκριναν την προσωπική δυσκολία τους για διακοπή καπνίσματος (ότι ήταν βαρείς καπνιστές οι ίδιοι) από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη διακοπή καπνίσματος, ειδικά στο νοσοκομειακό περιβάλλον (ότι καπνίζουν και οι άλλοι).

Τέλος, ήταν σε θέση να ξεχωρίζουν τα κίνητρα διακοπής του καπνίσματος που παρέχονταν από το προσωπικό (ενθάρρυνση, πληροφορίες), από τους λόγους υγείας που μπορούσε να τους κινητοποιούν στη διακοπή καπνίσματος.

ABSTRACT

A research tool for the measurement of attitudes and beliefs of mentally ill patients regarding their smoking habits

M. KOURAKOS,¹ T. KAFKIA,² M. SARIDI,³ K. SOULIOTIS,⁴ E. KOUKIA⁵

¹Department of Nursing, "Asklepieio" Voulas General Hospital, Athens, ²Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute, Thessaloniki, ³Department of Nursing, General Hospital of Korinthos, Korinthos, ⁴Faculty of Social and Political Sciences, University of the Peloponnese, Korinthos, ⁵Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2016, 33(4):498–505

OBJECTIVE To develop a tool for measuring the attitudes and beliefs of mentally ill patients regarding their smoking habits. **METHOD** The research tools selected for this study were: (a) Smoking in psychiatric hospitals, constructed by Dickens and colleagues, which records the smoking routine of mentally ill patients, (b) the General Health Questionnaire (GHQ) which detects mental disorders, and (c) the Global Assessment Schedule (GAS) which records the functionality of mentally ill patients coupled with their psychopathology. A pilot study was conducted with 100 mentally ill patients, and the necessary weighting was performed. **RESULTS** The Dickens et al questionnaire is not a psychometric tool, but a set of exploratory questions to assess the attitudes and beliefs of the mentally ill, and is therefore not subject to weighting or psychometric testing procedures. The GHQ scale and GAS are tools that have been weighted. Factorial correspondence analysis helps researchers to look into the way the patients group various subjects based on their own answers. **CONCLUSIONS** This pilot study with the weighting of the questionnaires, created a valid and reliable tool that can be used to explore the attitudes and beliefs of mentally ill patients regarding their smoking habits.

Key words: Functionality, Mental disease, Mentally ill, Smoking

Βιβλιογραφία

- OLIVIER D, LUBMAN DI, FRASER R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: A biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 2007, 41:572–580
- ZIEDONIS D, HITSMAN B, BECKHAM JC, ZVOLENSKY M, ADLER LE, AUDRAIN-McGOVERN J ET AL. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008, 10:1691–1715
- SCHROEDER SA, MORRIS CD. Confronting a neglected epidemic: Tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health* 2010, 31:297–314
- ZIEDONIS DM, WILLIAMS JM. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatr* 2003, 16:305–315
- AUBIN HJ, ROLLEMA H, SVENSSON TH, WINTERER G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2012, 36:271–284
- LASSER K, BOYD JW, WOOLHANDLERS, HIMMELSTEIN DU, McCORMICK D, BOR DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000, 284:2606–2610
- DE LEON J, DIAZ FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005, 76:135–157
- LISING-ENRIQUEZ K, GEORGE TP. Treatment of comorbid tobacco use in people with serious mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2009, 34:E1–E2
- GRANT BF, HASIN DS, CHOU SP, STINSON FS, DAWSON DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:1107–1115
- DICKENS G, STUBBS J, POPHAM R, HAW C. Smoking in a forensic psychiatric service: A survey of inpatients' views. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005, 12:672–678
- GOLDBERG DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, England, 1978
- VIEWEG BW, HEDLUND JL. The General Health Questionnaire (GHQ): A comprehensive review. *J Oper Psych* 1983, 14:74–81
- ΜΟΥΤΖΟΥΚΗΣ Χ, ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ Γ, ΚΑΡΑΣΤΕΡΓΙΟΥ Α. Εγχειρίδιο ερωτηματολογίου γενικής υγείας (ΕΓΥ). Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 1990
- GOLDBERG DP, HILLIER VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979, 9:139–145
- GARYFALLOS G, KARASTERGIΟΥ Α, ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΜΟΥΤΖΟΥΚΗΣ C, ΑΛΑΓΙΟΖΙΔΟΥ Ε, ΜΑΛΑ Δ ET AL. Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:371–378
- WILLMOTT SA, BOARDMAN JA, HENSHAW CA, JONES PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its

- threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:613–617
17. ENDICOTT J, SPITZER RL, FLEISS JL, COHEN J. The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33:766–771
18. ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΓ. Κλίμακα ολικής εκτίμησης της λειτουργικότητας (GAS). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της στον ελληνικό χώρο. *Εγκέφαλος* 1987, 24:97–100
19. ΚΟΥΡΑΚΟΣ Μ, ΚΟΥΚΙΑ Ε. A study of patients' smoking habits in a psychiatric hospital. *IJCS* 2014, 7:592–601

Corresponding author:

M. Kourakos, 17 G. Kondili street, GR-174 55 Alimos, Greece
e-mail: mixkourakos@hotmail.com

