



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η επίδραση του φύλου ασθενών με χρόνια μυοσκελετικό πόνο στην ψυχοπαθολογία και στα χαρακτηριστικά επιθετικότητας

Σπουδάστρια:

Κόλλια Ανδρομάχη, Ψυχολόγος (Α.Μ. 104)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Ηπείρου

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2009

Η παρούσα εργασία αφιερώνεται στους Δασκάλους μου,

Σας ευχαριστώ !

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

εισαγωγή.....σελ. 5	σελ. 5
επιδημιολογία πόνου.....σελ. 10	σελ. 10
μυοσκελετικές παθήσεις και φύλο.....σελ. 13	σελ. 13
φύλο, ψυχοπαθολογία και χρόνιος πόνοςσελ. 16	σελ. 16
φύλο, επιθετικότητα και χρόνιος πόνοςσελ. 19	σελ. 19
σκοπός εργασίαςσελ. 22	σελ. 22
ερευνητικές υποθέσειςσελ. 23	σελ. 23
περιορισμοί της ερευνητικής διαδικασίαςσελ. 24	σελ. 24
μεθοδολογία έρευνας:.....σελ. 24	σελ. 24
I. υποκείμενασελ. 24	σελ. 24
II. Ερευνητικά εργαλεία.....σελ. 25	σελ. 25
III. Στατιστική επεξεργασία.....σελ. 28	σελ. 28
Αποτελέσματα ερευνητικής διαδικασίαςσελ. 29	σελ. 29
I. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....σελ. 30	σελ. 30
II. Η επίδραση του φύλου στην ένταση του πόνου, στην ψυχοπαθολογία και στην επιθετικότητα.....σελ. 33	σελ. 33

III. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.....σελ. 36	
Συζήτηση αποτελεσμάτων.....σελ. 40	
Χρήση αναλγητικών και φύλο.....σελ.40	
Χρήση αναλγητικών, ένταση πόνου, ψυχοπαθολογία και επιθετικότητα...σελ.41	
Επαγγελματική κατάσταση και μυοσκελετικός πόνος.....σελ.41	
Φύλο και ένταση πόνου.....σελ.42	
Φύλο και ψυχοπαθολογία.....σελ.43	
Φύλο και επιθετικότητα.....σελ.44	
Πόνος και επιθετικότητα.....σελ.45	
Πόνος και ψυχοπαθολογία.....σελ.45	
Επίλογοςσελ. 47	
Βιβλιογραφίασελ. 48	
Παράρτημα.....σελ. 54	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πόνος σύμφωνα με την IASP (International Association for the study of Pain) είναι μία δυσάρεστη υποκειμενική αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με βλάβη, τραυματισμό ή καταστροφή ιστών του σώματος. Η λατινική ρίζα της λέξης πόνος (poena) της προσάπτει την έννοια της τιμωρίας, ενδεικτικό της πολλαπλής σημασίας και ερμηνείας που ενδεχομένως να έχει ο πόνος στην ανθρώπινη ζωή (Borsook, LeBel et al., 1998). Λόγω της φύσης του, συνυφασμένος με την έννοια της νόσου, λαμβάνει συχνά χαρακτηρισμούς που συσχετίζουν την ύπαρξη του με κακοτυχία, με τιμωρία από το θείο, με δαιμονοληψίες ή και άλλες διαφορετικές αρνητικές σημασίες. Ωστόσο, πρέπει να αναγνωρίσουμε πως η ύπαρξη του πόνου εξυπηρετεί ουσιαστικά την αντίληψη μας για τα όρια του σώματος και της ύπαρξης μας γενικότερα.

Λόγω του υποκειμενικού του χαρακτήρα, ο πόνος είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί αντικειμενικά (Borsook, LeBel et al., 1998). Στην κλινική πρακτική, οι επαγγελματίες υγείας δέχονται πως ο ασθενής πονάει στον βαθμό που εκείνος αναφέρει. Στην εκτίμηση της έντασης του πόνου χρησιμοποιούνται κλίμακες αυτό - αξιολόγησης, όπως η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS), και διάφορα άλλα πολυδιάστατα εργαλεία, κυρίως για καταστάσεις σύνθετου πόνου, όπως το Ερωτηματολόγιο Πόνου του McGill (MPQ).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο πόνος θεωρείται πλέον νόσος και συμπεριλαμβάνεται στο DSM – IV, στις Σωματόμορφες Διαταραχές ως Διαταραχή Πόνου. Ως διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή του πόνου θεωρούνται τα ακόλουθα:

- η εστία του πόνου να αφορά μία ή περισσότερες ανατομικές περιοχές, επαρκούς βαρύτητας ώστε να δικαιολογεί κλινική προσοχή.
- ο πόνος να προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση στην κοινωνική, επαγγελματική ή άλλου είδους λειτουργικότητα.
- Ψυχολογικοί παράγοντες να συμμετάσχουν στην έναρξη, τη βαρύτητα, την επιδείνωση ή τη συντήρηση του πόνου.
- Ο πόνος να μην παράγεται σκόπιμα ή να είναι αποτέλεσμα προσποίησης.
- Να μην εξηγείται καλύτερα με άλλες διαταραχές, π.χ. Αγχώδη, Ψυχωσική ή Διαταραχή Διάθεσης (American Psychiatric Association, 2004).

Ο πόνος ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του μπορεί να διαχωριστεί σε Οξύ και Χρόνιο πόνο. Ο Οξύς πόνος έχει προσωρινό χαρακτήρα καθώς διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες. Εδώ κατατάσσονται οι οδύνες του τοκετού, μετεγχειρητικά άλγη, τραυματισμοί, ο πονόδοντος κ.ά. Ο Χρόνιος πόνος έχει μακρόχρονη διάρκεια, πάνω από έξι μήνες, και συνήθως συσχετίζεται με κάποια ασθένεια. Ανάλογα τον χαρακτήρα του, κατατάσσεται στον Χρόνιο Υποτροπιάζων Πόνο (επεισόδια έντονου πόνου εναλλάσσονται με περιόδους ύφεσης), στον Χρόνιο Ανθεκτικό μη Προοδευτικό Πόνο (παρατηρείται πάντα χωρίς να σχετίζεται όμως με κάποια προοδευτικά εξελισσόμενη κατάσταση), και στον Χρόνιο Κλιμακούμενο Πόνο (συνεχής ενόχληση που αυξάνεται προοδευτικά ανάλογα με την επιδείνωση της κατάστασης που την προκαλεί), (DiMatteo and Martin, 2006).

Το 2001 η EFIC (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εταιρειών Πόνου, τμημάτων της IASP), στην διακήρυξη της για τον χρόνιο πόνο, αναγνωρίζει την μη χρησιμότητα του στην προάσπιση της ζωής, αλλά την συμβολή του σε μία σειρά δυσλειτουργιών σε σωματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Παθοφυσιολογικά, ο χρόνιος πόνος δεν είναι προϊόν της αρχικής νόσου ή της ιστικής βλάβης καθαυτής, καθώς αυτές μπορεί να έχουν θεραπευτεί πλέον, αλλά οφείλεται σε δευτερογενείς αλλαγές που λαμβάνουν χώρα σε νευρολογικό επίπεδο. Τα αρνητικά συναισθήματα που εκλύονται από μία χρόνια επώδυνη κατάσταση επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ίδιου του ατόμου αλλά και του στενού περιβάλλοντος του, ενώ η ίδια η φύση του πόνου με τις σωματικές διαταραχές που προκαλεί, δημιουργεί δυσλειτουργίες στην ομαλή επαγγελματική και κοινωνική ζωή των ατόμων (Niv and Devor, 2001).

Ο πόνος,εξ ορισμού, μας αφορά όλους. Οποιαδήποτε χρονική στιγμή και αν αξιολογηθεί, θεωρείται πως επηρεάζει το 20% του πληθυσμού του πλανήτη μας (Foulkes and Wood, 2008). Ωστόσο, άτομα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ενδέχεται να αναπτύξουν σύνδρομο χρόνιου πόνου πιο συχνά από άτομα που έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Εκτός από την παθολογία και τους βιολογικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην λειτουργία ενός επώδυνου συνδρόμου, το φύλο και οι πολιτισμικές καταβολές είναι δύο από τα βασικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την εμφάνιση και την διάρκεια του. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη, η οικονομική κατάσταση και το επάγγελμα έχουν επίσης ρόλο στην εμφάνιση και διατήρηση του χρόνιου πόνου (Macfarlane, 2006).

Αναφορικά με την επαγγελματική δραστηριότητα, έχει παρατηρηθεί πως καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από έλλειψη ενδιαφέροντος για το εργασιακό αντικείμενο, μειωμένες δυνατότητες για ανέλιξη ή εκμάθηση νέων πραγμάτων, απαιτητικές και πιεστικές συνθήκες εργασίας, έλλειψη ικανοποίησης από το εργασιακό αποτέλεσμα αλλά και από τις σχέσεις με συναδέλφους, και η αίσθηση χαμηλού ή υψηλού αισθήματος ελέγχου, μπορούν να θεωρηθούν πρόδρομες συνθήκες για την εμφάνιση συνδρόμων χρόνιου πόνου (Harkness et al., 2003).

Όπως γίνεται κατανοητό από τις δύο προηγούμενες παραγράφους, ο πόνος είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Με βάση τους αιτιολογικούς μηχανισμούς και τις επιπτώσεις του στην ανθρώπινη ζωή και δραστηριότητα, θα λέγαμε πως εκτείνεται σε τρεις διαστάσεις, στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το φύλο είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη φύση του πόνου αλλά και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτόν. Προσδιορίζοντας την έννοια του φύλου με βάση τους δύο πόλους του, την αρρενωπότητα και την θηλυκότητα, είναι εύκολο να διακρίνουμε τα κοινωνικά στοιχεία που πλαισιώνουν αυτά τα χαρακτηριστικά. Στοιχεία της θηλυκότητας μίας εκπροσώπου του θηλυκού φύλου θεωρούνται η ευαισθησία, οι λεπτοί τρόποι, το ένστικτο της μητρότητας, η ανάγκη για αναζήτηση εξωτερικής υποστήριξης στις δύσκολες καταστάσεις. Αντίθετα, χαρακτηριστικά της αρρενωπότητας θεωρούνται η αυτοπεποίθηση, η αυτονομία, η δύναμη σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, η μη εκδήλωση συναισθημάτων που ενδεχομένως να εμπεριέχουν στοιχεία αδυναμίας και stress (McClelland and McCubbin, 2008).

Επομένως, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε φύλου με τις κοινωνικές προεκτάσεις τους, επηρεάζουν την συμπεριφορά των ατόμων σε ένα πλήθος καταστάσεων. Σε αυτές τις καταστάσεις που τα δύο φύλα διαφοροποιούν τις απαντήσεις τους, συγκαταλέγεται και ο χρόνιος πόνος. Οι πολυπαραγοντικές αιτιάσεις του και οι πολύπλευρες επιπτώσεις του στις ανθρώπινες δραστηριότητες περιλαμβάνουν και την συνισταμένη του φύλου ανάμεσα τους. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που είναι συνυφασμένα με τον ρόλο του κάθε φύλου, έχουν την σημασία τους στην διαμόρφωση των συμπεριφορών αντίληψης, επεξεργασίας και αντιμετώπισης των επώδυνων ερεθισμάτων.

Όλες αυτές οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων φαίνεται πως ερμηνεύονται με ποικίλους μηχανισμούς. Δεδομένης της πολυπαραγοντικής φύσης του πόνου, οι ερμηνευτικοί μηχανισμοί εκτείνονται και στις τρεις διαστάσεις του. Αφορούν,

δηλαδή, και σε κοινωνικούς και σε ψυχολογικούς αλλά και σε βιολογικούς παράγοντες.

Ερευνώντας τις βιολογικές διαφορές, έχει αποδειχθεί πως τα δύο φύλα έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς για την αντίληψη του πόνου σε νευροανατομικό, σε νευροβιολογικό και σε νευροφυσιολογικό επίπεδο (Barsky et al., 2001). Εμφανίζουν διαφορετικό κατώφλι πόνου, με τις γυναίκες να έχουν χαμηλότερο από τους άντρες, (Garcia et al., 2007), διαφορετική αντοχή αλλά και διαφορετικό τρόπο κεντρικής και περιφερικής επεξεργασίας των ερεθισμάτων που σχετίζονται με τον πόνο (Paulson et al, 1998) .

Μιλώντας για κατώφλι του πόνου εννοούμε την ελάχιστη ισχύ ενός ερεθίσματος, που χρειάζεται για να γίνει αντιληπτό ως επώδυνο. Αποτελεί το κατώτερο όριο του πόνου. Αντίθετα, η αντοχή αναφέρεται στο ανώτερο όριο του πόνου και αποτελεί την υψηλότερη ισχύ ενός επώδυνου ερεθίσματος που το άτομο μπορεί να αντέξει (DiMatteo and Martin, 2006). Το κατώφλι του πόνου επηρεάζεται κυρίως από βιολογικούς παράγοντες ενώ η αντοχή από ψυχολογικούς.

