



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία

*«Η κοινωνική υποστήριξη και η συμβολή της στη διαχείριση του πόνου
που συνοδεύει την ρευματοειδή αρθρίτιδα»*

υπό

Κατσίκη Αλίνας

Ψυχολόγου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπουσα: Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας
της Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα

Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2. Βασιλική Σιαφάκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

3. Νταλούκα Μαρία, Επιμελήτρια Β' Αναισθησιολογίας, Π.Π.Γ.Ν.Λάρισας

Αναπληρωματικό μέλος:

Νταλούκα Μαρία, Επιμελήτρια Β' Αναισθησιολογίας, Π.Π.Γ.Ν.Λάρισας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

The contribution of social support
on pain management in rheumatoid arthritis

EYXΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, Βασιλική Σιαφάκα, για την καθοδήγηση, τα σχόλια και τις παρατηρήσεις της προκειμένου να φτάσω στο τελικό αποτέλεσμα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις φίλες μου για τη στήριξη και την αγάπη τους.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η διαχείριση του πόνου που συνοδεύει την ρευματοειδή αρθρίτιδα αποτελεί μία σημαντική πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως, λόγω της πολυδιάστατης φύσης του πόνου που επηρεάζει τους ασθενείς τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να συμβάλλει θετικά στη συνολική υγεία του ατόμου. Αυτό συμβαίνει είτε έμμεσα, λειτουργώντας ως προστατευτικός μηχανισμός απέναντι σε στρεσογόνες καταστάσεις, είτε άμεσα, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση της κοινωνικής και ατομικής ταυτότητας και μειώνοντας την ψυχική δυσφορία του ατόμου.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να περιγραφεί η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και να διερευνηθεί η επίδρασή της στη διαχείριση και αντιμετώπιση του πόνου που συνοδεύει την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η μελέτη επιδιώκει να αναδείξει τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ως στοιχείο της ολιστικής προσέγγισης για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που προκαλεί η ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία των τελευταίων δύο δεκαετιών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus και PubMed. Η έρευνα περιορίστηκε σε ποιοτικές και συγχρονικές μελέτες, προοπτικές μελέτες και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις στην αγγλική γλώσσα με δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο. Με την εφαρμογή κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, στην παρούσα ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν τελικά 8 μελέτες που διερευνούν την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου που προκαλείται από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των μελετών αποδεικνύει πως η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική επίδραση στη μείωση του πόνου της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, καθώς και την καλύτερη διαχείρισή του. Φαίνεται πως αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη μείωση των καταστροφολικών σκέψεων και την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου. Από την άλλη, από την πλειοψηφία των συμπεριλαμβανομένων μελετών γίνεται αντιληπτό πως όταν η παρεχόμενη στήριξη δεν είναι ικανοποιητική, αυτό μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών.

Συμπεράσματα: Φαίνεται πως η παρεχόμενη ποιοτική κοινωνική στήριξη συνδέεται με την αποτελεσματικότερη διαχείριση του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συνεπώς, είναι απαραίτητο η κοινωνική υποστήριξη να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ολιστικής παρέμβασης για τη διαχείριση του πόνου που συνοδεύει τη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Λέξεις κλειδιά: πόνος, διαχείριση πόνου, κοινωνική υποστήριξη, ψυχική υγεία, σωματική υγεία, ολιστική παρέμβαση, ρευματοειδής αρθρίτιδα

Abstract

Introduction: The management of pain associated with rheumatoid arthritis represents a significant challenge for healthcare professionals worldwide, due to the multidimensional nature of pain that affects patients both physically and psychologically. According to international literature, social support appears to contribute positively to the overall health of individuals. This occurs either indirectly, functioning as a protective mechanism against stressful situations, or directly, contributing to the formation of social and individual identity and reducing the individual's psychological distress.

Aim: The aim of this literature review is to describe the concept of social support and to investigate its impact on the management and coping with the pain associated with rheumatoid arthritis. The review seeks to highlight the importance of social support as a component of a holistic approach for the effective management of pain caused by rheumatoid arthritis.

Method: Research was conducted in international literature of the past two decades in the electronic databases Scopus and PubMed. The research was limited to qualitative and cross-sectional studies, prospective studies, and literature reviews in the English language with full-text access. By applying inclusion and exclusion criteria, eight studies were ultimately included in this review that investigate the effect of social support on the management of pain caused by rheumatoid arthritis.

Results: All studies included in this review demonstrate that social support has a positive effect on reducing the pain of rheumatoid arthritis, as well as better managing it. It seems that this is achieved through the reduction of catastrophic thoughts and the enhancement of individual self-efficacy. On the other hand, it is evident from the majority of the included studies that when the provided support is not satisfactory, this can have negative impacts on the health of patients.

Conclusions: It appears that the provided quality social support is associated with the more effective management of pain experienced by patients with rheumatoid arthritis. Therefore, it is essential that social support be an integral part of the holistic intervention for the management of pain accompanying rheumatoid arthritis.

Keywords: pain, pain management, social support, mental health, physical health, holistic intervention, rheumatoid arthritis

Πίνακας περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή	10
1.1 Πόνος	10
1.2 Χρόνιος πόνος	12
1.3 Κοινωνική υποστήριξη	13
1.3.1 Είδη κοινωνικής υποστήριξης	15
1.3.2 Μέτρηση κοινωνικής υποστήριξης	17
1.3.3 Κοινωνική υποστήριξη και υγεία.....	18
1.3.4. Ρευματοειδής αρθρίτιδα και πόνος.....	21

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. Μεθοδολογία	23
2.1 Μεθοδολογία έρευνας	23
2.2 Στρατηγική αναζήτησης- Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού	24
3. Αποτελέσματα	27
4. Συζήτηση	33
5. Συμπεράσματα	34
Βιβλιογραφία	36

1. Εισαγωγή

1.1 Πόνος

Ο πόνος και οι προσπάθειες περιορισμού και αντιμετώπισής του ανιχνεύονται ήδη από την προϊστορική εποχή. Κατά τη διάρκεια των προϊστορικών χρόνων, η κατανόηση και αντίληψη του πόνου έχουν μεταφυσικό χαρακτήρα, ενώ για την ανακούφιση από τα τραύματα χορηγούνται βότανα και εφαρμόζονται η αφαίμαξη, το θεραπευτικό άγγιγμα και ο καυτηριασμός. Χαρακτηριστικά, κάποια από τα πρώτα φάρμακα εκείνης της εποχής αποτελούν η γη και ο πηλός, υλικά που χρησιμοποιούνταν κυρίως για την ακινητοποίηση σπασμένων άκρων¹. Στη Λίθινη εποχή, σύμφωνα με ιστορικές πηγές, εφαρμόζεται ευρέως η μέθοδος του τρυπανισμού, δηλαδή το άνοιγμα οπών στα οστά του κρανίου, πιθανότατα με στόχο την απομάκρυνση των κακών πνευμάτων και την ανακούφιση από ημικρανίες. Αργότερα, ιστορικές αναφορές κάνουν λόγο για χρήση της οπιούχου παπαρούνας από τον αρχαίο πολιτισμό των Σουμέριων για ψυχαγωγικούς σκοπούς, αλλά και για την ανακούφιση από τον πόνο. Στην αρχαία Ινδία, ιδιαίτερη σημασία για την αντιμετώπιση του πόνου δίνεται στη σύνδεση νου και σώματος, ενώ την ίδια εποχή στην αρχαία Κίνα κάνει την εμφάνισή της η πρακτική του βελονισμού. Στην αρχαία Ελλάδα ξεκινάει, με πρωτοπόρο τον Ιπποκράτη, η περίοδος της επιστημονικής ιατρικής, βασισμένη στην παρατήρηση και τον ορθό λόγο. Παράλληλα, στην αρχαία Ρώμη, ο σπουδαίος ιατρός Γαληνός αναγνωρίζει τη σημασία της ανατομίας για την αναγνώριση των αιτιών που προκαλούν τον πόνο, με απώτερο στόχο τη θεραπεία του¹. Προχωρώντας στα σκοτεινά χρόνια του Μεσαίωνα, κυριαρχεί η θεουργική προέλευση του πόνου, σύμφωνα με την οποία ο πόνος αποτελεί τιμωρία για τις αμαρτίες των ανθρώπων. Με την πάροδο του χρόνου, το φαινόμενο του πόνου απασχολεί πλήθος ιατρών, φιλοσόφων και ιστορικών. Στην προσπάθεια απάλυνσής του αναπτύσσονται διαφορετικές θεραπείες και πρακτικές, ανάλογα με το κοινωνικοιστορικό πλαίσιο και τα μέσα που διαθέτουν οι άνθρωποι σε κάθε εποχή¹.

