



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

---

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία  
της Ευαγγελίας Γ. Βρυώνη

**Διερεύνηση των Φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών και Φοιτητών  
Σχολών Υγείας ως προς τη στάση τους στη χρήση φαρμάκων και η  
διασύνδεσή της με το ψυχολογικό προφίλ τους και την αγωγή υγείας**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**

**Μαίρη Γκούβα  
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας  
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου**

Σεπτέμβριος 2013



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

---



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ  
2011 - 2012



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση των Φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών και Φοιτητών Σχολών Υγείας ως προς τη στάση τους στη χρήση φαρμάκων και η διασύνδεσή της με το ψυχολογικό προφίλ τους και την αγωγή υγείας**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Ευαγγελία Γ. Βρυώνη**

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Επιβλέπων Καθηγητής  
Μαίρη Γκούβα  
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας  
ΤΕΙ Ηπείρου**

**Βασίλης Κούτρας  
Καθηγητής Αγωγής Υγείας  
Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**

**Ευαγγελία Κοτρώτσιου  
Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής  
Καθηγήτρια  
Διευθύντρια ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Λάρισας**

**ΛΑΡΙΣΑ 2013**

Copyright © Ευαγγελία Γ. Βρυώνη, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

## **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά, την Καθηγήτριά μου, κ. Γκούβα, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τους συνεπιβλέποντες καθηγητές για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

## Πίνακας Περιεχομένων

<i>Περίληψη</i>	9
<i>Summary in English</i>	12
Εισαγωγή	14
Τα Φάρμακα στην Προ-ιπποκρατική Ιατρική	15
Τα Φάρμακα στην Ιπποκρατική Ιατρική και η στάση απέναντι στη Φαρμακοχρησία	15
Φάρμακα και Θεραπευτική Συμμόρφωση	18
Κοινωνικές Αναπαραστάσεις και Στάσεις απέναντι στα Φάρμακα	25
<b>ΜΕΡΟΣ ΙΙ</b>	<b>30</b>
<b>1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης</b>	<b>31</b>
<b>2. Υλικό και Μέθοδος</b>	<b>31</b>
2.1 Δείγμα	32
2.2 Διαδικασία	32
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	33
2.4. Στατιστική επεξεργασία	41
<b>3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης</b>	<b>43</b>
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	43
<b>4. Περιγραφή των ερωτώμενων</b>	<b>44</b>
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών	46
<b>5. Αποτελέσματα της Στάσης των Φοιτητών ως προς τα φάρμακα, τη χρήση και τη χρησιμότητά τους</b>	<b>47</b>
<b>6. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων</b>	<b>53</b>
6.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	53
6.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων	58
6.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Φοιτητών Σχολών Υγείας και Φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών	60
6.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς το αν κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων	64

6.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς την πίστη τους ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα για την καθημερινότητα	66
6.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς το αν θεωρούν ότι παίρνουν πολλά φάρμακα	67
6.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς το αν πιστεύουν ότι μπορούν μόνοι τους να αποφασίζουν για τη χρήση κάποιων φαρμάκων	68
6.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της γρίπης	70
6.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της καταρροής με σπρέι	70
6.10 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση των πόνων τους με παυσίπονα	72
6.11 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων για πονοκεφάλους	74
7. Συζήτηση	76
7.1. Οριοθετήσεις	76
7.2. Το προφίλ των φοιτητών	76
7.3. Διαφορές φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών και Φοιτητών Σχολών Υγείας ως προς την αναπαράσταση και τη στάση τους στα φάρμακα	77
7.4. Η Στάση των Φοιτητών του Δείγματος απέναντι στη Χρήση των Φαρμάκων	77
7.5. Διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την αναπαράσταση και τη στάση τους στα φάρμακα	78
8. Συμπεράσματα - Προτάσεις	80
Βιβλιογραφία	82



Λαμβάνοντας υπόψη την σημαντικότητα της στάσης των ανθρώπων απέναντι στα φάρμακα, είναι λογικό να συζητιούνται τα πιθανά και αναμενόμενα αποτελέσματα αυτής της στάσης στη χρήση των φαρμάκων και στην αναπαράστασή τους. Οι υπάρχουσες μελέτες τόσο για την αναπαράσταση όσο και για τη στάση των ανθρώπων στα φάρμακα δεν είναι αρκετές και υπάρχει έλλειψη της έρευνας του πληθυσμού πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και φοιτητών σχολών υγείας ως προς τη στάση τους στη χρήση φαρμάκων και η διασύνδεση με το ψυχολογικό προφίλ και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Σεπτέμβριο του 2013, με τη συνεργασία του Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 300 φοιτητές. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 164 φοιτητές. Πιο συγκεκριμένα, 61 (ποσοστό 37,2%) φοιτητές από Τμήματα Βρεφονηπιαγωγών, 36 (ποσοστό 22,0%) φοιτητές από Ιατρικές Σχολές, 30 (ποσοστό 18,3%) φοιτητές από Τμήματα Νοσηλευτικών Σχολών, 15 (ποσοστό 9,1%) φοιτητές από Τμήματα Λογοθεραπείας, 12 (ποσοστό 7,3%) φοιτητές από Τμήματα Νηπιαγωγών και 10 (ποσοστό 6,1%) φοιτητές από Παιδαγωγικές Σχολές.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES), β) το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), και δ) η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους του Spielberg (State - Trait Anxiety Inventory - STAI), ε) το Τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT-R) στ) το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey- SF-36), ζ) η Κλίμακα Βιωματικών Σχέσεων (ECRI), η) η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), θ) η Κλίμακα Φόβου του

Πόνου (FPQ), ι) η Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων στάσης και αυτοαναφερόμενων στοιχείων απέναντι στα φάρμακα και τη χρήση τους.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: α) η στάση των φοιτητών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία δεν διαφέρει στατιστικά μεταξύ των φοιτητών των παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας. β) Η, δε, στάση των φοιτητών του δείγματος απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων είναι ιδιαίτερα θετική. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές του δείγματός μας, ασχέτως τη Σχολή εκπαίδευσής τους χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό φάρμακα εναντίων των πονοκεφάλων τους. γ) Διαπιστώθηκε, ότι περίπου οι 9 στους 10 φοιτητές κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πονοκεφάλους. δ) Ακόμη, οι μισοί περίπου φοιτητές του δείγματός μας, αντιμετωπίζουν τη γρίπη είτε με αντιπυρετικά είτε με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά. ε) Τα, δε κορίτσια του δείγματός μας κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου σε ποσοστό 74% περίπου, δηλαδή οι 3 στις 10 κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, σύμφωνα με τα οποία οι ακαδημαϊκοί φοιτητές αποτελούν έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για χρήση φαρμάκων. στ) Επίσης, από τα ευρήματα της μελέτης, διαπιστώθηκε ότι η στάση των αγοριών φοιτητών απέναντι στα φάρμακα διαφέρει στατιστικά με αυτή των κοριτσιών σε συγκεκριμένα ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια παίρνουν περισσότερο συχνά φάρμακα για τους πονοκεφάλους από ότι τα αγόρια, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων, συγκρινόμενοι με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,003$ ). Το συγκεκριμένο εύρημα της μελέτης μας συμφωνεί και με τα ευρήματα των μελετών των Kahler και συν. (2003) και Holdcraft και συν. (2004), οι οποίοι διαπίστωσαν διαφορές στη φαρμακοχρησία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. ζ) Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια του δείγματος στα ταξίδια τους παίρνουν μαζί τους προληπτικά κάποια φάρμακα σε αντίθεση με τα αγόρια. Η στατιστική διαφορά μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών στη συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι πολύ σημαντική, μια και όταν συγκρίθηκαν ως προς τις απαντήσεις τους με το Fisher's Exact Test έδωσαν  $P$  ίσον με 0,007. Το συγκεκριμένο εύρημά μας ενισχύεται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών που αναδεικνύουν τις διαφορές των αγορών από τα κορίτσια ως προς τη στάση τους απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων. (Carlini και συν., 2002 – Galduroz και συν., 2004 - Kerr-Correa και συν., 1999).

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη στάση των φοιτητών και των φοιτητριών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τους φοιτητές να κάνουν μεγάλη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων αλλά και στις διαφορές μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών ως προς αυτή τη στάση. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρώτα απ' όλα, τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία και αξία της πρόληψης απέναντι στη φαρμακοχρησία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των επαγγελματιών υγείας συγκρινόμενοι με τους επαγγελματίες εκπαιδευτικούς ως προς τις διαφορές τους απέναντι στη φαρμακοχρησία και τη στάση τους γενικότερα απέναντι στα φάρμακα, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις επιπτώσεις της εκπαίδευσής τους σε συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα και σχολές.

Λέξεις Ευρετηριασμού: Φάρμακα, Φοιτητές, Ψυχολογία, Στάσεις, Κοινωνικές Αναπαραστάσεις, Διαφορές φύλων

Taking into consideration the importance of the people's attitudes towards drugs, it is reasonable to discuss the potential and expected results of this attitude towards the use of medication and their representation. Existing studies for both the representation and the attitude to medicines is not enough and there shortage of population surveys on this topic

General aim of this research study is to investigate students' pedagogical faculties and student health schools as a qualification to their attitude to the use of medicines and the interlinking the psychological profile, and psychosocial characteristics.

This research was conducted as part of the postgraduate program 'primary health care' of the medical faculty of the University of Thessaly by January 2013 to September 2013, in collaboration with the Department of Early Childhood and the University of Ioannina School of Health, TEI of Epirus.

Questionnaires was presented with a total of 300 students. Finally in this study voluntarily participated 164 students. more specifically, 61 (37.2% rate) from the Department of Early&infant Childhood, 36 (rate 22.0%) students from medical schools, 30 (total of 18.3%) students from nursing schools, 15 (rate 9.1%) students from School Speech 12 (rate 7.3%) students from kindergarten sections and 10 (6.1%) students from pedagogical faculties.

Research tools of key data used were: a) The Family Environment Scale (Form R-FES), b) The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), c) The Symptom Checklist 90-R (SCL-90), and d) The State - Trait Anxiety Inventory (STAI), e) the test orientation of life (LOT-R), f) The Short- Form Health Survey (SF- 36), g) Self-report measurement of adult attachment (ECRI), h) The Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ), i) the scale of fear of pain (FPQ III), j) scale of the crisis in the family (F-COPES), and even a questionnaire social and demographic and attitude questions and self-reported data towards drugs and their use.

Unly variate analysis and multi factorial applied for statistical analysis, which showed that a) the attitude of students towards drug and drug intake not statistically different between students of teaching faculties and students of the schools of health. b) and the attitude of the students in the sample against specific classes of drugs are highly positive. More specifically, the students in our sample, regardless of

the training school largely use of drugs against their headaches. c) found that 9 in 10 students use drugs for headaches. d) even half the students in our sample, treat the flu or fever or antipyretics and antibiotics. e) the girls in our sample use drugs for their aching period at a rate of 74%, 3 out of 10 use drugs for their pain period. The specific findings supported by the results of other studies, according to which academic students represent a high risk population for medicinal use. f) also by the findings of the study, it was found that the attitude of boys student's drug statistically different to that of girls in specific issues.

specifically found that girls often get more headaches than drugs that boys with very simantikli statistical difference between the sexes, this index of  $\chi^2$  Pearsons ( $p=0.003$ ). This finding of our study agrees with the findings of studies of Kahler et al. (2003) and Holdcraft et al. (2004), who formulated drug intake differences between boys and girls. g) also found that girls in the sample travels take their preventive medications as opposed to boys. The statistical difference between boys and girls in particular behavior is very important, because when compared to their responses in Fischer gave  $p=0.007$ . This finding is amplified by the results of other studies showing differences s boys than girls in terms of attitudes towards specific drug classes (Carlini et al., 2002 - Galduroz et al., 2004 - Kerr-Correa et al., 1999).

You could argue that the results of this study, despite its reasonable limitations, leading to redefine certain views on the attitude of graphite and female students towards drugs and drug intake. Future studies could focus on Generating leading their students to do huge use of certain drugs and the differences between boys and girls in terms of attitude. despite their limitations therefore believe that there are important aspects in this study for researchers and practitioners working in primary care. Firstly, our findings underscore the importance and value of prevention against drug intake.

Particular interest would present the study of health professionals specifically with professional teachers for their differences in towards drug intake and attitude in general opposite drug, which would allow us to correlate the impact of their training in specific disciplines and faculties.

Keywords: Medication, Students, Psychology, Attitudes, Social Representations  
Gender Differences

## Εισαγωγή

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τα φάρμακα, τη χρησιμότητά τους και τη χρήση τους εμπεριέχουν: πρώτον, την *υποκειμενικότητα*, δηλαδή την εμπειρία και το βίωμα του κάθε ατόμου αλλά και της οικογένειάς του, καθώς και κάθε ατόμου που ανήκει στο ευρύτερο περιβάλλον του. Δεύτερον, εμπεριέχουν τη *συλλογική άποψη* για τα φάρμακα και τη χρησιμότητά τους και τέλος, και ως επέκταση του προηγούμενου, εμπεριέχουν την επιρροή της εκάστοτε επιστημονικής *κουλτούρας* στις έννοιες «φάρμακο» και «θεραπεία».

Εξ' αιτίας της προαναφερόμενης πολυπλοκότητας του φαινομένου της κοινωνικής αναπαράστασης στο χώρο των φαρμάκων, εγείρονται μέσα από τη μελέτη τους και άλλα ζητήματα. Ένα από αυτά, το οποίο αναδεικνύεται στη βιβλιογραφία της παρούσας μελέτης, είναι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νέων ανθρώπων ως προς τα φάρμακα και τη χρησιμότητά τους αλλά και τη χρήση τους. Εφόσον οι απόψεις και οι συμπεριφορές των ατόμων απέναντι στα φάρμακα είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων (ατομικών και κοινωνικών), είναι αδύνατο να ανταπεξέλθει το «κλειστό» παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο στάσης αντιμετώπισης της ασθένειας σε όλους αυτούς τους παράγοντες.

Όταν αναφερόμαστε, λοιπόν, στις κοινωνικές αναπαραστάσεις στο χώρο των φαρμάκων, αναφερόμαστε ουσιαστικά σε φαινόμενα που αποτελούν συνάρτηση όλων των ανωτέρω διαστάσεων. Αυτές οι διαστάσεις δεν έχουν απασχολήσει αρκετούς ερευνητές, όπως φάνηκε από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα. Οι περισσότερες από τις έρευνες αφορούν στην κοινωνική αναπαράσταση και τη στάση των φοιτητών και γενικά των ανθρώπων απέναντι σε συγκεκριμένα είδη φαρμάκων, όπως τα ηρεμιστικά και τα ναρκωτικά. Επίσης, πάμπολλες μελέτες αφορούν στην κοινωνική αναπαράσταση και τη στάση των φοιτητών και γενικά των ανθρώπων απέναντι στο αλκοόλ.

## **Τα Φάρμακα στην Προ-ιπποκρατική Ιατρική**

Η προϊπποκρατική ιατρική ανάγεται στη μυθολογία, όπως μαρτυρούν ο Ησίοδος, ο Όμηρος και οι τραγικοί ποιητές, και διέπεται από μια μαγικο-θρησκευτική αντίληψη (Ayache,2002). Στα ομηρικά έπη, οι γιοί του Ασκληπιού, ο Παδαλείριος και ο Μαχαών φροντίζουν τα τραύματα και τις πληγές των πολεμιστών στη μάχη. Ο Μαχαών, αφαιρεί τα βέλη από τις πληγές, σαν χειρουργός, και ο Παδαλείριος φροντίζει τα τραύματα με παυσίπονα φάρμακα (κονιοποιημένα βότανα) (Σπαγάνδου και συν., 2002). Οι θεοί, κυρίως ο Απόλλωνας και η Άρτεμις, στέλνουν τις ασθένειες στους ανθρώπους και αυτοί είναι που μπορούν να τις λύσουν, τα αίτια της ασθένειας είναι λοιπόν υπερφυσικά (Κοντοπούλου, 2004).