Έχουμε αναφερθεί στο γεγονός πως συνήθως οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερο κατώφλι στον πόνο συγκριτικά με τους άνδρες. Αυτό υποδεικνύει μία υψηλή ευαισθησία στην αντίληψη του πόνου, η οποία επηρεάζει την συμπεριφορά πόνου που συνήθως ακολουθούν οι γυναίκες (Foulkes and Wood, 2008). Το χαμηλό κατώφλι πόνου των γυναικών έχει αποδειχθεί πειραματικά, χρησιμοποιώντας ως επώδυνα ερεθίσματα είτε ηλεκτρικό ερεθισμό (Mylius et al, 2005), είτε εφαρμογή πίεσης (Garcia et al, 2007). Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί η εφαρμογή θερμότητας (Paulson et al, 1998), όπου τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια.

Οι κοινωνικές αιτιάσεις για τις διαφορές των φύλων στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο, περιλαμβάνουν τόσο τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού ρόλου του κάθε φύλου, (Wise et al, 2002), όσο και τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις που έχουν υιοθετηθεί για τον πόνο ή την ασθένεια γενικότερα (Tavoli et al, 2008). Η κοινωνική τάξη, η οικονομική κατάσταση, το πνευματικό υπόβαθρο και το επαγγελματικό status, είναι παράμετροι που έχουν επίσης ιδιαίτερη σημασία.

Η ύπαρξη του stress και οι τρόποι που το διαχειρίζονται τα δύο φύλα, οι καταστάσεις της διάθεσης και τα συναισθήματα που προκύπτουν από την ενασχόληση με την καθημερινότητα (Garofalo et al, 2006), αλλά και οι προσωπικές αξίες των εκπροσώπων των δύο φύλων, είναι επίσης παράγοντες που συμβάλλουν στην διαφορετική θεώρηση και αντιμετώπιση των καταστάσεων πόνου.

Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άντρες και γυναίκες με παρόμοια προβλήματα είναι εξαιρετικά ενδιαφέροντα. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, (Bertakis and Azari, 2007), υποδεικνύουν πως ενδέχεται μία μερίδα γιατρών να καταλήγει σε ιατρικά συμπεράσματα βασιζόμενη στο φύλο του ασθενή. Επίσης, ειδικά για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, έχει καταγραφεί πως οι γυναίκες διαγιγνώσκονται λιγότερο συχνά με καρδιακές παθήσεις από τους άντρες, ακόμα και όταν εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα με αυτούς, και παραπέμπονται πιο σπάνια για περαιτέρω διαγνωστικές ή επεμβατικές τεχνικές (Wong et al, 2001). Από την άλλη πλευρά όμως, υπάρχουν και αρκετοί ασθενείς οι οποίοι δυσκολεύονται να συζητήσουν για την φύση ορισμένων προβλημάτων τους με τον γιατρό, όταν ανήκει σε διαφορετικό φύλο από εκείνους, με αποτέλεσμα να αποκρύπτουν ή να μη δίνουν την ανάλογη σημασία σε όλα τα συμπτώματα και τις ενοχλήσεις τους, σωματικές ή ψυχολογικές (Barsky et al., 2001).

Το φύλο, ωστόσο, είναι μία μεταβλητή που φαίνεται πως επηρεάζει ακόμα και την ίδια την ερευνητική διαδικασία. Συνήθως οι ποιοτικές μελέτες θεωρούνται πιο ακριβείς και περισσότερο αξιόπιστες όταν έχουν εκπονηθεί από γυναίκες ερευνήτριες (Johansson et al, 2002). Ακόμα και τα υποκείμενα μίας έρευνας μπορούν να εισαγάγουν σφάλματα στις τεχνικές μέτρησης και αξιολόγησης, όταν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φύλου τους επηρεάζουν το είδος των απαντήσεων τους (Nettleton, 2002).

Οι διαφορές των δύο φύλων στις συμπεριφορές πόνου διαφαίνονται καθαρά και από την εξέταση των επιδημιολογικών στοιχείων για τον χρόνιο πόνο.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος, ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο όπως αναφέρθηκε παραπάνω, δεν θα μπορούσε παρά να μεταφέρει αυτή του την πολυπλοκότητα και στις επιδημιολογικές μελέτες του. Τα αποτελέσματα των ερευνών για τον επιπολασμό του χρόνιου πόνου διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια και με τον υπό μελέτη πληθυσμό που έχει επιλεγεί. Το ποσοστό των ατόμων που βιώνουν πόνο, ανεξαρτήτου παθολογικής αιτίας, είναι διαφορετικό όταν αναφερόμαστε σε τροφίμους κλινικών αντιμετώπισης του πόνου ή σε νοσοκομεία και διαφορετικό για άτομα που προέρχονται από τον γενικό πληθυσμό. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών που προσέρχονται σε επαγγελματίες υγείας, για οποιοδήποτε λόγο, και δηλώνει πως βιώνει πόνο, έρχεται σε αντίθεση με το ποσοστό εκείνων που προσέρχονται ακριβώς επειδή βιώνουν πόνο (63% / 22%). Παρόμοιες διακυμάνσεις παρατηρούνται και στα στοιχεία σχετικά με την ηλικία των ατόμων που πονούν. Εδώ ωστόσο ο γενικός κανόνας ορίζει πως ο χρόνιος πόνος αυξάνεται αναλόγως με την ηλικία αν και αρκετά από τα σύνδρομα χρόνιου πόνου εμφανίζουν μειωμένη συχνότητα στις μεγάλες ηλικίες (π.χ. κεφαλαλγίες, κοιλιακά άλγη), (Holdcroft and Jaggar, 2005).

Συγκριτικά με τον παράγοντα φύλο, παρατηρείται πως οι γυναίκες υπερέχουν από τους άντρες σχετικά με την μεταβλητή της αυτό-αναφοράς συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, αναφέρουν πως βιώνουν επώδυνες καταστάσεις πιο συχνά, περισσότερες φορές και σε μεγαλύτερη ένταση απ'ότι αναφέρουν οι άντρες (Barsky et al., 2001). Το γεγονός αυτό οφείλεται τόσο σε κοινωνικούς όσο και σε παράγοντες που σχετίζονται με την αντίληψη του σώματος, την αναγνώριση και την περιγραφή σωματικών συμπτωμάτων.

Στον γενικό πληθυσμό έχει διαπιστωθεί πως οι ενήλικες γυναίκες όπως και τα νεαρά κορίτσια αναφέρουν συχνότερα, περισσότερα και μεγαλύτερης έντασης επεισόδια πόνου από ότι οι συνομήλικοι τους ενήλικοι άνδρες και νεαρά αγόρια αντίστοιχα. Τα ίδια ποσοστά παρατηρούνται και στον πληθυσμό των ασθενών γυναικών και ανδρών, με τις γυναίκες ασθενείς να περιγράφουν επίσης περισσότερο πόνο από τους άνδρες (Barsky et al, 2001). Τα δύο φύλα παρουσιάζουν διαφορές στην έκφραση των επώδυνων ερεθισμάτων από την στιγμή της γέννησης τους μόλις. Ο τρόπος για να αξιολογηθεί η ένταση και η δυσφορία που προκαλεί ένα επώδυνο ερέθισμα σε ένα νεογνό, που δεν μπορεί να εκφραστεί χρησιμοποιώντας λόγο, είναι

με την μέτρηση των εκφράσεων του προσώπου του και με το κλάμα που παρουσιάζει κατά την περίοδο δράσης του ερεθίσματος.

Οι διαφορές στην έκφραση του πόνου από τα δύο φύλα ερμηνεύεται από τις γενικότερες βιολογικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαφορές που σημειώνονται στη σχέση των γυναικών και των ανδρών με τον πόνο. Η σχέση των φύλων με το σώμα τους και ο τρόπος που επενεργούν σε αυτό οι διάφοροι νόσοι και τα παθολογικά συμπτώματα, έχει επίσης σημασία στην αξιολόγηση της έκφρασης του πόνου από τα δύο φύλα.

Οι άνδρες γενικότερα δεν αναζητούν εύκολα βοήθεια απλά μόνο επειδή βιώνουν μία επώδυνη συνδρομή. Συνήθως, ο πόνος τους πρέπει να συνοδεύεται από ενός βαθμού σημαντικής ανικανότητας, η οποία να δημιουργεί προβλήματα στις δραστηριότητες τους ώστε να αναφέρουν τον πόνο και να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Διαφορετικά το σύμπτωμα δεν αξιολογείται ως επείγον και η αναζήτηση βοήθειας καθυστερεί (Marcus, 2001). Η συμπεριφορά τους αυτή συμφωνεί με τον ρόλο του δυνατού και του στωικού που έχει συνδεθεί με την ταυτότητα του ανδρικού φύλου και με την άρνηση τους να δουν τον εαυτό τους στον ρόλο του ασθενή γενικότερα.

Αντίθετα, οι γυναίκες φαίνεται πως αναγνωρίζουν καλύτερα τα συμπτώματα που εμφανίζονται στο σώμα τους, τα θυμούνται και άρα μπορούν να τα περιγράψουν καλύτερα σε έναν ειδικό, και βέβαια αυτή τους η συμπεριφορά ταιριάζει με τα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στο φύλο τους (Barsky et al, 2001).

Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις το ίδιο σύμπτωμα της ίδιας νόσου μπορεί να έχει ενδεχομένως διαφορετική δράση και εξέλιξη σε άτομα διαφορετικού φύλου, και αυτός είναι ένας παράγοντας που δεν μπορεί να αγνοηθεί και έχει ιδιαίτερη σημασία στην κλινική πρακτική. Δεν διαφέρουν όλα τα άτομα διαφορετικού φύλου μεταξύ τους στην κλινική έκφραση, ούτε όλα τα συμπτώματα όλων των νόσων εξελίσσονται με τον ίδιο ή όχι τρόπο στα άτομα που προσβάλλουν επηρεαζόμενα μόνο από το φύλο τους. Η αξιολόγηση των εκφραζόμενων συμπτωμάτων απαιτεί γνώσεις και εμπειρία από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας.

Μία άλλη μεταβλητή εξίσου σημαντική, που δίνει στοιχεία για τις διαφορές των δύο φύλων στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο, είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι στατιστικές αναφέρουν πως οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, οικογενειακούς ιατρούς κ.ά.), συγκριτικά με τους άντρες, αν και ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν πως αν

εξαιρεθούν θέματα υγείας που αφορούν σε γυναικολογικά προβλήματα γενικότερα, τότε δεν υπάρχει ουσιαστικά διαφορά στα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών από τα δύο φύλα (Nettleton, 2002).

Το 2007 δημοσιεύτηκαν ερευνητικά δεδομένα που αφορούσαν σε μία ειδική ομάδα πληθυσμού των Η.Π.Α, τους βετεράνους πολέμου με χρόνια πόνο (Kaur et al, 2007). Παρατηρήθηκε λοιπόν, πως από αυτή την ιδιαίτερη ομάδα, οι γυναίκες βετεράνοι χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονταν σε σχέση με τους άντρες.

Παράλληλα με αυτή την έρευνα δημοσιοποιήθηκε ακόμα μία, για την ίδια ομάδα πληθυσμού, με διαφορετικά αποτελέσματα (Singh et al, 2007). Οι γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιούσαν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας και είχαν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής από τους άντρες συναδέλφους τους. Βέβαια, η δεύτερη αυτή μελέτη αφορά γενικά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και όχι συγκεκριμένα από άτομα που βιώνουν πόνο μόνο. Ωστόσο, η χρησιμότητα της είναι μεγάλη, καθώς υποδεικνύει τον ρόλο της ύπαρξης του χρόνιου πόνου σε αυτή την ιδιαίτερη ομάδα πληθυσμού (και όχι μόνο ενδεχομένως), και τη διαφορά που δημιουργεί στο κόστος, στη διαθεσιμότητα και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ο αυξημένος δείκτης νοσηρότητας για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, συμφωνεί με τα παραπάνω δεδομένα. Γενικά, συνυπολογίζοντας ή όχι τον χρόνο πόνο, οι γυναίκες φαίνεται πως αρρωσταίνουν περισσότερο από τους άντρες. Βέβαια, ζουν και περισσότερα χρόνια από εκείνους με αποτέλεσμα να αυξάνονται έτσι οι πιθανότητες τους να εμφανίσουν κάποια νόσο. Ωστόσο, οι νόσοι που απειλούν το γυναικείο φύλο φαίνεται πως είναι λιγότερο πιθανό να οδηγήσουν στον θάνατο, σε αντίθεση με τις νόσους που συνήθως πλήττουν τους άνδρες (Nettleton, 2002). Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως για κάποιες νόσους που αφορούν στη σφαίρα των ψυχικών παθήσεων, οι γυναίκες είναι πιθανότερο να νοσήσουν ή να διαγνωσθούν με αυτές.

Εκτός από την διαφορετικού τύπου νοσηρότητα, τα δύο φύλα παρουσιάζουν και διαφορετικά αίτια θνησιμότητας. Η πεντάδα με τις πιο συχνές αιτίες θανάτου για τους άντρες αποτελείται από τα καρδιαγγειακά νοσήματα στην πρώτη θέση, και έπειτα τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, τον καρκίνο του πνεύμονα, τις αυτοκτονίες και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Για τις γυναίκες, στην πρώτη θέση βρίσκονται επίσης τα καρδιαγγειακά νοσήματα και έπειτα, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του πνεύμονα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και τέλος οι πνευμονοπάθειες (Nettleton, 2002).