Από τα μέσα του 17ου αιώνα, αμέσως μετά την περίοδο της Αναγέννησης, εξαιτίας σημαντικών πολιτικών, ιστορικών και κοινωνικών συγκυριών, ξεκινάει με πιο συστηματικό τρόπο η καταγραφή των μηχανισμών που προκαλούν το αίσθημα του πόνου, ενώ επίσης επιχειρείται η διατύπωση ολοκληρωμένων και τεκμηριωμένων

θεωριών για τη θεραπεία του. Η μηχανιστική θεωρία του πόνου που διατυπώνει ο επιστήμονας και φιλόσοφος Καρτέσιος είναι αυτή που κυριαρχεί στην δυτική ιατρική για τους επόμενους τρεις αιώνες περίπου. Η καρτεσιανή θεωρία υποστηρίζει πως ο πόνος αποτελεί μία αισθητηριακή εμπειρία που προκαλείται από ένα αλγογόνο ερέθισμα και μεταδίδεται από το μέρος του σώματος που υπόκειται το τραύμα προς το κέντρο επεξεργασίας του πόνου, το οποίο εντοπίζεται στον ανθρώπινο εγκέφαλο¹. Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό πως μέχρι εκείνη την περίοδο το βιολογικό μοντέλο αποτελούσε το κυρίαρχο μοντέλο για την εξήγηση του πόνου, παραγκωνίζοντας την επίδραση των κοινωνικοιστορικών συνθηκών και της ατομικής ιστορίας των υποκειμένων². Στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, οι Melzack και Wall (1965)³, αναγνωρίζοντας τις ανεπάρκειες της καρτεσιανής θεωρίας του πόνου, αναπτύσσουν τη θεωρία της «πύλης του πόνου». Σύμφωνα με αυτήν, η σπονδυλική στήλη αποτελεί την πύλη που ρυθμίζει την ένταση των εισερχόμενων αλγογόνων ερεθισμάτων, ενώ την ίδια στιγμή ο εγκέφαλος δεν δέχεται παθητικά τα ερεθίσματα, αλλά αντιθέτως, συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία αντίληψης και ερμηνείας της αίσθησης του πόνου. Μάλιστα, η ιδέα αυτή αποτέλεσε το έναυσμα για την εμφάνιση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου εξήγησης του πόνου.

Το 1973, η ίδρυση της Διεθνούς Ένωσης για τη Μελέτη του Πόνου (International Association of the Study of Pain, IASP) αποβλέπει στη δημιουργία διεπιστημονικών πρακτικών για τη διαχείριση του πόνου, καθιστώντας με αυτό τον τρόπο αναγκαία τον ορισμό και την κατηγοριοποίησή του⁴. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον αναθεωρημένο ορισμό της IASP (1979)⁵, «ο πόνος είναι μία δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης», και διακρίνεται, με βάση το κριτήριο της διάρκειάς του, σε οξύ και χρόνιο πόνο. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τα τελευταία χρόνια ασκείται έντονη κριτική στον ορισμό αυτό λόγω των περιορισμών που θέτει. Πιο συγκεκριμένα, οι Williams, A., και Craig, K. (2016)⁶ υπογραμμίζουν ότι ο ορισμός αυτός εμποδίζει την ανάδειξη της κοινωνικής και γνωστικής διάστασης του πόνου. Παράλληλα, σύμφωνα με τους Raja, S. et al. (2020)⁷, ενισχύεται ο καρτεσιανός δυϊσμός νου και σώματος, ενώ ο ορισμός δεν είναι συμπεριληπτικός ως προς άλλες ηλικιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα τα νεογνά, τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα λεκτικής περιγραφής του

πόνου που βιώνουν.

1.2 Χρόνιος πόνος

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο πόνος, με κριτήριο ταξινόμησης τη διάρκειά του, διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Η IASP ορίζει τον χρόνιο πόνο ως αυτόν «του οποίου η διάρκεια ξεπερνάει την προσδοκώμενη διάρκεια ολοκλήρωσης της επούλωσης ενός τραύματος». Το χρονικό αυτό διάστημα ορίζεται μεγαλύτερο των τριών ή των έξι μηνών από την έναρξη της νόσου⁸. Ωστόσο, αξιοσημείωτη είναι η κριτική που ασκείται στον αυστηρό καθορισμό του διαστήματος αυτού ως φυσιολογικού και αναμενόμενου για την αποκατάσταση της βλάβης. Για τον λόγο αυτό, προτιμάται στην κλινική πράξη να υιοθετείται ένας πιο σχετικός ορισμός για τον χρόνιο πόνο, ότι δηλαδή διαρκεί παραπάνω από το αναμενόμενο χρονικό διάστημα και δεν ανταποκρίνεται στις θεραπείες που συνήθως τον ανακουφίζουν⁹.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ ο επιπολασμός του έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο¹⁰⁻¹¹. Όσον αφορά την ατομική διάσταση, ο επίμονος πόνος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα του ύπνου, προκαλεί κόπωση, ενώ επίσης ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών. Επιπλέον, λόγω του επίμονου χαρακτήρα του πόνου, πολύ συχνά οι ασθενείς νιώθουν άγχος, θυμό, κατάθλιψη και έντονο αίσθημα αβοηθησίας. Οι καταστάσεις αυτές με τη σειρά τους διαταράσσουν, σε διυποκειμενικό επίπεδο, την ισορροπία των οικογενειακών, εργασιακών και κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Αναφορικά με το κοινωνικό επίπεδο, προκειμένου να καλυφθούν οι ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού που πάσχει από χρόνια νοσήματα, το κόστος των δαπανών του υγειονομικού συστήματος των δυτικών χωρών τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει ραγδαία αύξηση¹².

Οι Goldberg, D. και McGee, S. (2011)¹³ επισημαίνουν πως είναι απαραίτητο η συγκεκριμένη κατηγορία πόνου να προσεγγίζεται ως μία ξεχωριστή νοσολογική οντότητα, με τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, και όχι ως ένα σύμπτωμα μίας ασθένειας ή νόσου. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να θέσει τον χρόνιο πόνο στο επίκεντρο της δημόσιας υγείας και να αναδείξει τον βαθμό στον οποίο οι συννοσηρότητες που τον

συνοδεύουν επηρεάζουν ποικίλες διαστάσεις της ζωής του ατόμου¹⁴. Ακόμα, όπως τονίζεται στην έρευνα των Raffaelli, W. et al. (2021)¹⁵, το ιατρικό προσωπικό χρειάζεται να προσδώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στο νόημα που οι ίδιοι/ες οι ασθενείς αποδίδουν στην κατάσταση που βιώνουν, καθώς πολύ συχνά ο όρος «χρόνιος πόνος» παραπέμπει σε μία πιο γενική κατάσταση, με αποτέλεσμα να παραβλέπονται οι νοσηματοδοτήσεις που δίνει το άτομο για την ένταση και τον χαρακτήρα του πόνου που νιώθει. Μάλιστα, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, ο χρόνιος πόνος παραμένει ακόμα και αφού έχουν θεραπευτεί οι υποκείμενες αιτίες που ενδέχεται να τον προκαλούν, συμπεραίνοντας πως το χρονικό διάστημα δεν αποτελεί το μοναδικό κριτήριο για την κατηγοριοποίηση του πόνου σε οξύ και χρόνιο, καθώς η διατήρηση, η ένταση και η εξέλιξη του τελευταίου επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να γίνει πιο εύκολα κατανοητή η σύνδεση του χρόνιου πόνου με κοινωνικές, πολιτισμικές και ψυχολογικές παραμέτρους, πέρα από τις βιολογικές αιτιολογήσεις του φαινομένου.

1.3 Κοινωνική υποστήριξη

Τη δεκαετία του 1960 ξεκινούν οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες που επιχειρούν να ερευνήσουν τη σύνδεση μεταξύ της ποιότητας και του εύρους των κοινωνικών σχέσεων και της βελτίωσης της ψυχικής και σωματικής υγείας των υποκειμένων¹⁶. Πράγματι, σε μεγάλο μέρος των ερευνών βρέθηκε πως τα άτομα με ανεπαρκείς κοινωνικές σχέσεις παρουσίασαν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με αυτά που διέθεταν ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς¹⁷⁻¹⁸. Επίσης, στην πλειονότητα των σχετικών μελετών επισημαίνεται πως τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν έντονο άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικό ιδεασμό και σοβαρές ψυχικές διαταραχές, σε σχέση με τα άτομα που είναι κοινωνικά ενεργά¹⁶⁻¹⁸. Άλλωστε, η απομόνωση σχετίζεται με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας, γεγονός που καθιστά τα άτομα αυτά ευάλωτα σε άλλες παθήσεις¹⁶. Σταδιακά, η υπόθεση ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει θετικά την υγεία των ανθρώπων, γίνεται ευρέως αποδεκτή. Από την άλλη πλευρά, η σχετική βιβλιογραφία αναγνωρίζει πως οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να επιφέρουν και αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων, κυρίως όταν

αυτές χαρακτηρίζονται από άγχος, αυξημένες απαιτήσεις και διαρκή επίκριση. Αυτά με τη σειρά τους ενδέχεται να ωθήσουν το άτομο σε ζημιολογίες για την υγεία του συμπεριφορές και καταστάσεις, ή να προωθήσουν ανθυγιεινά πρότυπα συμπεριφορών. Παρόλα αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες η επιστημονική κοινότητα έχει εστιάσει στα θετικά αποτελέσματα της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία των ατόμων, επιχειρώντας να μελετήσει τους ορισμούς της, καθώς και να διερευνήσει τους τρόπους με τους οποίους η έννοια αυτή μπορεί να μετρηθεί και να αξιολογηθεί¹⁶⁻¹⁹.