Ο Ασκληπιός, ο πατέρας της ιατρικής, είναι υιός της θνητής Κορωνίδας και του θεού Απόλλωνα. Με τη θανάτωση της μητέρας του Κορωνίδας από τον ίδιο τον Απόλλωνα οδηγείται στον Κένταυρο Χείρωνα, ο οποίος του διδάσκει την τέχνη της θεραπείας *«άλλοτε με ήπια μαγικά φίλτρα, άλλοτε δίνοντας τους σωτήρια φάρμακα και άλλοτε εφαρμόζοντας στο μέλη τους όλα τα είδη θεραπείας»* (Πυθιονικοί, III, 3) (Ayache,2002). Όταν ο Ασκληπιός, επαναφέρει στη ζωή έναν άνθρωπο που μόλις είχε πεθάνει, ο Πλούτωνας παραπονείται στον Δία, και εκείνος τον τιμωρεί για την διατάραξη της κοσμικής τάξης, και τον σκοτώνει, δίνοντας του όμως μια θέση ανάμεσα στους αθανάτους του Ολύμπου (Ackerknecht, 1998). Μετά το θάνατό του ο Ασκληπιός θεοποιείται, και εξαπλώνονται στον ελληνικό χώρο τα Ασκληπιεία, ως ιεροί τόποι αφιερωμένοι στο θεό και ως θεραπευτικά και φαρμακευτικά κέντρα (Krug, 1997)

## **Τα Φάρμακα στην Ιπποκρατική Ιατρική και η στάση απέναντι στη Φαρμακοχρησία**

Η ιπποκρατική θεραπευτική στοχεύει στην αποκατάσταση της ενότητας του ανθρώπινου οργανισμού, που απειλείται από τον εξωτερικό ή τον εσωτερικό βλαπτικό παράγοντα (Ayache,2002). Προκειμένου να αποκατασταθεί η ποιοτική και ποσοτική αναλογία ανάμεσα στους τέσσερις χυμούς, ο ιατρός επιδιώκει την κάθαρση, με την απώθηση, έλξη, ακινητοποίηση ή έκκριση του παθογόνου χυμού και την ενίσχυση του χυμού που βρίσκεται σε έλλειμμα. Για να αντιμετωπίσει τα αίτια της ασθένειας, τροποποιεί τη διατροφή- σε σχέση με τις ασκήσεις, τον τρόπο ζωής, χορηγεί φάρμακα, κάνει χειρουργικές επεμβάσεις, αξιοποιώντας τη θεραπευτική δύναμη της φύσης (Κιαπόκας, 1996). Η φύση είναι ο ιατρός (Επιδημίες, 6, 5) και οι θεραπευτικές

παρεμβάσεις στοχεύουν στην ενίσχυση της λειτουργίας της (Τσεκουράκης, 2008).

Ο ιπποκρατικός ιατρός γνωρίζει ότι «η δύναμη της ιατρικής είναι περιορισμένη» (Περί ευσχημοσύνης, 6), τα νοσήματα ισχυρά (Αφορισμοί, 7, 87), και ο ανθρώπινος οργανισμός αδύναμος (Περί τόπων των κατά άνθρωπον, 43). Δεν υπάρχει λοιπόν μια καθολική αρχή για την αντιμετώπιση των ασθενειών (Αποστολίδης, 1997). Προσπαθεί να θεραπεύσει τις πιθανώς ιάσιμες ασθένειες και προσφέρει ανακουφιστική φροντίδα στις ανίατες περιπτώσεις (Pollak, 2007). Στους Αφορισμούς (Ζ, 87) αναφέρεται πως: «ό,τι δε θεραπεύεται με φάρμακα, θεραπεύεται με εγχείρηση· ό,τι δε θεραπεύει η εγχείρηση το θεραπεύει η καυτηρίαση· ό,τι δε θεραπεύει η καυτηρίαση, πρέπει να θεωρηθεί ανίατο». Δίδεται με αυτόν τρόπο μια κλίμακα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Ως φάρμακο ονομάζεται οποιαδήποτε ουσία αλλάζει την κατάσταση του οργανισμού (Περί τόπων των κατά άνθρωπον, 45). Προτείνεται η ολιγοφαρμακεία, και η πλήρη απουσία του στην περίπτωση που δεν είναι απαραίτητη η χορήγησή του (Περί άρθρων, 40) (Ρηγάτος, 2009). Οι ιδιότητες ενός φαρμάκου διαφέρουν ανάλογα με τη σύνθεση του, τον τρόπο χρήσης του, τον τρόπο διαβίωσης του ασθενούς και τη κρίσιμη στιγμή χορήγησής του. Οι μορφές των φαρμάκων ποικίλλουν. Χρησιμοποιούνται ως αφέψηματα και εκλείγματα (υγρές μορφές), δισκία, κατατόπια, τροχίσκους (για εσωτερική λήψη), μαλάγματα (για επαλείψεις), έμπλαστρα και επιθέματα (για τοπική εφαρμογή) κόνεις (για επίπαση), πεσσούς και βάλανους (ως υπόθετα), υποκαπνισμούς (καύσεις φυτών) (Ρηγάτος, 2009). Προκαλούν αποβολή είτε γενική (καθαρτικά, αντισπαστικά, αποχρεπτικά, διουρητικά) είτε εκλεκτική (φλεγματογωγά, χολαγωγά, εμμηναγωγά). Αλόγα με τη χρήση τους μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε :φάρμακα γυναικολογικών νόσων, καθαρτικά, εμετικά, αποχρεπτικά -αντιβηχικά, διουρητικά, στυπτικά, δερματολογικά, τραυματικά - αντιφλεγμονώδη, ανθελμινθικά, αντιρρευματικά, φάρμακα γαστρεντερικού, φάρμακα για παθήσεις του σπληνός, υπνωτικά- παυσίπονα - κατευναστικά του νευρικού συστήματος, φάρμακα κατά διαφόρων παθήσεων (Χριστοπούλου-Αλετρά, 2002) Τα περισσότερα είναι φυτικά ή φυτικής προέλευσης, κάποια είναι ορυκτά και άλλα ζωικά. Μερικά από τα συστατικά είναι ξένης προέλευσης: από την Αιθιοπία, την Αίγυπτο, τη Λιβύη, την Ινδία, μαρτυρώντας εμπορικές και πολιτισμικές συναλλαγές με αυτές τις χώρες (Ayache,2002).

*«Να δροσίζετε το θερμό της ψυχής με καθαρτικά ή κλύσματα. Δεν πρέπει να χορηγείτε τίποτα κατά τη διάρκεια του πυρετού, γιατί η ζέστη που προκαλεί το φάρμακο αντιμάχεται τη θερμότητα της ψυχής και προξενεί στον εμπύρετο μανιακή κρίση. Ούτε και πρέπει να προκληθεί βίαιη τήξη των φλεβών, αλλά με την ωρίμανση*



*του υγρού στις σάρκες οι πόνοι (οδύνας) αποδυναμώνονται με την εξάτμιση και εκπνοή του θερμού» (Περί εβδομάδων, 34<sup>α</sup>).*

## Φάρμακα και Θεραπευτική Συμμόρφωση

Η συμμόρφωση απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή και τη στάση των ανθρώπων απέναντι στη χρήση των φαρμάκων είναι ένα από τα ζητήματα που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες. Στη βιβλιογραφία, για τη συμμόρφωση συνήθως χρησιμοποιείται ο όρος compliance. Παρόλο που πολλές έρευνες εστιάζουν τη συμμόρφωση στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η συμμόρφωση περιλαμβάνει και ένα πλήθος άλλων συμπεριφορών υγείας που είναι πολύ περισσότερο από το να παίρνουν οι ασθενείς τα φάρμακά τους. Οι συμμετέχοντες στη Συνάντηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Συμμόρφωση τον Ιούνιο του 2001, την όρισαν ως εξής: «ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες» και αυτό ήταν μια καλή αρχή. Ωστόσο ο ορισμός «ιατρικές» θεωρήθηκε ανεπαρκής για να περιγράψει το πλήθος των παρεμβάσεων που απαιτούνται για την θεραπεία των χρόνιων ασθενειών. Επίσης ο όρος «οδηγίες» υπονοεί ότι ο ασθενής είναι ένας παθητικός, συγκαταβατικός αποδέκτης των συμβουλών του ειδικού σε αντίθεση με τον ενεργό συνεργάτη που θα έπρεπε να θεωρείται κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Για την συμμόρφωση σε χρόνια θεραπεία υιοθετήθηκε μια εκδοχή του ορισμού που έδωσαν ο Haynes (1979) και ο Rand (1993):

*«Ο βαθμός στον οποίο οι συμπεριφορές του ασθενή – το να παίρνει τη φαρμακευτική αγωγή, να ακολουθεί μια δίαιτα και/ή να εκτελεί αλλαγές στον τρόπο ζωής, βρίσκεται σε συμφωνία με τις συστάσεις ενός παρόχου υπηρεσιών υγείας» (Sabaté, 2003).*

Μια άλλη οπτική μέσω της οποίας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη συμμόρφωση είναι αυτή «της τήρησης μιας θεραπείας πάνω από το επίπεδο εκείνο το οποίο είναι ικανό να επιτύχει τους στόχους αυτής». Ουσιαστικά αποτελεί απεικόνιση των προσπαθειών που γίνονται κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας ώστε να υιοθετηθούν εκείνες οι συμπεριφορές που απαιτούνται από την συγκεκριμένη ασθένεια για την επίτευξη της θεραπείας της (Sabaté, 2003).

Οι Jing Jin et al. το 2008 αναφέρουν τον ορισμό που δίνει ο Sackett (1976), σύμφωνα με τον οποίο στον τομέα της υγείας, ο όρος αναφέρεται «σε συμπεριφορές των ασθενών οι οποίες συμπίπτουν με τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη λήψη των φαρμάκων, την εφαρμογή δίαιτας ή την επίτευξη αλλαγών στον τρόπο ζωής» (Jin et al., 2008). Η θεραπευτική συμμόρφωση εκτός από τις συμπεριφορές τις οποίες χρειάζεται να υιοθετήσει ο ασθενής περιλαμβάνει και εκείνες τις οποίες είναι χρήσιμο να αποφύγει, συμπεριφορές κινδύνου όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ (Agras, 1989).

Μεταξύ των επιστημών αρχίζει να δημιουργείται διαμάχη αναφορικά με τον καταλληλότερο ορισμό που θα μπορούσε να περιγράψει με ακρίβεια και ολοκληρωμένα το θέμα. Σύμφωνα με τον Anon (1997) ο όρος compliance έχει αρνητική χροιά, υποδηλώνει υποχρεωτικότητα και υποβολή σε κάτι και η άρνηση του να υποβληθεί ο ασθενής σε όσα προτείνει ο γιατρός μπορεί να συνεπάγεται και «τιμωρία» (Vermeire et al., 2001). Κατά τον Roberson (1992) αν δεχθούμε αυτό τον ορισμό για τη συμμόρφωση τότε σημαίνει ότι κάθε ιατρική συμβουλή είναι καλή για τον ασθενή και αυτός πρέπει να την ακολουθεί ακριβώς (Vermeire et al., 2001). Και η Ross (1991) θεωρεί ότι ο όρος compliance εμπεριέχει την έννοια της κριτικής του ασθενή. Οι συμμορφωμένοι δηλαδή ασθενείς θεωρούνται ως «άξιοι (deserving)» αλλά και «παθητικοί» δέκτες των υπηρεσιών υγείας ενώ όσοι δεν συμμορφώνονται αντιμετωπίζονται ως «αναξιόπιστοι» και «επιλήψιμοι (blameworthy)» ασθενείς. Με βάση αυτή τη θεώρηση η ευθύνη για τη μη συμμόρφωση αποδίδεται αποκλειστικά στον ασθενή και καθόλου στο Σύστημα Υγείας ή σε άλλους παράγοντες. Υποθέσεις τέτοιου είδους πιθανόν να μην είναι δίκαιες άρα και αποτελεσματικές (Ross, 1991).

Στα πλαίσια αυτής της διαμάχης και εξαιτίας της αρνητικής έννοιας που κάποιοι επιστήμονες δίνουν στον όρο compliance πολλοί αρχίζουν να χρησιμοποιούν τον όρο adherence (προσκόλληση). Ο Inkster (2006) ορίζει τον όρο adherence ως *«την ικανότητα αλλά και την προθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί με μια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή»* (Jin et al., 2008). Στον ορισμό δηλαδή του όρου adherence τώρα συμπεριλαμβάνεται και η έννοια της προθυμίας εκ μέρους του ασθενή, η οποία δεν υπάρχει στον ορισμό του όρου compliance. Σύμφωνα με τους Osterberg και Blaschke (2005), ο όρος adherence προτιμάται από πολλούς επιστήμονες γιατί η λέξη compliance υποδηλώνει ότι ο ασθενής είναι παθητικός δέκτης των οδηγιών του γιατρού και το θεραπευτικό σχέδιο που δημιουργείται δεν βασίζεται στη θεραπευτική συμμαχία ή τη συνεργασία μεταξύ τους αλλά στην παθητικότητα του πρώτου (Osterberg & Blaschke, 2005). Επίσης ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2003) θεωρεί ότι η έννοια compliance σχετίζεται με ενοχή είτε του γιατρού είτε του ασθενή ενώ η έννοια adherence είναι πολύ αποτελεσματικότερη στο να συλλάβει την δυναμική και την πολυπλοκότητα των αλλαγών που απαιτούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα, από τα εμπλεκόμενα άτομα, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη υγεία των χρονίως πασχόντων (Sabaté 2003). Σύμφωνα με τους Sackett, et al. (1979) ο όρος adherence μειώνει τη δύναμη που δίνει ο όρος compliance στον γιατρό και τη μετατοπίζει στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και γιατρού. Ο όρος αυτός ενσωματώνει τις έννοιες της συνεργασίας, της συμφωνίας και της συντροφικότητας,

δίνοντας έμφαση στην από κοινού λήψη των αποφάσεων με εστίαση στις πεποιθήσεις του ίδιου του ασθενή (Vermeire et al., 2001). Ταυτόχρονα ο όρος αυτός εμπεριέχει και την έννοια της ελεύθερης επιλογής (Turk & Rudy, 1991).

Ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται για την περιγραφή του συγκεκριμένου ζητήματος είναι ο όρος «concordance (συμφωνία)», ο οποίος επίσης χρησιμοποιείται αντί του όρου compliance και σύμφωνα με την Royal Pharmaceutical Society δηλώνει συμφωνία και αρμονία μεταξύ γιατρού και ασθενή (Vermeire et al., 2001). Στην βιβλιογραφία συχνά οι τρεις αυτοί όροι χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι και το ίδιο ισχύει και για την παρούσα εργασία.

Και οι Tunccay et al. συμφωνούν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς ήταν οι πλέον συμμορφωμένοι. Η έρευνα τους διεξήχθη σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) και προέκυψε ότι το 30,2% ήταν πλήρως συμμορφωμένοι ενώ το 11,6% ήταν σταθερά μη συμμορφωμένοι σε μια περίοδο ενός έτους (Tunccay et al., 2007). Τον παράγοντα ηλικία θεωρούν ως έναν από τους τρεις υπεύθυνους για την ρύθμιση της συμμόρφωσης και οι Horne και Weinman (1999). Οι άλλοι δύο παράγοντες είναι ο τύπος της ασθένειας και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τα φάρμακα (Horne & Weinman, 1999). Πιο συγκεκριμένα σε σχέση με την ηλικία φαίνεται οι άνθρωποι άνω των 75 ετών να είναι λιγότερο συμμορφωμένοι λόγω των γνωστικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν ενώ όσοι είναι μεταξύ 60-70 ετών είναι οι περισσότερο συμμορφωμένοι ασθενείς (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Και οι Jin et al. σε μια μεγάλη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποίησαν από το 1970 καταλήγουν στο ότι για τα άτομα άνω των 60 ετών υπάρχει μεγαλύτερη συμμόρφωση γιατί ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία τους και ασχολούνται συστηματικότερα με αυτή αν και πολλές έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει χαμηλότερη συμμόρφωση στα άτομα αυτά λόγω προβλημάτων στη όραση, την ακοή και τη μνήμη. Για τα άτομα μικρότερης ηλικίας είναι ακόμη πιο αντιφατικά τα αποτελέσματα, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν χαμηλή συμμόρφωση γιατί στις ηλικίες αυτές υπάρχουν άλλες προτεραιότητες στη ζωή τους (Jin et al., 2008). Αντικρουόμενα είναι τα αποτελέσματα άλλης έρευνας σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA), η οποία υποστηρίζει ότι η ηλικία δεν φαίνεται να σχετίζεται με την συμμόρφωση, το ίδιο ισχύει για το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση αλλά και για τον αριθμό των φαρμάκων που έπρεπε να λαμβάνουν οι ασθενείς. Σε αυτή την έρευνα του 1979 από το σύνολο των ασθενών το 38.9% των ασθενών με RA ήταν μη συμμορφωμένοι στην αντιρρευματική θεραπεία είτε σποραδικά είτε συστηματικά. Το 28.7% έπαιρναν την αγωγή τους το περισσότερο διάστημα που τους είχε προταθεί, το 5.6% κάποιες φορές, και το 1.9% ποτέ. Σε

σχέση με τους συμμορφωμένους, οι μη συμμορφωμένοι είχαν λιγότερους πόνους στις αρθρώσεις και λιγότερη σοβαρότητα πόνου. Η παράλειψη της λήψης φαρμάκων δεν φαίνεται να δημιουργεί κάποιο σημαντικό πρόβλημα στο χειρισμό της ΡΑ γιατί το 90% των ασθενών λαμβάνουν την αγωγή τους όλα ή κάποια από τα διαστήματα που χρειάζεται. Κίνητρο για τη κανονική λήψη των φαρμάκων φαίνεται να είναι η παρουσία χρόνιου και σοβαρού πόνου. Οι λόγοι στους οποίους αποδόθηκε η μη συμμόρφωση ήταν η μείωση των συμπτωμάτων κατά 28.6%, το ότι τα ξεχνούσαν κατά 23,8%, οι παρενέργειες κατά 21.4% καθώς και το ότι τους δυσκόλευε η λήψη τους κατά 14.3% (Lee & Tant, 1979).