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Ο χρόνιος πόνος όπως προκύπτει από τα επιδημιολογικά στοιχεία που παρατέθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, αφορά το 20% του πληθυσμού του πλανήτη μας, σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή και αν αξιολογηθεί (Foulkes and Wood, 2008). Η πιο συχνά αναφερόμενη πηγή χρόνιου πόνου είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις και ειδικότερα η οσφυαλγία (και ισχιαλγία), η ινομυαλγία και έπειτα οι παθήσεις των αρθρώσεων, του λαιμού και των ώμων (Macfarlane, 2006).

Ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος αφορά άτομα και των δύο φύλων και όλων των ηλικιών και σχετίζεται με ένα πολυδιάστατο δίκτυο προδιαθεσικών παραγόντων. Οι συνέπειες του στην ικανότητα εργασίας αλλά και στο ρυθμό αποκατάστασης των ατόμων, τον αναδεικνύει σε ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας αλλά και σε κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα σχεδόν για τις περισσότερες βιομηχανοποιημένες χώρες του κόσμου (Smeets et al., 2007) .

Η μεταβλητή της ηλικίας παρουσιάζει διαφορετικές διακυμάνσεις στα επιδημιολογικά στοιχεία των μυοσκελετικών παθήσεων ανάλογα τη χώρα από την οποία προέρχονται. Ο μυοσκελετικός πόνος αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες αλλά τα ποσοστά του διαφοροποιούνται όταν σχετίζονται με το φύλο. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες νεαρής ηλικίας σε σχέση με τους συνομήλικους τους άνδρες, ενώ αντίθετα στην μέση ηλικία προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες. Στους ηλικιωμένους παρουσιάζονται περίπου τα ίδια ποσοστά εμφάνισης της νόσου, ανεξαρτήτου φύλου. Στην Μ.Βρετανία ωστόσο, η οσφυαλγία εκδηλώνεται συχνότερα σε νεαρούς άνδρες συγκριτικά με τις συνομήλικες τους γυναίκες, ενώ στη μέση ηλικία φαίνεται πως παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες και όχι σε άνδρες (Meisler, 1999).

Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου, ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, όπως συμβαίνει και σε άλλα σύνδρομα χρόνιου πόνου και όπως υποστηρίζεται βιβλιογραφικά από ανάλογες έρευνες (Grossi et al., 2000). Γενικότερα, οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτό-αναφοράς συμπτωμάτων χρόνιου πόνου και φαίνεται πως τα επώδυνα αυτά επεισόδια έχουν μεγαλύτερη ένταση και μεγαλύτερη διάρκεια απ'ότι στους άνδρες (Barsky et al., 2001). Οι γυναίκες όταν προσβληθούν

από μυοσκελετικές παθήσεις εμφανίζουν πιο επιβαρυνμένη κλινική εικόνα από τους άνδρες (Grossi et al., 2000), και χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας που διαθέτει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Nettleton, 2002).

Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες ειδικότερες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα που προέρχονται από τα ιδιαίτερα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την φύση του μυοσκελετικού πόνου. Όπως ενδεικτικά αναφέρθηκε προηγουμένως, ο μυοσκελετικός πόνος έχει κοινωνικό-οικονομικές προεκτάσεις, επομένως επηρεάζεται και επηρεάζει την κοινωνικό-ψυχολογική ταυτότητα των ατόμων. Η επαγγελματική κατάσταση είναι ένας από τους παράγοντες που έχουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μυοσκελετικών παθήσεων.

Οι γυναίκες, οι οποίες εκδηλώνουν συχνότερα από τους άνδρες μυοσκελετικές παθήσεις, παρόλο που πλέον λαμβάνουν την ίδια εκπαίδευση με τους άνδρες σε όλες τις βαθμίδες, απασχολούνται κατά την πλειοψηφία τους σε θέσεις εργασίας όπου αμείβονται λιγότερο από τους άνδρες συναδέλφους τους με τα ίδια με αυτές καθήκοντα. Επίσης, ορισμένες παραδοσιακά κακοπληρωμένες και ενδεχομένως βαριές εργασίες, θεωρούνται αποκλειστικά γυναικείες. Ωστόσο, παρόλες τις αποκλίσεις στην μισθολογική κλίμακα καλούνται να συνεισφέρουν το ίδιο στις ανάγκες διαβίωσης της οικογένειάς τους. Όλο αυτό το stress που δημιουργείται γύρω από την διαχείριση των οικονομικών φαίνεται πως σχετίζεται με την δημιουργία ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων, όπως ο χρόνιος πόνος (Sheffer et al., 2002).

Η οικογενειακή κατάσταση και συγκεκριμένα η ύπαρξη του γάμου, σχετίζεται επίσης με την εκδήλωση του χρόνιου πόνου. Οι έγγαμοι ωφελούνται οικονομικά καθώς το οικογενειακό τους εισόδημα πολλαπλασιάζεται επί δύο. Κατά συνέπεια με τα προηγούμενα στοιχεία οι γυναίκες φαίνεται να ωφελούνται οικονομικά από την έγγαμη συμβίωση, ωστόσο, σύμφωνα με σχετικές έρευνες οι άνδρες είναι εκείνοι που λαμβάνουν τα περισσότερα οφέλη από τον γάμο σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Επομένως, ο γάμος ανάλογα με το φύλο του ατόμου αλλά και την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού, μπορεί να συσχετιστεί με την εκδήλωση μυοσκελετικών προβλημάτων είτε σαν προδιαθεσικός είτε σαν προστατευτικός παράγοντας (Sheffer et al., 2002).

Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τα δύο φύλα τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο, είναι επίσης διαφορετικός. Οι γυναίκες τείνουν να επιλέγουν πιο παθητικούς τρόπους αντιμετώπισης, περιμένοντας βοήθεια από τρίτα πρόσωπα και βιώνοντας

καταστροφικές σκέψεις και την αίσθηση του αβοήθητου. Αντίθετα οι άνδρες στην πλειονότητα τους επιλέγουν ενεργητικές τεχνικές διαχείρισης του πόνου, κάνοντας συνειδητές προσπάθειες να ελέγξουν τον πόνο τους και να ανακουφιστούν από αυτόν αλλά και να ανακτήσουν την λειτουργικότητά τους (Grossi et al., 2000) .

Εκτός από τις διαφορετικές τεχνικές διαχείρισης του πόνου, τα δύο φύλα παρουσιάζουν διαφορές και στο ρυθμό αποκατάστασης και επανάκτησης της λειτουργικότητας. Οι άνδρες φαίνεται να αναρρώνουν πιο γρήγορα από τις γυναίκες και έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιστρέψουν στην επαγγελματική τους απασχόληση μετά το πρόγραμμα αποκατάστασης, παρόλο που οι γυναίκες είναι εκείνες οι οποίες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας και είναι πιο δεκτικές σε πολυδιάστατες παρεμβάσεις αναφορικά με την διαχείριση του πόνου (Lillefjell, 2006). Ο ρόλος του αβοήθητου θύματος δεν ταιριάζει με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του ανδρικού φύλου, γι αυτό ενδεχομένως να αποδεσμεύονται από αυτόν γρήγορα, ενώ αντίθετα, θεωρείται περισσότερο αποδεκτός για μία γυναίκα.

Σημαντικοί παράγοντες που έχουν επιρροή στο ρυθμό αποκατάστασης των μυοσκελετικών παθήσεων θεωρούνται η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και ο φόβος που σχετίζεται με το βίωμα του πόνου (Van Den Hout et al., 2001). Ειδικότερα ο φόβος και το άγχος που τον συνοδεύει, θεωρείται σημαντικότερη μεταβλητή ακόμα και από την ένταση και τη διάρκεια του πόνου αλλά και από τα αρνητικά συναισθήματα που εκλύονται από αυτόν, για την πρόγνωση της ανικανότητας που προκύπτει από τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο.

Αναφορικά με την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, τελευταίες έρευνες ρίχνουν το βάρος στην ενασχόληση με τις συνέπειες του χρόνιου πόνου και όχι με την αντιμετώπιση του ίδιου του πόνου, θεωρώντας τον ένα άλυτο πρόβλημα που χρονικοποιήθηκε λόγω της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης των δυσχερειών που δημιουργήθηκαν στην καθημερινότητα του πάσχοντα. Η μη αποτελεσματική διαχείριση των καθημερινών προβλημάτων που δημιουργεί ο χρόνιος πόνος επιτρέπει την διατήρηση της ανικανότητας για μεγάλο διάστημα και καθλώνει το άτομο σε αυτό το στάδιο της μη αποκατάστασης και της απώλειας της λειτουργικότητας του.

Παρατηρώντας τα χαρακτηριστικά του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου από άλλη οπτική, ελεύθερη των κοινωνικών προεκτάσεων του, θα διέκρινε κανείς την σύνδεση του με την ψυχοκινητική και την ψυχοδυναμική θεωρία. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα καθώς και η ύπαρξη καταπιεσμένου άγχους θα μπορούσαν να επιδράσουν στον τόνο και στην ένταση των μυών προκαλώντας έτσι μυοσκελετικά

προβλήματα. Η σύνδεση μεταξύ συναισθήματος και σωματικών αντιδράσεων είναι γνωστή και θεωρείται δεδομένη στην ιατρική καθώς αποτελεί την βάση της βίο-ψυχοκοινωνικής προσέγγισης των ατόμων. Ειδικά άτομα με χρόνια μυοσκελετικό πόνο παρουσιάζουν συχνά κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές (Kvale et al., 2000).

ΦΥΛΟ, ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Πολύ συχνά οι καταστάσεις χρόνιου πόνου συνοδεύονται και από συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, κυρίως από προσβολές κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών. Οι ασθενείς που βιώνουν πόνο ως σύμπτωμα της νόσου τους, έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε σχέση με εκείνους που νοσούν βέβαια, αλλά χωρίς να αισθάνονται πόνο (Tavoli et al, 2008). Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ψυχικών νόσων γενικότερα, στοιχειοθετούν εκτιμήσεις πως το γυναικείο φύλο είναι πιθανότερο να διαγνωσθεί με ψυχικές νόσους και κυρίως με διαταραχές διάθεσης ή αγχώδεις διαταραχές. Οι άνδρες, αντίθετα, είναι πιθανότερο να διαγνωσθούν με διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών ή με αντικοινωνική συμπεριφορά (Kaplan et al, 1996).

Η αρνητική διάθεση και κατ' επακόλουθο τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται από τις προσβολές χρόνιου πόνου, επηρεάζουν την προσέγγιση του ατόμου απέναντι στην ίδια τη φύση του πόνου. Το κατώφλι του πόνου μειώνεται με αποτέλεσμα να μειώνεται επίσης και η αντοχή του ατόμου στα επώδυνα ερεθίσματα (Garofalo et al, 2006). Κάθε νέα έκθεση σε αυτά είναι ανυπόφορη και εξαιρετικά επώδυνη, σωματικά και ψυχικά, για το άτομο.

Οι γνωστικές διαδικασίες που εμπλέκονται στην διαχείριση των επώδυνων ερεθισμάτων φαίνεται πως επηρεάζονται επίσης από την διάθεση και την γενικότερη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου που βιώνει πόνο. Οι Mullersdorf και Soderback το 2000, υπέδειξαν σε μελέτη τους πως οι συναισθηματικές διακυμάνσεις που σχετίζονται με καταστάσεις χρόνιου πόνου, προκαλούν καταθλιπτική διάθεση και διαρκής ανησυχία, κυρίως στο γυναικείο φύλο. Αυτή η χρόνια αρνητική σωματική και ψυχική διεργασία, πλήττει την αυτοεκτίμηση των ατόμων, δημιουργώντας την αίσθηση του αβοήθητου και είναι μία πιθανή εξήγηση για το γεγονός πως οι γυναίκες

παραμένουν για περισσότερο χρόνο στο ρόλο του ανήμπορου ασθενή, σε αντίθεση με τους άνδρες, οι οποίοι φαίνεται να αναρρώνουν και να αποκαθιστούν τις αδυναμίες τους γρηγορότερα.

Η σχέση του μαθημένου αβοήθητου και της κατάθλιψης έχει αποδειχθεί πειραματικά και αφορά την πεποίθηση του ατόμου πως είναι ανίσχυρο, χωρίς δυνατότητα να διαμορφώσει αλλαγές στο περιβάλλον του και με μόνη επιλογή να υπομένει τα γεγονότα χωρίς αντιδράσεις (Kaplan et al, 1996).

Ειδικά για τις γυναίκες, η ύπαρξη συναισθηματικής σύγχυσης και ανησυχίας σε συνδυασμό με έκθεση σε επώδυνα ερεθίσματα, μπορεί να μειώσει το κατώφλι του πόνου, με αποτέλεσμα να βιώσουν μεγαλύτερης έντασης πόνο. Στους άνδρες αντίστοιχα, η ύπαρξη νευρικότητας και εκνευρισμού μπορεί να έχει παρόμοια αποτελέσματα. Η κόπωση και η φυσική εξάντληση που προέρχονται από τις επαναλαμβανόμενες επώδυνες προσβολές φαίνεται πως επηρεάζουν την αντίληψη για τον πόνο και στα δύο φύλα (Garofalo et al, 2006).

Τα υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων στα άτομα που βιώνουν πόνο και ιδιαίτερα στις γυναίκες, δεν αποτελούν απόλυτα ερμηνευτική προσέγγιση για τις διαφορές των δύο φύλων απέναντι στον πόνο, αντίθετα επικυρώνουν την ύπαρξη αυτών των διαφορών. Το γυναικείο φύλο, για παράδειγμα, παρουσιάζει όπως αναφέραμε υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους συγκριτικά με τους άνδρες. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα που βιώνουν, σχετίζονται με γενικότερα χαρακτηριστικά όπως το έντονο στρες, η αίσθηση μοναξιάς, η ενοχή, το χαμηλό επίπεδο αυτό-εκτίμησης, που φαίνεται πως επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση των γυναικών που βιώνουν πόνο (Barsky et al, 2001).