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία φαίνεται πως η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί μία σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία έχει προκαλέσει σύγχυση και έλλειψη συναίνεσης στο επιστημονικό πεδίο ως προς τον ορισμό και τη μέτρησή της. Στα πρώτα στάδια των μελετών, η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στις πράξεις των σημαντικών άλλων, όπως για παράδειγμα των φίλων, των συγγενών και της οικογένειας που απευθύνονται σε κάποιο άλλο άτομο με στόχο την παροχή βοήθειας¹⁹. Ωστόσο, ο ορισμός αυτός είναι αρκετά περιοριστικός, καθώς παρουσιάζει το άτομο ως παθητικό δέκτη της βοήθειας που λαμβάνει. Σταδιακά, στην προσπάθεια δημιουργίας ενός πιο σαφούς ορισμού, ο Mattson, C.(2011)²⁰, συνδυάζοντας διαφορετικές νοηματοδοτήσεις της έννοιας, καταλήγει σε έναν πιο συνεκτικό ορισμό. Σύμφωνα με αυτόν, η κοινωνική υποστήριξη είναι «μία διεργασία αλληλεπίδρασης και ανταλλαγής, που περιλαμβάνει τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου για την ικανότητα διαχείρισης των προβλημάτων του, την αίσθηση αυτοεκτίμησης και την αίσθηση του «ανήκειν». Οι ερευνητές/τριες συμφωνούν πως η κοινωνική υποστήριξη είναι μία διαδικασία κατά την οποία τα υποκείμενα διαχειρίζονται τους διαθέσιμους υλικούς και ψυχικούς πόρους του κοινωνικού τους δικτύου, προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, να πετύχουν τους στόχους τους και να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής.

Όσον αφορά τη μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης, η επιστημονική κοινότητα υποστηρίζει και συμφωνεί πως η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μετρηθεί με βάση τα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της. Συγκεκριμένα, η μέτρηση της δομικής υποστήριξης αναφέρεται στην έκταση των κοινωνικών σχέσεων του υποκειμένου, σε συνδυασμό με την ποιότητα της σχέσης των μελών που την απαρτίζουν. Από την άλλη, η αξιολόγηση της λειτουργικής υποστήριξης αφορά τη διαθεσιμότητα των υλικών και

ψυχικών πόρων που έχει το άτομο από το κοινωνικό δίκτυο που το περιβάλλει. Οι διαθέσιμοι πόροι που το άτομο μπορεί να αντλήσει από τις κοινωνικές του σχέσεις αναφέρονται σε πέντε είδη, ή αλλιώς διαστάσεις, της κοινωνικής υποστήριξης, που μπορούν εξίσου να μετρηθούν και να αξιολογηθούν²¹.

1.3.1 Είδη κοινωνικής υποστήριξης

Στο σημείο αυτό δε μπορούν να παραλειφθούν οι πέντε διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης που μελετήθηκαν από τους Schaefer, C., Coyne, J. και Lazarus, R. (1981). Αυτές είναι η συναισθηματική υποστήριξη (emotional support), η υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support), η υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support), η υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support) και η υλική υποστήριξη (tangible or instrumental support).

Πιο συγκεκριμένα, η συναισθηματική υποστήριξη αφορά την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου, με την παροχή φροντίδας, αγάπης και ενσυναίσθησης, και συνδέεται άμεσα με την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης, δηλαδή την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου. Η υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου αναγνωρίζεται ως προς την πεποίθηση που έχει το άτομο για τη διαθεσιμότητα του δικτύου υποστήριξης που το περιβάλλει, ενώ η υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης περιγράφεται ως η παροχή πληροφοριών, γνώσεων και συμβουλών σχετικών με το πρόβλημα του ατόμου. Από την άλλη, η υλική υποστήριξη αναφέρεται στην παροχή «απτής» βοήθειας, όπως η οικονομική, ή αλλιώς την έμπρακτη βοήθεια, αυτήν που το υποκείμενο αντιλαμβάνεται σε πρακτικό επίπεδο²².

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να επισημάνουμε πως στη διατομεακή μελέτη των Heo, S. et al. (2014)²³ φαίνεται πως η συναισθηματική υποστήριξη είναι αυτή που συνδέεται με τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και κατ'επέκταση τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Αντίστοιχα, η έρευνα των Östberg, V. και Lennartsson, C. (2007)²⁴, με δείγμα πληθυσμό σουηδικής καταγωγής, συμπεραίνει πως η συναισθηματική υποστήριξη έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των υποκειμένων, ενώ η υλική υποστήριξη, και συγκεκριμένα οι οικονομικοί πόροι, φάνηκε πως ήταν σημαντική για τη διαχείριση μεγάλου μέρους των προβλημάτων υγείας των ατόμων, ενώ αντίθετα, η έλλειψη οικονομικής βοήθειας

φάνηκε ότι συνδέεται με έντονο άγχος για το μέλλον και αισθήματα απελπισίας και θλίψης. Η σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης επιβεβαιώνεται και από τους Strine, T. et al. (2008)²⁵. Οι ερευνητές επισημαίνουν πως η μειωμένη συναισθηματική υποστήριξη σχετίζεται με την επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ατόμων, την υιοθέτηση βλαβερών συμπεριφορών για την υγεία τους και την αύξηση των συμπτωμάτων άγχους. Με τον ίδιο τρόπο που οι ασθενείς χρειάζονται υποστήριξη για να ανταπεξέλθουν στην κατάσταση της νόσου, έτσι ακριβώς και οι συγγενείς τους έχουν ανάγκη από συναισθηματική υποστήριξη, καθώς και από υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης⁴⁸. Συγκεκριμένα, οι συγγενείς ασθενών αναφέρουν τη σημασία της επαρκούς και ειλικρινούς πληροφόρησης από το ιατρικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας του/της ασθενούς, καθώς και για τις επιπλοκές που ενδέχεται να προκύψουν, πάντοτε ακολουθώντας το ιατρικό απόρρητο, ενώ επίσης τονίζουν πως χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη για να ανταπεξέλθουν στη δύσκολη κατάσταση που βιώνουν.

Σχετικά με την έμπρακτη διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης, εγείρεται ένας σοβαρός προβληματισμός γύρω από αυτό που το άτομο αντιλαμβάνεται και πιστεύει ότι χρειάζεται, σε αντίθεση με τη βοήθεια που τελικά λαμβάνει. Το γεγονός αυτό οδηγεί στη διάκριση μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής υποστήριξης. Αναλυτικά, η αντικειμενική υποστήριξη είναι η έμπρακτη βοήθεια, αυτή που λαμβάνει το άτομο στην πράξη, ενώ από την άλλη, η υποκειμενική είναι η βοήθεια που πιστεύει το άτομο ότι χρειάζεται και αντιλαμβάνεται ότι είναι διαθέσιμη. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός πως η υποκειμενική στήριξη συνδέεται με την αποτελεσματική συναισθηματική ρύθμιση των ατόμων σε δύσκολες καταστάσεις, σε αντίθεση με την αντικειμενική στήριξη, που η σύνδεση αυτή δε φαίνεται να συναντάται²⁶. Ωστόσο, καθώς η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και τις εμπειρίες της ζωής του, χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω αν είναι η προσωπικότητα του ατόμου ή η ίδια η παρεχόμενη βοήθεια συμβάλλουν στην καλύτερη συναισθηματική ρύθμιση των υποκειμένων, ή αν και με ποιον τρόπο οι δύο αυτές παράμετροι συνδεόνται²⁷.

Φαίνεται πως οι ερενητές/τριες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως το κοινωνικό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των ατόμων, και για τον λόγο αυτό τις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη μελέτη των χαρακτηριστικών και λειτουργιών της κοινωνικής υποστήριξης που συμβάλλουν στην ευημερία των υποκειμένων, καθώς και στους μηχανισμούς που διαμεσολαβούν σε αυτή τη διαδικασία²⁸.

1.3.2 Μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης

Εξαιτίας της πολύπλοκης και πολυπαραγοντικής φύσης της κοινωνικής υποστήριξης, ήδη από τις πρώτες προσπάθειες μελέτης της έννοιας, ο τρόπος μέτρησής της αποτέλεσε αμφιλεγόμενο πεδίο. Για παράδειγμα, ενώ τα πρώτα ερωτηματολόγια έδιναν έμφαση στην έκταση του κοινωνικού δικτύου, στη συνέχεια ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στην υποκειμενική γνώμη του ατόμου όσον αφορά την ικανοποίηση από την υποστήριξη που λαμβάνει²⁹. Με λίγα λόγια, σημασία δεν είχε η παρεχόμενη βοήθεια και στήριξη καθεαυτή, αλλά η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου που δέχεται αυτή τη βοήθεια. Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να σχολιάσουμε το γεγονός πως παρόλο που η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο με διάφορες παραμέτρους, για πολλές δεκαετίες η μέτρησή της γινόταν ξεχωριστά για τρεις παραμέτρους, την κοινωνική ενσωμάτωση, την αντιλαμβανόμενη στήριξη και την κοινωνική υποστήριξη εν δράσει (enacted social support), δηλαδή τις ενέργειες του κοινωνικού δικτύου προκειμένου να προσφέρει βοήθεια. Ωστόσο, αυτό είχε ως αποτέλεσμα για μεγάλο χρονικό διάστημα τον περιορισμό του πολυπαραγοντικού χαρακτήρα της παρεχόμενης υποστήριξης.