Και η Ross από την έρευνά της κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς αποτύγχαναν να λάβουν τη θεραπεία τους ακριβώς όπως τους είχε δοθεί. Τη μείωση αυτή στη θεραπευτική συμμόρφωση, την αποδίδει στη μειωμένη κατανόηση των μεγαλύτερων ασθενών για τα ναρκωτικά φάρμακα, όπως για παράδειγμα τη λειτουργία τους, τις σωστές δόσεις, κ.α. Η ίδια θεωρεί ότι η συμμόρφωση δεν είναι ευθύνη αποκλειστική του ατόμου-ασθενή αλλά τόσο του επαγγελματία υγείας όσο και του συστήματος χορήγησης ναρκωτικών φαρμάκων (Ross, 1991).

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να απασχόλησε ιδιαίτερα τους ερευνητές σε σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση είναι η ίδια η φαρμακευτική αγωγή και όλες τις παράμετροι που σχετίζονται με αυτή. Στην εργασία που έχουν πραγματοποιήσει οι Donovan και Blake (1992) η έννοια της θεραπευτικής συμμόρφωσης βρίσκεται υπό αμφισβήτηση. Οι περισσότεροι ερευνητές προσπαθούν να διερευνήσουν τους λόγους για τους οποίους το ένα τρίτο με το μισό περίπου του πληθυσμού είναι μη συμμορφωμένοι με την αγωγή τους και η εστίαση τους γίνεται σε πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Οι συγγραφείς σε αυτή την εργασία θεωρούν ότι αυτό που μπορεί να μη θεωρείται λογικό, δηλαδή η μη συμμόρφωση, από την οπτική του επαγγελματία υγείας μπορεί να θεωρείται πάρα πολύ λογικό από την πλευρά του ασθενή δεδομένων των αντιλήψεων και των προσωπικών και κοινωνικών συνθηκών μέσα στις οποίες ο ίδιος ζει. Από την έρευνά τους προκύπτει ότι πολλοί από τους μη συμμορφωμένους στην αγωγή ασθενής οδηγούνταν στο να παίρνουν λιγότερα φάρμακα από όσα έπρεπε γιατί φοβόταν τις παρενέργειες αυτών στον οργανισμό τους ενώ υπήρχε και ο φόβος της εξάρτησης από τα φάρμακα. Υπάρχει μια γενικότερη αντίληψη ότι το να εξαρτάται κάποιος από τα φάρμακα είναι σημάδι αδυναμίας (Donovan & Blake, 1992).

Το ένα τρίτο από 324 ασθενείς με χρόνιες ασθένειες όπως άσθμα, νεφρικά, καρδιακά και ογκολογικά προβλήματα είχε ανησυχίες για την εξάρτηση που μπορεί να προκαλέσουν τα φάρμακα που έπαιρναν καθώς και τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν ενώ ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν προκύπτει ότι σχετίζεται με τη συμμόρφωση (Horne & Weinman, 1999). Περίπου το 50% των ασθενών έρευνας, σχετικά με την αρχική φάση λήψης χρόνιας αγωγής, σταμάτησαν την αγωγή τους. Οι βασικότεροι λόγοι ήταν η ανησυχία για πιθανές παρενέργειες και το ότι θεωρούσαν αναποτελεσματική τη θεραπεία. Άλλος παράγοντας θεωρήθηκε ότι συσχετίζεται με τη μη συμμόρφωση, στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν η ελλιπής πληροφόρηση και ενημέρωση για την χρησιμότητα της θεραπείας και τις παρενέργειες αυτής (Hugtenburg et al., 2005). Και στους ασθενείς με χρόνιες ρευματικές παθήσεις φαίνεται ότι οι παρενέργειες των φαρμάκων είναι ένας βασικός παράγοντας μη συμμόρφωσης (Harrold & Andrade, 2009).

Σε σχέση με τη δόση του φαρμάκου επίσης υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι δεν επηρεάζει τη συμμόρφωση (Bosley et al., 1995) ενώ άλλοι ότι σχετίζεται και επιδρά πάνω της (Jin et al., 2008). Και η διάρκεια της θεραπείας συσχετίστηκε θετικά με μειωμένη συμμόρφωση από τους Alexandre et al. (2002) ενώ αρνητικά από τους Lee και Tant (1979). Οι τελευταίοι υποστηρίζουν στην έρευνα την οποία πραγματοποίησαν για τη συμμόρφωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ότι το 63.9% φάνηκε ότι παίρνουν την αντιρευματική τους αγωγή συνεχώς, το 28.7% τον περισσότερο καιρό, το 56% κάποιες φορές και το 1.9% ποτέ. Το 38.9% δηλαδή δεν είναι συμμορφωμένο. Οι κυριότεροι λόγοι της μη συμμόρφωσης που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι η μείωση των συμπτωμάτων κατά 28.6%, το ότι ξεχνούν την αγωγή κατά 23.8%, οι παρενέργειες της αγωγής κατά 21.4%, η λανθασμένη κατανόηση του σκοπού της αγωγής κατά 7.1%, το ότι δεν τους αρέσει να παίρνουν φάρμακα κατά 9.5%, και ο μεγάλος αριθμός φαρμάκων κατά 2.4%. Καταλήγουν στο ότι οι ασθενείς ίσως ρυθμίζουν την αγωγή τους ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας (Lee & Tant, 1979).

Οι Jin et al. (2008) στην εκτεταμένη ανασκόπηση που διεξήγαν, διερεύνησαν και την συσχέτιση της συμμόρφωσης με τα χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής αγωγής. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επηρεάζουν την συμμόρφωση των ασθενών η οδός χορήγησης της αγωγής - η από το στόμα χορήγηση θεωρείται ότι σχετίζεται θετικά με τη συμμόρφωση-, η πολυπλοκότητα της αγωγής - δεν φαίνεται όμως να σχετίζεται με τον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς και η διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής -η οξεία ασθένεια σχετίζεται με μεγαλύτερη συμμόρφωση σε

σχέση με τη χρόνια. Υπάρχουν και έρευνες όμως οι οποίες υποστηρίζουν ότι στην αρχική φάση της ασθένειας υπάρχει μικρότερη συμμόρφωση γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην αρχική άρνηση του ασθενή σε σχέση με την διάγνωση και την ασθένεια. Επίσης φαίνεται να σχετίζονται με τη θεραπευτική συμμόρφωση, όπως σχεδόν έχει επιβεβαιωθεί από τους περισσότερους ερευνητές, οι παρενέργειες των φαρμάκων - πρόκειται για τη φυσική δυσφορία που προκαλούν, φέρνουν σκεπτικισμό σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και μειώνουν την εμπιστοσύνη στο γιατρό. Άλλοι παράγοντες τους οποίους θεωρούν ότι σχετίζονται είναι ο χρόνος που χρειάζονται οι ασθενείς να αφιερώσουν για τη θεραπεία -οι νοικοκυρές είναι πιο συμμορφωμένες λόγω ότι μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα τόσο στα ιατρικά ραντεβού όσο στη θεραπεία εξαιτίας του ότι δεν έχουν επαγγελματικές υποχρεώσεις. Επίσης αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται το κόστος της θεραπείας και το εισόδημα - το κόστος της θεραπείας αποτελεί βασικό παράγοντα για τη συμμόρφωση ειδικά για τις χρόνιες ασθένειες και πρέπει να υπολογίζεται από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και ο βαθμός στον οποίο απαιτούνται αλλαγές στη ζωή του ασθενούς (Jin et al., 2008). Σε σχέση με το κόστος της θεραπείας οι Piette et al. (2004) διεξήγαγαν μια έρευνα σε σχέση με το συγκεκριμένο θέμα σε 660 χρόνιους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και βρήκαν ότι τα δύο τρίτα των ερωτώμενων δεν είπαν ποτέ εκ των προτέρων στον επαγγελματία υγείας ότι σκόπευαν να μην κάνουν ολοκληρωμένα τη θεραπεία τους λόγω κόστους και το 35% αυτών ποτέ δεν το συζήτησαν μαζί του. Το 66% όσων δεν το συζήτησαν ποτέ, αναφέρουν ότι δεν ερωτήθηκαν καμία φορά για την ικανότητα τους να ανταποκριθούν στο κόστος της αγωγής και το 58% θεώρησε ότι ούτως ή άλλως οι επαγγελματίες υγείας δεν θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν. Αντίθετα το 72% όσων συζήτησαν το θέμα θεώρησαν τη συζήτηση χρήσιμη, βέβαια μόνο στο 28% με 30% δόθηκαν οδηγίες για το πώς μπορεί να προμηθευτεί φθηνότερα φάρμακα και για προγράμματα που βοηθούν στην αγορά φαρμάκων, αντίστοιχα. Ουσιαστικά μόνο το ένα τρίτο όσων δεν συμμορφώνονται ακριβώς στις ιατρικές οδηγίες λόγω κόστους ενημερώνουν τον γιατρό τους (Piette et al., 2004). Η υγεία, η ασθένεια, συμμόρφωση και το κόστος αυτής δημιουργούν ένα παράδοξο το οποίο επισημαίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, δηλαδή για να είναι κάποιος υγιής χρειάζεται χρήματα για φαγητό, για υγιεινές συνθήκες διαβίωσης και για ασφάλιση στο σύστημα υγείας αλλά για να αποκτήσει κάποιος χρήματα για να διασφαλίσει όλα τα παραπάνω προϋποθέτει το να είναι υγιής (Sabaté, 2003). Συνοπτικά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ότι παράγοντες σχετικοί με την ίδια τη θεραπεία επιδρούν στη συμμόρφωση και οι πιο σημαντικοί οι οποίοι συγκαταλέγονται σε αυτούς είναι η

πολυπλοκότητα της αγωγής, η διάρκεια της θεραπείας, προηγούμενες αποτυχημένες θεραπείες, η συχνότητα των αλλαγών στην αγωγή, η αμεσότητα των θετικών αποτελεσμάτων αυτής και τέλος η ιατρική διαθεσιμότητα για τον χειρισμό των προβλημάτων που προκύπτουν με την θεραπεία (Sabaté, 2003).



## **Κοινωνικές Αναπαραστάσεις και Στάσεις απέναντι στα Φάρμακα**

Η Herzlich (1969), μελετώντας τις κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας, αναφέρει ότι οι απόψεις των ατόμων για την ασθένεια είναι ανεξάρτητες από την ιατρική γνώση για αυτές. Η μελέτη της δείχνει ότι η γλώσσα μας για την υγεία και την ασθένεια (αναφορικά με τα αίτια, τις εκδηλώσεις και τις συνέπειες) είναι μια γλώσσα *σχέσης* ατόμου και κοινωνίας. Η ασθένεια, αναφέρει, αντικειμενοποιεί μια σχέση σύγκρουσης με το κοινωνικό. Η αντίθεση της υγείας και της ασθένειας αναπαράγει την αντίθεση που νιώθουν τα άτομα ανάμεσα σε αυτά και την κοινωνία. Επίσης, αντιθετικά ορίζεται ο ασθενής από τον υγιή με βάση κοινωνικά κριτήρια, όρους δραστηριότητας ή αδράνειας, κοινωνικής συμμετοχής ή αποκλεισμού.

Οι αντιλήψεις για την υγεία διαμορφώνονται ξεκινώντας από το οργανικό επίπεδο (απουσία ασθένειας) και καταλήγοντας στο κοινωνικό. Έτσι, η υγεία ισοδυναμεί με την ισορροπία σε επαγγελματικό, κοινωνικό, ψυχικό και σωματικό επίπεδο. Σε συνάρτηση με τον περιβάλλοντα χώρο (κοινωνία), ο κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά την ασθένειά του, τη θεραπεία της και τα φάρμακα που πρέπει να χρησιμοποιήσει (Herzlich, 1969).

Στα πλαίσια της υποκειμενικής διάστασης των κοινωνικών αναπαραστάσεων, όπως περιγράφουν οι Gomes και συν. (2002), ο Bourdieu εισηγείται το 1992 και το 1998 την έννοια του *habitus*. Αυτός ο όρος διαφέρει από τον όρο «συνήθεια» γιατί περιλαμβάνει μια δημιουργική ικανότητα, δραστήρια και εφευρετική. Με βάση αυτή τη θεωρητική-μεθοδολογική άποψη, η κατανόηση της ασθένειας και των επιπτώσεών της δεν συμβαίνει μόνο από τις δηλώσεις των αφηγήσεων των θεμάτων της νόσου. Οι δηλώσεις αυτές και η αφήγηση σε γενικές γραμμές πρέπει να νοηθεί ως μέρος μιας πραγματικότητας που τα εμπεριέχει (Gomes και συν., 2002).

Οι ακαδημαϊκή φοιτητές αποτελούν έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για χρήση φαρμάκων και ουσιών, κάτι που σχετίζεται με διάφορα προβλήματα των φοιτητών (Simons και συν., 2005). Η κατανάλωση του αλκοόλ, των νόμιμων φαρμάκων (με ναρκωτικές ουσίες) αλλά και των παράνομων ναρκωτικών στον πληθυσμό των φοιτητών των πανεπιστημίων είναι υπερβολική και αποτελεί μια πηγή ανησυχίας σε πολλές χώρες (Simons και συν., 2005 – Read και συν., 2002). Η μετάβαση από το γυμνάσιο στο πανεπιστήμιο είναι συνήθως μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από μια αύξηση στη συχνότητα των ευκαιριών για αλληλεπίδραση με τους ομοίους (Read και συν., 2002). Οι διασυνδέσεις των φοιτητών σε αυτό στάδιο τους επηρεάζουν σίγουρα στο να γνωρίσουν το αλκοόλ, μια και αυτή η περίοδος των φοιτητών χαρακτηρίζεται

από ταυτίσεις με ανθρώπους που θαυμάζουν και συμπεριφορές αρεστές ούτως ώστε να οδηγηθούν σε κοινωνική αποδοχή από το φοιτητικό περιβάλλον (Borsari και συν., 2001).

Η μελέτη των Lewis και συν. (2004) ανέδειξε ότι οι άνδρες υπερεκτιμούν την κατανάλωση από τους άνδρες συναδέλφους τους, και ότι οι γυναίκες υπερεκτιμούν την κατανάλωση από αυτή των γυναικών συναδέλφων τους. Το εύρημα αυτό κατέδειξε ότι υπάρχουν διαφορές φύλου στην κατανάλωση αλκοόλ και οι παρεμβάσεις πρόληψης πρέπει να είναι διαφορετικές ανάμεσα στα δύο φύλα. Σύμφωνα με την έρευνα των Cirakoglu και συν. (2005), οι λόγοι για τις διαφορές μεταξύ των φύλων στην κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών οφείλονται σε πολλούς παράγοντες. Οι γυναίκες συχνά αναφέρουν νόμιμη και την παράνομη χρήση ναρκωτικών ως μηχανισμό αντιμετώπισης για να ασχοληθούν με τα προβλήματα, ενώ οι άνδρες εμφανίζονται με πιο θετική στάση προς την παράνομη διακίνηση ναρκωτικών (Cirakoglu και συν., 2005). Για παράδειγμα, η φύση της σχέσης μεταξύ του ατόμου και του κοινωνικού περιβάλλοντός του, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σχετικά με το φαινόμενο της κατανάλωσης στα πανεπιστήμια (Kahler και συν., 2003). Η αναγνώριση των διαφορών μεταξύ των φύλων μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τις μειώσεις τόσο των ουσιών όσο και των φαρμάκων (Suls και συν., 2003).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η εξειδικευμένη βιβλιογραφία τόνισε τη σημασία που έχει η μελέτη των διαφορών των δύο φύλων σχετικά με την κατανάλωση νόμιμων και παράνομων ουσιών, προκειμένου να καταστεί δυνατή και πιο αποτελεσματική η στρατηγική πρόληψης και θεραπείας για τους άνδρες φοιτητές και τις γυναίκες φοιτήτριες (Kahler και συν., 2003 - Holdcraft και συν., 2004).

Είναι πιθανό ότι οι διαφορές αυτές αντανακλούν τις διαφορετικές κοινωνικοπολιτισμικές κουλτούρες ως προς τους ρόλους των δύο φύλων. Επιπλέον, η κλινική βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι γυναίκες διαφέρουν από τους άνδρες στις υποκειμενικές και φυσιολογικές αποκρίσεις τους κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης ορισμένων φαρμάκων. Προ-κλινικές μελέτες αναδεικνύουν ένα ρόλο των σεξουαλικών ορμονών σε αυτές τις διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς τη χρήση ουσιών (Roth και συν., 2004).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η χρήση ναρκωτικών μεταξύ των γυναικών και η ευαισθησία τους με την κατανάλωση συγκεκριμένων ουσιών έχει συσχετιστεί με σοβαρές ατομικές και κοινωνικές συνέπειες. Εγκάρσια επιδημιολογικά δεδομένα είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τον καθορισμό επιπολασμού και να εντοπίσει

τους παράγοντες κινδύνου για συγκεκριμένες ασθένειες ή συμπεριφορές . Το μοτίβο της χρήσης ναρκωτικών και των συναφών παραγόντων μπορεί να προσδιοριστεί μέσω της μεθόδου αυτής, η οποία, αν επαναλαμβάνεται περιοδικά, μπορεί να παράσχει στοιχεία σχετικά με το πώς οι συγκεκριμένες μεταβλητές μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια των χρόνων (Roth και συν., 2004).

