



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ"

υπό

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΑΠΠΑ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπουσα: Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
2. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, ΠΓΝ Λάρισας
3. Μαρία Νταλούκα, Επιμελήτρια Β' Αναισθησιολογίας, Αναισθησιολογική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας

Αναπληρωματικό μέλος:

Αργυρώ Πετσίτη, Διευθύντρια Αναισθησιολογίας, ΠΓΝ Λάρισας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

**THE ROLE OF PERSONALITY IN PAIN
ANXIETY**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κοράκη Ελένη, Αναπληρώτρια Συντονίστρια- Διευθύντρια αναισθησιολογικού τμήματος του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

Σίμογλου Στυλιανή, Προϊσταμένη αναισθησιολογικού τμήματος του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

Δούφαλης Βασίλειος, Υπεύθυνος ΤΕ νοσηλευτής αναισθησιολογικού τμήματος του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

Πουπάκη Αναστασία, ΤΕ νοσηλεύτρια αναισθησιολογικού τμήματος του νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»- υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου

Περίληψη

Στην παρούσα έρευνα διερευνάται το φαινόμενο του πόνου σε σχέση με τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του, καθώς και η επίδραση των χαρακτηριστικών αυτών στην αντίληψη του ατόμου και την διαχείριση του πόνου. Για τις ανάγκες της έρευνας αξιοποιήθηκε η κλίμακα PASS-20 για την διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων και η κλίμακα EPQ για τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους. Διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες τείνουν να αποφύγουν την αντιμετώπιση του πόνου. Ο φόβος, το άγχος και οι επιπτώσεις του άγχους που σχετίζεται με τον πόνο, σχετίζονται με την αύξηση της ηλικίας, ενώ τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται σε υψηλότερο επίπεδο στους άντρες από ότι στις γυναίκες.

Λέξεις-κλειδιά: Πόνος, αντιμετώπιση του πόνου, άγχος του πόνου

Abstract

In this research, the phenomenon of pain is investigated in relation to its biological, psychological and social characteristics, as well as the effect of these characteristics on the individual's perception and pain management. For the needs of the research, the PASS-20 scale was used to investigate the psychological characteristics of the respondents and the EPQ scale was used to determine their personality characteristics. It was found that participants tended to avoid dealing with pain. Fear, anxiety, and the effects of pain-related stress are associated with increasing age, and these characteristics are present at a higher level in men than in women.

Key words: Pain, pain management, pain anxiety

Key words:

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη 4

Abstract 5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1	Εισαγωγή.....	9
1.1	Η αντίληψη του ανθρώπου για τον πόνο.....	11
1.2	Η απόκριση στον πόνο	12
1.3	Βιολογικά και γνωστικά-συμπεριφορικά μοντέλα πόνου	13
1.4	Διαχείριση ασθενούς με χρόνιο πόνο.....	14
1.5	Παράγοντες προδιάθεσης για την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου	15
1.5.1	Ψυχικές διαταραχές.....	15
1.5.2	Πόνος και κατάθλιψη.....	16
1.5.3	Αντικαταθλιπτικά και χρόνιος πόνος.....	17
1.5.4	Πόνος και άγχος.....	18
1.5.5	Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες.....	19
1.5.6	Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.....	20
1.6	Ψυχικοί παράγοντες και ποιότητα ζωής ασθενών	20
1.7	Συμπεριφορά πόνου	21
1.8	Στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου	22
1.9	Η στάση του υποκείμενου	23
1.10	Στάση και κίνητρο	24
1.11	Μοτίβα εγκατάστασης στάσης.....	25
1.12	Η εγκατάσταση ως εξελικτική διαδικασία	26
1.13	Τύποι στάσεων και η δομή τους.....	26
1.14	Εγκαταστάσεις στάσεων πόνου.....	27
1.15	Εργαλεία αναγνώρισης της στάσης	29
1.16	Σύνοψη μεθόδων	30
1.16.1	Η έρευνα για τις στάσεις πόνου (SOPA).....	30
1.16.2	Το ερωτηματολόγιο Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBAPI).....	30
1.16.3	The Cognitive Risk Profile (CRP, DeGood, 1996).....	31

1.16.4 Ερωτηματολόγιο The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ)	32
1.17 Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και οι στάσεις.....	32
Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία/Methods	34
2.1 Υλικό και μέθοδος.....	34
2.2 Δείγμα	35
2.3 Διαδικασία	35
2.4 Εργαλεία και κλίμακες μέτρησης	35
2.4.1 Κλίμακας PASS-20, για τη μέτρηση του άγχους σχετικά με τον πόνο.....	35
2.4.2 Κλίμακα EPQ για τη μέτρηση των διαστάσεων προσωπικότητας	36
2.5 Στατιστική επεξεργασία	37
Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα	38
3.1 Δημογραφικά.....	38
3.2 Παρουσίαση των βασικών σκορ της έρευνας	40
3.3 Διαφοροποιήσεις ως προς την επίσκεψη στον ψυχολόγο.....	48
3.4 Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο.....	51
3.5 Συσχετίσεις με την ηλικία.....	54
3.6 Συσχετίσεις με τον αριθμό αδελφών	55
3.7 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου	57
Κεφάλαιο 4 Συζήτηση.....	61
Δεν επαναλαμβάνουμε τα αποτελέσματα μας, αλλά σχολιάζουμε τα ευρήματα μας σε σχέση με άλλες μελέτες. Στην πρώτη παράγραφο ξεκινάμε με το πιο σημαντικό αποτέλεσμα μας. Στη τελευταία παράγραφο αναφέρουμε τους περιορισμούς (limitations) της μελέτης μας	
Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα	63
Εδώ θα συγκεντρώσετε το έργο της διατριβής δείχνοντας πώς αντιμετωπίστηκε το αρχικό ερευνητικό ερώτημα. Να εξαχθούν συμπεράσματα από τα στοιχεία της διατριβής. Δεν πρέπει να τοποθετηθεί νέο υλικό ή αναφορές εδώ ή υποθέσεις.....	
Σύνοψη Διατριβής_6	65

Βιβλιογραφία	7Βιβλιογραφία	66
---------------------	----------------------------	-----------

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

Ο πόνος είναι το πιο κοινό σύμπτωμα που απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας. Όταν ένας ασθενής συμβουλευεται σχετικά με τον πόνο, συνήθως υποπτεύεται μια ασθένεια, αλλά πολλές φορές αυτός ο πόνος δεν έχει σαφή διάγνωση. Ο χρόνιος πόνος υπερβαίνει το βιοψυχοϊατρικό μοντέλο, καθώς δεν βρίσκει μια οργανική αιτία στον ασθενή με βάση βιοϊατρικές και ακόμη και ψυχολογικές θεωρίες, εγείροντας αμφιβολίες για την πραγματική ύπαρξη του πόνου, συχνά στιγματίζοντας όσους υποφέρουν από αυτόν¹.

Η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) όρισε τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών, που μερικές φορές συμβαίνει απουσία βλάβης ιστού και επομένως δεν προκύπτει από κάποιο φυσικό ερέθισμα. Αυτή η περιγραφή ενσωματώνει τις βασικές αρχές για τον πλήρη έλεγχο του πόνου από σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική διάσταση, αφού αυτά τα στοιχεία καταλήγουν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου/ασθενούς που πάσχει από αυτόν².

Ο ορισμός του IASP περιλαμβάνει τους όρους συναισθηματικό και δυσάρεστο, που αντιστοιχούν σε μια σωματική και αισθητική εμπειρία κατά την οποία ο ασθενής, εκτός από το ότι έχει υποστεί βλάβη ιστού σε μια συγκεκριμένη περιοχή και έχει αισθανθεί φυσιολογικό πόνο που προκαλείται από αλληλεπιδράσεις μεταξύ του κεντρικού και του περιφερειακού νευρικού συστήματος, περιλαμβάνει επίσης κάποια αντίληψη ακολουθούμενη από αισθήσεις που αλληλεπιδρούν από τη μνήμη και το υποσυνείδητο³.

Το επώδυνο ερέθισμα ενεργοποιεί πολλαπλές οδούς και πολλαπλές νευρικές περιοχές, τόσο κεντρικές όσο και περιφερειακές, με αποτέλεσμα μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη εμπειρία, που ορίζεται από την ανθρώπινη συνείδηση κάθε ατόμου που βιώνει πόνο. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί επειδή η οδυνηρή αίσθηση είναι μεταβλητή και επειδή πολλές θεραπείες αποτυγχάνουν σε ασθενείς που καταφεύγουν στους επαγγελματίες υγείας για να αξιολογήσουν και να αναλύσουν την κάθε κατάσταση ξεχωριστά. Η πολύπλοκη και πολυδιάστατη φύση του πόνου σε σχέση με το φυσικό σύστημα του ανθρώπου προκύπτει και από τις φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις όπου η απλή επαφή μειώνει την ένταση στο μυοπεριτονιακό σύστημα

λόγω της ανασταλτικής πίεσης στους κύριους αισθητήριους νευρώνες που συνδέουν το δέρμα με τον νωτιαίο μυελό και το εγκεφαλικό στέλεχος⁴.

Τα συμπτώματα που περιγράφει ο ασθενής με πόνο έχουν να κάνουν με πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις βιολογικών, φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Τότε είναι που η παρουσία πόνου στον ασθενή συνεπάγεται την αναδιάταξη των προτεραιοτήτων του κάθε ατόμου και την εμφάνιση του τι πραγματικά έχει σημασία για αυτόν και αυτές οι καταστάσεις επηρεάζουν την ποιότητα και την ευημερία του ⁵.

Ο χρόνιος πόνος είναι ο επίμονος πόνος διάρκειας τουλάχιστον έξι μηνών, ο οποίος τις περισσότερες φορές γίνεται δύσκολος στις συμβατικές ιατρικές θεραπείες, επειδή καθίσταται δύσκολο να εντοπιστεί η βλάβη που τον διατηρεί, επηρεάζοντας έτσι την ευεξία και τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Η σωματική επιδείνωση που προκύπτει από την αδράνεια οδηγεί σε ακινησία (το άτομο δεν κινείται από τον φόβο του πόνου) και η μείωση της λειτουργικότητας προκαλεί ψυχική δυσφορία, η οποία διευκολύνει την εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης⁶.

Επειδή ο πόνος είναι μέρος μιας συναισθηματικής εμπειρίας, πρέπει να αναγνωριστεί ότι διάφορες νευροβιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές διεργασίες μάθησης συμμετέχουν στη διαμόρφωσή του, οι οποίες γίνονται πιο σημαντικές καθώς ο πόνος επιμένει με την πάροδο του χρόνου. Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν διερευνηθεί διαφορετικοί τύποι πόνου, οι παθολογίες που παρουσιάζουν πόνο και οι διαφορετικές στρατηγικές παρέμβασης στον πόνο σημαίνουν ότι ο ρόλος των συναισθημάτων και η σημασία τους στην αντιμετώπιση του πόνου έχουν μεγάλη επίδραση στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας⁷. Οι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες αποτελούν μέρος της εμπειρίας του πόνου και αντανακλώνται συχνότερα σε χρόνια σύνδρομα.

Οι περιοχές που επηρεάζονται περισσότερο στον ασθενή και που έχουν να κάνουν με την ποιότητα ζωής, είναι η κινητικότητα, η ικανότητα εργασίας, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η διάθεση, ο ύπνος, η πιθανή ανάπτυξη εξαρτήσεων και η σωματική ασφάλεια. Η παρουσία του πόνου επηρεάζει όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ζωής, γι' αυτό και η έννοια της ποιότητας ζωής είναι εκεί που πρέπει να προσανατολίζεται η παρέμβαση για τη διαχείριση του πόνου⁸.

1.1 Η αντίληψη του ανθρώπου για τον πόνο

Μπορεί να υπάρχει ψυχικός πόνος χωρίς σωματικό πόνο, αλλά όχι σωματικός πόνος χωρίς ψυχικό πόνο, αφού ο δεύτερος συνοδεύεται πάντα από τον πρώτο. Ο πόνος είναι λοιπόν ένα φαινόμενο με μία έντονη ψυχική υπόσταση. Η συνολική εμπειρία του πόνου είναι ψυχική. Ο πόνος συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ζωής του και η βοήθεια του ασθενούς στην αντιμετώπιση του πόνου είναι ένα από τα κύρια καθήκοντα που πρέπει να επιτελέσει μία ομάδα υγείας και οι κλινικοί γιατροί. Είναι το πιο πραγματική, αναπόφευκτη και αναμφισβήτητη αρνητική εμπειρία που αποτελεί κοινό τόπο στη ζωή των ανθρώπων, την αναστέλλει και την απειλεί⁵.

Οι πρώτες αναφορές στον φυσικό πόνο εμφανίζονται στην ιατρική στα τέλη του 17ου αιώνα και σχετίζονται με την ουρική αρθρίτιδα. Το 1999, η Μικτή Επιτροπή για τη Διαπίστευση Οργανισμών Υγειονομικής Περίθαλψης συμπεριέλαβε την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου σε ρυθμιστικά πρότυπα, κάνοντας ένα σημαντικό βήμα για να δημιουργηθούν κάποια πρότυπα μοντέλα για την αντίληψη και τη διαχείριση του ζητήματος, αλλά ακόμα και σε αυτή την περίπτωση ο όρος αντιμετωπίστηκε μονοδιάστατα. Η έκταση και το βάθος με το οποίο τα κείμενα της παραδοσιακής ιατρικής αντιμετωπίζουν τον σωματικό πόνο, αλλά πρακτικά χωρίς να κάνουν αναφορά στον ψυχικό πόνο, είναι άξιο προσοχής. Αυτό επιβεβαιώνεται ακόμη περισσότερο σε κείμενα της ψυχιατρικής⁴.

Ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται άμεσα με τον πόνο είναι η ταλαιπωρία, που υπάρχει ανάμεσα στα δύο διάχυτα όρια, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγηθεί από διαφορετικές αιτίες. Στην ανθρώπινη εμπειρία, σε αντίθεση για παράδειγμα με τα ζώα, η λέξη πόνος υποδηλώνει και ταλαιπωρία. Είναι σύνηθες να ακούγεται από τους ασθενείς όταν βγαίνουν από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ότι αυτό που βίωσαν είναι η μεγαλύτερη ταλαιπωρία που μπορεί κανείς να φανταστεί, γεγονός που υποδηλώνει μία τεράστια ψυχοσωματική αναστάτωση. Άλλοι ασθενείς αντίθετα αισθάνονται την κατάθλιψη ως ανικανότητα να αισθανθούν και επομένως, να υποφέρουν².

Διάφορες μελέτες σχετικά με την φύση του πόνου αποδεικνύουν μια διαφορά μεταξύ της φυσικής αίσθησης πόνου και της ψυχικής αίσθησης του πόνου. Η πρώτη είναι πιο εντοπισμένη, πιο νοητική (παρέχει γνώση του αντικειμένου που προκαλεί πόνο), αναπαράγει το σχήμα του ερεθίσματος και προσδιορίζει το αντικείμενο που το επηρεάζει (τρύπημα ή έγκαυμα). Εδώ η ψυχική διάθεση του ατόμου συμμετέχει λιγότερο. Ο πόνος-αίσθημα αντίθετα είναι πιο διάχυτος, πιο παθητικός, εμπλέκει ολόκληρη την σωματική υπόσταση, διαρκεί περισσότερο και όταν περνάει αφήνει

μια σειρά από αισθήσεις που σταδιακά μειώνονται σε ένα είδος κλίμακας που σταδιακά υποχωρεί. Για άλλους ερευνητές δεν θα υπήρχαν διαφορές μεταξύ του φυσικού και του ψυχικού πόνου, όπως για ορισμένα ρεύματα ψυχανάλυσης, στα οποία και τα δύο θεωρούνται ως έκφραση ενός μεγάλου όγκου έντασης στο ανθρώπινο σύστημα⁶.

Αξίζει να σημειωθεί και η ιδιαίτερη θέση του πόνου στην θρησκεία, η οποία ερμήνευσε με μία υπερβατική προσέγγιση τον πόνο πολύ πριν από την επιστήμη. Ιστορικά, οι τρεις μεγάλες μονοθεϊστικές θρησκείες (Ιουδαϊσμός, Χριστιανισμός και Ισλάμ) δίνουν σημαντική θέση στον ανθρώπινο πόνο που σχετίζεται με αισθήματα προγονικής ενοχής. Από τη σκοπιά της σύγχρονης ανθρωπολογίας, ο φυσικός πόνος προκύπτει από τη μεταμόρφωση του πρωτεύοντος σε άνθρωπο, μια μεταμόρφωση που έφερε ως αποτέλεσμα τη γλώσσα, την ιστορική επίγνωση και την ανάπτυξη της επιστήμης⁸.

1.2 Η απόκριση στον πόνο

Η απόκριση ενός ατόμου σε ένα επώδυνο ερέθισμα καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, της προηγούμενης εμπειρίας, της συναισθηματικής κατάστασης τη στιγμή της έκθεσης στον πόνο, καθώς και των περιστάσεων υπό τις οποίες εμφανίζεται. Επομένως, τα ίδια επώδυνα ερεθίσματα προκαλούν αισθήσεις που δεν είναι ίδιες στη φύση και τη σοβαρότητα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Αποδεικνύεται ότι υπό την επίδραση ενός επώδυνου ερεθίσματος ενεργοποιούνται μηχανισμοί τριών διαφορετικών επιπέδων και ο πόνος έχει τρεις κύριες πτυχές: φυσιολογική (διέγερση υποδοχέων πόνου, ενεργοποίηση νευροπεπτιδίων πόνου), συμπεριφορική (πόνο στάση και εκφράσεις προσώπου, ειδική ομιλία και κινητική δραστηριότητα) και προσωπική (σκέψεις, συναισθήματα)⁹.

Ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ένας βασικός παράγοντας που επιδρά στην απόκριση στο επώδυνο ερέθισμα. Οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν ιδιαίτερη σημασία στα σύνδρομα χρόνιου πόνου. Μέχρι σήμερα, η πιο κοινή άποψη είναι ότι οι ψυχολογικές διαταραχές είναι πρωτογενείς, δηλαδή είναι παράγοντες που εμφανίζονται χρονικά πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων του πόνου και πιθανώς, προδιαθέτουν για την εμφάνισή τους. Ταυτόχρονα, ο μακροχρόνιος πόνος μπορεί να επιδεινώσει τις συναισθηματικές διαταραχές. Η κατάθλιψη, το άγχος και οι

υποχονδριακές εκδηλώσεις αναγνωρίζονται ως τα φαινόμενα που συνοδεύουν με την πιο μεγάλη συχνότητα το χρόνιο πόνο. Έχει αποδειχθεί ότι η παρουσία αυτών των διαταραχών αυξάνει την πιθανότητα διαμαρτυρίας του ατόμου για την παρουσία φαινομένων πόνου και τη μετάβαση του επεισοδιακού πόνου σε χρόνια μορφή⁹.