Καθώς δεν αποτελεί σκοπό τη παρούσας ανασκόπησης η αναλυτική περιγραφή και ο σχολιασμός των εργαλείων μέτρησης της κοινωνικής υποστήριξης, θα περιοριστούμε να στο να επισημάνουμε πως τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν αρκετές διαθέσιμες κλίμακες και ερωτηματολόγια για την κοινωνική υποστήριξη και οι έρευνες προσπαθούν να ενσωματώσουν διαφορετικά εργαλεία μέτρησης, που να αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, με στόχο την ανάδειξη όσο το δυνατόν περισσότερων πτυχών της, έχοντας ως βάση τις τρεις παραμέτρους που αναφέρθηκαν παραπάνω³⁰.

Όσον αφορά την κοινωνική ενσωμάτωση, ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης αποτελεί η κλίμακα Social Support Network Inventory (SSNI). Η συγκεκριμένη κλίμακα επιχειρεί την μέτρηση τόσο της συναισθηματικής όσο και της υλικής υποστήριξης και αποτελείται από 11 ερωτήσεις, ενώ διακρίνεται για την μικρή χρονική διάρκεια, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της. Σχετικά με την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το εργαλείο μέτρησης Family Relationship Index (FRI), το οποίο προσπαθεί να αναδείξει τις συγκρούσεις που προκύπτουν μέσα στην οικογένεια, καθώς και την ανοιχτή επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των μελών της. Τέλος, όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη εν δράσει, γνωστό εργαλείο μέτρησης αποτελεί το Social Support Behaviors (SSB), το οποίο προσπαθεί να διερευνήσει το διαθέσιμο κοινωνικό δίκτυο και τις συμπεριφορές που παρουσιάζει όταν προσπαθεί να παρέχει στήριξη και βοήθεια³¹.

Μέσα από την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι για την ελληνική γλώσσα είναι σταθμισμένα η κλίμακα Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), η οποία αξιολογεί τρεις πηγές κοινωνικής στήριξης, και συγκεκριμένα τους/τις φίλους/ες, την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα και το ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (SSQ-6) των Sarason κ.ά. (1987)³². Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εκτιμά το μέγεθος του δικτύου της κοινωνικής υποστήριξης και της ικανοποίησης από την προσφερόμενη στήριξη. Ωστόσο, καθώς η ελληνική βιβλιογραφία είναι αρκετά περιορισμένη όσον αφορά το συγκεκριμένο ζήτημα, πιθανώς χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για το αν υπάρχουν κι άλλες κλίμακες ή ερωτηματολόγια σταθμισμένα με στόχο τη χρήση και συμπερίληψή τους στην ελληνική έρευνα.

1.3.3 Κοινωνική υποστήριξη και υγεία

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η σχετική βιβλιογραφία αναγνωρίζει ομόφωνα πως η παρεχόμενη στήριξη έχει θετικές επιδράσεις στην υγεία των ατόμων, και συγκεκριμένα συνδέεται με τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού^{28-29,35-38}.

Μέχρι σήμερα έχουν προταθεί δύο μοντέλα που επιχειρούν να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική υποστήριξη επιδρά στην υγεία των ατόμων. Το κυρίαρχο μοντέλο αποτελεί η θεωρία «απόσβεσης του άγχους» (stress-buffering model). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει τα υποκείμενα από

κατάστασεις που προκαλούν έντονο άγχος και αρνητικά συναισθήματα³⁹. Με βάση τη σχετική βιβλιογραφία, αυτό συμβαίνει με δύο τρόπους. Συγκεκριμένα, η αντιλαμβανόμενη στήριξη του κοινωνικού δικτύου έχει τη δυνατότητα είτε, πριν τις δύσκολες καταστάσεις, να βελτιώσει τις πεποιθήσεις του ατόμου για την αποτελεσματική διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων, είτε, αφού έχει επέλθει ένα στρεσογόνο γεγονός, να μειώσει την αντίδραση του ατόμου σε αυτό και να συνεισφέρει στη συναισθηματική του ρύθμιση. Η διπλή αυτή συμβολή έχει θετικό αντίκτυπο τόσο στην ψυχική υγεία, αφού μειώνεται η ψυχική δυσφορία που συνοδεύει τις καταστάσεις έντονου άγχους, όσο και στη σωματική^{30, 40-44}.

Το δεύτερο μοντέλο είναι αυτό του «άμεσου αποτελέσματος», και ονομάζεται έτσι καθώς υποστηρίζει πως η ύπαρξη κοινωνικών δεσμών προκαλεί άμεσα θετικά αποτελέσματα στη ζωή του ατόμου, με ή χωρίς την παρουσία στρεσογόνων καταστάσεων. Πιο αναλυτικά, οι κοινωνικές σχέσεις παρέχουν ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον, ενώ επίσης μέσα από την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό δίκτυο, ενισχύεται η αίσθηση της κοινωνικής ταυτότητας και του «ανήκειν». Μάλιστα, η σχετική βιβλιογραφία υπογραμμίζει πως όταν το άτομο νιώθει πως έχει τη δυνατότητα να παρέχει βοήθεια στα άτομα που ανήκουν στο δίκτυό του, ενισχύεται η αυτοπεποίθησή του, με αποτέλεσμα την ενδυνάμωση και τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων⁴²⁻⁴⁴. Για παράδειγμα, στην διαχρονική έρευνα των Penninx, B. et al. (1997)⁴³, με δείγμα πληθυσμό με χρόνια πόνο και αρθρίτιδα από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της Ολλανδίας, βρέθηκε πως η κοινωνική υποστήριξη συνέβαλε έμμεσα, μέσω της ρύθμισης του άγχους, στη διαχείριση του αρθρικού πόνου, ενώ επίσης με άμεσο τρόπο μείωσε τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών, ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή τους.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία, σύμφωνα με τον Uchino, B., (2006)³⁷, η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει θετικά στην ψυχική κατάσταση των υποκειμένων. Εξηγώντας, η συμμετοχή του ατόμου σε ένα κοινωνικό δίκτυο αναπόφευκτα του προσδίδει ρόλους και ευθύνες, με αποτέλεσμα να υιοθετεί ταυτότητες που το καθορίζουν σαν άνθρωπο. Με αυτόν τον τρόπο, τα υποκείμενα νιώθουν σημαντικά, συνεισφέροντας στην ομάδα στην οποία ανήκουν και ταυτόχρονα ασφαλή, κινούμενα σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από προστασία και όρια. Η υιοθέτηση κοινωνικών ταυτοτήτων και ρόλων παρέχει στα υποκείμενα τη δυνατότητα να νοηματοδοτήσουν τη ζωή τους, να

εκπληρώσουν τις δικές τους ανάγκες και των άλλων, ενώ επίσης συμβάλλει στη μείωση των συναισθημάτων ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Επίσης, η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην βελτίωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί σε συναισθήματα ικανοποίησης, ευχαρίστησης και ηρεμίας. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε πως η κοινωνική υποστήριξη βοηθάει στην καλύτερη ψυχική κατάσταση των ατόμων μετά από τραυματικές καταστάσεις, και συγκεκριμένα μετά από την ξαφνική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου³⁷. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί το γεγονός πως πολλές κοινωνικές σχέσεις μπορεί να δημιουργήσουν αισθήματα ανασφάλειας, ενοχών και έντονου άγχους, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου³⁷.

Σχετικά με τη σωματική υγεία, έχει βρεθεί πως η κοινωνική υποστήριξη ενθαρρύνει την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, όπως η σωματική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, ενώ επίσης ενισχύει τη δέσμευση των ασθενών στη θεραπεία τους³⁷. Συνεχίζοντας, ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο που έχει μελετηθεί είναι οι βιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας. Συγκεκριμένα, μέσω νευροαπεικονιστικών μεθόδων και τεχνικών, έχει βρεθεί πως η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η παρουσία σημαντικών άλλων μειώνει το βαθμό ενεργοποίησης του εγκεφάλου σε καταστάσεις απειλής, άγχους και πόνου, ενώ ακόμα φαίνεται πως τα άτομα που έχουν δίπλα τους πρόσωπα εμπιστοσύνης παρουσιάζουν χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και μειωμένη ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, υποστηρίζεται πως η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει το υποκείμενο από την πιθανή υπερδιέγερση της καρδιαγγειακής δραστηριότητας σε καταστάσεις άγχους, γεγονός που αντιθέτως θα μπορούσε να είναι ζημιογόνο για την υγεία του^{19,21}. Ταυτόχρονα, η μελέτη των Ditzen, B. και Heinrichs, M., (2014)¹⁷ αναδεικνύει τη σύνδεση της κοινωνικής υποστήριξης με τη μειωμένη ενεργοποίηση του άξονα υπόφυσης-υποθαλάμου- επινεφριδίων, ο οποίος σχετίζεται με την ανταπόκριση του οργανισμού στο στρες και το άγχος. Ακόμα, η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται πως συνδεέται με τα επίπεδα της ορμόνης οκυτωκίνης στον οργανισμό. Τα υψηλά επίπεδα οκυτωκίνης συμβάλλουν στην ψυχική σταθερότητα, τη μείωση του άγχους και την αύξηση της εμπιστοσύνης. Πράγματι, η βιβλιογραφία αναδεικνύει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην αύξηση των επιπέδων της

ωκυτοκίνης κυρίως σε άτομα που ένιωθαν πως η στήριξη που λάμβαναν από τον/την σύντροφό τους ήταν ποιοτική⁴⁵. Επιπρόσθετα, τα τελευταία χρόνια έρευνες μελετούν την σύνδεση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ανοσοποιητικής λειτουργίας του οργανισμού. Με βάση την ανασκόπηση των Uchino, B. N. et. al (2006)³⁷, φαίνεται πως η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη συνδέεται με μειωμένα επίπεδα παραγόντων που συμμετέχουν στους μηχανισμούς οντογένεσης στον οργανισμό. Ωστόσο, η ανάλυση της παραπάνω διαπίστωσης δεν αποτελεί στόχο της παρούσας ανασκόπησης.