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη χρήση ουσιών και φαρμάκων έχουν επικεντρωθεί στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Carlini και συν., 2002 – Galduroz και συν., 2004 - Kerr-Correa και συν., 1999).

Μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν μαθητές Λυκείου (12-17 ετών), που έγινε τη δεκαετία 1987-1997 διαπίστωσε ότι αν και τα αρσενικά χρησιμοποιούν περισσότερα φάρμακα από ό, τι τα θηλυκά, η σύγκριση των δύο φύλων παρουσίασε σημαντική αύξηση της κατανάλωσης των ναρκωτικών φαρμάκων μεταξύ των γυναικών (Galduroz και συν., 2004).

Μεταξύ των φοιτητών του σπουδάζουν στο Πανεπιστήμιο Σάο Πάολο (São Paulo-USP) διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση των νόμιμων και παράνομων φαρμάκων μεταξύ των δύο φύλων . Μεταξύ των φοιτητών του Estadual του Σάο Πάολο (São Paulo-UNESP ), η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών διαπιστώθηκε υψηλότερη μεταξύ των ανδρών για όλα τα φάρμακα, εκτός από τα αναλγητικά και τις αμφεταμίνες, τα οποία καταναλώνονται συχνότερα από τις φοιτήτριες του δείγματος (Kerr-Correa και συν., 1999).

Στη μελέτη της Floyd (1991) διερευνώνται οι σχέσεις μεταξύ της χρήσης φαρμάκων σε φοιτητές νοσηλευτικής καθώς και δύο μεταβλητές που συνήθως θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εξάρτησης από φάρμακα στο νοσηλευτικό προσωπικό, δηλαδή, το άγχος και η θετική στάση σχετικά με τα φάρμακα. Η χρήση φαρμάκων, στη συγκεκριμένη μελέτη, ορίζεται ως η χρήση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας όπως τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα φάρμακα για καλύτερη διάθεση η νικοτίνη και το αλκοόλ. Για τη συγκέντρωση του δείγματος διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε φοιτητές νοσηλευτικής καθώς και σε μια ομάδα άλλων ατόμων για σύγκριση. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε, ως μόνη σημαντική διαφορά στην αναφερόμενη χρήση φαρμάκων η χρήση αναλγητικών στους φοιτητές νοσηλευτικής. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ νοσηλευτικής και της ομάδας ελέγχου, παρά μόνο στο ότι διαπιστώθηκε ότι οι Φοιτητές Νοσηλευτικής είχαν πιο θετική στάση προς τη χρήση ορισμένων φαρμάκων από τους συνομηλίκους (Floyd, 1991).

Οι Pandina & Schuele (1983), μελέτησαν τις ψυχολογικές συσχετίσεις ως προς τη στάση απέναντι στο αλκοόλ και τα φάρμακα σε εφήβους. Πιο συγκεκριμένα, μελέτησαν την ψυχολογική δυσφορία, την αυτο-αντίληψη, το γονεϊκό περιβάλλον, καθώς και τα αρνητικά γεγονότα και τις συμπεριφορές που προκαλούνται από το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών. Από τα αποτελέσματα διαπίστωσαν ότι όλες τους οι μεταβλητές συσχετίζονται με τη λήψη φαρμάκων και αλκοόλ.

Ο τύπος και η επικράτηση της χρήσης των ναρκωτικών μεταξύ των εφήβων έχει διερευνηθεί σε μια έρευνα των Jalali και συν. (1981). Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ από τους εφήβους θα πρέπει να θεωρείται ως ένα σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τους φορείς και το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Η σημασία των προληπτικών μέτρων και της κοινωνικής ψυχιατρικής θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική.

Στη μελέτη του Wagner και συν. (2007), διαπιστώθηκε ότι αν και οι άνδρες πειραματίζονται με περισσότερο αλκοόλ, εισπνεόμενες ουσίες, αναβολικά, κρακ και κοκαΐνη από ό, τι οι γυναίκες, και τα δύο φύλα, όμως πειραματίζονται εξίσου στον καπνό και το τσιγάρο, τη μαριχουάνα, τα παραισθησιογόνα, τις αμφεταμίνες, τα αντιχολινεργικά και τα παράνομα ναρκωτικά σε γενικές γραμμές. Επιπλέον, οι γυναίκες καταναλώνουν αμφεταμίνες και ηρεμιστικά, δηλαδή συνταγογραφούμενα φάρμακα, περισσότερο από ό, τι οι άνδρες. Αυτή η διαφορά των δύο φύλων όσον αφορά τη χρήση των νόμιμων φαρμακευτικών ουσιών έχει επίσης, παρατηρηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες (Wallace και συν., 2003 - Latimer και συν., 2004 - Almeida και συν., 2004).

Πολιτιστικά, η χρήση αμφεταμινών και ηρεμιστικών είναι πιο ελκυστική για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες Wagner και συν. (2007).

Οι μελέτες του Galduroz και συν. (2004 α και β) έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες της Βραζιλίας καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, τα διεγερτικά, τα φάρμακα ενάντια στην όρεξη, τα κωδεϊνούχα φάρμακα, τα οπιούχα, τα βαρβιτουρικά από τους άνδρες.

Σύμφωνα με τη μελέτη της Simoni-Wastila (2000) οι γυναίκες έχουν ένα διαφορετικό τρόπο για την αντιμετώπιση και την έκφραση του άγχους και του στρες, της ιατρικής περίθαλψης και της αντίληψης της ασθένειας. Οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά ψυχικές και σωματικές διαταραχές και τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερα φάρμακα σε γενικές γραμμές από τους άνδρες. Ταυτόχρονα, οι γιατροί έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τις γυναίκες με διαφορετικό τρόπο από ό, τι θεραπεία ανδρών. Αυτοί οι παράγοντες φαίνονται να διευκολύνουν τη συνταγογράφηση

ορισμένων φαρμάκων για τις γυναίκες και είναι εν μέρει υπεύθυνοι για τη μεγαλύτερη έκθεση των γυναικών στην έναρξη και διατήρηση της χρήσης ουσιών (κυρίως βενζοδιαζεπίνες και αμφεταμίνες).

## **ΜΕΡΟΣ ΙΙ**

## **1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης**

Η απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τη διασύνδεση της στάσης και της χρήσης των φαρμάκων με φοιτητικές ομάδες αλλά και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους καθώς και η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στη στάση και τη χρήση φαρμάκων έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και φοιτητών σχολών υγείας ως προς τη στάση τους στη χρήση φαρμάκων και η διασύνδεση με το ψυχολογικό προφίλ και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Πιο συγκεκριμένα θα γίνει:

- Σύγκριση της ομάδας των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και της ομάδας των φοιτητών σχολών υγείας ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά για κάθε επάγγελμα που θα εξεταστεί.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

## **2. Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Σεπτέμβριο του 2013, με τη συνεργασία του Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν φοιτητές της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης που σπουδάζουν σε Παιδαγωγικές Σχολές και Σχολές Υγείας.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι φοιτητές Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε Παιδαγωγικές Σχολές και Σχολές Υγείας.
2. Να μην είναι φιλοξενούμενοι φοιτητές από προγράμματα Erasmus, tempus κ.λ.π. και να μιλούν καλά την Ελληνική γλώσσα
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την έπαιρνε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια ή κάποιο από τα μέλη της τριμελούς επιτροπής της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιωνόταν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραιώναν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

## **2.1 Δείγμα**

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 300 φοιτητές. Από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 180 φοιτητές. Από τους 180 φακέλους οι 14 εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα, και οι 2 με σχεδόν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 164 φοιτητές. Πιο συγκεκριμένα, 61 (ποσοστό 37,2%) φοιτητές από Τμήματα Βρεφονηπιαγωγών, 36 (ποσοστό 22,0%) φοιτητές από Ιατρικές Σχολές, 30 (ποσοστό 18,3%) φοιτητές από Τμήματα Νοσηλευτικών Σχολών, 15 (ποσοστό 9,1%) φοιτητές από Τμήματα Λογοθεραπείας, 12 (ποσοστό 7,3%) φοιτητές από Τμήματα Νηπιαγωγών και 10 (ποσοστό 6,1%) φοιτητές από Παιδαγωγικές Σχολές.

## **2.2 Διαδικασία**

Στον κάθε φοιτητή που δεχόταν να λάβει μέρος στην έρευνα δινόταν ένας ανοιχτός φάκελος, ο οποίος εμπεριείχε το ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν τον Φεβρουάριο του 2013 και επεστράφησαν τα περισσότερα μέχρι τα μέσα του Μάη του 2013 και κάποια μέχρι τα μέσα του Ιουνίου του 2013. Ερωτηματολόγια που δόθηκαν αργότερα από τα μέσα του Ιούνη δεν συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μελέτη. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε φοιτητές Πανεπιστημίων και φοιτητές Τ.Ε.Ι. Παιδαγωγικών Σχολών και Σχολών Υγείας προσπαθώντας να δοθούν όσο γινόταν σε διαφορετικές περιοχές. Από τα ερωτηματολόγια που στάλθηκαν επέστρεψαν περίπου εντελώς συμπληρωμένα τα 1 στα 2.



Με την επιστροφή των φακέλων έγινε από την ίδια την μεταπτυχιακή φοιτήτρια η καταγραφή και κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων και με τη βοήθεια της επιβλέπουσας καθηγήτριας η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών εργαλείων.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

## **2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.3.1 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)**

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3, 7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,716. (Lyraeos et al., 2009).

### **2.3.2 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symtom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

### **2.3.3. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36 (Ware και συν.1992)**

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Η πηγή αυτή σχηματίσθηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η επισκόπηση υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Η SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5-10 λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν

επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες, που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες μορφές της SF-36. Η ευρεία χρήση του σε μελέτες γενικού πληθυσμού το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων θεραπευτικών πράξεων που χρησιμοποιούνται στην ιατρική.

Κάθε διάσταση σημειώνεται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με τους 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη ποιότητα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Ware 1993). Και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα που αφορούν την σωματική υγεία το πρώτο και την πνευματική – ψυχική υγεία το δεύτερο (Ware et al 1994) και σαν μετρήσιμοι δείκτες καλούνται για συντομία PCS-36 και MCS- 36. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

#### **2.3.4. Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1970)**

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το

ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

### **2.3.5 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos**

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
  - Συνοχή (Cohesion)
  - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
  - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
  - Ανεξαρτησία (Independence)
  - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
  - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
  - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
  - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
  - Οργάνωση (Organization)
  - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

### **2.3.6. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)**

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της

υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti et al., 2011).

### **2.3.7. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)**

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH)

αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Econoμου & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

### **2.3.8. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)**

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και δημιουργήθηκε από τον McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, τους:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανάσχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν περιλαμβάνεται σε κανέναν παράγοντα, παρά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869. (Gouva et al., 2013).

### **2.3.9. Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)**

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Brennan, Clark και Shaver (1998), με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενηλίκους σύμφωνα με 2 διαστάσεις: ασφάλεια-αποφυγή και εμμονή- μη εμμονή. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και αξιολογούν αυτές τις 2 διαστάσεις 4 τύπων δεσμού (δηλ. ασφαλής, φοβικός, εμμονής και απορριπτικός). Οι εξεταζόμενοι καλούνται να δηλώσουν την αντιπροσωπευτικότητα κάθε πρότασης για τους ίδιους σε μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως). Η βαθμολόγηση της ΚΒΔΣ πραγματοποιείται με την αντιστροφή των ερωτήσεων εκείνων που είναι αρνητικά διατυπωμένες και το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε διάσταση, δίνοντας 2 δείκτες. Ο δείκτης Cronbach's alpha για την αποφυγή είναι 0,85, ενώ για την εμμονή 0,79. Παρουσιάζει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και στην Ελληνική εκδοχή της, καθώς και υψηλές συσχετίσεις με άλλες κλίμακες διαπροσωπικών σχέσεων (Kafetsios, 2002; Σταλίκας και συν., 2002).

### **2.3.10 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).**

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου,



αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845 (Gouna et al, 2013). Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

### **2.3.11 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) καθώς και στοιχεία για την αναπαράστασή τους, τη στάση τους ως προς τη χρήση και τη χρησιμότητα των φαρμάκων.

## **2.4. Στατιστική επεξεργασία**

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την

κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι  $<5$ , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι  $<1$  και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι  $>24$  (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι  $>10$  (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι  $<1$  ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές ( $P$ ) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

### 3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

#### 3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του  $\alpha$  του Cronbach.

<b>Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach</b>	
<b>Ερωτηματολόγιο</b>	<b>Συντελεστής <math>\alpha</math> του Cronbach</b>
SCL - 90	0,879
HDHQ	0,884
SF-36	0,593
CAQ	0,731
F-COPES	0,762
STAI	0,828
FES	0,752
ECRI	0,845
LOTR	0,354

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των SCL-90, CAQ, STAI, FES, ECRI και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Ντώνιας και συν, 1991 – Derogatis, 1977 - Λιάκος & Γιαννίση, 1984 - Αναγνωστοπούλου, 2002 - Gouva et al, 2013 - Moos and Moos, 1987 - Dragioti et al, 2011). Ως εξαίρεση σημειώνονται τα ερωτηματολόγια SF-36 (Ware et al, 1994) και LOTR (Lyraeos et al., 2009) στα οποία ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

#### 4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 164 φοιτητές οι οποίοι φοιτούν σε Ελληνικό Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα με κατεύθυνση είτε Παιδαγωγική είτε Υγείας. Από τους 164 φοιτητές, οι 61 (ποσοστό 37,2%) φοιτητές από Τμήματα Βρεφονηπιαγωγών, 36 (ποσοστό 22,0%) φοιτητές από Ιατρικές Σχολές, 30 (ποσοστό 18,3%) φοιτητές από Τμήματα Νοσηλευτικών Σχολών, 15 (ποσοστό 9,1%) φοιτητές από Τμήματα Λογοθεραπείας, 12 (ποσοστό 7,3%) φοιτητές από Τμήματα Νηπιαγωγών και 10 (ποσοστό 6,1%) φοιτητές από Παιδαγωγικές Σχολές (πίνακας 2). Από τους 164 φοιτητές οι 2 φοιτητές (από τη Νοσηλευτική Σχολή) δεν καθόρισαν το φύλο τους και για το λόγο αυτό, όπως παρατηρείται και στον πίνακα 2, εμφανίζεται η κατανομή ως προς το φύλο των 162 φοιτητών. Η μέση ηλικία των φοιτητών είναι  $21,4 \pm 2,5$ , με εύρος 20-36 και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,703$ ), συγκρινόμενοι με το T-test.

Επειδή ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει τη στάση των φοιτητών ως προς τα φάρμακα και τη χρήση τους θα πρέπει να μην συμπεριληφθούν στην ανάλυση οι φοιτητές με μεγαλύτερη ηλικία, μια και θεωρούμε ότι έχουν υπεισέρθει κι άλλοι παράγοντες για την αναπαράστασή τους απέναντι στα φάρμακα. Ακόμη, θεωρούμε σκόπιμο να μη χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα που προέκυψαν από τους φοιτητές λογοθεραπείας, μια και η λογοθεραπεία στο πρόγραμμα σπουδών της έχει μαθήματα και παιδαγωγικού περιεχομένου και υγείας.

Κατόπιν όλων αυτών των εξαιρέσεων, οι φοιτητές που τα δεδομένα τους θα συμπεριληφθούν στην ανάλυση της μελέτης μας, παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, λοιπόν, το σύνολο των φοιτητών που τα δεδομένα τους θα συμπεριληφθούν στην ανάλυση της μελέτης μας είναι 132 (ποσοστό 100%). Πιο συγκεκριμένα, 28 (ποσοστό 21,2%) άνδρες και 104 (ποσοστό 78,8%). Από αυτούς, οι 61 (ποσοστό 46,2%) σπουδάζουν σε σχολές υγείας και οι 71 (ποσοστό 53,8%) σε παιδαγωγικές σχολές. Η μέση ηλικία των φοιτητών είναι  $20,8 \pm 1,0$ , με εύρος 20-25 και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,201$ ), συγκρινόμενοι με το T-test.

Πίνακας 2. Κατανομή, 162 φοιτητών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία και Σχολή Εκπαίδευσης.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	30 (18,5)	132 (81,5)	162 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	20-27	20-36	20-36	
Μέση τιμή (x ± SD)	21,3 ± 1,9	21,5 ± 2,7	21,4 ± 2,5	t=-,382 P=0,703
<b>Σχολή</b>				
Τμήμα Νοσηλευτικής	8 (26,7)	20 (15,2)	28 (17,3)	Fisher's Exact Test =63,028 P= 0,000
Τμήμα Βρεφονηπιαγωγών	0 (0,0)	61 (46,2)	61 (37,7)	
Τμήμα Λογοθεραπείας	0 (0,0)	15 (11,4)	15 (9,3)	
Τμήμα Ιατρικής	22 (73,3)	14 (10,6)	36 (22,2)	
Τμήμα Νηπιαγωγών	0 (0,0)	12 (9,1)	12 (7,4)	
Τμήμα Παιδαγωγικών	0 (0,0)	10 (7,6)	10 (6,2)	

**Επιστημονική Κατεύθυνση**

Υγείας	30 (100,0)	34 (25,8)	64 (39,5)	$\chi^2_p = 56,378$ P= 0,000
Παιδαγωγικών	0 (0,0)	98 (74,2)	98 (60,5)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, t =T-test, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Πίνακας 3. Κατανομή, 132 φοιτητών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία, και Σχολή Εκπαίδευσης.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	28 (21,2)	104 (78,8)	132 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	20-24	20-25	20-25	
Μέση τιμή (x ± SD)	20,9 ± 0,7	20,7 ± 1,2	20,8 ± 1,0	t=1,287 P=0,201
<b>Επιστημονική Κατεύθυνση</b>				
Υγείας	28 (100,0)	33 (31,7)	61 (46,2)	$\chi^2_p = 41,364$ P= 0,000
Παιδαγωγικών	0 (0,0)	71 (68,3)	71 (53,8)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, t =T-test.