1.3 Βιολογικά και γνωστικά-συμπεριφορικά μοντέλα πόνου

Δύο υποθετικά μοντέλα χρησιμοποιούνται για τη μελέτη των συνδρόμων οξέος και χρόνιου πόνου. Το βιολογικό (ιατρικό) μοντέλο θεωρεί τον πόνο ως μια αίσθηση που βασίζεται σε βλάβη ιστού ή οργάνου και είναι χρήσιμο για την κατανόηση των μηχανισμών του οξέος πόνου. Ταυτόχρονα, αυτό το μοντέλο είναι ανεπαρκές για να εξηγήσει την προέλευση και την πορεία των καταστάσεων χρόνιου πόνου. Για παράδειγμα, παραμένει ασαφές γιατί δύο ασθενείς με την ίδια θέση και τον ίδιο βαθμό ιστικής βλάβης μπορεί να παρουσιάζουν σημαντικά διαφορετική ένταση πόνου και να παρουσιάζουν σημαντικά διαφορετική ικανότητα να τον ανέχονται¹.

Σύμφωνα με το γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο, ο πόνος δεν είναι απλώς μια αίσθηση, αλλά ένα σύμπλεγμα πολυτροπικών εμπειριών. Κατά τη μελέτη του πόνου, είναι απαραίτητο όχι μόνο να μελετηθούν οι αισθητηριακοί μηχανισμοί του, αλλά και να ληφθούν υπόψη τα γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ανοχή στον πόνο, τη συμπεριφορά στον πόνο και την ικανότητα αντιμετώπισης ενός προβλήματος πόνου. Θεωρείται ότι σε ασθενείς με σύνδρομο χρόνιου πόνου, οι γνωστικές αξιολογήσεις επηρεάζουν σημαντικά τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τη συμπεριφορά, καθορίζοντας τη σωματική δραστηριότητα και την προσαρμογή. Η κύρια προσοχή δίνεται σε διάφορες συμπεριφορές (για παράδειγμα, παθητικότητα ή αποφυγή) και γνωστικές διαδικασίες (στάση σε αυτό που συμβαίνει, ελπίδες, προσδοκίες κ.λπ.), οι οποίες όχι μόνο μπορούν να διατηρήσουν, αλλά και να επιδεινώσουν το πρόβλημα του πόνου³.

Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο που έχουν αρνητικές και απαισιόδοξες προσδοκίες για την ασθένειά τους είναι συχνά πεπεισμένοι για τη δική τους αδυναμία και ανικανότητα να αντιμετωπίσουν τον πόνο και να ελέγξουν τον εαυτό τους. Αυτός ο τύπος αρνητικής γνωστικής αξιολόγησης μπορεί όχι μόνο να επιδεινώσει το πρόβλημα του πόνου για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά και να οδηγήσει σε έναν παθητικό τρόπο ζωής και σοβαρή ψυχοκοινωνική δυσπροσαρμογή. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι γνωστικές διεργασίες μπορούν να έχουν άμεσο αντίκτυπο στη

φυσιολογία του πόνου, προκαλώντας την ενεργοποίηση αυτόνομων μηχανισμών, αλλά και οδηγώντας σε παθητικό τρόπο ζωής και σοβαρή ψυχοκοινωνική δυσπροσαρμογή⁹.

1.4 Διαχείριση ασθενούς με χρόνια πόνο

Κατά την εξέταση ενός ασθενούς με χρόνια πόνο, ο γιατρός αντιμετωπίζει διάφορα καθήκοντα: να καθορίσει εάν υπάρχουν οργανικές προϋποθέσεις για τον πόνο, όπως για παράδειγμα, βλάβη σε όργανα ή ιστούς. Ο γιατρός χρειάζεται να διαπιστώσει αρχικά εάν έχει συμβεί τέτοια ζημιά στο παρελθόν και ποιες είναι οι συνέπειές της, να λάβει όσο το δυνατόν πληρύτερες πληροφορίες για τις ιατρικές και άλλες παρεμβάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί προηγουμένως ο ασθενής, καθώς και για τις διαγνώσεις που του έγιναν. Συχνά, η υπόθεση που κάνει ο γιατρός ότι ο ασθενής έχει σοβαρή ασθένεια συμβάλλει στην επιδείνωση του συνδρόμου του πόνου, στη μετάβασή του σε χρόνια μορφή και γίνεται η αιτία της ψυχικής ταλαιπωρίας του ασθενούς. Ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί προσεκτικά για τις περιστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών παραγόντων και των συναισθηματικών εμπειριών που προηγήθηκαν ή συνόδευσαν την εμφάνιση του χρόνιου πόνου⁸.

Το σύνδρομο χρόνιου πόνου είναι ιδιαίτερα επιδραστικό καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, υποβαθμίζοντας σημαντικά τη γενικότερη ποιότητα ζωής και εμφανίζοντας κατά περίπτωση σημαντικές επιπτώσεις που δυσκολεύουν την καθημερινότητά του ατόμου. Ο χρόνιος πόνος για παράδειγμα συχνά ξυπνά τον ασθενή από τον ύπνο. Οι ασθενείς που πάσχουν από σύνδρομο ψυχογενούς πόνου τείνουν να έχουν κακή εντόπιση του πόνου τους. Όταν υποβληθούν σε σχετική εξέταση ο πόνος εμφανίζεται ως ένα φαινόμενο που υπάρχει σε πολλά μέρη του σώματος, μπορεί να αυξηθεί στην μια ή την άλλη περιοχή και δεν εξαρτάται από την κίνηση. Κατά την εξέταση ενός ασθενούς με μη οργανικό πόνο, υπάρχει υπερβολική έως και ανεπαρκής αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς, ενώ ακόμη και μικροχειρισμοί από τον γιατρό μπορούν να αυξήσουν τον πόνο. Επιπλέον, υπάρχει σαφής ασυμφωνία μεταξύ των ελαφρώς έντονων αντικειμενικών συμπτωμάτων και της αποδεικτικής συμπεριφοράς του ασθενούς⁵.

Ακολουθούν ερωτήσεις που πρέπει να γίνονται σε έναν ασθενή με χρόνια πόνο που μπορεί να βοηθήσουν στην εστιασμένη διάγνωση των συνδρόμων οργανικού και ψυχογενούς πόνου⁷:

- Πότε εμφανίστηκε για πρώτη φορά ο πόνος;
- Πού εστιάζεται η αίσθηση του πόνου;
- Κάτω από ποιες συνθήκες εμφανίζεται ο πόνος;
- Πόσο έντονος είναι ο πόνος;
- Υπάρχει πόνος κατά τη διάρκεια της ημέρας;
- Οι κινήσεις και οι αλλαγές στη στάση επηρεάζουν τον πόνο;
- Ποιοι παράγοντες επιδεινώνουν την αίσθηση του πόνου;
- Ποιοι παράγοντες ανακουφίζουν από τον πόνο;
- Από τότε που Ξεκίνησαν να εμφανίζονται τα συμπτώματα ποιες δραστηριότητες ή καταστάσεις συμβαίνουν λιγότερο και ποιες περισσότερο;
- Ο πόνος επηρεάζει τη διάθεση;
- Η διάθεση επηρεάζει τον πόνο;
- Υπήρξε φαρμακευτική αγωγή;
- Τι επίδραση έχουν τα φάρμακα στον πόνο;

1.5 Παράγοντες προδιάθεσης για την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου

1.5.1 Ψυχικές διαταραχές

Είναι γνωστό ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη συνδρόμων πόνου με διάφορους τρόπους: ως μέρος μιας υστερικής ή υποχονδριακής διαταραχής, σε συνδυασμό με κατάθλιψη, άγχος και σε ψυχωσικές καταστάσεις. Ο πόνος εντοπίζεται συχνά σε ασθενείς με τεκμηριωμένες υποχονδριακές διαταραχές άγχους και σε πολλές περιπτώσεις είναι η μόνη εκδήλωση ψυχολογικής δυσφορίας. Κατά κανόνα, οι ασθενείς που αδυνατούν να αναγνωρίσουν την παρουσία ψυχολογικής σύγκρουσης εκφράζουν τις συναισθηματικές τους εμπειρίες με τη μορφή πόνου ή άλλων σωματικών συμπτωμάτων και ταξινομούνται ως πάσχοντες από ψυχοσωματική διαταραχή. Τέτοιοι ασθενείς υπερβάλλουν ασυνείδητα τα συμπτώματά τους για να πείσουν τον γιατρό ότι έχει να κάνει με μια σοβαρή ασθένεια. Δεν είναι ασυνήθιστο οι ασθενείς να βιώνουν σημαντική ανακούφιση μόλις ο γιατρός διαγνώσει μια συγκεκριμένη ασθένεια, υπό την προϋπόθεση ότι δεν είναι μη αναστρέψιμη και έχει καλή πρόγνωση¹⁰.

1.5.2 Πόνος και κατάθλιψη

Ο χρόνιος πόνος συχνά συνυπάρχει με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη διαγιγνώσκεται στο 30-40% των ασθενών με χρόνιο πόνο σύμφωνα με αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια⁴. Έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη του ασθενούς, κατά κανόνα, αργά ή γρήγορα θα οδηγήσει στην εμφάνιση κάποιου συνδρόμου πόνου που ονομάζεται σύνδρομο κατάθλιψης-πόνου. Έτσι, μια ειδική έρευνα κατέστησε δυνατό τον εντοπισμό ενός ορισμένου επιπέδου κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από διάφορες μορφές χρόνιου πόνου, ακόμη και πριν εμφανιστούν οι πρώτες διαμαρτυρίες για την εμφάνιση χρόνιου πόνου. Κατά την εξέταση ασθενών με χρόνιες μορφές κεφαλαλγίας (χρόνια ημικρανία, χρόνιος πονοκέφαλος), αποδείχθηκε ότι οι συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως η κατάθλιψη, είναι ένας από τους κύριους «χρόνιους» παράγοντες που καθορίζουν τη τάση μετατροπής των επεισοδιακών πονοκεφάλων σε χρόνιους¹¹.

Τρεις πιθανοί μηχανισμοί της σχέσης μεταξύ πόνου και κατάθλιψης συζητούνται¹²:

- Ένα μακροχρόνιο σύνδρομο πόνου οδηγεί στην ανάπτυξη κατάθλιψης.
- Η κατάθλιψη προηγείται της εμφάνισης του πόνου και είναι συχνά η πρώτη του εκδήλωση
- Η κατάθλιψη και ο πόνος αναπτύσσονται ανεξάρτητα το ένα από το άλλο και υπάρχουν παράλληλα

Το πιο πιθανό είναι ότι η κατάθλιψη είναι ο πιο σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη χρόνιου πόνου και τη μετατροπή του επεισοδιακού πόνου σε χρόνιο πόνο. Ωστόσο, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι ένα μακροχρόνιο σύνδρομο πόνου που φέρνει ταλαιπωρία στον ασθενή, με τη σειρά του, συμβάλλει στην επιδείνωση των καταθλιπτικών και άλλων συναισθηματικών διαταραχών. Ακόμη και αν αγνοηθεί το ζήτημα των πρωτοπαθών και δευτερογενών καταθλιπτικών διαταραχών σε ασθενείς με σύνδρομο πόνου, είναι προφανές ότι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς ως και η αντίληψή του για τον χρόνιο πόνο σχετίζονται άμεσα¹³.

Θα πρέπει να τονιστεί η προφανής συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας της καταθλιπτικής διάθεσης και της ευαισθησίας στον πόνο. Πειράματα έδειξαν ότι κατά τη μοντελοποίηση ενός υποβάθρου καταθλιπτικής διάθεσης (ανάγνωση κειμένων του αντίστοιχου περιεχομένου), η ανοχή των υποκειμένων στο στρες μειώθηκε, ενώ οι δείκτες της έντασης των αισθήσεων πόνου (σύμφωνα με τα δεδομένα της οπτικής και λεκτικής αναλογικής κλίμακας) παρέμειναν αμετάβλητα. Αντίθετα, η βελτίωση της

διάθεσης συνοδεύτηκε από αύξηση της αντίστασης στο στρες. Έγινε η υπόθεση ότι το υπόβαθρο της διάθεσης έχει επίδραση περισσότερο στη συμπεριφορική συνιστώσα της απόκρισης σε ένα επώδυνο ερέθισμα παρά στην ένταση των αισθήσεων του πόνου, καθορίζοντας την ικανότητα αντιμετώπισης του πόνου¹².

Η κλινικά μετρήσιμη αρνητική επίδραση της κατάθλιψης στο σύνδρομο πόνου μπορεί να εκδηλωθεί με¹⁴:

- Αύξηση της έντασης και της διάρκειας του πόνου, δηλαδή σημαντική επιδείνωση της κλινικής εικόνας
- Εμφάνιση ή επιδείνωση της υπάρχουσας μυϊκής έντασης
- Διαταραχές ύπνου, καθώς και με την εμφάνιση ή την εντατικοποίηση του πόνου κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου
- Επιδείνωση της πορείας της ενδιάμεσης (μη επώδυνης) περιόδου (εμφάνιση εξασθένησης, απάθειας και ψυχοσωματικών διαταραχών)

Μεταξύ των διαφόρων απόψεων σχετικά με τη στενή σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης, οι πιο αναγνωρισμένες είναι οι ερμηνείες που σχετίζονται με τους γενικούς νευροχημικούς (κυρίως σεροτονίνη) μηχανισμούς αυτών των δύο φαινομένων. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι στην κατάθλιψη, η αισθητηριακή μετάδοση του πόνου διευκολύνεται λόγω της σωματικής εστίασης και της αυξημένης προσοχής στη ζώνη του πόνου. Η καταθλιπτική κατάσταση καθορίζει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά πόνου ενός ασθενούς με χρόνια πόνο και περιορίζει σημαντικά την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου, εκ των οποίων η επιλογή στρατηγικών που στην πραγματικότητα επιδεινώνουν την κατάσταση είναι η πιο κοινή. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τον πόνο ως μια κατάσταση που απειλεί την υγεία ή ακόμα και τη ζωή τους και γίνονται ακόμη πιο καταθλιπτικοί⁸. Τελικά, χάνουν την πίστη τους στη δυνατότητα να ξεπεράσουν το πρόβλημα του πόνου και την ελπίδα για θεραπεία και αρνούνται εντελώς να δραστηριοποιηθούν και να αντιδράσουν. Σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια σύνδρομο πόνου και κατάθλιψη, κατά κανόνα, η κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή διαταράσσεται και η ποιότητα ζωής μειώνεται σημαντικά⁹.

1.5.3 Αντικαταθλιπτικά και χρόνιος πόνος

Στην ταξινόμηση που αναπτύχθηκε από τη International Association for the Study of Pain (IASP), το σύνδρομο μη οργανικού πόνου σε συνδυασμό με την κατάθλιψη θεωρείται ως ξεχωριστή κατηγορία. Είναι γνωστό ότι η ψυχοθεραπεία και

η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική σε τέτοιους ασθενείς, παρά η αναλγητική μονοθεραπεία. Πρόσφατα, τα αντικαταθλιπτικά έχουν συμπεριληφθεί στο πρότυπο φροντίδας για οποιαδήποτε περίπτωση συνδρόμου χρόνιου πόνου, ανεξάρτητα από την παρουσία ή την απουσία καταθλιπτικών εκδηλώσεων. Πολυάριθμες μελέτες που έγιναν τα τελευταία χρόνια έχουν δείξει ότι η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών στα σύνδρομα πόνου είναι 75% και οφείλεται στην άμεση αντικαταθλιπτική τους δράση¹⁴.

Από αυτά τα δεδομένα προκύπτει ότι ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη δημιουργούν ένα περιβάλλον συννοσηρότητας, επιδεινώνουν πάντα ο ένας τις κλινικές εκδηλώσεις του άλλου και έχουν κοινούς παθογενετικούς μηχανισμούς. Στη θεραπεία του χρόνιου συνδρόμου πόνου, ακόμη και αν δεν εντοπιστούν εμφανή κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης, ενδείκνυται η χρήση αντικαταθλιπτικών, τα οποία έχουν τη δική τους αναλγητική δράση και επίσης μειώνουν τον πόνο, μειώνοντας τις αγχώδεις-καταθλιπτικές διαταραχές¹⁵.

1.5.4 Πόνος και άγχος

Οι ατομικές διαφορές στην απόκριση του ασθενούς στον πόνο συχνά συνδέονται με το επίπεδο άγχους ενός ατόμου. Κατά τη μελέτη της σχέσης μεταξύ του προσωπικού άγχους και του βαθμού του πόνου που εμφανίζεται στην μετεγχειρητική περίοδο, αποδείχθηκε ότι οι πιο έντονες αισθήσεις πόνου παρατηρήθηκαν σε εκείνους τους ασθενείς που είχαν τους μέγιστους δείκτες προσωπικού άγχους στην προεγχειρητική περίοδο. Ωστόσο, η αύξηση του άγχους δεν οδηγεί πάντα σε αύξηση του πόνου. Το έντονο στρες, όπως ο φόβος, μπορεί να καταστείλει τον πόνο σε κάποιο βαθμό, πιθανώς διεγείροντας την απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών. Είναι επίσης γνωστό ότι οι ανήσυχες σκέψεις γύρω από τον πραγματικό πόνο και την πηγή του αυξάνουν την αντίληψη του πόνου, ενώ το άγχος για οποιονδήποτε άλλο λόγο έχει το αντίθετο αποτέλεσμα, ανακουφίζοντας τον πόνο και μεταφέροντας την προσοχή αλλού¹⁰.

Είναι γνωστό ότι η χρήση τεχνικών χαλάρωσης μπορεί να μειώσει σημαντικά την ένταση του πόνου σε ασθενείς με διάφορα σύνδρομα πόνου. Ταυτόχρονα, ένα υψηλό επίπεδο άγχους ως απάντηση στο οξύ συναισθηματικό στρες μπορεί να αναιρέσει το επιτευχθέν αποτέλεσμα και να προκαλέσει ξανά αυξημένο πόνο. Επιπλέον, το υψηλό άγχος του ασθενούς επηρεάζει αρνητικά την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου. Οι γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές είναι

πιο αποτελεσματικές εάν το επίπεδο άγχους του ασθενούς μπορεί να μειωθεί εκ των προτέρων. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα αντικαταθλιπτικά είναι τα πιο αποτελεσματικά μέσα για τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, καθώς και για τη θεραπεία της κατάθλιψης⁹.

Κλινικές παρατηρήσεις και μελέτες που χρησιμοποιούν ψυχομετρικά τεστ δείχνουν μια στενή σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, η οποία οφείλεται σε παρόμοιες αλλαγές νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο σε αυτές τις καταστάσεις. Έτσι, έχει αποδειχθεί ότι η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών που δεν συνοδεύονται από άγχος είναι εξαιρετικά χαμηλή και ότι ο συνδυασμός άγχους και κατάθλιψης δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια τυχαία σύμπτωση. Δεδομένα από διάφορες μελέτες υποδηλώνουν ότι μεταξύ αυτών των δύο παθήσεων, η κατάθλιψη είναι πιο σημαντική για την ποιότητα ζωής των ασθενών με πόνο¹.

1.5.5 Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Οικογενειακοί, κοινωνικοοικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες, γεγονότα ζωής που συνέβησαν στο παρελθόν, καθώς και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου χρόνιου πόνου. Ειδικότερα, μια εξειδικευμένη έρευνα σε ασθενείς με χρόνια πόνο έδειξε ότι οι πιο στενοί συγγενείς τους υπέφεραν συχνά από κρίσεις βασανιστικού πόνου. Σε τέτοιες συγγενείς πληθυσμιακές ομάδες, ένα συγκεκριμένο μοντέλο απόκρισης στον πόνο μπορεί να διαμορφωθεί σε αρκετές γενιές⁴.