1.3.4. Ρευματοειδής αρθρίτιδα και πόνος

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ) αποτελεί μια νόσο του ανοσοποιητικού συστήματος που εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες (3:1), ενώ ο μέσος όρος ηλικίας κυμαίνεται από 35 ως 50 έτη. Χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή και προοδευτική επιδείνωση των αρθρώσεων, η οποία προκαλεί πόνο και δυσκαμψία. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν διακυμάνσεις στα συμπτώματα της νόσου και διαφορετικού βαθμού παραμόρφωσης των αρθρώσεων. Η προέλευση του πόνου είναι πολυπαραγοντική, με τη φλεγμονή, τη δευτεροπαθή οστεοαρθρίτιδα, καθώς και την κεντρική και περιφερική ευαισθητοποίηση να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του πόνου. Έως και το 90,4% των ασθενών με ΡΑ επισκέπτονται έναν επαγγελματία υγείας για έντονο πόνο και παρά τις νέες θεραπείες και τις εξελιγμένες θεραπείες, υπάρχει περιορισμένος αριθμός επιλογών για αναλγητική διαχείριση⁴⁶.

Η ΡΑ έχει μελετηθεί ευρέως αναφορικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη, την πορεία και την πρόγνωση της. Ο πόνος, η κόπωση και η μείωση της λειτουργικότητας αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση της κατάθλιψης τα ποσοστά εμφάνισης της οποίας κυμαίνονται μεταξύ 13-42%⁴⁷.

Ο πόνος είναι ένα εξουθενωτικό σύμπτωμα για τα άτομα που ζουν με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο βαθμός ανακούφισης από τον πόνο μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τον θεραπευτικό στόχο της φαρμακολογικής παρέμβασης. Η σύγχρονη νευροαπεικόνιση ενισχύει την κατανόησή μας για αυτούς τους μηχανισμούς και τον ρόλο των αισθητηριακών, συναισθηματικών

και γνωστικών συνεισφορών στην εμπειρία του πόνου. Έτσι, διαμορφώνεται ένα πλαίσιο για θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναγνωρίζουν την ύπαρξη πολλαπλών, γνωστικά καθοδηγούμενων, υπερνωτιαίων μηχανισμών για τη ρύθμιση του πόνου και θα μπορούσαν να συμπληρώσουν τη φαρμακολογική καταστολή της φλεγμονής. Τέτοιες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν νευροψυχολογικές παρεμβάσεις που έχουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν τη φλοιώδη δομή του ανθρώπινου εγκεφάλου και να μειώσουν την ταλαιπωρία που συχνά συνδέεται με την εμπειρία του πόνου⁴⁷.

Πλήθος μελετών και ανασκοπήσεων καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ανασκόπηση των Sarzi-Puttini et al. (2023)⁴⁸, ο πόνος στη ΡΑ είναι αποτέλεσμα συνδυασμού δράσης φλεγμονωδών και μη φλεγμονωδών παραγόντων. Οι μηχανισμοί πόνου στη ΡΑ δεν περιορίζονται μόνο στις φλεγμονώδεις διαδικασίες, αλλά περιλαμβάνουν επίσης την κεντρική ευαισθητοποίηση και τον νευροπαθητικό πόνο. Αυτή η μελέτη αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της φύσης του πόνου στη ΡΑ και υπογραμμίζει την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου που να συνδυάζει φαρμακολογικές θεραπείες με ψυχοκοινωνικές και άλλες μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Σε παρόμοια μελέτη αποκαλύπτεται ότι ο πόνος στη ΡΑ μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και πριν την κλινική διάγνωση της ασθένειας και δεν σχετίζεται πάντα άμεσα με τα επίπεδα φλεγμονής⁴⁹. Για τον λόγο αυτό προτείνεται η διεξαγωγή ερευνών με στόχο την ανάπτυξη νέων στρατηγικών για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση του πόνου στη ΡΑ. Επιπρόσθετα, στην ανασκόπηση των Berenbaum et al. (2023)⁵⁰, οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη για πολυδιάστατες στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου που να συνδυάζουν φαρμακολογικές θεραπείες με ψυχολογικές παρεμβάσεις και άλλες μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ολιστικής προσέγγισης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΡΑ. Αντίστοιχα, η μελέτη των Jung et al. (2023)⁵¹ αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της εκτίμησης του πόνου στη ΡΑ, υποδεικνύοντας ότι η αξιολόγηση της ασθένειας πρέπει να περιλαμβάνει και την εκτίμηση των μη φλεγμονωδών παραγόντων πόνου. Η μελέτη προτείνει την ανάγκη για πολυδιάστατες στρατηγικές που να περιλαμβάνουν τη συνδυασμένη χρήση φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών θεραπειών για τη βελτίωση της διαχείρισης του πόνου στη ΡΑ.

Συνολικά, λοιπόν, παρατηρείται πως η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι ο πόνος στη ΡΑ προέρχεται από έναν συνδυασμό φλεγμονωδών, μη φλεγμονωδών και κεντρικών μηχανισμών. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών είναι ουσιώδης για την ανάπτυξη στοχευμένων θεραπευτικών στρατηγικών που θα μπορούσαν να προσφέρουν καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ.

2. Μεθοδολογία

2.1 Στόχος και Μεθοδολογία

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ευρήματα για τον πολυπαραγοντικό και πολυεπίπεδο χαρακτήρα του πόνου που συνοδεύει την ΡΑ, στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της συμβολής της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου της ΡΑ. Απώτερος στόχος είναι η πολυδιάστατη παροχή υποστήριξης και βοήθειας που περιγράφηκε παραπάνω να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης για τη διαχείριση συνολικά της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, συμβάλλοντας καθοριστικά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται μια οριοθετημένη ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας (scoping review) με στόχο να παρουσιαστούν με οργανωμένο τρόπο τα ευρήματα των ερευνών σε σχέση με τη συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με ΡΑ και αφετέρου να αναδειχθούν κενά της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, και τέλος η ολιστική προσέγγιση του θέματος μέσω της δημιουργίας ανοιχτών ερωτημάτων⁵²⁻⁵³. Το εν λόγω είδος ανασκόπησης αφορά τη συγκέντρωση επιστημονικών άρθρων και ερευνών με στόχο την περιγραφή και ανάλυση του συγκεκριμένου ερευνητικού ερωτήματος και, στη συνέχεια, τον κριτικό σχολιασμό των αποτελεσμάτων. Αυτή η κατηγορία ανασκοπήσεων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο ερευνητικό πεδίο, καθώς επιτρέπει στο αναγνωστικό κοινό να αποκτήσει γνώσεις σχετικά με ένα συγκεκριμένο θέμα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

2.2 Στρατηγική αναζήτησης- Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν επιστημονικά άρθρα που περιλαμβάνονται στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus και PubMed. Η ερευνητική ομάδα εστίασε κυρίως σε μελέτες των δύο τελευταίων δεκαετιών, καθώς θεωρήθηκε σημαντικό να αναλυθούν οι πιο σύγχρονες έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα, αφού τα δεδομένα για την προέλευση και τη θεραπεία του χρονίου πόνου στη ΡΑ συνεχώς αλλάζουν.

Η γλώσσα της σχετικής βιβλιογραφίας περιορίστηκε στην αγγλική. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των σχετικών πηγών ήταν *rheumatoid arthritis*, *social support*, *pain*, *pain management*, σε συνδυασμό μεταξύ τους με τον σύνδεσμο «and».