#### 4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών

Από το δείγμα των φοιτητών της έρευνας οι 5 στους δέκα περίπου κατάγονται από χωριό/κωμόπολη, οι 2 στους δέκα από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 3 στους δέκα περίπου από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ( $p=0,798$ ). Οι 71 (ποσοστό 53,4%) από τους φοιτητές του δείγματος βρίσκονται σε σχέση, οι 43 (ποσοστό 32,3%) είναι μόνοι τους και 16 φοιτητές (ποσοστό 12,0%) δήλωσαν πως η συντροφική τους κατάσταση είναι μπερδεμένη, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,659$ ) συγκρινόμενοι με το  $\chi^2$  του Pearson. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 95,5%) οι φοιτητές έχουν αδέρφια, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,312$ ) συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio (L.R.) (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Κατανομή, 132 φοιτητών κατά καταγωγή, συντροφική κατάσταση και ύπαρξη αδελφών.

	Φοιτητές Υγείας N(%)	Φοιτητές Παιδαγωγικών N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών
Σύνολο	61 (46,2)	71 (53,8)	132 (100,0)	
<b>Καταγωγή</b>				
Χωριό/Κωμόπολη	27 (45,0)	32 (45,1)	59 (45,0)	
Πόλη<150.000 κατοίκους	17 (28,3)	17 (23,9)	34 (26,0)	$\chi^2_p=0,451$ P= 0,798
Πόλη>150.000 κατοίκους	16 (26,7)	22 (31,0)	38 (29,0)	
<b>Συντροφική κατάσταση</b>				
Σε σχέση	35 (56,5)	36 (50,7)	71 (53,4)	
Μόνος (η)	19 (30,6)	24 (33,8)	43 (32,3)	$\chi^2_p=0,831$ P= 0,659
Μπερδεμένος(η)	6 (9,7)	10 (14,1)	16 (12,0)	
<b>Έχετε αδέρφια</b>				
Ναι	58 (93,5)	69 (97,2)	127 (95,5)	LR=1,024 P= 0,312
Όχι	4 (6,5)	2 (2,8)	6 (4,5)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson, t =T-test, Likelihood Ratio (L.R.)=πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS.

## **5. Αποτελέσματα της Στάσης των Φοιτητών ως προς τα φάρμακα, τη χρήση και τη χρησιμότητά τους**

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 5, 114 (ποσοστό 85,7%) φοιτητές κάνουν πολύ λίγη χρήση φαρμάκων, 16 (ποσοστό 12,0%) φοιτητές αρκετή χρήση φαρμάκων και μόνο 3 φοιτητές (ποσοστό 2,3%) κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,207$ ).

Οι 7 στους 10 φοιτητές δεν θεωρούν ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα στην καθημερινότητα των ανθρώπων, οι 2 περίπου στους 10 θεωρούν ότι τα φάρμακα είναι αρκετά απαραίτητα στην καθημερινότητα των ανθρώπων, και περίπου 1 φοιτητής στους 10 θεωρεί ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα στην καθημερινότητα των ανθρώπων, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,282$ ).

Στα ίδια περίπου επίπεδα κυμαίνονται και οι απαντήσεις τους στη διευκρίνιση αν κάποια ιδιαίτερα φάρμακα είναι απαραίτητα για την καθημερινότητα των ανθρώπων, χωρίς και σε αυτή την ερώτηση να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,128$ ).

Ακόμη, μπορούμε να παρατηρήσουμε στον ίδιο πίνακα, ότι 90 (ποσοστό 67,7%) φοιτητές δεν πιστεύουν ότι μπορούμε μόνοι μας να αποφασίζουμε ποια φάρμακα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, 21 (ποσοστό 15,8%) στην συγκεκριμένη ερώτηση δήλωσαν μια μέτρια πίστη σε κάτι τέτοιο και 22 φοιτητές (ποσοστό 16,5%) πιστεύουν ότι μπορούμε μόνοι μας να αποφασίζουμε ποια φάρμακα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,867$ ).

Στη συνέχεια, στον πίνακα 6, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των φοιτητών ως προς τη χρήση συγκεκριμένων κατηγοριών φαρμάκων, όπως αυτά για την αϋπνία, για τους πόνους της περιόδου και τους πονοκεφάλους. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι 9 (ποσοστό 6,8%) φοιτητές κάνουν χρήση φαρμάκων για την αϋπνία τους, 2 (ποσοστό 1,5%) φοιτητές κάνουν χρήση φαρμάκων για την αϋπνία τους σπάνια και η πλειονότητα των φοιτητών 121 (ποσοστό 91,7%) δεν κάνουν χρήση φαρμάκων κατά της αϋπνίας, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική

διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test (P=0,444).

Πίνακας 5. Κατανομή, 132 φοιτητών ως προς τη χρήση των φαρμάκων και τη στάση τους απέναντι στη χρήση των φαρμάκων.

	Φοιτητές Παιδαγωγικών N(%)	Φοιτητές Υγείας N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών
Σύνολο	71 (53,4)	62 (46,6)	132 (100,0)	
<b>Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που κάνει μεγάλη χρήση φαρμάκων;</b>				
Όχι, πολύ λίγο	45 (63,4)	44 (71,0)	89 (66,9)	Fisher's Exact Test =3,168 P=0,207
Όχι, λίγο	15 (21,1)	10 (16,1)	25 (18,8)	
Αρκετά	11 (15,5)	5 (8,1)	16 (12,0)	
Ναι, πολύ	0 (0,0)	2 (3,2)	2 (1,5)	
Ναι, πάρα πολύ	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (0,8)	
<b>Πιστεύετε ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου;</b>				
Όχι, πολύ λίγο	40 (56,3)	26 (41,9)	66 (49,6)	Fisher's Exact Test =4,742 P=0,282
Όχι, λίγο	19 (26,8)	17 (27,4)	36 (27,1)	
Αρκετά	10 (14,1)	14 (22,6)	24 (18,0)	
Ναι, πολύ	2 (2,8)	4 (6,5)	6 (4,5)	
Ναι, πάρα πολύ	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (0,8)	
<b>Θα μπορούσατε να πείτε ότι «θεωρώ κάποια φάρμακα απαραίτητα για την ποιότητα της ζωής μου»;</b>				
Δεν ισχύει καθόλου για μένα	49 (70,0)	40 (65,6)	89 (67,9)	Fisher's Exact Test =6,732 P=0,128
Ισχύει λίγο για μένα	13 (18,6)	12 (19,7)	25 (19,1)	
Ισχύει μέτρια για μένα	5 (7,1)	5 (8,2)	10 (7,6)	
Ισχύει πολύ για μένα	3 (4,3)	0 (0,0)	3 (2,3)	
Ισχύει πάρα πολύ για μένα	0 (0,0)	4 (6,6)	4 (3,1)	
<b>Πιστεύετε ότι κάποια φάρμακα μπορούμε μόνοι μας να αποφασίσουμε για να τα πάρουμε;</b>				
Δεν το πιστεύω καθόλου	24 (33,8)	24 (38,7)	48 (36,1)	Fisher's Exact Test =1,413 P=0,867
Δεν το πιστεύω και πολύ	21 (29,6)	21 (33,9)	42 (31,6)	
Μέτρια πιστεύω κάτι τέτοιο	13 (18,3)	8 (12,9)	21 (15,8)	
Το πιστεύω πολύ	5 (7,0)	3 (4,8)	8 (6,0)	
Το πιστεύω πάρα πολύ	8 (11,3)	6 (9,7)	14 (10,5)	

Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Ακόμη, στον πίνακα 6, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων ενάντιων των πονοκεφάλων. Μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι 83 (ποσοστό 62,9%) φοιτητές κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πονοκεφάλους τους, 32 (ποσοστό 24,2%) φοιτητές κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πονοκεφάλους σπάνια και η μειονότητα των φοιτητών 17 (ποσοστό 12,9%) δεν κάνουν χρήση φαρμάκων για πονοκεφάλους, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson (P=0,478).



Πίνακας 6. Κατανομή, 132 φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων για την αύπνία, τους πονοκεφάλους και τους πόνους περιόδου.

	Φοιτητές Παιδαγωγικών N(%)	Φοιτητές Υγείας N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών
Σύνολο	71 (53,4)	61 (46,6)	132 (100,0)	
<b>ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΑΥΠΝΙΑ;</b>				
Ναι	5 (7,1)	4 (6,5)	9 (6,8)	Fisher's Exact Test =1,974 P=0,444
Όχι	65 (92,9)	56 (90,3)	121 (91,7)	
Πολύ σπάνια	0 (0,0)	2 (3,2)	2 (1,5)	
<b>ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ;</b>				
Ναι	44 (62,9)	39 (62,9)	83 (62,9)	$\chi^2_p = 1,476$ P=0,478
Όχι	7 (10,0)	10 (16,1)	17 (12,9)	
Πολύ σπάνια	19 (27,1)	13 (21,0)	32 (24,2)	
<b>ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΟΝΟΥΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΣΑΣ;</b>				
Ναι	37 (52,9)	14 (43,8)	51 (50,0)	$\chi^2_p = 1,519$ P=0,468
Όχι	16 (22,9)	11 (34,4)	27 (26,5)	
Πολύ σπάνια	17 (24,3)	7 (21,9)	24 (23,5)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Ακόμη, στον πίνακα 6(β), παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων ενάντιων των πονοκεφάλων, συγκρινόμενα, όμως αυτή τη φορά, ως προς το φύλο. Μπορούμε να παρατηρήσουμε, λοιπόν, στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους, στη σύγκρισή τους με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson (P=0,03).

Επίσης, στον πίνακα 6, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των φοιτητριών ως προς τη χρήση φαρμάκων ενάντιων των πόνων της περιόδου. Μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι 51 (ποσοστό 50,0%) φοιτήτριες κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου, 27 (ποσοστό 26,5%) φοιτήτριες κάνουν σπάνια χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου και άλλες 24 φοιτήτριες (ποσοστό 23,5%) δεν κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson (P=0,468).

Πίνακας 6(β). Κατανομή, 132 φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων για την αύπνια, τους πονοκεφάλους και τους πόνους περιόδου.

	Φοιτητές N(%)	Φοιτήτριες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φύλου
Σύνολο	71 (53,4)	61 (46,6)	132 (100,0)	
<b>ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ;</b>				
Ναι	15 (53,6)	67 (65,0)	82 (62,6)	$\chi^2_p = 12,043$ P=0,003
Όχι	9 (32,1)	8 (7,8)	17 (13,0)	
Πολύ σπάνια	4 (14,3)	28 (27,2)	32 (24,4)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

Στον πίνακα 7, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των φοιτητριών ως προς τη στάση τους απέναντι στη χρήση φαρμάκων ενάντιων της γρίπης και της καταρροής. Μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι 71 (ποσοστό 53,8%) φοιτητές αντιμετωπίζουν τη γρίπη συντηρητικά, 46 (ποσοστό 34,8%) φοιτητές αντιμετωπίζουν τη γρίπη με αντιπυρετικά, και άλλοι 15 φοιτητές (ποσοστό 11,4%) αντιμετωπίζουν τη γρίπη με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson (P=0,295).

Πίνακας 7. Κατανομή, 132 φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της γρίπης και της καταρροής.

	Φοιτητές Παιδαγωγικών N(%)	Φοιτητές Υγείας N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών
Σύνολο	71 (53,4)	61 (46,6)	132 (100,0)	
<b>Αντιμετώπιση γρίπης</b>				
Συντηρητικά	34 (47,9)	37 (60,7)	71 (53,8)	$\chi^2_p = 2,441$ P=0,295
Αντιπυρετικά	27 (38,0)	19 (31,1)	46 (34,8)	
Αντιπυρετικά & αντιβιοτικά	10 (14,1)	5 (8,2)	15 (11,4)	

**Αντιμετώπιση καταρροής με σπρέι**

Ναι	25 (35,2)	19 (31,1)	44 (33,3)	$\chi^2_p = 2,663$ P=0,264
Όχι	22 (31,0)	27 (44,3)	49 (37,1)	
Σπάνια	24 (33,8)	15 (24,6)	39 (29,5)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson.

Οι 3 στους 10 φοιτητές αντιμετωπίζουν το σύμπτωμα της καταρροής με σπρέι, οι 4 περίπου στους 10 δεν χρησιμοποιούν για το σύμπτωμα της καταρροής σπρέι, και οι 3

περίπου στους 10 φοιτητές σπάνια αντιμετωπίζουν το σύμπτωμα της καταρροής με σπρέι, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,264$ ).

Στον πίνακα 8, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των φοιτητριών ως προς τη στάση τους απέναντι στην προληπτική χρήση των φαρμάκων. Μπορούμε, λοιπόν, να παρατηρήσουμε, ότι 8 στους 10 φοιτητές δεν πιστεύουν ότι υπάρχουν φάρμακα τα οποία προληπτικά μπορούν να οδηγήσουν σε καλή υγεία, 1 στους 10 θεωρεί ότι ίσως υπάρχουν κάποια τέτοια φάρμακα και μόνο 4 φοιτητές στους 128 πιστεύουν ότι υπάρχουν φάρμακα τα οποία προληπτικά μπορούν να οδηγήσουν σε καλή υγεία, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,295$ ).

Ως προς το ερώτημα, αν στα ταξίδια τους παίρνουν μαζί τους προληπτικά κάποια φάρμακα οι 4 φοιτητές στους 10 περίπου απάντησαν θετικά, οι 4 φοιτητές στους 10 περίπου απάντησαν αρνητικά και οι 2 φοιτητές στους 10 περίπου απάντησαν ότι πολύ σπάνια στα ταξίδια τους παίρνουν μαζί τους προληπτικά κάποια φάρμακα, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,295$ ).

Και τέλος, ως προς το ερώτημα, αν στο αυτοκίνητο πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν κάποια φάρμακα οι 5 φοιτητές στους 10 περίπου απάντησαν με αρνητική θέση, οι 2 φοιτητές στους 10 περίπου απάντησαν με μέτρια πίστη σε κάτι τέτοιο και οι 3 φοιτητές στους 10 περίπου απάντησαν με θετική άποψη, χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,536$ ).

Ως προς το ερώτημα, αν στα ταξίδια τους παίρνουν μαζί τους προληπτικά κάποια φάρμακα οι φοιτητές συγκρίθηκαν και ως προς το φύλο (πίνακας 8(β)), όπου και διαπιστώθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους, στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ( $P=0,007$ ).

Πίνακας 8. Κατανομή, 132 φοιτητών ως προς την προληπτική χρήση των φαρμάκων.

	Φοιτητές Παιδαγωγικών N(%)	Φοιτητές Υγείας N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών
Σύνολο	71 (53,4)	61 (46,6)	132 (100,0)	

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ**

Δεν το πιστεύω καθόλου	43 (60,6)	29 (47,5)	72 (54,5)	Fisher's Exact Test =6,704 P=0,102
Δεν το πιστεύω και πολύ	20 (28,2)	19 (31,1)	39 (29,5)	
Ίσως να πιστεύω κάτι τέτοιο	5 (7,0)	12 (19,7)	17 (12,9)	
Το πιστεύω πολύ	2 (2,8)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Το πιστεύω πάρα πολύ	1 (1,4)	1 (1,6)	2 (1,5)	

**ΣΤΑ ΤΑΞΙΔΙΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΙΖΕΤΕ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΜΑΖΙ ΣΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ;**

Ναι	26 (36,6)	27 (43,5)	53 (39,8)	$\chi^2_p = 2,440$ P=0,295
Όχι	27 (38,0)	26 (41,9)	53 (39,8)	
Πολύ σπάνια	18 (25,4)	9 (14,5)	27 (20,3)	

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ ΜΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΜΕ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΠΕΡΑΝ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ;**

Δεν το πιστεύω καθόλου	14 (19,7)	17 (27,4)	31 (23,3)	Fisher's Exact Test =3,160 P=0,536
Δεν το πιστεύω και πολύ	20 (28,2)	15 (24,2)	35 (26,3)	
Ίσως να πιστεύω κάτι τέτοιο	20 (28,2)	11 (17,7)	31 (23,3)	
Το πιστεύω πολύ	9 (12,7)	10 (16,1)	19 (14,3)	
Το πιστεύω πάρα πολύ	8 (11,3)	9 (14,5)	17 (12,8)	

$\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Πίνακας 8 (β). Κατανομή, 132 φοιτητών ως προς την προληπτική χρήση των φαρμάκων.