Έχει αποδειχθεί ότι σε παιδιά των οποίων οι γονείς συχνά παραπονιόντουσαν για πόνο, διάφορα επεισόδια πόνου εμφανίζονταν πιο συχνά από ό,τι σε οικογένειες που οι γονείς δεν αντιμετώπιζαν τέτοια φαινόμενα. Παράλληλα, τα παιδιά έτειναν να υιοθετούν τη συμπεριφορά πόνου των γονιών τους. Προηγούμενες εμπειρίες, ιδιαίτερα η σωματική ή η σεξουαλική κακοποίηση, μπορεί επίσης να παίξουν ρόλο στην επακόλουθη εμφάνιση πόνου. Επιπλέον, αυτοί που ασχολούνται με βαριά χειρωνακτική εργασία είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου και συχνά μεγαλοποιούν τα προβλήματα πόνου τους, αναζητώντας κατοχύρωση αναπηρίας ή ευκολότερη εργασία. Αποδεικνύεται επίσης ότι όσο χαμηλότερο είναι το πολιτιστικό και πνευματικό επίπεδο του ασθενούς, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης ψυχογενών συνδρόμων πόνου και ψυχοσωματικών διαταραχών¹².

1.5.6 Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ο ρόλος των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ανάπτυξη και την εξέλιξη των συνδρόμων πόνου έχει διερευνηθεί επανειλημμένα στη βιβλιογραφία. Ένα παράδειγμα είναι η γνωστή περιγραφή της λεγόμενης ημικρανικής προσωπικότητας, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς με ημικρανία χαρακτηρίζονται από αυξημένη ευαισθησία στους παράγοντες στρες, καθώς είναι σε μεγάλο βαθμό ανήσυχοι, φιλόδοξοι, εκτελεστικοί, κάπως άκαμπτοι και συνηθισμένοι να ακολουθούν αυστηρά τους γενικά αποδεκτούς κανόνες συμπεριφοράς. Αποδεικνύεται επίσης ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν συχνά ένα υψηλό κίνητρο επίτευξης. Οι ασθενείς με ημικρανία θέτουν σημαντικούς στόχους ζωής και, κατά κανόνα, τους πετυχαίνουν με συνέπεια. Χάρη σε αυτό το είδος προσωπικότητας, ακόμη και ασθενείς με συχνές και σοβαρές κρίσεις ημικρανίας, κατά κανόνα διατηρούν την κοινωνική τους θέση και την επιτυχία τους στο επάγγελμα¹³.

Η δομή της προσωπικότητας που διαμορφώνεται από την παιδική ηλικία και κατά κανόνα, προσδιορίζεται γενετικά και πολιτισμικά, είναι βασικά ένα σταθερό χαρακτηριστικό που υπάρχει σε κάθε άτομο και γενικά διατηρεί τον πυρήνα της μετά την ενηλικίωση. Είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που καθορίζουν την αντίδραση ενός ατόμου στον πόνο και τη συμπεριφορά του πόνου, την ικανότητα να αντέχει επώδυνα ερεθίσματα, το εύρος των συναισθηματικών αισθήσεων ως απάντηση στον πόνο και τους τρόπους για να τον ξεπεράσει. Για παράδειγμα, βρέθηκε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανοχής στον πόνο και τέτοιων χαρακτηριστικών προσωπικότητας όπως η ενδοστρέφεια, η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός¹¹.

Τα εξωστρεφή άτομα εκφράζουν τα συναισθήματά τους πιο έντονα κατά τη διάρκεια του πόνου και είναι σε θέση να αγνοήσουν επώδυνες αισθητηριακές επιρροές. Ταυτόχρονα, τα νευρωτικά και εσωστρεφή άτομα υποφέρουν σιωπηλά και είναι πιο ευαίσθητα σε κάθε ερέθισμα πόνου. Επιπλέον, τα άτομα με αισιόδοξη άποψη για τη ζωή εμφανίζουν υψηλότερη ανθεκτικότητα στον πόνο από τα άτομα που χαρακτηρίζονται από απαισιόδοξη στάση⁵.

1.6 Ψυχικοί παράγοντες και ποιότητα ζωής ασθενών

Είναι γνωστό ότι ο πόνος, ειδικά στη χρόνια πορεία του, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της εργασιακής ικανότητας των ασθενών, περιορίζοντας την κοινωνική δραστηριότητα και τις οικογενειακές σχέσεις, γεγονός που σημαίνει

ότι. βλάπτει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Προφανώς η ένταση, η συχνότητα και η διάρκεια του πόνου έχουν μεγάλη σημασία για την ευεξία των ασθενών. Ταυτόχρονα, φαίνεται προφανές ότι η ποιότητα ζωής δεν καθορίζεται μόνο από τα χαρακτηριστικά του ίδιου του συνδρόμου του πόνου, αλλά οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην γενικότερη κατάσταση του ασθενούς¹³.

Σε διάφορες μελέτες φάνηκε ότι, παρά το γεγονός ότι η ένταση της κεφαλαλγίας σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα ήταν σημαντικά μικρότερη από ό,τι στην ομάδα της ημικρανίας, η ποιότητα ζωής των ασθενών της πρώτης ομάδας ήταν σημαντικά χαμηλότερη. Σε μια άλλη μελέτη, φάνηκε ότι ο πρωταγωνιστικός ρόλος στη διαμόρφωση χαμηλής ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ημικρανία δεν προκύπτει τόσο από τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν άμεσα τη σοβαρότητα των έντονων περιστατικών, όπως θα περίμενε κανείς (για παράδειγμα, υψηλή συχνότητα προσβολών), αλλά από συννοσηρικές διαταραχές στην ενδιάμεση περίοδο. Διαπιστώθηκε ότι οι κύριες συννοσηρικές διαταραχές, υπεύθυνες για την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών με ημικρανία είναι η κατάθλιψη, το άγχος, καθώς και οι διαταραχές ύπνου και η ένταση των περικρανιακών μυών που σχετίζονται στενά με αυτά¹².

Συνεπώς, διαταραχές που σχετίζονται με τον πόνο και εμφανίζονται στη μη επώδυνη φάση, κυρίως συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας, μπορούν να διαταράξουν την ποιότητα ζωής των ασθενών όχι λιγότερο από το πραγματικό σύνδρομο πόνου. Αυτές οι συννοσηρές διαταραχές σε ασθενείς με σύνδρομο πόνου θα πρέπει να αναγνωρίζονται ειδικά κατά την κλινική εξέταση και η θεραπεία τους, μαζί με την ανακούφιση από τον πόνο, θα πρέπει να είναι ένας από τους στόχους της σύνθετης θεραπείας του χρόνιου συνδρόμου πόνου. Μια τέτοια ολοκληρωμένη προσέγγιση όχι μόνο θα μειώσει τις πραγματικές εκδηλώσεις πόνου, αλλά θα βελτιώσει επίσης την κατάσταση στη μη επώδυνη περίοδο και θα βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από οξύ και, ειδικότερα, χρόνιο σύνδρομο¹⁵.

1.7 Συμπεριφορά πόνου

Όλη η ποικιλία των συμπεριφορικών αντιδράσεων που εμφανίζονται σε ένα άτομο κατά τη διάρκεια μιας περιόδου οξέος ή χρόνιου πόνου ενώνεται με τον όρο «συμπεριφορά πόνου», ο οποίος περιλαμβάνει λεκτικές (φωνητικά παράπονα, επιφωνήματα) και μη λεκτικές αντιδράσεις (μορφασμός πόνου, ανταλγική στάση,

άγγιγμα στην περιοχή του πόνου, περιορισμός σωματικής δραστηριότητας, φαρμακευτική αγωγή). Η συμπεριφορά πόνου ενός ατόμου εξαρτάται όχι μόνο από τη φύση και την ένταση του πόνου, αλλά, σε μεγάλο βαθμό, καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η αντίδραση των ανθρώπων γύρω του¹³. Έτσι, όσο περισσότερη προσοχή και υποστήριξη λαμβάνει ο ασθενής από τους άλλους, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιεί τη συμπεριφορά του πόνου για τους δικούς του σκοπούς, κάτι που τελικά οδηγεί στη σταθεροποίηση και επιμονή του προβλήματος του πόνου. Επιπλέον, τέτοιες εκδηλώσεις συμπεριφοράς πόνου όπως ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας, η αναγκαστική στάση, η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια κ.λπ., από μόνες τους περιορίζουν τη δραστηριότητα και την προσαρμογή του ασθενούς και τον απενεργοποιούν οριστικά από την κανονική ζωή¹⁶.

Έχει αποδειχθεί ότι ο βαθμός της συμπεριφοράς του πόνου σχετίζεται με την υποκειμενική εκτίμηση της έντασης του πόνου από τους ασθενείς. όσο υψηλότερη είναι η υποκειμενική και αντιλαμβανόμενη ένταση του πόνου, τόσο πιο έντονη είναι η συμπεριφορά πόνου. Μια σημαντική επίδραση στη φύση της συμπεριφοράς του πόνου σε ασθενείς με χρόνια συμπτώματα ασκείται από γνωστικούς παράγοντες, όπως η στάση απέναντι στη νόσο, η πρόθεση για αντιμετώπιση του προβλήματος, η ελπίδα για θεραπεία ή, αντίθετα, η έλλειψη εμπιστοσύνης σε μια θεραπεία. Έχει παρατηρηθεί, για παράδειγμα, αυτοί που πιστεύουν ότι θα τα καταφέρουν, υπομένουν τον πόνο πιο εύκολα και βρίσκουν τρόπους να τον ξεπεράσουν πιο γρήγορα¹¹.

1.8 Στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου

Η ικανότητα των ασθενών που παρουσιάζουν έντονα φαινόμενα πόνου να αντιμετωπίζουν τον πόνο τους έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ειδικών ερευνών. Το σύνολο των γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται από ασθενείς με τυπικά ή χρόνια συμπτώματα για να αντιμετωπίσουν τον πόνο τους, να μειώσουν την έντασή του ή να συμβιβάσουν μαζί του, ονομάζονται στρατηγικές αντιμετώπισης πόνου. Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι στρατηγικές αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου¹⁷.

Σύμφωνα με μία από τις ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους για τη μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου, οι πιο κοινές στρατηγικές αντιμετώπισης συνίστανται στην εκτροπή της προσοχής από τον πόνο, επανερμηνεία των αισθήσεων πόνου, αγνόηση των αισθήσεων πόνου, προσευχή, ελπίδα και καταστροφολογία. Έχει

αποδειχθεί σημαντική σχέση μεταξύ του τύπου των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται και παραμέτρων όπως η ένταση του πόνου, η γενική σωματική ευεξία, ο βαθμός δραστηριότητας και απόδοσης και το επίπεδο ψυχολογικής δυσφορίας. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς με ημικρανία χρησιμοποιούν τυπικά τους μηχανισμούς καταπίεσης των συναισθημάτων τους (επιθετικότητα, θυμός, φόβος), αποφυγής κοινωνικής και σωματικής δραστηριότητας, αρνητικότητας, καθώς και άρνησης των επιθυμιών, π.χ. αντικαθιστώντας τις απαγορευμένες παρορμήσεις και επιθυμίες με πιο κοινωνικά αποδεκτές¹⁴.

Σημειώθηκε ότι η παραβίαση των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες και της ασθένειας (στην περίπτωση της υπεροχής αρνητικών δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών και αδυναμίας έναντι ενεργών, θετικών) παίζει σημαντικό ρόλο στην επιδείνωση των κλινικών εκδηλώσεων του συνδρόμου του πόνου και του σχηματισμού διαφόρων δυσλειτουργιών που επιδρούν αρνητικά στην γενική σωματική ευεξία, τον βαθμό δραστηριότητας και απόδοσης και το επίπεδο ψυχολογικής δυσφορίας. Από την άλλη πλευρά, έχει αποδειχθεί ότι η εκπαίδευση στη χρήση πιο προηγμένων στρατηγικών μπορεί να βελτιώσει τον ψυχολογικό έλεγχο του πόνου, να αυξήσει τη σωματική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών¹⁷.

1.9 Η στάση του υποκειμένου

Το φαινόμενο της στάσης ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά από τον Γερμανό ψυχολόγο L. Lange το 1888 στην πειραματική ψυχολογία, ενώ μελετούσε τα αντιληπτικά λάθη και σύντομα άρχισε να μελετάται ενεργά σε διάφορους τομείς της γενικής και κοινωνικής ψυχολογίας. Επί του παρόντος δεν υπάρχει γενικά αποδεκτός ορισμός για τον όρο. Οι ερευνητές αντιλαμβάνονται συχνά τις στάσεις (attitude) ως γνωστικούς σχηματισμούς που διαμορφώνονται προσωπικά ή είναι ευρέως διαδεδομένοι σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα¹⁸.

Η στάση σχετίζεται συχνά με την εμπειρία του ατόμου τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνικό και πολιτιστικό. Η στάση του υποκειμένου είναι μια ασυνείδητη και καθορισμένη τάση που καθορίζεται από την προηγούμενη εμπειρία, μια εσωτερική κατάσταση ετοιμότητας ενός ατόμου με έναν ορισμένο τρόπο να αντιληφθεί, να αξιολογήσει και να ενεργήσει σε σχέση με τα φαινόμενα και αντικείμενα της πραγματικότητας. Με βάση αυτόν τον ορισμό και εισάγοντας

ορισμένες αλλαγές, η στάση θα μπορούσε να θεωρηθεί μια ασυνείδητη τάση να ανταποκρίνεται κανείς σε μια κατάσταση με συγκεκριμένο τρόπο, με τη βοήθεια της οποίας διάφορες ανάγκες που έχουν αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα προηγούμενης εμπειρίας μπορούν να ικανοποιηθούν. Με αυτό τον τρόπο, ο ορισμός δεν συμπεριλαμβάνει μόνο τα αίτια αλλά και το αποτέλεσμα της στάσης¹⁹.

Ένα παράδειγμα στάσης είναι η συμπεριφορά ενός ατόμου που περπατά κατά μήκος ενός στενού άγνωστου δασικού δρόμου το βράδυ. Ακούει κάθε θρόισμα, κοιτάζει το ελάχιστο αισθητό κενό ανάμεσα στα δέντρα, περπατά προσεκτικά και σιωπηλά. Είναι σε εγρήγορση. Παρατηρώντας τη συμπεριφορά του, μπορεί κανείς να συνειδητοποιήσει ότι η κατάσταση κρατά τις αισθήσεις σε ένα επίπεδο απόλυτης ετοιμότητας για κάθε έκπληξη. Αυτή η συμπεριφορά οφείλεται στην προηγούμενη εμπειρία απόκρισης σε ένα άγνωστο περιβάλλον. Επομένως, μια στάση είναι μια ετοιμότητα για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή πράξη.

Είναι απαραίτητο να διακρίνονται έννοιες όπως "στάση" και "προσδοκία", οι οποίες ενώ σχετίζονται δεν περιγράφουν την ίδια κατάσταση. Η στάση σημαίνει την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς που προκύπτει ως αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο γεγονός (συμπάθεια, αντιπάθεια). Η προσδοκία είναι μια αναπαράσταση της σχέσης ορισμένων πράξεων με τις συνέπειές τους. Ενώ η στάση σχετίζεται με την προσπάθεια επίτευξης ενός αποτελέσματος η προσδοκία σχετίζεται με την επιθυμία¹³.

1.10 Στάση και κίνητρο

Η στάση με την ευρεία έννοια νοείται ως ετοιμότητα για κάποιου είδους δραστηριότητα. Επομένως, η έννοια της στάσης είναι πολύ κοντά στην έννοια του συμπεριφορικού κινήτρου. Το κίνητρο ορίζεται ως γενεσιουργός αιτία για δραστηριότητα που σχετίζεται με την ικανοποίηση ορισμένων αναγκών. Έτσι, οι στάσεις σχετίζονται με την κινητήρια σφαίρα (κινητήριος προσανατολισμός) του ατόμου¹⁹.

Είναι σημαντικό να διαχωρίζονται τα κίνητρα σε συνειδητά και ασυνείδητα, καθώς και να γίνεται κατανοητή η μεταξύ τους σχέση. Τα συνειδητά κίνητρα περιλαμβάνουν ενδιαφέροντα, πεποιθήσεις και φιλοδοξίες. Τα ασυνείδητα κίνητρα σχετίζονται με ορμές και συμπεριφορές. Οι ασυνείδητες παρορμήσεις προκαλούν ακούσιες ενέργειες. Είναι παρορμητικές και δεν προκύπτουν από ξεκάθαρο σχέδιο. Ένα παράδειγμα ακούσιων ενεργειών είναι οι ενέργειες ενός ατόμου σε κατάσταση πάθους, σύγχυσης, φόβου ή έκπληξης. Ωστόσο, τα ασυνείδητα κίνητρα

εκδηλώνονται όχι μόνο σε ακούσιες ενέργειες. Ένα περισσότερο ή λιγότερο παρατεταμένο και έντονο σύνολο εμφανίζεται στις περισσότερες συμπεριφορικές αντιδράσεις του οργανισμού. Η διάρκεια και η σταθερότητα του σε ένα άτομο, καθορίζεται υπό την επίδραση της ατομικής εμπειρίας του παρελθόντος¹².

Η πειραματική ψυχολογία δίνει έμφαση στη σύνδεση και τις αμοιβαίες μεταβάσεις μεταξύ συνειδητών και ασυνείδητων κινήτρων, την αιρεσιμότητα και των δύο από τις κοινωνικο-πολιτιστικές συνθήκες ανάπτυξης της προσωπικότητας. Έτσι, συχνά μια αρχικά ασυνείδητη στάση, που εξωτερικά μοιάζει με προκατάληψη, μπορεί αργότερα να εκδηλωθεί ως βαθιά συνειδητή πεποίθηση, δηλαδή ως ένα εντελώς συνειδητό κίνητρο για δραστηριότητα. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, καθώς υποδηλώνει τη θεμελιώδη δυνατότητα (για παράδειγμα, με τη βοήθεια της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας) να οδηγήσει κάποιος τις ασυνείδητες στάσεις σε συνειδητό επίπεδο και να τις επηρεάσει σκόπιμα, δηλαδή να τις αλλάξει σύμφωνα με τους στόχους που θα προκύψουν από την παρέμβαση της ψυχοθεραπείας¹⁴.

1.11 Μοτίβα εγκατάστασης στάσης

Σειρά ερευνών έχουν αποκαλύψει μοτίβα καθορισμού μιας ορισμένης ετοιμότητας για την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης, με επαναλαμβανόμενη επανάληψη καταστάσεων. Θα παρουσιαστούν ορισμένα πολύ χαρακτηριστικά παραδείγματα. Ζητήθηκε από το άτομο αρκετές φορές στη σειρά (10–15 φορές) να συγκρίνει δύο μπάλες με την αφή, εκ των οποίων η μία ήταν μεγαλύτερη και η άλλη μικρότερη. Μετά από αυτό, στην επόμενη παρουσίαση, οι μπάλες που χρησιμοποιήθηκαν αντικαταστάθηκαν από δύο νέες σφαίρες ίσου μεγέθους ²⁰. Σε αυτή την τελευταία έκθεση, που αποτελούσε ένα κρίσιμο μέρος του πειράματος, το υποκείμενο είχε την ψευδαίσθηση ότι οι ίδιες μπάλες δεν ήταν ίσες, κάτι που εξηγήθηκε από το γεγονός ότι η αντίληψη αντικειμενικά ίσων σφαιρών πραγματοποιήθηκε υπό συνθήκες υποκειμενικής ετοιμότητας για το γεγονός, πράγμα που προξένησε την εντύπωση ότι οι μπάλες θα ήταν πάλι άνισες. Οι συνθήκες του πειράματος παρενέβησαν στον καθορισμό του τρόπου με τον οποίο οι αισθήσεις οδηγούν το υποκείμενο να πραγματοποιήσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο την πράξη της σύγκρισης²¹.