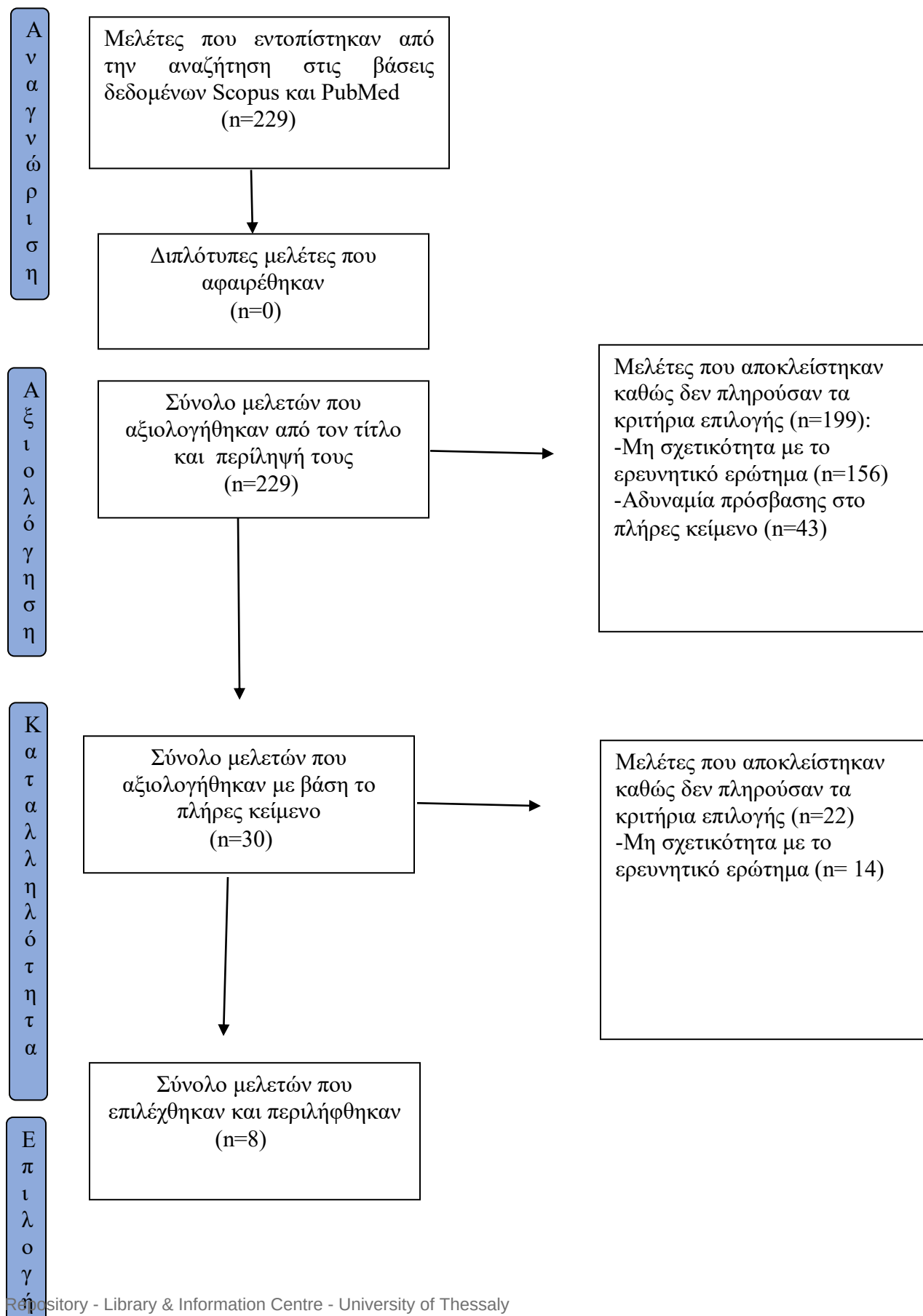
Κριτήρια επιλογής των μελετών που τελικά χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα εργασία αποτέλεσαν α. η προσβασιμότητα στο περιεχόμενό τους, β. η έγκυρη μεθοδολογία, γ. η σχετικότητα τους με το ερευνητικό ερώτημα, δ. η χρονολογία δημοσίευσης τους, δηλαδή από το 2004 έως το 2024. Σε αυτόν τον χρονολογικό περιορισμό αποτελεί εξαίρεση μία μελέτη του 2003, η οποία είναι σχετική με το ερευνητικό ερώτημα και βρίσκεται πολύ κοντά στο χρονολογικό περιθώριο που τέθηκε. Όσον αφορά τον τύπο των μελετών δεν τέθηκε κάποιος σχετικός περιορισμός, καθώς η βιβλιογραφία ήταν ήδη περιορισμένη. Ως κριτήρια αποκλεισμού τέθηκαν α. η αδυναμία πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της έρευνας, β. η μη σχετικότητα των μελετών, γ. η ημερομηνία δημοσίευσης των μελετών πριν το 2004.

Η αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας κατέληξε σε 229 συνολικά αποτελέσματα, τα οποία είχαν δημοσιευτεί τις τελευταίες δυο δεκαετίες είχαν γραφτεί στην αγγλική γλώσσα. Κατόπιν, έγινε έλεγχος για τυχόν διπλές αναφορές, αλλά τελικά δεν υπήρχαν. Στο αρχικό στάδιο της αξιολόγησης αποκλείστηκαν 199 μελέτες διότι από την εξέταση του τίτλου και της περίληψής έγινε φανερό ότι 156 μελέτες δεν σχετίζονταν με το ερευνητικό ερώτημα, ενώ για τις 43 δεν υπήρχε η δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο. Κατά την περαιτέρω αξιολόγηση του πλήρους κειμένου των υπόλοιπων 30 μελετών, αποκλείστηκαν όσες μελέτες δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης ή αντιστρόφως πληρούσαν κάποιο κριτήριο αποκλεισμού. Τελικά 8 μελέτες συνολικά πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και επιλογής της παρούσας ανασκόπησης.

Συμπεριλήθηκαν στην παρούσα έρευνα 1 ποιοτική έρευνα, 1 βιβλιογραφική ανασκόπηση, 1 συγχρονική μελέτη, 1 μελέτη προοπτικής και 4 ποσοτικές έρευνες (daily diary methodology και dyadic survey).

Παρακάτω, παρατίθεται το διάγραμμα ροής PRISMA (Διάγραμμα 1), στο οποίο φαίνεται η διαδικασία επιλογής των άρθρων της συγκεκριμένης ανασκόπησης.

Διάγραμμα 1 : Διάγραμμα ροής τύπου PRISMA



3. Αποτελέσματα

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται η περιγραφή και ανάλυση των βασικότερων ευρημάτων όσον αφορά τη συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Η σχετική βιβλιογραφία αναδεικνύει τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου που προκαλείται από την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συγκεκριμένα, η ποιοτική έρευνα των Bergström, M., et al. (2017)⁵⁴, χρησιμοποιώντας ημιδομημένες συνεντεύξεις με ομάδες εστίασης, καταλήγει στο συμπέρασμα πως το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στη διαχείριση του πόνου σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Μέσα από την ανάλυση των συνεντεύξεων, αναδεικνύεται το γεγονός πως οι θετικές επιπτώσεις της παρεχόμενης υποστήριξης από τον/την σύντροφο, φίλους, οικογένεια, συναδέλφους και επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν στη διαχείριση του πόνου, ενώ επίσης προσφέρουν στα άτομα την αίσθηση ότι μπορούν να συνεισφέρουν και να αποτελέσουν μέρος του κοινωνικού δικτύου, παρά τα εμπόδια που θέτει η ασθένεια. Από την άλλη, οι αρνητικές επιπτώσεις που ενδέχεται να προκύψουν από την έλλειψη κατανόησης, την αίσθηση μοναξιάς και την αμφισβήτηση του πόνου από το κοινωνικό περιβάλλον, προκαλούν δυσφορία και απογοήτευση, ενισχύοντας τον φαύλο κύκλο του πόνου. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως πολλοί/ες συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν ότι κρύβουν τον πόνο τους για να μην νιώθουν ότι αποτελούν βάρος ή για να αποφύγουν ανεπιθύμητες συμβουλές από το περιβάλλον τους. Αυτή η διπλή επιρροή της παρεχόμενης στήριξης υπογραμμίζει τη σημασία του ενσυναισθητικού χαρακτήρα που χρειάζεται να έχει η κοινωνική υποστήριξη.

Η ποσοτική μελέτη των Holtzman, S. & DeLongis, A. (2007)⁵⁵ με δείγμα 69 ασθενείς με ΡΑ, επιβεβαιώνει ότι η ικανοποίηση από την υποστήριξη του/της συζύγου μπορεί να βοηθήσει στην μείωση των καταστροφολογικών σκέψεων, οι οποίες αποτελούν μέρος του φαύλου κύκλου που επιδεινώνει τον πόνο. Ακόμα, φαίνεται πως η ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη μπορεί να ενισχύσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου, ενώ, από την άλλη, ο καταστροφολογικός τρόπος σκέψης φαίνεται να επηρεάζει την ένταση του πόνου μέσω μηχανισμών που δεν επηρεάζονται

άμεσα από την υποστήριξη του/της συζύγου. Δηλαδή, ενώ η υποστήριξη καθεαυτή από τον/την σύζυγο δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την αλληλεπίδραση μεταξύ καταστροφολογίας και έντασης του πόνου, αντίθετα η ικανοποίηση που βιώνουν οι ασθενείς από την υποστήριξη μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο σε καθημερινή βάση.

Παρόμοια αποτελέσματα αναδεικνύονται και στην έρευνα των Holzman et al. (2004)⁵⁶, με δείγμα 73 ασθενείς με ΡΑ. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε πως η ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη σχετίζεται με την αύξηση της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου, όπως για παράδειγμα η γνωστική αναπλαισίωση (cognitive reframing). Φαίνεται πως οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι με την υποστήριξη που λαμβάνουν είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν στρατηγικές που μειώνουν την ένταση του πόνου. Αντίθετα, η απογοήτευση από την παρεχόμενη υποστήριξη συνδέεται με αυξημένη χρήση στρατηγικών που ενδέχεται να μην είναι αποτελεσματικές, και οι οποίες με τη σειρά τους συνδεόμαστε με αύξηση του πόνου.