	Φοιτητές N(%)	Φοιτήτριες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φύλου
Σύνολο	71 (53,4)	61 (46,6)	132 (100,0)	

**ΣΤΑ ΤΑΞΙΔΙΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΙΖΕΤΕ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΜΑΖΙ ΣΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ;**

Ναι	10 (35,7)	43 (41,3)	53 (40,2)	Fisher's Exact Test =9,635 P=0,007
Όχι	17 (60,7)	36 (33,7)	52 (39,4)	
Πολύ σπάνια	1 (3,6)	26 (25,0)	27 (20,5)	

Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

## 6. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ φοιτητών υγείας και φοιτητών παιδαγωγικής κατεύθυνσης ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

### 6.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 415 ερωτήσεις ταξινομημένες σε έντεκα ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν σαρανταπέντε κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

<b>Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>	
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 17, 18 και 19 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16 και 20 κατόπιν αντιστροφής τους.
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38 και 40 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36 και 39 κατόπιν αντιστροφής τους.
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.

Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>	
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46,

	49 και " <b>Λάθος</b> " στην ερώτηση 40.
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και " <b>Λάθος</b> " στην ερώτηση 13.
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και " <b>Λάθος</b> " στην ερώτηση 4.
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις 8,14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και " <b>Λάθος</b> " στις ερωτήσεις 3, 23 και 26.
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " <b>Σωστό</b> " σε όλες τις ερωτήσεις.
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.
<b>Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>	
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>	
Στάση απέναντι στη ζωή	από το βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα το άτομο.
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>	
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " <b>Σωστό</b> " στις ερωτήσεις

	1, 21, 31, 51, 71, 81 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>	



Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η <b>"Σωστό"</b> στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και <b>"Λάθος"</b> στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 και 29.
Επανασχεδιασμός (Reframing)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14, 23, 27 και 30.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμέτωπιση (Passive Appraisal)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 17, 26 και 28.
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων συν την ερώτηση 18.
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ζωτικότητα (VT)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27,

	29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF
<b>Ερωτηματολόγιο Βιωματικών Σχέσεων (ECRI)</b>	
Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 και 35.
Σχέσεις με άγχος (Anxiety)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 και 36.

## 6.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) (q1)

Άγχος (SCL - 90) (q2)

Επιθετικότητα (SCL - 90) (q3)  
 Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90) (q4)  
 Γενικό σύνολο εχθρότητας (H.D.H.Q.) (q5)  
 Συνολική βαθμολογία Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) (q6)  
 Συνολική βαθμολογία Άγχους για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ) (q7)  
 Συνολική βαθμολογία Οικογενειακής Κρίσης (F-Copes) (q8)  
 Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (q9)

Από τις συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ( $r = 0,545$ ).

Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του γενικού συνόλου (H.D.H.Q.) ( $r = 0,610$ ).

Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) ( $r = 0,561$ ).

Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και της επιθετικότητας (SCL - 90) ( $r = 0,551$ ).

Η θετική γραμμική συσχέτιση του επιθετικότητας (SCL - 90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ( $r = 0,614$ ).

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9
q1									
q2	-,306								
q3	-,361	,551							
q4	-,425	,545	,614						
q5	-,383	,610	,590	,610					
q6	-,301	-,180	-,080	-,090	-,189				
q7	-,198	,513	,220	,363	,309	-,028			
q8	,138	-,025	-,109	-,016	-,191	,316	,155		
q9	-,520	,561	,366	,545	,520	-,340	,352	,097	

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται αναμενόμενες.

### 6.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Φοιτητών Σχολών Υγείας και Φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 61 φοιτητών Σχολών Υγείας και των 71 φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εξήντα έξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των φοιτητών Σχολών Υγείας και της ομάδας των φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 10. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

<b>Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών και των φοιτητών Σχολών Υγείας.</b>					
	<b>Φοιτητές</b>		<b>T-Test</b>		
	Παιδαγωγικών Σχολών	Σχολών Υγείας	t	df	P
<b>Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)</b>					
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	40,73±11,50	41,43±10,57	-,361	128	,718
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	42,83±8,96	41,40±8,83	,908	127	,366

<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>					
Total CAQ	1,00±,45	,86±,54	1,670	128	,097
Fear	,90±,76	,767±,80	,976	128	,331
Avoidance	1,50±,86	1,18±,90	2,083	128	,039
Heart Focused Attention	,64±,44	,66±,50	-,154	128	,878
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>					
Σωματοποίηση (Somatization)	7,03±5,48	7,23±6,96	-,183	131	,855
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	11,48±5,55	9,94±6,78	1,443	131	,152
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	9,73±5,37	8,69±6,17	1,038	131	,301
Κατάθλιψη (Depression)	12,59±8,27	10,79±8,71	1,222	131	,224
Άγχος (Anxiety)	6,51±5,44	6,53±6,05	-,025	131	,980
Επιθετικότητα (Hostility)	4,42±4,27	5,06±5,28	-,775	131	,440
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	3,59±3,27	3,45±3,52	,238	131	,813
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	6,66±3,67	5,94±4,07	1,080	131	,282
Ψυχωπισμός (Psychoticism)	6,99±5,81	6,94±5,80	,050	131	,960
Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου)	0,28±,59	0,53±0,97	- 1,824	131	,070
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	0,82±0,44	0,78±0,54	,516	131	,607
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,66±0,35	1,69±0,49	-,170	130	,865
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	42,61±17,10	39,21±20,97	1,028	131	,306
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	3,73±1,97	3,98±2,15	-,700	130	,485
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6,65±1,72	6,50±2,09	,448	131	,655
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	1,93±1,62	2,15±2,09	-,675	130	,501
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	4,73±2,31	4,34±2,20	,985	130	,326
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	2,00±1,46	2,40±1,85	- 1,401	131	,163
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	12,31±4,16	12,56±5,16	-,305	130	,761
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	6,73±3,44	6,67±3,60	,098	130	,922
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	19,04±6,27	19,23±7,89	-,152	130	,880
<b>Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	24,07±4,86	24,95±5,42	-,984	130	,327
<b>Στάση απέναντι στη ζωή</b>					

Στάση απέναντι στη ζωή	7,12±1,66	7,31±2,17	-,542	111	,589
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>					
<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>					
Συνοχή (Cohesion)	6,26±2,016	6,24±1,74	,071	126	,944
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,25±1,54	5,75±1,74	- 1,725	126	,087
Σύγκρουση (Conflict)	2,65±2,24	3,27±2,20	- 1,572	126	,118
<b>Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)</b>					
Ανεξαρτησία (Independence)	6,19±1,91	6,05±1,56	,441	126	,660
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,81±1,67	6,05±1,63	-,815	126	,417
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,55±1,51	5,29±2,06	- 2,331	126	,021
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	4,19±1,90	4,64±2,20	- 1,255	126	,212
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	3,81±1,69	3,93±2,00	-,369	126	,713
<b>Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)</b>					
Οργάνωση (Organization)	5,17±1,68	5,51±1,68	- 1,125	126	,263
Έλεγχος (Control)	4,25±1,39	4,83±1,67	- 2,160	126	,033
<b>Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>					
Γενικό Σύνολο	48,13±6,29	51,56±7,66	- 2,782	126	,006
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	26,34±5,27	25,08±6,53	1,211	127	,228
Επανασχεδιασμός (Reframing)	30,79±4,82	28,88±6,47	1,914	127	,058
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	11,11±3,84	10,15±4,35	1,334	127	,185
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	10,99±3,51	10,15±4,35	,685	127	,495
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	10,51±2,79	10,39±2,99	,244	127	,807
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	92,33±12,22	87,93±19,14	1,578	127	,117
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	88,71±15,57	85,69±24,75	,841	126	,402
Σωματικός ρόλος (RP)	81,43±29,70	64,65±37,76	2,812	126	,006

Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	67,62±36,77	60,12±42,36	1,063	124	,290
Ζωτικότητα (VT)	52,57±12,96	53,48±11,40	-,413	124	,680
Ψυχική υγεία (MH)	68,29±16,45	64,64±18,09	1,181	124	,240
Κοινωνικός ρόλος (SF)	72,32±22,41	73,90±20,36	-,412	125	,681
Σωματικός πόνος (BP)	78,35±22,32	75,69±25,39	,632	126	,528
Γενική υγεία (GH)	64,88±17,08	62,36±13,94	,904	126	,368
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	313,38±53,16	288,39±73,98	2,219	126	<b>,028</b>
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	260,80±63,21	249,02±66,38	1,021	125	,309

Στον πίνακα 10, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι φοιτητές των παιδαγωγικών σχολών εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους φοιτητές των σχολών υγείας στις κλίμακες:

- Αποφυγή (Avoidance) στην Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)
- Σωματικός ρόλος (RP) στο Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)
- Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF\_PCS) στο Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)

Ακόμη, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι φοιτητές των σχολών υγείας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους φοιτητές παιδαγωγικών σχολών στις κλίμακες:

- Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES)
- Έλεγχος (Control) (FES)
- Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) (FES)

#### 6.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς το αν κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων

Στον πίνακα 11, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών υγείας ως προς το αν κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention - CAQ) ( $p = 0,043$ )
- Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ( $p = 0,023$ )
- Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ( $p = 0,047$ )
- Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία -SCL-90) ( $p = 0,010$ )
- Σύγκρουση (Conflict - FES) ( $p = 0,015$ )
- Συναισθηματικός ρόλος (RE – SF36) ( $p = 0,036$ )
- Γενική υγεία (GH – SF36) ( $p = 0,037$ )
- Σωματικός πόνος (BP – SF36) ( $p = 0,046$ )
- Σχέσεις με άγχος (ECRI) ( $p = 0,048$ )

**Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών ως προς το αν κάνουν μεγάλη χρήση φαρμάκων**

	F	p
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Total CAQ	1,994	,099
Heart Focused Attention	2,546	<b>,043</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	2,935	<b>,023</b>
Άγχος (Anxiety)	2,217	,071
Επιθετικότητα (Hostility)	2,477	<b>,047</b>
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.ανορεξία)	3,482	<b>,010</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		



<b>Σχέσεις (Relationship Dimensions)</b>		
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	1,998	,099
Σύγκρουση (Conflict)	3,215	,015
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF-36)</b>		
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	2,668	,036
Σωματικός πόνος (BP)	2,494	,046
Γενική υγεία (GH)	2,636	,037
<b>Κλίμακα Βιωματικών Σχέσεων - (ECRI)</b>		
Σχέσεις με άγχος (ECRI)	2,469	,048

## 6.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς την πίστη τους ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα για την καθημερινότητα

Στον πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της στάσης ως προς την πίστη τους ότι τα φάρμακα είναι απαραίτητα για την καθημερινότητα, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Φοβικό άγχος (Phobic anxiety-SCL-90) ( $p = 0,040$ )
- Γενικός δείκτης συμπτωμάτων -SCL-90) ( $p = 0,034$ )
- Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων -SCL-90) ( $p = 0,028$ )
- Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) ( $p = 0,032$ )

	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Avoidance	2,278	,065
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,248	,067
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,589	<b>,040</b>
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	2,362	,057
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	2,694	<b>,034</b>
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	2,278	<b>,028</b>
<b>Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)</b>		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	2,738	<b>,032</b>

## 6.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς το αν θεωρούν ότι παίρνουν πολλά φάρμακα

Στον πίνακα 13, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της στάσης ως προς το αν θεωρούν ότι παίρνουν πολλά φάρμακα όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

- Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :
- Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ( $p = 0,007$ )
- Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ( $p = 0,008$ )
- Συναισθηματικός ρόλος (RE- SF36) ( $p = 0,020$ )
- Σωματικός ρόλος (RP- SF36) ( $p = 0,032$ )

	F	p
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	4,205	,007
Επιθετικότητα (Hostility)	4,086	,008
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>		
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	3,412	,020
Σωματικός ρόλος (RP)	3,034	,032
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	2,699	,049
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	2,594	,056

## 6.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης ως προς το αν πιστεύουν ότι μπορούν μόνοι τους να αποφασίζουν για τη χρήση κάποιων φαρμάκων

Στον πίνακα 14, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της στάσης ως προς το αν πιστεύουν ότι μπορούν μόνοι τους να αποφασίζουν για τη χρήση κάποιων φαρμάκων, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

- Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :
- Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ( $p = 0,036$ )
- Κατάθλιψη (Depression)-SCL-90) ( $p = 0,029$ )
- Άγχος (Anxiety-SCL-90) ( $p = 0,018$ )
- Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ-SCL-90) ( $p = 0,032$ )
- Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility– HDHQ) ( $p = 0,031$ )
- Συνοχή (Cohesion – FES) ( $p = 0,045$ )
- Συνολική Βαθμολογία (Overall– F-COPES) ( $p = 0,012$ )

**Πίνακας 14: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών ως προς το αν πιστεύουν ότι μπορούν μόνοι τους να αποφασίζουν για τη χρήση κάποιων φαρμάκων**

	F	p
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	2,659	,036
Κατάθλιψη (Depression)	2,978	,029
Άγχος (Anxiety)	3,085	,018
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	2,724	,032
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,751	,031
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
Συνοχή (Cohesion)	2,518	,045

---

<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	3,355	<b>,012</b>

---

<b>Κλίμακα Βιωματικών Σχέσεων - (ECRI)</b>		
Σχέσεις με αποφυγή (ECRI)	4,245	<b>,003</b>

---

## 6.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της γρίπης

Στον πίνακα 15, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των τριών κατηγοριών της στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της γρίπης, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι τρεις κατηγορίες είναι α) αντιμετώπιση της γρίπης συντηρητικά β) αντιμετώπιση της γρίπης με αντιπυρετικά και γ) αντιμετώπιση της γρίπης με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Συνοχή (Cohesion – FES) ( $p = 0,045$ )

<b>Πίνακας 15: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της γρίπης</b>		
	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
Συνοχή (Cohesion)	3,338	,039

## 6.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της καταρροής με σπρέι

Στον πίνακα 16, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των τριών κατηγοριών της στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της καταρροής με σπρέι, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι τρεις κατηγορίες είναι α) ναι β) όχι και γ) σπάνια. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity – SCL-90) ( $p = 0,039$ )
- Προσοχή για την Καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention–CAQ)( $p = 0,017$ )
- Σύνολο άγχους για την Καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ( $p = 0,039$ )

- MINOR PAIN FPQ ( $p = 0,023$ )
- MEDICAL PAIN FPQ ( $p = 0,004$ )
- TOTAL FPQ ( $p = 0,024$ )
- Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support-F-COPES) ( $p = 0,035$ )
- Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support - F-COPES) ( $p = 0,047$ )

**Πίνακας 16: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση της καταρροής με σπρέι**

	F	p
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,338	,039
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Προσοχή για την Καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention-CAQ)	4,224	,017
Σύνολο άγχους για την Καρδιακή λειτουργία (Total CAQ)	3,319	,039
<b>Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)</b>		
Minor Pain FPQ	3,904	,023
Medical Pain FPQ	5,784	,004
Total FPQ	3,847	,024
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	3,430	,035
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	3,141	,047

## 6.10 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση των πόνων τους με παυσίπονα

Στον πίνακα 17, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της αντιμετώπισης των πόνων τους με παυσίπονα, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Σωματοποίηση (Somatization – SCL-90) ( $p = 0,036$ )
- Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive– SCL-90) ( $p = 0,048$ )
- Κατάθλιψη (Depression – SCL-90) ( $p = 0,029$ )
- Άγχος (Anxiety – SCL-90) ( $p = 0,018$ )
- Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ– SCL-90) ( $p = 0,032$ )
- Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ– SCL-90) ( $p = 0,046$ )
- Severe Pain (FPQ) ( $p = 0,025$ )
- Συνολική Βαθμολογία (Overall - F-COPES) ( $p = 0,012$ )
- Συνοχή (Cohesion - FES) ( $p = 0,045$ )
- Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility - HDHQ) ( $p = 0,031$ )
- Σχέσεις με αποφυγή (Avoidance - ECRI) ( $p = 0,003$ )

**Πίνακας 17: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών ως προς την αντιμετώπιση των πόνων τους με παυσίπονα**

	F	p
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	2,659	,036
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,469	,048
Κατάθλιψη (Depression)	2,798	,029
Άγχος (Anxiety)	3,085	,018
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	2,724	,032
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	2,489	,046
<b>Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)</b>		
Severe Pain (FPQ)	2,893	,025
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		



Συνολική Βαθμολογία (Overall)	3,355	,012
<b>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)</b>		
Συνοχή (Cohesion)	2,518	,045
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,751	,031
<b>Κλίμακα Βιωματικών Σχέσεων - (ECRI)</b>		
Σχέσεις με αποφυγή (ECRI - Avoidance)	4,245	,003

### 6.11 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Στάσης των φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων για πονοκεφάλους

Στον πίνακα 18, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της χρήσης φαρμάκων για πονοκεφάλους, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Σωματοποίηση (Somatization – SCL-90) (p =0,034)
- Άγχος (Anxiety – SCL-90) (p =0,029)
- Επιθετικότητα (Hostility)– SCL-90) (p =0,038)
- Medical Pain (FPQ) (p =0,016)
- Minor Pain (FPQ) (p =0,034)
- Total Pain (FPQ) (p =0,012)
- Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive - HDHQ) (p =0,045)
- Ολική Εχθρότητα (total hostility) - HDHQ) (p =0,025)
- Σωματικός πόνος (BP – SF-36) (p =0,015)
- Γενική υγεία (GH – SF-36) (p =0,015)

**Πίνακας 18: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φοιτητών ως προς τη χρήση φαρμάκων για πονοκεφάλους**

	F	p
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)</b>		
Σωματοποίηση (Somatization)	3,457	,034
Άγχος (Anxiety)	3,646	,029
Επιθετικότητα (Hostility)	3,360	,038
<b>Κλίμακα Φόβου του Πόνου (Fear of Pain –FPQ)</b>		
Minor Pain (FPQ)	3,472	,034
Medical Pain (FPQ)	4,251	,016
Total Pain (FPQ)	4,587	,012
<b>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)</b>		
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	3,173	,045
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	3,786	,025
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health</b>		

<b>Survey (SF- 36)</b>		
Σωματικός πόνος (BP)	4,366	,015
Γενική υγεία (GH)	3,389	,037

## **7. Συζήτηση**

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

### **7.1. Οριοθετήσεις**

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τη στάση των φοιτητών απέναντι στα φάρμακα στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από τον παρόντα χρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες αυτού.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της στάσης τους απέναντι στα φάρμακα και τη χρήση τους. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού φοιτητών,, σε μεγάλο χρονικό διάστημα και η αξιολόγησή τους σήμερα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της σημερινής τους αναπαράστασης ως προς τα φάρμακα και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμα της αναπαράστασής τους ως προς τα φάρμακα.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αναπαραστάσεις των φαρμάκων στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή στο συγκεκριμένο δείγμα καθώς και οι διαφορές μεταξύ των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και φοιτητών σχολών υγείας.