Από τα δύο φύλα, οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο αντικαταθλιπτικά σκευάσματα σε σχέση με τους άνδρες (Fahring et al, 2008). Δεδομένης της σχέσης των διαταραχών διάθεσης με τον πόνο αλλά και της ευρύτερης χρήσης των αντικαταθλιπτικών στη θεραπευτική αγωγή του χρόνιου πόνου (Giles and Walker, 2000), το στοιχείο αυτό φαίνεται να ακολουθεί φυσικά τα παραπάνω δεδομένα.

Ένας άλλος ψυχολογικός παράγοντας εξίσου σημαντικός με την κατάθλιψη και το άγχος είναι η ύπαρξη ευαισθησίας στα συναισθήματα ανησυχίας και αγωνίας που σχετίζονται με το βίωμα του πόνου (Keogh et al, 2006). Συνήθως, η ευαισθησία αυτή φαίνεται πως αφορά περισσότερο τις γυναίκες όπως υποδεικνύουν σχετικές έρευνες (Keogh and Birkby, 1999), και συνδέεται με τα αρνητικά συναισθήματα που συνοδεύουν το επώδυνο βίωμα του πόνου.

Η αυξημένη ανησυχία για τα συμπτώματα πόνου, που αναφέρεται στον φόβο για τον πόνο και στις φυσιολογικές αντιδράσεις που τον συνοδεύουν (αύξηση καρδιακών παλμών, εφίδρωση κ.ά.), σχετίζεται με το σύστημα προσδοκιών των ατόμων, των γυναικών συγκεκριμένα, για το επίπεδο έντασης του πόνου που θα βιώσουν και με τον γενικότερο φόβο τους για τις συνέπειες του πόνου στη ζωή τους και για τον τρόπο που πρέπει να χειριστούν την κατάσταση. Επομένως, ο φόβος για το βίωμα του πόνου φαίνεται πως δεν επηρεάζει την αντοχή και το κατώφλι του πόνου άμεσα, αλλά έμμεσα, ασκώντας επιδράσεις στις γνωστικές λειτουργίες διαχείρισης επώδυνων ερεθισμάτων και στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο γενικότερα.

Ο τρόπος σκέψης των ατόμων γύρω από τις αρνητικές καταστάσεις της ζωής γενικά αλλά και ειδικά για τις προσβολές πόνου, φαίνεται πως επηρεάζει επίσης τη διαμόρφωση των συμπεριφορών αντιμετώπισης του πόνου και των συνεπειών του. Οι γυναίκες τείνουν να σκέφτονται περισσότερο καταστροφικά από τους άνδρες μεγαλοποιώντας τα προβλήματα τους, αναμασώντας τις λεπτομέρειες και βιώνοντας την αίσθηση του αβοήθητου που αναφέρθηκε προηγουμένως. Όπως είναι ευνόητο, αυτός ο τρόπος σκέψης και διαχείρισης των καταστάσεων δεν είναι δημιουργικός και αν και σχετίζεται με πολλές κοινωνικές παραμέτρους, φαίνεται πως επηρεάζει επίσης τη συμπεριφορά των δύο φύλων και κυρίως των γυναικών που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καταστροφικών σκέψεων απέναντι στα επώδυνα ερεθίσματα (Sullivan et al, 2000).

ΦΥΛΟ, ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Μία σημαντική μεταβλητή που θα απασχολήσει την παρούσα εργασία, αποτελεί το χαρακτηριστικό της εχθρότητας-επιθετικότητας (trait hostility), όχι σαν έκφραση επιθετικής συμπεριφοράς αλλά σαν γνώρισμα της προσωπικότητας. Οι γνωστικές λειτουργίες των ατόμων που φέρουν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό επηρεάζονται με αποτέλεσμα να προβαίνουν σε λανθασμένες ερμηνείες των όσων ερεθισμάτων λαμβάνουν και να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα εχθρότητας, που επηρεάζουν την αντίληψη για τον εαυτό τους αλλά και τη σχέση με το περιβάλλον τους. Η παρουσία επώδυνων ερεθισμάτων και το επίπεδο έντασης τους φαίνεται πως συσχετίζεται με το χαρακτηριστικό της επιθετικότητας (Anderson, 1998). Η παρουσία επεισοδίων πόνου αυξάνει τις επιθετικές σκέψεις στα άτομα με το γνώρισμα της εχθρότητας και η συνύπαρξη τους τείνει να επηρεάζει την συναισθηματική και γνωστική κατάσταση του ατόμου.

Γενικά, το άτομο βιώνει την επιθετικότητα σαν ένα αρνητικό συναίσθημα που δημιουργεί τις ανάλογες επιπτώσεις στην καθημερινή του ζωή. Παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με άλλες αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η καταθλιπτική διάθεση και ιδιαίτερα ο συνδυασμός τους θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νόσων (Krantz et al., 2006 ; Chen, Gilligan et al., 2005). Το γνώρισμα της επιθετικότητας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί προγνωστικός παράγοντας για την εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών, καθώς σχετικές έρευνες υποδεικνύουν πως άτομα με το γνώρισμα αυτό έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη και μάλιστα να τη βιώσουν σε έντονο βαθμό (Brummett et al., 2000).

Το γνώρισμα της επιθετικότητας, όπως και η κατάθλιψη άλλωστε, παρουσιάζουν φυλετικές διαφορές στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τους και όπως διαφαίνεται και από τα παραπάνω στοιχεία έχει επιδράσεις στην ευημερία του ατόμου. Το επίπεδο ποιότητας ζωής φαίνεται να επηρεάζεται από την επιθετικότητα του ατόμου, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει με άλλα, επίσης αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος, η ανησυχία και η καταθλιπτική διάθεση (Williams, 2000 ; Olson et al. 2003).

Το χαρακτηριστικό της επιθετικότητας, εκτός από την ποιότητα ζωής επηρεάζει και την αντοχή του ατόμου στον πόνο. Έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ευαισθησίας στα επώδυνα ερεθίσματα, τόσο στον οξύ όσο και στα σύνδρομα χρόνιου πόνου. Αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την φτωχή προσαρμογή του ατόμου στις καταστάσεις χρόνιου πόνου και επηρεάζεται από την ένταση των επώδυνων ερεθισμάτων καθώς αυξάνει την ευαισθησία σε αυτά και μειώνει το κατώφλι του πόνου (Krantz et al., 2006).

Η επιθετικότητα, έτσι όπως εννοείται και όπως εξετάζεται στην παρούσα εργασία, σχετίζεται με έννοιες όπως της επίκρισης των άλλων και την αυτοεπίκριση, την παρορμητική και την παρανοειδής επιθετικότητα και την ενοχή. Αυτές οι υποκλίμακες συνοψίζονται με τους όρους της ενδοστρεφούς και εξωστρεφούς επιθετικότητας. Η ποινικότητα, σαν γενικός όρος, παρουσιάζεται πολυδιάστατος, αντίθετα με την άποψη που επικρατούσε παλιότερα ανάμεσα στους ερευνητές, και δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ψυχοπαθολογία, όπως συμβαίνει με την επιθετικότητα (Ray, 2001).

Αναλύοντας την έννοια της ενοχής, θα την προσδιόριζε κανείς σαν μία εσωτερική ψυχική κατάσταση του ατόμου που αναγνωρίζει ότι σε κάποιο βαθμό έχει σφάλει. Αποτελείται από την αντικειμενική ενοχή που περιέχει την έννοια της τιμωρίας από τρίτα πρόσωπα, και από ένα διαφορούμενα ευδιάκριτο συναίσθημα που παρουσιάζεται με λανθάνουσα μορφή στο ίδιο το άτομο και εκφράζεται ασυνείδητα στην συμπεριφορά (Παπαδόπουλος, 2005). Διαχωρίζεται στην χρόνια και στην προδιατεθειμένη ενοχή. Η χρόνια αναφέρεται στο συνεχές συναίσθημα ενοχής που αισθάνεται ένα άτομο, ανεξάρτητα από τα πρόσφατα γεγονότα του περιβάλλοντος του, ενώ η προδιατεθειμένη αφορά μία τάση της προσωπικότητας του ατόμου να αντιδρά σε ένα περιστασιακό γεγονός που δημιουργήσε αυτό το συναίσθημα.

Η χρόνια ενοχή σχετίζεται με τη ενδοστρεφή επιθετικότητα και παρά τις διαφωνίες των ερευνητών, θεωρείται πως αλληλεπιδρά με διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας (Quiles and Bybee, 1997). Άτομα που βιώνουν έντονα συναισθήματα ενοχής τείνουν να παρουσιάζουν συχνότερα κατάθλιψη, καθώς και άλλες πιο σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας όπως ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, σωματοποίηση, ψύχωση και άλλες διαταραχές όπως αυτές εκφράζονται στο ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL-90-R. Ειδικά για την καταθλιπτική διαταραχή, τα συναισθήματα ενοχής θεωρούνται το έβδομο διαγνωστικό κριτήριο

σύμφωνα με την κατάταξη του DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004).

Η προδιαθετειμένη ενοχή δεν παρουσιάζει αλληλεπίδραση με την ψυχοπαθολογία αλλά εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την επιθετικότητα. Δηλαδή, τα άτομα που βιώνουν έντονα προδιαθετειμένη ενοχή, παρουσιάζουν σε μικρότερο ποσοστό συναισθήματα επιθετικότητας.

Το συναίσθημα της ενοχής συσχετίζεται με την κατάθλιψη, όπως ήδη αναφέρθηκε και επηρεάζεται από τις μεταβλητές της ηλικίας και του φύλου. Συγκεκριμένα, έρευνες υπέδειξαν πως οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν συναισθήματα ενοχής και σε λιγότερη ένταση, συγκριτικά με τους νεότερους ομόφυλούς τους (Small et al., 1986). Στις γυναίκες δεν διαπιστώθηκε ανάλογη συσχέτιση, ωστόσο θεωρείται πως οι νεότερες γυναίκες που πάσχουν από καταθλιπτικές διαταραχές εκφράζουν συναισθήματα ενοχής και αποτυχίας πιο συχνά απ'ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες.

ΕΡΕΥΝΑ

Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τον ρόλο τεσσάρων μεταβλητών και την επίδραση τους στο υποκειμενικό βίωμα του πόνου. Ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος αποτελεί την πιο συχνή έκφραση του χρόνιου πόνου στον πληθυσμό και γι αυτό επιλέχθηκε ως το επώδυνο ερέθισμα, η ένταση και ο χαρακτήρας του οποίου θα αξιολογηθεί και θα συσχετιστεί με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Ο παράγοντας του φύλου είναι κομβικό σημείο της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς οι διακυμάνσεις που προκαλεί στις εκδηλώσεις των υπολοίπων μεταβλητών αποτελούν το ζητούμενο και την ουσιαστική σημασία της εργασίας. Οι διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας και το χαρακτηριστικό της επιθετικότητας, αποτελούν τις άλλες δύο μεταβλητές της έρευνας, όπου εξετάζεται η σχέση και η επίδραση που έχουν στις εκδηλώσεις τους, τόσο το βίωμα του πόνου όσο και το φύλο του πάσχοντα ατόμου.

Συγκεκριμένα, τα ερωτήματα που προέκυψαν μετά την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, κατά την αρχική φάση σχεδιασμού της έρευνας, συνοψίζονται στα ακόλουθα ζητήματα :

- ✓ Με ποιον τρόπο η ένταση του χρόνιου πόνου επηρεάζεται από τον παράγοντα του φύλου,
- ✓ Πως συσχετίζεται το φύλο του ατόμου που βιώνει χρόνιο πόνο με την εκδήλωση ψυχοπαθολογικών διαταραχών και συναισθημάτων επιθετικότητας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάζονται στην παρούσα ερευνητική εργασία είναι οι ακόλουθες :

- οι γυναίκες ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα υγείας, αναμένεται να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα έντασης του πόνου, συγκριτικά με τους άνδρες που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα υγείας.
- Η ένταση των επεισοδίων χρόνιου πόνου αναμένεται να επηρεάζει την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας. Συγκεκριμένα, υψηλής έντασης πόνος, περιμένουμε να διεγείρει περισσότερη ψυχοπαθολογία και χαρακτηριστικά επιθετικότητας, από τον χαμηλής έντασης πόνο.
- Τέλος, ο παράγοντας του φύλου αναμένεται να επηρεάζει επίσης την εκδήλωση χαρακτηριστικών ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας. Άνδρες ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, περιμένουμε να παρουσιάσουν μικρότερο βαθμό εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας, συγκριτικά με τις γυναίκες ασθενείς.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας προσδιορίζονται από τους ακόλουθους περιορισμούς :

- Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 18 έως 75 ετών, και ήταν κάτοικοι νομού Ιωαννίνων.
- Η επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα έγινε με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά των προβλημάτων υγείας τους. Επιλέχθηκαν μόνο εκείνοι οι οποίοι ακολουθούσαν χρόνια συντηρητική θεραπεία και απορρίφθηκαν όσοι είχαν προβεί σε χειρουργικές επεμβάσεις.
- Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στις προσωπικές αναφορές των συμμετεχόντων, σχετικά με το ιατρικό τους ιστορικό.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ:

I. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ

Στην παρούσα ερευνητική διαδικασία συμμετείχαν 293 άτομα, 168 γυναίκες και 125 άνδρες, που προέρχονταν από τον γενικό πληθυσμό του νομού Ιωαννίνων, διαφόρων ηλικιών και μορφωτικών επιπέδων, ώστε να αποτελούν όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερο δείγμα του γενικού πληθυσμού. Όλοι έπασχαν από χρόνιες μυοσκελετικές ασθένειες, κυρίως οσφυαλγίας – ισχιαλγίας και προβλημάτων στα γόνατα.