Έτσι, η στάση αναπτύσσεται συχνότερα ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης βιωματικής αντίληψης καταστάσεων στις οποίες ένα άτομο αντέδρασε με συγκεκριμένο τρόπο. Η επανάληψη μιας στάσης ασυνείδητα προβλέπει τη στάση ενός

ατόμου στα αντικείμενά της και καθορίζει τη φύση της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Σειρά ερευνών αποκάλυψαν ότι το σύνολο των στάσεων σχηματίζεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτό αποδείχθηκε από τα ακόλουθα πειράματα. Στο υποκείμενο δόθηκε διαδοχικά στο δεξί χέρι, πρώτα μια μεγαλύτερη και μετά μια μικρότερη μπάλα. Αυτό επαναλήφθηκε 10-15 φορές. Στο τελευταίο μέρος του πειράματος, το υποκείμενο έλαβε διαδοχικά ένα ζευγάρι ίσου μεγέθους μπάλες, αλλά στο αριστερό του χέρι. Ωστόσο, το υποκείμενο είχε την ψευδαίσθηση ότι η μία μπάλα ήταν μεγαλύτερη από την άλλη, παρά το γεγονός ότι το αριστερό χέρι δεν συμμετείχε στα πειράματα διαμόρφωσης της αντίληψης¹⁸.

Παρόμοια στοιχεία ελήφθησαν σε σχέση με την όραση. Η στάση που προέκυψε όταν παρατηρήθηκαν δύο άνισα αντικείμενα με το αριστερό μάτι επεκτάθηκε και στο δεξί μάτι. Αυτά τα πειράματα οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η εγκατάσταση μιας στάσης είναι χαρακτηριστικό της δραστηριότητας του ατόμου στο σύνολό της, ως αποτέλεσμα της επανάληψης καθορισμένων καταστάσεων, το μοντέλο των οποίων παρουσιάστηκε στα παραπάνω πειράματα¹².

1.12 Η εγκατάσταση ως εξελικτική διαδικασία

Οι διαδικασίες της εγκατάστασης των στάσεων, παρέχουν όχι μόνο μια κατάσταση ετοιμότητας για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα που στοχεύει στην ικανοποίηση μιας ανάγκης, αλλά είναι επίσης ένας παράγοντας που καθοδηγεί και καθορίζει το περιεχόμενο της συνείδησης. Έτσι, η ανάπτυξη μιας προσωπικότητας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις στάσεις που αποκτώνται με τη συσσώρευση εμπειρίας ζωής. Από την άλλη, υπάρχει η δυνατότητα επιρροής στάσεων (αντίστοιχα, επακόλουθων αντιδράσεων και συμπεριφοράς) μέσω των μηχανισμών της επίγνωσης.

1.13 Τύποι στάσεων και η δομή τους

Οι στάσεις παρουσιάζουν συχνά πολύ διαφορετική φύση όπως στόχος, κοινωνική πτυχή, σημασιολογική πτυχή, επαγγελματική πτυχή, προσδοκία, στάσεις απέναντι σε έναν γιατρό, απέναντι σε μια ασθένεια κ.λπ. Ορισμένες στάσεις είναι τόσο ευρείες που καθορίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, άλλες είναι αυστηρά συγκεκριμένες σε σχέση με μια συγκεκριμένη κατάσταση⁵.

Οι στάσεις απέναντι στα γεγονότα αλλά και τους ανθρώπους μπορεί να είναι θετικές (ο ασθενής, ακολουθώντας πρόθυμα και με ακρίβεια όλες τις οδηγίες του

γιατρού, τηρεί τη συμπεριφορά που προκύπτει από μια θετική στάση απέναντι στην ιατρική γενικά και προς τον γιατρό που τον θεραπεύει ειδικότερα) και αρνητικές, όταν για παράδειγμα κυριαρχήσει ο χαρακτήρας της προκατάληψης¹³.

Η ψυχολογική έρευνα προσδιορίζει τρία στοιχεία στη δομή της στάσης:

- Γνωστική: Η συγκεκριμένη εικόνα της πραγματικότητας που ένα άτομο είναι έτοιμο να γνωρίσει και να αντιληφθεί.
- Συναισθηματική αξιολόγηση: ένα σύμπλεγμα συμπάθειας και αντιπάθειας για το αντικείμενο εγκατάστασης.
- Συμπεριφορική: ετοιμότητα να ενεργήσει με ορισμένο τρόπο σε σχέση με το αντικείμενο εγκατάστασης, να ασκήσει βουλητικές προσπάθειες.

Έτσι, κάθε άτομο έχει μια τεράστια ποικιλία πολύ διαφορετικών στάσεων που σχετίζονται με όλους τους τομείς της καθημερινότητάς του (εργασία, σπουδές, οικογένεια, αθλητισμός, χρήματα, αγάπη, φιλία, υγεία, ασθένεια κ.λπ.). Είναι σημαντικό για τους γιατρούς να μελετούν τις στάσεις απέναντι στην ανθρώπινη υγεία και ασθένεια. Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι στάσεις των ασθενών που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο¹⁴.

1.14 Εγκαταστάσεις στάσεων πόνου

Η συστηματική παρατήρηση ασθενών που πάσχουν από χρόνιο πόνο, φανέρωσε ότι αρκετά συχνά είχαν αλλαγές στη διάθεση, προβλήματα με τη λήψη φαρμάκων, μειωμένη δραστηριότητα, δυσκολίες στην εύρεση εργασίας και οικογενειακές συγκρούσεις. Επιπλέον, συχνά τέτοιοι ασθενείς αντιμετώπιζαν ανεπαρκώς τη διάγνωση και ακολουθούσαν με ασυνέπεια την συνταγογραφούμενη θεραπεία. Για παράδειγμα, περίμεναν και μάλιστα ζήτησαν την επανάληψη επεμβατικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μέτρων, παρά το γεγονός ότι τα τελευταία είχαν ήδη πραγματοποιηθεί, γιατί αποδείχθηκαν σύμφωνα με αυτούς μη ενημερωτικά ή αναποτελεσματικά¹⁵.

Έτσι, η πρόταση να αναλυθούν οι ήδη πραγματοποιηθείσες διαγνωστικές μελέτες και στη βάση τους, να επιλεγεί η συντηρητική θεραπεία αντί της χειρουργικής θεραπείας, συχνά προκαλούσε απογοήτευση, σκεπτικισμό και δυσαρέσκεια σε αυτούς τους ασθενείς. Συστάσεις για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, χρήση λιγότερων φαρμάκων και εξάσκηση τεχνικών χαλάρωσης δεν ταίριαζε στους ασθενείς. Πολλοί από αυτούς πίστευαν ότι η περίπτωσή τους ήταν

ιδιαίτερη και ότι ο γιατρός απλώς υποτίμησε τη σοβαρότητα της κατάστασης. Επιπλέον, δεν ήταν ασυνήθιστο να παραπονιούνται ότι κανείς δεν μπόρεσε ποτέ να τους εξηγήσει την αιτία του πόνου τους, και έτσι αναγκάζονται να συνεχίσουν αυτή την ατελείωτη αναζήτηση για έναν γιατρό που θα τους πει επιτέλους ποιο είναι το πρόβλημά τους¹⁰.

Τέτοια παραδείγματα δεν είναι μεμονωμένα. Για πολλούς ασθενείς, είναι άβολο να πιστεύουν ότι μια θεραπεία όπως η ύπνωση μπορεί να τους βοηθήσει. Πράγματι, σε αυτή την περίπτωση, αποδεικνύεται ότι ο πόνος τους δεν είναι σωματικής, αλλά ψυχικής προέλευσης, κάτι που κατά τη γνώμη του ασθενούς, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη σοβαρότητα της ασθένειάς του και την εγκυρότητα των παραπόνων του. Ακόμα κι αν τέτοιοι ασθενείς έρχονται σε ψυχοθεραπευτή, τότε μάλλον επιδιώκουν όχι την θεραπεία, αλλά την επιβεβαίωση της ορθότητας των απόψεών τους. Ως αποτέλεσμα, τα συμπτώματα αυξάνονται τελικά και το άτομο αρχίζει να αναζητά νέες, συχνά μη ασφαλείς μεθόδους θεραπείας. Μια αναδρομική ανάλυση τέτοιων καταστάσεων επιτρέπει την παρατήρηση ότι αποτελούν παράδειγμα δυσπροσαρμοστικής χρόνιας συμπεριφοράς, η οποία οδηγεί στην παρανόηση του γιατρού από τον ασθενή και στην αναποτελεσματικότητα της θεραπείας²².

Επομένως, είναι προφανής η ανάγκη μελέτης της εγκατάστασης των συγκεκριμένων στάσεων προκειμένου να διορθωθούν εάν είναι απαραίτητο και να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα από τη θεραπεία. Η στάση μπορεί να χρησιμεύσει ως βάση για χρόνιο πόνο. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι στη οσφυαλγία, ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τη μετάβαση του οξέος πόνου σε χρόνιο πόνο και την ανάπτυξη μακροχρόνιων διαταραχών είναι οι ανεπαρκείς στάσεις απέναντι στον πόνο στη μέση²³.

Οι στάσεις του ασθενούς σχετικά με τον πόνο μπορούν να χωριστούν σε τρεις ομάδες²⁰:

- Βασικές φιλοσοφικές ιδέες για τον εαυτό και τον κόσμο
- Αρκετά γενικές και σταθερές στάσεις που αποτελούν μέρος της δομής της προσωπικότητας
- Στάσεις που αφορούν την άμεση σχέση ενός ατόμου με τον πόνο

Η πρώτη ομάδα στάσεων αφορά πολύ διαφορετικές, αλλά βαθιές ηθικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις σχετικά με κατηγορίες όπως η δικαιοσύνη, η ταλαιπωρία και η προσωπική ευθύνη. Εάν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν πρέπει να υπάρχει πόνος στη ζωή, η ταλαιπωρία του για την ανάπτυξη χρόνιου πόνου θα είναι

βαθύτερη. Δεδομένου ότι οι στάσεις αυτής της κατηγορίας είναι πολύ ατομικές, ασυνεπείς και αντιφατικές, είναι πολύ δύσκολο Να αξιολογηθούν αντικειμενικά¹⁴.

Οι στάσεις της δεύτερης κατηγορίας είναι συνήθως πιο ξεκάθαρες και σχετίζονται με την καθημερινή ζωή. Είναι σταθερές ανεξάρτητες από την κατάσταση και αλλάζουν ελάχιστα με την πάροδο του χρόνου, επομένως μπορούν να ονομαστούν ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Μεταξύ αυτών, συχνά περιγράφονται και συγκεκριμένες στάσεις που έχουν αρνητική χροιά. Για παράδειγμα σε πολλές περιπτώσεις οι άνθρωποι δημιουργούν και αποθηκεύουν στον εαυτό τους διάφορες συμπεριφορές και νοήματα που οδηγούν σε ανεπαρκή ανταπόκριση στην κατάσταση, η οποία εν τέλει ενισχύει το αίσθημα της εγκατάλειψης και της απόρριψης οδηγώντας σταδιακά το άτομο στην αποδοχή μιας αίσθησης ότι είναι θύμα. Φυσικά, υπάρχουν επίσης προσαρμοστικές στάσεις που ανήκουν σε αυτήν την ομάδα, συμπεριλαμβανομένων στάσεων όπως η ανθεκτικότητα, ο τρόπος ελέγχου, το στυλ παρουσίας και η αυτό-αποτελεσματικότητα⁹.

Στη θεραπεία ασθενών με χρόνιο πόνο, η μελέτη των ρυθμίσεων της δεύτερης ομάδας είναι σημαντική, αλλά οι πιο πολύτιμες πληροφορίες μπορούν να ληφθούν με την αξιολόγηση της τρίτης ομάδας. Μπορεί να είναι το κλειδί για τη διάγνωση και την εύρεση τρόπων για τον έλεγχο του πόνου. Η στάση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της σταθερής του πίστης στην ανάγκη συνέχισης των διαγνωστικών μελετών, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Έτσι, για παράδειγμα, οι ασθενείς με κρίσεις πανικού με προσανατολισμό σε μια οργανική ασθένεια, αφιερώνουν πολύ χρόνο σε άκαρπες αναζητήσεις της αιτίας του πόνου τους, αλλάζοντας το ένα μετά το άλλο τα γραφεία των ειδικών, υποβάλλοντας τον εαυτό τους σε πολλές και άσκοπες διαγνωστικές διαδικασίες χωρίς τελικά να παίρνουν απάντηση στο ερώτημα τι τους συμβαίνει. Ως αποτέλεσμα, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι συχνά χαμηλή¹⁷.

1.15 Εργασία αναγνώρισης της στάσης

Επί του παρόντος, υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που συνιστώνται για κλινική χρήση και έρευνα σε αυτόν τον τομέα. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται¹¹:

- Η έρευνα για τις στάσεις του πόνου (SOPA).
- Το ερωτηματολόγιο του Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBAPI).
- Προφίλ του γνωστικού κινδύνου (CRP).
- Το ερωτηματολόγιο The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ).

1.16 Σύνοψη μεθόδων

1.16.1 Η έρευνα για τις στάσεις πόνου (SOPA)

Η πρώτη έκδοση αυτού του ερωτηματολογίου αναπτύχθηκε για πρώτη φορά το 1987. Τα επόμενα χρόνια, υπέστη διάφορες αλλαγές και το 1994, προτάθηκε η τρίτη έκδοση του SOPA, η οποία χρησιμοποιείται επί του παρόντος. Αυτή η κλίμακα περιέχει 57 στοιχεία, καθένα από τα οποία αξιολογείται σε κλίμακα 5 βαθμών. Μετρώνται 7 πτυχές¹⁵:

- Έλεγχος (αίσθημα ελέγχου του πόνου).
- Αναπηρία (στάσεις του ασθενούς σε σχέση με την πιθανότητα εμφάνισης αναπηρίας).
- Ιατρική θεραπεία (πίστη στη δυνατότητα ίασης μέσω ιατρικών παρεμβάσεων).
- Φροντίδα (εκτίμηση από τον ασθενή του βαθμού φροντίδας για αυτόν από άλλους).
- Φαρμακοθεραπεία (στάση του ασθενούς στη φαρμακευτική θεραπεία).
- Συναισθήματα (στάσεις του ασθενούς σχετικά με την επίδραση των συναισθημάτων στη σοβαρότητα του πόνου).
- Τραυματισμός (η πεποίθηση ότι ο πόνος είναι αντανάκλαση κάποιου σωματικού τραυματισμού).

Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν επιβεβαίωσαν τη συνέπεια, την αρμονία, την εγκυρότητα του τεστ, καθώς και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων που προέκυψαν με τη βοήθειά του. Αυτό το τεστ επιτρέπει την αξιόπιστη αξιολόγηση των ψυχομετρικών παραμέτρων και χρησιμοποιείται ευρέως στη θεραπεία ασθενών με χρόνιο πόνο. Η μελέτη της στάσης του ασθενούς απέναντι στον πόνο σας επιτρέπει να βελτιστοποιήσετε τη θεραπεία, η οποία οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα¹⁹.

1.16.2 Το ερωτηματολόγιο Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBAPI).

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει 16 θέματα που διερευνούν 3 κατηγορίες στάσεων ασθενών.

- Αυτοκατηγορία.
- Αντίληψη του πόνου ως ανεξήγητου φαινομένου
- Σταθερότητα (δηλαδή στάσεις για τη σταθερότητα, αναλλοίωτο του πόνου στο χρόνο).

Μελέτες έχουν δείξει ότι αυτές οι κλίμακες είναι καλά τεκμηριωμένες και έγκυρες. Η υπόθεση ότι ο πόνος είναι μόνιμος και δεν θα υποχωρήσει με τη θεραπεία

συσχετίστηκε με μια πραγματικά χειρότερη ανταπόκριση στη συντηρητική θεραπεία. Η πεποίθηση του ασθενούς ότι ο πόνος του δεν είχε φυσιολογική αιτία συνδέθηκε με μια λιγότερο συχνή ανάπτυξη ψυχολογικής δυσπροσαρμογής και σωματοποίησης μετά τη θεραπεία. Τέλος, η πίστη στη σταθερότητα και το ανεξήγητο της φύσης του πόνου συνδέθηκε με την αρνητική εικόνα του εαυτού και τον λιγότερο έλεγχο του πόνου. Διάφορες μελέτες επιβεβαίωσαν την αντικειμενικότητα και τη χρησιμότητα του PBAPI. Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει αναγνωρισθεί και τείνει να χρησιμοποιείται ευρέως όχι μόνο σε αγγλόφωνες χώρες, αλλά και σε άλλες χώρες για κλινική χρήση.

1.16.3 The Cognitive Risk Profile (CRP, DeGood, 1996)

Αυτό το εργαλείο, επιτρέπει μια ευρύτερη εξέταση της στάσης ενός ασθενούς. Η τελευταία έκδοση του ερωτηματολογίου περιέχει 68 στοιχεία, καθένα από τα οποία αξιολογείται σε κλίμακα 6 βαθμών. Ο ασθενής καλείται να υποδείξει το βαθμό συμφωνίας του με τις διάφορες δηλώσεις σχετικά με τον πόνο του. Κάθε τέτοια δήλωση θεωρείται προσαρμοστική ή δυσπροσαρμοστική και επομένως δυνητικά σχετίζεται με την ανταπόκριση στη θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο βαθμολογείται σε 9 κατηγορίες¹⁶:

- Φιλοσοφικές στάσεις
- Επίδραση της διάθεσης στην ένταση του πόνου
- Επίδραση του πόνου στη διάθεση
- Αντιλήψεις ενοχής
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
- Είδος διαταραχής
- Πίστη στην επιτυχία της ιατρικής περίθαλψης
- Σκεπτικισμός για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας πολλαπλών συστατικών
- Εμμονή και επιμονή στην απελπισία

Υπήρχε μια μέτρια συσχέτιση των αποτελεσμάτων αυτού του ερωτηματολογίου με τα αποτελέσματα της κλινικής συνομιλίας και το επίπεδο κατάθλιψης/δραστηριότητας. Σε μια μικρή μελέτη σε 45 ασθενείς, αποκαλύφθηκε η αξία αυτού του ερωτηματολογίου για τον προσδιορισμό της πρόγνωσης. Ωστόσο, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων διαφορετικών κατηγοριών. Αυτό σημαίνει ότι οι παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν είναι εν μέρει

αλληλοεξαρτώμενοι.