Τη σύνδεση της ικανοποιητικής υποστήριξης με την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου υπογραμμίζει και η διαχρονική έρευνα των Evers, A. W. et al. (2003)⁵⁷, με δείγμα 78 ασθενείς με διάγνωση ΡΑ. Χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις, καθώς και ερωτηματολόγια αξιολόγησης των στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου και της κοινωνικής υποστήριξης, αποδεικνύεται πως η τελευταία συνδέεται με αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης του πόνου. Δηλαδή, με την υιοθέτηση στρατηγικών ενεργητικής αντιμετώπισης του πόνου και όχι με παθητική στάση απέναντι σε αυτόν, κάτι που μπορεί να τον εντείνει.

Στην ανασκόπηση των Oliver, S., & Ryan, S. (2004)⁵⁸ επισημαίνεται πως η ποιοτική κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου, ενώ αντίθετα η υπερβολική φροντίδα και υπερπροστασία εκ μέρους του οικείου περιβάλλοντος τοποθετούν τον ασθενή σε μία παθητική θέση, με αποτέλεσμα την απομάκρυνση από στρατηγικές διαχείρισης του πόνου που συνοδεύει την ΡΑ.

Σημαντικό εύρημα αποτελούν και τα αποτελέσματα της μελέτης των Beggs et al. (2016)⁵⁸, με δείγμα 69 έγγαμους ασθενείς με διάγνωση ΡΑ. Στα αποτελέσματα τονίζεται

πως η έλλειψη επικοινωνίας για τον πόνο μεταξύ ασθενούς και συντρόφου μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα καταστροφολογικών σκέψεων για τον πόνο από την πλευρά του ασθενούς, γεγονός που, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εντείνει τον πόνο και τα συμπτώματά του. Συμπληρώνοντας για τη σημασία της παρεχόμενης υποστήριξης από τον/την σύντροφο, η διατομεακή μελέτη των Pow, J. et al. (2018)⁵⁹ με δείγμα 29 ζευγάρια επιβεβαιώνει πως η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης από τους/τις συζύγους σχετίζεται με μείωση του πόνου των ασθενών με PA στην καθημερινή τους ζωή. Από την άλλη, η λήψη αρνητικής υποστήριξης από τους ασθενείς συσχετίστηκε με αύξηση του πόνου, γεγονός που αποδεκνύει τη συσχέτιση μεταξύ αρνητικής υποστήριξης και αύξησης του πόνου.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διατομεακή μελέτη των Čerukienė, V., & Puzerienė, E. (2024)⁶⁰, η οποία συνδέει τη μεταβλητή της αυτοαποτελεσματικότητας με αυτήν της παρεχόμενης υποστήριξης από τον/την σύντροφο. Συγκεκριμένα, τονίζεται ο διπλός ρόλος της συναισθηματικής υποστήριξης εκ μέρους του/της συντρόφου. Όταν δηλαδή η παρεχόμενη υποστήριξη είναι ικανοποιητική, αυτό αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα των ασθενών, έχοντας ως αποτέλεσμα την καλύτερη διαχείριση του πόνου. Αντιθέτως, όταν η συναισθηματική υποστήριξη εστιάζει στην αδυναμία του ασθενούς με PA, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της αυτοαποτελεσματικότητας, και κατά συνέπεια στην αύξηση των συμπτωμάτων του πόνου.

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται συνοπτικά τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συγγραφείς	Έτος	Δείγμα	Μεθοδολογία έρευνας	Αποτελέσματα
Bergström, M. et al.	2017	Ασθενείς με PA που είχαν διαγνωστεί για τουλάχιστον τέσσερα χρόνια	Ποιοτική έρευνα, ημιδομημένες συνεντεύξεις με ομάδες εστίασης	Η κοινωνική υποστήριξη αναγνωρίστηκε ως σημαντική για τη διαχείριση του πόνου, ενώ η έλλειψή της συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις στη διαχείριση του πόνου
Holtzman, S., & DeLongis, A.	2007	69 έγγαμοι συμμετέχοντες με PA	Daily process study, 2 τηλεφωνικές συνεντεύξεις/μέρα για αξιολόγηση: -Ένταση Πόνου, -Αρνητικά συναισθήματα, -Καταστροφολογία, -Ικανοποίηση από τις αντιδράσεις του/της συντρόφου	Η θετική συσχέτιση μεταξύ πόνου και καταστροφολογίας ήταν μικρότερη όταν οι συμμετέχοντες ανέφεραν αυξημένη ικανοποίηση από τις αντιδράσεις του συντρόφου τους
Evers, A. W. et al.	2003	78 συμμετέχοντες με PA	Προοπτική μελέτη (prospective study) Αξιολόγηση μετά από 3 και 5 χρόνια από τη διάγνωση Εργαλεία Αξιολόγησης: -Στρατηγικές αντιμετώπισης Πόνου (Pain Coping): -Κοινωνική υποστήριξη (Social Support): -Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	Χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης κατά τη διάγνωση προέβλεπαν τόσο την αναπηρία όσο και τον πόνο στις αξιολογήσεις των 3 και 5 ετών

			-Κλινική κατάσταση και φαρμακευτική αγωγή:	
Beggs, R. T. et al.	2016	69 συμμετέχοντες με PA	Καθημερινές τηλεφωνικές συνεντεύξεις (daily diary methodology)	Αυξημένα θετικά συναισθήματα και χαμηλότερη ένταση πόνου συνδέονταν με υψηλότερη ικανοποίηση από την υποστήριξη του/της σύντροφου. Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα δεν είχαν μακροχρόνια διάρκεια
Pow, J. et al.	2018	69 συμμετέχοντες με PA και οι σύντροφοί τους	Διαδική έρευνα (dyadic survey) Εξετάστηκε η καθημερινή αναφορά των ασθενών για τον πόνο τους και η κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν από τον/την σύντροφό τους	Όταν οι σύντροφοι παρείχαν υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης, ο πόνος των ασθενών έτεινε να μειώνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας
Čepukienė, V., & Puzerienė, E.	2024	196 γυναίκες με διάγνωση PA	Συγχρονική μελέτη Χρησιμοποιήθηκαν: -Κλίμακα πόνου Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας (Rheumatoid Arthritis Pain Scale) -Ερωτηματολόγιο αυτο- αποτελεσματικότητας στον πόνο (Pain Self-Efficacy Questionnaire): - Κλίμακα συναισθηματικής Υποστήριξης από τον/την Σύντροφο (Communication- Based Emotional Support Scale)	Η υποστήριξη από τον/την σύντροφο βελτιώνει την αυτο- αποτελεσματικότητα στον πόνο, η οποία με τη σειρά της μειώνει την ένταση του πόνου.

Holtzman, S. et al.	2004	73 συμμετέχοντες με ρευματοειδή αρθρίτιδα	Daily process methodology Μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν: -Σοβαρότητα πόνου: -Στρατηγικές αντιμετώπισης πόνου: -Ικανοποίηση από την υποστήριξη: -Απογοήτευση από την υποστήριξη:	Η ικανοποίηση από την υποστήριξη μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης και να μειώσει τη σοβαρότητα του πόνου.
Oliver, S., & Ryan, S.	2004		Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Η ποιοτική κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου

4. Σύνθεση αποτελεσμάτων- Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και της διαχείρισης του πόνου σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ). Τα αποτελέσματα που αναλύθηκαν καταδεικνύουν ότι η ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την υιοθέτηση προσαρμοστικών στρατηγικών διαχείρισης του πόνου, ενώ η απογοήτευση από την παρεχόμενη βοήθεια συνδέεται με την αύξηση του πόνου και τη χρήση λιγότερο αποτελεσματικών στρατηγικών. Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης επιβεβαιώνουν τη θετική επίδραση της ικανοποίησης από την υποστήριξη των συζύγων στη διαχείριση του πόνου και την υιοθέτηση αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπισή του. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες/ουσες που ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση από την υποστήριξη των συζύγων παρουσίασαν λιγότερα συμπτώματα πόνου και χρησιμοποίησαν πιο αποτελεσματικές και ενεργητικές στρατηγικές για τη διαχείρισή του.

Τα παραπάνω συμφωνούν με τις διαπιστώσεις της ποιοτικής έρευνας των Bergström et al. (2017), η οποία υπογραμμίζει ότι η ποιοτική κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση του πόνου μέσω της ενίσχυσης του αίσθηματος της συμμετοχής και της αποδοχής στο κοινωνικό δίκτυο. Αντιθέτως, η απογοήτευση από την υποστήριξη συνδέεται με αυξημένα επίπεδα πόνου και την υιοθέτηση μη προσαρμοστικών στρατηγικών, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Holtzman & DeLongis (2007). Η έλλειψη κατανόησης και η αίσθηση μοναξιάς, όπως τονίζεται στην έρευνα των Bergström et al. (2017), δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο που ενισχύει τις καταστροφολογικές σκέψεις για τον πόνο, ενώ επίσης συνδέεται με την υιοθέτηση παθητικών και λιγότερο αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης του πόνου. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που επισημαίνουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης για τη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με ΡΑ. Ειδικότερα, η ποσοτική έρευνα των Holtzman & DeLongis (2007) δείχνει ότι η ικανοποίηση από την υποστήριξη του/της συζύγου μειώνει τις καταστροφολογικές σκέψεις και βοηθά στη διαχείριση του πόνου, ενώ παράλληλα και από την έρευνα των Holtzman et al. (2004) αναδεικνύεται πως η ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη ενθαρρύνει τη χρήση ενεργητικών στρατηγικών, όπως η γνωστική αναπλαισίωση.