Από την ερευνητική διαδικασία απορρίφθηκαν όσοι είχαν προβεί σε χειρουργικές επεμβάσεις προκειμένου να αντιμετωπίσουν τον χρόνιο πόνο που συνοδεύει συνήθως τις μυοσκελετικές παθήσεις. Επιλέχθηκαν εκείνοι οι ασθενείς οι οποίοι διαχειρίζονταν τον πόνο τους με συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία, με αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη κορτικοστεροειδή, και φυσιοθεραπευτικές συνεδρίες.

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος με τη θέληση τους στην παρούσα εργασία, αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό που εκπονείται και αφού εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση τους.

II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες. Τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια χορηγούνταν στους συμμετέχοντες εντός κλειστού φακέλου, και αφού τα συμπλήρωναν τα επέστρεφαν με τον ίδιο τρόπο, ώστε να εξασφαλιστεί το απόρρητο των απαντήσεων τους. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων καταγράφονταν παράλληλα με την συμπλήρωση των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων. Τα ψυχομετρικά ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες, παρατίθενται στο παράρτημα της εργασίας.

Για την αξιολόγηση των μεταβλητών επιλέχθηκαν η Κλίμακα Αριθμητικής Εκτίμησης του Πόνου (Numeric Rating Scale of Pain), το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire-HDHQ) και η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R, SCL-90).

Κλίμακα Αριθμητικής Εκτίμησης του Πόνου -Numeric Rating Scale of Pain (American Pain Society, 2009).

Η Κλίμακα Αριθμητικής Εκτίμησης του Πόνου (Numeric Rating Scale of Pain), αποτελεί την πιο απλή μέθοδο εκτίμησης του πόνου και επιτρέπει στον ασθενή να περιγράψει την ένταση του πόνου που βιώνει επιλέγοντας έναν αριθμό από μία κλίμακα που αριθμεί από το 0 έως το 10. Το 0 αντιστοιχεί σε μία κατάσταση « απουσίας πόνου » ενώ το 10 « στον χειρότερο πόνο που μπορεί κανείς να φανταστεί».

Το πλεονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η απλότητα και το γεγονός πως γίνεται εύκολα αντιληπτή από τους περισσότερους ασθενείς, αρκεί να είναι ενήλικες και να έχουν απλές γνώσεις αριθμητικής. Το κύριο μειονέκτημα της είναι πως δεν γίνεται καμιά αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή ούτε στην σωματική αποδιοργάνωση που μπορεί να επιφέρει ο πόνος (American Pain Society, 2009).

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας - Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ; Caine et al., 1967).

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ'ένα τρόπο μέτρησης ενός ευρέως φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μία τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανόμενου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται από 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 η παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility), (PH), αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτό-επίκριση (self-criticism), (SC) και η 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 .

Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και σε σωματικούς ασθενείς (Drosos et al., 1989).

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom 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 υποκλίμακες αυτές συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, την ψύχωση και διάφορες αιτιάσεις, όπως οι διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής κ.ά.

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Εκτός από τον εξαγόμενο 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 (Donias et al., 1991).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS for Windows 14.0 (SPSS, 2005) με το 5% ($p < 0,05$) επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Huberty & Morris, 1989).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (SPSS, 2005; Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS, 14.0 (SPSS, 2005; Γναρδέλλης, 2006).

Για την ανάλυση των κοινωνικό-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών όπως ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση (SD), ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα των ερωτηματολογίων.

Για τη σύγκριση των δύο κατανομών που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές, των ανδρών με χρόνια μυοσκελετικό πόνο και των γυναικών αντίστοιχα, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, διότι οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών με τον έλεγχο της κυρτότητας και λοξότητας της καμπύλης της κατανομής (Skewness και Kyrtonosis) πιστοποίησαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών γίνεται δεκτή. Δηλαδή οι κατανομές ήταν κανονικές (Γναρδέλλης, 2006). Τα κριτήρια ήταν: η τιμή $\geq \pm 2,00$ για τη λοξότητα (Skewness) και η τιμή $\geq 5,00$ για την κυρτότητα (Kyrtonosis) (Skordilis & Stavrou, 2005; Δαφέρμος, 2005).

- Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισεως των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) της έντασης του πόνου και των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας καθώς και της έντασης του πόνου και των χαρακτηριστικών επιθετικότητας, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισεως r του Pearson, (Ρούσσοσ και Τσαούσης, 2006; Παρασκευόπουλος, 1993), μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική (μόνο και σε ελάχιστες μεταβλητές υπήρχε απόκλιση).

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε τρία επιμέρους τμήματα,

- I. Στην παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα,
- II. Στην παρουσίαση των επιδράσεων του παράγοντα φύλου στις μεταβλητές της έντασης του πόνου, της ψυχοπαθολογικής συμπτωματολογίας και της επιθετικότητας, και τέλος
- III. Στην παρουσίαση των σημαντικότερων συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της έντασης του πόνου, της ψυχοπαθολογίας, της επιθετικότητας, της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

Η στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων επιβεβαίωσε την ερευνητική υπόθεση πως το φύλο των ασθενών με χρόνια μυοσκελετικό πόνο επιδρά στο επίπεδο ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας που παρουσιάζουν. Ειδικότερα, οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και συναισθημάτων επιθετικότητας, καθώς και μεγαλύτερη ένταση του πόνου, συγκριτικά με τους άνδρες συμμετέχοντες, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ T TESTS
ΤΙΜΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (T.A.)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (T.A.)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (T.A.)	p-value
ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	6.26 ± 2.60	4.85 ± 2.72	7.30 ± 1.94	.000
SCL_90 - ΓΔΣ	0.84 ± 0.53	0.73 ± 0.53	0.93 ± 0.53	.001
SCL_90 - ΔΕΘΣ	1.67 ± 0.42	1.61 ± 0.42	1.72 ± 0.41	.026
SCL_90 - ΣΘΣ	42.56 ± 20.11	37.94 ± 20.66	46.00 ± 19.01	.001
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	11.99 ± 5.08	11.98 ± 5.51	11.99 ± 4.76	.987
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	6.16 ± 3.57	5.38 ± 3.40	6.75 ± 3.58	.001
ΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	18.15 ± 7.53	17.36 ± 7.90	18.74 ± 7.20	.120

I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Το 57.3% των συμμετεχόντων (168 υποκείμενα), αποτελούνται από γυναίκες και το 42.7% (125 υποκείμενα), από άνδρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν τα 33.58 ± 10.68 για το συνολικό δείγμα, και 33.14 ± 10.15 για τους άνδρες και 33.90 ± 11.07 για τις γυναίκες αντίστοιχα, όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 2.1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ T TESTS
	N=293 (100.0%)	N=125 (42.7%)	N=168 (57.3%)	p-value
ΗΛΙΚΙΑ	33.58 ± 10.68	33.14 ± 10.15	33.90 ± 11.07	.543

Τα ποσοστά που αντιστοιχούν στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων δεν παρουσίασαν ιδιαίτερες διακυμάνσεις, με το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (47.8%) να δηλώνουν ελεύθεροι, και το 46.8% έγγαμοι. Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου, η πλειοψηφία των ανδρών δήλωσαν έγγαμοι, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των γυναικών που δήλωσαν ελεύθερες (πίνακας 2.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ
	N=293 (100.0%)	N=125 (42.7%)	N=168 (57.3%)	T TESTS
	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	p-value
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
ΑΓΑΜΟΙ	140 (47.8%)	58 (46.4%)	82 (48.8%)	
				.171
ΕΓΓΑΜΟΙ	137 (46.8%)	64 (51.2%)	73 (43.5%)	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	13 (4.4%)	3 (2.4%)	10 (6.0%)	
ΧΗΡΟΙ	3 (1.0%)	0 (0.0%)	3 (1.7%)	

Η πλειοψηφία του δείγματος και για τα δύο φύλα, απασχολείται επαγγελματικά στον δημόσιο τομέα, ενώ 29.6% των ανδρών και 28.0% των γυναικών δηλώνουν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των άνεργων ή φοιτητών που αντιστοιχεί σε 22.4% για τους άνδρες και σε 19.6% για τις γυναίκες (πίνακας 2.3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ
	N=293 (100.0%)	N=125 (42.7%)	N=168 (57.3%)	T TESTS
	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	p-value
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
ΑΝΕΡΓΟΙ / ΦΟΙΤΗΤΕΣ	61 (20.8%)	28 (22.4%)	33 (19.6%)	
ΟΙΚΙΑΚΑ	7 (2.4%)	0 (0.0%)	7 (4.2%)	
ΑΥΤΟ-ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	37 (12.6%)	18 (14.4%)	19 (11.3%)	.159
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	84 (28.7%)	37 (29.6%)	47 (28.0%)	
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	104 (35.5%)	42 (33.6%)	62 (36.9%)	

Το 38.0% των γυναικών και το 41.6% των ανδρών, βρίσκονται στο ίδιο εκπαιδευτικό επίπεδο, της ανώτερης πανεπιστημιακής και τεχνικής εκπαίδευσης. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 2.4, οι άνδρες (19.2%) φαίνεται να υπερέχουν στις μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα, ήταν γυναίκες (24.4%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ
	N=293 (100.0%)	N=125 (42.7%)	N=168 (57.3%)	T TESTS
	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ	p-value
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	7 (2.4%)	3 (2.4%)	4 (2.4%)	
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10 (3.4%)	4 (3.2%)	6 (3.6%)	
ΛΥΚΕΙΟ	49 (16.7%)	18 (14.4%)	31 (18.5%)	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	116 (39.7%)	52 (41.6%)	64 (38.0%)	.159
ΦΟΙΤΗΤΕΣ	64 (21.8%)	23 (18.4%)	41 (24.4%)	
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	44 (15.0%)	24 (19.2%)	20 (11.9%)	
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	3 (1.0%)	1 (0.8%)	2 (1.2%)	

Ένα από τα σημαντικά ευρήματα της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται στον πίνακα 2.5, όπου οι γυναίκες εμφανίζονται σε ποσοστό 67.9% να καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα αναλγητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων για να αντιμετωπίσουν τον χρόνιο πόνο, σε αντιδιαστολή με το ποσοστό 18.4% των ανδρών. Η πλειοψηφία των ανδρών (49.6%) δηλώνει πως χρησιμοποιεί ελάχιστα αναλγητικά σκευάσματα, στάση που συμφωνεί με το 6.5% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η διαφορά των δύο φύλων στη χρήση αναλγητικών θεωρείται στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($p = .000$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5	ΣΥΝΟΛΟ N=293 (100.0%)	ΑΝΔΡΕΣ N=125 (42.7%)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N=168 (57.3%)	ΔΙΑΦΟΡΕΣ T TESTS p-value
	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ	
ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ				
ΠΟΛΛΑ	137 (46.8%)	23 (18.4%)	114 (67.9%)	.000
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	73 (24.9%)	62 (49.6%)	11 (6.5%)	
ΜΟΝΟ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ	83 (28.3%)	40 (32.0%)	43 (25.6%)	

II. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία, με μέσο όρο 7.30 ± 1.94 , εμφανίζονται να βιώνουν τον πόνο σε υψηλότερη ένταση συγκριτικά με τους άνδρες συμμετέχοντες (μέσος όρος 4.85 ± 2.72), διαφορά που χαρακτηρίζεται στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($p= 0.000$) και παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 3.1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ T TESTS p-value
ΤΙΜΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ)	
ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	6.26 ± 2.60	4.85 ± 2.72	7.30 ± 1.94	.000

Αξιολογώντας την κλίμακα ψυχοπαθολογίας, οι γυναίκες παρουσιάζονται να συγκεντρώνουν υψηλότερους μέσους όρους σε όλες τις υποκλίμακες συγκριτικά με τους άνδρες. Στις υποκλίμακες της κατάθλιψης ($p= 0.000$), (γυναίκες 13.54 ± 8.46 , άνδρες 9.14 ± 7.94) και σωματοποίησης ($p= 0.000$), (γυναίκες 11.27 ± 7.91 , άνδρες 6.95 ± 6.30) καθώς και στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($p= 0.001$), (γυναίκες 0.93 ± 0.53 ,

άνδρες 0.73 ± 0.53) και στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων ($p = 0.001$), γυναίκες 46.00 ± 19.01 , άνδρες 37.94 ± 20.66) η διαφορά των δύο φύλων χαρακτηρίζεται στατιστικά πάρα πολύ σημαντική.