1.16.4 Ερωτηματολόγιο The Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ)

Αυτό το ερωτηματολόγιο εφαρμόζει μια θεμελιωδώς διαφορετική προσέγγιση στην αξιολόγηση της στάσης. Διερευνάται η ετοιμότητα του ασθενούς για αλλαγές και η ικανότητά του να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχολογικών μεθόδων. Το ερωτηματολόγιο βασίζεται σε ένα μοντέλο που εξετάζει τα στάδια ψυχολογικής αλλαγής στον χρόνιο πόνο. Με βάση αυτό το μοντέλο, ήταν δυνατό να προβλεφθεί με επιτυχία η ανταπόκριση στη θεραπεία αξιολογώντας το ρόλο πολλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 30 θέματα και αξιολογεί τη στάση του ασθενούς σχετικά με 4 κατηγορίες:

- Προσδοκία
- Πρόθεση
- Δράση
- Διατήρηση του αποτελέσματος

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επιβεβαιώνεται από μια σειρά ερευνών. Κατά τη διάρκεια της έρευνας, ανακαλύφθηκαν και ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με την αλληλεπίδραση των κατηγοριών. Οι ασθενείς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία είχαν συνήθως υψηλές βαθμολογίες στον δείκτη Προσδοκία και χαμηλές βαθμολογίες στον δείκτη Πρόθεση. Η σταθερότητα στις απόψεις του ασθενή στο ερωτηματολόγιο πριν και μετά τη θεραπεία συνήθως σχετίζεται με ένα καλό αποτέλεσμα⁷.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι εύκολο στη χρήση και αρκετά αξιόπιστο. Το πλεονέκτημα είναι επίσης ότι επιτρέπει τον καθορισμό της πρόγνωσης της θεραπείας. Ωστόσο, αυτή τη στιγμή, υπάρχουν λίγες έρευνες που είναι αφιερωμένες στη χρήση του και απαιτούνται πρόσθετες μελέτες για τον προσδιορισμό της προγνωστικής αξίας του ερωτηματολογίου σε διάφορα σύνδρομα πόνου⁸.

1.17 Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και οι στάσεις

Οι ψυχολογικοί παράγοντες καθορίζουν την προδιάθεση του ατόμου στην ανάπτυξη συνδρόμων πόνου και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εμπειρία Ο πόνος, η συμπεριφορά του πόνου και η επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης παίζουν

πρωταγωνιστικό ρόλο στη μετατροπή του επεισοδιακού πόνου σε χρόνιο πόνο και επίσης σε μεγάλο βαθμό, στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τις προοπτικές θεραπείας και την πρόγνωση. Στη θεραπεία των συνδρόμων πόνου, ιδιαίτερα αυτών με χρόνια πορεία, είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς¹⁰.

Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν ότι η αντίληψη, η διατήρηση και η εντατικοποίηση του πόνου επηρεάζονται σημαντικά από ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες (επίπεδο άγχους, κατάθλιψη, ικανοποίηση από τις οικογενειακές σχέσεις, φύλο, επαγγελματική και οικονομική φερεγγυότητα κ.λπ.). Ένας από τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η επιτυχία της θεραπείας είναι η ψυχολογική στάση των ασθενών¹⁶.

Πολυάριθμες μελέτες επισημαίνουν τον σημαντικό ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων στον καθορισμό της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και του αποτελέσματος της θεραπείας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για κακή ανταπόκριση στη θεραπεία είναι οι δυσπροσαρμοστικές στάσεις απέναντι στην κατάσταση του πόνου. Έχει επιβεβαιωθεί επαρκώς ότι η έγκαιρη ανίχνευση δυσπροσαρμοστικών στάσεων και η επιτυχής διόρθωσή τους επιτρέπουν την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων στη θεραπεία¹¹.

Από αυτή την άποψη, η ανάγκη εντοπισμού δυσπροσαρμοστικών στάσεων για τον κλινικό γιατρό γίνεται προφανής. Συχνά, οι στάσεις του ασθενούς μπορούν να εντοπιστούν ήδη σε μια προσωπική συνομιλία με τον θεράποντα γιατρό, χωρίς τη χρήση ειδικών μεθόδων. Ωστόσο, η χρήση τυποποιημένων μεθόδων καθιστά δυνατή την πληρέστερη και αντικειμενική αξιολόγηση των ψυχολογικών στάσεων, τον προσδιορισμό της φύσης και της σταθερότητάς τους και την τεκμηρίωση των βέλτιστων θεραπευτικών τακτικών. Δεν είναι λιγότερο σημαντική η θεωρητική μελέτη των στάσεων, η οποία ανοίγει προοπτικές για πιο επιτυχημένο ψυχοθεραπευτικό έλεγχο πάνω τους και βελτιστοποίηση της θεραπείας ασθενών με χρόνιο πόνο²¹.

Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία/Methods

2.1 Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα, είχε στόχο τη μέτρηση του άγχους σχετικά με τον πόνο σε γενικό πληθυσμό και τη σύνδεσή του με κάποια βασικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποσοτική ανάλυση με χρήση ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη μέθοδος, έχει 2 βασικά πλεονεκτήματα. Μέσω της ποσοτικής ανάλυσης και με χρήση κατάλληλων σταθμισμένων εργαλείων, μπορούν να ποσοτικοποιηθούν σύνθετες έννοιες και έπειτα να διαχειριστούν σε επαγωγικούς ελέγχους, αναδεικνύοντας πλούσια συμπεράσματα και ερμηνείες. Επίσης, η χρήση ερωτηματολογίου είναι μία σχετικά εύκολη μέθοδος συλλογής δεδομένων, η οποία είναι λιγότερο χρονοβόρα από μία πειραματική διαδικασία ή μια διαδικασία συνέντευξης, αλλά ταυτόχρονα δίνει αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα.

Αναφορικά με τις προϋποθέσεις των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή τους στη μελέτη:

Οι συμμετέχοντες πρέπει να είναι ενήλικες, ηλικίας 18 ετών και άνω

- Πρέπει να διαθέτουν επαρκές μορφωτικό επίπεδο ώστε να κατανοούν τα ερωτήματα που τίθενται από τα ψυχομετρικά όργανα. Αυτή η απαίτηση βοηθά στην παράκαμψη της ανάγκης αξιολόγησης των επιπέδων IQ των υποκειμένων, κάτι που θα μπορούσε να προσθέσει πολυπλοκότητα σε μια ήδη απαιτητική διαδικασία μελέτης λόγω του εκτεταμένου μήκους των ερωτηματολογίων.
- Οι συμμετέχοντες πρέπει να εκφράσουν εθελοντικά την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην τρέχουσα μελέτη.
- Ο προσδιορισμός του εάν πληρούνται αυτά τα κριτήρια επιλεξιμότητας για την έρευνα θα εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια των ερευνητών που διεξάγουν αυτήν τη μελέτη.

2.2 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 99 άτομα που παρακολουθούνται στο ιατρείο πόνου του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Στα άτομα αυτά ζητήθηκε να απαντήσουν στο σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, το οποίο αξιολογεί το άγχος για τον πόνο, κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, αλλά και τα βασικά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

2.3 Διαδικασία

Οι ερευνητές αρχικά μέσω των ερωτηματολογίων συνέλλεξαν τις κατάλληλες απαντήσεις από τους συμμετέχοντες. Στη συνέχεια αξιολόγησαν την ορθότητά τους απομακρύνοντας τυχόν επίφοβα ως προς την αξιοπιστία ερωτηματολόγια, όπως επίσης και ερωτηματολόγια που έμειναν ημιτελή από τους συμμετέχοντες. Έπειτα, τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν στο SPSS v25 και από εκεί με χρήση κατάλληλων τεχνικών προέκυψαν όλα τα αποτελέσματα που περιγράφονται παρακάτω.

2.4 Εργαλεία και κλίμακες μέτρησης

2.4.1 Κλίμακας PASS-20, για τη μέτρηση του άγχους σχετικά με τον πόνο

Η κλίμακα συμπτωμάτων άγχους πόνου (PASS-20), μια συνοπτική έκδοση της αρχικής έρευνας 40 ερωτήσεων, διατυπώθηκε από τους McCracken & Dhingra το 2002. Η κύρια εστίαση του PASS-20 είναι στις αντιδράσεις φόβου και άγχους που έχουν οι άνθρωποι απέναντι στον πόνο. Αυτή η έρευνα αυτοαναφοράς, που αποτελείται από 20 δηλώσεις, περιγράφει προσωπικές αντιδράσεις στον πόνο και βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert πέντε βαθμών που κυμαίνεται από 0 (ποτέ) έως 4 (πάντα). Οι συμμετέχοντες υποδεικνύουν πόσο ταυτίζονται με κάθε δήλωση.

Αντί να σχετίζονται άμεσα με συγκεκριμένες επώδυνες εμπειρίες, οι δηλώσεις στο ερωτηματολόγιο αφορούν κυρίως σε γενικευμένα σενάρια που σχετίζονται με τον πόνο (για παράδειγμα, προβληματισμός για σοβαρή ασθένεια όταν πονάει). Αυτό το εργαλείο έχει κερδίσει παγκόσμια αποδοχή (για παράδειγμα, Vlaeyen & Linton, 2000; Coons, et al., 2004; Williams, et al., 2005) και μπορεί να είναι αρκετά ωφέλιμο σε περιβάλλοντα όπου η ποσότητα και ο χρόνος της ατομικής σωματικής προσπάθειας είναι μια ανησυχία (Roelofs et al., 2003).

Οι βαθμολογίες από όλες τις δηλώσεις αθροίζονται για να ληφθεί μια συνολική βαθμολογία, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Το εύρος βαθμολογίας για ολόκληρο το τεστ είναι 0-80. Επιπλέον, η κλίμακα συμπτωμάτων του άγχους πόνου χωρίζεται σε τέσσερις διακριτές κατηγορίες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου: (1) σκέψεις που βασίζονται στον φόβο, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) αντιδράσεις σωματικού στρες. Κάθε κατηγορία περιέχει πέντε συγκεκριμένα στοιχεία ή προτάσεις τα οποία αθροίζουν σε υποκλίμακες εύρους από το 0 έως το 20. Η παρακολούθηση αυτών των διαστάσεων είναι κρίσιμη καθώς το άγχος του πόνου είναι ένας αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης και της αναπηρίας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο (McCracken et al., 1992). Είναι επίσης ένα βασικό εργαλείο για τη μελέτη της αποφυγής πόνου (π.χ. Asmundson et al., 2004; Coons, et al., 2004; Vlaeyen and Linton, 2000).

Το PASS-20 έχει επιδείξει σταθερή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και ορθή εννοιολογική κατασκευή και προγνωστική εγκυρότητα (Roelofs et al., 2003). Για παράδειγμα, οι Burns et al., 2000 διαπίστωσαν ότι οι υψηλές βαθμολογίες PASS συνήθως συνδέονται με την τάση να αποφεύγεται η έντονη σωματική δραστηριότητα λόγω του φόβου του σχετικού πόνου. Για το ελληνικό δείγμα, ο δείκτης Cronbach's Alpha του PASS-20 είναι 0.833.

2.4.2 Κλίμακα EPQ για τη μέτρηση των διαστάσεων προσωπικότητας

Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας Eysenck (EPQ) είναι ένα καθιερωμένο εργαλείο που δημιουργήθηκε από τους Eysenck και Eysenck το 1975. Αυτή η έρευνα εστιάζει κυρίως στην κατανόηση τεσσάρων βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας: (1) εξωστρέφεια έναντι εσωστρέφειας, (2) νευρωτισμό έναντι συναισθηματικής σταθερότητας, (3) ψυχωτισμός έναντι κοινωνικοποίησης και (4) μια κλίμακα ψεύδους που αξιολογεί την κοινωνικά επιθυμητή ανταπόκριση.

Το EPQ είναι μια έρευνα αυτοαναφοράς, που αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων (ο αριθμός των ερωτήσεων μπορεί να ποικίλλει από 57 στη σύντομη μορφή έως 138 στη μεγάλη μορφή, ανάλογα με την έκδοση που χρησιμοποιείται). Οι ερωτηθέντες καλούνται είτε να συμφωνήσουν είτε να διαφωνήσουν με κάθε δήλωση, επιτρέποντάς τους να εσωστρέφονται και να μετρούν ανάλογα την προσωπικότητά τους.

Το EPQ δεν εστιάζει σε συγκεκριμένες προσωπικές εμπειρίες, αλλά περσσότερο στοχεύει στην καταγραφή ευρύτερων χαρακτηριστικών προσωπικότητας που επηρεάζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου σε διάφορες καταστάσεις. Το εργαλείο έχει λάβει διεθνή αναγνώριση και χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορα ερευνητικά και κλινικά περιβάλλοντα για την κατανόηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων και πώς μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία (Eysenck, H. J & Eysenck, S. B. G., 1993).

Η συνολική βαθμολογία προκύπτει αθροίζοντας τις βαθμολογίες από καθεμία από τις διαστάσεις. Μια υψηλότερη βαθμολογία σε μια συγκεκριμένη διάσταση υποδηλώνει μια ισχυρότερη παρουσία αυτού του χαρακτηριστικού της προσωπικότητας. Το EPQ έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμο για την κατανόηση και την πρόβλεψη της συμπεριφοράς ενός ατόμου και πιθανών προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Το EPQ παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εννοιολογική κατασκευή και προγνωστική εγκυρότητα. Για παράδειγμα, μελέτες έχουν δείξει ότι οι υψηλές βαθμολογίες στη διάσταση του νευρωτισμού συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσετε προβλήματα ψυχικής υγείας. Για το ελληνικό δείγμα, ο δείκτης Cronbach's alpha για το EPQ έχει αναφερθεί ότι είναι ικανοποιητικός (Cristine. M, 2021), αποδεικνύοντας την εφαρμογή του σε διαφορετικούς πολιτισμούς και γλώσσες.

2.5 Στατιστική επεξεργασία

Για την ανάλυση των δεδομένων, έγινε χρήση τόσο περιγραφικών, όσο και επαγωγικών τεχνικών. Στις περιγραφικές τεχνικές συγκαταλέγεται η χρήση ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων, όπως και άλλων μέτρων θέσης και διασποράς, σε συνδυασμό με κατάλληλα γραφήματα (Ιστογράμματα). Για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις και μέγιστη και ελάχιστη τιμή, ενώ για τις ποιοτικές έγινε χρήση ποσοστών, συχνοτήτων και αθροιστικών συχνοτήτων. Στο επαγωγικό μέρος, εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test προκειμένου να εντοπιστούν διαφορές των βασικών κλιμάκων ως προς την επίσκεψη στον ψυχολόγο και το φύλο. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος γραμμικής συσχέτισης Pearson, προκειμένου να αναδειχθούν συσχετίσεις των κλιμάκων με την ηλικία και το πλήθος αδελφών, ενώ στο τέλος ο ίδιος έλεγχος, ανέδειξε και συσχετίσεις μεταξύ των ίδιων των κλιμάκων.

Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα

3.1 Δημογραφικά

Στον παρακάτω Πίνακα 1, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (μόνο τα ποιοτικά). Όπως φαίνεται, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (ποσοστό 60%) και έχουν αδέρφια (ποσοστό 92.8%), με τα οποία μάλιστα κατά βάσιν έχουν καλές σχέσεις (ποσοστό 85.3%). Ως προς την συντροφική κατάσταση, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες είναι παντρεμένοι (ποσοστό 60.8%), ενώ αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, η πλειοψηφία είναι είτε απόφοιτοι Λυκείου (ποσοστό 39.2%), είτε απόφοιτοι ανώτατης σχολής (ποσοστό 21.6%). Επιπλέον, σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες δήλωσαν είτε δημόσιοι (ποσοστό 26.5%) είτε ιδιωτικοί (ποσοστό 21.4%) υπάλληλοι, ενώ κατά βάσιν μένουν είτε με τον σύντροφο και τα παιδιά τους (ποσοστό 31.6%), είτε μόνο με το σύντροφό τους (ποσοστό 29.6%), είτε μόνοι τους (ποσοστό 27.6%). Αναφορικά με την ποιότητα ύπνου, λίγο περισσότεροι από το μισό δείγμα απάντησαν ότι κοιμούνται καλά (ποσοστό 54.2%), ότι βλέπουν όνειρα «μερικές φορές» (ποσοστό 51%), ενώ σχεδόν οι μισοί δήλωσαν πως δεν θυμούνται τα όνειρα αυτά (ποσοστό 47.9%). Όσον αφορά το ιατρικό και ψυχολογικό προφίλ του δείγματος, η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει πως δεν πάσχει από κάποια σωματική νόσο (ποσοστό 91.7%), ότι δεν παίρνει φάρμακα (ποσοστό 95.4%), δεν έχει συμπτώματα χρόνιου πόνου (ποσοστό 92.9%) και επομένως δεν χρειάζεται φάρμακα για τον πόνο (ποσοστό 92.9%), ενώ δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό έτυχε να πονέσουν σωματικά (ποσοστό 97.9%), γεγονός που φάνηκε να τους τρομάζει (ποσοστό 75.7%). Τέλος, το ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν έχει επισκεφθεί ποτέ ψυχολόγο ή ψυχίατρο (ποσοστό 55.6%), ενώ κατά πλειοψηφία θα ήθελαν να το κάνουν (ποσοστό 56.5%).

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (ποιοτικά χαρακτηριστικά).

		Συχνότητα	
		(N)	Ποσοστό N %
Φύλο	Άντρας	38	40.0%
	Γυναίκα	57	60.0%
Έχετε αδέρφια	Ναι	90	92.8%
	Όχι	7	7.2%
Έχετε καλές σχέσεις με	Ναι	64	85.3%

τα αδέρφια σας;	Όχι	5	6.7%
	Όχι με όλα	6	8.0%
Συντροφική κατάσταση	Άγαμος	15	15.5%
	Έγγαμος	59	60.8%
	Σε διάσταση	12	12.4%
	Χήρος	11	11.3%
Τόπος διαμονής	Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	37	40.2%
	Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	21	22.8%
	Χωριό και κωμόπολη	34	37.0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού	15	15.5%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	14	14.4%
	Απόφοιτος Λυκείου	38	39.2%
	Απόφοιτος ΙΕΚ	1	1.0%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	21	21.6%
	Μεταπτυχιακό	8	8.2%
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος υπάλληλος	26	26.5%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	21	21.4%
	Συνταξιούχος	12	12.2%
	Αυτοαπασχολούμενος	12	12.2%
	Εισοδήματος	1	1.0%
	Άνεργος	16	16.3%
	Οικιακά	10	10.2%
Με ποιον μένετε	Μόνος	27	27.6%
	Με τον σύντροφο και τα παιδιά μου	31	31.6%
	Με κάποιον φίλο	1	1.0%
	Με τον σύντροφο μου	29	29.6%
	Με τα παιδιά μου	8	8.2%
	Με τα αδέρφια μου	2	2.0%
Κοιμάστε καλά;	Ναι	52	54.2%
	Μερικές φορές έχω αυπνίες	15	15.6%
	Όχι	29	30.2%
Βλέπετε όνειρα;	Όχι, ποτέ δεν τα θυμάμαι	20	20.4%
	Μερικές φορές	50	51.0%
	Πολλά	28	28.6%
Τα όνειρά σας συνήθως είναι;	Δεν τα θυμάμαι	46	47.9%
	Εφιάλτες	4	4.2%
	Ωραία	35	36.5%
	Άσχημα	11	11.5%
Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	88	91.7%
	Όχι	8	8.3%
Παίρνετε φάρμακα ή κάνετε αγωγές για αυτήν;	Ναι	83	95.4%
	Όχι	4	4.6%

Έχετε συμπτώματα χρόνιου πόνου;	Ναι	92	92.9%
	Όχι	7	7.1%
Παίρνετε φάρμακα για αυτόν;	Ναι	79	92.9%
	Όχι	6	7.1%
Πονέσατε τον τελευταίο καιρό σωματικά;	Ναι	95	97.9%
	Όχι	2	2.1%
Αν ναι, φοβηθήκατε για αυτό;	Ναι	56	75.7%
	Όχι	18	24.3%
Έχετε επισκεφτεί κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο;	Ναι	44	44.4%
	Όχι	55	55.6%
Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε με κάποιον ψυχολόγο;	Ναι	52	56.5%
	Όχι	40	43.5%

Συνεχίζοντας, από τον Πίνακα 2, φαίνεται πως η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 55.04 ± 13.32 έτη, κατά βάση έχουν 1.99 ± 1.30 αδέλφια, ενώ η σειρά γέννησής τους είναι 1.86 ± 0.95 . Επίσης, από όσους έχουν παιδιά, κατά μέσο όρο το πλήθος τους είναι 1.89 ± 0.77 , ενώ όσοι εμφανίζουν συμπτώματα χρόνιου πόνου, κατά μέσο όρο τα έχουν 9.42 ± 9.86 χρόνια.