### **7.2. Το προφίλ των φοιτητών**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των Ελληνικών οικογενειών, από τις οποίες προέρχεται το δείγμα των φοιτητών.

Περί το ήμισυ των φοιτητών κατάγεται από χωριά και κωμοπόλεις, ανήκουν σε οικογένειες που έχουν δύο ή τρία παιδιά. Το προφίλ των οικογενειών των φοιτητών του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Μadianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

### **7.3. Διαφορές φοιτητών Παιδαγωγικών Σχολών και Φοιτητών Σχολών Υγείας ως προς την αναπαράσταση και τη στάση τους στα φάρμακα**

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η στάση των φοιτητών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία δεν διαφέρει στατιστικά μεταξύ των φοιτητών των παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι φοιτητές δεν θα διαφέρουν ως προς τη στάση τους απέναντι στα φάρμακα και δεν θα υπάρχουν ακόμη ταυτίσεις και επιδράσεις των φοιτητών της υγείας θετικές με τη φαρμακοχρησία. Τα αποτελέσματά μας ενισχύονται από μελέτες που αναφέρουν ότι οι άνθρωποι στην μετεφηβική ζωή έχουν ακόμη συμπεριφορές που προέρχονται από το οικογενειακό τους περιβάλλον και στη συγκεκριμένη περίπτωση το αποτέλεσμα μας δικαιολογείται, μια και οι φοιτητές μπορεί να επιλέγουν νέες συμπεριφορές στη ζωή τους αλλά σε θέματα που αφορούν την υγείας τους και τα φάρμακα εμπιστεύονται το οικογενειακό περιβάλλον τους, ακόμη κι αν σπουδάζουν σε σχολές υγείας.

### **7.4. Η Στάση των Φοιτητών του Δείγματος απέναντι στη Χρήση των Φαρμάκων**

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η στάση των φοιτητών του δείγματος απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων είναι ιδιαίτερα θετική. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές του δείγματός μας, ασχέτως τη Σχολή εκπαίδευσής τους χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό φάρμακα εναντίων των πονοκεφάλων τους. Διαπιστώθηκε, ότι περίπου οι 9 στους 10 φοιτητές κάνουν χρήση

φαρμάκων για τους πονοκεφάλους. Ακόμη, οι μισοί περίπου φοιτητές του δείγματός μας, αντιμετωπίζουν τη γρίπη είτε με αντιπυρετικά είτε με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά. Τα, δε κορίτσια του δείγματός μας κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου σε ποσοστό 74% περίπου, δηλαδή οι 3 στις 10 κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, όπως αυτά των Simons και συν. (2005) οι οποίοι ανέδειξαν ότι οι ακαδημαϊκοί φοιτητές αποτελούν έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για χρήση φαρμάκων και ουσιών, κάτι που σχετίζεται με διάφορα προβλήματα των φοιτητών. Αλλά και οι Read και συν. (2002) διαπίστωσαν ότι τα νόμιμα φάρμακα στον πληθυσμό των φοιτητών των πανεπιστημίων είναι υπερβολική και αποτελεί μια πηγή ανησυχίας σε πολλές χώρες, μια και η μετάβαση από το γυμνάσιο στο πανεπιστήμιο είναι συνήθως μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από μια αύξηση στη συχνότητα των ευκαιριών για αλληλεπίδραση με τους ομοίους (Read και συν., 2002). Και αυτό ερμηνεύεται με το γεγονός ότι αυτή η περίοδος των φοιτητών χαρακτηρίζεται από ταυτίσεις με ανθρώπους που θαυμάζουν και συμπεριφορές αρεστές ούτως ώστε να οδηγηθούν σε κοινωνική αποδοχή από το φοιτητικό περιβάλλον (Borsari και συν., 2001),

#### **7.5. Διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την αναπαράσταση και τη στάση τους στα φάρμακα**

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η στάση των αγοριών φοιτητών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία διαφέρει στατιστικά με αυτή των κοριτσιών σε συγκεκριμένα ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια παίρνουν περισσότερο συχνά φάρμακα για τους πονοκεφάλους από τι τα αγόρια, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων, συγκρινόμενοι με το δείκτη  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,003$ ). Το συγκεκριμένο εύρημα της μελέτης μας συμφωνεί και με ευρήματα άλλων μελετών, μια και ενισχύεται και από τα αποτελέσματα των μελετών των Kahler και συν. (2003) και Holdcraft και συν. (2004), οι οποίοι διαπίστωσαν διαφορές στη φαρμακοχρησία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Πιο συγκεκριμένα, ενισχύεται το αποτέλεσμα και από το γεγονός ότι στις τελευταίες δεκαετίες, η εξειδικευμένη βιβλιογραφία τόνισε τη σημασία που έχει η μελέτη των διαφορών των δύο φύλων σχετικά με την κατανάλωση νόμιμων και παράνομων ουσιών, προκειμένου να καταστεί δυνατή και πιο αποτελεσματική η στρατηγική πρόληψης και θεραπείας για τους άνδρες φοιτητές και τις γυναίκες φοιτήτριες (Kahler και συν., 2003 - Holdcraft και συν., 2004), και

εξηγείται από το ότι οι πιθανές αυτές διαφορές αντανakλούν τις διαφορετικές κοινωνικοπολιτισμικές κουλτούρες ως προς τους ρόλους των δύο φύλων. Επιπλέον, η κλινική βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι γυναίκες διαφέρουν από τους άνδρες στις υποκειμενικές και φυσιολογικές αποκρίσεις τους κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης ορισμένων φαρμάκων. Προ-κλινικές μελέτες αναδεικνύουν ένα ρόλο των σεξουαλικών ορμονών σε αυτές τις διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς τη χρήση ουσιών (Roth και συν., 2004). Ακόμη, το εύρημά μας εξηγείται και από τη μελέτη των Wagner και συν. (2007), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι πολιτιστικά, η χρήση αμφεταμινών και ηρεμιστικών είναι πιο ελκυστική για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες.

Ακόμη, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα κορίτσια του δείγματός μας στα ταξίδια τους παίρνουν μαζί τους προληπτικά κάποια φάρμακα σε αντίθεση με τα αγόρια που οι απαντήσεις τους στη συγκεκριμένη ερώτηση δείχνουν ότι οι 6 στους 10 δεν παίρνουν στα ταξίδια τους προληπτικά κάποια φάρμακα. Η στατιστική διαφορά μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών στη συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι πολύ σημαντική, μια και όταν συγκρίθηκαν ως προς τις απαντήσεις τους με το Fisher's Exact Test έδωσαν P ίσον με 0,007. Το συγκεκριμένο εύρημά μας ενισχύεται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών που αναδεικνύουν τις διαφορές των αγορών από τα κορίτσια ως προς τη στάση τους απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, αρκετές επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη χρήση φαρμάκων έχουν επικεντρωθεί στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Carlini και συν., 2002 – Galduroz και συν., 2004 - Kerr-Correa και συν., 1999). Άλλωστε, και από τη μελέτη των Kerr-Correa και συν., (1999), μεταξύ των φοιτητών του Estadual του Σάο Πάολο (São Paulo-UNESP), διαπιστώθηκε υψηλότερη χρήση αναλγητικών από τις φοιτήτριες. Και σύμφωνα με τη μελέτη της Simoni-Wastila (2000) οι γυναίκες έχουν ένα διαφορετικό τρόπο για την αντιμετώπιση και την έκφραση του άγχους και του στρες, της ιατρικής περίθαλψης και της αντίληψης της ασθένειας. Οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά ψυχικές και σωματικές διαταραχές και τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερα φάρμακα σε γενικές γραμμές από τους άνδρες.

## 8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η στάση των φοιτητών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία δεν διαφέρει στατιστικά μεταξύ των φοιτητών των παιδαγωγικών σχολών και των φοιτητών των σχολών υγείας.
- Η στάση των φοιτητών του δείγματος απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων είναι ιδιαίτερα θετική. Πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές, ασχέτως τη Σχολή εκπαίδευσής τους χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό φάρμακα εναντίων των πονοκεφάλων τους. Διαπιστώθηκε, ότι περίπου οι 9 στους 10 φοιτητές κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πονοκεφάλους.
- Οι μισοί περίπου φοιτητές του δείγματός μας, αντιμετωπίζουν τη γρίπη είτε με αντιπυρετικά είτε με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά.
- Τα κορίτσια του δείγματός μας κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου σε ποσοστό 74% περίπου, δηλαδή οι 3 στις 10 κάνουν χρήση φαρμάκων για τους πόνους της περιόδου.
- Η στάση των αγοριών φοιτητών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία διαφέρει στατιστικά με αυτή των κοριτσιών σε συγκεκριμένα ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια παίρνουν περισσότερο συχνά φάρμακα για τους πονοκεφάλους από ότι τα αγόρια.
- Οι φοιτήτριες παίρνουν μαζί τους προληπτικά κάποια φάρμακα στα ταξίδια τους σε αντίθεση με τα αγόρια.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη στάση των φοιτητών και των φοιτητριών απέναντι στα φάρμακα και στη φαρμακοχρησία. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τους φοιτητές να κάνουν μεγάλη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων αλλά και στις διαφορές μεταξύ των αγοριών και των



κοριτσιών ως προς αυτή τη στάση. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρώτα απ' όλα, τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία και αξία της πρόληψης απέναντι στη φαρμακοχρησία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των επαγγελματιών υγείας συγκρινόμενοι με τους επαγγελματίες εκπαιδευτικούς ως προς τις διαφορές τους απέναντι στη φαρμακοχρησία και τη στάση τους γενικότερα απέναντι στα φάρμακα, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις επιπτώσεις της εκπαίδευσής τους σε συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα και σχολές.

## Βιβλιογραφία

1. **Ackerknecht, E.H.** (1998). *Ιστορία της Ιατρικής*. Με συμπληρώσεις Murken, A.H., Πρόλογος: Τζαβάρας Θανάσης, Επιμέλεια: Πασχάλης Βασίλης, σειρά: Άνθρωπος στην Επιστήμη. Αθήνα: Μαραθιά.
2. **Adams, N., Ravey, J., & Taylor, D.** (1996). Psychological Models of Chronic Pain and Implications for Practice, *Physiotherapy*, 82(2), 124-129.
3. **Agras, S.W.** (1989). Understanding Compliance with the Medical Regimen: The Scope of the Problem and a Theoretical Perspective, *Arthritis Care and Research*, 2(3), 82-87.
4. **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
5. **Alexandre, N.M.C., Nordin, M., Hiebert, R., & Campello, M.** (2002). Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 12(2), 86-95.
6. **Almeida-Filho, N, Lessa, I, Magalhaes, L, Araujo, MJ, Aquino, E, Kawachi, I, James, SA.** (2004). Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 38(1):45-54.
7. **Andrianakos, A. et al.** (2005). The Burden of the Rheumatic Diseases in the General Adult Population of Greece: the ESORDIG Study. *Rheumatology*, 44(7), 932-938.
8. **Arrindell, W.A., Hafkenscheid, A.J.P.M., & Emmelkamp, P.M.G.** (1984). The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ): A Psychometric Evaluation in Psychiatric Outpatients, *Journal of Personality and Individual Differences*, 5, 221-231.
9. **Ayache, L.** (1999). *Ο Ιπποκράτης*. Μετάφραση Μιχαήλ, Υβ. Αθήνα: Δαίδαλος.
10. Bergman, S. (2007). Management of musculoskeletal pain, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21(1), 153-166.
11. **Bethea, A.R., Acosta, M.C., & Haller, D.L.** (2008). Patient Versus Therapist Alliance: Whose Perception Matters?, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 174–183.
12. **Borsari, B, Carey, KB.** (2001). Peer influences on college drinking: a review of the research. *J Subst Abuse*.13(4):391-424.
13. **Bosley, C.M., Fosbury, J.A., & Cochrane, G.M.** (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma, *European Respiratory Journal*, 8(6), 899–904.
14. **Bowen, M.** (1972). *Τρίγωνο στην οικογένεια*. Ανωνύμου, Για τη διαφοροποίηση του εαυτού. Κ. Χαραλαμπάκη (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998.
15. **Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R.** (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds). USA, NY: Guilford Press.
16. **Caine, T.M., Foulds, G.A., & Hope, K.** (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.

17. **Campbell, T.L.** (2005). Improving Physical Health through Family Intervention. In C. McKenry & S.J. Price (Eds), *Families & Change – Coping with Stressful Events and Transitions*. California: Sage Publications.
18. **Cano, A.** (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration, *Pain*, 110(3), 656–664.
19. **Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H.** (2004a). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress, *Pain*, 107(1-2), 99–106.
20. **Cano, A., Johansen, A.B., & Geisser, M.** (2004b). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain, *Pain*, 109(3), 258–265.
21. **Cano, A., Miller, L.R., & Loree, A.** (2009). Spouse Beliefs about Partner Chronic Pain, *Journal of Pain*, 10(5), 486–492.
22. **Cano, A., Weisberg, J.N., & Gallagher, R.M.** (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample, *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
23. **Carlini, EA, Galduroz, JC, Noto, AR, Nappo, AS.** (2002). *I Residential data collection about the use of psychotropic drugs in Brazil: a survey involving the 107 largest cities in the country*. Brazilian Center of Information about Psychotropic Drugs (CEBRID) Psychobiology Department of the Federal University of São Paulo.
24. **Chaturvedi, S.K.** (1987). Family morbidity in chronic pain patients, *Pain*, 30(2), 159-168.
25. **Christensen, D.B.** (1978). Drug-taking Compliance: A Review and Synthesis, *Health Services Research*, 13(2), 171-187.
26. **Cirakoglu, OC, Isin, G.** (2005). Perception of drug addiction among Turkish university students: causes, cures, and attitudes. *Addict Behav.* 30(1):1-8.
27. **Dannecker, E.A., Knoll, V., & Robinson, M.E.** (2008). Sex Differences in Muscle Pain: Self-care Behaviors and Effects on Daily Activities, *Journal of Pain*, 9(3), 200–209.
28. **Donovan, J.L., & Blake, D.R.** (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision making, *Social Science & Medicine*, 34(5), 507-513.
29. **Dragioti E., Vitoratou S., Kaltsouda A., Tsartsalis D. & Gouva M.** (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Psychological Reports*, 109(1): 77-92.
30. **Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva M.** (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire(CAQ), *Psychological reports*, 109(1):77-92.
31. **Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H.** (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity.* 2: 489-493.

32. **Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M.K.** (2001). Treatment adherence in chronic disease, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 57–60.
33. **Economou, M. & Angelopoulos, N.V.** (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.* 9(4): 331-337.
34. **Edwards, P.W., Zeichner, A., Kuczmierczyk, A.R., & Boczowski, J.** (1985). Familial Pain Models: the Relationship between Family History of Pain and Current Pain Experience, *Pain*, 21(4), 379-384.
35. **Fairchild, A.J., & Finney, S.J.** (2006). Investigating Validity Evidence for the Experiences in Close Relationships–Revised Questionnaire, *Educational and Psychological Measurement*, 66(1), 116-135.
36. **Faucett, J.A., & Levine, J.D.** (1991). The contributions of interpersonal conflict to chronic pain in the presence or absence of organic pathology, *Pain*, 44(1), 35-43.
37. **Ferguson, K., & Bole, G.G.** (1979). Family support, health beliefs, and therapeutic compliance in patients with rheumatoid arthritis, *Patient Counseling and health education*, 1(3), 101-105.
38. **Flor, H., Turk, D.C., & Rudy, T.E.** (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: the mediating role of gender, marital status and marital satisfaction, *Pain*, 38(1), 45-50.
39. **Flor, H., Turk, D.C., & Scholz, O.B.** (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences, *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 63-71.
40. **Floyd, J.A.** (1991). Nursing students' stress levels, attitude toward drugs, and drug use, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (1): 46–53.
41. **Fowler, P.C.** (1981). Maximum Likelihood Factor Structure of the Family Environment Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 160-164.
42. **Galduroz, JC, Caetano, R.** (2004 α)Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 26 (Suppl 1):S3-6.
43. **Galduroz, JC, Noto, AR, Nappo, SA, Carlini, EA.** (2004 β). Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989,1993 and 1997. *Braz J Med Biol Research.*37(4):523-31.
44. **Goldenberg, H., & Goldenberg, I.** (2008). *Family Therapy – An Overview*. Belmont: Thomson Brooks/Cole.
45. **Gouva M., Dragioti, E., Paschou, A.** (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain, *Interscientific health care*, (accepted).
46. **Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras V.** (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, (accepted).