Στην υποκλίμακα του άγχους ($p = 0.008$), (γυναίκες 8.54 ± 6.71 , άνδρες 6.34 ± 7.15), η διαφορά θεωρείται στατιστικά πολύ σημαντική, ενώ στην διαπροσωπική ευαισθησία ($p = 0.012$), (γυναίκες 9.42 ± 5.75 , άνδρες 7.69 ± 5.76), στο φοβικό άγχος ($p = 0.016$), (γυναίκες 3.06 ± 3.68 , άνδρες 2.08 ± 3.11), στον ιδεοψυχαναγκασμό ($p = 0.021$), (γυναίκες 11.73 ± 6.69 , άνδρες 9.88 ± 6.88) και στον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($p = 0.026$), (γυναίκες 1.72 ± 0.41 , άνδρες 1.61 ± 0.42), η διαφορά θεωρείται στατιστικά σημαντική.

Στην επιθετικότητα ($p = 0.053$), (γυναίκες 5.83 ± 4.49 , άνδρες 4.79 ± 4.61) η διαφορά θεωρείται ενδεικτικά σημαντική, ενώ στις υποκλίμακες της ψύχωσης και του παρανοειδούς ιδεασμού δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (πίνακας 3.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ T TESTS
ΤΙΜΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	p-value
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	9.43 ± 7.57	6.95 ± 6.30	11.27 ± 7.91	.000
ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΜΟΣ	10.94 ± 6.81	9.88 ± 6.88	11.73 ± 6.69	.021
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	8.68 ± 5.81	7.69 ± 5.76	9.42 ± 5.75	.012
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	11.66 ± 8.52	9.14 ± 7.94	13.54 ± 8.46	.000
ΑΓΧΟΣ	7.60 ± 6.97	6.34 ± 7.15	8.54 ± 6.71	.008
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	5.39 ± 4.56	4.79 ± 4.61	5.83 ± 4.49	.053
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	2.64 ± 3.45	2.08 ± 3.11	3.06 ± 3.68	.016
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	6.93 ± 4.58	6.76 ± 4.85	7.06 ± 4.38	.581
ΨΥΧΩΣΗ	6.39 ± 5.03	6.18 ± 5.32	6.55 ± 4.81	.533
SCL_90 - ΓΔΣ	0.84 ± 0.53	0.73 ± 0.53	0.93 ± 0.53	.001
SCL_90 - ΔΕΘΣ	1.67 ± 0.42	1.61 ± 0.42	1.72 ± 0.41	.026
SCL_90 - ΣΘΣ	42.56 ± 20.11	37.94 ± 20.66	46.00 ± 19.01	.001

Στο ερωτηματολόγιο επιθετικότητας τα δύο φύλα δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία υποκλίμακα από όσες συνιστούν την εξωστρεφή επιθετικότητα (επίκριση των άλλων, παρανοειδής και παρορμητική επιθετικότητα).

Αντίθετα, εμφάνισαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στην ενδοστρεφή επιθετικότητα ($p = 0.001$), (γυναίκες 6.75 ± 3.58 , άνδρες 5.38 ± 3.40), και στο συστατικό της, την αυτοεπίκριση ($p = 0.000$), (γυναίκες 4.41 ± 2.21 , άνδρες 3.46 ± 2.13), ενώ και στην παραληρηματική ενοχή ($p = 0.032$), (γυναίκες 2.34 ± 1.71 , άνδρες 1.92 ± 1.56), παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά, με το γυναικείο φύλο να συγκεντρώνει υψηλότερους μέσους όρους και στις τρεις υποκλίμακες (πίνακας 3.3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΕΣ T TESTS
ΤΙΜΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	M.O (T.A.)	M.O (T.A.)	M.O (T.A.)	p-value
ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ	5.68 ± 2.37	5.56 ± 2.48	5.77 ± 2.28	.446
ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	4.33 ± 2.09	4.50 ± 2.32	4.20 ± 1.89	.212
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	1.98 ± 1.89	1.92 ± 1.92	2.02 ± 1.88	.643
ΑΥΤΟ-ΕΠΙΚΡΙΣΗ	4.00 ± 2.22	3.46 ± 2.13	4.41 ± 2.21	.000
ΕΝΟΧΗ	2.16 ± 1.66	1.92 ± 1.56	2.34 ± 1.71	.032
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	11.99 ± 5.08	11.98 ± 5.51	11.99 ± 4.76	.987
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	6.16 ± 3.57	5.38 ± 3.40	6.75 ± 3.58	.001
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	18.15 ± 7.53	17.36 ± 7.90	18.74 ± 7.20	.120

III. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Στον πίνακα 4.1 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με την ένταση του πόνου, την ασθένεια και την χρήση αναλγητικών φαρμάκων.

Παρατηρείται πως ο παράγοντας του φύλου εμφανίζει στατιστικά πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση με την ένταση του πόνου ($r = 0.467$, $p = 0.001$) και επίσης αρνητική συσχέτιση με την χρήση αναλγητικών ($r = -0.326$, $p = 0.001$). Το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με την μεταβλητή της ασθένειας ($r = 0.180$, $p = 0.01$), όσο και με την χρήση αναλγητικών ($r = 0.152$, $p = 0.01$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει η μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης με την ένταση του πόνου ($r = 0.135$, $p = 0.05$), και επίσης σημαντική αρνητική συσχέτιση εμφανίζει και ο παράγοντας της ηλικίας με την ασθένεια ($r = -0.125$, $p = 0.05$).

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ
ΗΛΙΚΙΑ	,078	-,125*	-,043
ΦΥΛΟ	,467***	,070	-,326***
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	,135*	-,047	-,071
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	,089	-,069	-,005
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	-,039	,180**	,152**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Η μεταβλητή της έντασης του πόνου παρουσιάζει στατιστικά πάρα πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση με την χρήση αναλγητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων ($r = -0.524$, $p = 0.001$), (πίνακας 4.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΚΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ
ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΚΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	-	,008	-,524***
ΑΣΘΕΝΕΙΑ	,008	-	,116*
ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ	-,524***	,116*	-

ΣΗΜΕΙΩΣΗ* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Συσχετίζοντας τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας με την ένταση του πόνου αλλά και την χρήση αναλγητικών, τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι εξαιρετικά ενδιαφέροντα. Ο παράγοντας της έντασης του πόνου συσχετίζεται θετικά με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, εκτός από τον παρανοϊκό ιδεασμό. Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης ($r = 0.284$, $p = 0.001$), της κατάθλιψης ($r = 0.216$, $p = 0.001$), του άγχους ($r = 0.211$, $p = 0.001$), της επιθετικότητας ($r = 0.194$, $p = 0.001$), του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($r = 0.217$, $p = 0.001$) και του συνόλου θετικών συμπτωμάτων ($r = 0.237$, $p = 0.001$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφανίζει με τον ιδεοψυχαναγκασμό ($r = 0.168$, $p = 0.01$) και το φοβικό άγχος ($r = 0.172$, $p = 0.01$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει με τις υποκλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της ψύχωσης και του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων.

Η μεταβλητή της χρήσης αναλγητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων συσχετίζεται επίσης με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, εκτός της ψύχωσης, αλλά με αρνητική κατεύθυνση. Συγκεκριμένα, παρουσιάζει στατιστικά πάρα πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης ($r = -0.201$, $p = 0.001$), του άγχους ($r = -0.201$, $p = 0.001$), της επιθετικότητας ($r = -0.248$, $p = 0.001$), του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ($r = -0.199$, $p = 0.001$), και του συνόλου θετικών συμπτωμάτων ($r = -0.231$, $p = 0.001$). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρουσιάζει με την κατάθλιψη ($r = -0.184$, $p = 0.01$) και το φοβικό άγχος ($r = -0.175$, $p = 0.01$). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση

παρουσιάζει με τις υποκλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας και του παρανοειδούς ιδεασμού (πίνακας 4.3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3			
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ
ΣΩΜΑΤΟΠΟΠΗΣΗ	,284***	-,097MS	-,201***
ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΜΟΣ	,168**	,016	-,127*
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,137*	,015	-,150*
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,216***	,017	-,184**
ΑΓΧΟΣ	,211***	-,023	-,201***
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,194***	-,016	-,248***
ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	,172**	,019	-,175**
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,065	,027	-,120*
ΨΥΧΩΣΗ	,121*	,052	-,087
SCL_90 - ΓΔΣ	,217***	-,006	-,199***
SCL_90 - ΔΕΘΣ	,136*	-,034	-,110MS
SCL_90 - ΣΘΣ	,237***	,013	-,231***

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: * $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Εξίσου ενδιαφέροντα και σχεδόν παρόμοια με τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα, είναι και τα αποτελέσματα της συσχέτισης της επιθετικότητας με τις μεταβλητές της έντασης του πόνου και της χρήσης αναλγητικών. Καμία συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε με την μεταβλητή της ασθένειας, όπως συνέβη άλλωστε και στην αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας.

Η χρήση αναλγητικών παρουσιάζει αρνητικές συσχετίσεις με όλες τις υποκλίμακες της επιθετικότητας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζει στατιστικά πάρα πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της αυτό-επίκρισης ($r = -0.220$, $p = 0.001$), της ενδοστρεφούς επιθετικότητας ($r = -0.198$, $p = 0.001$), και της συνολικής επιθετικότητας ($r = -0.213$, $p = 0.001$). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρουσιάζει με την επίκριση των άλλων ($r = -0.161$, $p = 0.01$), και την εξωστρεφή επιθετικότητα ($r = -0.177$, $p = 0.01$). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση εμφανίζει με την παρορμητική και με την παρανοειδή επιθετικότητα, καθώς και με την παραληρηματική ενοχή (πίνακας 4.4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4			
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			
	ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ	,175**	-,009	-,161**
ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,006	-,092	-,142*
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,095	,002	-,118*
ΑΥΤΟ-ΕΠΙΚΡΙΣΗ	,233***	,079	-,220***
ΕΝΟΧΗ	,173**	,081	-,132*
ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,120*	-,041	-,177**
ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,226***	,087	-,198***
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,188***	,013	-,213***

ΣΗΜΕΙΩΣΗ $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές (Barsky et al., 2001 ; Giles and Walker, 2000 ; Fähring et al, 2008), οι γυναίκες ασθενείς με χρόνια πόνο, φαίνεται να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αναλγητικών σκευασμάτων συγκριτικά με τους άνδρες ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα υγείας. Η πρόταση αυτή επιβεβαιώθηκε και από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας. Η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, και έπασχαν από χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, δήλωσε πως χρησιμοποιεί μεγάλη ποσότητα αναλγητικών προκειμένου να αντιμετωπίσει τον χρόνια πόνο και τις συνέπειες του, σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό των ανδρών συμμετεχόντων που συμφώνησε σε αυτή την στάση. Εκτός από αναλγητικά χρησιμοποιούνται και άλλες κατηγορίες φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα αντικαταθλιπτικά, προκειμένου να αντιμετωπιστούν μέσω της φαρμακοκινητικής κάποιες από τις συνέπειες του χρόνιου πόνου στη ζωή των ατόμων.

Από την στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων εκτός από το φύλο και με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με αυτό το εύρημα λοιπόν, οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να καταφύγουν στην χρήση αναλγητικών προκειμένου να ελέγξουν τον μυοσκελετικό πόνο, από τις γυναίκες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Αντίστοιχα, οι άνδρες με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση αναλγητικών από τους άνδρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, αν και οι δύο αυτές κατηγορίες ανδρών παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά χρήσης αναλγητικών συγκριτικά με τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν τα ίδια ποσοστά μυοσκελετικών προβλημάτων.

ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ, ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ, ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ωστόσο, σημαντικό εύρημα αποτελεί η στατιστικά πάρα πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών με τον βαθμό έντασης του χρόνιου πόνου. Όσο μεγαλύτερη παρουσιάζεται η ένταση του επώδυνου ερεθίσματος που δηλώνουν πως βιώνουν οι ασθενείς χρόνιου πόνου, τόσο μειώνεται η χρήση αναλγητικών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Το αποτέλεσμα της συσχέτισης της χρήσης αναλγητικών με την ένταση του πόνου, έρχεται σε αντιδιαστολή με το ποσοστό της χρήσης αναλγητικών βάση του φύλου των συμμετεχόντων.

Αρνητική κατεύθυνση παρατηρείται και στη σχέση της χρήσης αναλγητικών με το επίπεδο ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα άτομα που βιώνουν χρόνιο πόνο. Όσο πιο έντονα χαρακτηριστικά σωματοποίησης, κατάθλιψης, άγχους, επιθετικότητας, αλλά και ιδεοψυχαναγκασμού, φοβικού άγχους, ενδοπροσωπικής ευαισθησίας και ψύχωσης, παρουσιάζει ένας ασθενής με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο, τόσο λιγότερο καταναλώνει αναλγητικά σκευάσματα για τον έλεγχο του πόνου του.

Ανάλογη είναι και η σχέση που παρατηρήθηκε μεταξύ της μεταβλητής της χρήσης αναλγητικών και των χαρακτηριστικών της επιθετικότητας. Όσο μεγαλύτερο βαθμό ενδοστρεφούς αλλά και εξωστρεφούς επιθετικότητας παρουσιάζει ένας ασθενής με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο, τόσο λιγότερα ποσοστά χρήσης αναλγητικών δηλώνει .

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Το επαγγελματικό-κοινωνικό status του ατόμου αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μπορεί να λειτουργήσει είτε προστατευτικά είτε επιζήμια για την υγεία του ατόμου, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά μυοσκελετικά προβλήματα υγείας (Macfarlane, 2006). Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων σε αυτή την ερευνητική διαδικασία αποτελείται από εργαζόμενους στον δημόσιο τομέα και αμέσως μετά από ιδιωτικούς υπαλλήλους. Ορισμένες από τις συνθήκες που δημιουργούνται στο εργασιακό περιβάλλον αυτών των εργαζομένων, ενδεχομένως να επιτρέπουν την δημιουργία ψυχοπιεστικών και στρεσογόνων καταστάσεων, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην ψυχοσωματική υγεία των ατόμων.

Ο βαθμός ελέγχου που ασκεί ο εργαζόμενος στο αντικείμενο της εργασίας του είναι ένας από τους παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το επίπεδο stress που βιώνει στο επαγγελματικό του περιβάλλον. Θέσεις εργασίας με έντονες απαιτήσεις αλλά και εκείνες που καθιλώνουν το άτομο σε ένα μονότονο και επαναλαμβανόμενο αντικείμενο απασχόλησης, χωρίς δυνατότητα ανέλιξης ή ανάληψης πρωτοβουλιών, θεωρούνται προγνωστικοί παράγοντες για την εκδήλωση μυοσκελετικών προβλημάτων υγείας (Harkness et all., 2003). Ο βαθμός ικανοποίησης που αντλούν οι εργαζόμενοι από το εργασιακό τους περιβάλλον γενικότερα, αλλά και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους συναδέλφους τους, εάν είναι θετικός, μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στους προαναφερόμενους παράγοντες, ενώ αν όχι, μπορεί να επιτείνει το ήδη επιβαρυνόμενο συναισθηματικά για το άτομο περιβάλλον εργασίας.

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΝΤΑΣΗ ΠΟΝΟΥ

Τα ερευνητικά δεδομένα επικύρωσαν τα στοιχεία που προέκυψαν από την μελέτη τους βιβλιογραφίας, αναφορικά με την επίδραση τους μεταβλητής του φύλου του ασθενή, στο επίπεδο έντασης του πόνου που αναφέρει πως βιώνει. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, ανέφεραν πως βιώνουν υψηλότερης έντασης επεισόδια πόνου, από αυτά που ανέφεραν οι άνδρες με το ίδιο χρόνο πρόβλημα υγείας.

Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε ένα εύρος ερευνητικών μελετών με αντικείμενο την μεταβλητή του φύλου και τους διαφορές που παρατηρούνται τους σχέσεις τους με την αντίληψη και το βίωμα του χρόνιου πόνου. Οι προσδοκίες που έχει υιοθετήσει το άτομο για το επίπεδο του πόνου που πρόκειται να βιώσει κατά τη δράση του επώδυνου ερεθίσματος στον οργανισμό του, φαίνεται πως επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αντίληψη του πόνου που θα έχει τελικά το άτομο. Οι προσδοκίες του πόνου είναι μία μεταβλητή που επηρεάζονται από το φύλο του ασθενή αλλά και από διάφορους τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Wise et al, 2002 ; Tavoli et al, 2008).

Η αντίληψη του πόνου είναι ένα υποκειμενικό βίωμα που υπόκειται στη δράση διαφόρων παραγόντων, τους έχει ήδη γίνει κατανοητό μέχρι τώρα. Οι ερευνητές έχουν αποδείξει πως η διαφορετική αντίληψη του υποκειμενικού βιώματος του πόνου, από τους εκπροσώπους των δύο φύλων, οφείλεται και στην επίδραση

ορισμένων βιολογικών διαφορών που παρουσιάζουν τα δύο φύλα. Το κατώφλι του πόνου παρουσιάζεται να είναι διαφορετικό για τους άνδρες και τους γυναίκες. Αναλυτικά, οι γυναίκες εμφανίζονται να έχουν χαμηλότερο κατώφλι πόνου από τους άνδρες, με συνέπεια να αισθάνονται πόνο ακόμα και όταν τα επώδυνα ερεθίσματα που εφαρμόζονται είναι χαμηλής έντασης και δεν γίνονται αντιληπτά από τους άνδρες με τα ίδια με εκείνες χαρακτηριστικά (Garcia et al., 2007 ; Mylius et al,2005 ; Paulson et al,1998).

Σημαντικός θεωρείται και ο τρόπος έκφρασης των ανδρών και των γυναικών, που υπόκειται σε διαφορετικές νόρμες και χαρακτηριστικά, ακόμα και όταν πρόκειται για την αναφορά κλινικών συμπτωμάτων, τους είναι ο πόνος. Οι γυναίκες τείνουν γενικά να αναφέρουν περισσότερες, πιο έντονες και πιο συχνές προσβολές πόνου από τους άνδρες με τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά με εκείνες (Barsky et al,2001). Οι προσδοκίες που έχουν διαμορφωθεί γύρω από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του ρόλου του κάθε φύλου, φαίνεται πως επηρεάζουν την έκφραση και την αναφορά των επεισοδίων πόνου (Giles and Walker, 2000). Η παραδοχή του βιώματος του πόνου, φέρνει το άτομο σε θέση αδυναμίας απέναντι στο περιβάλλον του. Κοινωνικά, θεωρείται περισσότερο αποδεκτό να βρίσκονται στη θέση αυτή γυναίκες, δεδομένου του εύθραυστου και ευαίσθητου χαρακτήρα που προσδίδεται συνήθως στον κοινωνικό τους ρόλο.

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Εκτός από τα βιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τα δύο φύλα στη σχέση στις με το επώδυνο βίωμα του πόνου, σημαντικό ρόλο έχουν και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των δύο φύλων. Τα ευρήματα στις παρούσες εργασίας υπέδειξαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας για στις γυναίκες με χρόνια μυοσκελετικό πόνο, συγκριτικά με στις άνδρες.

Ιδιαίτερα για το κλινικό χαρακτηριστικό στις κατάθλιψης, αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές προβάλλουν τη σχέση του με το βίωμα του πόνου αλλά και με το γυναικείο φύλο (Verma and Gallagher, 2000 ; Geerlings et all., 2002). Οι γυναίκες, τόσο στον γενικό όσο και στον κλινικό πληθυσμό παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικής διάθεσης συγκριτικά με στις άνδρες. Η συννοσηρότητα πόνου και καταθλιπτικής διαταραχής θεωρείται στις συχνότερη στις γυναίκες ασθενείς και όχι τόσος στις άνδρες (Meana, 1998 ; Geerlings et all., 2002).

Οι αγχώδεις διαταραχές, η σωματοποίηση και άλλα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, σχετίζονται περισσότερο συχνά με τον γυναικείο πληθυσμό σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία (Giles and Walker, 2000 ; Barsky et al,2001). Γενικότερα, οι γυναίκες τείνουν να βιώνουν περισσότερο stress, που σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες, και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, στις άγχος, μοναξιά, ενοχή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, από στις άνδρες, που στις καταστούν ευάλωτες στην εκδήλωση ψυχοσωματικών καταστάσεων. Η έρευνα των Jones και Zachariae το 2004, κατέδειξε το άγχος ως τον σημαντικότερο ψυχολογικό παράγοντα που επηρεάζει το φύλο στις εκδηλώσεις που σχετίζονται με την εφαρμογή επώδυνων ερεθισμάτων, και αναγνώρισε τη συμβολή των ψυχολογικών μεταβλητών, γενικότερα, στις διαφορετικές αντιδράσεις των δύο φύλων απέναντι στα ίδια επώδυνα ερεθίσματα.

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Παρόμοια αποτελέσματα υπέδειξε και η μελέτη της σχέσης της μεταβλητής του φύλου με την επιθετικότητα, σαν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και όχι σαν στάση συμπεριφοράς. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα και παρουσίαζαν χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα που συνοδεύονταν από επεισόδια χρόνιου πόνου, συγκέντρωσαν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας, συγκριτικά με τους άνδρες συμμετέχοντες.

Ιδιαίτερα στην υποκλίμακα της ενδοστρεφούς επιθετικότητας, όπου αντανακλά συναισθήματα διάθεσης αυτοτιμωρίας, οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άνδρες. Το εύρημα θα μπορούσε να συσχετιστεί με τα αποτελέσματα της εργασίας των Eftim et al., το 2001, όπου διατύπωσαν την πρόταση πως ο βαθμός ενοχής που βιώνουν τα δύο φύλα, η οποία μαζί με την μεταβλητή της αυτοκριτικής προσδιορίζουν τον όρο της ενδοστρεφούς επιθετικότητας, θα μπορούσε να προβλεφθεί με βάση τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που προσδίδονται στο κάθε φύλο. Επομένως, βασιζόμενοι και σε όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως για το ίδιο θέμα, ήταν αναμενόμενο οι γυναίκες να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ενδοστρεφούς επιθετικότητας, η οποία σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα, σε σχέση με τους άνδρες.

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους έρευνας τα χαρακτηριστικά επιθετικότητας σχετίζονται τους και με τον βαθμό τους έντασης των επώδυνων ερεθισμάτων. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση του πόνου που βιώνει το άτομο, τόσο μεγαλύτερα επίπεδα επιθετικότητας, κυρίως ενδοστρεφούς, παρουσιάζει.

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η εργασία των Anderson και συνεργατών το 1998, όπου υπέδειξαν τη συσχέτιση μεταξύ τους έντασης του πόνου και των χαρακτηριστικών τους επιθετικότητας. Οι αυξημένες επιθετικές σκέψεις που δημιουργούνται από αυτή την σχέση, επηρεάζουν την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και μπλοκάρουν τους γνωστικές του λειτουργίες, με αποτέλεσμα να γεννιούνται εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση τους συγκεκριμένης προσωπικής κρίσης που δημιουργήθηκε από τα επεισόδια πόνου.

Τα χαρακτηριστικά τους επιθετικότητας, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, μπορούν να επηρεάσουν την αντίδραση του ατόμου στα ερεθίσματα του πόνου, καθώς η δράση τους φαίνεται πως ενοχοποιείται για την ανάπτυξη ευαισθησίας στον πόνο, καθώς μπορεί να μειώσει το κατώφλι του πόνου και επομένως να αναπτύξει ευαισθησία σε αυτόν (Krantz et al., 2006).

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη των αποτελεσμάτων της έρευνας υπέδειξε και τη σχέση που παρατηρήθηκε μεταξύ της έντασης του πόνου και των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως όσο μεγαλύτερη ήταν η ένταση του επώδυνου ερεθίσματος που βίωναν, τόσο περισσότερα και πιο έντονα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας εκδήλωναν, με κυριότερα αυτά της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του άγχους και της επιθετικότητας (σαν συμπεριφορά και όχι σαν στάση), αλλά και του ιδεοψυχαναγκασμού και του φοβικού άγχους.

Ερευνητικά δεδομένα από τον χώρο της σχετικής βιβλιογραφίας, επιβεβαιώνουν τη σχέση των ψυχολογικών και ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών με την ένταση του πόνου (Monsen and Havik, 2001). Η ψυχοδυναμική θεωρία ερμηνεύει επίσης τη σχέση μεταξύ των καταστάσεων ψυχολογικής πίεσης και έντασης με την εκδήλωση σωματικών αντιδράσεων (Kvale et all., 2001), ιδιαίτερα μυοσκελετικών. Τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη

που υποθάλπουν καταπιεσμένα συναισθήματα και ανικανοποίητες ανάγκες του οργανισμού, προκαλούν πίεση και ένταση στο μυϊκό σύστημα του σώματος, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσλειτουργίες στους μύες και να προκαλούνται χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.

Η έννοια της σωματοποίησης συσχετίζεται αρκετά συχνά με αυτή του χρόνιου πόνου (Merskey, 2000 ; Ursin, 1997) και κυρίως με την ένταση των επώδυνων ερεθισμάτων, η οποία ενεργοποιεί την διαδικασία δημιουργίας ψυχοσωματικών αντιδράσεων. Αρκετές εργασίες έχουν δημοσιευτεί επίσης και για την σχέση της κατάθλιψης με τον χρόνιο πόνο. Η συννοσηρότητα των δύο θεωρείται αρκετά υψηλή (Poleshuck et all., 2006), και μάλιστα βασικά καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως η αϋπνία και η έλλειψη ενδιαφέροντος, εντοπίζονται συχνά σε ασθενείς με χρόνιο πόνο (Lepine and Briley, 2004).

Γενικά στον κλινικό πληθυσμό υπάρχει η τάση να καταγράφονται συχνότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν καταστάσεις χρόνιου πόνου, παρά σε ασθενείς που δεν βιώνουν πόνο ((Tavoli et al, 2008 ; Fagring et all., 2008). Η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων ερευνήθηκε και ως προγνωστικός παράγοντας για το πώς θα αντιμετωπίσει το άτομο τις δυσλειτουργίες που προκύπτουν από την χρόνια κατάσταση πόνου όπου βρίσκεται. Αν και αρχικά, δεν θεωρήθηκε παράγοντας πρόγνωσης, (Linder et all., 2000), αργότερα αναγνωρίστηκε η σημασία της στην πορεία αποκατάστασης και διαχείρισης του χρόνιου πόνου από τα άτομα (Ericsson et all., 2002) .