Ωστόσο, από την παρούσα έρευνα γίνεται κατανοητό πως ιδιαίτερη σημασία κατέχει η ποιότητα της υποστήριξης, η οποία είναι απαραίτητο να διακρίνεται από κατανόηση και ενσυναίσθηση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, καθώς και η εξαγωγή των συμπερασμάτων της, υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, ένας μεγάλος αριθμός μελετών ($n=43$) δεν συμπεριλήφθηκε λόγω αδυναμίας πρόσβασης στο πλήρες κείμενο. Δεύτερον, το μέγεθος του δείγματος των μελετών που συμπεριλήφθηκαν περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες και σε άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, ενώ η εστίαση σε μία χρόνια αυτοάνοση νόσο περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης και σε άλλες χρόνιες αυτοάνοσες παθήσεις. Επιπρόσθετα, οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση δεν παρουσιάζουν ομοιογένεια ως προς τη μεθοδολογία. Κάτι ακόμα που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν μόνο η επίδραση της κοινωνικής συμβολής στην ένταση του πόνου. Για να αξιολογηθεί συνολικά η συμβολή της θεωρούμε ότι θα έπρεπε να ληφθούν υπόψιν και άλλες παράμετροι, όπως για παράδειγμα η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής. Συνεπώς, τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται λαμβάνοντας υπόψιν τους προαναφερθέντες περιορισμούς.

Επιπλέον, η παρούσα ανασκόπηση περιέλαβε μόνο μία ποιοτική έρευνα, με αποτέλεσμα πιθανά να μην αποτυπώνεται διεξοδικά το προσωπικό βίωμα των ασθενών. Οι παραπάνω περιορισμοί δημιουργούν την ανάγκη διεξαγωγής ερευνών με στόχο να καλυφθούν τα κενά που υπάρχουν. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επεκτείνουν την ανάλυση σε περισσότερα χρόνια αυτοάνοσα νοσήματα και σε μεγαλύτερα δείγματα. Επίσης θα ήταν σημαντικό να υλοποιηθούν ποιοτικές έρευνες, προκειμένου να δοθεί έμφαση στο προσωπικό βίωμα του ασθενούς.

5. Συμπεράσματα

Συνολικά, η παρούσα ανασκόπηση επιβεβαιώνει τη θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου στην ΡΑ, επισημαίνοντας την ανάγκη για ενσυναίσθηση, προσοχή και κατανόηση από τους/τις συντρόφους και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο των ασθενών. Ενώ τα ευρήματα ενισχύουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία για τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του πόνου,

αναδεικνύουν επίσης την ανάγκη για περαιτέρω έρευνες και πρακτικές εφαρμογές που να εστιάζουν στην ποιότητα της υποστήριξης και την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών.

Βιβλιογραφία

- 1) Sabatowski, R., Schafer, D., Kasper, S. M., Brunsch, H., & Radbruch, L. (2004). Pain treatment: a historical overview. *Current pharmaceutical design*, 10(7), 701-716.
- 2) Cheatle, M. D. (2016). Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. *Medical Clinics*, 100(1), 43-53.
- 3) Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, 150(3699), 971-979.
- 4) Khan, M. A., Rapa, F., & Khan, I. A. (2015). Pain: history, culture and philosophy. *Acta medico-historica Adriatica: AMHA*, 13(1), 113-130.
- 5) International Association of Pain, 1979
- 6) Williams, A. C. D. C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.
- 7) Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976.
- 8) Merskey and Bogduk, 1994 στο Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in neurobiology*, 87(2), 81-97.
- 9) Tunks, E. R., Crook, J., & Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 224-234.
- 10) Johnson, M. I., Elzahaf, R. A., & Tashani, O. A. (2013). The prevalence of chronic pain in developing countries. *Pain Management*, 3(2), 83-86.
- 11) Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*, 123(2), e273-e283.
- 12) Zajacova, A., Grol-Prokopczyk, H., & Zimmer, Z. (2021). Sociology of chronic

pain. *Journal of health and social behavior*, 62(3), 302-317.

13) Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11(1), 1-5.

14) Croft, P., Blyth, F. M., & van der Windt, D. (Eds.). (2010). *Chronic pain epidemiology: from aetiology to public health*. Oxford University Press, USA.

15) Raffaelli, W., Tenti, M., Corrado, A., Malafoglia, V., Ilari, S., Balzani, E., & Bonci, A. (2021). Chronic pain: what does it mean? A review on the use of the term chronic pain in clinical practice. *Journal of pain research*, 827-835.

16) House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(1), 293-318.

17) Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: the social dimension of stress buffering. *Restorative neurology and neuroscience*, 32(1), 149-162.

18) Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health communication*, 25(4), 312-322.

19) Thoits, P. A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In *Social support: Theory, research and applications* (pp. 51-72). Dordrecht: Springer Netherlands.

20) Cole Mattson, C. M. (2011). *Depression, Anxiety, and Social Support Fail to Predict Heart Rate Recovery in Exercise Stress Test Patients* (Doctoral dissertation, Kent State University).

21) Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.

22) Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95-100.

23) Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 43(4), 299-305.

24) Östberg, V., & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian journal of public health*, 35(2), 197-204

- 25) Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L., & Mokdad, A. H. (2008). Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support: Their relevance to psychiatry and medicine. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 151-159.
- 26) Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European journal of cancer care*, 9(1), 8-15.
- 27) McNally, S. T., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (4), 309-314.
- 28) Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 203-210.
- 29) Bloom, J. R. (1990). The relationship of social support and health. *Social Science & Medicine*, 30(5), 635-637.
- 30) Heitzmann, C. A., & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health psychology*, 7(1), 75.
- 31) Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127.
- 32) Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, 69(5), 511-520.
- 33) Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- 34) Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of personality and social psychology*, 52(4), 813.
- 35) Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of social and personal relationships*, 8(1), 99-127.
- 36) Ganster, D. C., & Victor, B. (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61(1), 17-36.
- 37) Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29, 377-387
- 38) Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.

Psychological bulletin, 98(2), 310.

39) Alloway, R., & Bebbington, P. (1987). The buffer theory of social support—a review of the literature. *Psychological medicine*, 17(1), 91-108.

40) Cohen, S., & McKay, G. (2020). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In *Handbook of psychology and health, Volume IV* (pp. 253-267). Routledge.

41) Gençöz, T., Özlale, Y., & Lennon, R. (2004). Direct and indirect effects of social support on psychological well-being. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 32(5), 449-458.

42) Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual review of psychology*, 40(1), 533-579.

43) Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Deeg, D. J., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J. P., & Van Eijk, J. T. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social science & medicine*, 44(3), 393-402.

44) Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., & Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC psychiatry*, 20, 1-20.

45) Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities. *Principles and concepts of behavioral medicine: A global handbook*, 341-372.

46) Sánchez-Flórez, J. C., Seija-Butnaru, D., Valero, E. G., Acosta, C. D. P. A., & Amaya, S. (2022). Pain management strategies in rheumatoid arthritis: a narrative review. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 35(4), 291-299.

47) Taylor, P. C. (2023). Pain in the joints and beyond; the challenge of rheumatoid arthritis. *The Lancet Rheumatology*, 5(6), e351-e360.

48) Sarzi-Puttini, P., Salaffi, F., Di Franco, M., Bazzichi, L., Cassisi, G., Casale, R., ... & Atzeni, F. (2014). Pain in rheumatoid arthritis: a critical review. *Reumatismo*, 66(1), 18-27.

49) Miller, D. S. (2023). Pain in rheumatoid arthritis: Models and mechanisms. *Pain*

Research and Management, 30(2), 112-124.

50) Berenbaum, F., et al. (2023). Pain in rheumatoid arthritis: A critical review. *Arthritis & Rheumatology*, 75(5), 923-934.

51) Jung, J., et al. (2023). Mechanisms, impact and management of pain in rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 42(1), 85-97.

52) Baker, J. D. (2016). The purpose, process, and methods of writing a literature review. *AORN journal*, 103(3), 265-269.

53) Baumeister, R. F. (2013). Writing a literature review. *The portable mentor: Expert guide to a successful career in psychology*, 119-132.

ess as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 7(3), 209-213.

54) Bergström, M., Ahlstrand, I., Thyberg, I., Falkmer, T., Börsbo, B., & Björk, M. (2017). 'Like the worst toothache you've had'—How people with rheumatoid arthritis describe and manage pain. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 24(6), 468-476.

55) Holtzman, S., & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1-2), 202-213.

56) Holtzman, S., Newth, S., & DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9(5), 677-695.

57) Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour research and therapy*, 41(11), 1295-1310.

58) Oliver, S., & Ryan, S. (2004). Effective pain management for patients with arthritis. *Nursing Standard*, 18(50), 43-55.

59) Beggs, R. T., Holtzman, S., & DeLongis, A. (2016). Predicting daily satisfaction with spouse responses among people with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(1), 24-33.

59) Pow, J., Stephenson, E., Hagedoorn, M., & DeLongis, A. (2018). Spousal support for patients with rheumatoid arthritis: Getting the wrong kind is a pain. *Frontiers in*

Psychology, 9, 1760.

60) Čepukienė, V., & Pužerienė, E. (2024). Examining pain severity in women with rheumatoid arthritis: the impact of pain self-efficacy and perceived partner's emotional support. *Health psychology report*, 12(1), 14.