Πίνακας 2 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (ποσοτικά χαρακτηριστικά).

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	55.04	13.32
Πόσα αδέλφια έχετε	1.99	1.30
Σειρά γέννησης	1.86	.95
Πόσα παιδιά έχετε	1.89	.77
Χρόνια συμπτωμάτων χρόνιου πόνου;	9.42	9.86

3.2 Παρουσίαση των βασικών σκορ της έρευνας

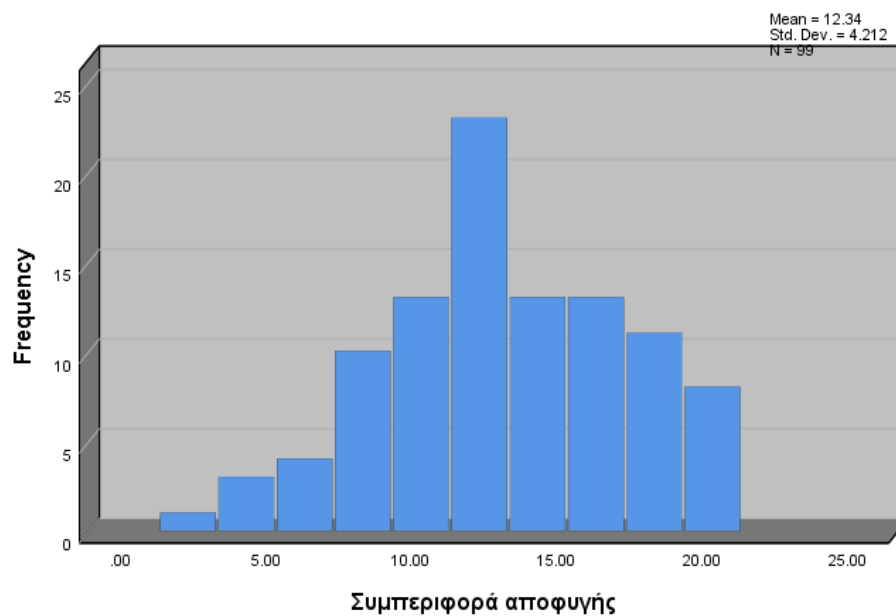
Στη συνέχεια, μέσω των πινάκων 3-10 και τα αντίστοιχα γραφήματα 1-8, παρουσιάζονται τα 8 βασικά σκορ της έρευνας που αφορούν τα τις κλίμακες PASS και EPQ. Στον Πίνακα 3 και το Γράφημα 1 που ακολουθούν, φαίνεται πως η μέση τιμή στο σκορ αποφυγής είναι 12.34 ± 4.21 , παίρνοντας τιμές από 2 έως 20 στο δείγμα.

Πίνακας 3 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «συμπεριφορά αποφυγής».

Συμπεριφορά αποφυγής	
Mean	12.3434
Median	12.0000
Std. Deviation	4.21165
Minimum	2.00
Maximum	20.00

=====

Γράφημα 1 Ιστόγραμμα για το σκορ «συμπεριφορά αποφυγής».

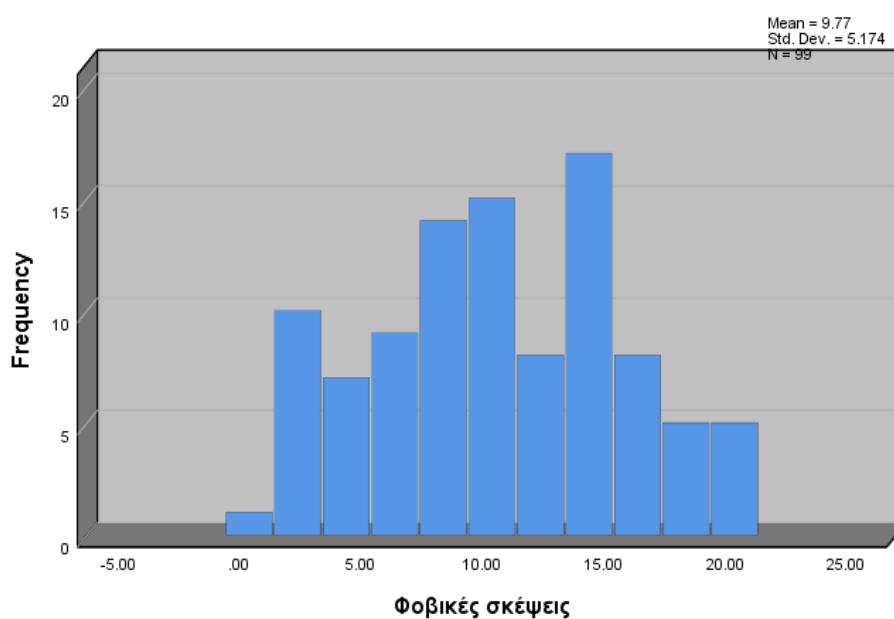


Αντίστοιχα, το σκορ φοβικών σκέψεων όπως φαίνεται από τον Πίνακα 4 και το Γράφημα 2, έχει μέσο σκορ 9.77 ± 5.174 , με τιμές από 0 έως και 20.

Πίνακας 4 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «φοβικές σκέψεις».

Φοβικές σκέψεις	
Mean	9.7677
Median	9.0000
Std. Deviation	5.17417
Minimum	0.00
Maximum	20.00

Γράφημα 2 Ιστόγραμμα για το σκορ «φοβικές σκέψεις».

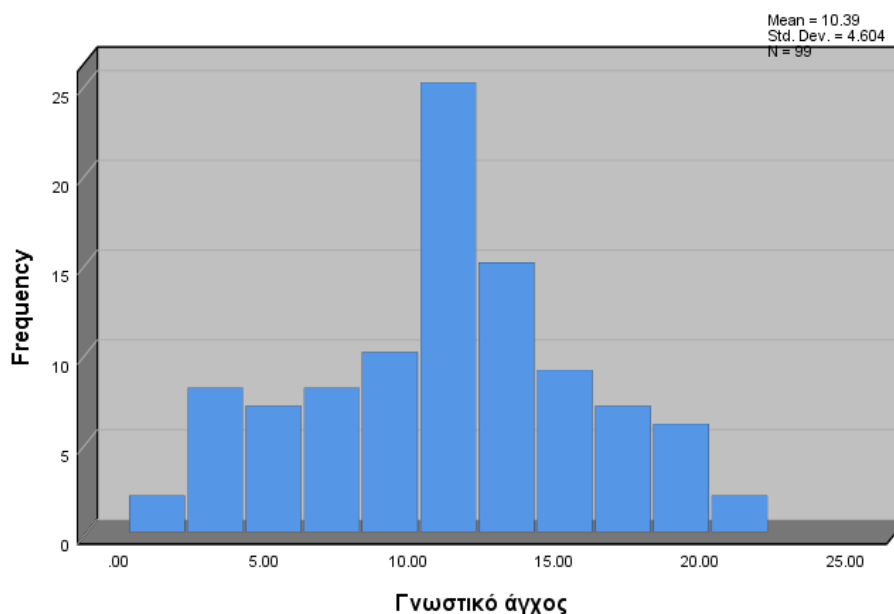


Πίνακας 5 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «γνωστικό άγχος».

Γνωστικό άγχος	
Mean	10.3939
Median	10.0000
Std. Deviation	4.60439
Minimum	1.00
Maximum	20.00

Επιπλέον, ο Πίνακας 5 και το Γράφημα 3, φανερόνουν πως η μέση τιμή γνωστικού άγχους είναι 10.39 ± 4.604 , με ελάχιστη δειγματική τιμή το 1 και μέγιστη το 20.

Γράφημα 3 Ιστόγραμμα για το σκορ «γνωστικό άγχος».

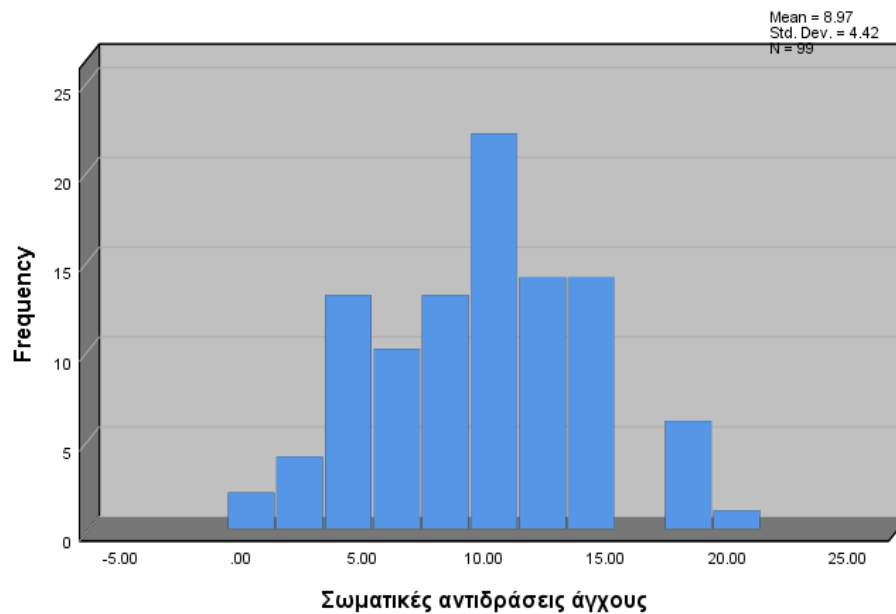


Επίσης, ο Πίνακας 6 και το Γράφημα 4, αναδεικνύουν πως το μέσο σκορ σωματικών αντιδράσεων άγχους είναι 8.97 ± 4.420 , με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 20.

Πίνακας 6 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «σωματικές αντιδράσεις άγχους».

	Σωματικές αντιδράσεις άγχους
Mean	8.9697
Median	9.0000
Std. Deviation	4.42039
Minimum	0.00
Maximum	20.00

Γράφημα 4 Ιστόγραμμα για το σκορ «σωματικές αντιδράσεις άγχους».



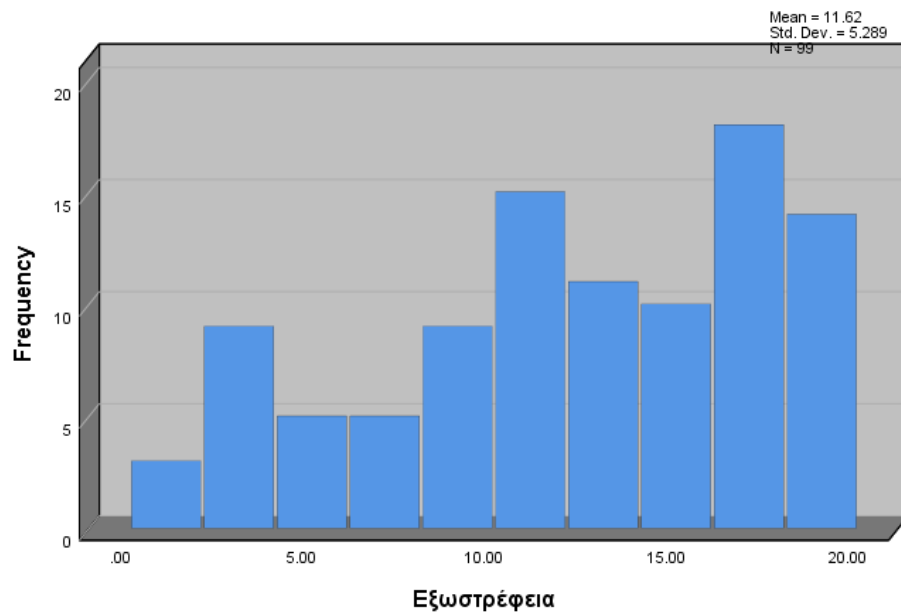
Όσον αφορά το σκορ εξωστρέφειας, από τον Πίνακα 7 και το Γράφημα 5, φαίνεται πως έχει μέση τιμή 11.62 ± 5.289 , με ελάχιστη τιμή το 1 και μέγιστη το 19.

Επιπλέον, από τον Πίνακα 8 και το Γράφημα 6, φαίνεται πως η μέση τιμή στο σκορ νευρωτισμού είναι 11.75 ± 4.383 , ενώ παίρνει τιμές από 2 έως 20.

Πίνακας 7 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «εξωστρέφεια».

	Εξωστρέφεια
Mean	11.6162
Median	12.0000
Std. Deviation	5.28901
Minimum	1.00
Maximum	19.00

Γράφημα 5 Ιστόγραμμα για το σκορ «εξωστρέφεια».

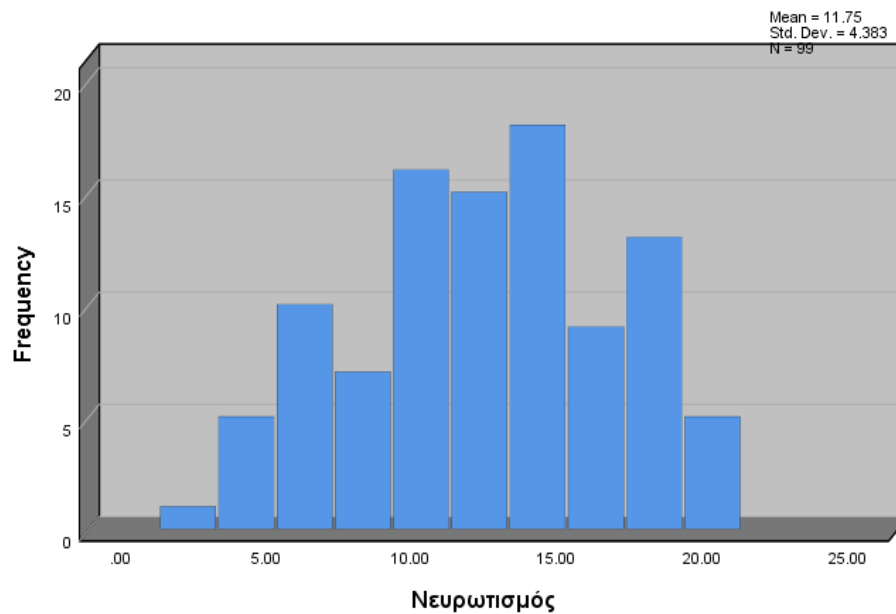


Πίνακας 8 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «νευρωτισμός».

	Νευρωτισμός
Mean	11.7475
Median	12.0000
Std. Deviation	4.38305
Minimum	2.00
Maximum	20.00

Το προτελευταίο σκορ, αφορά τον ψυχωτισμό και παρουσιάζεται στον Πίνακα 9 και το Γράφημα 7. Όπως φαίνεται, έχει μέση τιμή 4.12 ± 2.811 με εύρος τιμών από 1 έως 15.

Γράφημα 6 Ιστόγραμμα για το σκορ «νευρωτισμός».

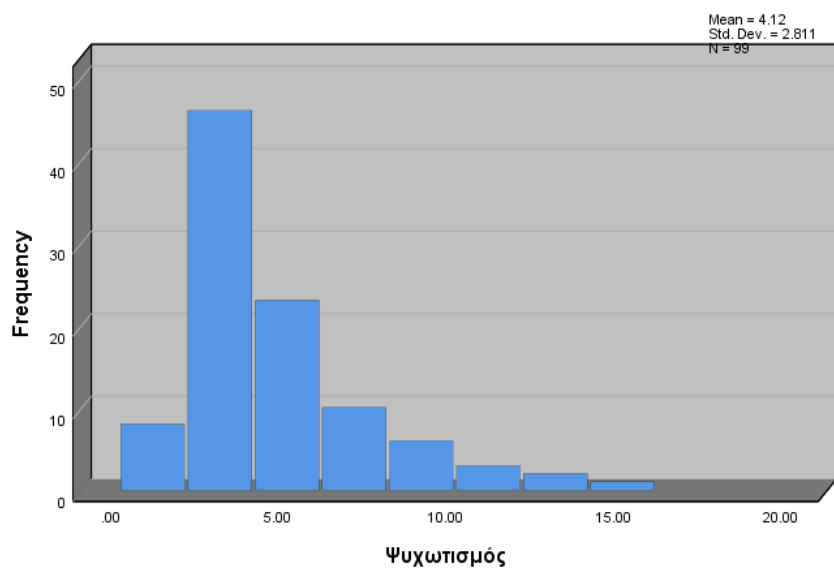


Πίνακας 9 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «ψυχωτισμός».

	Ψυχωτισμός
Mean	4.1212
Median	3.0000
Std. Deviation	2.81132
Minimum	1.00
Maximum	15.00

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των σκορ, στον Πίνακα 10 και το Γράφημα 8, παρουσιάζεται το σκορ ψεύδους. Όπως φαίνεται, έχει μέση τιμή 12.33 ± 3.631 , με τιμές από 3 έως 19.

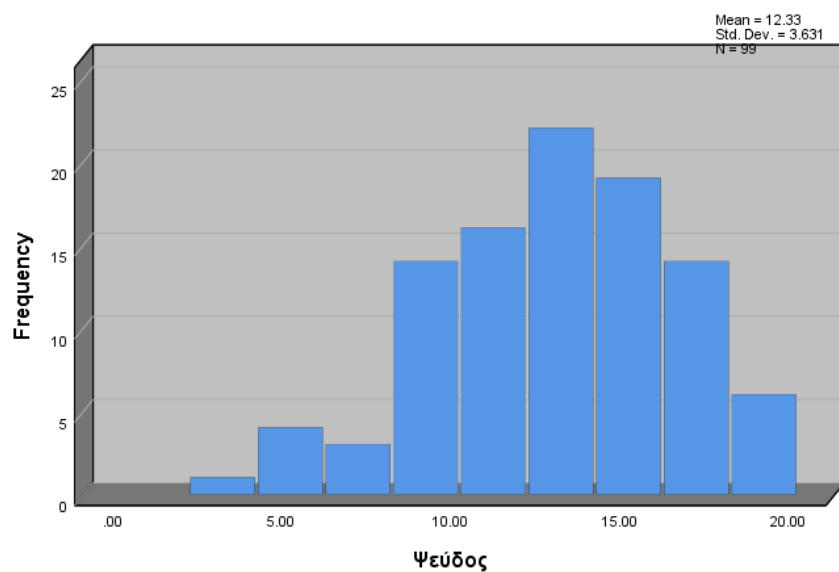
Γράφημα 7 Ιστόγραμμα για το σκορ «ψυχωτισμός».



Πίνακας 10 Μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ «ψεύδος».

	Ψεύδος
Mean	12.3333
Median	12.0000
Std. Deviation	3.63093
Minimum	3.00
Maximum	19.00

Γράφημα 8 Ιστόγραμμα για το σκορ «ψεύδος».



3.3 Διαφοροποιήσεις ως προς την επίσκεψη στον ψυχολόγο

Στην ενότητα που ακολουθεί, διερευνάται το εάν η επίσκεψη σε ψυχολόγο από μεριάς ερωτηθέντων, επηρέασε τα αγχώδη συμπτώματα του πόνου και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν.

Στον Πίνακα 11 φαίνεται πως η μέση τιμή της συμπεριφοράς αποφυγής των ατόμων που έχουν επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο είναι ίση με 11.90 ± 4.78 . Επιπλέον, όσοι δεν έχουν επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο παρουσιάζουν μέση συμπεριφορά αποφυγής 12.69 ± 3.70 . Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test, η παραπάνω διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($P = 0.375$).

Αναφορικά με τις φοβικές σκέψεις που παρουσιάζουν οι ερωτηθέντες, όσοι έχουν επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο εμφανίζουν μέση τιμή ίση με 9.77 ± 5.54 και όσοι δεν έχουν επισκεφθεί κάποιον ιατρό σε αντίστοιχη ιδιότητα παρουσιάζουν μέσο όρο φοβικών σκέψεων $9,76 \pm 4.91$, ενώ δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($P = 0.993$).

Συνεχίζοντας με το γνωστικό άγχος των ερωτώμενων, η μέση τιμή των ατόμων που έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο ισούται με 9.86 ± 4.95 και λίγο υψηλότερα τοποθετούνται τα άτομα που δηλώνουν ότι έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο με 10.81 ± 4.30 . Η διαφορά αυτή, επίσης δεν είναι στατιστικά σημαντική ($P = 0.308$).

Τα άτομα που έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο στο παρελθόν παρουσιάζουν μέση τιμή σωματικών αντιδράσεων άγχους ίση με 8.20 ± 4.84 και όσοι δεν έχουν επισκεφθεί ιατρικές ειδικότητες του κλάδου παρουσιάζουν μέση τιμή σωματικών αντιδράσεων στο άγχος ίση με 9.58 ± 3.99 . Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($P = 0.124$).

Παρουσιάζεται επίσης και η μέση τιμή εξωστρέφειας, μεταξύ των δύο δειγμάτων. Όσοι έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο χαρακτηρίζονται από μέση τιμή εξωστρέφειας ίση με 11.23 ± 5.80 . Όσοι δεν έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο έχουν μέση τιμή εξωστρέφειας ίση με 11.93 ± 4.88 , ενώ ο έλεγχος t-test δεν παρουσιάζει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0.516$).

Η μέση τιμή του νευρωτισμού των ατόμων που έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο αγγίζει το 11.89 ± 4.41 και η μέση τιμή νευρωτισμού όσων δεν έχουν επισκεφθεί προηγουμένως ψυχολόγο ή ψυχίατρο ισούται με 11.64 ± 4.40 , χωρίς να

παρουσιάζεται διαφορά σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο από τον έλεγχο t-test ($P = 0.780$).

Ακόμη, παρατηρήθηκε πως τα άτομα που έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο παρουσιάζουν μέσο επίπεδο ψυχωτισμού ίσο με 4.18 ± 2.76 και όσοι δεν επισκέφθηκαν αντίστοιχες ιατρικές ειδικότητες παρουσιάζουν μέση τιμή 4.07 ± 2.87 . Η διαφορά όμως αυτή, δεν είναι στατιστικά σημαντική με βάση τους κατάλληλους ελέγχους ($P = 0.849$).

Τέλος, φαίνεται πως τα άτομα που έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο παρουσιάζουν μέση τιμή του επιπέδου ψεύδους ίση με 12.36 ± 3.60 . Τα άτομα που δεν έχουν επισκεφθεί τέτοιες ειδικότητες στο παρελθόν, παρουσιάζουν μέση τιμή ψεύδους 12.31 ± 3.69 , με τον έλεγχο t-test να μην αναδεικνύει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0.941$).

Πίνακας 11. Σύγκριση μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν πως έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο και των ατόμων που δεν ανέφεραν πως έχουν αντίστοιχη εμπειρία ως προς τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

Έχετε επισκεφτεί κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο;				
	Θετική απάντηση	Αρνητική απάντηση	Σύνολο	Διαφορά
	N(%)	N(%)	N(%)	
Σύνολο	44 (44.4)	55 (55.6)	99 (100.0)	
Συμπεριφορά αποφυγής				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-20	3-20	2-20	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	11.90 ± 4.78	12.69 ± 3.70	12.34 ± 4.21	$t = -0.892$ $P = 0.375$
Φοβικές σκέψεις				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-19	1-20	0-20	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	9.77 ± 5.54	9.76 ± 4.91	9.76 ± 5.17	$t = 0.009$ $P = 0.993$

Γνωστικό άγχος

Ελαχίστη - μεγίστη	1-18	1-20	0-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	9.86 ± 4.95	10.81 ± 4.30	10.39 ± 4.60	t = -1.025 P = 0.308

Σωματικές αντιδράσεις άγχους

Ελαχίστη - μεγίστη	0-18	0-20	0-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	8.20 ± 4.84	9.58 ± 3.99	8.96 ± 4.42	t = -1.551 P = 0.124

Εξωστρέφεια

Ελαχίστη - μεγίστη	1-19	1-19	1-19	
Μέση τιμή (x ± SD)	11.23 ± 5.80	11.93 ± 4.88	11.617 ± 5.28	t = -0.652 P = 0.516

Νευρωτισμός

Ελαχίστη - μεγίστη	4-20	2-20	2-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	11.89 ± 4.41	11.64 ± 4.40	11.74 ± 4.38	t = 0.281 P = 0.780

Ψυχωτισμός

Ελαχίστη - μεγίστη	1-13	1-15	1-15	
Μέση τιμή (x ± SD)	4.18 ± 2.76	4.07 ± 2.87	4.12 ± 2.81	t = 0.191 P = 0.849

Ψεύδος

Ελαχίστη - μεγίστη	3-19	4-19	3-19	
Μέση τιμή (x ± SD)	12.36 ± 3.60	12.31 ± 3.69	12.33 ± 3.63	t = 0.074
				P = 0.941

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T -Test

3.4 Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο

Στην παρούσα έρευνα ακόμη, διερευνήθηκαν και η επίδραση του φύλου πάνω στα αγχώδη συμπτώματα του πόνου, καθώς και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ερωτηθέντων. Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος t-test, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Παρατηρείται πως οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο επίπεδο συμπεριφοράς αποφυγής με τιμή 13.37 ± 3.93 και οι γυναίκες τοποθετούνται χαμηλότερα ως προς το μέσο επίπεδο συμπεριφοράς αποφυγής με τιμή 11.61 ± 4.39 . Η διαφορά αυτή, φαίνεται να είναι και στατιστικά σημαντική ($P = 0.050$).

Ακόμη, φαίνεται πως οι άνδρες που έλαβαν συμμετοχή στην έρευνα παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο φοβικών σκέψεων με την μέση τιμή να ισούται με 11.03 ± 4.89 . Οι γυναίκες, παρουσιάζουν χαμηλότερο μέσο επίπεδο φοβικών σκέψεων με τιμή 8.74 ± 5.24 , διαφορά η οποία από τον έλεγχο t-test αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική ($P = 0.035$).

Ακολουθεί, η ανάλυση του επιπέδου γνωστικού άγχους. Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο επίπεδο γνωστικού άγχους με μέσο όρο ίσο με 11.39 ± 4.22 μονάδες, ενώ οι γυναίκες κατατάσσονται χαμηλότερα ως προς το μέσο γνωστικό τους άγχος με τιμή 9.61 ± 4.86 . Η διαφορά αυτή ωστόσο, δεν είναι σημαντική σε στατιστικό επίπεδο ($P = 0.069$).

Οι άνδρες που έλαβαν συμμετοχή στην έρευνα παρουσιάζουν μέσο επίπεδο σωματικών αντιδράσεων άγχους ίσο με 9.45 ± 4.18 . Αντίστοιχα, οι γυναίκες παρουσιάζουν μέσο επίπεδο σωματικών αντιδράσεων ίσο με 8.42 ± 4.57 , ενώ ο έλεγχος t-test δεν αναδεικνύει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P = 0.270$).

Αναφορικά με την εξωστρέφεια που παρουσιάζουν οι ερωτηθέντες, το μέσο επίπεδο των ανδρών ισούται με 11.63 ± 5.53 , ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν μέση τιμή εξωστρέφειας ίση με 11.77 ± 5.14 . Η μικρή αυτή διαφορά, δεν έχει και

στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, όπως φανερώνεται από τον έλεγχο t-test ($P = 0.900$).

Το επίπεδο νευρωτισμού των ανδρών, κατά μέσο όρο φτάνει τις 12.89 ± 3.59 μονάδες. Αντίστοιχα, το μέσο επίπεδο νευρωτισμού των γυναικών είναι χαμηλότερο και φτάνει τις 10.98 ± 4.86 μονάδες. Η συγκεκριμένη διαφορά, φαίνεται να αναδεικνύει και μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($P = 0.030$).

Παράλληλα, διερευνήθηκε το επίπεδο ψυχωτισμού των συμμετεχόντων. Οι άνδρες παρουσιάζουν μέσο ψυχωτισμό ίσο με 5.32 ± 3.32 μονάδες και το αντίστοιχο μέσο επίπεδο των γυναικών φτάνει τις 3.51 ± 2.16 . Η μεγάλη αυτή διαφορά αναδεικνύεται και στατιστικά σημαντική, με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test ($P = 0.004$).

Όσον αφορά το μέσο επίπεδο ψεύδους των ανδρών, αυτό ισούται με 11.58 ± 4.04 και το μέσο επίπεδο ψεύδους των γυναικών φτάνει τις 12.84 ± 3.34 μονάδες. Η διαφορά αυτό, δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική ($P = 0.100$).

Πίνακας 12. Σύγκριση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ως προς τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

	Φύλο			Διαφορά
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	38 (40.0)	57 (60.0)	95 (96.0)	
Συμπεριφορά αποφυγής				
Ελαχίστη - μεγίστη	5-20	3-20	2-20	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	13.37 ± 3.93	11.61 ± 4.39	12.34 ± 4.21	$t = 1.989$ $P = 0.050$
Φοβικές σκέψεις				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-19	1-20	0-20	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	11.03 ± 4.89	8.74 ± 5.24	9.76 ± 5.17	$t = 2.143$

Γνωστικό άγχος

Ελαχίστη - μεγίστη	1-18	1-20	0-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	11.39 ± 4.22	9.61 ± 4.86	10.39 ± 4.60	t = 1.842
				P = 0.069

Σωματικές αντιδράσεις άγχους

Ελαχίστη - μεγίστη	0-18	0-20	0-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	9.45 ± 4.18	8.42 ± 4.57	8.96 ± 4.42	t = 1.110
				P = 0.270

Εξωστρέφεια

Ελαχίστη - μεγίστη	1-19	1-19	1-19	
Μέση τιμή (x ± SD)	11.63 ± 5.53	11.77 ± 5.14	711.617 ± 5.28	t = -0.126
				P = 0.900

Νευρωτισμός

Ελαχίστη - μεγίστη	4-20	2-20	2-20	
Μέση τιμή (x ± SD)	12.89 ± 3.59	10.98 ± 4.86	11.74 ± 4.38	t = 2.203
				P = 0.030

Ψυχωτισμός

Ελαχίστη - μεγίστη	1-13	1-15	1-15	
Μέση τιμή (x ± SD)	5.32 ± 3.32	3.51 ± 2.16	4.12 ± 2.81	t = 2.963
				P = 0.004

Ψεύδος

Ελαχίστη - μεγίστη	3-19	4-19	3-19	
Μέση τιμή (x ± SD)	11.58 ± 4.04	12.84 ± 3.34	12.33 ± 3.63	t = -1.659 P = 0.100

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T -Test

3.5 Συσχετίσεις με την ηλικία

Με σκοπό την ανάδειξη πιθανών στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ως προς την ηλικία, χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson, τα αποτελέσματα του οποίου μελετώνται στον Πίνακα 13.

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ηλικίας και κάθε μια ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές-Scores της έρευνας, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του επιπέδου φοβικών σκέψεων ($r=0.228$, $p=0.23$) και του επιπέδου γνωστικού άγχους ($r=0.241$, $p=0.016$). Επιπλέον, η ηλικία των ερωτηθέντων σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων άγχους ($r=0.202$, $p=0.44$). Πρέπει να αναφερθεί πως και οι 3 στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις έχουν θετική φορά, επομένως, αύξηση της ηλικίας, συνεπάγεται με αύξηση του επιπέδου εμφάνισης φοβικών σκέψεων, γνωστικού άγχους και σωματικών αντιδράσεων άγχους. Ωστόσο, η ηλικία δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το επίπεδο συμπεριφοράς αποφυγής ($r=0.095$, $p=0.347$), το επίπεδο εξωστρέφειας των ερωτώμενων ($r=-0.147$, $p=0.147$), το επίπεδο νευρωτισμού ($r=0.086$, $p=0.395$), το επίπεδο στο οποίο οι συμμετέχοντες χαρακτηρίζονται από ψυχωτισμό ($r=-0.13$, $p=0.895$) και το επίπεδο στο οποίο παρουσιάζουν συμπεριφορές που σχετίζονται με το ψεύδος ($r=0.075$, $p=0.462$).

Πίνακας 13. Συσχέτιση της ηλικίας με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

		Ηλικία
Συμπεριφορά αποφυγής	Συντελεστής συσχέτισης	.095
	P	.347
	N	99

Φοβικές σκέψεις	Συντελεστής συσχέτισης	.228*
	P	.023
	N	99
Γνωστικό άγχος	Συντελεστής συσχέτισης	.241*
	P	.016
	N	99
Σωματικές αντιδράσεις άγχους	Συντελεστής συσχέτισης	.202*
	P	.044
	N	99
Εξωστρέφεια	Συντελεστής συσχέτισης	-.147
	P	.147
	N	99
Νευρωτισμός	Συντελεστής συσχέτισης	.086
	P	.395
	N	99
Ψυχωτισμός	Συντελεστής συσχέτισης	-.013
	P	.895
	N	99
Ψεύδος	Συντελεστής συσχέτισης	.075
	P	.462
	N	99
**. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε 99% επίπεδο εμπιστοσύνης με $p < 0.01$ (2-tailed).		
*. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε 95% επίπεδο εμπιστοσύνης με $p < 0.05$ (2-tailed).		

3.6 Συσχετίσεις με τον αριθμό αδελφών

Η ενότητα που ακολουθεί, διερευνά τις πιθανές συσχετίσεις του αριθμού αδερφών που έχουν οι συμμετέχοντες με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε για άλλη μια φορά ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Όπως φαίνεται, ο αριθμός των αδελφών των ερωτηθέντων παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο εξωστρέφειας τους ($r = -0.226$,

$p=0.040$). Η συσχέτιση αυτή έχει αρνητική φορά, επομένως η αύξηση της μιας μεταβλητής οδηγεί σε μείωση της άλλης, αλλά και το αντίστροφο. Ωστόσο, ο αριθμός αδελφιών των ερωτώμενων δεν επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο το επίπεδο συμπεριφορών αποφυγής ($r=0.215$, $p=0.051$), το επίπεδο φοβικών σκέψεων ($r=-0.148$, $p=0.180$), το επίπεδο γνωστικού άγχους ($r=0.196$, $p=0.076$), το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων του άγχους ($r=0.193$, $p=0.080$), το επίπεδο νευρωτισμού ($r=-0.006$, $p=0.956$), το επίπεδο ψυχωτισμού ($r=0.204$, $p=0.065$), αλλά ούτε το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.110$, $p=0.323$).

Πίνακας 14. Συσχέτιση του αριθμού αδελφών με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

		Πόσα αδέλφια έχετε
Συμπεριφορά αποφυγής	Συντελεστής συσχέτισης	0.215
	P	0.051
	N	83
Φοβικές σκέψεις	Συντελεστής συσχέτισης	0.148
	P	0.180
	N	83
Γνωστικό άγχος	Συντελεστής συσχέτισης	0.196
	P	0.076
	N	83
Σωματικές αντιδράσεις άγχους	Συντελεστής συσχέτισης	0.193
	P	0.080
	N	83
Εξωστρέφεια	Συντελεστής συσχέτισης	-.226*
	P	0.040
	N	83
Νευρωτισμός	Συντελεστής συσχέτισης	-0.006
	P	0.956

	N	83
Ψυχωτισμός	Συντελεστής συσχέτισης	0.204
	P	0.065
	N	83
Ψεύδος	Συντελεστής συσχέτισης	-0.110
	P	0.323
	N	83
**. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε 99% επίπεδο εμπιστοσύνης με $p < 0.01$ (2-tailed).		
*. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε 95% επίπεδο εμπιστοσύνης με $p < 0.05$ (2-tailed).		

3.7 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου

Ακολουθώντας, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson ώστε να διερευνηθούν οι σχέσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου συνολικά. Τα αποτελέσματα του ελέγχου που χρησιμοποιήθηκε κα επανάληψη παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Το επίπεδο συμπεριφοράς αποφυγής που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες, αναδείχθηκε πως έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το επίπεδο φοβικών σκέψεων τους ($r=0.522$, $p<0.001$), το επίπεδο γνωστικού άγχους ($r=0.659$, $p<0.001$) και το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων ($r=0.618$, $p<0.001$), με τις συσχετίσεις να έχουν όλες θετική φορά. Παράλληλα, ανέδειξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το επίπεδο νευρωτισμού των συμμετεχόντων ($r=0.252$, $p=0.12$). Ωστόσο, φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου συμπεριφοράς αποφυγής και του επιπέδου εξωστρέφειας ($r=-0.104$, $p=0.308$), το επίπεδο ψυχωτισμού ($r=0.087$, $p=0.392$) και το επίπεδο ψεύδους που παρουσιάζουν οι ερωτώμενοι ($r=-0.022$, $p=0.827$).

Συνεχίζοντας, το επίπεδο φοβικών σκέψεων που χαρακτηρίζει του ερωτώμενους φαίνεται να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το επίπεδο γνωστικού άγχους ($r=0.811$, $p<0.001$) και με το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων του άγχους ($r=0.762$, $p<0.001$). Οι συσχετίσεις αυτές παρουσιάζουν θετικό πρόσημο. Επιπλέον, αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επιπέδου φοβικών σκέψεων με το επίπεδο εξωστρέφειας ($r=-0.381$, $p<0.001$), ωστόσο η φορά είναι

αρνητική, γεγονός που υποδεικνύει πως αύξηση της μιας μεταβλητής, οδηγεί σε μείωση της άλλης και αντίστροφα. Ακόμη, η αύξηση του επιπέδου φοβικών σκέψεων συνδέεται με αύξηση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό του επιπέδου του νευρωτισμού ($r=0.523$, $p<0.001$) και του ψυχωτισμού ($r=0.317$, $p=0.001$) που διέπει τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο φοβικών σκέψεων και το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.86$, $p=0.397$).

Το επίπεδο γνωστικού άγχους ακόμη, φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων του άγχους ($r=0.756$, $p<0.001$). Επιπλέον, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση με το επίπεδο εξωστρέφειας των ερωτώμενων ($r=-0.251$, $p=0.012$), αλλά και στατιστικά σημαντική θετική σχέση με το επίπεδο νευρωτισμού ($r=0.515$, $p<0.001$) και του ψυχωτισμού ($r=0.205$, $p=0.042$). Τέλος, δεν αναδεικνύεται κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο γνωστικού άγχους και το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.085$, $p=0.400$).

Επιπλέον, το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων άγχους, έγινε σαφές πως παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση με το επίπεδο εξωστρέφειας των συμμετεχόντων ($r=-0.266$, $p=0.008$). Ταυτόχρονα, το επίπεδο σωματικών αντιδράσεων άγχους των ερωτώμενων παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση θετικής φοράς με το επίπεδο νευρωτισμού ($r=0.400$, $p<0.001$) και με το επίπεδο ψυχωτισμού ($r=0.199$, $p=0.048$). Ωστόσο, φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.063$, $p=0.536$).

Μελετήθηκαν ακόμη και οι συσχετίσεις με το επίπεδο εξωστρέφειας, χωρίς να παρουσιάζεται κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο νευρωτισμού ($r=-0.147$, $p=0.147$), το επίπεδο ψυχωτισμού ($r=-0.028$, $p=0.785$) και το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.127$, $p=0.210$). Το ίδιο πόρισμα προκύπτει και από την μελέτη του επιπέδου νευρωτισμού, το οποίο δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε με το επίπεδο ψυχωτισμού ($r=0.176$, $p=0.081$) ούτε με το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.190$, $p=0.060$). Τέλος, το επίπεδο ψυχωτισμού συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το επίπεδο ψεύδους ($r=-0.308$, $p=0.002$), σχέση η οποία παρουσιάζει αρνητική φορά.

Πίνακας 15. Συσχέτιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου.

		Συμπεριφορά αποφυγής	Φοβικές σκέψεις	Γνωστικό άγχος	Σωματικές αντιδράσεις άγχους	Εξωστρέφεια	Νευρωτισμός	Ψυχωτισμός	Ψεύδος
Συμπεριφορά αποφυγής	Συντελεστής συσχέτισης	1	.522**	.659**	.618**	-.104	.252*	.087	-.022
	P		.000	.000	.000	.308	.012	.392	.827
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Φοβικές σκέψεις	Συντελεστής συσχέτισης	.522**	1	.811**	.762**	-.382**	.532**	.317**	-.086
	P	.000		.000	.000	.000	.000	.001	.397
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Γνωστικό άγχος	Συντελεστής συσχέτισης	.659**	.811**	1	.756**	-.251*	.515**	.205*	-.085
	P	.000	.000		.000	.012	.000	.042	.400
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Σωματικές αντιδράσεις άγχους	Συντελεστής συσχέτισης	.618**	.762**	.756**	1	-.266**	.400**	.199*	-.063
	P	.000	.000	.000		.008	.000	.048	.536
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Εξωστρέφεια	Συντελεστής συσχέτισης	-.104	-.382**	-.251*	-.266**	1	-.147	-.028	-.127
	P	.308	.000	.012	.008		.147	.785	.210
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Νευρωτισμός	Συντελεστής συσχέτισης	.252*	.532**	.515**	.400**	-.147	1	.176	-.190
	P	.012	.000	.000	.000	.147		.081	.060
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Ψυχωτισμός	Συντελεστής συσχέτισης	.087	.317**	.205*	.199*	-.028	.176	1	-.308**
	P	.392	.001	.042	.048	.785	.081		.002
	N	99	99	99	99	99	99	99	99
Ψεύδος	Συντελεστής συσχέτισης	-.022	-.086	-.085	-.063	-.127	-.190	-.308**	1
	P	.827	.397	.400	.536	.210	.060	.002	
	N	99	99	99	99	99	99	99	99

** . Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε 99% επίπεδο εμπιστοσύνης με $p < 0.01$ (2-tailed).

*. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε 95% επίπεδο εμπιστοσύνης με $p < 0.05$ (2-tailed).

Κεφάλαιο 4 **Συζήτηση**

Η παρούσα έρευνα, είχε στόχο τη μέτρηση του άγχους σχετικά με τον πόνο σε γενικό πληθυσμό και τη σύνδεσή του με κάποια βασικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 99 άτομα ηλικίας κατά μέσο όρο 55 ετών, στα οποία ζητήθηκε να απαντήσουν στο σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, το οποίο αξιολογεί το άγχος για τον πόνο, κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, αλλά και τα βασικά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Όπως φάνηκε, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι γυναίκες και έχουν αδέρφια, με τα οποία κατά βάσιν έχουν καλές σχέσεις. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι παντρεμένοι ενώ αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, η πλειοψηφία είναι είτε απόφοιτοι Λυκείου, είτε απόφοιτοι ανώτατης σχολής. Επιπλέον, σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες δήλωσαν είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί υπάλληλοι και μένουν είτε με τον σύντροφο και τα παιδιά τους είτε μόνο με το σύντροφό τους. Όσον αφορά την ποιότητα ύπνου, λίγο περισσότεροι από το μισό δείγμα απάντησαν ότι δεν έχουν ιδιαίτερα προβλήματα στον ύπνο, όπως επίσης και ότι δεν έχουν ιδιαίτερο ιστορικό πόνου, φαρμάκων ή ψυχολογικών προβλημάτων.

Ένα πρώτο σημαντικό χαρακτηριστικό θα πρέπει να θεωρηθεί η αντίληψη των ερωτηθέντων σχετικά με τις ψυχικές προεκτάσεις του φαινομένου, καθώς και οι επιπτώσεις της αντίληψής τους στον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τον φόβο και τον πόνο. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας οι συμπεριφορές αποφυγής, η εμφάνιση του φόβου και το άγχος δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα που έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο και σε άτομα που δεν έχουν επισκεφτεί, κάτι που συμφωνεί με ευρήματα άλλων ερευνών^{7, 9, 18}. Στατιστικά ασήμαντες αποκλίσεις παρουσιάζονται και στον συσχετισμό των υποκλιμάκων με την παρουσία ή όχι αδελφιών.

Αποκλίσεις που μπορούν να χαρακτηριστούν σημαντικά στατιστικές παρουσιάζονται σε δύο περιπτώσεις. Η μεγαλύτερη ηλικία διαπιστώσαμε ότι συνδέεται θετικά με την ανάπτυξη φοβικής σκέψης, άγχους και σωματικών επιπτώσεων του άγχους, όπως βρέθηκε και σε άλλες έρευνες³, χωρίς ωστόσο να συνδέεται θετικά με την ανάπτυξη συμπεριφορών αποφυγής, εξωστρέφειας, νευρωνικών και ψυχωτικών εκδηλώσεων. Οι αγχώδεις εκδηλώσεις, η τάση αποφυγής και ιδιαίτερα οι ψυχωτικές εκδηλώσεις εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές στους άντρες από ότι στις γυναίκες, κάτι που ενισχύει τις έρευνες που έχουν αποκαλύψει αντίστοιχα αποτελέσματα¹⁷.

Επιπλέον, όσο αυξάνονται το άγχος και τα ψυχοσωματικά φαινόμενα, τόσο αυξάνεται και η τάση αποφυγής, ενώ το άγχος συνδέεται παράλληλα με μείωση της εξωστρέφειας και με αύξηση των επιπέδων νευρωτικής και ψυχωσικής συμπεριφοράς. Ο παράγοντας του άγχους λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο είτε εμφανίζεται ως γνωστικό άγχος, είτε ως ψυχοσωματικές επιπτώσεις που οφείλονται στο άγχος. Τα ίδια ευρήματα έχουν διαπιστωθεί και σε άλλες έρευνες, οι οποίες είτε μελέτησαν το γνωστικό άγχος¹⁶ είτε τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις του²⁰.

Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της μελέτης του φαινομένου του πόνου θα πρέπει να θεωρηθεί η υποκειμενικότητα στην μέτρηση των παραμέτρων. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερο φαινόμενο φυσικής παθολογίας που σχετίζεται με πολλούς κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες. Ωστόσο η κυρία παράμετρος που επιτρέπει την εκτίμηση του φαινομένου είναι η προσωπική αντίληψη του ατόμου. Το σύνολο των παραγόντων που μπορούν να επιδράσουν στην αντίληψη του ατόμου για τον πόνο, καθιστούν το φαινόμενο ένα χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ζωής που πρέπει να διερευνάται ανθρωποκεντρικά, με έμφαση στα βιώματα, τις αντιλήψεις και την ψυχολογία του ανθρώπου.

Η παρούσα έρευνα έχει ορισμένους σημαντικούς περιορισμούς. Αρχικά, η προσέλευση των ασθενών στο ιατρείο γινόταν με πολύ μικρές ροές, με αποτέλεσμα ιδιαίτερη δυσκολία στη συλλογή του δείγματος. Ακόμα, σημαντικό μέρος των ασθενών ήταν αναλφάβητοι με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζονται δυσκολίες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα

Το φαινόμενο του πόνου είναι ένα φαινόμενο που δεν συνδέεται μόνο με τα βιολογικά χαρακτηριστικά που το καθορίζουν και το προσδιορίζουν. Τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το πολιτισμικό υπόβαθρο και την ατομική ταυτότητα επιδρούν καθοριστικά στη διαμόρφωση της αντίληψης και της συμπεριφοράς σε σχέση με τα φαινόμενα του πόνου και γενικότερα των αντιλήψεων για την αρρώστια και την υγεία. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν μόνο τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο τον πόνο, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο εκφράζει αυτό που αισθάνεται.

Το ίδιο συμβαίνει και για τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον φόβο και την δεκτικότητα σε σχέση με την παρέμβαση του γιατρού και του ψυχοθεραπευτή. Παρά το γεγονός ότι αναμένεται τα άτομα που ανήκουν σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό σύνολο να παρουσιάζουν κάποιες ομοιότητες στην αντίληψη, στην έκφραση και στη διαχείριση του πόνου, χαρακτηριστικά της ατομικής ταυτότητας αλλά και τα ιδιαίτερα βιολογικά χαρακτηριστικά επιδρούν, διαμορφώνοντας μία ιδιαίτερη βιωματική αντίληψη στο κάθε άτομο η οποία καθορίζεται από βιολογικούς παράγοντες, ατομικά βιώματα, ατομική προσδοκία, ψυχική κατάσταση, προσδοκίες κοινωνικού περιβάλλοντος και ιδιοσυγκρασία, όπως έχει τονιστεί και σε άλλες έρευνες. Στην ιδιαίτερα πολύπλοκη φύση του φαινομένου θα πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι θεωρείται μία πολύ αρνητική κατάσταση που επιδρά στο σύνολο της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου, καθιστώντας ιδιαίτερα δύσκολη την αποδοχή και την ανοχή του.

Αναφορικά τα αποτελέσματα των βασικών κλιμάκων, φάνηκε πως οι συμμετέχοντες τείνουν να αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν τον πόνο, ενώ είναι ουδέτεροι ως προς το ότι έχουν φοβικές σκέψεις, έχουν μέτριο γνωστικό άγχος για τον πόνο και ήπιες σωματικές αντιδράσεις άγχους. Επιπλέον, όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο πιο συχνά εμφανίζονται φοβικές σκέψεις, γνωστικό άγχος και σωματικές αντιδράσεις άγχους, ενώ όσο περισσότερα αδέλφια έχουν οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερη εξωστρέφεια φαίνεται να παρουσιάζουν. Επίσης, όσον αφορά τις κλίμακες προσωπικότητας, φαίνεται πως οι συμμετέχοντες έχουν χαμηλά επίπεδα εξωστρέφειας, νευρωτισμού και ψεύδους, ενώ τα επίπεδα ψυχωτισμού μπορούν να θεωρηθούν πολύ χαμηλά.

Αναφορικά με τις επαγωγικές συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν, αρχικά αναδείχθηκε πως όσοι έχουν επισκεφτεί κάποιον ψυχολόγο, δεν έχουν σημαντικές

διαφορές από όσους δεν έχουν επισκεφτεί σε καμία από τις κλίμακες άγχους πόνου ή προσωπικότητας. Επιπλέον, οι άνδρες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα συμπεριφορών αποφυγής του πόνου, περισσότερες φοβικές σκέψεις, υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, αλλά και μεγαλύτερα σκορ νευρωτισμού σε σχέση με τις γυναίκες.

Τέλος, αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και μεταξύ των κλιμάκων. Όπως φάνηκε, υψηλότερα επίπεδα αποφυγής στον πόνο, συνοδεύονται από περισσότερες φοβικές σκέψεις, μεγαλύτερο γνωστικό άγχος, περισσότερες σωματικές αντιδράσεις άγχους και μεγαλύτερα επίπεδα νευρωτισμού. Επίσης, όσο περισσότερες φοβικές σκέψεις έχουν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερο είναι το γνωστικό τους άγχος, τόσο περισσότερες οι σωματικές αντιδράσεις άγχους, τόσο μικρότερα τα επίπεδα εξωστρέφειας, ενώ τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα νευρωτισμού και ψυχωτισμού. Συνεχίζοντας, υψηλότερο σκορ γνωστικού άγχους συνοδεύεται από πιο έντονες σωματικές αντιδράσεις, μικρότερα επίπεδα εξωστρέφειας και μεγαλύτερα επίπεδα νευρωτισμού και ψυχωτισμού. Αναφορικά με τις σωματικές αντιδράσεις άγχους, αυτές φαίνεται πως συνδέονται με μικρότερα επίπεδα εξωστρέφειας και μεγαλύτερα επίπεδα νευρωτισμού και ψυχωτισμού.

Σύνοψη Διατριβής 6

Βιβλιογραφία 7

1. Arnaudo E. Psychogenic pain as imaginary pain. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*. 2021 Aug 31;12(2):190-9.
2. Sullivan MD. Psychogenic pain: Old and new. In *The Routledge handbook of philosophy of pain* 2017 Jul 14 (pp. 165-174). Routledge.
3. Naylor B, Boag S, Gustin SM. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian journal of pain*. 2017 Oct 1;17(1):58-67.
4. Shattell MM. Why does “pain management” exclude psychic pain?. *Issues in mental health nursing*. 2009 Jan 1;30(5):344-.
5. Adams N, Field L. Pain management 1: psychological and social aspects of pain. *British Journal of Nursing*. 2001 Jul 26;10(14):903-11.
6. Σαββάκης, Μ. (2021). Θεραπευτικές Πρακτικές και Χρόνιος Πόνος: Οι Σχέσεις Μεταξύ Ιατρών και Ασθενών με Μυοσκελετικά Προβλήματα. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 19(73), 126-148.
7. VanDalfsen PJ, Syrjala KL. Psychological strategies in acute pain management. *Critical care clinics*. 1990 Apr 1;6(2):421-31.
8. Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*. 2011 Sep 1;16(5):402-12.
9. Manchikanti L, Fellows B, Singh V. Understanding psychological aspects of chronic pain in interventional pain management. *Pain Physician*. 2002;5(1):57.
10. Eccleston C, Morley SJ, Williams AD. Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British journal of anaesthesia*. 2013 Jul 1;111(1):59-63.
11. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The journal of pain*. 2004 May 1;5(4):195-211.
12. Crofford LJ. Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2015 Feb 1;29(1):147-55.
13. Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology*. 1995 Dec 1;45(12 Suppl 9):S26-34.
14. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*. 2016 Sep 1;17(9):T21-49.

15. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*. 2016 Sep 1;17(9):T70-92.
16. Ambrose KR, Golightly YM. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: why and when. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2015 Feb 1;29(1):120-30.
17. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *American psychologist*. 2014 Feb;69(2):119.
18. Malfliet A, Coppieters I, Van Wilgen P, Kregel J, De Pauw R, Dolphens M, Ickmans K. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: a systematic review. *European Journal of Pain*. 2017 May;21(5):769-86.
19. Ψυχογιού, Μ., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παρπούλα, Χ. (2022). Καταστροφολογικές αντιλήψεις, χρόνιος πόνος, κατάθλιψη και ποιότητα ζωής σε δείγμα γυναικών με ενδομητρίωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 39(1).
20. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, O'Sullivan K. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after cognitive functional therapy training: a qualitative study. *Journal of physiotherapy*. 2016 Oct 1;62(4):215-21.
21. Nijs J, Roussel N, Van Wilgen CP, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual therapy*. 2013 Apr 1;18(2):96-102.
22. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*. 2002 May 1;97(1-2):23-31.
23. Vanhaudenhuyse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Grosdent S, Maquet D, Nyssen AS, Faymonville ME. Psychological interventions influence patients' attitudes and beliefs about their chronic pain. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*. 2018 Apr 1;8(2):296-302.

Βιβλιογραφία

- Βιβλίο ή άρθρο με έναν ή και περισσότερους συγγραφείς ή επιμελητή

Επίθετο Συγγραφέα, Όνομα Συγγραφέα. <i>Τίτλος βιβλίου/άρθρου: υπότιτλος</i> . Εκδοτικός οίκος, Ημερομηνία έκδοσης.
--

Πχ. **Diamantis, Alexandros; Samara, Athina A; Tzouvaras, Georgiosa; Magouliotis, Dimitrios; Arnaoutoglou, Eleni; Volakakis, Georgiosa; Tepetes, Konstantinos** «Use of preoperative EORTC quality-of-life questionnaires to predict postoperative complications after colorectal cancer surgery», The British journal of surgery, Open Access Volume 108, Issue 12, Pages e402 - e403, 1 December 2021

Σημειώσεις

- Πάντα παίρνουμε τις βιβλιογραφικές πληροφορίες από τη σελίδα τίτλου.
- Τα ονόματα του δεύτερου και του τρίτου συγγραφέα, εάν υπάρχουν, δεν αντιστρέφονται.
- Εάν υπάρχουν περισσότεροι από τρεις συγγραφείς, βάζουμε το όνομα του πρώτου και τα διακριτικά: κ. α. (και άλλοι)
- Εάν υπάρχει και μεταφραστής το όνομα του μπαίνει μετά τον τίτλο.
- Εάν δεν υπάρχει συγγραφέας, ξεκινάμε την εγγραφή από τον τίτλο.
- Εάν το βιβλίο, αντί για συγγραφέα, έχει επιμελητή, βάζουμε επιμελητής. μετά το όνομα
- Ο τόπος (πόλη) έκδοσης δεν είναι πλέον απαραίτητος, αλλά ενδείκνυται από τον IBO
- Εάν δεν αναφέρεται εκδότης ή χρόνος, βάζουμε τις εξής ενδείξεις [χ.ε] [χ.χ] αντίστοιχα.