Το γενικευμένο άγχος και οι αγχώδεις αντιδράσεις γενικότερα, οι οποίες σχετίζονται με την αναμονή ενός επώδυνου βιώματος, τόσο σε συνθήκες πειραματικού ελέγχου όσο και σε καταστάσεις χρόνιου επαναλαμβανόμενου πόνου, σχετίζονται με την συσσώρευση αρνητικών συναισθημάτων και μπορούν να επηρεάσουν την υποκειμενική αίσθηση της έντασης του πόνου που βιώνει το άτομο (Conrod, 2006 ; Jones et all., 2002).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία διενεργήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Αντιμετώπισης του Πόνου, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με σκοπό να μελετήσει τη σχέση των μεταβλητών του φύλου, της ψυχοπαθολογίας και της επιθετικότητας, σε συνάρτηση με τον χρόνια μυοσκελετικό πόνο, ο οποίος αποτελεί την πιο συχνή έκφραση χρόνιου πόνου στον γενικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας συμπίπτουν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, τα οποία συγκαταλέγουν το φύλο σε εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση και τις εκδηλώσεις του χρόνιου πόνου. Τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας και της επιθετικότητας στα άτομα που βιώνουν σύνδρομο χρόνιου πόνου, επηρεάζονται επίσης από τον παράγοντα του φύλου.

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν πως βιώνουν πιο έντονο πόνο από τους άνδρες με τα ίδια προβλήματα υγείας με εκείνες, καθώς και υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να ερμηνεύονται από ένα εύρος παραγόντων, κοινωνικό-οικονομικών, ψυχοκοινωνικών, βιολογικών και άλλων, οι οποίοι ανταποκρίνονται στην πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική, υποκειμενική φύση του χαρακτήρα του χρόνιου πόνου.

Ασθενείς με χρόνια πόνο, ανεξάρτητα από τον παράγοντα του φύλου τους, έχουν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας από ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας που δεν βιώνουν όμως προσβολές πόνου.

Επίσης, η μεταβλητή της έντασης του πόνου μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση χαρακτηριστικών επιθετικότητας, σαν στάση και όχι σαν συμπεριφορά. Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά της ενδοστρεφούς επιθετικότητας, η αυτό-επίκριση και η ενοχή, που συνδέονται με διάθεση αυτοτιμωρίας, παρατηρούνται συχνότερα σε γυναίκες ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικό πόνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
2. American Pain Society. Pain: current understanding of assessment, management and treatments. 2009;
3. American Psychiatric Association. Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2004 .
4. Anderson K.B., Anderson C.A., Dill K.E., Deuser W.E. The interactive relations between trait hostility, pain, and aggressive thoughts. Aggressive behavior. 1998; 24:161-171.
5. Barsky A.J., Peekna H.M., Borus J.F. Somatic symptom reporting in women and men. Journal Gen. Intern. Med. 2001;16:266-275.
6. Bertakis K.D., Azari R. patient gender and physician practice style. Journal of women's health, volume 16, number 6, 2007.
7. Borsook D., LeBel A., McPeck B. Εγχειρίδιο αντιμετώπισης του πόνου. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, The Massachusetts General Hospital, 1998.
8. Brummett B.H., Barefoot J.C., Feaganes J.R. et al. Hostility in marital dyads: associations with depressive symptoms. Journal of behavioral medicine. 2000; 23:1.
9. Caine TM, Foulds GA, Hope K. Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire. University of London Press: London; 1967.
10. Chen Y.Y., Gilligan S., Coups E.J., Contrada R.J. Hostility and perceived social support: interactive effects on cardiovascular reactivity to laboratory stressors. Ann. Behav. Med. 2005; 29(1):37-43.
11. Conrod P.J. The role of anxiety sensitivity in subjective and physiological responses to social and physical stressors. Cognitive Behaviour Therapy. 2006; 35(4):216-225.
12. Derogatis LR. The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit; 1977.
13. DiMatteo M.R., Martin L.R. Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003.

14. Donias S, Karastergiou A, Manos N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki* 1991; 2: 42-8.
15. Drosos AA, Angelopoulos NV, Liakos A, Moutsopoulos HM. Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjögren's syndrome. *J Autoimmun.* 1989; 2(4):489-93.
16. Efthim P.W., Kenny M.M., Mahalik J.R. Gender role stress in relation to shame, guilt and externalization. *Journal of counseling and development.* 2001; 79.
17. Ericsson M., Poston W.S.C., Linder J., Taylor J.E., Haddock C.K., Foreyt J.P. Depression predicts disability in long-term chronic pain patients. *Disability and rehabilitation.* 2002; 24(6):334-340.
18. Fähring A.J., Kjellgren K.I., Rosengren A., Lissner L., Manhem K., Welin C. Depression, anxiety, stress, social interaction and health related quality of life in men and women with unexplained chest pain. *BMC public health* 2008; 8:165.
19. Foulkes T., Wood J.N. Pain Genes. *PLoS Genetics*, 2008;4(7).
20. Garcia E., Godoy-Izquierdo D., Goday J.F., Perez M., Lopez-Chicheri I. Gender differences in pressure pain threshold in a repeated measures assessment. *Psychology, health and medicine*, 2007; 12(5):567-579.
21. Garofalo J.P., Lawler C., Robinson R., Morgan M., Kenworthy-Heinige T. the role of mood states underlying sex differences in the perception and tolerance of pain. *Pain practice*, volume 6, issue 3, 2006; 186-196.
22. Geerlings S.W., Twisk J.W.R., Beekman A.T.F., Deeg D.J.H., Tilburg W.V. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2002; 37:23-30.
23. Giles B.E., Walker J.S. Sex differences in pain and analgesia. *Pain Reviews* 2000; 7:181-193.
24. Grossi G., Soares J.J.F., Lundberg U. Gender differences in coping with musculoskeletal pain. *International journal of behavioral medicine.* 2000; 7(4):305-321.
25. Harkness E.F., Macfarlane G.J, Nahit E.S., Silman A.J., McBeth J. risk factors for new-on set low back pain amongst cohorts of newly employed workers. *Rheumatology* 2003;42:959-968
26. Holdcroft A., Jaggar S. *Core topics in pain.* Cambridge university press, 2005.

27. Huberty, C. J., and Morris, J. D. (1989), "Multivariate Analysis versus Multiple Univariate Analyses," *Psychological Bulletin*, 105, pp. 302-308.
28. Johansson E.E., Risberg G., Hamberg K., Westman G. Gender bias in female physician assessments. Women considered better suited for qualitative research. *J. Prim.Health Care* 2002; 20:79-84.
29. Jones A., Spindler H., Jorgensen M.M., Zachariae R. The effect of situation evoked anxiety and gender on pain report using the cold pressor test. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2002; 43:307-313.
30. Jones A., Zachariae R. Investigation of the interactive effects of gender and psychological factors on pain response. *British journal of health psychology*. 2004; 9:405-418.
31. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. *Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Τόμος Α*. 1996
32. Kaur S., Steckuchak K.M., Coffman C.J., Allen K.D., Bastian L.A. gender differences in health care utilization among veterans with chronic pain. *Society of general internal medicine* 2007;22:228-233.
33. Keogh E., Barlow C., Mounce C., Bond F.W. Assessing the relationship between cold pressor pain responses and dimensions of the anxiety sensitivity profile in healthy men and women. *Cognitive behaviour therapy*. 2006; 35(4):198-206.
34. Keogh E., Birkby J. The effect of anxiety sensitivity and gender on the experience of pain. *Cognition and emotion*. 1999; 13(6):813-829.
35. Krantz D.S., Olson M.B., Francis J.L. et al. Anger, hostility and cardiac symptoms in women with suspected coronary artery disease: The women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study. *Journal of women's health*. 2006; 15:10
36. Kvale A., Ellersten B., Skouen J.S. Relationships between physical findings (GRE-78) and psychological profiles (MMPI-2) in patients with long-lasting musculoskeletal pain. *Nord J Psychiatry*. 2001; 55:177-184.
37. Lepine J.P., Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Human Psychopharmacology*. 2004; 19:S3-S7.
38. Lillefjell M. Gender differences in psychosocial influence and rehabilitation outcomes for work-disabled individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of occup. Rehabilitation*. 2006; 16:659-674.
39. Linder J., Poston W.S.C., Haddocks C.K., et all. Does personality or psychopathology predict disability in chronic pain patients? *Disability and rehabilitation*. 2000; 22(6):281-287.

40. Lyketsos GC, Blackburn IM, Tsiantis J. The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol Med.* 1978; 8(1):145-9.
41. Macfarlane G.J. (2006). Who will develop chronic pain and why? The epidemiological evidence. 11th world congress on pain, IASP press, Seattle
42. Marcus D.A. Gender differences in treatment seeking chronic headache sufferers. *Headache.* 2001;41:698-703.
43. McClelland L.E., McCubbin J.A. Social influence and pain response in women and men. *J.Behav.Med.* (2008) 31:413-420
44. Meana M. The meeting of pain and depression: comorbidity in women. *Canadian J. Psychiatry.* 1998; 43:893-899.
45. Meisler J.G. Chronic pain conditions in women. *Journal of women's health.* 1999; 8:3.
46. Merskey H. Pain, psychogenesis, and psychiatric diagnosis. *International Review of Psychiatry.* 2000;12:99-102.
47. Monsen K., Havik O.E. Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *British Journal of medical psychology.* 2001;74:183-195.
48. Mullersdorf M., Soderback I. The actual state of the effects, treatment and incidence of disabling pain in a gender perspective-a Swedish study. *Disability and rehabilitation.* 2000; 22(18):840-854.
49. Mylius V., Kunz M., Schepelmann K., Lautenbacher S. Sex differences in nociceptive withdrawal reflex and pain perception. *Somatosensory and motor research,* 2005; 22(3): 207-211.
50. Nettleton S. (2002). Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, ΤΥΠΩΘΗΤΩ, Γ.Δαρδάνος.
51. Niv D., Devor M. Διακήρυξη της EFIC για τον χρόνιο πόνο ως μία ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα και ένα μεγάλο υγειονομικό πρόβλημα. *EFIC 2001*
52. Olson M.B., Kelsey S.F., Matthews K., et al. Symptoms myocardial ischemia and quality of life in women: results from the NHLB-sponsored WISE study. *European heart journal.* 2003; 24:1506.
53. Paulson P.E., Minoshima S., Morrow T.J., Casey K.L. Gender differences in pain perception and patterns of cerebral activation during noxious heat stimulation in humans. *Pain.* 1998; 76(1-2):223-229

54. Poleshuck E.L., Giles D.E., Tu X. Pain and depressive symptoms among financially disadvantaged women's health patients. *Journal of women's health*. 2006; 15:2.
55. Quiles Z.N., Bybee J. Chronic and predispositional guilt: relations to mental health, prosocial behaviour and religiosity. *Journal of personality assessment*. 1997; 69(1):104-126.
56. Ray J.J. The punitive personality. *The journal of social psychology*. 2001; 125(3):329-333.
57. Scheffer C.E., Cassisi J.E., Ferraresi L.M., Lofland K.R., McCracken L.M. Sex differences in the presentation of chronic low back pain. *Psychology of women quarterly*. 2002; 26:329-340.
58. Singh J.A., Murdoch M. effect of health related quality of life on women and men's veterans affairs (VA), health care utilization and mortality. *Society of general internal medicine*: 2007:22:1260-1267
59. Skordilis, E.K., & Stavrou, N.A. (2005). Sport Orientation Model for Wheelchair Basketball Athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 100, pp.1081-1096.
60. Small G.W., Komanduri R., Gitlin M., Jarvik L.F. The influence of age on guilt Expression in Major Depression. *International Journal of geriatric psychiatry*. 1986;1:121-126.
61. Smeets R.J.E.M., Van Geel A.C., Kester A.D., Knottnerus J.A. Physical capacity tasks in chronic low back pain: what is the contributing role of cardiovascular capacity, pain and psychological factors? *Disability and Rehabilitation*, 2007; 29(7):577-586.
62. SPSS Inc. (2005). *SPSS Base 14.0 User's Guide*. SPSS Inc.: USA. <http://www.spss.com>.
63. Sullivan M.J.L., Tripp D.A., Santor D. Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive therapy and research*. 2000; 24(1):121-134.
64. Tavoli A., Montazeri A., Roshan R., Tavoli Z., Melyani M. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer* 2008; 8:177.
65. Ursin H. Sensitization, somatization and subjective health complaints. *International Journal of behavioral medicine*. 1997;4(2):105-116.

66. Van Den Hout J.H.C., Vlaeyen J.W.S., Heuts P.H.T.G., et al. Functional disability in non-specific low back pain: the role of pain-related fear and problem-solving skills. *International journal of behavioural medicine*. 2001;8(2):134-148.
67. Verma S., Gallagher R.M. Evaluating and treating co-morbid pain and depression. *International Review of Psychiatry*. 2000; 12:103-114.
68. Williams P.G. Individual differences in self-assessed health: Gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personal Individual Differences*. 2000; 5:823.
69. Wise E.A., Price D.D., Myers C.D., Heft M.W., Robinson M.E. Gender role expectation of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain*. 2002; 96(3):335-342.
70. Wong Y., Rodwell A., Dawkins S., Livesey S.A., Simpson I.A. Sex differences in investigation results and treatment in subjects referred for investigation of chest pain. *Heart* 2001; 85:149-152.
71. Γναρδέλλης, Χ. (2006). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.
72. Δαφέρμος, Β., (2005). Κοινωνική Στατιστική με το SPSS. Θεσσαλονίκη, Εκδ. ΖΗΤΗ.
73. Παπαδόπουλος Ν.Γ. Λεξικό της ψυχολογίας. Σύγχρονη εκδοτική. Αθήνα, 2005 .
74. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική. Τόμος Β'. Αθήνα.
75. Ρούσσοι, Π. & Τσαούσης, Γ. (2006). Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες., Β' εκδ., Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