47. **Harrold,L.R., & Andrade, S.E.** (2009). Medication Adherence of Patients with Selected Rheumatic Conditions: A Systematic Review of the Literature, *Seminars in Arthritis Rheumatism*, 38(5), 396–402.
48. **He, Y., Zhang, M., Lin, E.H.B., Bruffaerts,R., Posada-Villa, J., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Uda, H., Mneimneh, Z., Benjet, C., de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Seedat, S., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., Kovess, V., Von Korff, M., & Kessler, R.** ( 2008). Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys, *Psychological Medicine*, 38(11), 1639–1650.
49. **Hinkley, B.S., & Jarcenko, M.E.** (1994). Effects of Pain Duration on Psychosocial Adjustment in Orthopedic Patients. The Importance of Early Diagnosis and Treatment of Pain, *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 175-185.
50. **Holdcraft, LC, Iacomo, WG.** (2004). Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend.*74(2):147-58.
51. **Holi, M.** (2003). Assessment of Psychiatric Symptoms using the SCL-90. Helsinki: Helsinki University Printing House.
52. **Horne, R., & Weinman, J.** (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555–567.
53. **Hugtenburg, J.G., Blom, A.Th.G., & Kisoensingh, S.U.** (2005). Initial phase of chronic medication use; patients' reasons for discontinuation, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61(3), 352–354.
54. **Ickowics, J.R., & Meisler, A.W.** (1997). Adherence in AIDS Clinical Trials: A Framework for Clinical Research and Clinical Care, *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 385-391.
55. **Ingersoll, K.S., & Cohen, J.** (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature, *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213–224.
56. **Jalali, B., Jalali, M., Crocetti, G. & Turner, F.** (1981). Adolescents and drug use: Toward a More Comprehensive Approach, *American Journal of Orthopsychiatry*, Volume 51, Issue 1, pages 120–130.
57. **Jamison, R.N., & Virts, K.L.** (1990). The Influence of Family Support on Chronic Pain, *Behaviour Research Therapy*, 28(4), 283-287.
58. **Jin, J., Sklar, G.E., Sen Oh, V.M., & Li, S.C.** (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269–286.
59. **Justins, D.M.** (1996). Management strategies for chronic pain, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 55(9), 588-596.

60. **Kahler, CW, Read, JP, Wood, MD, Palfai, TP.** (2003). Social environmental selection as a mediator of gender, ethnic, and personality effects on college students drinking. *Psychol Addict Behav.* 17(3):226-34.
61. **Kauffman, SE, Silver, P, Poulin, J.** (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Soc Work.* 42(3):231-41.
62. **Keefe, F.J., & Porter, L.** (2007). Pain catastrophizing in the context of satisfaction with spousal responses: New perspectives and new opportunities, *Pain*, 131(1-2), 1–2.
63. **Kerr-Correa, F, Andrade, AG, Bassit, AZ, Boccuto, NM.** (1999). Use of alcohol and drugs by medical students of Unesp. *Rev Bras Psiquiatr.* 21(2):95-100.
64. **Kraus, M.R., Schafer, A., Csef, H., Faller, H., Mork, H. & Scheurlen, M.** (2001). Compliance with Therapy in Patients with Chronic Hepatitis C. Associations with Psychiatric Symptoms, Interpersonal Problems and Mode of Acquisition, *Digestive Diseases and Sciences*, 46(10), 2060-2065.
65. **Krug, A.** (1997). *Αρχαία ιατρική, επιστημονική και θρησκευτική ιατρική στην αρχαιότητα*. Μετάφραση: Ελένη Μανακίδου, Θεόδωρος Σαρτζής, επίβλεψη: Δημ. Λυπουρλής. Αθήνα: Παπαδήμ
66. **Larsen, J., Stovring, H., Kragstrup, J., & Hansen, D.G.** (2009). Can differences in medical drug compliance between European countries be explained by social factors: analyses based on data from the European Social Survey, round 2, *BMC Public Health*, 9, 145,
67. **Larsen, P.D.** (2009). Illness Behavior. In P.D. Larsen & I.M. Lubkin (Eds), *Chronic Illness – Impact and Intervention*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
68. **Larsson, M.EH., & Nordholm, L.A.** (2008). Responsibility for managing musculoskeletal disorders – A cross-sectional postal survey of attitudes, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9(110), 1-11.
69. **Latimer, WW, Floyd, LJ, Vasquez, M, O'Brien, M, Arzola, A, Rivera, N.** (2004). Substance use among school-based youths in Puerto Rico: differences between gender and grade levels. *Addict Behav.* 29(8):1659-64.
70. **Lee, D., Mendes de Leon, C.F., Jenkins, D., Croog, S.H., Levine, S., & Sudilovsky, A.** (1992). Relation of Hostility to Medication Adherence, Symptom Complaints, and Blood Pressure Reduction in a Clinical Field Trial of Antihypertensive Medication, *Journal of Psychosomatic Research*, 36(2), 181-190.
71. **Lee, P., & Tan, L.J.P.** (1979). Drug Compliance in Outpatients with Rheumatoid Arthritis, *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 9(3), 274-277.
72. **Leonard, M.T., Cano, A., & Johansen, A.B.** (2006). Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence, *The Journal of Pain*, 7(6), 377-390.
73. **Lewis, MA, Neighbors, C.** (2004). Gender-specific misperceptions of college student drinking norms. *Psychol Addict Behav.* 18(4):334-9.

74. **Liakos, A.** (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis.* University of Athens. Greece.
75. **Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C.** (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
76. **Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J.** (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.
77. **Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I.** (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res*, 95 (1) p 129-142.
78. **Madianos, M. & Madianou, D.** (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.
79. **Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A.** (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.
80. **Main, C.J., & Williams, A.** (2002). ABC of psychological medicine- Musculoskeletal pain, *BMJ*, 325(7363), 534–537.
81. **McDowell, I.** (1987). Screening for psychosocial problems among primary care patients: a pilot study, *Canadian Medical Association Journal*, 137(12), 1095-1100.
82. **McGowan, P.** (1990). Psychologic, Social, Emotional, and Practical Problems of Patients with Arthritis, *Canadian Family Physician*, 36, 503-507.
83. **Miller, P.J., & Hafner, J.R.** (1989). HDHQ Test – Properties for Normal Respondents, *Personality and Individual Differences*, 10(12), 1311-1318.
84. **Moore, P.J., Sickel, A.E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N.E.** (2004). Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance: The Role of the Doctor–Patient Relationship, *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421–433.
85. **Nemes, M.I.B., Helena, E.T., Caraciolo, J.M.M., & Basso, C.R.** (2009). Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches, *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 392-400.
86. **Newton-John, T.R., & C de C Williams, A.** (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviors, *Pain*, 123(1), 53–63.
87. **Osterberg, L., & Blaschke, T.** (2005). Drug therapy - Adherence to Medication, *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
88. **Pandina, R.J. Schuele, J.A.** (1983). Psychosocial Correlates of Alcohol and Drug Use of Adolescent Students and Adolescents in Treatment, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 44 (6).

89. **Parrish, B.P., Zautra, A.J., & Davis, M.C.** (2008). The Role of Positive and Negative Interpersonal Events on Daily Fatigue in Women with Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, and Osteoarthritis, *Health Psychology*, 27(6), 694–702.
90. **Payne, B., & Norfleet, M.A.** (1986). Chronic Pain and the Family: a Review, *Pain*, 26(1), 1-22.
91. **Philip, A.E.** (1969). The Development and Use of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, *Journal of Psychosomatic Research*, 13(3), 283 - 287.
92. **Piette, J.D., Heisler, M., & Wagner, T.H.** (2004). Cost-Related Medication Underuse. Do Patients With Chronic Illnesses Tell Their Doctors?, *Archives Internal Medicine*, 164(16), 1749-1755.
93. **Pollak, K.** (2007). *Η ιατρική στην αρχαιότητα, Ελλάδα- Ρώμη- Βυζάντιο*. Μετάφραση Μαυρουδής Δ. Αθήνα: Δ. Παπαδήμα, β' έκδοση.
94. **Read, JP, Wood, MD, Davidoff, OJ, McLacken, J, Campbell, JF.** (2002). Making the transition from high school to college: the role of alcohol related a social influence factor in student's drinking. *Subst Abus.*23(1):53-65.
95. **Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J.K.** (2003). The physiology of marriage: pathways to health, *Physiology & Behavior*, 79(3), 409– 416.
96. **Ross, F.M.** (1991). Patient Compliance - Whose Responsibility?, *Social Science & Medicine*, 32(1), 89-94.
97. **Roth ME, Cosgrove KP, Carrol ME.** (2004). Sex differences in the vulnerability to drug abuse: a review of preclinical studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 28(6):533-46.
98. **Sanson-Fisher, R., Bowman, J., & Armstrong, S.** (1992). Factors Affecting Nonadherence with Antibiotics, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 15(4), 103-109.
99. **Schwartz, L., Slater, M.A., Birchler, G.R., & Atkinson, H.J.** (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction, *Pain*, 44(1), 61-67.
100. **Shelby, R.A., Somers, T.J., Keefe, F.J., Pells, J.J., Dixon, K.E., & Blumenthal, J.A.** (2008). Domain Specific Self-Efficacy Mediates the Impact of Pain Catastrophizing on Pain and Disability in Overweight and Obese Osteoarthritis Patients, *Journal of Pain*, 9(10), 912–919.
101. **Shilling, C.** (2002). Culture, the 'sick role' and the consumption of health, *British Journal of Sociology*, 53(4), 621-638.
102. **Simoni-Wastila, I.** (2000). The use of abuse prescription drugs: the role of gender. *J Womens Health Gend Based Med.* 9(3):289-97.
103. **Simons, JS, Gaher, RM, Correia, CJ, Hansen, CL, Christopher, MS.** (2005). An affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychol Addict Behav.* 19(3):326-34.



104. **Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J., & Johnson, J.A.** (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38875.675486.55.
105. **Skordilis, E.K., & Stavrou, N.A.** (2005). Sport Orientation Model for Wheelchair Basketball Athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 100(3), 1081-1096.
106. **Smith, A.A.** (2003). Intimacy and Family Relationships of Women with Chronic Pain, *Pain Management Nursing*, 4(3), 134-142.
107. **Smith, B.W., & Zautra, A.J.** (2008). The Effects of Anxiety and Depression on Weekly Pain in Women with Arthritis, *Pain*, 138(2), 354–361.
108. **So, D.W.** (2002). Acupuncture Outcomes, Expectations, Patient–Provider Relationship, and the Placebo Effect: Implications for Health Promotion, *American Journal of Public Health*, 92(10), 1662-1667.
109. **Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R., & Epstein, R.S.** (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost, *Medical Care*, 43(6), 521–530.
110. **Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS.** (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
111. **Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ.** (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.
112. **Spielberg CD.** (1988). *Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
113. **Spielberger, C.D.** (1976). *The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues*. Monograph 2: 713-725.
114. **Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R.** (1970). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
115. **Stilley, C.S., Sereika, S., Muldoon, M.F., Ryan, C.M., & Dunbar-Jacob, J.** (2004). Psychological and Cognitive Function: Predictors of Adherence With Cholesterol Lowering Treatment, *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 117–124.
116. **Story, L.B., & Bradbury, T.N.** (2004). Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges, *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1139–1162.
117. **Suls, J, Green, P.** (2003). Pluralistic ignorance and college student perceptions of gender-specific alcohol norms. *Health Psychol.* 22(5):479-86.
118. **Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A.** (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment, *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47–55.

119. **Tuncay, R., Eksioğlu, E., Cakir, B., Gurcay, E., & Cakci, A.** (2007). Factors affecting drug treatment compliance in patients with rheumatoid arthritis, *Rheumatology International*, 27(8), 743–746.
120. **Turk, D.C., & Rudy, T.E.** (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance, and adherence enhancement, *Pain*, 44(1), 5-28.
121. **Turk, D.C., Flor, H., & Rudy, T.E.** (1987). Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact, *Pain*, 30(1), 3-27.
122. **Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J.** (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
123. **Von Schlippe, A., & Schweitzer, J.** (2007). *Εγχειρίδιο της Συστημικής Θεραπείας και Συμβουλευτικής*. Ε. Μοτάκη (Μτφρ.) & Β. Ιωαννίδου (Επιμ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2008.
124. **Wagner, G.A., de Andrade Stempliuik, V., Zilberman, M.L., Barroso, L.P., de Andrade A.G.** (2007). Alcohol and drug use among university students: gender differences, *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.29 no.2 , *Print version* ISSN 1516-4446\
125. **Wallace, JM, Bachman, JG, O'Malley, PM, Schlenberg, JE, Cooper, SM, Johnston, LD.** (2003). Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976-2000. *Addiction*.98(2):225-34.
126. **Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D.L.** (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure, *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187-204.
127. **Weigl, M., Angst, G., Aeschlimann, A., Lehmann, S., & Stucki, G.** (2006). Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis: a comparison of logistic regression models with three different definitions of responder, *OsteoArthritis and Cartilage*, 14(7), 641-651.
128. **Zolnierek, K.B.H., & DiMatteo, R.M.** (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis, *Medical Care*, 47(8), 826–834.
129. **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, 21: 118-123.
130. **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, 24: 16-20.
131. **Αποστολιδης, Π.** (1997). *Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
132. **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
133. **Δαφέρμος, Β.** (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.

134. **Ιπποκράτης.** (1967). *Άπαντα τα έργα.* Τόμοι Α,Β,Γ,Δ,Ε,Ζ,ΣΤ, Πουρναρόπουλου Γ., μετάφραση: Κάισαρος Εμ., Αθήνα: Μαρτινός
135. **Ιπποκράτης.** (1992). *Άπαντα.* Αρχαία ελληνική γραμματεία: «οι Έλληνες», τόμοι 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17, Αθήνα: Κάκτος.
136. **Ιπποκράτης.** (1993). *Άπαντα.* Αρχαία ελληνική γραμματεία: «οι Έλληνες», τόμος 9, *Περί γυναικείας φύσιος, Περί αφόρων, Περί παρθενίων.* Αθήνα: Κάκτος.
137. **Ιπποκράτης.** (1996). *Περί φύσιος ανθρώπου.* Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Τσεκουράκης Δ., Αθήνα: Δαίδαλος.
138. **Ιπποκράτης.** (2001). *Περί αρχαίας ιητρικής.* Εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Τσεκουράκης Δ., Αθήνα: Δαίδαλος.
139. **Ιωαννίδης, Ι.Π.Α.** (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας.* Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
140. **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική.* Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
141. **Κιαπόκας, Μ.** (1996). *Ιπποκράτης ο Κώος και ο ιπποκρατικός όρκος.* Αθήνα: έκδοση του πνευματικού κέντρου του δήμου Κω.
142. **Κοντοπούλου, Θ.** (2004). *Τα ιατρικά στην αρχαία τραγωδία.* Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
143. **Λιάκος, Α. & Γιαννίση Σ.** (1984). Η αξιολογία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21: 71-76.
144. **Μάτσα, Κ.** (1997). *Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος.* Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
145. **Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική, vol. 2,* p. 42-48.
146. **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών.* Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
147. **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993).** *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική.* Τόμος Β'. Αθήνα.
148. **Ρηγάτος, Γ. Α.** (2001). *Αρρώστιες και γιατροί σε αρχαία ελληνικά επιγράμματα.* Αθήνα: Βήτα, ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.
149. **Ρηγάτος, Γ. Α.** (2009). *Ο Πόνος στον πολιτισμό και στην ιστορία της ιατρικής.* Αθήνα: Βήτα.
150. **Σπαγάνδου, Β., Σπαγάνδου, Ρ. & Τραύλου, Δ.** (2002) *Οι ιατροί και οι φαρμακολόγοι της Αρχαίας Ελλάδας.* Αθήνα: Αίθρα, β' έκδοση.
151. **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π.** (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.
152. **Τσεκουράκης, Δ.** (2008). *Η διαίτα στον Ιπποκράτη.* Σειρά: αρχαία ελληνική γραμματεία, μελέτες. Αθήνα: Παπαζήση.

153. **Χαβιάρα, & Καραχάλιου, Σ.** (2010). Προϊπποκρατική ιατρική. *Ιστορία Εικονογραφημένη*. Πάπυρος, 504.
154. **Χριστοπούλου, & Αλέτρα, Ε.** (2002). *Εισαγωγή στην Ιπποκρατική ιατρική, ειδικά θέματα*. πρόλογος Σκαλκέας Γρ., Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης.